



Jorge Yair Alvarado Ramírez

Dr. Raul de la Rosa Pacheco

Cuadro comparativo: Cefaleas primarias

NEUROLOGIA

PASIÓN POR EDUCAR

6 “C”

Criterio	Cefalea tensional	Migraña	Cefalea en racimos
Definición	<ul style="list-style-type: none"> Dolor bilateral opresivo, no pulsátil. Sin síntomas neurológicos ni digestivos. Es la cefalea más común. 	<ul style="list-style-type: none"> Trastorno neurológico con dolor hemicraneal pulsátil. Asociado a náuseas, vómito y fotofobia. Puede haber aura visual. 	<ul style="list-style-type: none"> Episodios de dolor intenso, unilateral. Localizado en región periorbitaria o temporal. Se acompaña de síntomas autonómicos.
Características	<ul style="list-style-type: none"> Bilateral. Opresiva, no pulsátil. No empeora con la actividad física. Puede haber malestar en cuello o mandíbula. 	<ul style="list-style-type: none"> Unilateral. Pulsátil. Empeora con actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Unilateral, no pulsátil. Muy intenso. Hasta 8 ataques por noche. Ocurre 30-90 min después de iniciar sueño REM.
Síntomas asociados	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de presión. Fatiga, irritabilidad. Dificultad para concentrarse. Sensibilidad leve a la luz/ruido. No hay náuseas ni vómito. Relación con ansiedad o depresión (forma crónica). 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, vómitos. Fotofobia, fonofobia. Aura: escotomas, luces, fosfenos. 	<ul style="list-style-type: none"> Rinorrea, lagrimeo. Miosis, ptosis palpebral. Inyección conjuntival. Fotofobia/sonofobia unilateral. Inquietud intensa: el paciente camina o se agarra la cabeza.
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> Más común en mujeres. Inicio: adolescencia o adultez temprana (30-39 años). Representa 70-80% de todas las cefaleas. 	<ul style="list-style-type: none"> Más común en mujeres. Afecta al 15% de la población. Inicio entre 20 y 50 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Más común en hombres. Inicio nocturno. Puede seguir patrón estacional.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> De 30 minutos a 7 días. Episódica: <15 días/mes. Crónica: >15 días/mes por más de 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin aura: 4 a 72 horas. Con aura: aura de 5-60 minutos seguida de cefalea de 4-72 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> De 15 a 180 minutos (promedio 45 min). De 2 a 8 episodios por día. Duran de 8 a 10 semanas por brote.
Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> Leve a moderada. Dolor opresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Moderada a severa. Dolor pulsátil/palpitante. 	<ul style="list-style-type: none"> Muy severa. Dolor retroorbitario, profundo, punzante, no fluctuante. Sensación de explosión.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Clínico. Interrogatorio dirigido. No requiere estudios de imagen. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínico. TAC o RMN si hay signos de alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> Clínico. Evaluación del patrón típico. RMN o estudio de sueño en casos dudosos.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> AINEs: paracetamol, ibuprofeno, AAS. Crónica: amitriptilina (iniciar con 12.5 mg, aumentar hasta 75 mg). Terapias no farmacológicas: relajación, TCC, biofeedback. 	<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> VO: paracetamol, ibuprofeno. IV: metoclopramida 10 mg + difenhidramina 22-25 mg. AINEs: naproxeno 500-600 mg. Triptanes: zolmitriptán 2.5-5 mg SL. Profilaxis: propranolol, amitriptilina. Spray nasal de lidocaína en crisis severas. 	<p>Crisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oxígeno al 100% con mascarilla (10-15 min). Sumatriptán VO (50-100 mg) o SC (6 mg). Zolmitriptán 5 mg en spray nasal. <p>Profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verapamilo (requiere ECG). Litio. Esteroides: prednisona (60 mg con descenso). Topiramato. Melatonina (9 mg nocturnos).

Bibliografía

Ropper, A. H., Samuels, M. A., Klein, J. P., & Prasad, S. (2020). Principios de neurología (11ª ed.). McGraw-Hill Education.