



Karen Guadalupe Alvarez de la Cruz.

Dr. Raúl de la Rosa Pacheco.

Cefaleas

Neurología.

3

“C”

The background features a white central area enclosed by a thin purple border. Above this area is a grey rectangular tab. The entire composition is surrounded by a decorative border of colorful splatters in shades of green, blue, and purple.

CEFALEAS

Karen Gpe. Alvarez de la Cruz.



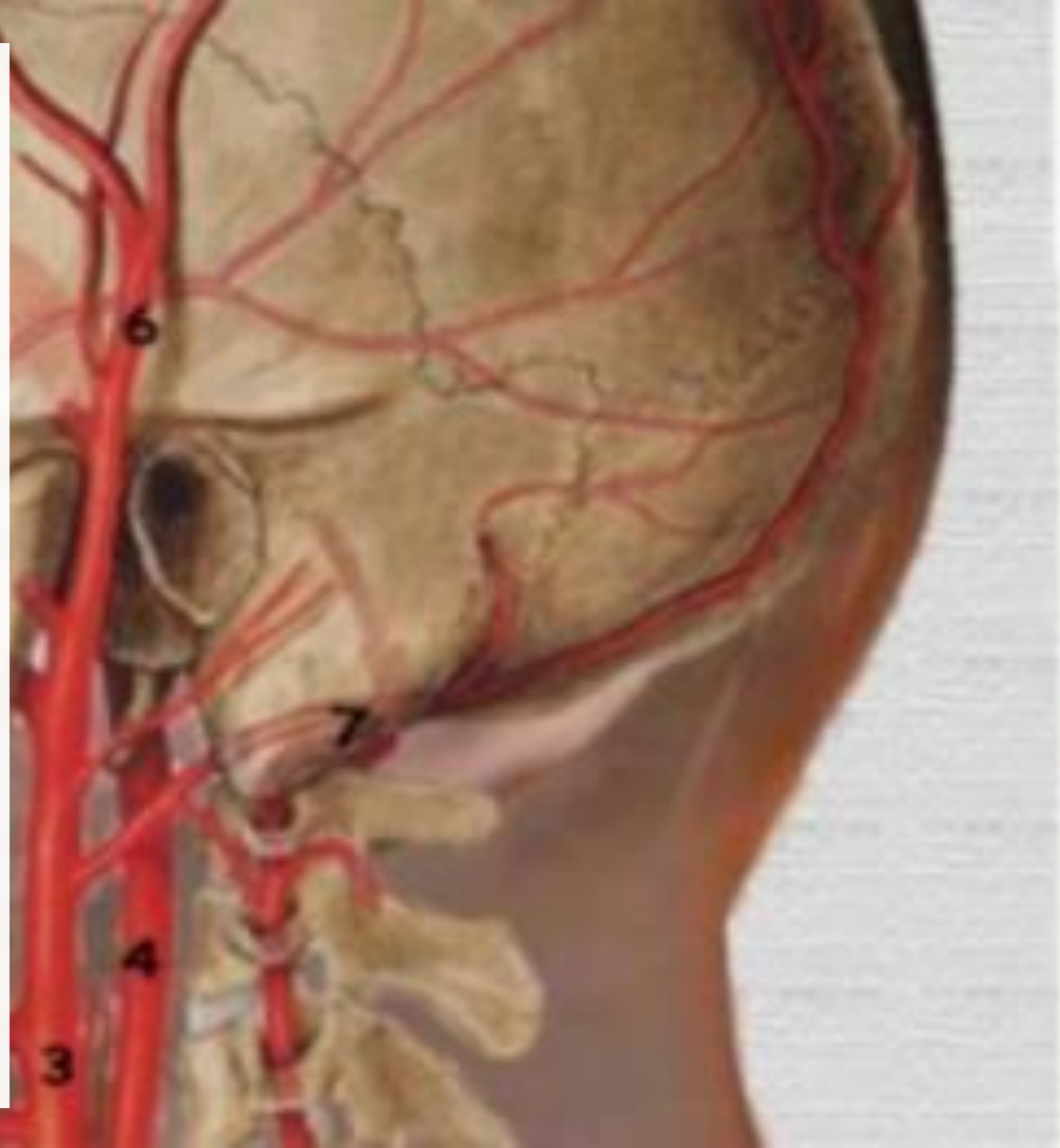
- El termino cefalea debe incluir todos los dolores y molestias localizados en la cabeza, pero en la práctica su aplicación se restringe al malestar que se percibe en la región de la bóveda craneal.

Cuando se encuentra un caso caracterizado por dolor, nos vemos en la necesidad de determinar su calidad, gravedad, localización, duración y evolución temporal, lo mismo que de identificar los trastornos que lo producen, exacerban o alivian.



En el caso de las cefaleas, el diagnóstico por lo común se identifica por los datos detallados del interrogatorio apegado a las pautas mencionadas, y aporta más información que la exploración física o los estudios por imagen.

- La auscultación del cráneo puede descubrir un soplo (en caso de malformaciones arteriovenosas grandes)
- La palpación puede revelar arterias sensibles, endurecidas o elevadas de la arteritis temporal, zonas sensibles sobre una metástasis craneal, un seno paranasal inflamado o un nervio occipital sensible; la exploración de la flexión cervical puede sugerir meningitis



INFORMACION RELEVANTE

SABER SI LA CEFALEA ES PULSATIL,
YA QUE NOS INDICA MIGRAÑA



LOS DOLORES CRANEALES MAS
INTENSOS SON LOS RELACIONADOS
CON LA MENINGITIS Y LA
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

INDICES DE INTENSIDAD O GRAVEDAD

- El mejor índice de intensidad es el grado al cual el dolor incapacita al paciente.
- Otro índice general de la gravedad de la cefalea es su propensión a despertar al paciente del sueño o a evitar que duerma.

LOCALIZACION

MIGRAÑA	INFLAMACION DE UNA ARTERIA EXTRACRANEAL	LESIONES DE SENOS PARANASALES, PIEZAS DENTARIAS, OJOS Y VERTEBRAS CERVICALES SUPERIORES	LESIONES SUPRETENTORIALES	CEFALEAS LOCALIZADAS EN LA BOVEDA CRANEAL O REGIONES BIPARIETALES	DOLOR EN LAS REGIONES FRONTALES
• Unilateral • Náuseas, vómitos • Gran sensibilidad a los sonidos y olores	• Dolor localizado en el sitio del vaso	• Dolor menos localizado • Se refiere a cierta región: maxilares, frente, zonas periorbitarias	• Dolor frontotemporal	• Poco frecuentes • Sospecha de enfermedad de los senos esfenoidales o etmoidales o trombosis del seno venoso sagital superior	• Glaucoma • Sinusitis • Trombosis de la arteria vertebral o basilar • Presión sobre el tentorio • Elevación del PIC

FORMA DE COMIENZO

MIGRAÑA

- Dolor intenso y breve
- Segundos en el globo ocular o el cráneo
- "cefalea de los helados"

MIGRAÑA (JAQUECA) TIPICA

- Aparece en las primeras horas de la mañana o el día
- Pico de intensidad en el transcurso de pocos minutos a media hora
- Dura 4 a 24 hrs
- Desaparece con el sueño

MENINGITIS

- Sobreviene de manera más gradual
- Dura horas a días

CEFALEA DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

- Ataque súbito
- Gravedad máxima en cuestión de segundos a minutos

CEFALEA EN BROTES

- Dolor orbitotemporal unilateral intenso e insportable
- 1 a 2 hrs después de quedarse dormido
- Se disipa de 30 a 45 min

FORMA DE COMIENZO

CEFALEAS CAUSADAS POR UN DOLOR INTRACRANEAL	CEFALEAS DURANTE EL PERIODO PREMENSTRUAL	CEFALEAS CON ORIGEN EN UN PADECIMIENTO DE LA PORCION CERVICAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL	CEFALEAS DE LAS INFECCIONES DE LOS SENOS NASALES
• Aparecen en cualquier momento del día o de la noche • Interrumpen el sueño • Varían de intensidad • Duran minutos u horas • Depende del incremento de la PIC	• Generalizadas y leves • Migraña espontánea	• Intensas después de un periodo de inactividad • Los primeros movimientos del cuello son tensos y dolorosos	• Aparecen al despertar o hacia la mitad de la mañana • Empeoran al levantarse

ESTRUCTURAS CRANEALES SENSIBLES AL DOLOR

- 1) PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO, MUSCULOS, ARTERIAS EXTRACRANEALES Y PERIOSTIO EXTERNO DEL CRANEO
- 2) LAS ESTRUCTURAS DELICADAS DE LOS OJOS, OIDOS, CAVIDADES NASALES Y SENOS PARANASALES
- 3) SENOS VENOSOS INTRACRANEALES Y SUS GRANDES TIBUTARIAS POR QUE SON INTRADURALES
- 4) SEGMENTO INTRACRANEAL DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA
- 5) LAS ARTERIAS MENINGEA MEDIA, TEMPORAL Y SUPERFICIAL
- 6) LOS PRIMEROS 3 NERVIOS CERVICALES Y LOS PARES CRANEALES A SU PASO POR LA DURAMADRE

Mecanismos del dolor craneal

- Dilatación de las arterias intracraneales o extracraneales
- Elevaciones extremas de la presión sanguínea
- Distensión de los vasos intracraneales
- Infección o bloqueo de los senos paranasales
- Baja espontánea del líquido cefalorraquídeo o secundaria a punción lumbar
- Rotura del manguito aracnoideo a lo largo de la raíz nerviosa

PRIMARIOS

- Migraña
- Cefalea tensional
- Cefalea en brotes

SECUNDARIOS

- Glaucoma
- Sinusitis purulenta
- Hemorragia subaracnoidea
- Meningitis bacteriana o viral

Principales variedades de cefalea idiopática

- El primer objetivo del médico cuando valora a un paciente con dolor craneal es determinar si la cefalea es primaria, en el cual el dolor cefálico es la única enfermedad identificable o bien, si es un dolor craneal secundario.

MIGRAÑA

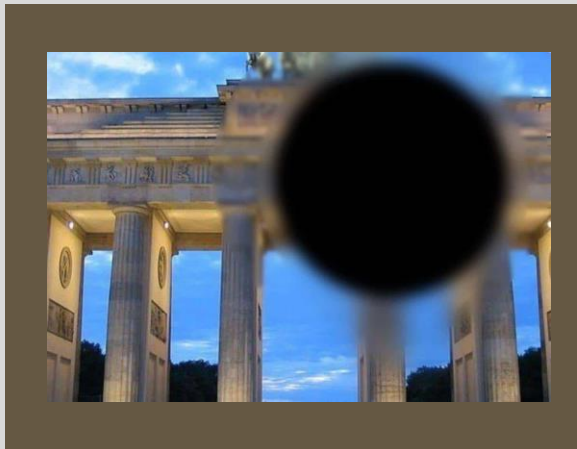
Cefalea periódica, casi siempre unilateral y muchas veces pulsátil de carácter hemicraneal.



MIGRAÑA CON AURA

- Trastorno de la función nerviosa, más a menudo visual seguido en pocos minutos a horas por una cefalea hemicraneal.
- Bilateral
- Acompañada de náuseas y algunas veces de vomito
- Inicia un poco después de despertar
- Durante el día anterior o un poco antes son posibles cambios en el estado de animo
- Hambre o anorexia
- Somnolencia
- Bostezos frecuentes

Teicopsias, aspecto de fortificación



MIGRAÑA CON AURA

- Sobreviene de manera abrupta un trastorno de la visión que consiste habitualmente en destello en forma de luz blanca o plateada o rara vez multicromática (fotopsia) seguida por un alargamiento de la mancha ciega con un borde reluciente (escotoma centellante) con formaciones de líneas brillantes en zig zag (teicopsia)

MIGRAÑA CON AURA

- Visión borrosa brillante o nublada
- Hormigueo de los labios, la cara y la mano
- Confusión ligera del pensamiento
- Debilidad de un brazo o una pierna
- Afasia o disartria
- Vértigo e inestabilidad de la marcha
- Somnolencia

MIGRAÑA CON AURA

- Los síntomas visuales o neurológicos duran menos de 30 min
- Al ceder los síntomas surge una molestia sorda unilateral que aumenta de intensidad hasta llegar a una cefalea pulsátil.
- En el punto máximo del dolor (minutos a 1 hora) el paciente percibe la necesidad imperiosa de acostarse y que disminuya la intensidad de la luz (fotofobia) y de los ruidos (fonofobia)
- Puede durar de horas a días.

MIGRAÑA SIN AURA

- Cefalea hemicraneal
- Con o sin náuseas y vómitos

MIGRAÑA CON Y SIN AURA

- Sensibilidad a la luz, ruido y a menudo olores
- Se intensifica con el movimiento de cabeza



MIGRAÑA DE TIPO MENSTRUAL

Depende de la
supresión de
estradiol

Los ataques
cesan durante
el embarazo



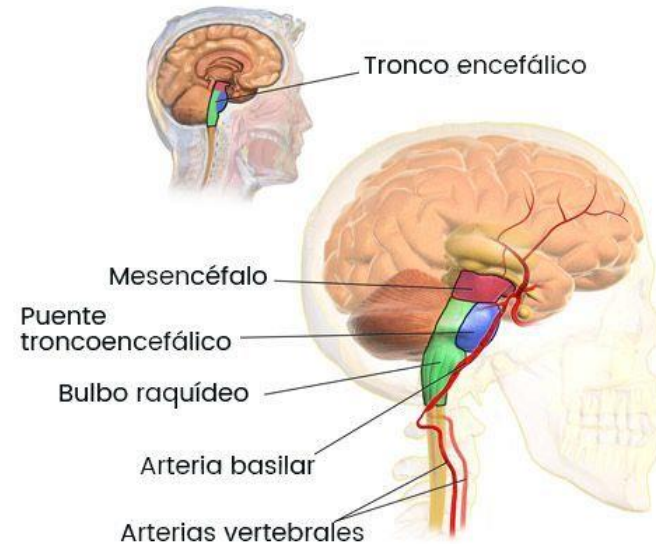


VARIANTES DE LA MIGRAÑA Y MIGRAÑA EN SITUACIONES ESPECIALES

- Los síndromes distintivos que se han asociado a la migraña, se clasifican de esa forma por que tienen las principales características de la cefalea migrañosa recurrente con déficit neurológico reversible o con manifestaciones visuales que son identificables como componentes del aura de la migraña típica, lo que los hace diferentes de la migraña convencional es la parálisis, estupor, la oftalmoplejía o ceguera monocular

MIGRAÑA CON AURA DEL TRONCO DEL ENCEFALO (MIGRAÑA BASILAR)

- Desarrollan primero fenómenos visuales similares a los de la migraña típica con la excepción de que ocupan la totalidad de ambos campos visuales (puede presentarse ceguera cortical temporal).
- Vértigo
- Incoordinación de las extremidades
- Disartria
- Hormigueo en ambas manos y pies
- Duran de 10 a 30 min
- Cefalea occipital
- Pueden desmayarse, presentar confusión o estupor



SINDROME PERIODICO INFANTIL

Episodios de vomito cíclico o dolor abdominal periódico

Palidez

Letargo

Cefalea leve

VERTIGO MIGRAÑOSO

- Grados y tipos variables de mareo que se alteran por patrones visuales muy densos o con patrones y que pueden ser incapacitantes por desequilibrio



MIGRAÑA OFTALMOPLEJICA

- Es una “neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente”, más que una migraña.
- 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 pupila; rara vez está dañado el sexto nervio.
- La paresia suele persistir durante días o semanas tras la desaparición de la cefalea; después de muchos ataques pueden quedar como permanentes midriasis ligera y, rara vez, oftalmoparesia.



NORMAL

ESCOTOMA

MIGRAÑA RETINIANA

- Se caracteriza por síntomas visuales monoculares con fosfenos o escotomas
- La pérdida visual puede ser bastante grave o completa pero es transitoria y suele recuperarse por completo.

Migraña hemipléjica (migraña hemipléjica familiar)

- Afección que se observa sobre todo en lactantes y niños
- Episodios de parálisis unilateral que pueden persistir después de la cefalea.
- Otra característica clínica inusual ha sido el edema cerebral masivo unilateral con recuperación, presuntamente en algunos casos desencadenados por traumatismos cefálicos menores.

1. El trastorno fue consecuencia de la mutación de un conducto iónico. De los loci

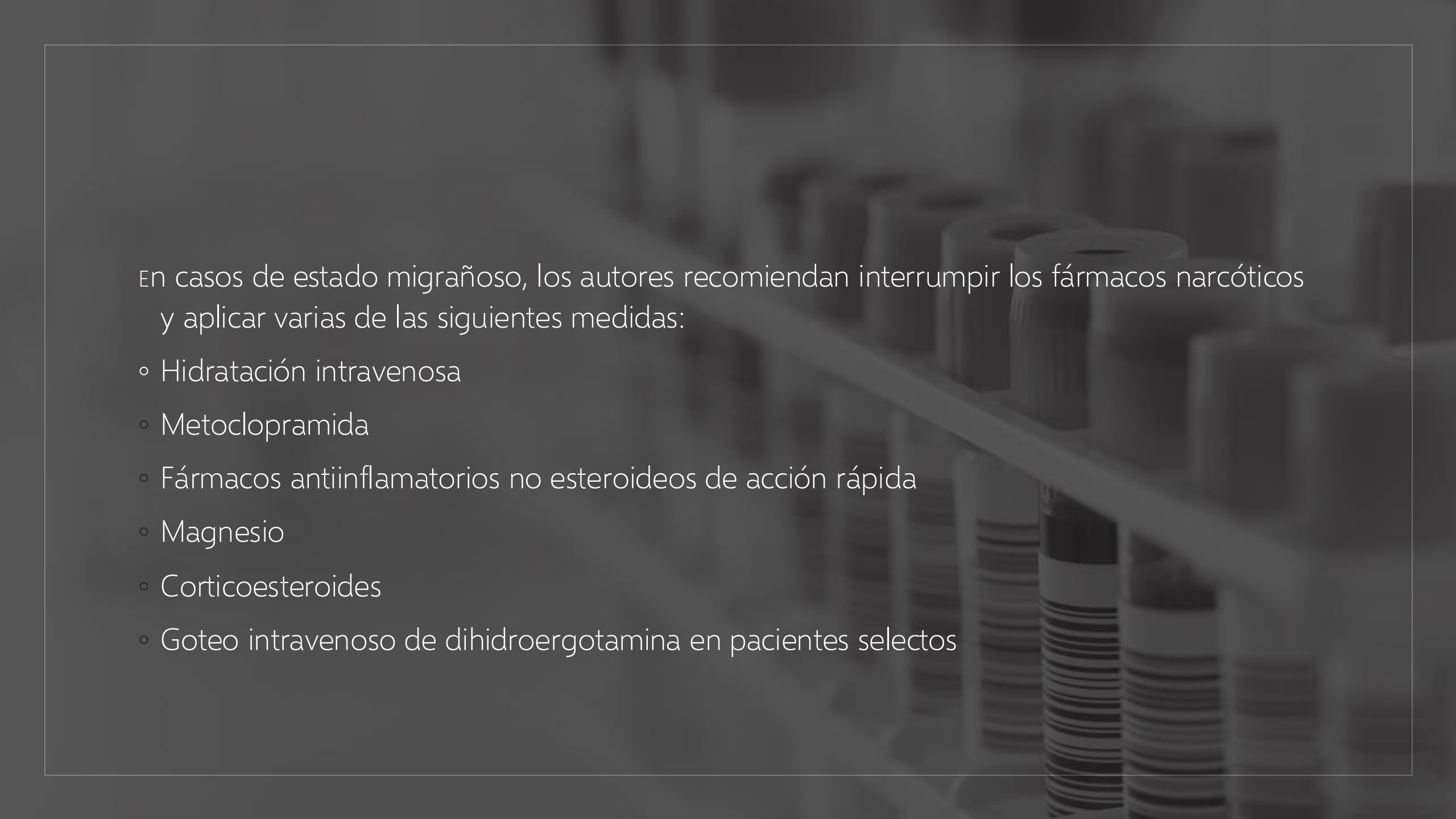
- El más común se localiza en el código del gen de la subunidad alfa del conducto de calcio de tipo P/Q (CACNA1A).
- Un segundo locus se sitúa en el gen del conducto (ATP1A2) de Na^+ / K^+ de la trifosfatasa de adenosin
- Un subtipo más raro es causado por mutaciones en un gen que codifica la subunidad alfa del conducto de sodio, SCNA1.

ESTATUS MIGRAÑOSO

- . Cada semana pueden surgir hasta tres o cuatro ataques, de modo que la piel cabelluda siempre está doloroso al tacto.
- Cuando esto ocurre durante más de la mitad de los días de un mes, la International Headache Society denomina a este trastorno como migraña crónica.

ESTADO MIGRAÑOSO

- Problema clínico incluso más difícil corresponde a la migraña que se instala como enfermedad debilitante con cefalea continua intensa
- 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..

A background image showing a rack of laboratory test tubes. The tubes are arranged in rows, and some have labels with barcodes. The image is slightly blurred and has a dark, muted color palette, serving as a backdrop for the text.

En casos de estado migrañoso, los autores recomiendan interrumpir los fármacos narcóticos y aplicar varias de las siguientes medidas:

- Hidratación intravenosa
- Metoclopramida
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos de acción rápida
- Magnesio
- Corticoesteroides
- Goteo intravenoso de dihidroergotamina en pacientes selectos

Migraña después de lesión cefálica

- El 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

En vez de quejarse de cefalea, el niño luce débil y pálido y sufre dolor abdominal; el vómito es más frecuente que en el adulto y puede presentar fiebre.

Otra variante en el niño es el vértigo episódico y el tambaleo (desequilibrio paroxístico) seguido por cefalea, que probablemente es una migraña basilar.

Existen pacientes desconcertantes con episodios de fiebre o trastornos transitorios del estado de ánimo ("equivalentes psíquicos") y dolor abdominal (migraña abdominal) que se atribuyen a la migraña.

The background features a white central area enclosed in a thin black rectangular border. Above the top center of this border is a solid grey rectangular tab. The entire composition is surrounded by a decorative border of colorful splatters and dots in shades of blue, green, and purple. The word "CEFALEAS" is centered within the white area in a large, black, sans-serif font.

CEFALEAS

Karen Gpe. Alvarez de la Cruz.



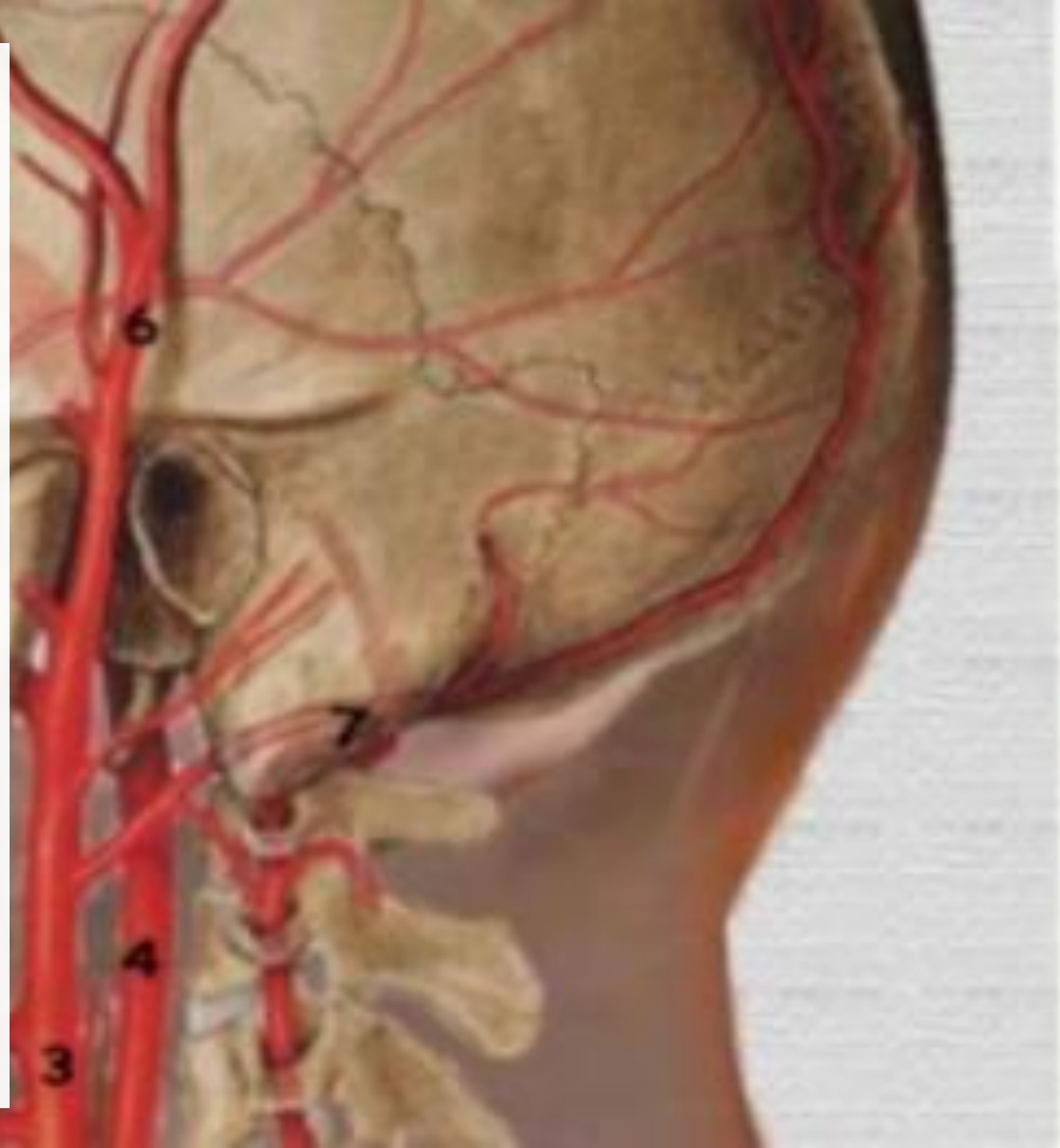
- El termino cefalea debe incluir todos los dolores y molestias localizados en la cabeza, pero en la práctica su aplicación se restringe al malestar que se percibe en la región de la bóveda craneal.

Cuando se encuentra un caso caracterizado por dolor, nos vemos en la necesidad de determinar su calidad, gravedad, localización, duración y evolución temporal, lo mismo que de identificar los trastornos que lo producen, exacerban o alivian.



En el caso de las cefaleas, el diagnóstico por lo común se identifica por los datos detallados del interrogatorio apegado a las pautas mencionadas, y aporta más información que la exploración física o los estudios por imagen.

- La auscultación del cráneo puede descubrir un soplo (en caso de malformaciones arteriovenosas grandes)
- La palpación puede revelar arterias sensibles, endurecidas o elevadas de la arteritis temporal, zonas sensibles sobre una metástasis craneal, un seno paranasal inflamado o un nervio occipital sensible; la exploración de la flexión cervical puede sugerir meningitis



INFORMACION RELEVANTE

SABER SI LA CEFALEA ES PULSATIL,
YA QUE NOS INDICA MIGRAÑA



LOS DOLORES CRANEALES MAS
INTENSOS SON LOS RELACIONADOS
CON LA MENINGITIS Y LA
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

INDICES DE INTENSIDAD O GRAVEDAD

- El mejor índice de intensidad es el grado al cual el dolor incapacita al paciente.
- Otro índice general de la gravedad de la cefalea es su propensión a despertar al paciente del sueño o a evitar que duerma.

LOCALIZACION

MIGRAÑA	INFLAMACION DE UNA ARTERIA EXTRACRANEAL	LESIONES DE SENOS PARANASALES, PIEZAS DENTARIAS, OJOS Y VERTEBRAS CERVICALES SUPERIORES	LESIONES SUPRETENTORIALES	CEFALEAS LOCALIZADAS EN LA BOVEDA CRANEAL O REGIONES BIPARIETALES	DOLOR EN LAS REGIONES FRONTALES
• Unilateral • Náuseas, vómitos • Gran sensibilidad a los sonidos y olores	• Dolor localizado en el sitio del vaso	• Dolor menos localizado • Se refiere a cierta región: maxilares, frente, zonas periorbitarias	• Dolor frontotemporal	• Poco frecuentes • Sospecha de enfermedad de los senos esfenoidales o etmoidales o trombosis del seno venoso sagital superior	• Glaucoma • Sinusitis • Trombosis de la arteria vertebral o basilar • Presión sobre el tentorio • Elevación del PIC

FORMA DE COMIENZO

MIGRAÑA

- Dolor intenso y breve
- Segundos en el globo ocular o el cráneo
- "cefalea de los helados"

MIGRAÑA (JAQUECA) TIPICA

- Aparece en las primeras horas de la mañana o el día
- Pico de intensidad en el transcurso de pocos minutos a media hora
- Dura 4 a 24 hrs
- Desaparece con el sueño

MENINGITIS

- Sobreviene de manera más gradual
- Dura horas a días

CEFALEA DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

- Ataque súbito
- Gravedad máxima en cuestión de segundos a minutos

CEFALEA EN BROTES

- Dolor orbitotemporal unilateral intenso e insportable
- 1 a 2 hrs después de quedarse dormido
- Se disipa de 30 a 45 min

FORMA DE COMIENZO

CEFALEAS CAUSADAS POR UN DOLOR INTRACRANEAL	CEFALEAS DURANTE EL PERIODO PREMENSTRUAL	CEFALEAS CON ORIGEN EN UN PADECIMIENTO DE LA PORCION CERVICAL DE LA COLUMNA VERTEBRAL	CEFALEAS DE LAS INFECCIONES DE LOS SENOS NASALES
• Aparecen en cualquier momento del día o de la noche • Interrumpen el sueño • Varían de intensidad • Duran minutos u horas • Depende del incremento de la PIC	• Generalizadas y leves • Migraña espontánea	• Intensas después de un periodo de inactividad • Los primeros movimientos del cuello son tensos y dolorosos	• Aparecen al despertar o hacia la mitad de la mañana • Empeoran al levantarse

ESTRUCTURAS CRANEALES SENSIBLES AL DOLOR

- 1) PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO, MUSCULOS, ARTERIAS EXTRACRANEALES Y PERIOSTIO EXTERNO DEL CRANEO
- 2) LAS ESTRUCTURAS DELICADAS DE LOS OJOS, OIDOS, CAVIDADES NASALES Y SENOS PARANASALES
- 3) SENOS VENOSOS INTRACRANEALES Y SUS GRANDES TIBUTARIAS POR QUE SON INTRADURALES
- 4) SEGMENTO INTRACRANEAL DE LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA
- 5) LAS ARTERIAS MENINGEA MEDIA, TEMPORAL Y SUPERFICIAL
- 6) LOS PRIMEROS 3 NERVIOS CERVICALES Y LOS PARES CRANEALES A SU PASO POR LA DURAMADRE

Mecanismos del dolor craneal

- Dilatación de las arterias intracraneales o extracraneales
- Elevaciones extremas de la presión sanguínea
- Distensión de los vasos intracraneales
- Infección o bloqueo de los senos paranasales
- Baja espontánea del líquido cefalorraquídeo o secundaria a punción lumbar
- Rotura del manguito aracnoideo a lo largo de la raíz nerviosa

PRIMARIOS

- Migraña
- Cefalea tensional
- Cefalea en brotes

SECUNDARIOS

- Glaucoma
- Sinusitis purulenta
- Hemorragia subaracnoidea
- Meningitis bacteriana o viral

Principales variedades de cefalea idiopática

- El primer objetivo del médico cuando valora a un paciente con dolor craneal es determinar si la cefalea es primaria, en el cual el dolor cefálico es la única enfermedad identificable o bien, si es un dolor craneal secundario.

MIGRAÑA

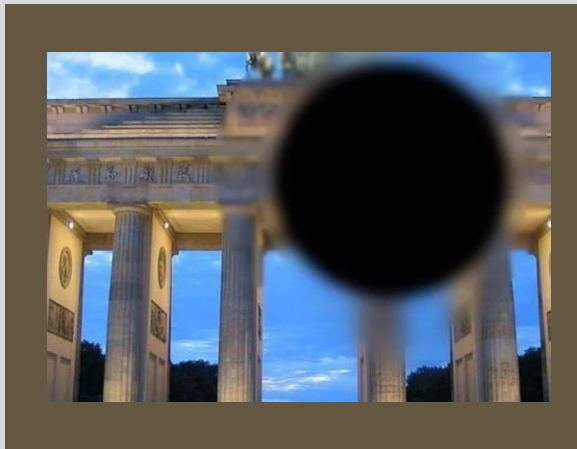
Cefalea periódica, casi siempre unilateral y muchas veces pulsátil de carácter hemicraneal.



MIGRAÑA CON AURA

- Trastorno de la función nerviosa, más a menudo visual seguido en pocos minutos a horas por una cefalea hemicraneal.
- Bilateral
- Acompañada de náuseas y algunas veces de vomito
- Inicia un poco después de despertar
- Durante el día anterior o un poco antes son posibles cambios en el estado de animo
- Hambre o anorexia
- Somnolencia
- Bostezos frecuentes

Teicopsias, aspecto de fortificación



MIGRAÑA CON AURA

- Sobreviene de manera abrupta un trastorno de la visión que consiste habitualmente en destello en forma de luz blanca o plateada o rara vez multicromática (fotopsia) seguida por un alargamiento de la mancha ciega con un borde reluciente (escotoma centellante) con formaciones de líneas brillantes en zig zag (teicopsia)

MIGRAÑA CON AURA

- Visión borrosa brillante o nublada
- Hormigueo de los labios, la cara y la mano
- Confusión ligera del pensamiento
- Debilidad de un brazo o una pierna
- Afasia o disartria
- Vértigo e inestabilidad de la marcha
- Somnolencia

MIGRAÑA CON AURA

- Los síntomas visuales o neurológicos duran menos de 30 min
- Al ceder los síntomas surge una molestia sorda unilateral que aumenta de intensidad hasta llegar a una cefalea pulsátil.
- En el punto máximo del dolor (minutos a 1 hora) el paciente percibe la necesidad imperiosa de acostarse y que disminuya la intensidad de la luz (fotofobia) y de los ruidos (fonofobia)
- Puede durar de horas a días.

MIGRAÑA SIN AURA

- Cefalea hemicraneal
- Con o sin náuseas y vómitos

MIGRAÑA CON Y SIN AURA

- Sensibilidad a la luz, ruido y a menudo olores
- Se intensifica con el movimiento de cabeza



MIGRAÑA DE TIPO MENSTRUAL

Depende de la
supresión de
estradiol

Los ataques
cesan durante
el embarazo



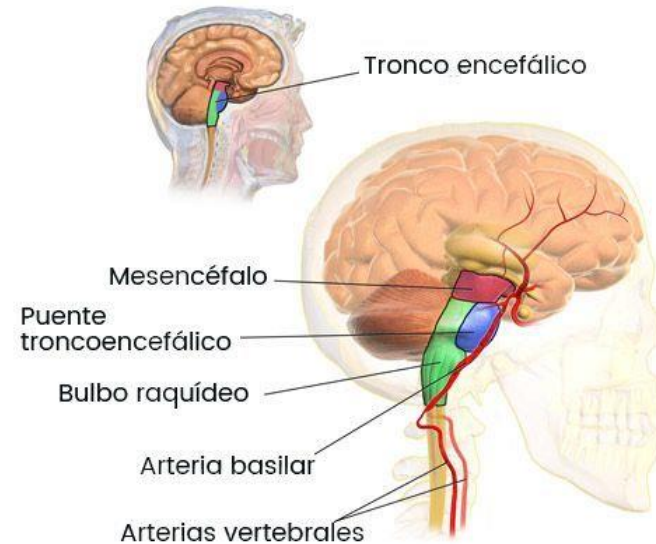


VARIANTES DE LA MIGRAÑA Y MIGRAÑA EN SITUACIONES ESPECIALES

- Los síndromes distintivos que se han asociado a la migraña, se clasifican de esa forma por que tienen las principales características de la cefalea migrañosa recurrente con déficit neurológico reversible o con manifestaciones visuales que son identificables como componentes del aura de la migraña típica, lo que los hace diferentes de la migraña convencional es la parálisis, estupor, la oftalmoplejía o ceguera monocular

MIGRAÑA CON AURA DEL TRONCO DEL ENCEFALO (MIGRAÑA BASILAR)

- Desarrollan primero fenómenos visuales similares a los de la migraña típica con la excepción de que ocupan la totalidad de ambos campos visuales (puede presentarse ceguera cortical temporal).
- Vértigo
- Incoordinación de las extremidades
- Disartria
- Hormigueo en ambas manos y pies
- Duran de 10 a 30 min
- Cefalea occipital
- Pueden desmayarse, presentar confusión o estupor



SINDROME PERIODICO INFANTIL

Episodios de vomito cíclico o dolor abdominal periódico

Palidez

Letargo

Cefalea leve

VERTIGO MIGRAÑOSO

- Grados y tipos variables de mareo que se alteran por patrones visuales muy densos o con patrones y que pueden ser incapacitantes por desequilibrio



MIGRAÑA OFTALMOPLEJICA

- Es una “neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente”, más que una migraña.
- 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 pupila; rara vez está dañado el sexto nervio.
- La paresia suele persistir durante días o semanas tras la desaparición de la cefalea; después de muchos ataques pueden quedar como permanentes midriasis ligera y, rara vez, oftalmoparesia.



NORMAL

ESCOTOMA

MIGRAÑA RETINIANA

- Se caracteriza por síntomas visuales monoculares con fosfenos o escotomas
- La pérdida visual puede ser bastante grave o completa pero es transitoria y suele recuperarse por completo.

Migraña hemipléjica (migraña hemipléjica familiar)

- Afección que se observa sobre todo en lactantes y niños
- Episodios de parálisis unilateral que pueden persistir después de la cefalea.
- Otra característica clínica inusual ha sido el edema cerebral masivo unilateral con recuperación, presuntamente en algunos casos desencadenados por traumatismos cefálicos menores.

1. El trastorno fue consecuencia de la mutación de un conducto iónico. De los loci

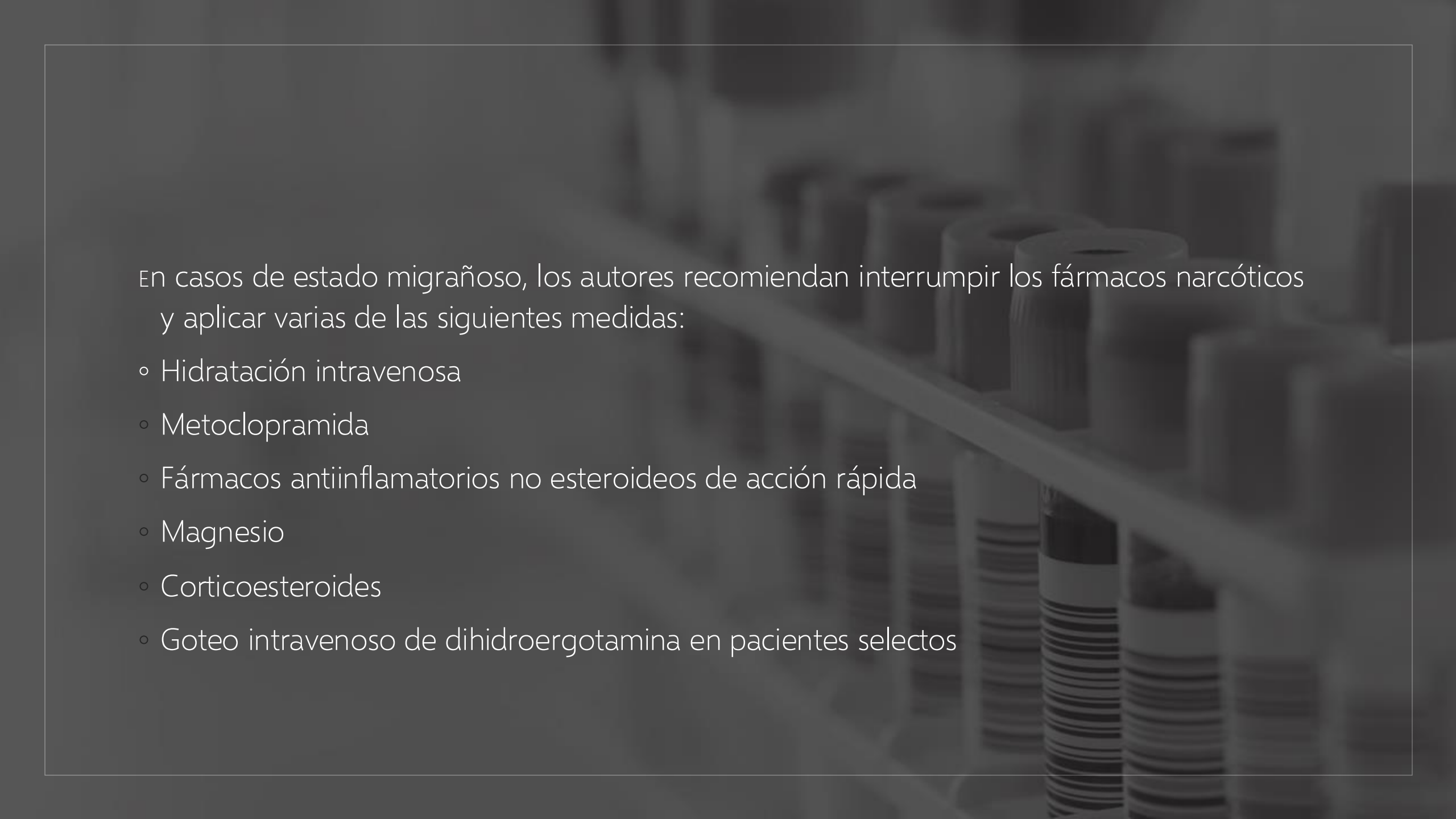
- El más común se localiza en el código del gen de la subunidad alfa del conducto de calcio de tipo P/Q (CACNA1A).
- Un segundo locus se sitúa en el gen del conducto (ATP1A2) de Na^+ / K^+ de la trifosfatasa de adenosin
- Un subtipo más raro es causado por mutaciones en un gen que codifica la subunidad alfa del conducto de sodio, SCNA1.

ESTATUS MIGRAÑOSO

- . Cada semana pueden surgir hasta tres o cuatro ataques, de modo que la piel cabelluda siempre está doloroso al tacto.
- Cuando esto ocurre durante más de la mitad de los días de un mes, la International Headache Society denomina a este trastorno como migraña crónica.

ESTADO MIGRAÑOSO

- Problema clínico incluso más difícil corresponde a la migraña que se instala como enfermedad debilitante con cefalea continua intensa
- 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..

A grayscale background image showing a rack of laboratory test tubes. The tubes are arranged in rows, and some have labels with barcodes. The image is slightly blurred, creating a professional and clinical atmosphere.

En casos de estado migrañoso, los autores recomiendan interrumpir los fármacos narcóticos y aplicar varias de las siguientes medidas:

- Hidratación intravenosa
- Metoclopramida
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos de acción rápida
- Magnesio
- Corticoesteroides
- Goteo intravenoso de dihidroergotamina en pacientes selectos

Migraña después de lesión cefálica

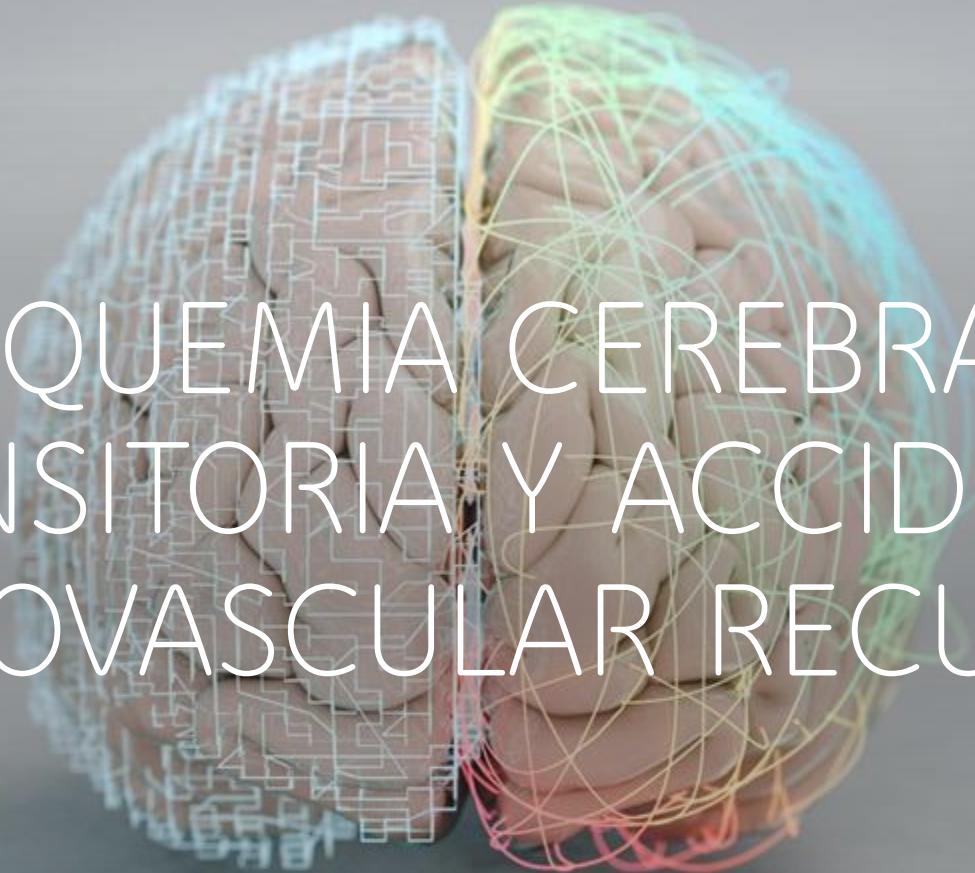
- El traumatismo craneal de casi cualquier grado puede precipitar migraña en personas propensas a la enfermedad
- Una variante de migraña muy problemática ocurre en un niño o adolescente que después de una lesión cefálica trivial o leve puede perder la visión, sufrir cefalea intensa o entrar en un estado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

Migraña en niños pequeños

En vez de quejarse de cefalea, el niño luce débil y pálido y sufre dolor abdominal; el vómito es más frecuente que en el adulto y puede presentar fiebre.

Otra variante en el niño es el vértigo episódico y el tambaleo (desequilibrio paroxístico) seguido por cefalea, que probablemente es una migraña basilar.

Existen pacientes desconcertantes con episodios de fiebre o trastornos transitorios del estado de ánimo ("equivalentes psíquicos") y dolor abdominal (migraña abdominal) que se atribuyen a la migraña.



ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RECURRENTE

Migraña complicada con accidente cerebrovascular recurrente

- La agregación plaquetaria, el edema de la pared arterial, la hipercoagulabilidad sanguínea y el espasmo intenso prolongado de los vasos en la patogenia de la oclusión arterial y el infarto cerebral que complican la migraña.
- Con la anamnesis cuidadosa, muchos de los pacientes con síndromes de isquemia cerebral transitoria podrían mencionar antecedentes de cefalea migrañosa en la juventud.

PATOGENIA DE LA MIGRAÑA

- Harold Wolff
- Según los cuales la cefalea se debía a la distensión y pulsatilidad excesiva de las ramas de la arteria carótida externa.

DIAGNOSTICO

- Migraña con aura < historia clínica adecuada

Fenómenos positivos

- Centellos
- Parestesias

Fenómenos negativos

- Escotomas
- Insensibilidad
- Afasia
- Paresias



PARTE NEUROLOGICA DE LA MIGRAÑA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Isquemia cerebral transitoria
- Epilepsia focal
- Efectos clínicos de una hemorragia de evolución lenta de una malformacion arteriovenosa
- ACV trombótico y embolico.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

- Puede dividirse en dos partes: control de un ataque agudo individual y prevención, que incluye fármacos y modificaciones en el estilo de vida.
- El momento de iniciar el tratamiento de un ataque es durante el prodromo neurológico (visual) o en el mismo comienzo de la cefalea



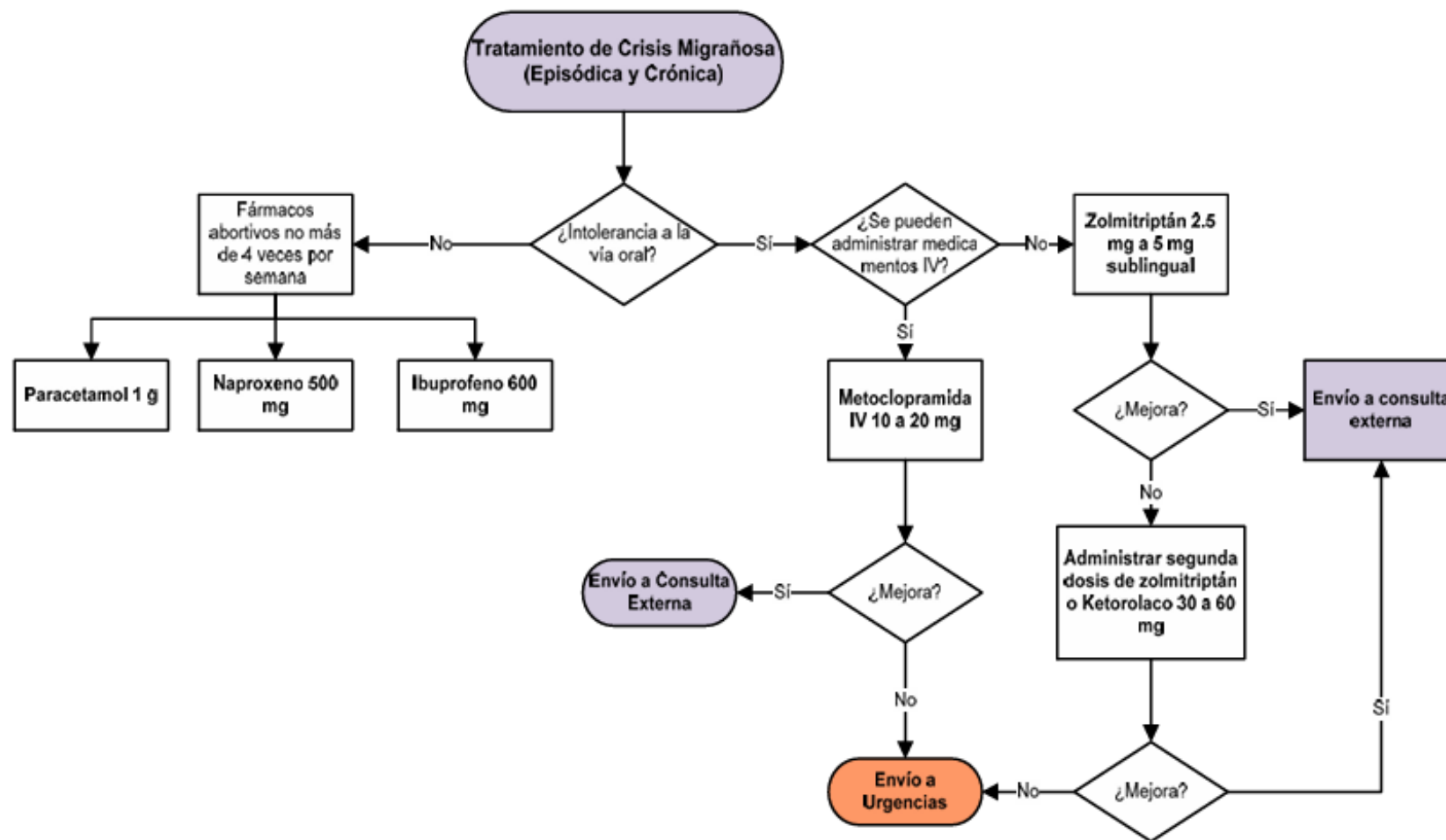
- Si las cefaleas son leves, el paciente ya sabe que el ácido acetilsalicílico, acetaminofén u otro antiinflamatorio no esteroideo bastan para controlar el dolor.
- En casos de ataques intensos , los tratamientos más efectivos son sumatriptano o uno de los otros "triptanos" agonistas de la serotonina en esta clase o los alcaloides del cornezuelo de centeno, tartrato de ergotamina y en particular, la dihidroergotamina (DHE). Son mejores si se administran al principio del ataque, idealmente justo después de un aura o al inicio de la cefalea.



TRIPTANOS PARA USO ORAL

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 GPC



TRATAMIENTO PREVENTIVO

- Los fármacos más efectivos han sido los bloqueadores adrenérgicos beta, ciertos antiepilépticos y los antidepresivos tricíclicos.

FARMACO	DOSIS
Propranolol	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
Timolol	20 a 40 mg/día
Metoprolol	100 a 200 mg/día
Acido valproico	250 mg tres a cuatro veces al día
Topiramato	25 a 125 mg por la noche
Amitriptilina	25 a 125 mg por la noche
Verapamilo	320 a 480 mg/día
Nifedipina	90 a 360 mg/día
Indometacina	150 a 200 mg/día
Ciproheptadina	4 a 16 mg/noche

CEFALEA EN BROTES

- Este tipo de cefalea se describió en el pasado con diversos nombres, como cefalalgia paroxística nocturna, neuralgia migrañosa, cefalalgia por histamina (cefalea de Horton)
- Ocurre sobre todo en varones adultos (intervalo de edad: 20 a 50 años y se caracteriza por dolor intenso de localización orbitaria unilateral constante.



CARACTERÍSTICAS

- El dolor se percibe profundo y alrededor del ojo, es muy intenso y regularmente no pulsátil, a menudo se irradia a la frente, sien y mejilla; con menor frecuencia se irradia al oído, occipucio y cuello.
- Su rasgo denominativo es la recurrencia nocturna, entre 1 y 2 h después del inicio del sueño, o varias veces durante la noche por varios o muchos días consecutivos, de ahí lo de "brotes".



- La cefalea en brotes se identifica por algunos fenómenos vasomotores concomitantes: bloqueo de fosas nasales, rinorrea, hiperemia de la conjuntiva, lagrimeo, miosis y rubor y edema de los carrillos, que duran en promedio 45 min (límites, 15 a 180 min).

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN BROTES

- Inhalación de oxígeno al 100% por mascarilla durante 10 a 15 min al inicio de la cefalea.
- Un ciclo del brote también puede terminarse con verapamilo, se comienza con 80 mg c/6 h.
- Los ataques nocturnos usuales de cefalea en brotes pueden tratarse con una dosis única anticipatoria de ergotamina al acostarse (2 mg por vía oral)

CEFALEA TENSIONAL

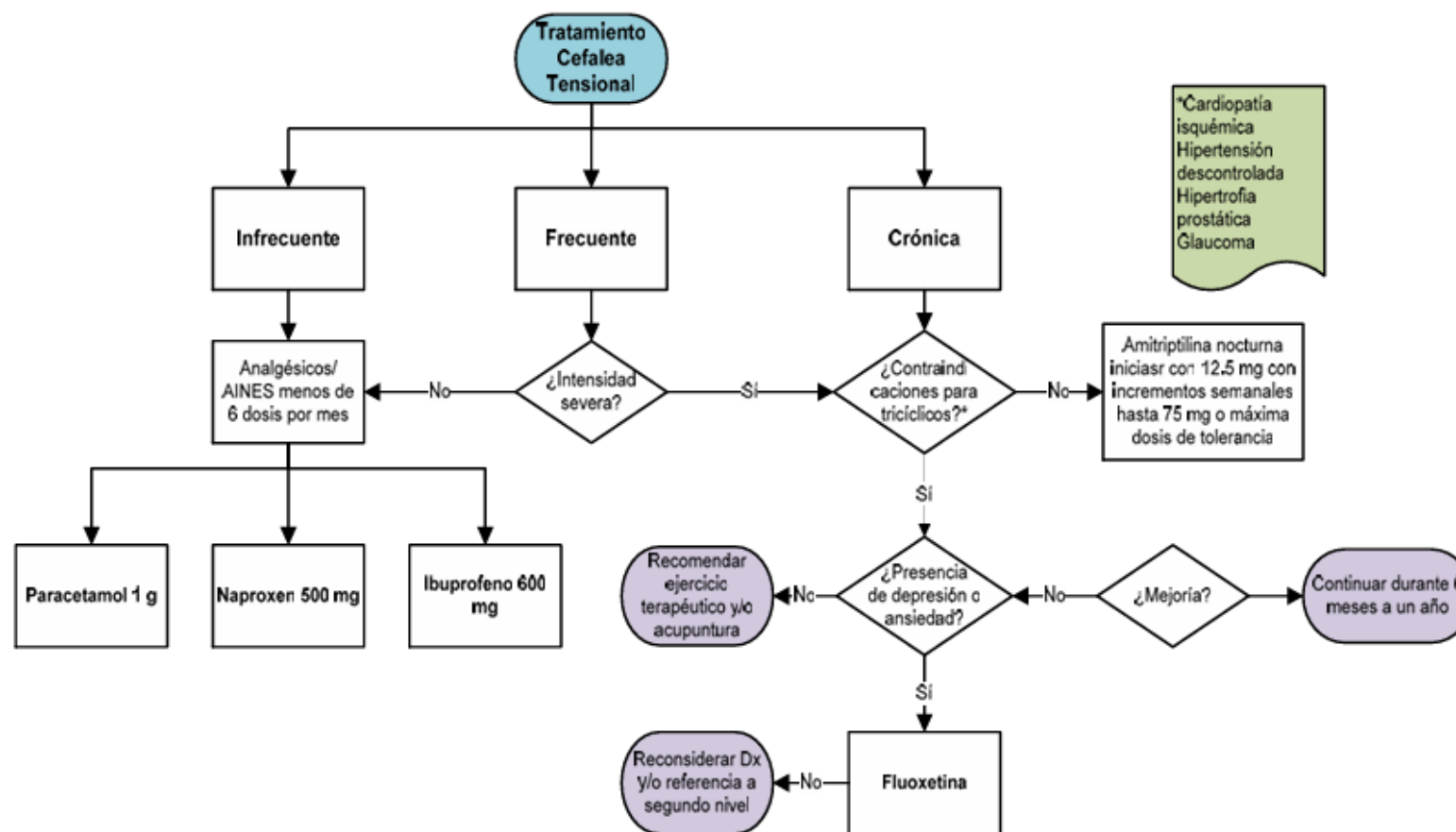


- Variedad más común de cefalea y casi siempre es bilateral, con predominancia occipitonucal, temporal o frontal o extensión difusa sobre el vértice del cráneo.
- El dolor se describe habitualmente como sordo y molesto, pero en el interrogatorio muchas veces se descubren otras sensaciones, como plenitud, tensión o presión (como si la cabeza estuviera rodeada por una banda o atrapada en una pinza) o la percepción de que la cabeza está hinchada y puede explotar.

TRATAMIENTO

- Los analgésicos simples como el ácido acetilsalicílico o el acetaminofén u otros NSAID, son útiles pero sólo por periodos breves.
- 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** administrada en dosis única por la noche, sobre todo cuando existen síntomas de estos trastornos.

TRATAMIENTO GPC

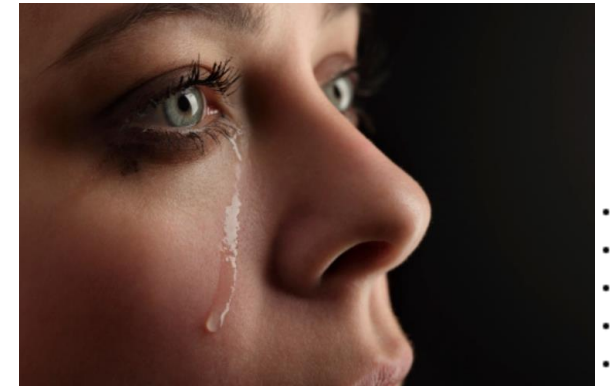


HEMICRÁNEA CONTINUA

- Es un dolor craneal moderadamente intenso que permanece en un lado y puede fluctuar en intensidad.

Se acompaña de manifestaciones del sistema nervioso autónomo

- Hiperemia conjuntival o epífora
- Congestión nasal
- Rinorrea o ptosis palpebral



CEFALEAS
RELACIONADAS CON
EVENTOS
DESENCADENANTES
Y ENFERMEDADES
ASOCIADAS

CEFALEA Y OTROS DOLORES CRANEOFACIALES CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

- Un pequeño grupo de pacientes tiene síntomas delirantes que incluyen dolor y distorsión física de las estructuras craneales.
- Conforme ceden los síntomas psiquiátricos, casi siempre desaparecen las cefaleas.
- En la histeria y la psicosis puede haber dolores cefálicos extraños, como una sensación de tener un clavo en la cabeza (clavus hystericus)

CEFALEA POSTRAUMÁTICA

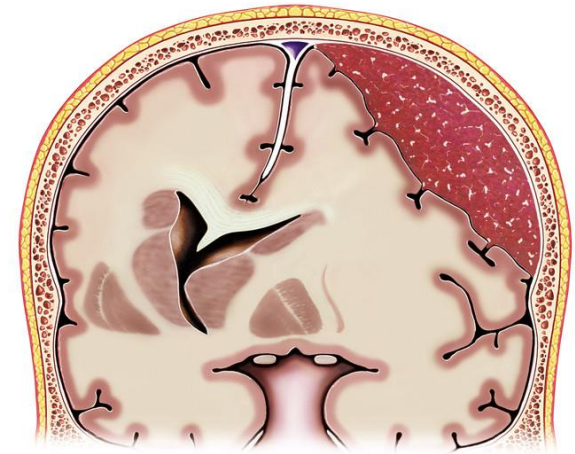
- La cefalea observada inmediatamente después de un traumatismo craneoencefálico (p. ej., desgarró de la piel cabelluda, contusión cerebral o craneal o elevación de la presión intracraneal)

CEFALEA DEL HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

- Profunda, sorda y sostenida
- Unilateral o generalizada

Suele acompañarse de:

- Somnolencia
- Confusión
- Estupor
- Hemiparesia fluctuante



CEFALEAS DE LOS TUMORES CEREBRALES

- Infrecuente
- Es probable que el dolor sólo surja si el tumor desplaza vasos cerebrales mayores o si bloquea el flujo del LCR
- No tiene características específicas; tiende a ser profundo, casi nunca pulsátil (en ocasiones lo es) y se describe como sordo o estallante.
- Si es unilateral, la cefalea aparece casi siempre en el mismo lado que el tumor.

CEFALEAS DE LA ARTERITIS TEMPORAL (ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES)

- En pocas personas la cefalea tiene un inicio casi explosivo.
- Por lo regular es unilateral, algunas veces bilateral y se localiza con frecuencia en el sitio de las arterias afectadas en la piel cabelluda.
- El dolor persiste en cierto grado durante todo el día y es particularmente grave por la noche.
- Las arterias temporal superficial y otras de la piel cabelluda suelen hallarse engrosadas, hipersensibles y carentes de pulso.

TRATAMIENTO

- En 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, si es necesario, por para prevenir la recaída.

CEFALEAS POR SEUDOTUMOR CEREBRAL (HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA O IDIOPÁTICA)

- La cefalea del seudotumor cerebral adopta diversas formas.
- La más típica es la sensación de presión occipital que empeora notablemente al recostarse, pero muchos pacientes tienen (además o únicamente) cefaleas de tipo migrañoso o tensional

TOS Y CEFALEA DE ESFUERZO

- Hay pacientes que se quejan de un dolor craneal pasajero muy intenso al toser, estornudar, reír intensamente, levantar objetos pesados, agacharse o hacer esfuerzo para defecar.
- El dolor se percibe en la frente, en ocasiones en el occipucio
- Puede ser unilateral o bilateral
- Como regla, aparece después de iniciar la acción en plazo de 1 ó 2 s y dura de unos cuantos segundos a unos cuantos minutos.

- este tipo de cefalea se ha atribuido a lesiones de la fosa posterior y del agujero magno, a malformaciones arteriovenosas, hematomas subdurales, malformación de Chiari o tumores.

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

Migraña

Hemorragia subaracnoidea

Trombosis venosa cerebral

Vasoespasma cerebral difuso (síndrome de Call-Fleming)

Hipertensión acelerada

Accidente cerebrovascular hipofisario

Cocaína y fármacos con actividad adrenérgica

Hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática

CEFALEA ERITROCIANÓTICA

- Cefalea pulsátil intensa y generalizada con enrojecimiento de la cara y las manos y adormecimiento de los dedos de éstas (eritromelalgia).
- Las crisis tienden a producirse al despertar de un sueño profundo.

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 (trigémino)

- Aspecto característico es el inicio del dolor al estimular ciertas zonas de la cara, labios o encías, por ejemplo, cuando el individuo se afeita o cepilla los dientes o con los movimientos de estas partes al masticar, hablar o bostezar, o incluso por una brisa: éstas son las llamadas zonas desencadenantes.