

Cefaleas.

Las cefaleas pueden diferenciarse en dos grandes grupos. Aquellas denominadas primarias, ya que no se pueden atribuir a otro trastorno o patología actual; y las secundarias, que son aquellas en donde la cefalea se debe a otro trastorno o patología actual. En este capítulo se tratarán las cefaleas primarias.

Migraña.

Esta es la forma una de las mas prevalentes de cefalea primaria, con datos estimativos de 18% en la población femenina y 6,5% en la masculina.

Clasificación de migraña:

1 Migraña sin aura.

Es el tipo mas común de migraña, representando el 80% de las mismas.

- a. Al menos cinco ataques con criterios de b a d
- b. Ataques de duración entre 4 -72 hs
(no tratada o tratada sin éxito)
- c. Las cefaleas tienen al menos dos de las siguientes características
 - I. unilateral
 - II. pulsante
 - III. intensidad moderada a severa
 - IV. empeoramiento con el ejercicio o que lleve a evitar el mismo
- d. Durante la cefalea al menos uno de los siguientes
 - I. Náusea y/o vómitos
 - II. Fotofobia y/o sonofobia
- e. No puede ser atribuido a otros fenómenos.

2 Migraña con aura.

El aura es un fenómeno neurológico reversible que suele ser expresión de lo que se cree es hoy la fisiopatología de la migraña,

un fenómeno principalmente neurológico que se presenta como una depresión cortical expansiva que se acompaña de oligohemia en un primer momento, habiendo luego un período de hiperemia, con la cefalea como secundaria al gatillado central de las zonas de dolor correspondiente a los núcleos trigeminales.

- a. Al menos dos ataques con criterios de b a d
- b. Aura que consiste en uno de los siguientes:
 - I. síntomas visuales completamente reversibles, positivos o negativos
 - II. síntomas sensoriales completamente reversibles, positivos o negativos
 - III. trastornos disfásicos del habla completamente reversibles.
- c. Al menos dos de los siguientes:
 - I. síntomas visuales homónimos y/o sensoriales unilaterales
 - II. al menos un síntoma de aura o varios en sucesión se desarrollan en mas de cinco minutos
 - III. cada síntoma dura mas de cinco minutos pero menos de 60 minutos
- d. Cefalea con criterios b – d para la migraña sin aura se desarrolla dentro de los 60 minutos.
- e. No puede ser atribuido a otros fenómenos.

3 Migraña hemipléjica familiar

Es una subclasificación de la migraña en donde el aura corresponde a episodios de paresia y el paciente posee un familiar de primer o segundo grado con la misma patología.

Criterios diagnósticos:

- a. Idem migraña con aura
- b. Aura consistente en paresias y al menos una de (idem punto bI, bII y b III que migraña con aura)
- c. Al menos dos de los siguientes
 - I. al menos un síntoma de aura o varios se desarrollan en cinco minutos o mas
 - II. el síntoma del aura dura entre 5 minutos y 24 hs
 - III. una cefalea con 2 criterios de b- d de cefalea sin aura comienza durante el aura o le sigue

a la misma dentro de los 60 minutos.

d. Al menos un familiar de primer o segundo grado tiene ataques cumpliendo los criterios a-e

e. No puede ser atribuido a otros fenómenos

4 Migraña basilar

Se denomina de dicha forma porque el mecanismo fisiopatológico que se comenta se desarrolla en el tronco encefálico. Criterios:

a. al menos dos episodios cumpliendo criterios b- d

b. Aura que consiste en al menos dos de los siguientes síntomas completamente reversibles, no puede haber paresias

I. disartria

II. vértigo

III. tinnitus

IV. hipoacusia

V. diplopía

VI. síntomas visuales simultáneos en ambos campos temporales o nasales de ambos ojos

VII. ataxia

VIII. disminución del nivel de conciencia

IX. parestesias bilaterales simultáneas.

c. Al menos una de las siguientes

I. al menos un síntoma de aura o varios se desarrollan en al menos cinco minutos

II. cada síntoma de aura dura entre cinco y sesenta minutos.

d. La cefalea cumpliendo criterios b-d para migraña sin aura comienza durante el aura o le sigue dentro de los 60 minutos.

e. No puede ser atribuido a otros fenómenos.

5 Otros tipos de migraña

1. aura típica con cefalea no migrañosa

2. aura típica sin cefalea

3. Migraña retiniana: se caracteriza por presentar trastornos episódicos visuales monoculares con síntomas positivos o negativos asociados a cefalea migrañosa. Es imprescindible para el diagnóstico un examen oftalmológico normal entre los episodios.

4. Migraña hemipléjica esporádica: Posee los mismos criterios que la migraña hemipléjica familiar a excepción de que no existen familiares de primer y segundo grado con dicha patología. Queda claro que son diagnósticos de exclusión.

Complicaciones de las migrañas

1. Estado migrañoso: se denomina así cuando un episodio de migraña dura más de 72 horas. Cabe aclarar que si la cefalea cede unas horas por el sueño o un analgésico pero reaparece al despertarse o al ceder el efecto analgésico, se considera al período de alivio como migrañoso.

2. Infarto migrañoso: Se considera en un paciente que se conoce como migrañoso con aura y en donde el aura dura más de 60 minutos. El evento isquémico debe ser corroborado por imágenes, debe ser en el territorio comprometido normalmente por la depresión que provoca el aura de la migraña y se deben descartar otras causas de ACV. Se ha demostrado por estudios que las mujeres menores a 45 años son las que presentan un riesgo incrementado de padecer infarto migrañoso.

3. Aura persistente sin infarto: Son episodios de migraña con aura en donde el aura persiste por más de una semana y que dicho síntoma no puede atribuirse a otras causas. Se ha demostrado beneficio en el tto con Valproico o acetazolamida.

4. Migraña crónica: migraña por más de 15 días al mes por al menos tres meses seguidos.

Manejo de la migraña

1. Manejo supresivo

2. Manejo profiláctico

1. Manejo del ataque agudo de migraña.			
	Drogas	Contraindicaciones	Adyuvantes
Ataque leve	AINES Aspirina 500 – 1000 mg c/4-6 hs vo Ibuprofeno 400-800 mg c/6 hs vo Naproxeno 275 -550 mg c/ 6 hs vo Ketorolac 60 mg c/ 15-30 min IM max 120mg	Trastornos hemorrágicos Asma inducida por AINES Asma inducida por AINES Embarazo. Asma inducida por AINES	
Ataque moderado o leve que no cede con AINES	AINES o Drogas abortivas específicas Ergotamina VO. 1-2mg hora . No superar los 5 mg por ataque o los 10 mg semanales Sublingual. 1mg. Repetir a los 30 min si necesario. Max 3mg Via rectal. 1 mg. Repetir a la hora si necesario. Max 2mg Inhalada. 1 inhalación al inicio. Repetir c/5 minutos. Max 6 inhalaciones Dihidroergotamina. 1mg IM, SC o IV al inicio. Puede repetirse a la hora. Maximo 3 mg/día si IM o 2mg/día si IV. Inhalado. 0,5 mg inicialmente, luego cada 15 min. Maximo 2 mg. Triptanos. Sumatriptán. 6mg SC al comienzo. Repetir a la hora si necesario. Maximo 12 mg/día VO. 25-100 mg inicialmente. Repetir cada dos horas si necesario. Max 200 mg/día Inhalatorio: 5-10 mg inicialmente. Luego cada 2 hs. máximo 40 mg. Naratriptán: 1 a 2,5 mg vo c/4 hs. maximo 5 mg/día Rizatriptán. 5 a 20 mg vo c/2 hs. máximo 30mg/día. Zolmitriptán. 2,5 a 5 mg vo c/2 hs. máximo 10 mg/día.	Usos de triptanos Embarazo Lactancia Cardiop. Isquémica Vasculopatía perif Cardiop. Isquemica Vasculopatía perif Embarazo Lactancia Triptanos Beta bloqueantes Si IMAOs, ergotamínicos, migraña basilar o hemipléjica fliar. Si consumo de otro triptán dentro de las 24 hs. Cardiop. Isquémica. Embarazo Si ergotamínicos, IRSS, antic. Orales, fumadores, coronariopatía, IMAOs .	En caso de náuseas administrar un antiemético como la metoclopramida. Si vómitos se administrará un antiemético y se administrará la medicación por vía parenteral.
Ataques severos	Ergotamínicos o triptanos. Formulas por vía parenteral.		PHP y antieméticos.

2..tratamiento profiláctico

Las indicaciones para el tratamiento profiláctico son:

- a.Dos o mas ataques de migraña por mes que producen inhabilidad tres o mas días por mes
- b.Contraindicaciones o fracaso del tratamiento supresivo

c.Tipos especiales de migraña como la hemipléjica familiar, migraña con auras prolongadas o infarto migrañoso.

d.Uso de medicación supresiva mas de dos veces por semana.

e.Opciones

Beta bloqueantes	50 – 200 mg/día vo
Propranolol	
Atenolol	
Anticonvulsivantes	
Acido valproico	250 a 750 mg c/12 hs vo
Difenilhidantoína	200 a 400 mg/día vo
Antidepresivos tricíclicos	
Amitriptilina	50 – 75 mg/día vo
Imipramina	50 – 75 mg/día vo
IRSS	
Fluoxetina	10 – 40 mg/día vo
Paroxetina	10-60 mg/día vo
Bloqueantes de los canales de Calcio	
Verapamilo	250 – 500 mg c/8 – 12 hs vo.

Cefalea tensional

Este tipo de cefalea es la mas prevalente dentro del grupo de las cefaleas primarias. Se cree que entre el 30 y el 68% de la población ha sufrido al menos una cefalea de estas. Suelen aparecer entre los 20 y los cincuenta años. Se cree que tanto factores psiquiátricos como musculares son el origen de las mismas.

Tiene criterios diagnósticos:

- a.Episodios de cefalea que cumplen b - d
- b.cefalea que dura entre 30 minutos y 7 días
- c.cefalea que posee al menos dos de los siguientes: (I. bilateral, II.opresiva o tirante pero no pulsante, III. intensidad leve a moderada, IV. No se agrava con el ejercicio.)
- d.Ambas de: (I.no presenta nausea ni vómitos, II. no ambas de fotofobia y sonofobia)
- e.No puede ser atribuido a otros fenómenos.

Según la periodicidad de los episodios de cefalea se las clasifica en frecuentes o infrecuentes.

Esta cefaleas suele ceder con AINES o relajantes musculares del grupo de las benzodiacepinas. Los antidepresivos tricíclicos han demostrado eficacia para prevenir la recidiva

Cefalea crónica diaria

Se define con esta denominación a aquella cefalea que se presenta mas de 15 días al mes por mas de tres meses. Por lo general el un tipo de cefalea (mas comunmente migraña o cefalea tensional) que evolucionan de episódicas a crónicas. Suele presentarse en pacientes que obesos, que abusan de la cafeína y de la medicación antimigrañosa. En estos pacientes se sugiere:

Retirar toda aquella medicación utilizada para ataques agudos

Estrictas medidas higienicodietéticas

Comenzar con medicacion profiláctica como antidepresivos tricíclicos o anticomiciales

Se puede realizar curso de cinco días con esteroides (prednisona100mg/ día)

Cefalea en racimos

Esta cefalea es menos común que la migraña, con una incidencia alreedor de 0,1% de la población adulta, con una relación hombre: mujer 2:1. Se denomina en racimos por que suele presentarse con períodos de tiempo de entre tres semanas y tres meses con cefaleas diarios de uno a ocho epi

sodios. También denominada cefalea del suicidio porque su dolor llega a ser tan intenso que se han reportados casos de suicidio como método para finalizar el sufrimiento. La fisiopatología no está aclarada pero por PET se ha observado que se activa la zona hipotalámica posterior.

Criterios diagnósticos:

- a. por lo menos cinco episodios que cumplen criterios b – d
- b. dolor unilateral orbitario, supraorbitario, o temporal de intensidad severa o muy severa que dura entre 15 y 180 minutos si no es tratada
- c. cefalea que se acompaña al menos de una de las siguientes (I. inyección conjuntival y/o laceración ipsilateral; II. congestión y/o rinorrea ipsilateral; III. edema palpebral ipsilateral, IV. Sudoración facial ipsilateral; V. miosis y/o ptosis ipsilateral, VI. sensación de agitación o nerviosismo)
- d. los ataques tienen una frecuencia desde uno a ocho por día.
- e. No puede ser atribuido a otro fenómeno

Manejo agudo de la cefalea en racimos	
Oxígeno a 7 litros minuto	Es el tratamiento de elección. Grado de recomendación A
Sumatriptán 6 mg SC. Se puede repetir dentro de las 24 hs. máximo 12 mg	Grado de recomendación A
Dihidroergotamina intranasal. 0,5 mg en spray nasal	Grado de recomendación B
Lidocaína intranasal 1ml al 10% aplicada con algodón en ambas narinas por 5 minutos	Grado de recomendación B
Capsaicina intranasal dos veces por día por siete días	Grado de recomendación B

Cefaleas secundarias.

Nombraremos las causas. En estas cefaleas el tratamiento que prima es el de la causa de base.

- Cefalea por trauma de cabeza y cuello
- Cefalea por trastornos vasculares craneocervicales
- Cefalea por trastornos craneocervicales no vasculares
- Cefalea por consumo de sustancias o la abstinencia a las mismas
- Cefalea por infecciones
- Cefalea por trastornos hidroelectrolíticos
- Cefalea por trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos paranasales, dientes, boca u otras estruc-

turas faciales. Cefaleas por trastornos psiquiátricos.

Indicaciones de neuroimagen en cefaleas

Cefaleas no agudas con anomalía en examen neurológico.
Cefaleas con síntomas en “bandera roja” como son:

- i. aumento de la cefaleas con maniobra de Valsalva
- ii. cefalea que despierta al paciente mientras duerme
- iii. cefalea en pacientes mayores de 50 años
- iv. cefalea crónica que cambia la característica (ejemplo cefalea de tipo migraña que cambia hacia cefalea permanente no pulsátil) o se vuelve resistente al tratamiento convencional
- v. cefalea crónica pero de intensidad progresiva
- vi. cualquier anomalía al examen neurológico
- vii. una cefalea anormalmente intensa

Consultas a neurología sugerida:

Pacientes refractarios al tratamiento convencional
Pacientes con síntomas atípicos
Pacientes con examen neurológico alterado

Bibliografía

- Borsook, D., Lebel A., Mc Peek, B. Massachusetts General Hospital tratamiento del Dolor. Marban Libros. Madrid. 2000
- Lorenzo, P., Moreno, A., Leza J. Velazquez. Farmacología Básica y clínica. 17ª edición. Ed Panamericana. 2004. Madrid.
- Samuels, M. Terapéutica Neurológica. Marban Libros. Madrid. 2000
- Bondi, D. Cervicogenic Headache: A review of Diagnostic and Treatment Strategies. JAOA. 105(4): 516-522. 2005
- Beck, E., Sieber, W., Trejo R. Management of Cluster headache. AAFP; 71(4): 717-724. 2005
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international Classification of Headache Disorders. Cephalalgia; 24(1). 2004
- Aukerman, G., Knutson, D., Miser W. Management of the acute migraine headache. AAFP; 66 (11): 2123- 2130.
- Snow, V., Weiss K., Wall, E. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. Annals of Internal Medicine; 137 (10): 840- 852.
- Jackson, C., Lyden P. UCSD neurology. Migraine Management Guidelines. Version 1.2