

## ABORDAJE DE CEFALEAS

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora: Neurociencias – Octubre 2019

Ponente: *Dr. Octavio Martínez-Leyva*

Redactó: *Ángel Ignacio Garza-Zamora*

Las cefaleas resultan uno de los motivos de consulta más frecuente. Generalmente es un síntoma benigno, sin embargo, siempre se debe prestarle atención, realizar una correcta anamnesis e historia clínica, debido a que ocasionalmente es manifestación de una enfermedad seria, como meningitis, hemorragia subaracnoidea, tumores o trastornos vasculares y es por esto que el primer objetivo del abordaje de una cefalea es descartar estas patologías. La identificación de criterios de gravedad, como cefalea intensa de comienzo agudo, de frecuencia y/o intensidad creciente, precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural acompañada por fiebre, papiledema, alteración psíquica progresiva y crisis epilépticas, son vitales para desarrollar un diagnóstico preciso. Hay que tener en cuenta la edad, el sexo, la ocupación laboral del paciente, el tiempo de evolución de los síntomas, antecedentes personales, heredofamiliares, frecuencia de los episodios, intensidad, duración, modo de instauración, cualidad del dolor, localización, factores moduladores, síntomas generales o neurológicos asociados, hábitos tóxicos y consumo de fármacos, son piezas clave que nunca deben faltar para realizar el dictamen de una cefalea.



Figura 1. Hombre con cefalea (Autor: Injurymap)

Las cefaleas se dividen en tres grandes grupos: primarias, secundarias y neuralgias craneales. La primera división, constituida por migraña, cefalea ten-

sional y cefalea en racimos, es llamada así porque estos son los únicos síntomas que presenta la persona y se originan en el encéfalo. La segunda división, formada por cefaleas que son síntomas de otras enfermedades, como traumatismos, infecciones o tumores, y en el grupo, se incluyen: traumatismo craneal o cervical, trastorno vascular craneal o cervical, trastorno intracraneal no vascular, infección y trastorno de la homeostasis. En el último grupo, están establecidas la neuralgia del nervio trigémino, glossofaríngeo y del hueso occipital.

La cefalea tensional es el tipo de cefalea primaria más frecuente y existe evidencia que predomina en mujeres. Como criterios diagnósticos sobresalen: episodios de cefalea que duran entre 30 minutos y 7 días, de calidad opresiva, de intensidad leve o moderada, con localización bilateral, que no se agrava por esfuerzos físicos y que no está asociada a náuseas ni vómitos.

Conjuntamente, los pacientes presentan un primer episodio de migraña aproximadamente entre los 15-30 años y un gran porcentaje son mujeres. Los criterios diagnósticos de la migraña dependen de si es con aura (clásica) o sin aura, también denominada migraña común. La primera representa el 20% de las migrañas y se caracteriza por ser recurrente, de predominio hemicraneal y carácter pulsátil, que puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia, esta cefalea dura entre 5 y 72 horas. Se precede de un aura, siendo las manifestaciones visuales las más frecuentes, como escotomas, centelleantes, visión borrosa, entre otras. Aunque también puede haber síntomas sensitivos. Estos síntomas prevalecen de 15-30 minutos y desaparecen un poco antes de que comienza la cefalea. Por otro lado, la migraña sin aura no es acompañada de síntomas neurológicos precedentes y representa 75% de los casos de migrañas.

La cefalea en clúster (en racimos) o de Horton ocurre en patrones o brotes que fluctúan entre 1-4 meses, quedando, posteriormente, asintomático durante largos periodos de tiempo (1-2 años), además no se acompaña de aura, náuseas, ni historia familiar. Se presenta predominantemente en varones y es



interesante como esta cefalea primaria debuta a cualquier edad, aunque claramente existe una edad preferente y es entre 20-50 años. La cefalea clúster se distingue de una forma episódica y de manera crónica, es decir, en escenarios en donde existe falta de remisión durante un año o más. De igual manera se caracteriza por presentar episodios diarios de una cefalea unilateral, localizada preferentemente a nivel periocular e incluso llegar a la frente o mandíbula, de duración variable, pero que generalmente dura de 15-180 minutos y puede aparecer de un par de veces al día a ser tan frecuente como para aparecer 8 veces en un día. Característicamente, se presenta por la noche aproximadamente después de una hora de conciliar el sueño. Asimismo, muchos casos se acompañan de rinorrea, congestión ocular y lagrimeo.

Se debe estar consciente que la cefalea es un síntoma frecuente y el primer desafío, con un paciente que acude a consulta por dolor de cabeza, debe ser descartar una cefalea secundaria, es decir, a causa de un traumatismo, infecciones y/o tumores. Sin embargo, la mayoría de los pacientes presentarán una cefalea primaria, específicamente, de tipo tensional o migraña. Lo más conveniente que se debe de ofrecer a un paciente es un manejo farmacológico inicial y derivar a un especialista, en caso de ser necesario. Lo más sencillo y que nunca se debe omitir es orientar y educar, de una buena manera, acerca de los factores agravantes de la cefalea, estilos de vida adecuados y mencionar, vigorosamente, que el uso de analgésicos no debe de ser indiscriminado para evitar la cronificación del dolor.

