



Itzel García Ortiz

Dr. Raul de la Rosa Pacheco

CUADRO COMPARATIVO- CEFALEAS

Neurología

6° "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025

CEFALEAS PRIMARIAS

	MIGRAÑA	Migraña CON aura (CLÁSICA)	Migraña SIN aura (COMÚN)
DEFINICIÓN	Trastorno familiar frecuente, caracterizado por cefaleas periódicas, generalmente unilaterales y muchas veces pulsátil Cefalea primaria episódica crónica Cefalea primaria frecuente e incapacitante	Descripción: Crisis recurrentes de varios minutos de duración con síntomas visuales, sensitivos o del SNC de localización unilateral y completamente reversible que suelen desarrollarse de manera gradual y preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña	Descripción: Cefalea recurrente que se manifiesta con crisis de 4-72 hrs de duración Características típicas: Localización unilateral, de características pulsaria, intensidad moderada-grave, el empeoramiento con actividad física rutinaria y tiene asociación con nauseas, fotofobia y fonofobia
CARACTERÍSTICAS	Tipo: Episódica-Crónica Migraña sin aura (común) Migraña con aura (clásica) Migraña crónica Unilateral (hemicraneal) + Pulsátil Empeora con actividad física Suele atenuar intensidad/frecuencia con la edad	Trastorno de la función nerviosa (visual mayormente) Síntomas neurológicos focales transitorios que suelen preceder o en ocasiones acompañar a la cefalea + En pocos minutos a horas — cefalea hemicraneal Náuseas/Vómito — Duran horas o 1/+ días — Cefalea bilateral (1/3 casos) Inicio poco después de despertar — Pero puede presentarse a cualquier hr del día Antecedentes familiares frecuentes	Aparición SIN previo aviso — Cefalea hemicraneal — Cefalea generalizada (< frecuencia) Con/sin — Náuseas — Duran horas o 1/+ días — Vómito Puede presentarse (sitio) — Fronto temporal — Unilateral — Bilateral Clinica — Pulsátil — Intenso detrás de un ojo/oido — Se vuelve — Sordo — Cuero cabelludo sensible — Generalizado
SÍNTOMAS ASOCIADOS	Náuseas Vómito Sensibilidad a la luz, olores y sonidos — Fotofobia, fonofobia, osmofobia	Pródromo — Cambios estado de animo — Hambre/Anorexia — Somnolencia/Bostezos frec. Aura — Trastorno de la visión (manera abrupta) — Destellos de luz blanca — Dificultad del habla — Destellos multicolor (raro) — Confusión — Seguido de — Escotoma centellante + formación de líneas brillantes en zigzag (teicopsia) — Hormigueo — Visión borrosa/brillante/nublada Migraña — Molestia sorda unilateral — Aumenta intensidad — Cefalea pulsatil — Náuseas/vómito — Fotofobia/Sonofobia/Osmofobia — Trastornos sensoriales — Falta de concentración Posdrómica — Sensación de cansancio — Molestias	FACTORES PRECIPITANTES — Luz intensa — Ruido — Tensión — Alcohol Alivio — Oscuridad — Sueño
EPIDEMIOLOGIA	Adolescente, adultos jóvenes a maduros, en ocasiones niños + frecuente en MUJERES Inicia en Infancia/Adolescencia/ Principios de vida adulta Recorre con < frecuencia con el paso de los años Relación migraña típica- común 1:5 Prevalencia en Caucásicos (20%)	Predominio 25%	Predominio 75%
DURACIÓN	Pico de intensidad, pocos minutos a media hora Duración 4-72h	Pródromo — Día anterior u horas previas Aura — 60 minutos Migraña — 4-72 hrs Posdrómica — 24-48hrs	Tipo diurno — Al despertarse — + tarde durante el día Duración — 4-24 h en la mayoría de casos — Puede ser más de 24h
INTENSIDAD	Moderada a Severa		
DIAGNÓSTICO	Clinico — Cumplimiento de criterios Episódica — <= 15 días al mes Crónica — >= 15 días al mes en los últimos 3 meses	Historia clínica completa Inicio de síntomas por fenómenos positivos — Centelleos — Parestesias Presencia de las 4 fases	
TRATAMIENTO	Control de un ataque individual — Inicio de tratamiento — Durante el pródromo neurológico — En el mismo comienzo de la cefalea Cefalea leve — Ácido acetilsalicílico — Acetaminofén — AINES Cefalea intensa — Agonistas de la serotonina — Sumatriptano — 4-6 mg — Sub cutánea — VO — 25, 50, 100 mg (presentación) — Aerosol- vía nasal — 20mg x disparo — Alcaloides del cornezuelo de centeno — Tartrato de ergotamina — Dihidroergotamina — Administrar — PRINCIPIO DEL ATAQUE — IDEALMENTE JUSTO DE DESPUÉS DEL AURA — INICIO DE CEFALEA Prevención — Fármacos — Frecuencia — Amitriptilina — 25 a 125 mg, noche — Intensidad — Propanolol — inicio 10-20 mg (2-3 veces/ día) — incremento gradual hasta 240mg/día — Modificación estilo de vida Tx. Clase — Hidratación — AINES — Ibuprofeno — 600mg — Paracetamol — 1gr — Px agudos — Lidocaina — Nasal — 1-2 disparos c/ fosa nasal — Indicar al px ARDOR — Px crónicos — VO accesible? — Si — Sublinguales — Triptanos — Zolmitriptan — 2.5 a 5mg — No — IV — Paracetamol — 1gr — Metoclopramida — 10mg — Pasar lento — + Difenhidramina (25mg)		

CEFALEAS PRIMARIAS

	CEFALEA TENSIONAL	CEFALEA EN BROTE (EN RACIMOS)
DEFINICIÓN	Trastorno neurológico que se caracteriza por ataques de cefalea de intensidad de leve a moderada con característica de dolor sordo bilateral, generando sensación de aprensión similar a una banda opresiva, no es pulsátil y carece de síntomas asociados	Trastorno neurológico que tiene como característica el dolor intenso preorbitario o temporal unilateral, con síntomas vasomotores homolaterales (ptosis, lagrimeo, rinorrea, congestión nasal).
CARACTERÍSTICAS	<p>Bilateral — Occipitounal, Temporal, Frontal, Extensión difusa sobre el vértice del cráneo</p> <p>ÚNICO TIPO DE CEFALEA QUE PUEDE PERSISTIR TODO EL DÍA, DÍA TRAS DÍA</p> <p>Dolor sordo/ Molesto/ Sensibilidad a presión-tensión</p> <p>Carece de síntomas asociados</p> <p>No interfiere de modo adverso con las actividades diarias</p> <p>2 tipos — Episódica (< 15 días), Crónica (> 15 días)</p> <p>Tipos — Frecuente Mayor a 10 CRISIS, Infrecuente Menor de 10 CRISIS</p>	<p>Dolor intenso</p> <p>Localización orbitaria unilateral constante</p> <p>Dolor — Profundo, Al rededor del ojo, Intenso, No pulsátil</p> <p>Irradiación a menudo — Frente, Sien, Mejilla</p> <p>Rasgo principal — NOCTURNO, Inicio 1-2h después del sueño, Puede ser varias veces durante la noche, Puede ser consecutivo por días</p> <p>Puede recurrir notablemente regularidad cada noche por periodos largos (semanas) SEGUIDOS de periodos de ausencia (meses/años)</p> <p>Carece de síntomas — De aura, Vomito</p>
SÍNTOMAS ASOCIADOS	No aplica	Fenómenos vasomotores
EPIDEMIOLOGIA	<p>Variedad más común</p> <p>Predominio MUJERES</p> <p>Mayor probabilidad de presencia durante la MADUREZ</p> <p>Puede coincidir con — Ansiedad, Fatiga, Depresión en momentos difíciles</p>	<p>Predominó HOMBRES adultos</p> <p>Intervalo de edad — 20-50 años</p> <p>Índice hombres-mujeres 5:1</p>
DURACIÓN	De minutos a días	Minutos - horas
INTENSIDAD	Leve - Moderada	Severa
DIAGNÓSTICO	<p>Evaluación clínica</p> <p>Síntomas característicos — "Cabeza rodeada/atrapada en una pinza", Percepción de que la cabeza "explotará"</p> <p>AUSENCIA DE — Calidad pulsátil persistente, Náuseas, Fotofobia, Fonofobia, Lateralización</p> <p>Aparición gradual</p> <p>Una vez establecida; ligeras fluctuaciones</p>	<p>Evaluación clínica — Característica clínica en lado afectado</p> <p>Duración 45min (lim. 15-180min)</p> <p>Fenómenos vasomotores concomitantes — Bloqueo fosas nasales, Rinorrea, Hiperemia de la conjuntiva, Lagrimeo, Miosis, Rubor-edema carrillos, Ligera PTOSIS</p>
TRATAMIENTO	<p>Episódica — AINES — IBUPROFENO 600mg, PARACETAMOL 1G</p> <p>Crónica — Amtriptilina (Antidepresivo Tricíclico) — Inicia 12.5mg c/24h, NOCHE, Incremento por semana de 12.5mg, Dosis máxima 75mg</p> <p>Tx libro — Ácido acetilsalicílico, Acetaminofen, Otros AINES — Solo por periodos breves</p> <p>Por tension persistentes o frecuentes — Fármacos que alivian — ANSIEDAD, DEPRESIÓN</p>	<p>Tx libro — Inhalación de Oxígeno al 100% — Durante 10-15 min, Al inicio de la cefalea</p> <p>Verapamilo — Inicio 80mg c/6hr, Se aumenta la dosis varios días, Vigilar px geriátrico</p> <p>Ataques nocturnos — Dosis única anticipatoria, Ergotamina 2mg VO al acostarse</p> <p>Prevención — Verapamilo 480mg al día, Prednisona 75mg/día en el comienzo por 3 días — Ningún método es eficaz en todos los casos</p> <p>Qx — Persistencia o sin remisión — Corte parcial del nervio trigémino</p>

BIBLIOGRAFÍA

Adams y Victor.(s.f). Cefalea y otros dolores craneofaciales (9) Parte 2: Manifestaciones fundamentales de la enfermedad urológica en Principios de neurología, 11ed.

Manual de Práctica clínica en Cefaleas, Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020 <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>

Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas (2018) https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/05/3559_ichd-3-spanish.pdf

World Health Organization: WHO. (2024, March 6). Cefaleas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>

Cid, J. M. L. (2014). Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(4), 651–657. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70086-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70086-0)

Clasificación y tratamiento farmacológico efectivo para las cefaleas (en racimos, tensionales y migrañas). (2019, July 4). www.elsevier.com. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/clasificacion-y-tratamiento-farmacologico-para-las-cefaleas>

Silberstein, S. D. (2023, April 12). Cefalea en racimos. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/cefalea/cefalea-en-racimos>

Silberstein, S. D. (2023, April 12). Cefalea tensional. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/cefalea/cefalea-tensional?query=cefalea%20tensional>

1 Cefalea. Servicio de Neurología Hospital Ruber Internacional. (n.d.). Neurología Madrid Clínica. <https://neurologiaclinica.es/enfermedades-trastornos-neurologicos/cefalea/>