

Cefalea y otros dolores craneofaciales

Neurología

Diego caballero Bonifaz

generalidades

- La información de la localización de la cefalea es de utilidad diagnóstica. En 66% de los ataques, la migraña es unilateral y suele acompañarse de náusea, vómito y gran
- sensibilidad a la luz, los sonidos y los olores. La inflamación de una arteria extracraneal produce dolor localizado en el sitio del vaso. Las lesiones de senos paranasales,
- piezas dentarias, ojos y vértebras cervicales superiores inducen un dolor menos localizado, pero que aún se refiere a cierta región, por lo general frente, maxilares o

Características del dolor

- **lesiones intracraneales:** en la fosa posterior causan habitualmente dolor en la región occipitonucal y son homolaterales en el caso de que la lesión se halle en un lado
- **lesiones supratentoriales** suscitan dolor frontotemporal, que también permite aproximarse al sitio en que se encuentra la lesión. La
- localización puede ser también engañosa

Características dolor

- El dolor peri orbitario y supra orbitario, aunque por lo general indica enfermedad local, puede reflejar disección de la porción cervical de la arteria carótida interna

Características dolor



- El dolor en las regiones frontales puede deberse a lesiones y mecanismos tan diversos como glaucoma, sinusitis, trombosis de
- la arteria vertebral o basilar, presión sobre el tentorio o elevación de la presión intracraneal. De manera semejante, la otalgia puede indicar afección del propio oído,
- aunque con más frecuencia este dolor se refiere desde otras regiones como garganta, músculos cervicales, columna vertebral o elementos de la fosa posterior

Semiología del dolor

A

• Antigüedad

¿Cuándo le inició?

L

• Localización

¿En qué lugar?

I

• Irradiación

¿El dolor se dispersa hacia otro lugar?

C

• Caracter

Tipo (quemante, punzante, opresivo, sordo).

I

• Intensidad

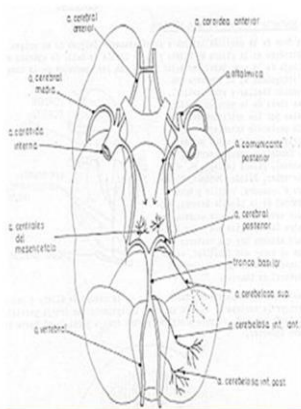
0 (ausencia) a 10 (mayor intensidad)

A

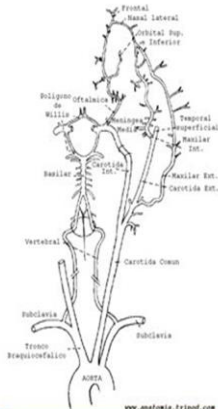
• Atenuación

Con qué aumenta?, ¿con qué disminuye?

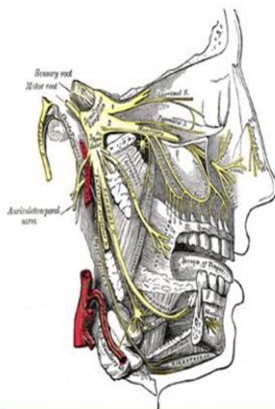
ESTRUCTURAS CRANEALES SENSIBLES AL DOLOR



Partes de la duramadre, carótida interna y cerebrales anterior y media.



Arteria meníngea media y temporal superficial.

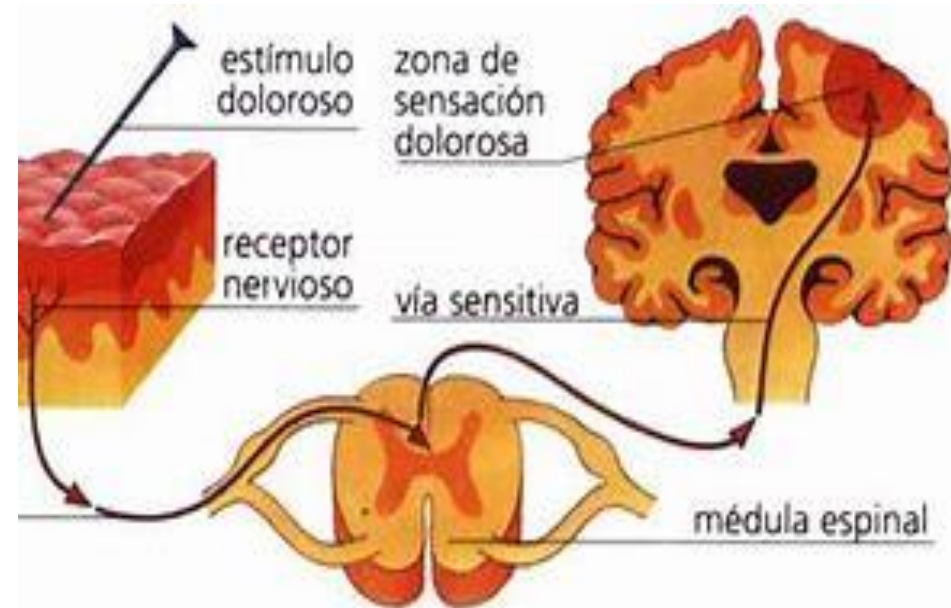


Trigémino, Glosofaríngeo Vago.

- 1) piel, tejido subcutáneo, músculos, arterias extracraneales y periostio externo del cráneo
- 2) las estructuras delicadas de los ojos, oídos, cavidades nasales y senos paranasales
- 3) senos venosos intracraneales y sus grandes tributarias porque son intradurales
- 4) partes de la duramadre en la base del cerebro y las arterias dentro de la duramadre.
- 5) las arterias meníngea media y temporal superficial,
- 6) los primeros tres nervios cervicales y los pares craneales a su paso por la duramadre

Mecanismos del dolor craneal

- El dolor craneal puede deberse a diversos mecanismos.
- Las lesiones intracraneales pueden causar cefalea si afectan estructuras sensibles.
- La presión intracraneal elevada no siempre causa cefalea.



Mecanismos dolor craneal

- La presentación de dolor orbitotemporal unilateral intenso e insoportable, que inicia 1 ó 2 h después de quedarse dormido o a horas predecibles durante el día y que recurre en la noche o el día por un periodo de varias semanas a meses; casi siempre un ataque individual se disipa en 30 a 45 min pero ocasionalmente puede persistir durante varias horas

Relación entre Presión Intracraneal y Cefalea Lesiones

- Lesiones que ocupan espacio: causan dolor al deformar o desplazar estructuras sensibles.
- Inyección de solución salina: No genera cefalea sostenida.
- Punción lumbar: Puede aliviar la cefalea al reducir la presión del LCR

Vasodilatación y Cefalea Dilatación arterial:

- : intracraneal o extracraneal puede inducir dolor.
- Factores desencadenantes: crisis convulsivas, alcohol, nitritos, glutamato monosódico.
- Cefalea febril: asociada a la pulsación de vasos meníngeos.

Hipertensión y Cefalea Presión arterial elevada

- puede causar cefaleas bilaterales intensas.
- Condiciones asociadas: feocromocitoma, hipertensión maligna.
- Cefaleas por esfuerzo: relacionadas con la distensión de vasos intracraneales.

Enfermedades cerebrovasculares y cefalea

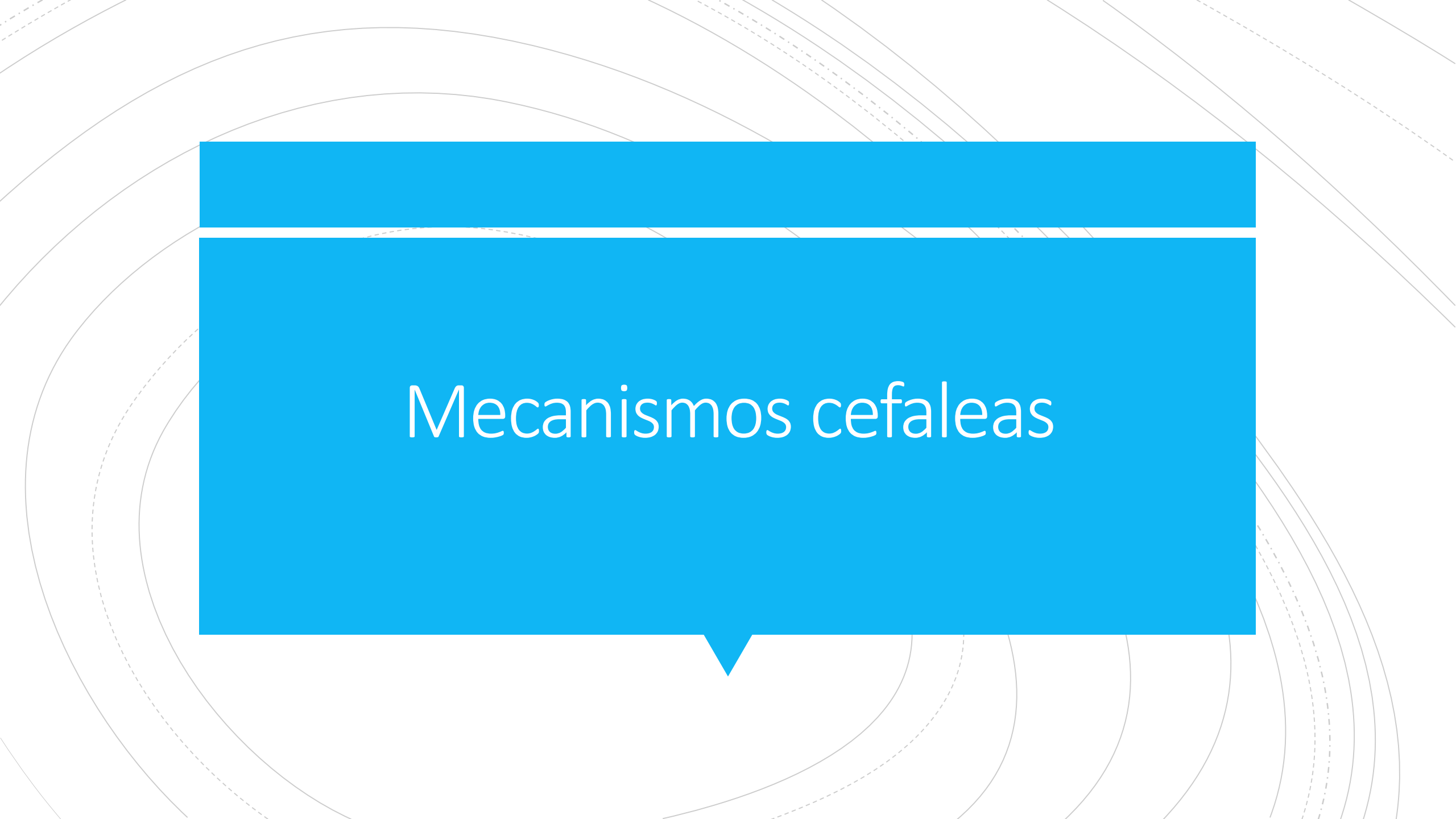
- **Arteritis de células gigantes:** afecta arterias temporales y occipitales.
- **Trombosis de la arteria basilar:** dolor occipital y frontal.
- **Aneurismas intracraneales:** dolor irradiado al ojo.

Sinusitis y cefalea

- Dolor localizado: según el seno afectado (frontal, maxilar, esfenoidal, etmoidal)
- .Mecanismo: cambios de presión e irritación de paredes sinusales
- .Factores agravantes: postura, sonarse la nariz, cambios de altitud.

Migraña y Teoría Trigeminovascular

- Origen mixto intracraneal y extracraneal.
- Sistema trigeminovascular: inflamación neurógena contribuye al dolor.
- Investigaciones actuales: papel de la sensibilización vascular.

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A large blue speech bubble is centered on the page, containing the text 'Mecanismos cefaleas'.

Mecanismos cefaleas

Cefalea origen ocular

- Localizada como regla en órbitas, frente o regiones temporales, es de tipo sostenido y suele ocurrir después del empleo prolongado de los ojos en el trabajo de visión cercana
- Las deficiencias principales en estos casos son hipermetropía y astigmatismo (rara vez miopía),. La tracción de los músculos extraoculares o el iris durante la cirugía ocular causa dolor

Cefaleas que
acompañan la
enfermedad de
ligamentos, músculos y
articulaciones

- estas cefaleas se reproducen con la inyección de solución salina hipertónica en los ligamentos, músculos y articulaciones facetarias afectados, y son comparables a las regiones de dolor referido esclerotógeno
- dichos dolores son en especial frecuentes en la vida tardía debido a la frecuencia de los cambios degenerativos de la porción cervical de la columna vertebral

La cefalea de la irritación meníngea

- por lo general tiene un inicio agudo, la mayor parte de las veces es intensa, generalizada, profunda, constante y se acompaña de rigidez cervical, sobre todo a la flexión anterior
- se adjudica al aumento de la presión intracraneal; en realidad, la extracción de LCR puede producir cierto alivio

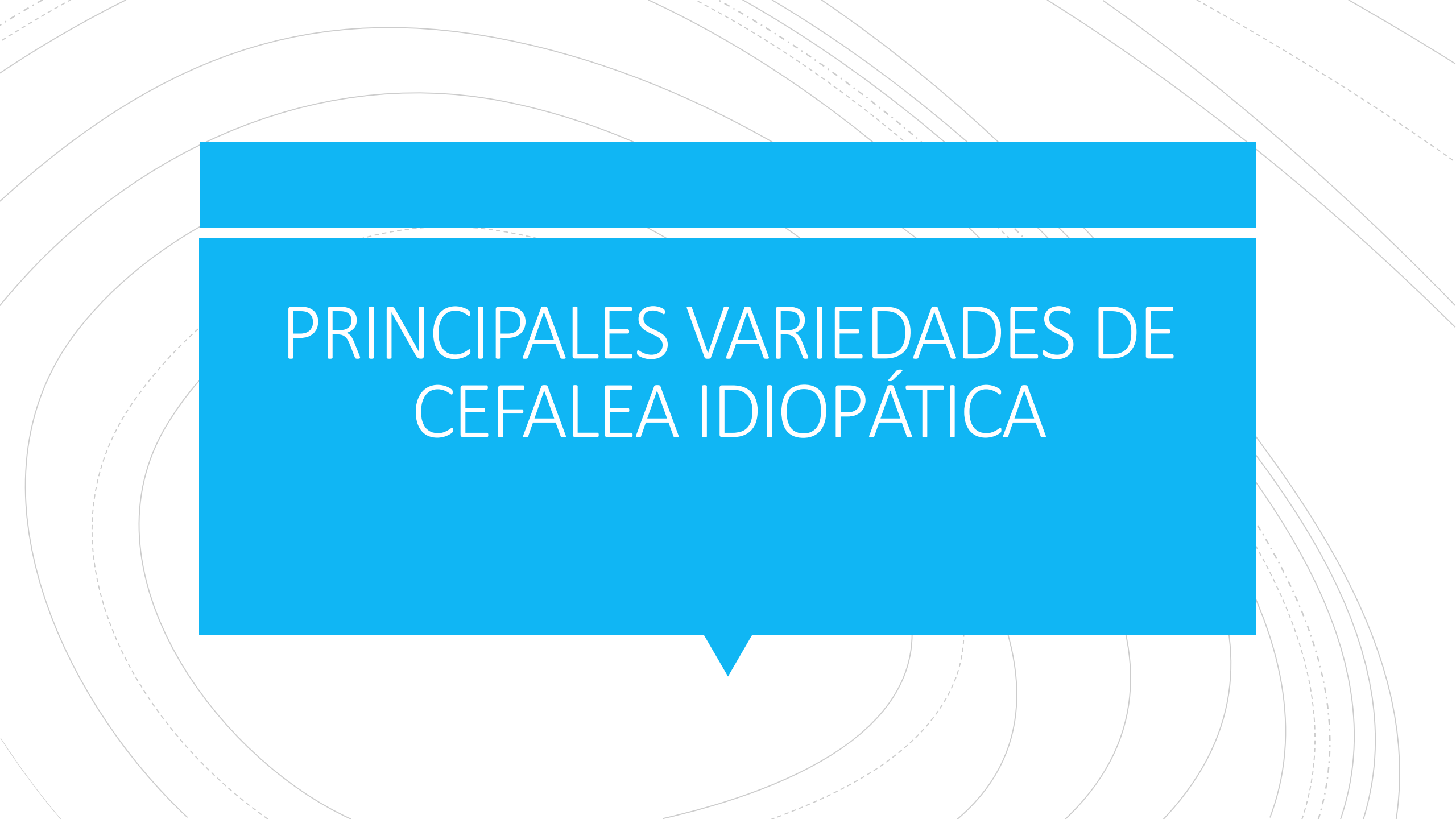
hemorragia subaracnoidea

- casi siempre se acompaña de vómito y rigidez cervical. Otras causas de lo que se conoce como “cefalea en trueno” se describen más adelante como simuladores de esta enfermedad
- sus causas está un tipo de espasmo vascular cerebral difuso que puede ser espontáneo, resultar de consumo de simpaticomiméticos y por disección vascular extracraneal

cefalea por presión baja del LCR

- se caracteriza por dolor constante en las regiones occipital, nuchal y frontal, que aparece durante o unos minutos después de levantarse de la posición horizontal (cefalea ortostática) y se alivia en uno o dos minutos al acostarse. Su causa es la fuga persistente de LCR en los tejidos lumbares a través del trayecto de la aguja o bien, el desgarró de las meninges que puede ser espontáneo o inducido por traumatismo raquídeo



The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A bright blue speech bubble is centered on the page, containing the title text in white.

PRINCIPALES VARIEDADES DE CEFALEA IDIOPÁTICA

TIPO	SITIO	EDAD Y SEXO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	TIPO DIURNO	PERFIL DE VIDA	FACTORES PRECIPITANTES	ASPECTOS CONCOMITANTES	TRATAMIENTO
Migraña sin aura (migraña ordinaria)	Fronto temporal	Adolescentes, adultos jóvenes a maduros, en ocasiones niños, más frecuente en mujeres	Pulsátil; peor por detrás de un ojo o en un oído	Al despertarse o más tarde durante el día	Intervalos irregulares, semanas a meses	Luz intensa, ruido, tensión, alcohol	Náusea y vómito en algunos casos	Triptanos, ergotamina, antiinflamatorios no esteroideos
	Unilateral obilateral		Se vuelve dolor sordo y generalizado	Duración: 4–24 h en la mayor parte de los casos, en ocasiones más	Tiende a disminuir durante la madurez y el embarazo	Se alivia en la oscuridad y con el sueño		Propranolol o amitriptilina para la prevención
			Cuero cabelludo sensible					
Migraña con aura (migraña neurológica)	Igual que los anteriores	Igual que los anteriores	Igual que los anteriores	Igual que los anteriores	Igual que los anteriores	Igual que los anteriores	Luces centelleantes, pérdida visual y escotomas	Igual que los anteriores
			Antecedentes familiares frecuentes				Parestesias unilaterales, debilidad, disfagia, vértigo, rara vez confusión	
En brotes (cefalea	Orbitotemporal	Varones	Intensa, no pulsátil	Por lo	Nocturna o	Alcohol en	Lagrimo	Oxígeno,

histamínica, neuralgia migrañosa)		adolescentes y adultos (90%)		general nocturna, 1-2 h después de dormirse	diaria durante varias semanas a meses	algunos casos		sumatriptano, ergotamina antes del ataque esperado
	Unilateral			Algunas veces diurno	Recurrencia después de muchos meses o años		Congestión nasal	Corticoesteroides, verapamilo, valproato y litio en casos rebeldes
							Rinorrea	
							Hiperemia de la conjuntiva	
							Ptosís	
Cefalea tensional	Generalizada	Sobre todo en adultos, ambos sexos, más frecuente en mujeres	Presión (no pulsátil), sensación de opresión	Continuas, intensidad variable, por días, semanas o meses	Uno o más periodos de meses a años	Fatiga y tensión nerviosa	Depresión, pesar, ansiedad	Ansiolíticos y antidepresivos
Irritación meníngea(meningitis, hemorragia subaracnoidea)	Generalizada o bioccipital, o bifrontal	Cualquier edad, ambos sexos	Dolor profundo, intenso y sostenido, puede ser peor en el cuello	Evolución rápida: minutos a horas	Una sola crisis	Ninguno	Cuello rígido para la flexión hacia adelante	Para meningitis o hemorragia (véase texto)
							Signos de Kernig y Brudzinski	
Tumor cerebral	Unilateral o generalizada	Cualquier edad, ambos sexos	Intensidad variable	Dura minutos a horas; peor al principio de la mañana, gravedad creciente	Una vez en la vida: semanas a meses	Ninguno	Papiledema	Corticoesteroides
			Puede despertar al paciente			A veces la posición	Vómito	Manitol
			Dolor sostenido				Afectación del estado mental	Tratamiento de los tumores
							Convulsiones	
							Signos focales	
Arteritis temporal	Unilateral o bilateral, por lo general temporal	Más de 50 años, cualquier sexo	Pulsátil, a continuación dolor sordo y quemante persistente; arterias	Intermitente, después continua	Persiste semanas a meses	Ninguno	Pérdida de la visión	Corticoesteroides

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A large blue speech bubble is centered on the page, with the word 'Migraña' written inside in white.

Migraña

The background of the slide features a series of thin, curved lines in a light gray color, creating a sense of motion and depth. These lines are more prominent on the left side and fade out towards the right.

Tipos migrañas

- **Migraña con aura**
- **Migraña sin aura**

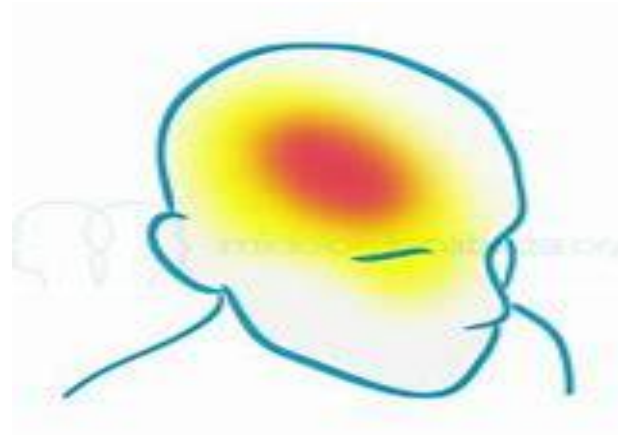
Migraña con aura

- migraña con aura se presenta como un trastorno de la función nerviosa, más a menudo visual, seguido en pocos minutos a horas por una cefalea hemicraneal o, en cerca de un tercio de los casos, bilateral, náusea y algunas veces vómito, que duran horas o incluso hasta un día o más.



Migraña sin aura

- se distingue por la aparición sin previo aviso de una cefalea hemicraneal o, con menor frecuencia, generalizada, con o sin náusea y vómito, que entonces sigue la misma pauta de la migraña con aura. La sensibilidad a la luz, al ruido y a menudo a los olores (fotofobia, fonofobia o sonofobia y osmofobia) ocurre en ambos tipos y con frecuencia se intensifica con el movimiento de la cabeza



Características y epidemiología

MIGRAÑA CON AURA

- Es aparente por su presencia en varios miembros de la familia en la misma generación o en generaciones sucesivas
- en el 60 a 80% de los casos; la frecuencia familiar de la migraña común es un poco menor.
- estas formas especiales de migraña, como la migraña hemipléjica familiar, parecen trastornos monogénicos, pero la
- participación de estos genes, la mayoría de los cuales codifica conductos iónicos, en la migraña típica y la común, es especulativo.

MIGRAÑA SIN AURA

- en la prevalencia de la migraña entre personas de origen caucásico, africano y asiático de alrededor de 20, 16 y 9%,
- respectivamente, entre mujeres, y de 9, 7 y 4% en los varones (Un tercio de los pacientes con migraña tienen más de tres ataques al mes si no reciben tratamiento, y muchos requieren reposo en cama o limitar mucho sus actividades diarias)

Manifestaciones clínicas

- la visión borrosa brillante o nublada, como si vieran a través de un vidrio grueso o ahumado o vieran las distorsiones onduladas producidas por la elevación de la temperatura del asfalto
- Dichas alucinaciones luminosas se mueven con lentitud a través del campo visual durante varios minutos y pueden dejar una isla de pérdida visual en su estela (escotoma);

Síntomas neurológicos focales

- adormecimiento y hormigueo de los labios, la cara y la mano (en uno o ambos lados)
- confusión ligera del pensamiento,.
- debilidad de un brazo o una pierna.
- afasia o disartria.
- vértigo e inestabilidad de la marcha o somnolencia.
- Sólo uno o unos
- pocos de estos fenómenos neurológicos se presentan en un paciente particular y tienden a ocurrir en más o menos la misma combinación en cada ataque.

Síntomas

- Los síntomas visuales o neurológicos duran menos de 30 min, y a veces un poco más. Al ceder, surge una molestia sorda unilateral que poco a poco aumenta de
- En el punto máximo del dolor, en término de minutos a 1 h, el paciente percibe la necesidad imperiosa de acostarse y de que disminuya la intensidad de la luz (fotofobia) y de los ruidos (fotofobia). La luz es un
- estímulo irritante y puede causar dolor de los globos oculares, o se le percibe como un destello brillante, y los olores intensos son desagradable

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A large, solid blue speech bubble is centered on the page, pointing downwards.

Variantes migraña

Migraña con aura del tronco del encéfalo (migraña basilar)

- se pueden presentar vértigo, bamboleo, incoordinación de las extremidades, disartria y hormigueo en ambas manos y pies y algunas veces alrededor de ambos lados de la boca, pero rara vez surge parálisis.
- estos síntomas duran de 10 a 30 min y anticipan la cefalea, que casi siempre es occipital. Algunos pacientes, en la etapa en la que es probable que comience la cefalea, pueden desmayarse y otros presenta confusión o estupor.

Síndrome periódico infantil

- Asociado a criopiridina
- Los episodios de vómito cíclico o el dolor abdominal periódico recurrente se han vinculado con migraña como consecuencia de apariciones simultáneas
- estos síntomas con cefalea o migraña típica en otro momento. La palidez, letargo y cefalea leve son comunes



Vértigo migrañoso

- El mareo es un síntoma acompañante común de la migraña y de sus auras. Un síndrome menos definido asocia el vértigo episódico con migraña, principalmente en niños, pero también en algunos adultos con migraña conocida
- Muchas de estas características concuerdan con ansiedad, pero la ocurrencia episódica de los síntomas y los ataques de migraña intercalados hacen posibles las conexiones.



Migraña oftalmopléjica

- Son cefaleas unilaterales recurrentes vinculadas con debilidad de los músculos extraoculares.
- El cuadro ordinario consiste en parálisis transitoria del tercer nervio con ptosis y afección o no de la pupilara vez está dañado el sexto nervio
- o. Este trastorno es más frecuente en niños. Como regla general, el diagnóstico debe establecerse en adultos a menos que ocurran episodios recurrentes en la infancia

Estatus migrañoso

- En algunas personas los ataques de migraña, por razones desconocidas, intensifican su frecuencia en el lapso de meses.
- Cada semana pueden surgir hasta tres o cuatro ataques, de modo que la piel cabelluda siempre está doloroso al tacto.
- En el comienzo el dolor es unilateral, más tarde se generaliza y tiene un carácter más o menos pulsátil y discapacitante; desde el comienzo son frecuentes el vómito o la náusea, aunque por lo común ceden

Cefaleas migrañosas con pleocitosis del líquido cefalorraquídeo

- Un problema intrigante surge en el paciente con migraña que tiene pleocitosis linfocítica leve en el LCR.
- durante un ataque de migraña sin una explicación obvia; una reacción celular menor de 3 a 10 leucocitos/ml puede ignorarse si no hay fiebre ni signos de meningismo

Migraña después de lesión cefálica

- traumatismo craneal de casi cualquier grado puede precipitar migraña en personas propensas a la enfermedad
- Una variante de migraña muy problemática ocurre en un niño o adolescente que después de una lesión cefálica trivial o leve puede perder la visión, sufrir cefalea intensa o entrar en un estado de confusión, con conducta beligerante e irracional que dura horas o varios días antes de desaparecer

Migraña en niños pequeños

- el vómito es más frecuente que en el adulto y puede presentar fiebre.
- Los pediatras se refieren a los ataques recurrentes como el “síndrome periódico,” como se comentó anteriormente.
- Otra variante en el niño es el vértigo episódico y el tambaleo (desequilibrio paroxístico) seguido por cefalea, que probablemente es una migraña basilar
- Los lactantes y niños pequeños pueden tener ataques de hemiplejía (sin cefalea) cada pocas semanas, primero de un lado y luego del otro

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. In the center, there is a blue speech bubble with a white border and a small tail pointing downwards.

Patogenia migraña

Relación entre Cambios Vasculares y Síntomas Neurológicos en la Migraña

- La migraña es un trastorno neurológico con una fuerte relación entre los cambios vasculares y los síntomas neurológicos.
- Lashley graficó su propia aura visual y calculó que la alteración cortical progresa a un ritmo de 2 a 3 mm/min.
- Se extiende desde el lóbulo occipital hacia adelante como una "expansión de la oligoemia", un fenómeno similar a la "expansión de la depresión cortical" descrita por León.
- Lauritzen y Olesen vincularon el aura migrañosa con esta expansión de la depresión cortical.

Hipótesis del Complejo Trigeminovascular

- Moskowitz propuso una hipótesis que vincula el aura y el dolor migrañoso a través del nervio trigémino.
- Las fibras del nervio trigémino liberan sustancias como la sustancia P y el CGRP, lo que aumenta la permeabilidad vascular y genera inflamación.
- Esta hipótesis explica la migraña como un fenómeno nervioso, aunque persisten dudas sobre su validez total. Algunos fármacos que actúan sobre esta vía no han demostrado efectos clínicos definitivos.

Rol de la Serotonina y Otros Factores en la Migraña

- La serotonina desempeña un papel clave en la migraña.
- Se ha demostrado que las plaquetas liberan serotonina al inicio de la cefalea y que su inyección puede aliviar los síntomas.
- El sumatriptán, derivado de la serotonina, actúa sobre los receptores 5-HT_{1B/D} y se ha convertido en el modelo de los "triptanos".

Diagnostico migraña

- Historia clínica (síntomas positivos y negativos)
- **Positivos:** como centelleos o parestesias
- **Negativos:** como escotomas, insensibilidad, afasia o paresias

Tratamiento

TRIPTANOS	TABLETAS, mg	DOSIS ÓPTIMA, mg	DOSIS MÁXIMA ÚNICA, mg	DOSIS MÁXIMA DIARIA, mg
Almotriptano	6.25 y 12.5	12.5	12.5	25
Eletriptano	20 y 40	20	40	80
Frovatriptano	2.5	2.5	2.5	7.5
Naratriptano	1 y 2.5	2.5	2.5	5
Rizatriptano	5 y 10	10	10	30
Zolmitriptano	2.5 y 5	2.5	5	10
Sumatriptano*	25, 50 y 100	50	100	200

Tratamiento

- La ergotamina es un fármaco igual de efectivo, pero sus efectos colaterales vasoconstrictores periféricos y coronarios, incluyendo la náusea, han hecho que disminuya su empleo. Es un agonista adrenérgico alfa con gran afinidad por el receptor de serotonina y tiene acción vasoconstrictora. E

Tratamiento preventivo

- **propranolol** con inicio de 10 a 20 mg dos a tres veces al día y se incrementa de manera gradual hasta 240 mg al día
- **Atenolol** (40 a 160 mg/día) y **timolol** (20 a 40 mg/día)
Metoprolol (100 a 200 mg/día)
- el **acido valproico** en dosis de 250 mg tres a cuatro veces al día o
- **topiramato** o la **amitriptilina** a razón de 25 a 125 mg por la noche.
- La **indometacina**, 150 a 200 mg/día, y la, 4 a 16 mg/noche, son de utilidad en ciertos pacientes **ciproheptadinantes** y, en particular, en la prevención de los ataques predecibles de la migraña perimenstrual.

Cefaleas que responden a la indometacina

- Cefaleas relacionadas con maniobra de Valsalva
- Cefalea primaria relacionada con actividad sexual
Cefalea primaria de esfuerzo (inducida por ejercicio, levantadores de pesas)
- Cefalea primaria por tos
- Cefalea autonómica del trigémino
- Hemicránea paroxística crónica
- Hemicránea paroxística episódica
- Hemicránea continua
- Cefaleas lancinantes “En golpes y sacudidas
- Cefalea lancinante idiopática (“en picahielo”)

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A large blue speech bubble is centered on the page, containing the text 'Tipos cefaleas'.

Tipos cefaleas

Cefalea en brotes

■ **Definición :**

• Conocida anteriormente como:

- Cefalalgia paroxística nocturna
- Neuralgia migrañosa
- Cefalea por histamina (cefalea de Horton)

■ **Epidemiología:**

- Principalmente en varones adultos (20-50 años)
- Relación varones/mujeres: 5:1

■ **Características del Dolor:**

- Dolor intenso, unilateral, orbitario
- Sensación profunda alrededor del ojo
- No pulsátil, se irradia a frente, sien y mejilla
- En menor medida, se irradia a oído, occipucio y cuello

Cefalea en brotes

■ **Patrón Temporal:**

- Ataques nocturnos, 1-2 horas tras el inicio del sueño
- Ocurren en brotes durante semanas/meses
- En algunos casos, se vuelve crónica (10%)

■ **Síntomas Asociados:**

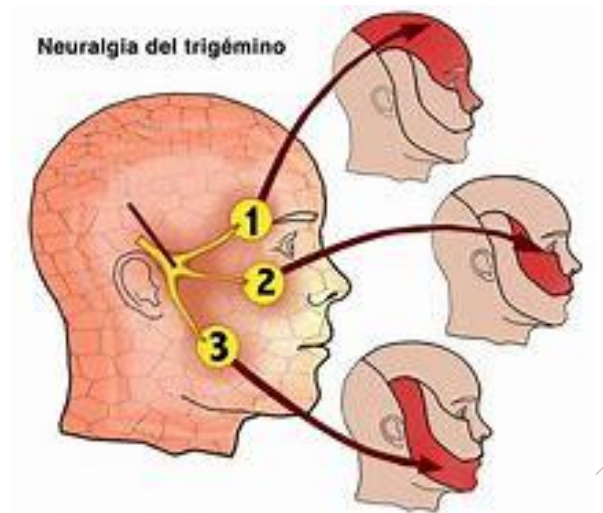
- Bloqueo nasal y rinorrea
- Hiperemia conjuntival y lagrimeo
- Miosis, ptosis ligera y edema facial
- Arteria temporal prominente e hipersensible
- Hiperalgesia en piel cabelluda y facial

■ **Duración del Episodio:**

- Promedio de 45 minutos (rango: 15-180 min)

Cefalalgias autónomas del trigémino (variantes de los brotes)

dolor paroxístico por detrás del ojo o la nariz o en el maxilar superior o la región temporal, acompañados por sensación de oclusión de la fosa nasal o lagrimeo, y descritos con los términos esfenopalatina (neuralgia esfenopalatina de Sluder) y neuralgia petrosa.



Cefalalgias autónomas del trigémino (variantes de los brotes)

HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

- se asemeja a la cefalea en brotes en muchos aspectos, pero que tiene varios rasgos distintivos. Estos episodios son mucho más cortos (2 a 45 min) que la cefalea en brotes y casi siempre afecta la región temporoorbitaria de un lado

HEMICRÁNEA SIMILAR

- puede ser síntoma de lesiones cerca del seno cavernoso (en particular un adenoma hipofisario) o en la fosa posterior, pero la mayoría de los casos es idiopática. El episodio típico de dolor dura cerca de 20 min.

Tratamiento de cefalea en brotes

- La inhalación de oxígeno al 100% por mascarilla durante 10 a 15 min al inicio de la cefalea también puede anular el ataque
- Un brote también puede terminarse con verapamilo, se comienza con 80 mg c/6 h y se aumenta la dosis en varios días
- puede usarse lidocaína o sumatriptano intranasales
- prednisona, con 75 mg/día en el comienzo durante tres días, para disminuir la dosis a intervalos de tres días.

Cefalea tensional

- siempre es bilateral, con predominancia occipitonucal, temporal o frontal o extensión difusa sobre el vértice del cráneo. El dolor se describe habitualmente como sordo y molesto, pero en el interrogatorio muchas veces se descubren otras sensaciones, como plenitud, tensión o presión
- .La mayor parte de las cefaleas tensionales no interfiere de modo adverso con las actividades diarias como sucede en la migraña
- La aparición es más gradual que en la migraña, y la cefalea, una vez que se establece, puede persistir con sólo ligeras fluctuaciones por días, semanas, meses o incluso años.

Tratamiento cefalea tensional

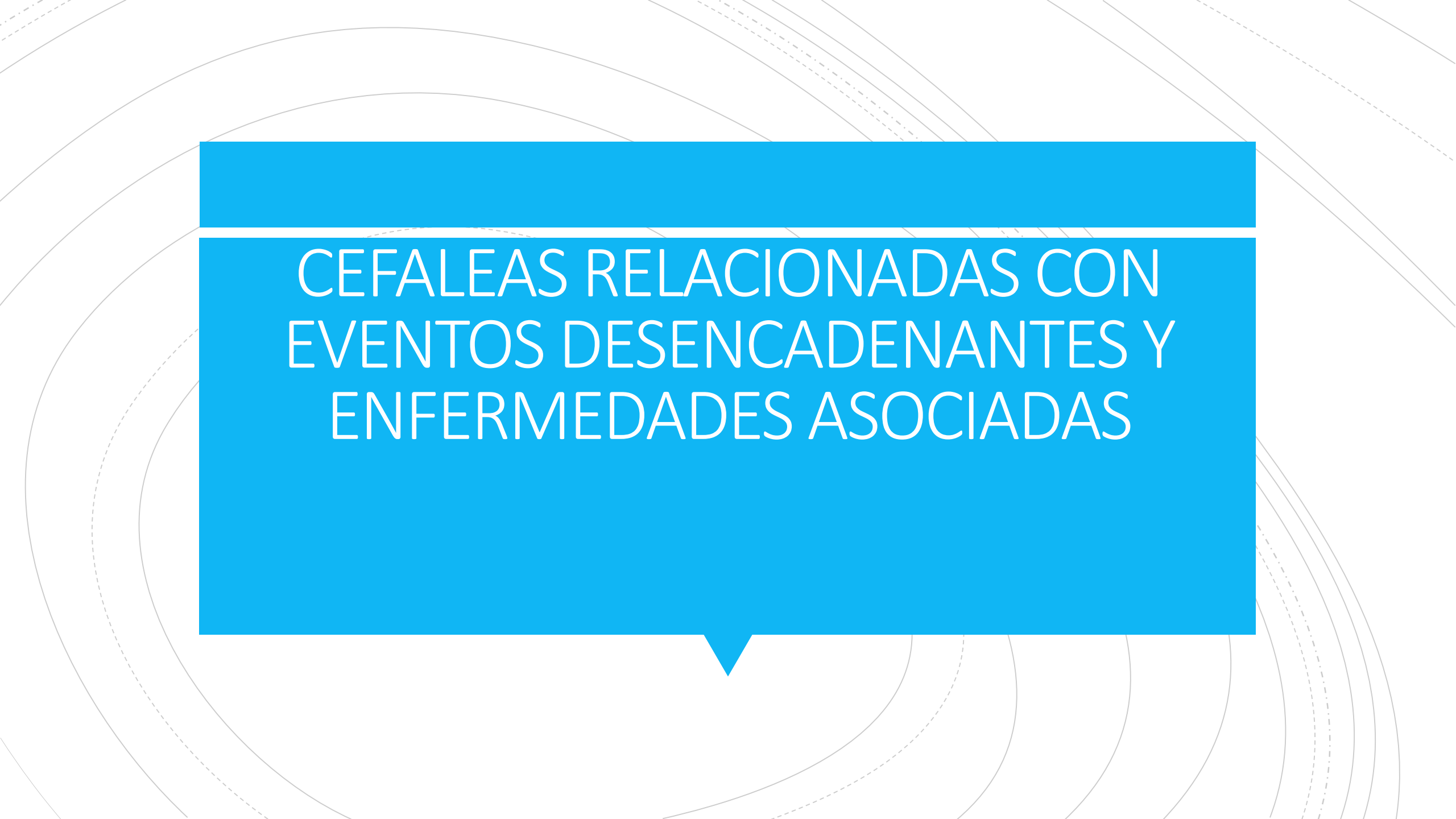
- Los analgésicos simples como el ácido acetilsalicílico o el acetaminofén
- Las cefaleas por tensión persistentes o frecuentes responden mejor al uso cauteloso de uno de varios fármacos que alivian la ansiedad o depresión, como la amitriptilina
- fenelzina o ciproheptadina. La ergotamina y el propranolol no son efectivos, a menos que existan síntomas de migraña y cefalea tensional.

Hemicránea continua

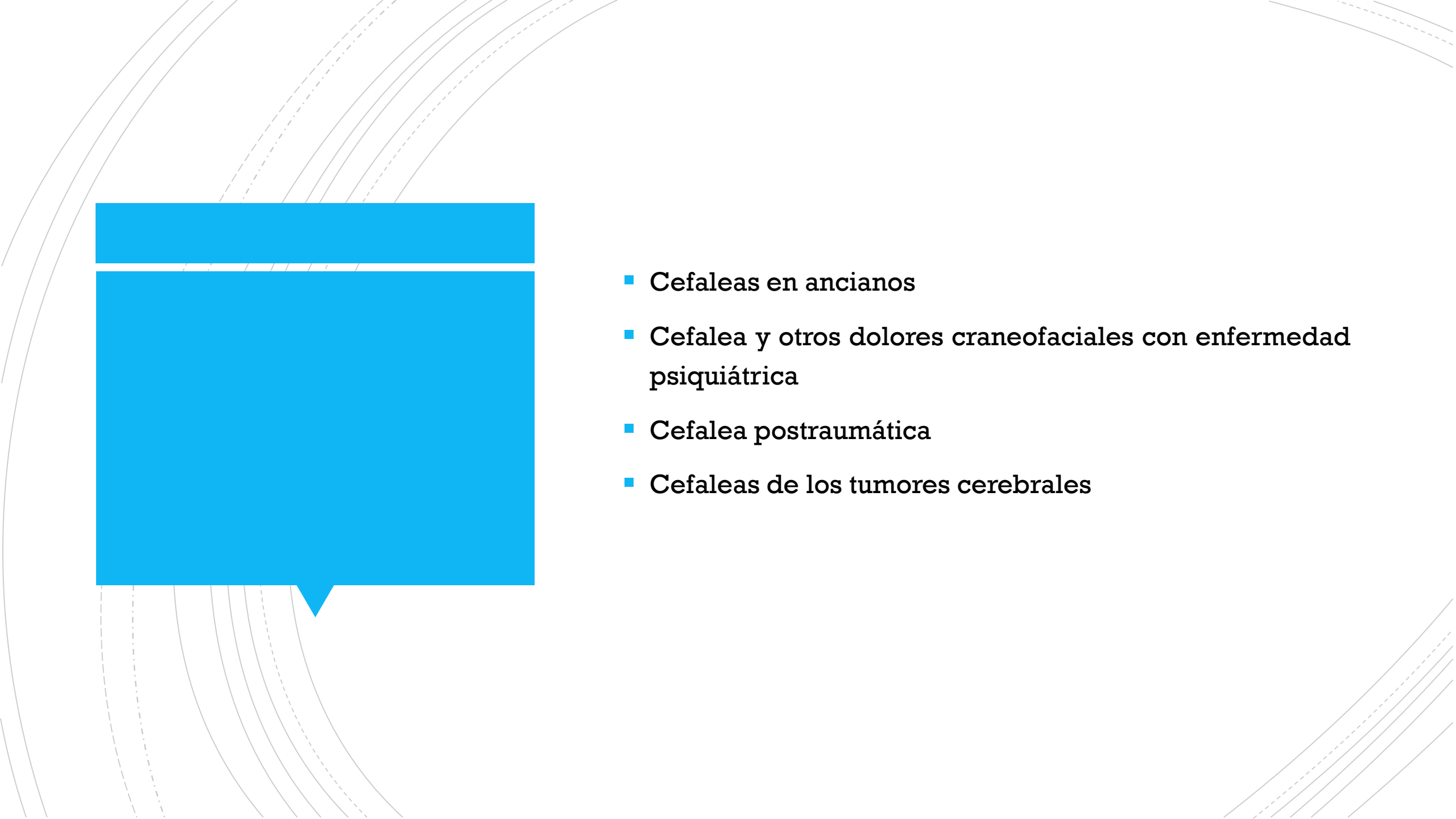
- Es un dolor craneal moderadamente intenso que permanece en un lado y puede fluctuar en intensidad.
- Sus manifestaciones del sistema nervioso autónomo como hiperemia conjuntival o epífora, congestión nasal, rinorrea o ptosis palpebral.

Cefalea persistente nueva, diaria

- Este término describe una cefalea generalizada que no cede con un inicio característico
- Predomina en el género femenino pero carece de características clínicas, de imagen o de líquido cefalorraquídeo especiales.
- No se presenta la lateralidad y características cefálicas del sistema nervioso autónomo propias de la hemicránea continua

The background features a series of concentric circles in light gray, some solid and some dashed, creating a ripple effect. A bright blue speech bubble is centered on the page, pointing downwards. The text is white and centered within the bubble.

CEFALEAS RELACIONADAS CON EVENTOS DESENCADENANTES Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

- 
- 
- Cefaleas en ancianos
 - Cefalea y otros dolores craneofaciales con enfermedad psiquiátrica
 - Cefalea postraumática
 - Cefaleas de los tumores cerebrales

Tratamiento

- todos los casos está indicada la administración de prednisona, 45 a 60 mg al día, en una o en varias dosis, durante varias semanas, con reducción gradual a 10 ó 20 mg al día y mantenimiento de esta dosis varios meses o años

Cefalea por baja presión y por punción raquídea

- Ocurren después de la punción lumbar en cerca del 5% de los casos.
- La cefalea se vincula con la muy marcada reducción de la presión del compartimiento del LCR, lo que probablemente causa la tracción de los vasos sanguíneos craneales

Migraña menstrual
(catamenial) y otras
cefaleas relacionadas
con el ciclo hormonal

- Se relaciona la cefalea con la disminución de las concentraciones de estradiol a finales de la fase luteínica
- iniciado tres días antes del comienzo anticipado del periodo menstrual
- el sumatriptano oral (25 a 50 mg cuatro veces al día) y el zolmitriptano (2.5 a 5 mg dos veces al día) son igual de efectivos

Tos y cefalea de esfuerzo

- Por lo regular el dolor se percibe en la frente, en ocasiones en el occipucio; puede ser unilateral o bilateral.
- aparece después de iniciar la acción en plazo de 1 ó 2 s y dura de unos cuantos segundos a unos cuantos minutos

- 
- En los casos de cefalea repetida del coito es efectiva la indometacina.
 - La cefalea orgásmica no siempre es benigna; es posible que ocurra una hemorragia hipertensiva, rotura de un aneurisma o malformación vascular, disección de la arteria carótida o infarto miocárdico durante el esfuerzo de las relaciones sexuales

Cefalea en trueno

- Esta es una cefalea muy intensa de inicio súbito y de varias causas aunque menos grave que la naturaleza de los síntomas que la sugieren
- Tiene síntomas de la aneurisma cerebral

Causas

- Migraña
- Hemorragia subaracnoidea
- Trombosis venosa cerebral
- Vasoespasmo cerebral difuso (síndrome de Call-Fleming)
- Hipertensión acelerada
- Accidente cerebrovascular hipofisario
- Cocaína y fármacos con actividad adrenérgica
- Hemorragia perimesencefálica
- Hemorragia subaracnoidea
- Aneurismática
- no

Neuralgia del trigémino (tic doloroso)

- Se trata de un trastorno común de la edad madura y la parte final de la vida que consiste en paroxismos de dolor pulsátil intenso en la distribución de las divisiones mandibular y maxilar (poquísimas veces la rama oftálmica) del quinto par craneal
- Rara vez el dolor dura más de pocos segundos o 1 min o 2, pero puede ser tan intenso que el paciente presenta movimientos involuntarios; de allí el término tic
- . Los paroxismos aparecen con frecuencia, tanto de día como de noche durante varias semanas o meses cada vez.

Tratamiento

- Carbamazepina 600 a 1200mg/día
- fenitoína (300 a 400 mg/día)
- ácido valproico (800 a 1 200 mg/día)
- clonazepam (2 a 6 mg/día)
- gabapentina (300 a 900 mg/día o más)
- pregabalina (150 a 300 mg/día)

Neuralgia glosofaríngea

- El dolor es intenso y paroxístico; se origina en la garganta, cerca de la fosa amigdalina, y lo provoca más a menudo la deglución, aunque también hablar, masticar, bostezar, reír,
- El dolor puede localizarse en el oído o referirse desde la garganta hasta el oído, lo que incluye a la rama auricular del nervio vago

Tratamiento

- la carbamazepina, gabapentina, pregabalina o baclofeno.
- Si no se consiguen los resultados esperados con estos fármacos, el procedimiento quirúrgico convencional consiste en interrumpir el nervio glossofaríngeo y las raíces superiores del nervio vago cerca del bulbo raquídeo.

Cefalea troclear

- dolor periorbitario que se origina en la parte superomedial de la órbita, en la región de la tróclea (la polea del músculo oblicuo superior).
- Mas común en mujeres
- El dolor se agravaba por la aducción y (paradójicamente para el oblicuo superior) con la mirada superior del globo ocular del lado afectado, en dirección de la acción del músculo oblicuo superior

Otalgia

- El dolor localizado en un oído y alrededor de éste es en ocasiones una queja primaria.
- Por lo común es uno de los primeros síntomas de la parálisis de Bell
- la estimulación de los pares craneales trigémino (V par), facial (VII), glosofaríngeo (IX) y vago (X) causa dolor de oído y la interrupción de estos nervios no produce casi nunca pérdida demostrable de la sensibilidad del conducto auditivo o de la oreja misma

Neuralgia occipital

- se experimenta dolor paroxístico en la distribución de los nervios occipitales mayor o menor (regiones suboccipital, occipital y parietal posterior). Puede haber hipersensibilidad en el sitio en que estos nervios cruzan la línea superior de la nuca
- El bloqueo de los nervios con lidocaína puede abolir el dolor y promover los intentos de sección de uno o más nervios occipitales o de la segunda o tercera raíz cervical dorsal, aunque rara vez estos procedimientos se acompañan de buenos resultados

Cefalea “del tercer nervio occipital

- puede ser un síntoma prominente en pacientes con dolor cervical, sobre todo después de una lesión cervical
- atribuyen a artropatía degenerativa o traumática que afecta las articulaciones apofisarias de C2 y C3, con compresión del “tercer nervio occipital” (una rama de la rama dorsal de C3 que cruza sobre la cara dorsolateral de la articulación apofisaria)

Dolor en la articulación temporomandibular (síndrome de Costen)

- puede causar distorsión de la articulación y al final cambios degenerativos; esto causa dolor frente al oído con irradiación a la sien y sobre la cara
- la mayoría de los pacientes refieren desviación de la mandíbula al lado afectado con abertura de la boca, y chasquidos surgidos de la articulación.
- Otra manifestación es el bloqueo de la mandíbula, sea en posición abierta o cerrada.
- El diagnóstico se apoya en datos de hipersensibilidad sobre la articulación