



Jhonatan Gamaliel Vazquez Cruz

Raul de la Rosa

Cuadro comparativo

Neurologia

PASIÓN POR EDUCAR

6

B

	Cefalea Tensional	Migraña	Cefalea en Racimos
Definición	Dolor de cabeza bilateral, opresivo, de intensidad leve a moderada, sin síntomas neurológicos asociados.	Trastorno neurológico caracterizado por dolor pulsátil, generalmente unilateral, que puede estar acompañado de náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz o al sonido.	Cefalea intensa, unilateral, en la región ocular o temporal, que ocurre en brotes (racimos) y se acompaña de síntomas autonómicos como lagrimeo, congestión nasal y agitación.
Características	Dolor tipo presión o banda alrededor de la cabeza, no pulsátil, no se agrava con la actividad física.	Dolor pulsátil, que puede ser agravado por la actividad física; puede presentarse con o sin aura (síntomas neurológicos transitorios).	Dolor extremadamente intenso, de inicio y fin súbitos, que se presenta en episodios recurrentes a la misma hora del día o del año.
Síntomas Asociados	Generalmente no presenta síntomas asociados; ocasionalmente puede haber fotofobia o fonofobia leves.	Náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, y en algunos casos, aura visual o sensorial.	Lagrimeo, enrojecimiento ocular, congestión nasal, sudoración facial, miosis, y en algunos casos, náuseas, fotofobia y fonofobia.
Epidemiología	Es la cefalea más común, afecta aproximadamente al 90% de la población en algún momento; más frecuente en mujeres.	Afecta alrededor del 12% de la población; más común en mujeres, con inicio típico entre los 15 y 55 años.	Prevalencia de aproximadamente 1 por cada 1,000 personas; más frecuente en hombres, con inicio típico entre los 20 y 40 años.
Duración	Desde 30 minutos hasta 7 días.	Entre 4 y 72 horas por episodio.	Cada ataque dura entre 15 y 180 minutos; los brotes pueden durar semanas o meses, seguidos de períodos de remisión.
Intensidad	Leve a moderada.	Moderada a severa.	Muy severa; considerada una de las cefaleas más dolorosas.

	Cefalea Tensional	Migraña	Cefalea en Racimos
Diagnóstico	Clínico, basado en la historia y características del dolor; no se requieren estudios de imagen.	Clínico, según criterios establecidos; se pueden realizar estudios de imagen para descartar otras causas.	Clínico, basado en la frecuencia, duración y síntomas asociados; se pueden utilizar estudios de imagen para excluir otras patologías.
Tratamiento	Analgésicos comunes como paracetamol o ibuprofeno; técnicas de relajación y manejo del estrés; en casos crónicos, antidepresivos tricíclicos.	Analgésicos, triptanes, antieméticos durante los ataques; profilaxis con betabloqueadores, antidepresivos o anticonvulsivantes; evitar desencadenantes conocidos.	Tratamiento agudo con oxígeno al 100% o triptanes subcutáneos; profilaxis con verapamilo, litio o corticosteroides; evitar desencadenantes como el alcohol.