



UDS
Mi Universidad

CEFALEA

NOMBRE DEL ALUMNO: SERGIO RODRIGO FLORES DIAZ

NOMBRE DEL MAESTRO: DR. DE LA ROSA PACHECO RAUL

MATERIA: NEUROLOGIA

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS

CEFALEA: UN PROBLEMA FRECUENTE

- Frecuente motivo de consulta, junto con el dolor de espalda.
- Causas variadas, no siempre neurológicas.
- Debe evaluarse bien por posibles problemas intracraneales.
- Razones del dolor:
 1. Alta sensibilidad en la cabeza.
 2. Protección de órganos delicados.
 3. Preocupación por el cerebro.
- Definición: Dolor en la bóveda craneal; otros dolores faciales se consideran aparte.

TIPOS DE CEFALEA



Por tensión muscular



Presión arterial elevada



Infección cerebral



Migraña



Iritis o glaucoma



Inflamación de meninges



En cúmulos o racimos

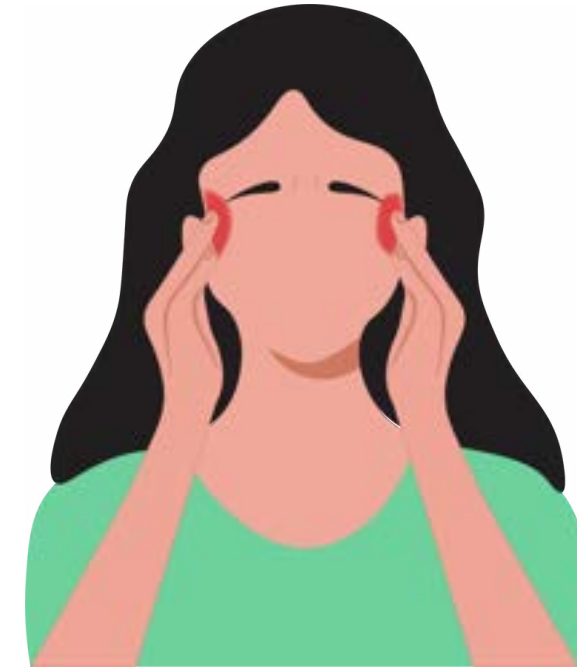


Problemas de los senos paranasales

ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

1. Características del dolor:

- ¿Inicio y evolución? Determinar si el dolor es de aparición súbita o gradual, y si ha habido cambios en su patrón a lo largo del tiempo.
- ¿Localización? Identificar la zona afectada: unilateral (común en migraña y cefalea en racimos) o bilateral (típica de cefalea tensional).
- ¿Intensidad y calidad? Evaluar la severidad del dolor y su naturaleza (pulsátil en migraña, opresiva en cefalea tensional, o punzante en cefalea en racimos).



ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

1. Características del dolor:

- ¿Duración y frecuencia? Registrar cuánto tiempo dura cada episodio y la periodicidad de los mismos. Por ejemplo, las migrañas suelen durar entre 4 y 72 horas, mientras que las cefaleas en racimos pueden durar de 15 a 180 minutos.

2. ¿Síntomas acompañantes?

- Migraña: Puede asociarse con náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia.
- Cefalea en racimos: Frecuentemente se acompaña de síntomas autonómicos ipsilaterales, como lagrimeo, congestión nasal y ptosis palpebral.



ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

3. ¿Factores desencadenantes y de alivio?

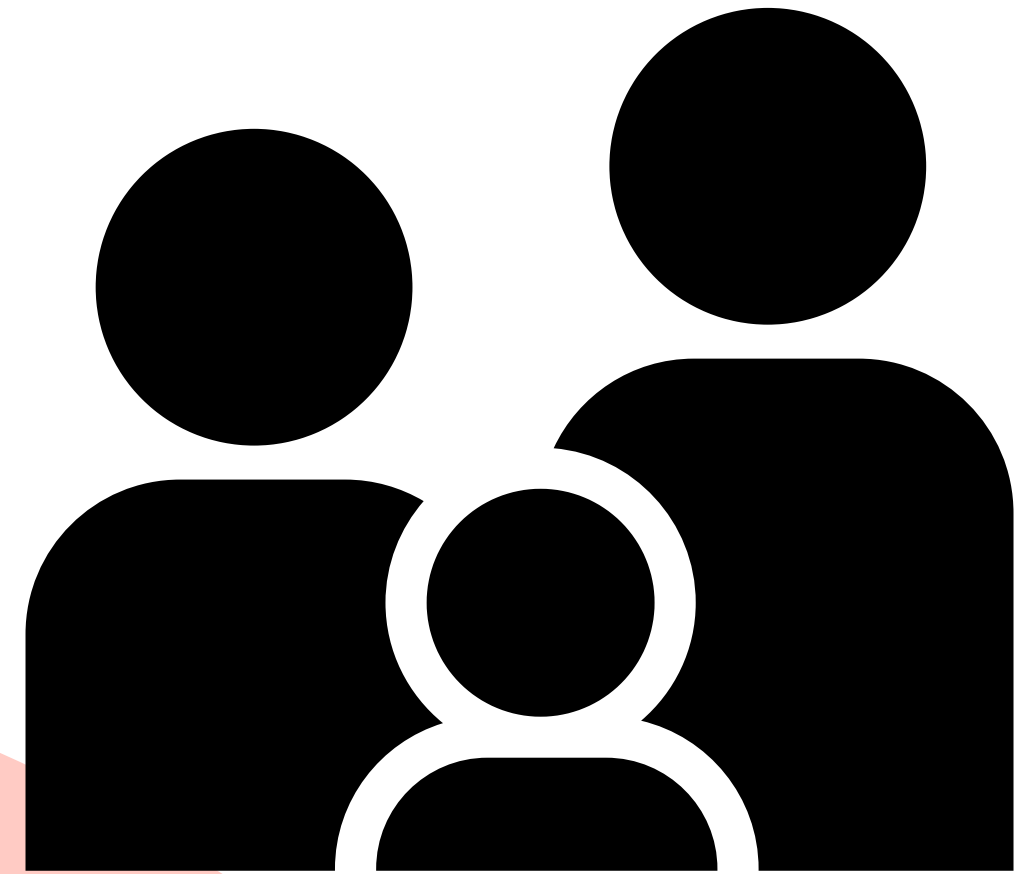
- Desencadenantes: Identificar elementos que precipitan el dolor, como ciertos alimentos, estrés, cambios hormonales o patrones de sueño.
- Alivio: Determinar qué medidas o medicamentos mitigan el dolor.



ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

4. ¿Antecedentes personales y familiares?

- Historia previa de cefaleas: Explorar si el paciente ha tenido episodios similares en el pasado y cómo fueron tratados.
- Antecedentes familiares: Investigar la presencia de cefaleas o migrañas en familiares directos, lo cual puede sugerir una predisposición genética.



ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

5. Evaluar Signos de alarma: Identificar síntomas que puedan indicar una cefalea secundaria grave, como:

- Inicio súbito e intenso.**
- Alteraciones neurológicas focales.**
- Fiebre, rigidez de nuca o signos meníngeos.**
- Cambios significativos en el patrón habitual de la cefalea.**
- Cefalea que empeora con el tiempo o que se presenta por primera vez en personas mayores de 50 años.**



ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE CEFALEA

6. Exploración física y neurológica: Realizar un examen físico completo, prestando especial atención a:

- Signos vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.

- Exploración neurológica: Evaluar el estado mental, reflejos, fuerza muscular, coordinación y sensibilidad.

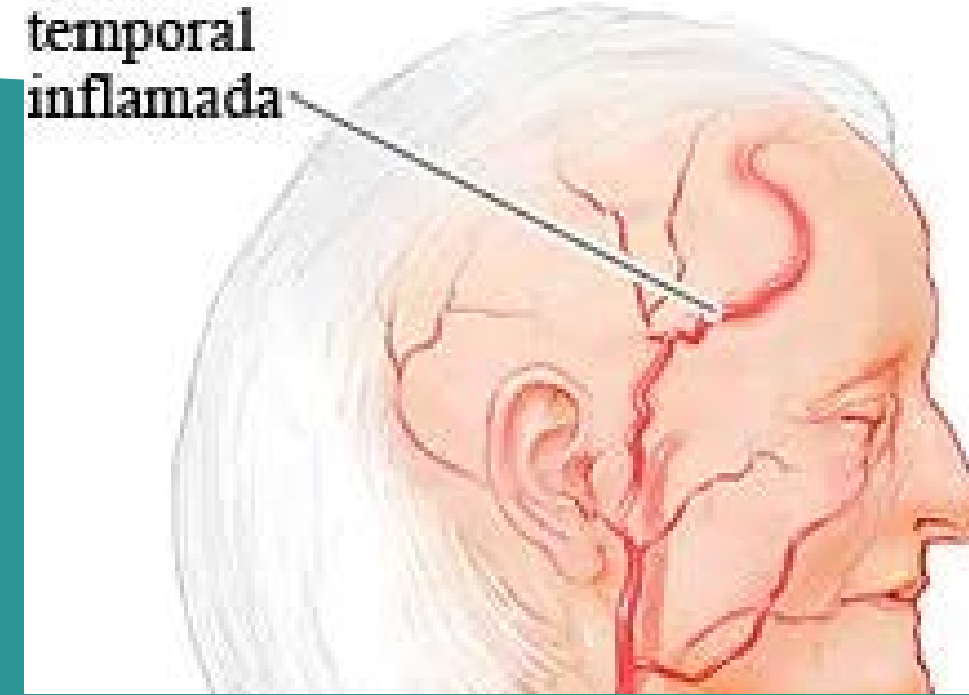
- Exploración craneocervical: Palpación de arterias temporales, evaluación de la movilidad cervical y detección de puntos gatillo.



EVALUACIÓN DEL DOLOR

- Importante identificar calidad, gravedad, duración y factores que lo agravan o alivian.
- El diagnóstico de la cefalea se basa en el interrogatorio y la identificación de patrones y factores desencadenantes, más que en estudios físicos o de imagen.

Arteria temporal inflamada



Arteritis de células gigantes

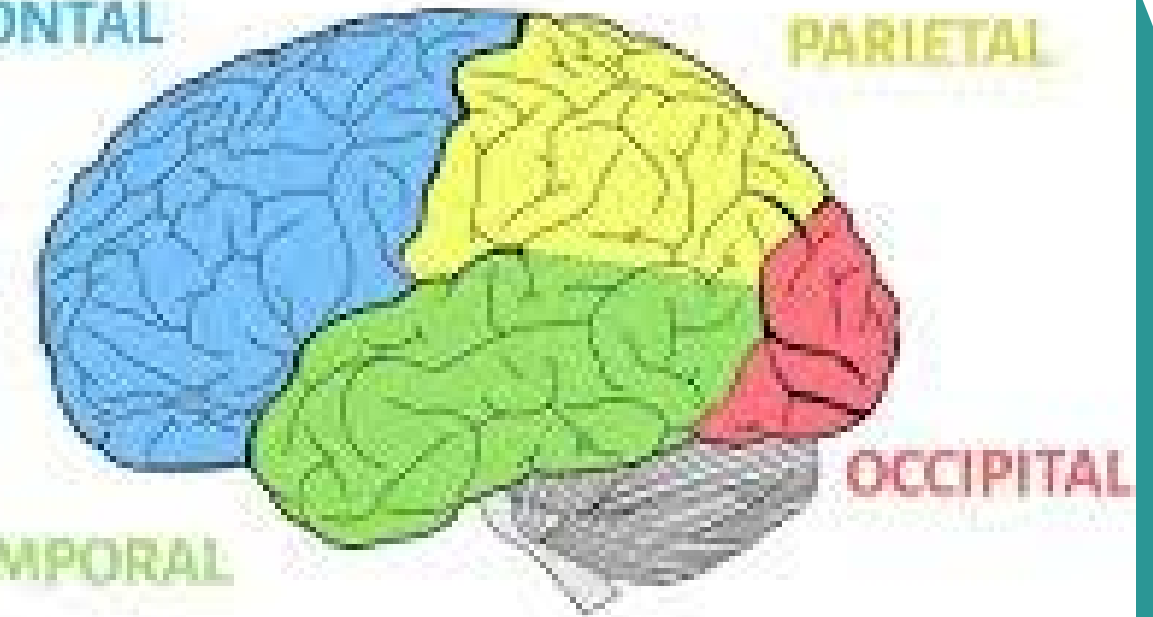


FRONTAL

PARIETAL

TEMPORAL

OCCIPITAL



EVALUACIÓN DEL DOLOR

Tipos y características del dolor que ayudan al diagnóstico:

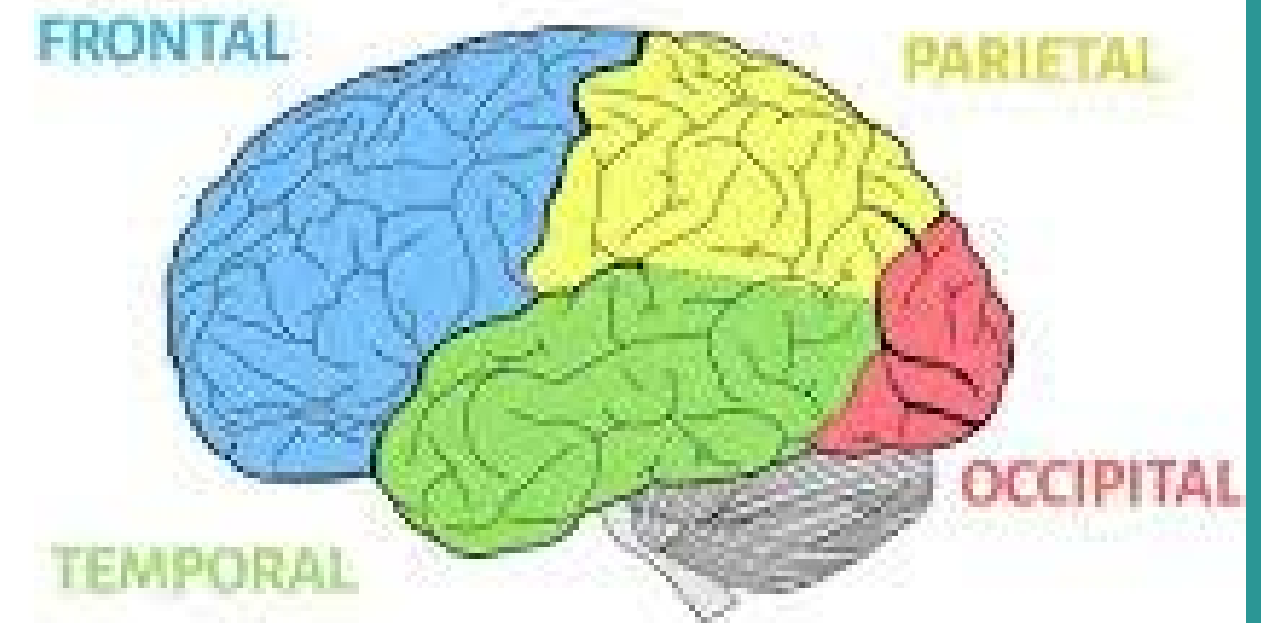
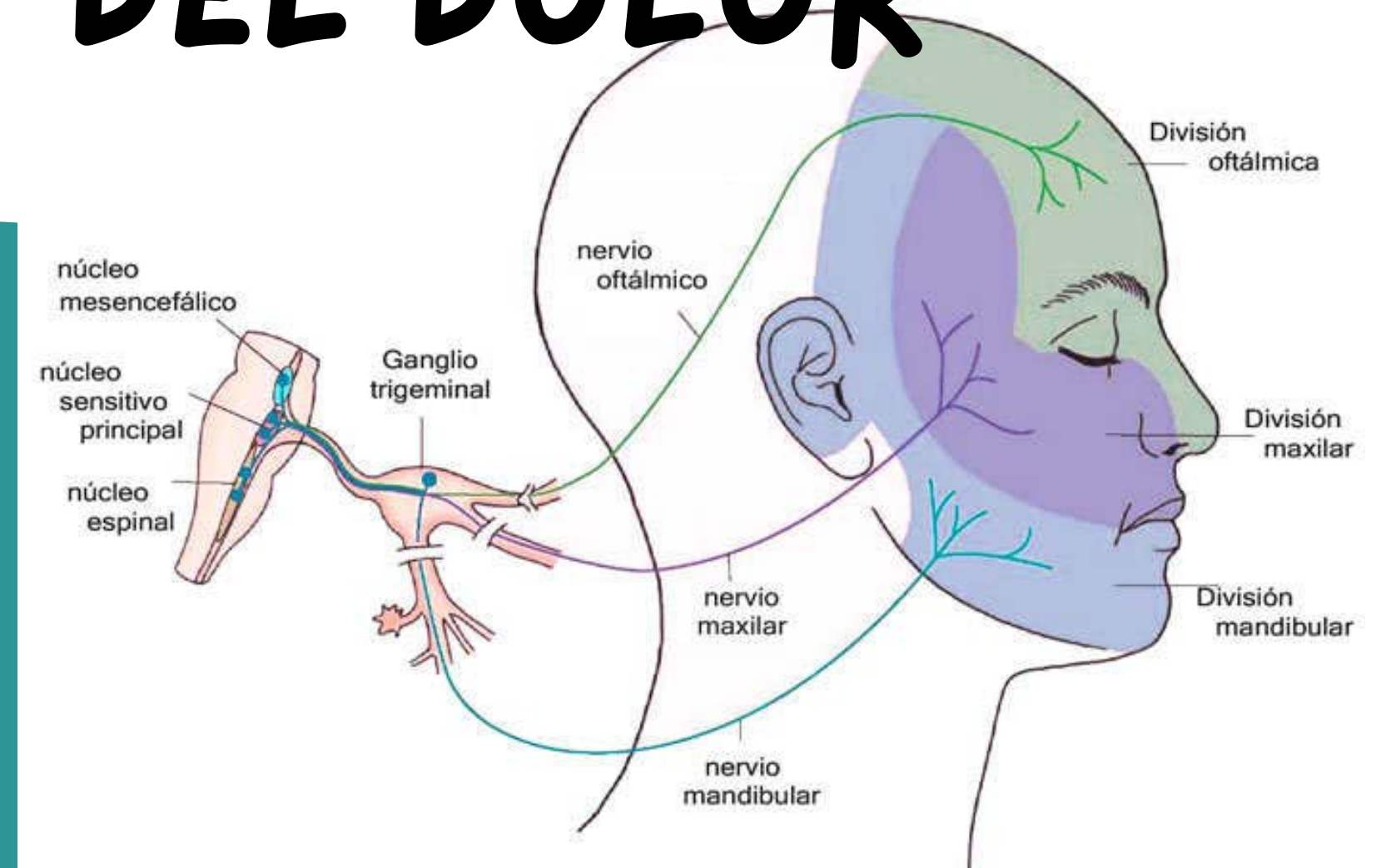
- Cefalea pulsátil → Sugiere migraña, aunque el término puede ser ambiguo.
- Dolor incapacitante → Indica mayor gravedad: migrañas afectan las actividades diarias.
- Cefalea intensa nocturna → Puede despertar al paciente (sospecha de gravedad).
- Cefalea más intensa → Meningitis y hemorragia subaracnoidea.

	Cefalea tensional		Migraña
• DOLOR QUE ABARCA TODA LA CABEZA (PUEDE IRRADIAR DE LA NUCA) • SENSACIÓN DE PRESIÓN • NO EMPEORA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA • RELACIONADA CON EL ESTRÉS, ANSIEDAD, TRAUMATISMO O MALA POSTURA • DURACIÓN: 30 MIN - 7 DÍAS		• DOLOR EN UN SOLO LADO (HEMICRANEAL) • PULSÁTIL • EMPEORA CON LA ACTIVIDAD FÍSICA • PUEDE ACOMPAÑARSE DE NÁUSEAS, VÓMITOS, HIPERSENSIBILIDAD A LA LUZ Y EL RUIDO • DURACIÓN: 4 - 72 HORAS	
FUENTE: SEN			

EVALUACIÓN DEL DOLOR

Ubicación y causas que ayudan al diagnóstico:

- Migraña → Unilateral, con náuseas y sensibilidad a luz y sonido.
- Arterias extracraneales → Dolor localizado en el vaso afectado.
- Senos paranasales, dientes y ojos → Dolor en frente y maxilares.
- Lesiones en fosa posterior → Dolor occipitonucal.
- Lesiones supratentoriales → Dolor frontotemporal.
- Cefaleas difusas → Sospecha de sinusitis o trombosis venosa.

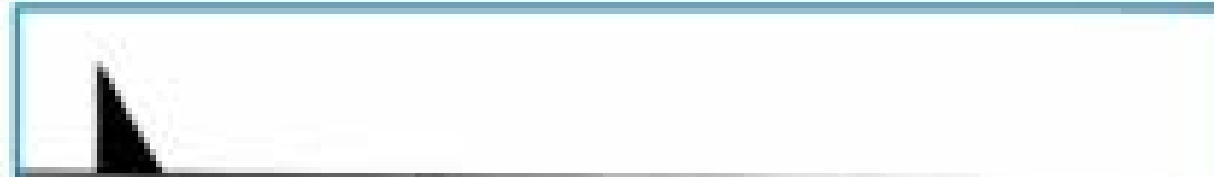


EVALUACIÓN DEL DOLOR

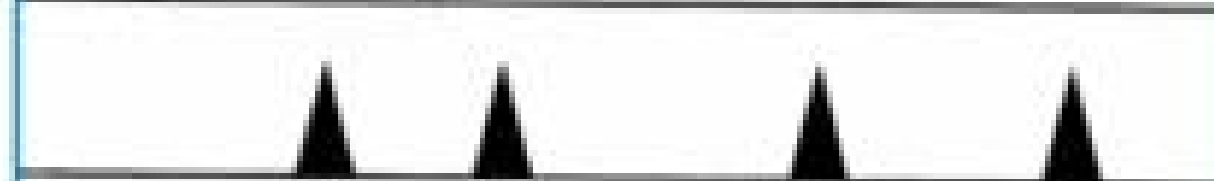
Patrones Temporales que ayudan al diagnostico:

Patrón Temporal

Súbita



Episódica



Crónica



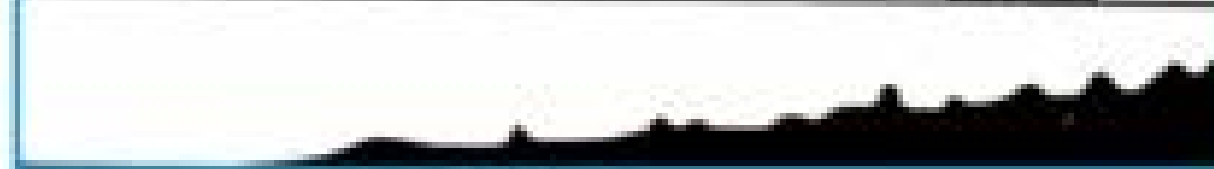
Crónica
con empujes

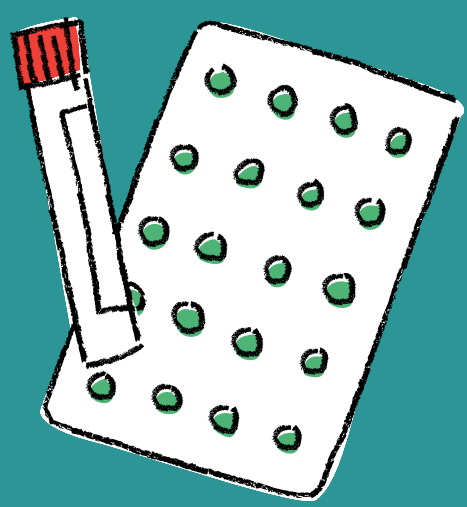


En racimos



Progresiva



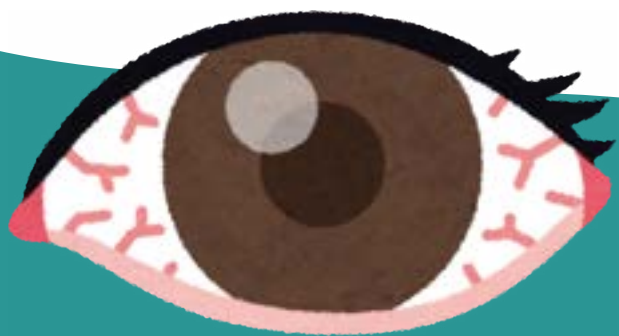


EVALUACIÓN DEL DOLOR



Factores desencadenantes que ayudan al diagnóstico:

- Hormonales: Período premenstrual.
- Postura e inactividad: Dolor cervical tras dormir.
- Infecciones sinusales: Peor en la mañana y con cambios de presión.
- Esfuerzos oculares: Dolor leve tras uso prolongado de pantallas.
- Alcohol, esfuerzo, estrés: Desencadenan cefaleas en algunas personas.
- Fármacos y alimentos
- Factores físicos: arteritis temporal.

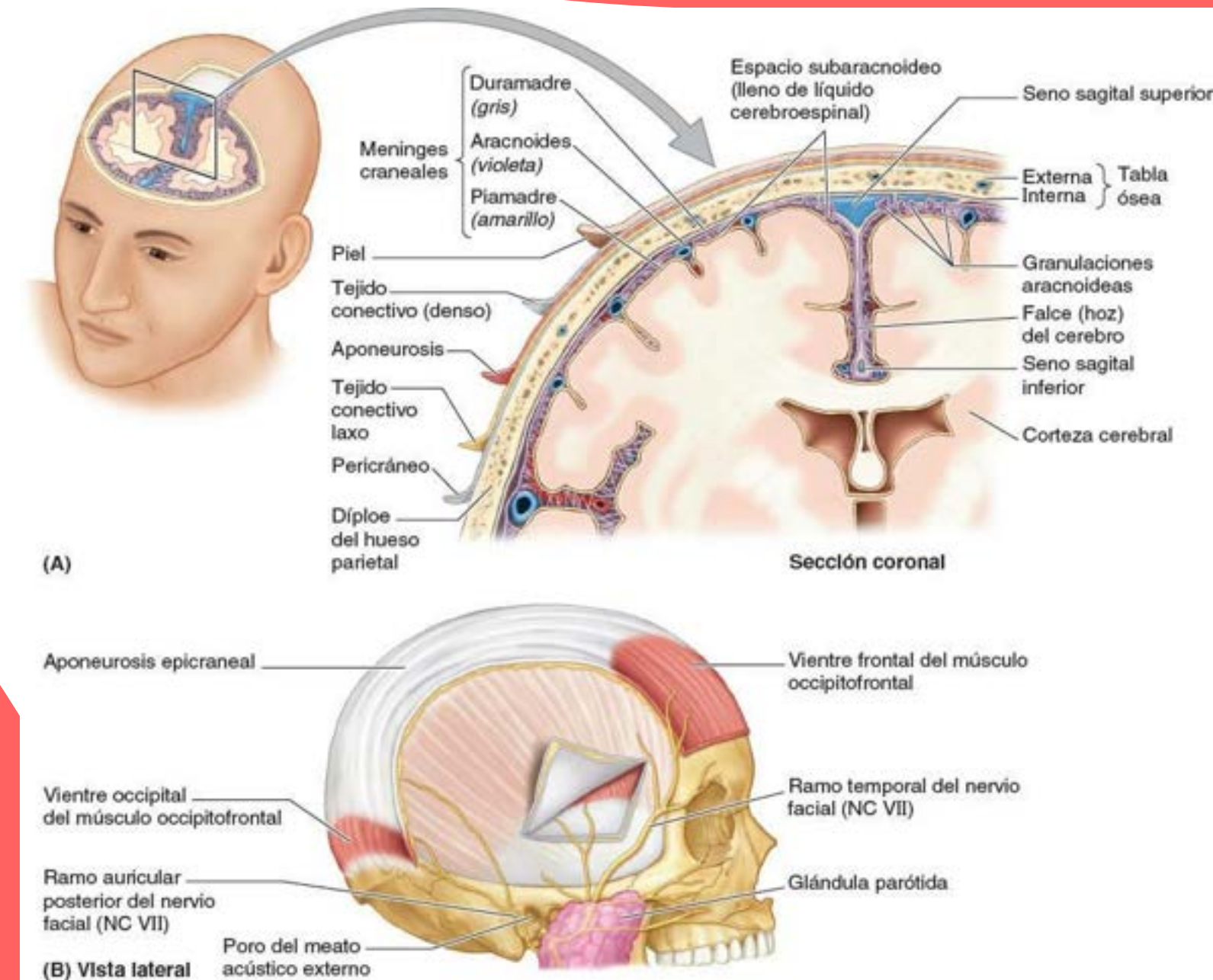


ESTRUCTURAS CRANEALES SENSIBLES AL DOLOR

Estructuras Sensibles

Solo algunas partes del cráneo responden a estímulos dolorosos:

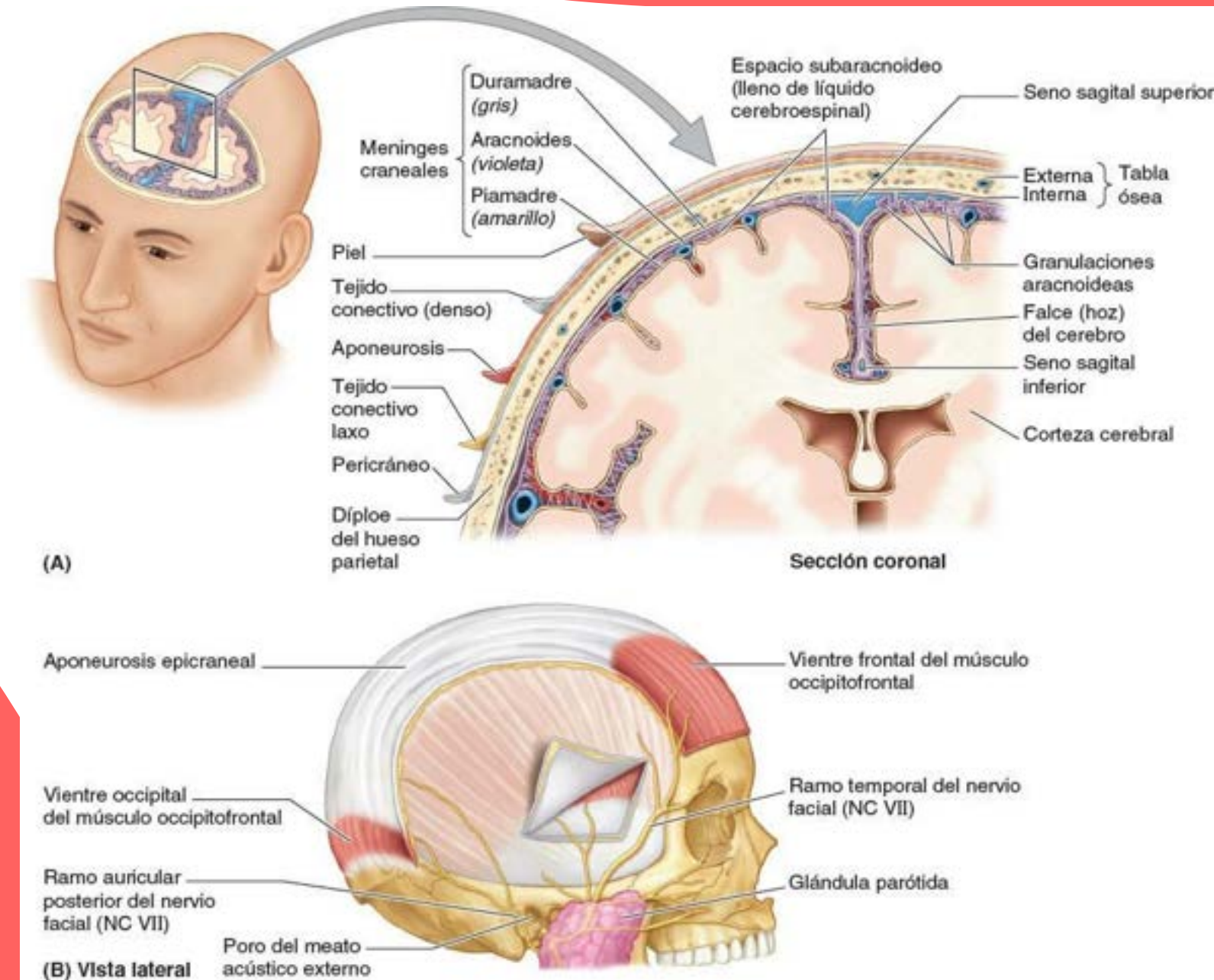
1. Estructuras externas → Piel, músculos, arterias extracraneales y periostio.
2. Órganos sensoriales → Ojos, oídos, senos paranasales y cavidades nasales.
3. Estructuras intracraneales → Senos venosos, duramadre basal y arterias meníngeas.
4. Nervios craneales y cervicales



ESTRUCTURAS CRANEALES SENSIBLES AL DOLOR

Proyección del Dolor:

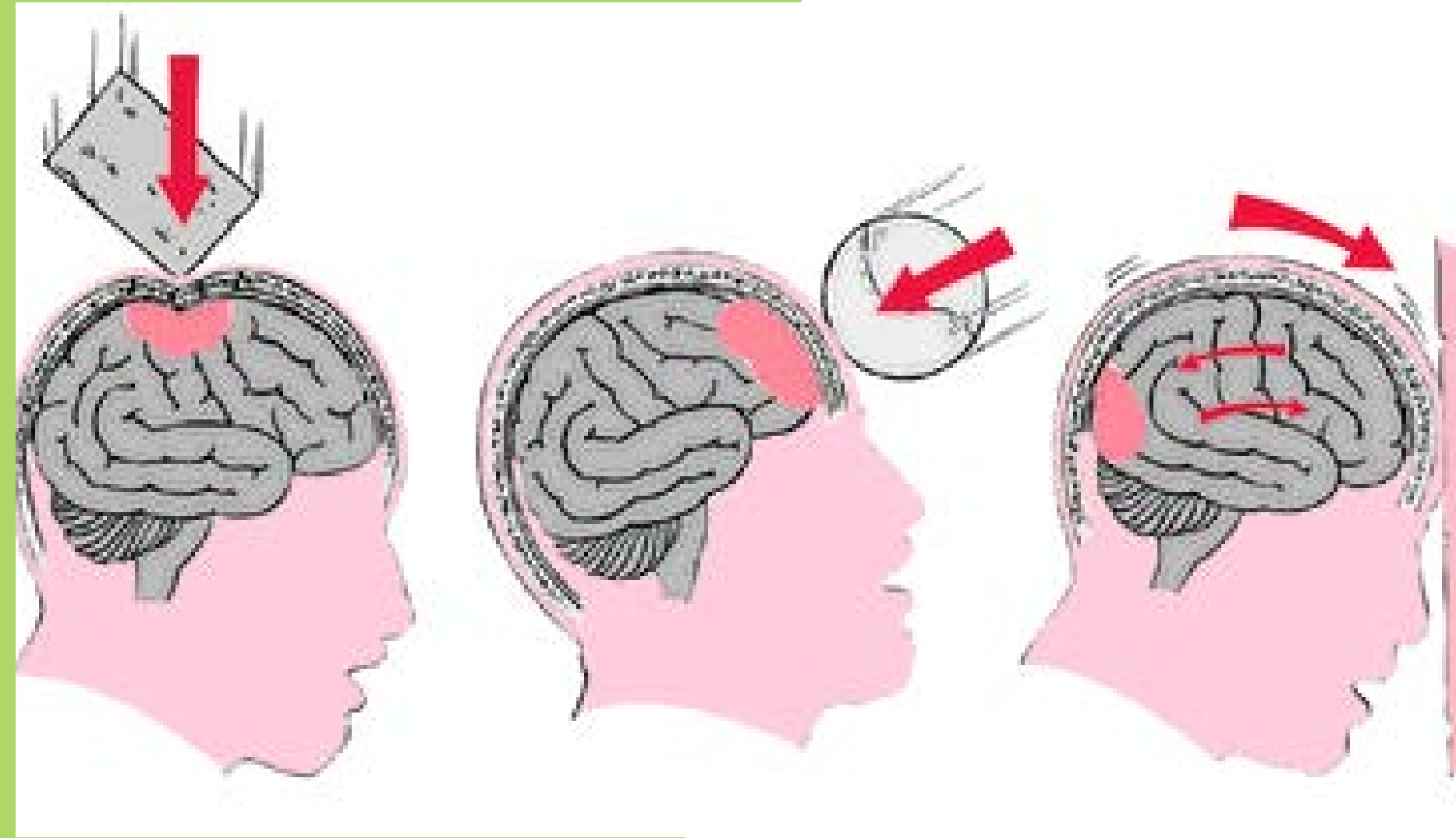
- Arteria meníngea media → Dolor en ojo y región temporal.
- Arteria carótida interna y cerebrales anterior y media → Dolor orbitotemporal.
- Región occipital → Relacionada con la parte superior de la columna cervical.
- Dolor dental → Se transmite por ramas del trigémino.



MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL

1. Causas Generales del Dolor Craneal

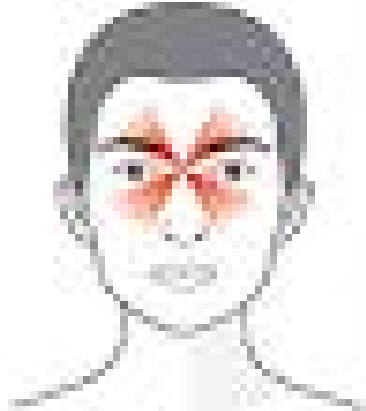
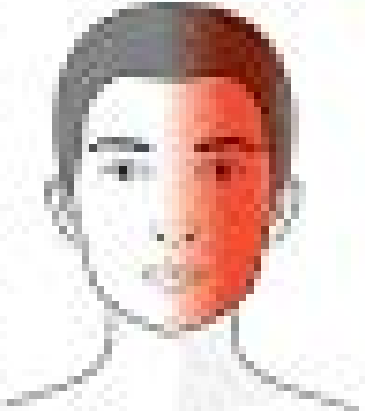
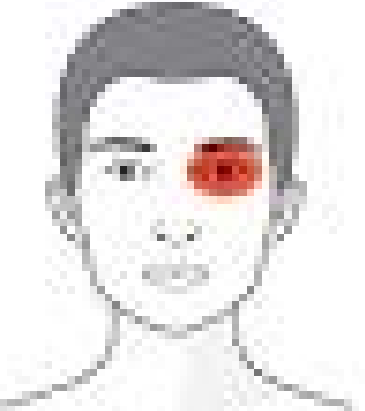
- Lesiones intracraneales → Solo generan cefalea si desplazan, deforman o traccionan estructuras vasculares o durales.
- Presión intracraneal elevada → No siempre causa cefalea, aunque su reducción (punción lumbar) puede aliviar el dolor.
- Dilatación arterial → Principal causa de cefalea, como en migrañas, fiebre, hipertensión extrema o fármacos (nitritos, glutamato monosódico).



MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL

2. Cefaleas Vasculares

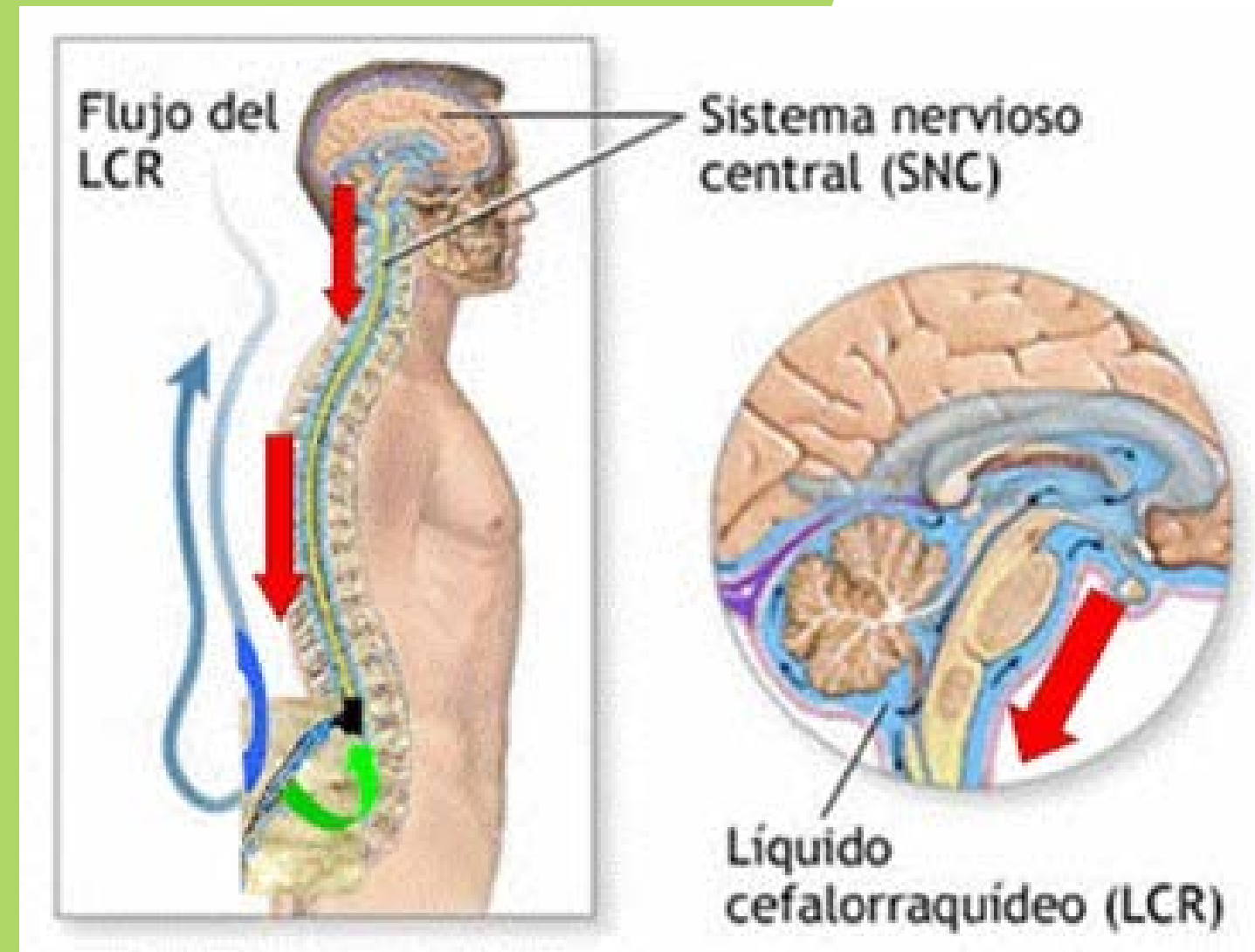
- Migraña (Dilatación arterial)
- Hipertensión severa
- Arteritis temporal
- Accidentes cerebrovasculares (evento que ocurre cuando se detiene el flujo de sangre a una parte del cerebro)

TIPOS DE CEFALEA			
DE LOS SENOS PARANASALES	TENSIONAL	VASCULAR (MIGRAÑA)	EN BROTES
			
El dolor se concentra detrás de la frente o de los pómulos	El dolor se presenta como una banda que aprieta la cabeza	El dolor se presenta con náuseas y cambios visuales	El dolor se concentra en y alrededor de un solo ojo

MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL

3. Cefaleas por Tracción o Presión

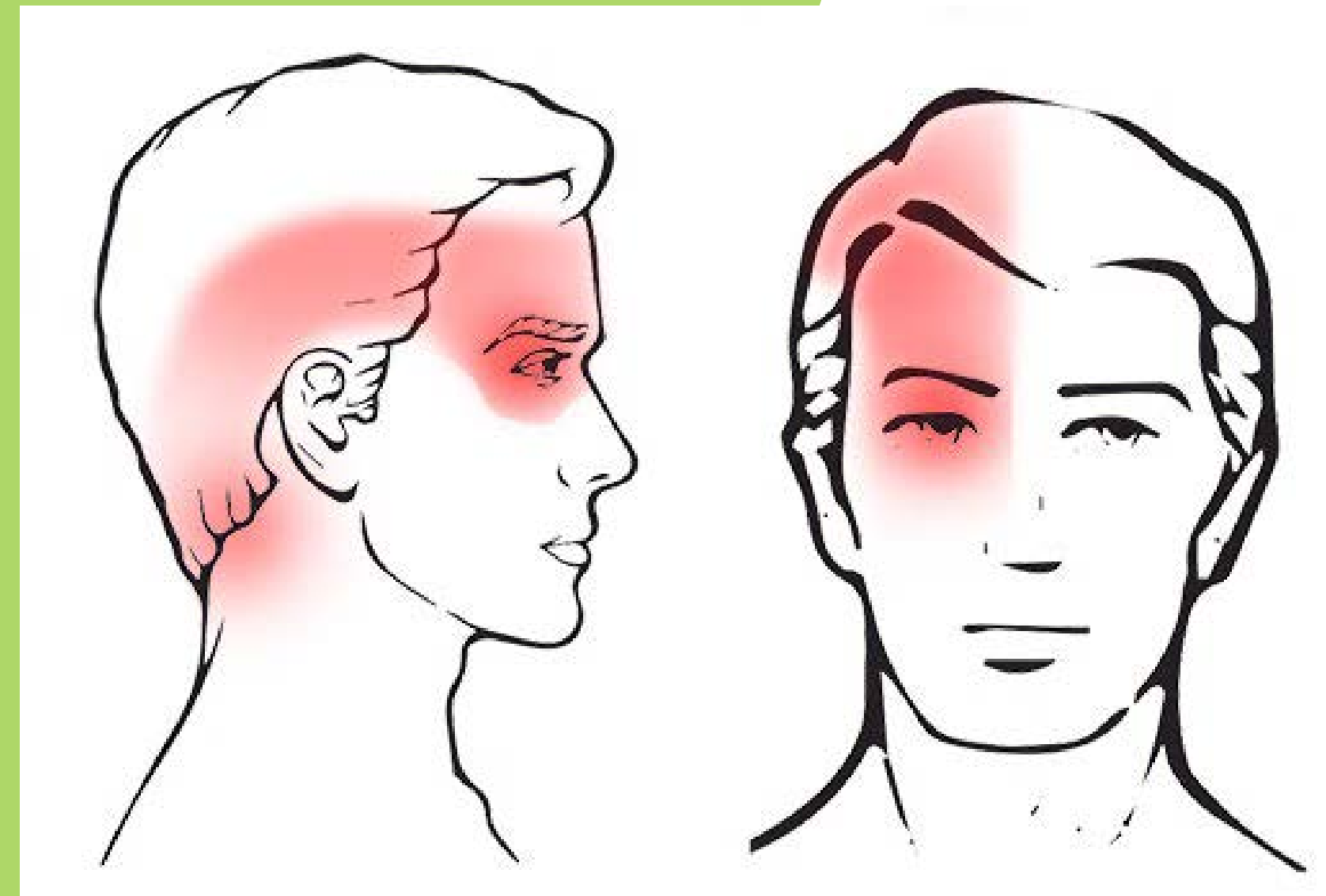
- Sinusitis → Dolor sobre los senos afectados, cambia según la posición.
- Cefalea postural por baja presión del LCR → Empeora al estar de pie, mejora al acostarse.
- Tumores o hematomas subdurales → Cefalea que empeora al acostarse.



MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL

4. Cefaleas de Origen Ocular y Cervical

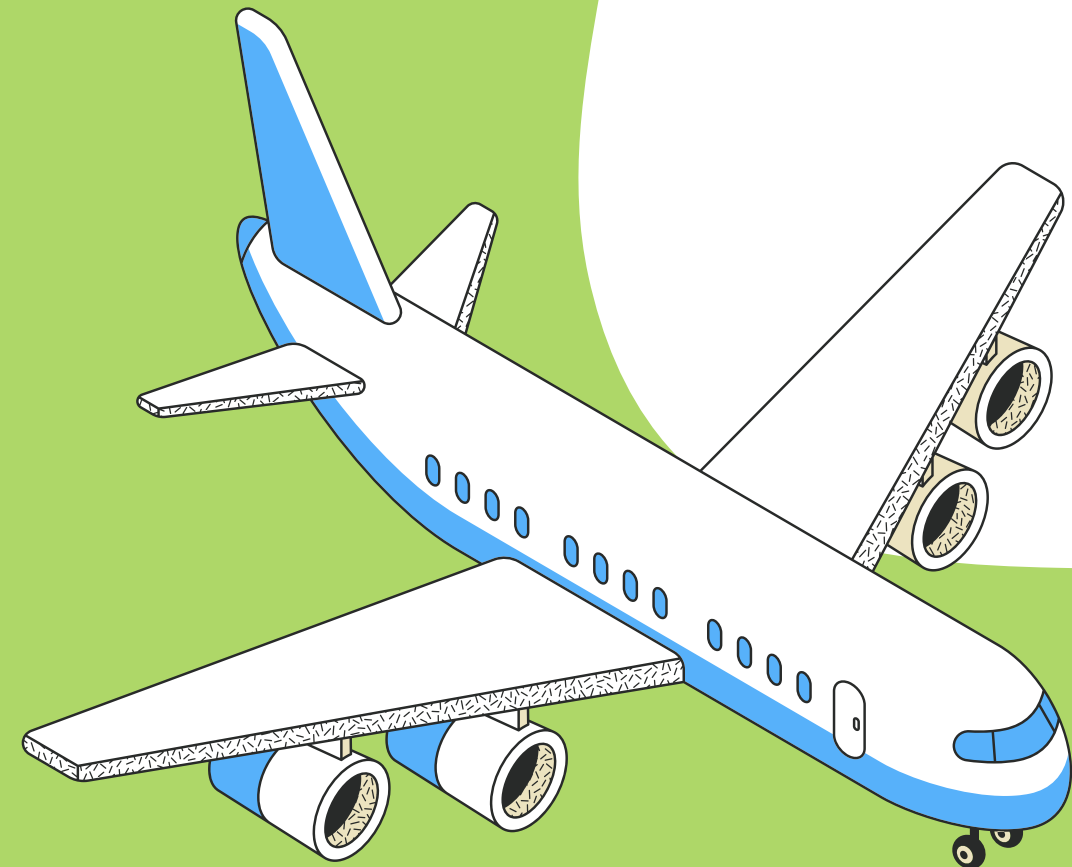
- Errores de refracción (hipermetropía, astigmatismo) → Provocan cefalea frontal.
- Glaucoma → Dolor ocular irradiado a la frente.
- Lesiones cervicales → Cefalea occipital y nuchal, frecuente en artritis y traumatismos.



MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL

5. Cefaleas de Esfuerzo y Otras Causas

- Esfuerzo físico (sexo, levantamiento de pesas) → Generalmente benignas, pero pueden indicar problemas vasculares.
- Cefalea inducida por cambios de presión → Viajes en avión, estornudos o esfuerzos pueden desencadenarlas.



PRINCIPALES VARIEDADES DE CEFALEA IDIOPATICA

Dolor de cabeza cuya causa es desconocida y no se asocia a ninguna enfermedad estructural o metabólica identificable.

Clasificación de la cefalea

- **Primaria : No tiene una causa identificable.**
Ejemplos:
 1. Migraña
 2. Cefalea tensional
 3. Cefalea en Racimos
- **Secundaria : Se debe a otra enfermedad (glaucoma, sinusitis, meningitis, tumores, etc.).**



MIGRAÑA

Trastorno neurológico recurrente con dolor de cabeza pulsátil, generalmente unilateral.

Tipos :

- Migraña con aura : Síntomas visuales y neurológicos antes del dolor.
- Migraña sin aura : Cefalea sin señales previas.

Síntomas comunes:

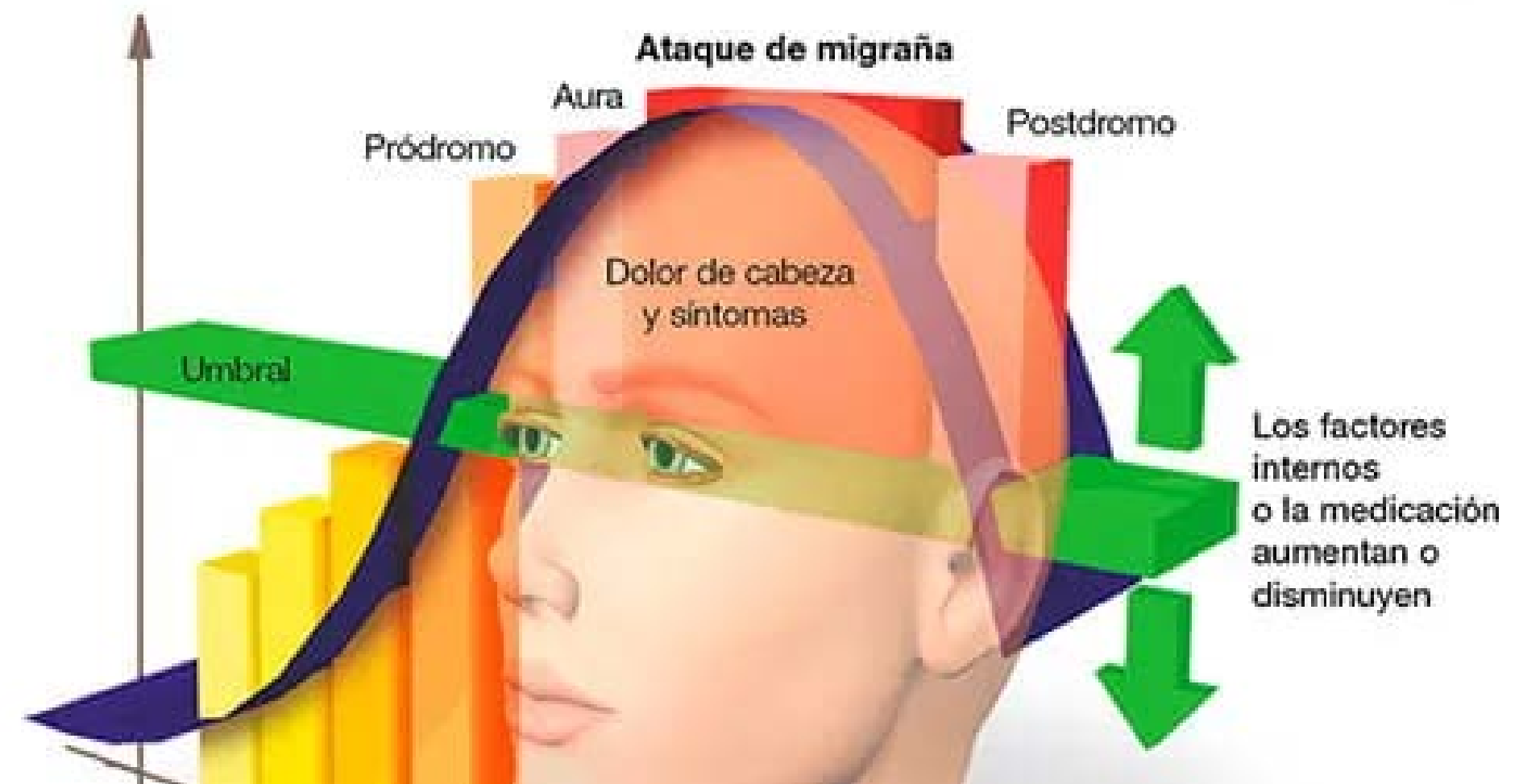
Dolor pulsátil, hemicráneo o generalizado.

Fotofobia, fonofobia, osmofobia.

Náuseas y vómitos.

Sensibilidad al movimiento de la cabeza.

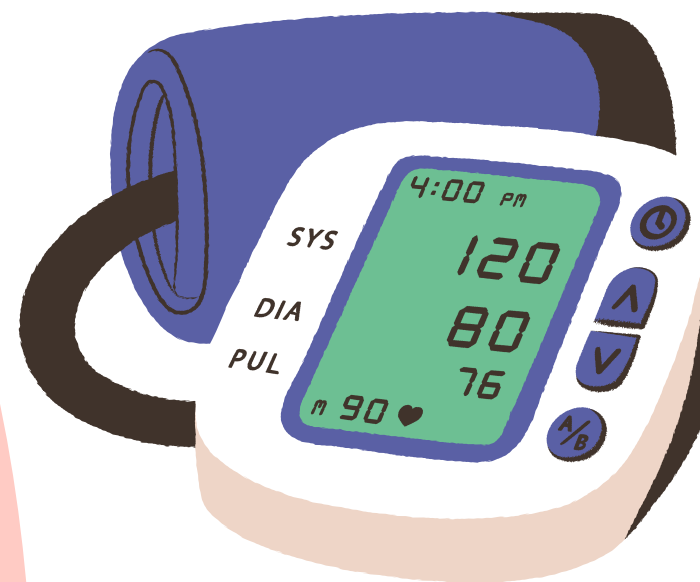
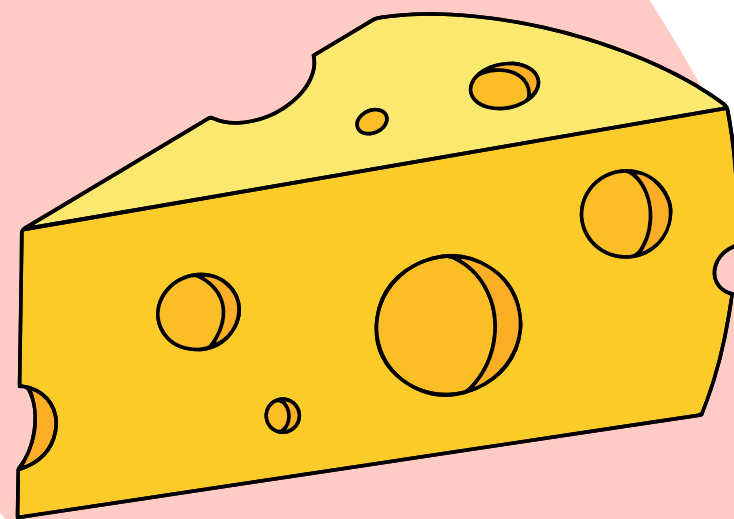
Evolución y síntomas de la migraña



MIGRAÑA

Factores desencadenantes:

Estrés, cambios hormonales, ciertos alimentos (chocolate, queso, alcohol), falta o exceso de cafeína, luces intensas, cambios en la presión barométrica.



Datos clave:

Tiende a ser hereditaria (60-80% de los casos).

Inicia en la infancia, adolescencia o adultez temprana.

Más frecuente en mujeres y puede relacionarse con la menstruación o el uso de anticonceptivos.

Puede mejorar con la edad, pero también empeorar en la menopausia.

VARIANTES DE LA MIGRAÑA

No siempre es unilateral ni pulsátil.

Puede iniciar de forma abrupta y severa (cefalea en trueno), similar a una hemorragia subaracnoidea.

En algunos casos, la cefalea precede o acompaña al aura , en lugar de aparecer después.

El dolor puede ser frontal, temporal o generalizado .

Migraña sin cefalea (Migraña disociada)

Solo presenta síntomas neurológicos, sin dolor de cabeza.

Común en personas mayores.

Los síntomas visuales son los más frecuentes (destellos, escotomas).

VARIANTES DE MIGRAÑA Y MIGRAÑA EN CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Difieren de la migraña convencional por presentar síntomas neurológicos más graves.

Caracterizadas por cefalea migrañosa recurrente con déficit neurológico reversible .

Síntomas distintivos:

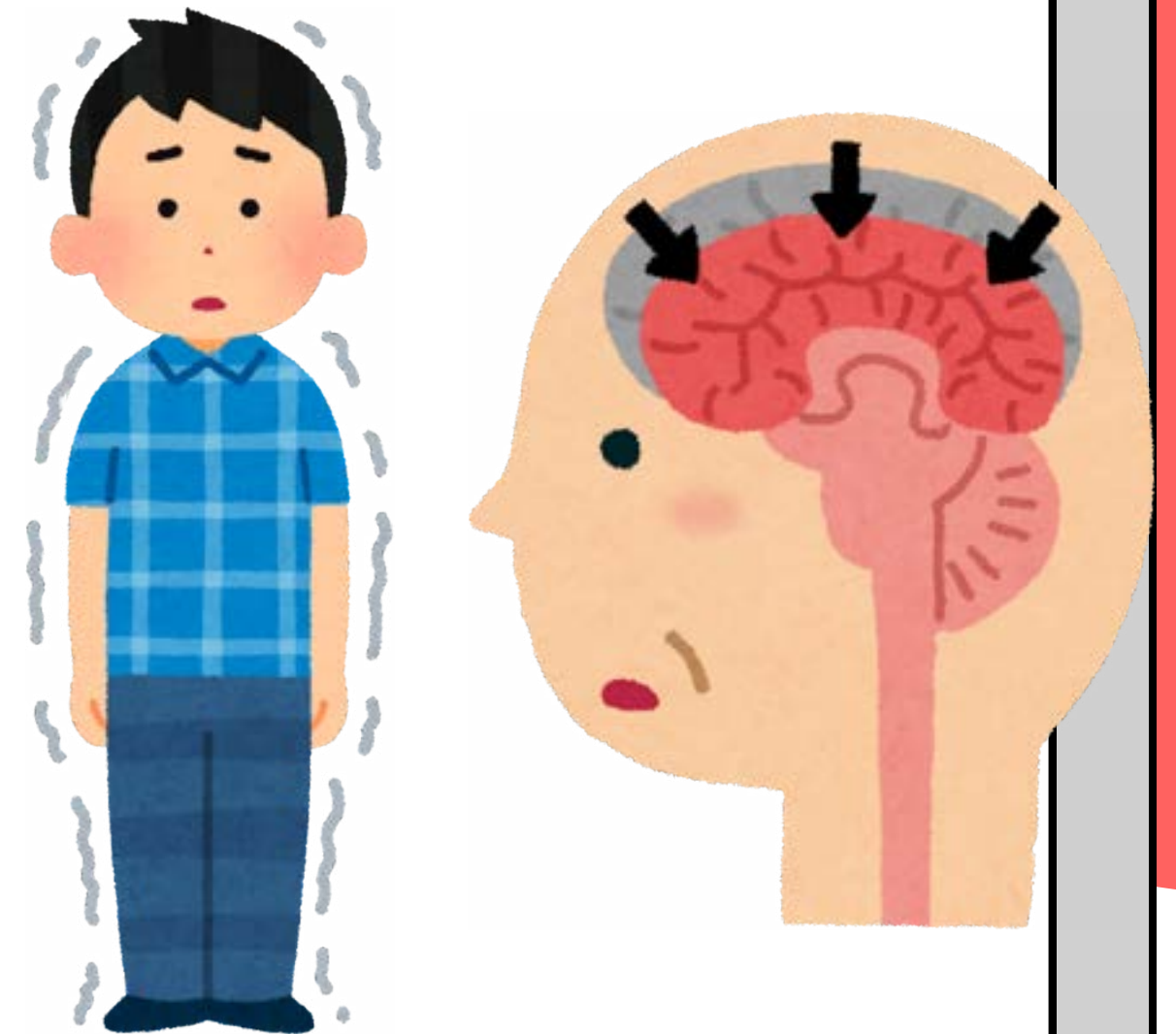
Parálisis

Estupor (disminución del estado de alerta)

Oftalmoplejía (debilidad en músculos oculares)

Ceguera monocular (afectación en un solo ojo)

Pueden coexistir con la migraña típica en el paciente o sus familiares.



MIGRAÑA CON AURA DEL TRONCO DEL ENCEFALO (MIGRAÑA BASILAR)

Características principales:

Afecta principalmente a niños y adolescentes , pero también a adultos.

Inicia con fenómenos visuales en ambos campos (posible ceguera temporal).

Síntomas neurológicos transitorios (10-30 min):

Vértigo y bamboleo

Incoordinación y hormigueo (manos, pies, boca)

Disartria (dificultad para hablar)

Posible confusión, estupor o desmayo

Casos graves (excepcionales):

Coma o cuadriplejía.

Puede dejar déficits residuales.

Se parece a un accidente cerebrovascular en la arteria basilar, por lo que a veces requiere estudios de imagen para descartar otras enfermedades.



SÍNDROME PERIÓDICO INFANTIL

Características principales:

Afecta principalmente a niños .

Se relaciona con la migraña , ya que puede aparecer junto a cefaleas en otros momentos.

Síntomas recurrentes:

Vómito cíclico

Dolor abdominal periódico

Palidez y letargo

Cefalea leve

Diagnóstico:

Pruebas diagnósticas normales en la mayoría de los casos.

Se recomienda realizar estudios si es la primera aparición.



VÉRTIGO MIGRAÑOSO

Asociación con migraña:

El mareo es un síntoma frecuente en migraña y su aura.
Puede presentarse en niños y adultos con migraña.

Síntomas principales:

Vértigo episódico

Desequilibrio incapacitante

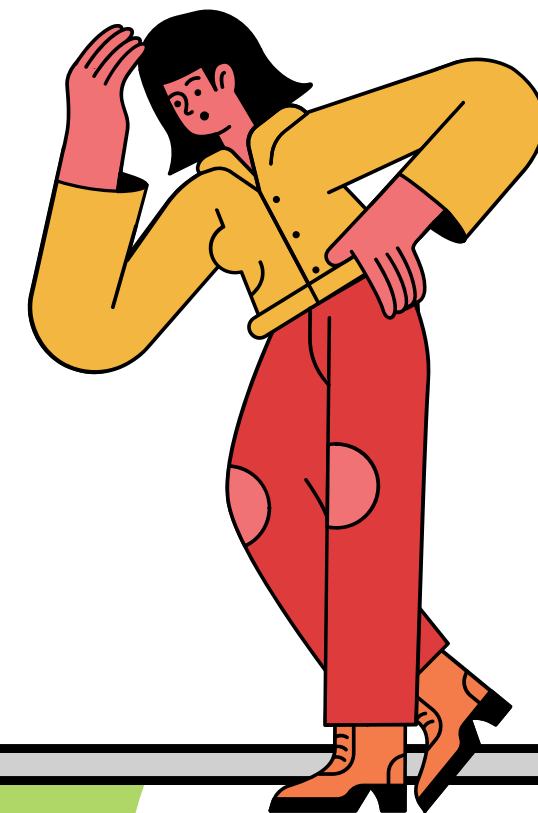
Sensibilidad a patrones visuales intensos

Diagnóstico:

Exploración normal en muchos casos.

Algunas pruebas avanzadas pueden mostrar déficits vestibulares leves .

Se diferencia de la ansiedad por su presentación episódica.



MIGRAÑA OFTALMOPLÉJICA

Qué es?

Cefalea unilateral recurrente con debilidad en músculos oculares .

Más común en niños , rara en adultos sin antecedentes.

Síntomas principales:

Parálisis transitoria del tercer nervio craneal (ptosis, pupila afectada o no).

En raras ocasiones, daño del sexto nervio craneal .

Paresia ocular que puede durar días o semanas.

Con ataques repetidos, puede quedar midriasis o oftalmoparesia permanente .

Diagnóstico y consideraciones:

En adultos, descartar causas graves como arteritis temporal .

Se ha detectado inflamación en la cisterna del tercer nervio craneal en crisis.

MIGRAÑA RETINIANA

¿Qué es?

Trastorno visual monocular asociado a migraña .

Fosfenos (destellos) o escotomas (zonas de visión reducida).

Pérdida visual grave pero transitoria (generalmente reversible).

Síntomas principales:

Afectación en un solo ojo (diferente de la típica aura migrañosa).

Puede o no haber cefalea .

En algunos casos, se observa atenuación de arteriolas retinianas .

Diagnóstico y consideraciones:

En jóvenes sanos , evita estudios y tratamientos innecesarios.

En adultos mayores , descartar arteritis de células gigantes o enfermedad carotídea

·
Otras posibles causas: síndrome antifosfolípidos, hipercoagulabilidad .

MIGRAÑA HEMIPLEJICA (MIGRAÑA HEMIPLEJICA FAMILIAR)

¿Qué es?

Tipo raro de migraña con parálisis unilateral transitoria .

Afecta principalmente a niños y lactantes (poco frecuente en adultos).

Puede haber edema cerebral unilateral reversible, a veces tras un traumatismo menor.

Migraña Hemipléjica Familiar (MHF):

Causa genética (mutaciones en genes de canales iónicos).

Genes implicados: CACNA1A, ATP1A2, SCNA1 .

Relación con otras enfermedades neurológicas (ataxia cerebelosa, CADASIL).

Consideraciones clínicas:

Puede haber ataxia, nistagmo, ataques de coma con recuperación .

Relación con trastornos neurológicos como ataxia episódica y CADASIL .

Diagnóstico basado en historia familiar y genética.

ESTATUS MIGRAÑOSO

¿Qué es?

Migraña severa y persistente, con ataques frecuentes y debilitantes.

Migraña crónica: Más de la mitad de los días del mes.

Estado migrañoso: Crisis de más de 72 horas , con dolor intenso y síntomas asociados (náusea, vómito).

Factores de riesgo:

Uso excesivo de analgésicos (efecto rebote).

Lesiones craneoencefálicas o infecciones virales previas.

Posible adicción a narcóticos en algunos casos.

Tratamiento recomendado:

Evitar fármacos narcóticos y tratar la causa subyacente.

Opciones: Hidratación IV, metoclopramida, AINEs, magnesio, corticoides y dihidroergotamina IV en casos selectos.

Los triptanos pueden perder eficacia en etapas avanzadas.

CEFALEAS MIGRAÑOSAS CON PLEOCITOSIS EN LCR

¿Qué es?

Migraña con presencia de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR).
En la mayoría de los casos, la meningitis aséptica es leve en personas susceptibles.

Puede aparecer sin causa clara y sin síntomas de meningitis.

Síndrome HaNDL (Cefalea con Déficit Neurológico y Linfocitosis del LCR)

Déficits neurológicos pasajeros (afectación motora, sensitiva y afasia).

Cefalea tipo migraña, a veces con febrícula.

Más común en varones jóvenes.

Relación con infecciones virales previas en algunos casos.

Duración limitada (máx. 7 semanas).

Tratamiento: Corticoides en algunos casos.

Diagnóstico diferencial:

Meningitis crónica o recurrente (Mollaret).

Vasoespasma cerebral o vasculitis.

Reacciones inmunes a AINes o inmunoglobulinas.

MIGRAÑA DESPUÉS DE LESIÓN CEFÁLICA

¿Qué es?

Un traumatismo craneal, incluso leve, puede desencadenar migraña en personas predispuestas.

Variantes Clínicas

Migraña postraumática en niños/adolescentes:

- Pérdida de visión, cefalea intensa o estado de confusión.
- Conducta beligerante e irracional que dura horas o días.
- Relación con migraña hemipléjica familiar .

Parálisis o afasia postraumática:

- Ocurre después de traumatismos menores.
- Afecta a atletas universitarios en algunos casos.
- Sin síntomas visuales y con cefalea leve o ausente.

Diagnóstico diferencial:

Diseccción de arteria carótida.

Hematoma subdural.

MIGRAÑA EN NIÑOS PEQUEÑOS

Dificultades en el diagnóstico

Los niños tienen dificultad para describir la cefalea.

Pueden lucir pálidos, débiles y presentar dolor abdominal, vómitos o fiebre .

Variantes Clínicas

Síndrome Periódico: Ataques recurrentes con vómito y dolor abdominal.

Vértigo episódico y tambaleo: Posible relación con migraña basilar .

Migraña abdominal: Dolor abdominal, fiebre y cambios de ánimo.

Hemiplejía alternante en lactantes y niños:

- Episodios sin cefalea, de un lado y luego del otro.
- Recuperación completa, pero puede evolucionar a distonía .

Importancia del Diagnóstico

Evita procedimientos innecesarios.

Previene retrasos en el tratamiento adecuado.

MIGRAÑA EN EL EMBARAZO

- Existen muchas causas de cefalea en el embarazo, pero la migraña es una de las más comunes.
- Generalmente, disminuye durante el embarazo, pero en algunos casos puede empeorar, sobre todo en el tercer trimestre.
- Algunas mujeres pueden experimentar aura sin cefalea.
- Cambios en el patrón del dolor de cabeza deben hacer considerar otras causas como toxemia o trombosis venosa cerebral.

MIGRAÑA E ISQUEMIA CEREBRAL

- En casos raros, la migraña puede provocar un infarto isquémico con síntomas neurológicos persistentes.
- Existe una asociación epidemiológica entre la migraña y el accidente cerebrovascular (ACV), especialmente en mujeres.
- Factores de riesgo que aumentan el riesgo de ACV en migrañosos:
 - Migraña con aura
 - Uso de anticonceptivos orales con alto contenido de estrógeno
 - Tabaquismo y presión arterial alta

PATOGENIA DE LA MIGRAÑA

Factores claves en la Migraña

Genética: Influencia hereditaria, pero con patrones mendelianos en pocos casos.

Factores Vasculares: Cambios en el flujo sanguíneo cerebral durante el aura.

Factores Neuronales: Activación del sistema trigeminovascular y liberación de neurotransmisores.

Mediadores Bioquímicos

Serotonina (5-HT): Regula vasos sanguíneos y dolor.

Óxido Nítrico (NO): Podría estar involucrado en el dolor migrañoso.

PATOGENIA DE LA MIGRAÑA

Hipótesis principales

Hipótesis Vascular (Wolff):

- Dilatación y pulsatilidad excesiva de arterias craneales.
- Estudios modernos muestran disminución del flujo en corteza occipital durante el aura.

Expansión de la Depresión Cortical (Leão):

- La actividad neuronal disminuye y se propaga lentamente.
- Explica el aura, pero no completamente la cefalea.

Modelo Trigéminovascular (Moskowitz):

- Las fibras del nervio trigémino liberan sustancia P y CGRP, causando inflamación y dolor.

DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

Criterios Clave

Migraña con aura: Síntomas neurológicos progresivos como centelleos, parestesias o escotomas .

Migraña sin aura: Cefalea recurrente con características variables , no siempre intensa o discapacitante.

Síntomas "positivos" (centelleos, parestesias) vs. "negativos" (escotomas, afasia, paresia) ayudan en la diferenciación.

DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

Diferenciación con Otras Patologías

Migraña vs. Epilepsia:

- Migraña: Síntomas neurológicos progresivos.
- Epilepsia: Inicio súbito, crisis breves.

Migraña vs. Accidente Cerebrovascular:

- Migraña: Síntomas transitorios y reversibles.
- ACV: Pérdida neurológica súbita y persistente.

Migraña vs. Malformación Arteriovenosa (MAV):

- Migraña: Puede ser unilateral, pero cambia de lado.
- AVM: Cefalea siempre en el mismo lado de la cabeza, posible relación con aura visual.

DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

Casos que requieren evaluación adicional

Ceguera monocular transitoria: Buscar estenosis carotídea o síndrome antifosfolípido .

Migraña oftalmopléjica: Diferenciar de aneurisma carotídeo-seno cavernoso .

Migraña unilateral persistente: Evaluar posible lesión estructural subyacente (MAV, tumor, aneurisma) .

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Objetivo: Control del ataque agudo y prevención.

Cuándo tratar: Durante el pródromo (síntomas previos) o al inicio de la cefalea.

Opciones de Tratamiento

Casos leves

AINEs:

- Ácido acetilsalicílico (aspirina) 500–1000 mg
- Acetaminofén 500–1000 mg
- Otros AINEs: ibuprofeno, naproxeno

Combinaciones:

- Aspirina o acetaminofén + cafeína + butalbital
- Eficacia limitada y riesgo de dependencia

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Casos moderados a graves

Triptanos (agonistas de serotonina 5-HT_{1B/1D}):

- Sumatriptano: 4-6 mg SC | 25-100 mg VO | 20 mg intranasal
- Zolmitriptano: 2.5-5 mg VO
- Rizatriptano: 5-10 mg VO (puede repetirse en 2 h)
- Naratriptano, almotriptano, eletriptano, frovatriptano (opciones alternativas)

Administrar al inicio de la cefalea, NO durante el aura.

Derivados del cornezuelo del centeno (vasoconstrictores):

- Ergotamina: 1-2 mg SL (bajo la lengua)
- Dihidroergotamina (DHE): 1 mg SC | Aerosol nasal 1 aplicación, repetir en 30 min

Evitar en hipertensión no controlada o enfermedad arterial coronaria.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Casos moderados a graves

Triptanos (agonistas de serotonina 5-HT_{1B/1D}):

- Sumatriptano: 4-6 mg SC | 25-100 mg VO | 20 mg intranasal
- Zolmitriptano: 2.5-5 mg VO
- Rizatriptano: 5-10 mg VO (puede repetirse en 2 h)
- Naratriptano, almotriptano, eletriptano, frovatriptano (opciones alternativas)

Administrar al inicio de la cefalea, NO durante el aura.

Derivados del cornezuelo del centeno (vasoconstrictores):

- Ergotamina: 1-2 mg SL (bajo la lengua)
- Dihidroergotamina (DHE): 1 mg SC | Aerosol nasal 1 aplicación, repetir en 30 min

Evitar en hipertensión no controlada o enfermedad arterial coronaria.

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRANA

Objetivo: Reducir la frecuencia e intensidad de los ataques.

Indicaciones: Pacientes con episodios frecuentes (≥ 1 ataque intenso/semana).

Enfoque: Se elige el fármaco según comorbilidades (hipertensión, depresión, epilepsia, cardiopatía).

Opciones de Tratamiento Preventivo

1. Bloqueadores beta-adrenérgicos

Propranolol: 10–20 mg 2–3 veces/día, hasta 240 mg/día

Alternativas:

- Atenolol 40–160 mg/día
- Timolol 20–40 mg/día
- Metoprolol 100–200 mg/día
- Efectos adversos: fatiga, hipotensión

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRANA

2. Antiepilépticos

Ácido valproico: 250 mg 3-4 veces/día

Topiramato: dosis ajustable según tolerancia

3. Antidepresivos tricíclicos

Amitriptilina: 25-125 mg antes de dormir

Efectos adversos: somnolencia, aumento de peso

4. Otros Fármacos

Bloqueadores de canales de calcio:

- Verapamilo 320-480 mg/día
- Nifedipina 90-360 mg/día
- Efecto retardado de varias semanas

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRANA

AINES y otros:

- Indometacina 150-200 mg/día
- Ciproheptadina 4-16 mg/noche (uso en migraña perimenstrual)

Otros métodos:

- Toxina botulínica (uso en cefaleas crónicas y tensionales)
- Bloqueo nervioso occipital/cervical
- Metisergida 2-6 mg/día (uso limitado por efectos adversos graves)

Medidas no farmacológicas

Evitar desencadenantes: Chocolate, embutidos, vino tinto, cafeína, etc.

Corrección de errores de refracción

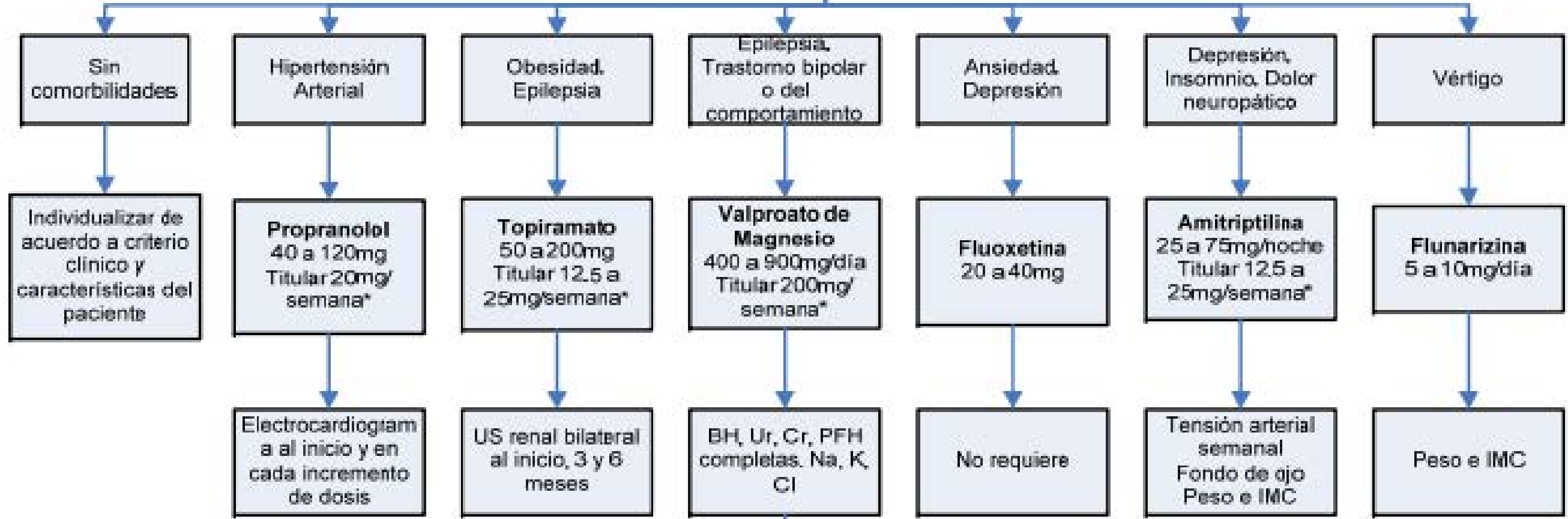
Biorretroalimentación y acupuntura (resultados variables)

Quiropráctica y psicoterapia: No han mostrado eficacia clara

Tratamiento Profiláctico de Migraña

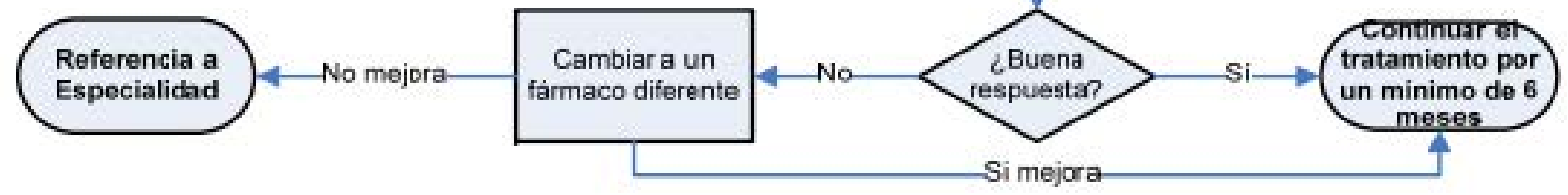
- Criterios:**
Más de 3 crisis al mes
Crisis de intensidad grave
Tratamiento sintomático ineficaz
Efectos secundarios al tratamiento sintomático
Afectación importante de calidad de vida
Situaciones especiales: migraña basilar
Uso de abortivos más de 4 veces al mes

Elegir fármaco de acuerdo a comorbilidades

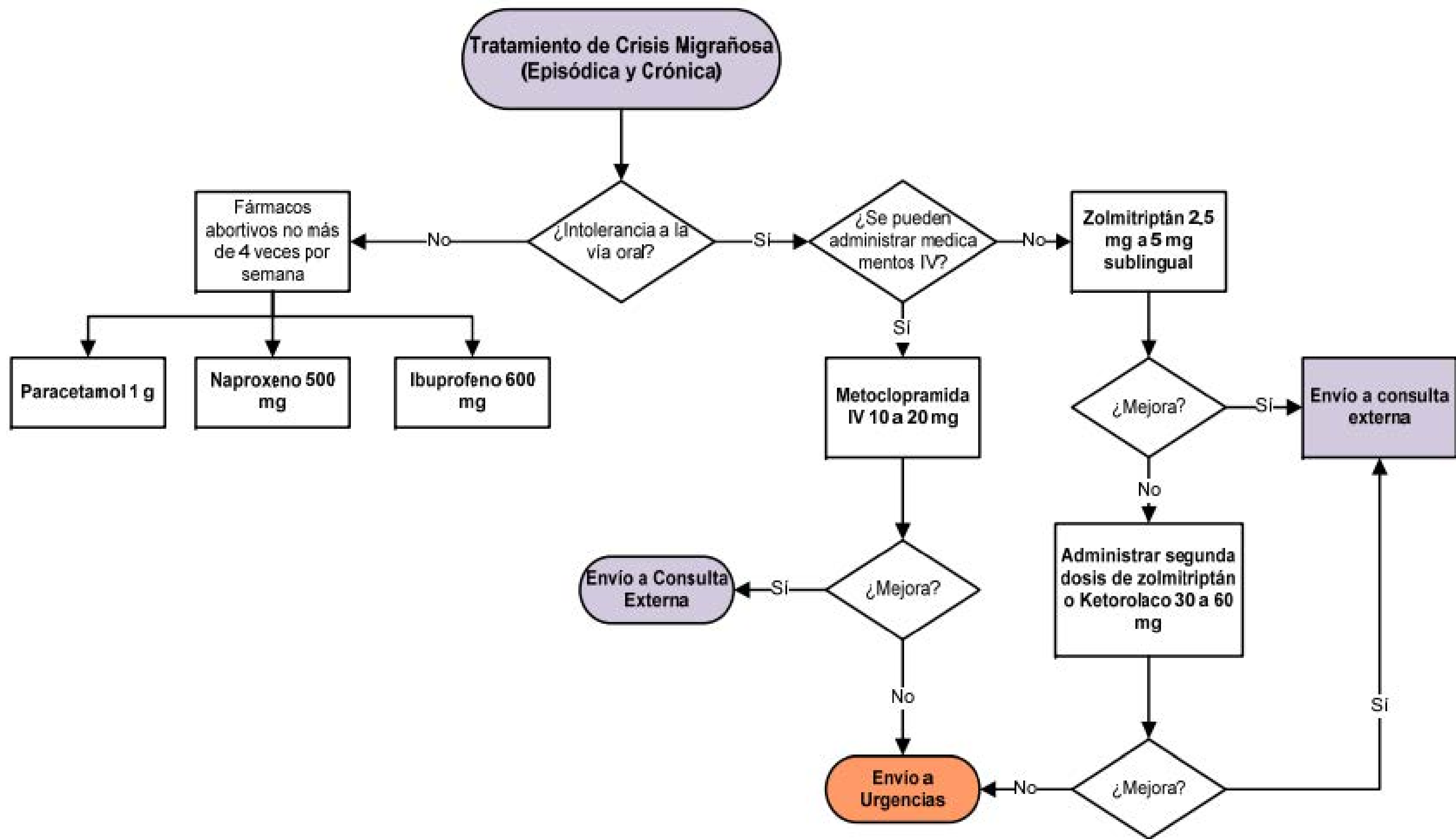


Fármaco, dosis, Titulación: incrementos semanales

Parámetros ideales a monitorizar



*Reducción de frecuencia e intensidad de cefalea ≥50%
Efectos secundarios tolerables o nulos



CEFALEAS QUE RESPONDEN A LA INDOMETACINA

Algunas cefaleas poco comunes tienen una excelente respuesta a la indometacina, tanto en el tratamiento agudo como en la prevención.

Tipos de cefaleas tratadas con indometacina:

Cefaleas relacionadas con la maniobra de Valsalva:

- Por actividad sexual
- Inducida por ejercicio
- Provocada por tos

CEFALALGIAS AUTÓNOMAS DEL TRIGÉMINO (VARIANTES DE LOS BROTES)

Descripción:

- Dolor paroxístico en zonas como detrás del ojo, nariz, maxilar o región temporal.
- Síntomas: Oclusión nasal, lagrimeo, y en ocasiones, síndrome de Horner parcial.
- Variantes: Neuralgia esfenopalatina, petrosa, vidiana, ciliar, entre otras.

Cefalea en brotes vs Hemicránea paroxística crónica:

- Hemicránea paroxística crónica tiene episodios más cortos (2-45 min) y responde a indometacina.
- Se presenta más en mujeres (proporción 3:1).

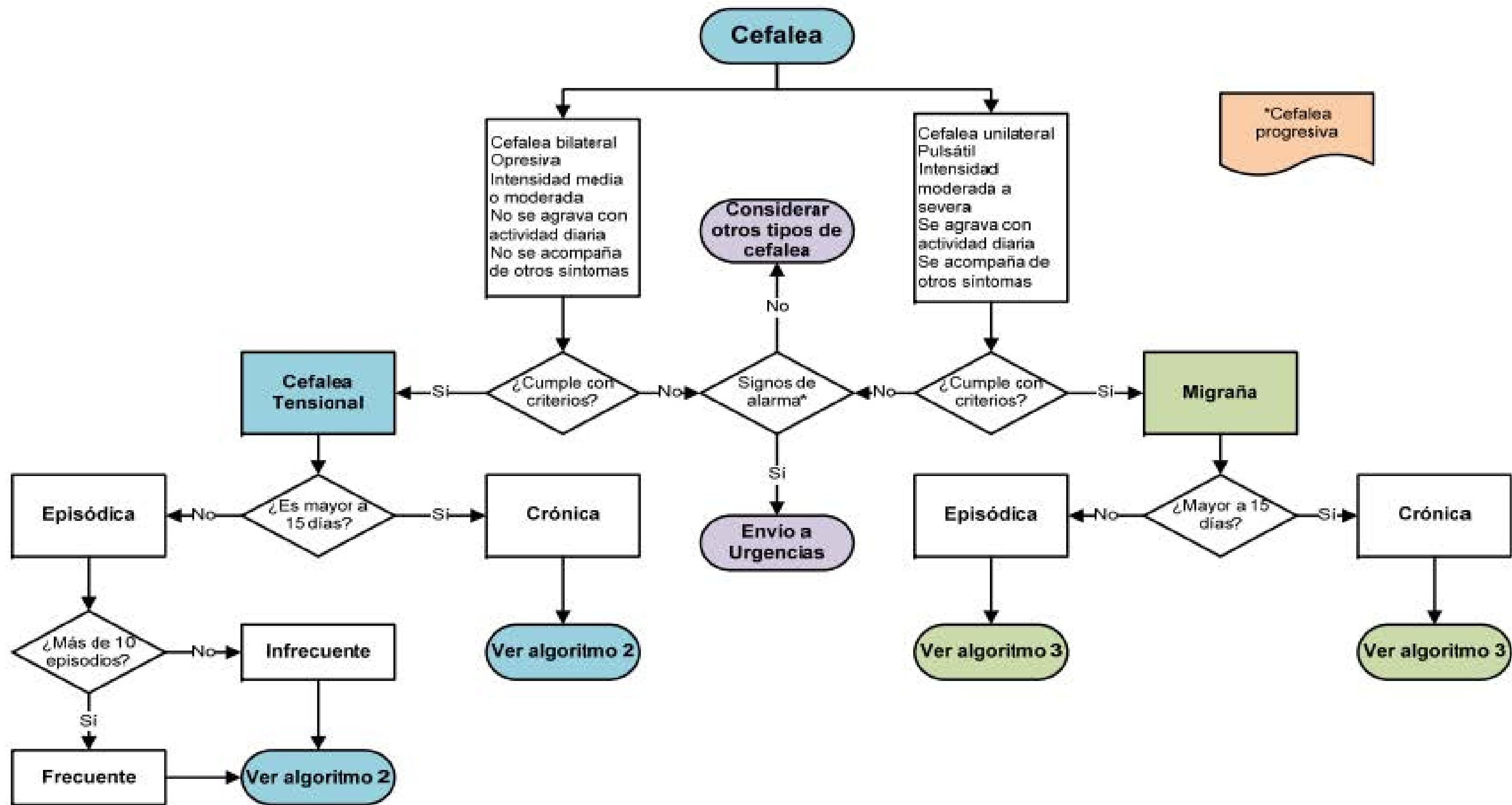
CEFALEA TENSIONAL

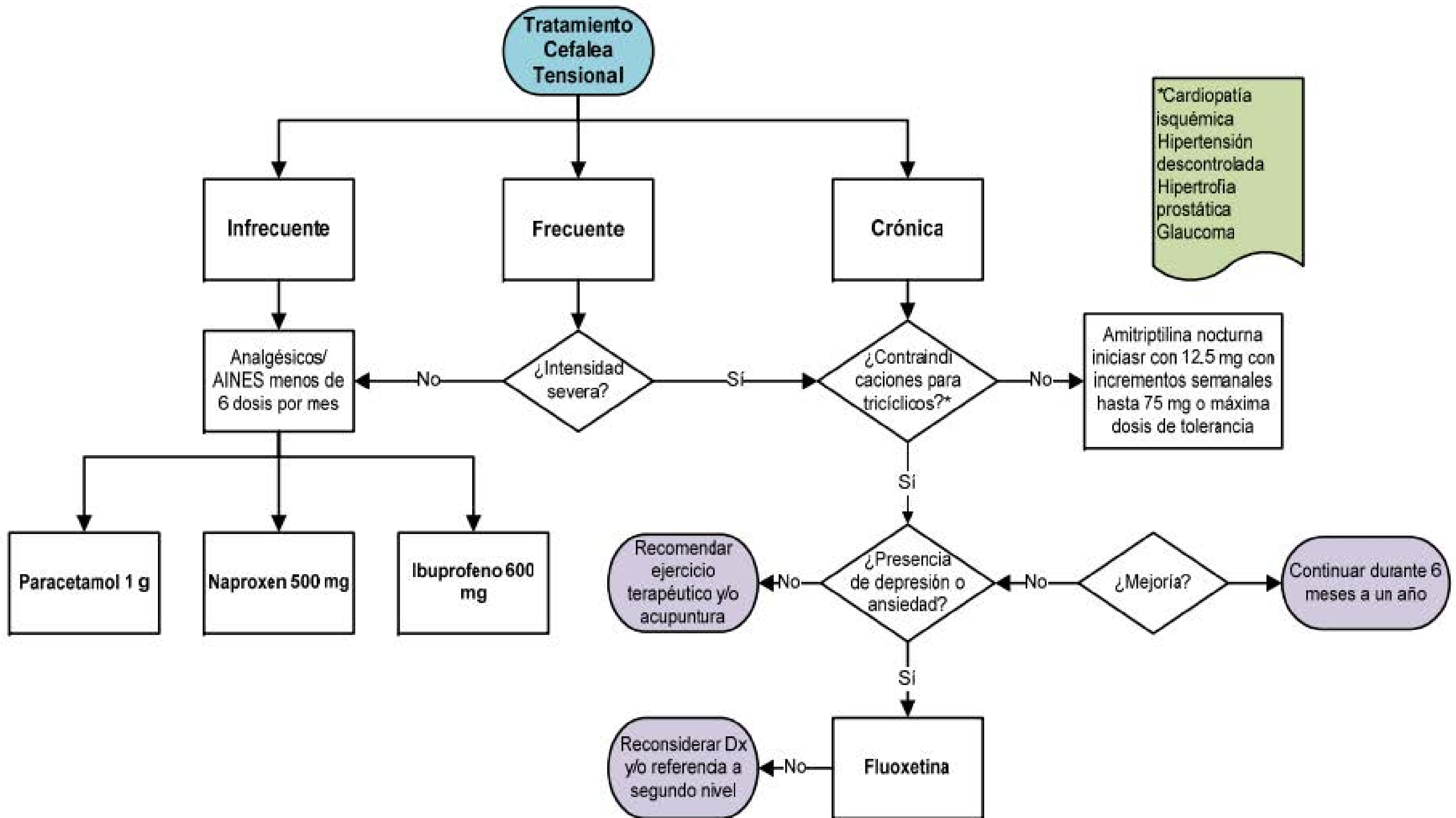
Características principales:

- **Dolor bilateral:** Predomina en occipital, temporal, frontal o vértice del cráneo.
- **Sensación de presión:** Como si la cabeza estuviera rodeada por una banda o atrapada.
- **No pulsátil:** A diferencia de la migraña, no hay fotofobia, fonofobia ni náuseas.
- **Persistencia:** Puede durar días, semanas, meses o incluso años (cefalea tensional crónica).

Frecuencia y causas:

- **Más común que la migraña y afecta más a mujeres.**
- **Asociada con ansiedad y depresión:** Aproximadamente el 30% de los pacientes tienen síntomas de depresión.
- **No interfiere gravemente con actividades diarias:** A diferencia de la migraña.





HEMICRÁNEA CONTINUA

Características principales:

- Dolor craneal moderado: Siempre en un solo lado de la cabeza, fluctuando en intensidad.
- Síntomas autonómicos: Hiperemia conjuntival, epífora (lagrimeo), congestión nasal, rinorrea y ptosis palpebral.

Tratamiento:

- Indometacina: Efectiva en la mayoría de los casos, aunque puede ser necesario aumentar la dosis o utilizar otros AINEs si los efectos secundarios gastrointestinales son problemáticos.

Similitudes con cefalea en brotes: Tiene características clínicas parecidas, pero con un dolor más persistente y continuo.

CEFALEAS EN ANCIANOS

Frecuencia:

- La cefalea en personas mayores es común, afectando hasta 1 de cada 6 ancianos.
- Causas principales:
 - Cefalea tensional (más común en mujeres)
 - Enfermedades asociadas: Cefalea postraumática, enfermedad cerebrovascular, tumores intracraneales, arteritis craneal, hipotensión grave, hematomas subdurales.

CEFALEAS EN ANCIANOS

Migraña en ancianos:

- Rara en este grupo, especialmente de aparición reciente.

Cefalea Hípica (Raskin) :

- Similar a la cefalea en brotes, pero bilateral y sin síntomas como epífora o rinorrea.
- Tratamiento efectivo con litio o indometacina.

Causa peligrosa:

- Arteritis temporal (con o sin polimialgia reumática), una causa grave que a menudo no se detecta a tiempo.

CEFALEA Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Causa frecuente: Las cefaleas persistentes suelen estar asociadas con depresión o ansiedad leves en adolescentes y adultos.

Histeria y psicosis: Pueden causar dolores inusuales, como el "clavus hystericus", difíciles de tratar y relacionados con trastornos psiquiátricos.

En niños y adolescentes: La migraña es común, y las reacciones conductuales (gritos, angustia) responden bien al apoyo terapéutico.

CEFALEA POSTRAUMÁTICA

Causas: Tras traumatismos craneoencefálicos, pueden presentarse cefaleas crónicas, continuas o intermitentes.

Hematoma subdural: Dolor sordo y profundo, unilateral o generalizado, acompañado de somnolencia y confusión. Aumenta con el tiempo, especialmente con anticoagulantes. Diagnóstico por CT/MRI.

Síndrome post-concusión: Cefalea acompañada de mareo, fatiga e insomnio. Tratamiento con apoyo emocional y ejercicio.

Neuralgia traumática: Dolor en cicatrices de la piel cabelluda tratado con inyecciones de anestésicos locales.

Lesión por latigazo cervical: Dolor en la zona retroauricular o occipital, generalmente por estiramiento de ligamentos del cuello.

Disección de arteria carótida: Cefalea como signo tras lesiones craneoencefálicas o del cuello.

CEFALEAS DE LOS TUMORES CEREBRALES

Frecuencia: La cefalea es rara como síntoma principal de tumores cerebrales en adultos. Solo ocurre en un tercio de los casos, a menudo por la alta tasa de estudios de imágenes en pacientes con cefalea.

Características del dolor:

- Profundo, sordo o estallante.
- No es pulsátil, aunque en algunos casos lo puede ser.
- Suele empeorar con actividad física y cambios de posición.
- Dolor nocturno es raro y no es diagnóstico de tumor.

Localización:

- Tumores supratentoriales: Dolor en la parte frontal del cráneo.
- Tumores de la fosa posterior: Dolor en la parte posterior del cráneo.

CEFALEAS DE LA ARTERITIS TEMPORAL

Enfermedad: Inflamación de las arterias craneales, común en mayores de 55 años.

Dolor:

- Pulsátil o agudo, generalmente unilateral.
- Peor por la noche y persistente durante el día.
- Arterias temporales engrosadas, sin pulso.

Síntomas adicionales:

- Fiebre baja, pérdida de peso, anemia.
- Dolores musculares (polimialgia reumática).
- Aumento de la velocidad de sedimentación de eritrocitos.

Riesgos:

- Pérdida de visión irreversible.
- Accidente cerebrovascular.

Diagnóstico:

- Biopsia de arteria temporal.
- Arteriografía y ecografía (menos comunes).

Tratamiento:

- Corticoesteroides para prevenir daño ocular y cerebrovascular.

TRATAMIENTO DE LA ARTERITIS TEMPORAL

Medicamento principal: Prednisona (45-60 mg/día), administrada en dosis únicas o divididas.

Reducción gradual: La dosis se reduce a 10-20 mg/día después de semanas, y se mantiene por meses o años para evitar recaídas.

Mejoría: La cefalea suele mejorar dentro de 1-2 días después de iniciar el tratamiento. Si no hay mejora, podría poner en duda el diagnóstico.

Monitoreo:

- La normalización de la velocidad de eritrosedimentación (ESR) y la CRP es un buen indicador de la respuesta al tratamiento.
- Se debe proceder con cautela para reducir la dosis de esteroides si las pruebas siguen elevadas.

CEFALEA POR BAJA PRESIÓN Y POR PUNCIÓN RAQUÍDEA

Causas:

- Ocurre en alrededor del 5% de los casos tras una punción lumbar, debido a la reducción marcada de la presión del LCR.
- La tracción de los vasos sanguíneos craneales es probablemente la causa del dolor.

Síntomas:

- Dolor de cabeza que se alivia rápidamente al asumir la posición supina (acostado).
- Cervicalgia (dolor en el cuello) puede ser prominente o la única manifestación.
- El vómito se elimina casi de inmediato en posición supina.

Tratamiento:

- En algunos casos, se puede aliviar la cefalea con inyecciones intravenosas de cafeína.
- El diagnóstico se confirma con punción lumbar mostrando presión baja o MRI con gadolinio para observar el reforzamiento de la duramadre.

MIGRAÑA MENSTRUAL Y OTRAS CEFALEAS RELACIONADAS CON EL CICLO HORMONAL

- Causa: Relacionada con la disminución de estradiol en la fase luteínica y otros factores como el descanso.
- Síntomas: Cefalea premenstrual que puede ser migrañosa o tensional, generalmente antes del ciclo menstrual.
- Tratamiento:
- NSAIDs (inicio tres días antes de la menstruación).
- Sumatriptano y zolmitriptano como opciones eficaces.
- Manipulación hormonal con danazol o estradiol cuando es necesario.
- En embarazo:
- Usar betabloqueantes o antidepresivos tricíclicos en dosis bajas.
- Evitar ergotamina (puede inducir contracciones uterinas).
- En casos graves, se usa magnesio y metoclopramida.
- Precauciones: Suspender antiepilépticos antes del embarazo y monitorear posibles complicaciones.

CEFALEA POR TOS Y ESFUERZO

- **Síntomas:** Dolor intenso al toser, estornudar o hacer esfuerzo físico, generalmente en la frente o el occipucio. Suele durar pocos segundos a minutos.
- **Causas:** Generalmente benigno, pero puede asociarse con malformaciones arteriovenosas o hemorragias subaracnoideas.
- **Tratamiento:** Indometacina es efectiva, además de NSAID, propranolol y cornezuelo de centeno.
- 40 mini

MALFORMACIÓN DE CHIARI Y CEFALEA

- **Causas:** Se asocia principalmente con dolor suboccipital por esfuerzo o maniobras como la de Valsalva. El dolor puede ser agudo, pulsátil o lancinante y durar desde segundos hasta más tiempo.
- **Síntomas:** Dolor en la región occipital o frontal, que puede irradiar a los hombros. Un 25% de los pacientes con malformación de Chiari tipo I experimentan este patrón de dolor.
- **Tratamiento:** La descompresión suboccipital solo debe considerarse de manera selectiva.

CEFALEAS RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL

- Tipos:
- Cefalea Tensional: Suele aumentar con la excitación sexual.
- Cefalea Orgásmica: Intensamente pulsátil y explosiva durante el orgasmo, persiste de minutos a horas.
- Causas:
- Aunque la cefalea puede parecer grave, como una posible ruptura de aneurisma, los exámenes neurológicos y arteriografías son negativos. La cefalea suele desaparecer después de varios episodios.
- Tratamiento:
- La indometacina es eficaz en cefaleas recurrentes por actividad sexual. Se debe investigar más a fondo si es el primer episodio.

CEFALEA EN TRUENO

- Características:
- Dolor intenso de inicio súbito, a menudo comparado con "una patada en la cabeza".
- Causas principales:
- Hemorragia subaracnoidea (ruptura de aneurisma).
- Accidente cerebrovascular, trombosis venosa cerebral, disección arterial cerebral.
- Crisis hipertensiva y vasoespasmo cerebral (por medicamentos como triptanos).
- Tratamiento:
- Es crucial investigar la causa subyacente, ya que puede ser signo de afecciones graves.

CEFALEA ERITROCIANÓTICA

- **Síntomas:**
- Cefalea pulsátil intensa y generalizada.
- Enrojecimiento de cara y manos, adormecimiento de los dedos.
- **Causas:**
- Mastocitosis, tumores carcinoides, feocromocitoma, entre otros.
- **Cuándo ocurre:**
- Principalmente al despertar de un sueño profundo.

CEFALEA RELACIONADA CON ENFERMEDADES MÉDICAS

- Causas comunes:
- Meningitis: Cefalea con fiebre y rigidez cervical.
- Infecciones virales (como influenza y Mycoplasma): Cefalea con rigidez cervical.
- Hipertensión: Cefalea frecuente en hipertensión, especialmente grave.
- Preeclampsia: Cefalea con presión arterial baja o normal.
- Convulsiones: Cefalea postictal en pacientes epilépticos.
- Otras condiciones:
- Fiebre, apnea del sueño, hipotiroidismo, mal de montaña, entre otros.
- Tratamiento:
- Centrado en tratar la causa subyacente.

CEFALEA CERVICAL

- **Causas comunes:** Lesiones en la columna cervical alta como artropatía cigoapofisaria, atrapamiento de la raíz de C2, y problemas en ligamentos o artritis en la región atlantoaxial.
- **Diagnóstico y tratamiento:**
- Se utilizan inyecciones anestésicas en la zona cervical para aliviar el dolor, pero no siempre son efectivas.
- Se confirman con CT o MRI para detectar anomalías cervicales.



MUCHAS GRACIAS

Por participar y acompañarnos en este proyecto.

LARANA