

# Cefaleas

Carlos Silva R., Pablo Venegas F.

*Departamento de Neurología y Neurocirugía, HCUCh.*

**SUMMARY** *Headache is the most frequent symptom that makes patients to attend a neurologist's office. Is a very common reason to attend general physician as well, so is very important to know how to do a correct diagnosis between primary and secondary headache and to treat the most frequent ones. This review includes migraine, tension type headache and others, from a clinical perspective, with special focuses on clinical clues that allow clinicians a more specific diagnosis and treatment. We want to emphasize how rational treatment should be prescribed and how to avoid rebound headache and others complications related to certain drugs, in particular ergotamines.*

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, es conocida la cefalea como uno de los síntomas más frecuentes que aquejan al ser humano. Ya la mitología greco-romana señala que Atenea (diosa de las ciencias y las artes) nació de una migraña que tuvo su padre Zeus.

Si bien existen variadas clasificaciones de cefaleas, utilizándose como un paradigma la clasificación internacional de la Sociedad Internacional de Cefaleas<sup>(1)</sup>, no es fácil clasificarlas desde un punto de vista práctico. Por lo tanto, este artículo va a estar centrado en las causas más importantes de ésta y en los diagnósticos diferenciales de aquellas cefaleas que tienen una mayor significación en el ejercicio médico. Siempre se debe considerar que en muchas ocasiones la cefalea es un síntoma de presentación de una patología médica, a veces potencialmente grave.

## CEFALEAS PRIMARIAS

Es la causa más frecuente a la que se enfrentan los médicos de cualquier especialidad. Corresponden al 80% de los casos del total de cefaleas<sup>(2)</sup>. Se divide en dos grandes grupos: la migraña o jaqueca y la cefalea tensional.

Es muy frecuente encontrar asociación entre las dos, lo cual es muy importante en el diagnóstico diferencial y el tratamiento, ya que esto puede condicionar un fracaso terapéutico.

## MIGRAÑA

El tipo de migraña más frecuente, aproximadamente el 70%, corresponde a la migraña sin aura y el 30% está constituido por la migraña con aura. De éstas, la mayor parte corresponde a la migraña con aura visual. Habitualmente se refiere a un fenómeno de tipo positivo, en el sentido de que

aparecen manifestaciones no defectuales (una amaurosis, por ejemplo) y que preceden en la gran mayoría de los casos a la presentación de la cefalea. Característicamente, el paciente describe la presencia de los denominados escotomas centelleantes o líneas en zigzag (teicopsias) que son percibidas en su hemicampo visual temporal. El enfermo relata “en este ojo comienzo a ver una luz que titila”, la cual progresivamente va ocupando el campo visual, sin que en ese momento experimente ningún otro tipo de molestia. Hay situaciones en que el dolor de la migraña coincide con el aura, pero no es lo más típico. Lo habitual es que el aura desaparezca para luego aparecer la cefalea característica. Cuando esta aura ocurre por primera vez, genera bastante angustia y miedo en el enfermo y no es infrecuente que consulte al oftalmólogo. También puede presentarse un fenómeno negativo o un patrón hemianóptico de un hemicampo visual, pero esto no es lo más habitual. De manera más inhabitual hay parestesias faciales, braquiales y trastornos del lenguaje, entre otros, como forma de presentación de un aura migrañosa. La duración del aura es variable, alrededor de 15 a 20 minutos, con una regresión completa de este síntoma, seguido de un dolor de cabeza de gran intensidad, generalmente contralateral a los síntomas visuales y se caracteriza por ser pulsátil, acompañado de náuseas, vómitos, fono y fotofobia.

Precisamente los elementos que deben hacernos pensar en migraña son: el compromiso autonómico, la presencia de palidez, náuseas, vómitos y lo invalidante de esto, que hace que el paciente deba abandonar las actividades que está realizando.

En el caso de la migraña sin aura, que es la más frecuente, no aparece el fenómeno de visual y el paciente empieza a presentar una molestia en la región frontoorbitaria, que va progresando hacia el dolor franco, pulsátil, con náuseas, vómitos y todas las características clínicas ya señaladas para la migraña con aura.

El paciente busca el reposo y la oscuridad, evitando la luz, el ruido. Muchas veces, si duerme o intenta dormir, puede lograr aplacar estas crisis. Ésta es la historia habitual que sustenta el diagnóstico de migraña. También son importantes los antecedentes familiares, presentes en el 60 a 70% de los casos.

La migraña es más frecuente en las mujeres, aproximadamente el 15% de las mujeres son migrañosas y el 5% de los hombres<sup>(3)</sup>. Por tanto, es una patología muy prevalente. Como fue señalado, el comienzo ocurre en la adolescencia o adultez temprana; si bien es cierto que hay pacientes migrañosos que pueden comenzar con sus crisis en la cuarta década. Si un individuo de 50 años comienza con una clínica de migraña, por muy típica que aparezca, inmediatamente se debe colocar un signo de alarma, ya que puede tratarse de otra patología, ya que en la historia natural de la migraña ésta tiende a desaparecer con el paso de los años. La migraña tiene un perfil diferente en las mujeres, donde hay una clara relación con la situación hormonal. Por ejemplo, la migraña frecuentemente comienza después de la menarquia. Los anticonceptivos hormonales pueden gatillar migrañas en una mujer con una predisposición genética. Hay formas de migrañas restringidas al período menstrual (catameniales) o durante la ovulación. El 70% de las migrañas se alivian o desaparecen durante el período del embarazo y las jaquecas habitualmente desaparecen después de la menopausia. Sin embargo, con la hormonoterapia de reemplazo no está muy claro qué pudiera estar pasando con las mujeres postmenopáusicas.

### **Algunos tipos específicos de migrañas**

*La migraña basilar* es un cuadro que aparece especialmente en niñas prepúberes, púberes o adolescentes jóvenes, aunque no son exclusivas de esta población. También se le denomina de Bickers-taff<sup>(4)</sup>. Ésta es infrecuente, siendo lo característico

la presencia de síntomas y signos vertebrobasilares tales como diplopía, ataxia, náuseas, vómitos e incluso puede haber compromiso de conciencia, seguido de cefalea intensa. Éstas son crisis bastante dramáticas que obligan a una serie de exámenes complementarios para su diagnóstico diferencial. *El equivalente migrañoso* corresponde a una situación muy particular. Son pacientes han tenido migrañas con aura visual típica, habitualmente mujeres, que alrededor de los 60 a 70 años, presentan un fenómeno de aura visual sin cefalea. A esto se refiere el equivalente migrañoso, es decir, un aura sin dolor. Muchas veces estos pacientes son estudiados acuciosamente, pensando que se trata de crisis isquémicas transitorias. Como es de esperar, todos los estudios resultarán negativos. No es infrecuente que la mujer mayor, que fue jaquecosa en su juventud, ya se haya olvidado de ello y repentinamente se presenta una crisis de equivalente migrañoso. Habitualmente también tienen historia familiar, de manera que muchas de ellas tienen hijos migrañosos. El análisis clínico de un aura visual clásica permite hacer el diagnóstico diferencial.

También existe *la migraña retiniana*, que produce escotomas, con vasoconstricción de las arteriolas retinianas e incluso puede llegar a producir infartos de la retina, pero es bastante rara, al igual que *la migraña hemipléjica familiar*, donde se han definido genes específicos que codifican subunidades proteicas de canales iónicos. Finalmente, existe *la migraña complicada* con dos vertientes: una es *el estatus migrañoso*, en que el paciente está en un estado de migraña persistente con un dolor de gran intensidad que dura sobre 72 horas, a pesar del tratamiento médico indicado. De cualquier manera, los tiempos definidos son meramente referenciales, pues una crisis que dure más de 12 horas es altamente invalidante. Se asocia a vómitos profusos que pueden deshidratar al paciente y que obliga en muchas ocasiones a su hospitalización. Destaca la importancia de los corticoides como alternativa de tratamiento para esta patolo-

gía. Las otras formas de migraña complicadas son aquellos casos de fenómenos de aura que corresponden a episodios de vasoconstricción, pueden ser tan prolongados que pueden llevar a complicarse con un infarto cerebral demostrable por la clínica y neuroimágenes. Esta situación se conoce como *migraña complicada con un infarto cerebral*.

### **Factores desencadenantes en la migraña**

Se sabe que hay factores gatillantes como la falta o el exceso de sueño. Esto ha llevado a postular que existiría una desregulación a nivel hipotalámico que sería el primer factor que culminaría como una crisis de migraña.

Se ha visto que ciertos alimentos, como los chocolates (ricos en triptófano), los quesos (ricos en tiramina), las pizzas, la comida china (rica en glutamato), salchichas (ricas en nitritos), entre otros, producen migraña. También estímulos como olores (perfumes, pinturas) o luces intensas son factores gatillantes. El alcohol, en particular algunos como el gin y ciertos vinos, el pisco y licores espirituosos, pueden gatillar severas crisis de migraña. No se debe confundir con el exceso de alcohol que va a producir un dolor de cabeza similar a la migraña. Para la persona predispuesta a la migraña basta una pequeña cantidad de alcohol, que no produce ebriedad, pero a los pocos minutos o en las horas siguientes tendrá una crisis.

### **Fisiopatología de la migraña**

De una teoría vasogénica se ha ido evolucionando a una teoría neurogénica en la fisiopatología de ésta tan frecuente condición. Se piensa que los pacientes con jaqueca tendrían un umbral de despolarización cortical más bajo que los sujetos no afectos. Posiblemente, los gatillantes activan estructuras hipotalámicas. Esta hiperexcitabilidad neuronal, llevaría a la activación de núcleos serotoninérgicos del tronco cerebral y de la pars espinal del trigémino.

El trigémino está conduciendo la sensibilidad de las arterias intra y extracraneales, pero también tendría un componente eferente que llevaría a cambios en el tono vascular arterial. Esto se conoce como el sistema trigémino-vascular<sup>(5)</sup>. De esta manera, los cambios vasculares serían posteriores al fenómeno de hiperexcitabilidad neuronal y no lo contrario, como se creía antes<sup>(6)</sup>. También está claro que uno de los neurotransmisores más importantes implicados en la fisiopatología de la migraña es la serotonina. Sus principales receptores en el SNC son los 5TH1, 5TH2 y 5TH3. ¿Por qué la migraña produce con tanta intensidad náuseas y vómitos? Cuando se produce una crisis hay una liberación de serotonina y activación de los receptores 5HT<sub>3</sub> del bulbo raquídeo (área postrema) que es el centro de la emesis. Por eso es tan importante que a un migrañoso, cuando se le esté tratando la crisis, se le administre un fármaco que tenga un efecto bloqueador a ese nivel, como la domperidona oral o vía rectal. Se han desarrollado fármacos mucho más específicos para esto, sobre todo en el área oncológica, pero sus costos son elevados. La domperidona y también la metoclopramida son fármacos bastante accesible y eficaces. Los fármacos agonistas del receptor 5HT<sub>1</sub> han sido una revolución en los últimos años. Tal es el caso del sumatriptán, naratriptán y eletriptán, entre otros. Producen una vasoconstricción selectiva, permitiendo el alivio de la crisis. La ventaja de estos fármacos es que se puede prescribir en distintas etapas del cuadro, aun con el dolor ya desencadenado, a diferencia de la ergotamina y los AINES que solamente son eficaces administrándolos precozmente. Sin embargo, debe ser cuidadoso en pacientes con riesgo coronario, hipertensión y otras patologías vasculares, pues provocan vasoconstricción importante en otros territorios, aparte de las arterias extra e intracraneales<sup>(7)</sup>.

### **Tratamiento preventivo de la migraña**

En primer término se deben evitar los factores desencadenantes. En cuanto a la prevención, hay dos

fármacos eficaces: el propranolol que es de bajo costo y se utiliza habitualmente en dosis más bajas de lo que aparece en la literatura anglosajona. Una dosis de 80 mg/día suele ser efectiva. La flunarizina, a dosis bajas de 5 mg en la noche, también ha mostrado efectividad. El mecanismo de acción de estos fármacos no es muy claro, pero se ha postulado que actuarían como antagonistas de los receptores 5HT<sub>2</sub>, que jugarían algún papel en prevenir las crisis de migraña. También se han utilizado con éxito ácido valproico, topiramato y nadolol<sup>(8-10)</sup>.

### **Indicación de la terapia profiláctica en la migraña**

Está indicada en aquellos casos en que la frecuencia o intensidad de la migraña sea lo suficientemente invalidante. Como ejemplo, la presencia de una o más crisis migrañosas semanales justifican un tratamiento preventivo. Por otra parte, si una persona sufre crisis de jaqueca una vez cada tres meses, bastará con el uso de un fármaco que haya demostrado efectividad en la crisis para ese individuo en particular. En el tratamiento preventivo, se debe tener presente las reacciones adversas de los fármacos empleados para tal efecto. Tal el caso del propranolol en pacientes asmáticos y diabéticos. Ocasionalmente, en individuos jóvenes puede producir disfunción eréctil. Respecto a la flunarizina, ésta puede producir depresión, y especialmente en los pacientes de más edad y con cierta predisposición a ello, pueden dar un síndrome parkinsoniano. Esta droga tiene un efecto antidopaminérgico central, explicando la depresión y los síntomas extrapiramidales. Para las migrañas que no responden a los tratamientos antes citados, el uso de los antiepilépticos como el ácido valproico y el topiramato han mostrado ser bastante eficaces, lo que ayuda a sustentar la teoría de la hiperexcitabilidad neuronal. Con el tratamiento preventivo la mayoría de los pacientes responderá bastante bien. Se recomienda seguir esta terapia por un período de 3 a 6 meses,

haciendo una suspensión gradual de ésta. El paciente puede mantenerse sin crisis por un tiempo bastante largo. Si el fenómeno se reactiva se usará el fármaco nuevamente.

Debe evitarse el tratamiento de las crisis de migraña con ergóticos. Es muy alto el riesgo de llegar a una *migraña transformada o cefalea crónica por abuso de ergotamina*. Son pacientes en que la migraña deja de ser un fenómeno episódico, presentando una cefalea diaria, la cual es subsanada con dosis cada vez más altas de ergotamina. Si el enfermo intenta retirar este fármaco, se produce una intensa migraña de rebote, con náuseas y vómitos profusos. En muchas ocasiones la única manera de retirar la ergotamina es hospitalizando al paciente. La cefalea por abuso de ergotamina es frecuentísima. Siempre debe considerarse esta entidad en los casos de *cefalea crónica*. Muchas personas llevan años usando diariamente altas dosis de ergotamina. Frente al alto riesgo de una migraña transformada por abuso de ergóticos, se recomienda el uso de AINES. Los triptanos constituyen una excelente alternativa, y ha sido su costo el que los limita como fármacos de primera línea, aunque cada vez están al alcance de más personas. Sin embargo, también está documentada la existencia de una *cefalea crónica por abuso de triptanos y AINES*. El único que hasta ahora no ha evidenciado este problema es el naproxeno. Debe usarse en dosis de a lo menos 550 mg<sup>(11)</sup>. Incluso, puede ser usado preventivamente en los casos de *las migrañas catameniales*, indicándose durante el período menstrual. Como ya fue señalado, es importante asociar la domperidona como antiemético.

### CEFALEA TENSIONAL

Ésta se divide en cefalea episódica y cefalea crónica. Su diferencia fundamental con la migraña es que no es invalidante, aunque en la fase aguda el dolor puede ser muy intenso. El paciente lo describe como un cintillo, como sensación de que la cabeza

está abombada, que la cabeza va a estallar, que hay un torniquete rodeando su cabeza, que tiene un casco, etc.

Hay un tipo de cefalea que es importante de destacar y que prácticamente todos los seres humanos la hemos percibido. Se denomina *ice pick* o del picador de hielo. Son clavadas intensas de unos pocos segundos de duración. Son bastante frecuentes, habitualmente su origen es muscular-tensional y cuando se repiten preocupan mucho al paciente. Ésta se considera como una variante de los dolores de cabeza de tipo tensional.

El dolor de cabeza tensional tiene relación con la situación de estrés. Tiende a empeorar durante la semana o durante la actividad laboral y a mejorar hacia el fin de semana o en el período de vacaciones. Este dolor se intensifica hacia las tardes. A pesar de ello, el paciente continúa con sus actividades.

### Tratamiento

Al interrogar dirigidamente al enfermo se detecta la presencia de trastornos del sueño. Frecuentemente tienen insomnio de despertar precoz y/o insomnio de conciliación. Se pueden usar relajantes musculares o tricíclicos en dosis muy bajas. La amitriptilina es bastante eficaz y de bajo costo, pero siempre se debe comenzar con dosis de medio comprimido de 25 mg, porque cuando se utiliza uno o dos comprimidos el paciente presenta mucho malestar al día siguiente, que lo hace abandonar el tratamiento. Una alternativa de efectividad similar, con la ventaja de provocar menos sedación, es la desipramina<sup>(12)</sup>. Se puede reforzar con el uso de AINES y por ningún motivo usar los antimigrañosos tradicionales que contienen ergotamina. Aquí se produce el gran problema de la cefalea tensional que se complica con las cefaleas por el abuso de analgésicos. Esto se debe al consejo de algún amigo, familiar o el dependiente de la farmacia quien le suministra

algún compuesto que contenga ergotamina, fármacos inicialmente usados sólo para la migraña. Al tomar este fármaco, se agrega otro factor que contribuye a que esta cefalea tensional se prolongue y su manejo se hace bastante difícil. Debe tenerse siempre presente a la depresión, en el paciente que consulta por cefalea. No es infrecuente que la cefalea sea un síntoma más de todo el espectro de síntomas físicos que acompañan a la depresión. En la cefalea tensional, una adecuada relación médico-paciente juega un papel clave para lograr el éxito terapéutico. No es raro que la cefalea tensional se presente junto con migraña, porque son patologías frecuentes y que pueden coexistir. Sin embargo, el paciente se da cuenta y sabe cuándo es migraña y cuándo es cefalea tensional. El enfermo relata “ésta no es la jaqueca que me tira a la cama”, “no tengo el dolor grande”, “éste es un dolor diferente”.

### **Cefaleas primarias infrecuentes**

Hay una forma de cefalea primaria que es hemicránea, intensa, de corta duración, sin náuseas ni vómitos, con varias crisis diarias y que afecta predominantemente a mujeres jóvenes. Es *la cefalea hemicránea paroxística*. Característicamente tiene una respuesta muy buena al uso de indometacina.

*La cefalea en cluster, de Horton, en racimos o acuminada*, afecta habitualmente a hombres jóvenes y se caracteriza por tratarse de dos a tres crisis diarias que tienden a presentarse por un período de 4 a 8 semanas, luego cesan las crisis. Pueden pasar años y el paciente vuelve a presentarlas, por eso se les llama acuminada o en racimos<sup>(13)</sup>. Ésta es una de las cefaleas más intensas que existen, y una de las pocas que atacan en la madrugada y además tiene un ritmo horario. El paciente es característicamente afectado por una crisis durante el sueño nocturno, despierta con un dolor retroocular, penetrante y de intensidad extraordinaria, acompañado de epífora intensa, ojo rojo y congestión nasal. Es una

cefalea de gran intensidad que a veces hace que los pacientes se den cabezazos contra la muralla, siendo la diferencia fundamental con la jaqueca que mientras el jaquecoso busca la quietud y tranquilidad, éste es un paciente inquieto, se desplaza, fuma e incluso hay casos en que salen a correr en su desesperación, lo que recuerda a la inquietud del enfermo con un cólico renal. Por lo tanto, cualquier dolor de cabeza que despierte de madrugada a un hombre, con gran intensidad, considere este diagnóstico. Si llega este paciente a un servicio de urgencia, lo primero que se debe hacer es colocarle oxígeno a alto flujo, ya que es un potente vasoconstrictor que lo aliviará y logrará detener el *cluster*. Para el tratamiento de la crisis actualmente se usa sumatriptán 6 mg subcutáneo. La respuesta es espectacular, pero lamentablemente no está disponible en todas las unidades de emergencias. En el tratamiento preventivo se utilizan distintos fármacos como corticoides y en especial el litio, pero a dosis mucho menores que en las enfermedades del ánimo.

Existen también *cefaleas relacionadas a la actividad sexual o coitales*. No son tan frecuentes, pero causan gran alarma y es necesario saber de su existencia. Es importante destacar que, si bien la gran mayoría de las cefaleas relacionadas a la actividad sexual, especialmente en la fase orgásmica, son cefaleas benignas y más frecuentes en el hombre, no se debe olvidar que la actividad sexual es un factor de riesgo de muerte súbita, como es el caso de la rotura de un aneurisma o malformación vascular del encéfalo.

### **Cefaleas secundarias**

Primero que nada siempre se deben tener presente los siguientes aspectos que resultan fundamentales en el examen físico de un paciente con cefalea:

- Fondo de ojo. Adquirir la habilidad para realizar este examen resulta importantísimo. Los

signos de hipertensión intracraneana al fondo de ojo incluyen borramiento de excavación de papila, borramiento de los bordes de la misma, ausencia de latido venoso, congestión retiniana, hasta hemorragia focal.

- Tomar la presión arterial.
- Examen neurológico básico dirigido a descartar alguna focalización y la presencia de signos meníngeos.
- La temperatura y que el paciente no tenga signos de un proceso infeccioso.

Éstos son elementos que no pueden faltar en el examen clínico de un paciente que está consultando por cefalea. Se debe estar alerta ante aquella cefalea de inicio brusco, de un momento a otro, en que el paciente relata “yo nunca he sufrido de dolor de cabeza, estaba sentado y bruscamente comencé con un dolor de cabeza intenso y vómitos”. Siempre se debe pensar en la posibilidad de una hemorragia subaracnoidea. El enfermo puede relatar exactamente lo que estaba haciendo en ese momento, por ejemplo, “estaba jugando fútbol, o estaba haciendo tal cosa y ahí apareció la cefalea”.

Las cefaleas secundarias corresponden a una larga lista de patologías, donde el dolor de cabeza pasa a constituir un síntoma y no una enfermedad en sí misma. No se debe olvidar que hay *cefaleas asociadas a tumores primarios o secundarios del sistema nervioso central*. Los síntomas y signos acompañantes son claves para la sospecha diagnóstica. Una cefalea progresiva, que empeora y con los elementos propios de un síndrome de hipertensión intracraneana, nos orientará en ese sentido.

Existen también disecciones de vasos intracraneales que pueden producir accidentes vasculares acompañados de cefaleas. Una trombosis de los senos duros puede dar una cefalea pertinaz. Hay hematomas de la fosa posterior que dan vértigo y cefaleas.

## El hematoma subdural crónico

Un dolor holocráneo de predominio frontal en adulto mayor previamente sano debe ponernos en inmediata alerta. Puede estar el antecedente en las semanas o meses previos, de una contusión craneal menor, que en muchas ocasiones no ha motivado una consulta médica. Esta cefalea va empeorando en persistencia e intensidad. Inicialmente, puede no haber síntomas neurológicos de tipo focal o de algún grado de compromiso de conciencia. La cefalea irá empeorando, pudiendo aparecer náuseas y vómitos. El examen neurológico puede estar alterado. No es inhabitual un estado confusional expresado por lentitud en las respuestas, atención y concentración defectuosa y con evidentes fallas en la memoria reciente. Cuando predominan estas alteraciones cognitivas y la cefalea no es conspicua, muchas veces estos pacientes pueden ser catalogados de estar cursando una demencia en sus etapas iniciales. En la medida que el cuadro progresa, podemos encontrar afasia, disartria y signos focales, habitualmente una hemiparesia, no siempre severa. La realización de un estudio de neuroimágenes mostrará un hematoma subdural crónico, donde aparece una lesión hipodensa característica con forma de luna creciente. La acentuación de la cefalea o la aparición de los signos neurológicos pueden coincidir con un resangrado, donde la sangre más fresca es hiperdensa a la tomografía computada de cerebro decantándose en el supino, por la fuerza de gravedad, hacia la zona posterior del hematoma subdural. No se debe olvidar que el espacio subdural en el adulto mayor es amplio, donde hay venas puentes susceptibles de tracción, rotura y de un lento sangramiento, con la consecuente formación del hematoma. Por otra parte, la atrofia cerebral fisiológica hace que la complacencia del encéfalo sea mucho mayor, permitiendo el crecimiento asintomático del hematoma por un período largo. De acuerdo al tamaño de éste, habrá un desplazamiento de la

línea media. Este paciente debe ser rápidamente derivado a un centro neuroquirúrgico para la resolución de esta patología. Su nivel de sospecha debe ser mayor en aquellos pacientes que están usando antiagregantes y anticoagulantes, donde muchas veces el hematoma puede ser espontáneo, sin el antecedente de traumatismo alguno.

### **Otras causas de cefalea secundaria**

La sinusitis como causa de cefalea no es tan frecuente. Habitualmente esta causa está sobredimensionada, siendo los casos de sinusitis aguda la que compromete a senos frontales y etmoidesfenoidal los más factibles de generar cefalea.

El glaucoma de ángulo agudo se debe sospechar ante la presencia de dolor ocular u orbitario intenso, ojo rojo, midriasis y vómitos profusos. Muchas veces estos enfermos llegan al neurólogo, en circunstancias que se trata de una emergencia oftalmológica.

En la arteritis de la temporal se da una cefalea intensa, progresiva y que afecta a población de adultos mayores. El diagnóstico es clínico, al palpar a la arteria temporal que es tortuosa y sensible. Los exámenes complementarios demuestran elevación significativa de la sedimentación globular. Dado que es una enfermedad donde los exámenes como el escáner cerebral son normales, muchas veces no se diagnostica, con el potencial riesgo de la pérdida visual por un infarto de la cabeza de los nervios ópticos. Es característica de esta enfermedad la espectacular respuesta a los corticoides.

La neuralgia del nervio occipital mayor da un dolor hemicráneo y continuo, acompañado de exacerbaciones lancinantes hacia la región frontal y orbitaria. Puede ser causada por compresión y/o irritación del nervio occipital mayor. Esta entidad se conoce como la neuralgia de Arnold y frecuentemente se confunde con la migraña,

diagnosticándosele muy poco, a pesar de su alta prevalencia. Por ello, es importante explorar y palpar la zona occipital. Cede con antiinflamatorios y en los casos más rebeldes a la infiltración del nervio occipital mayor.

La patología de la cavidad oral puede ser causa de cefalea y dolor facial, ya que el dolor dentario del maxilar superior se irradia hacia la órbita y todos los procesos sépticos y dolorosos que están en la mandíbula tienden a irradiarse hacia la región del oído.

En las enfermedades médicas de la más diversa índole los pacientes pueden tener cefaleas, por ejemplo: los pacientes con LCFA, y especialmente los retenedores de CO<sub>2</sub>, pueden presentar cefaleas bastante intensas. La retención de CO<sub>2</sub> provoca vasodilatación cerebral. Los estados infecciosos del sistema nervioso central – meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales - como sistémicos: el hipotiroidismo, la anemia y la encefalopatía urémica, entre otros, son también causas de cefaleas secundarias.

### **Cefaleas asociadas al uso de fármacos, abuso de sustancias o por privación**

Hemos mencionado que el abuso crónico de la ergotamina, antiinflamatorios y actualmente triptanos, usados en un jaquecoso con crisis periódicas, cambian su patrón de dolor a una forma crónica diaria, pudiendo llegar a durar años o incluso décadas. Esto se conoce como migraña transformada. La suspensión abrupta del fármaco lleva a un cuadro de una migraña extraordinariamente intensa, con vómitos profusos y deshidratación. Esto es la cefalea de rebote. Volvemos en hacer hincapié sobre esta entidad por su creciente frecuencia, no sólo en nuestro país, sino en todo el planeta, constituyendo un serio problema de salud pública. El manejo de la cefalea por abuso de analgésicos, incluye el uso de corticoides, analgesia y sedación,



requiriendo por tanto de hospitalización en muchos casos. Otros fármacos, como los nitritos, nitfedipino, nitrendipino y sildenafil, entre otros, son

causa de cefaleas. Drogas ilícitas como la cocaína, la pasta base, la aspiración de solventes también producen cefaleas.

## REFERENCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:S1-96.
2. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001;21:774-7.
3. Bigal ME, Lipton RB. The epidemiology, burden and comorbidities of migraine. *Neurology Clin* 2009;27:321-34.
4. Wessman M, Kallela M, Kaunisto MA, Marttila P, Sobel E, Hartiala J *et al.* A susceptibility locus for migraine with aura, on chromosome 4q24. *Am J Hum Genet* 2002;70:652-62.
5. May A, Goadsby PJ. The trigemino vascular system in humans: pathophysiologic implications for primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation. *J Cereb Blood Flow Metab* 1999;19:115-27.
6. Bowyer SM, Tepley N, Papuashvili N, Kato S, Barkley GL, Welch KM *et al.* Analysis of MEG signals of spreading cortical depression with propagation constrained to a rectangular cortical strip. II. Gyrencephalic swine model. *Brain Res* 1999;843:79-86.
7. McCrory DC, Matchar DB, Gray RN, Rosenberg JH, Silberstein SD. Evidence-based guidelines for migraine headache: overview of program description and methodology. Disponible en [www.aan.com](http://www.aan.com).
8. Jensen R, Brinck T, Olesen J. Sodium valproate has a prophylactic effect in migraine without aura: a triple-blind, placebo-controlled crossover study. *Neurology* 1994;44:647-51.
9. Mathew NT. Prophylaxis of migraine and mixed headache. A randomized controlled study. *Headache* 1981;21:105-9.
10. Ryan RE Sr, Ryan RE Jr, Sudilovsky A. Nadolol: its use in the prophylactic treatment of migraine. *Headache* 1983;23:26-31.
11. Welch KM, Ellis DJ, Keenan PA. Successful migraine prophylaxis with naproxen sodium. *Neurology* 1985;35:1304-10.
12. Venegas P y Miranda M. Desimipramina para el manejo de la cefalea tensional crónica. *Rev Hosp Clin Univ Ch* 2002;13:104-9.
13. Saunte C, Russell D, Sjaastad O. Cluster headache: on the mechanism behind attack-related sweating. *Cephalalgia* 1983;3:175-85.

### CORRESPONDENCIA

Dr. Carlos Silva Rosas  
Departamento de Neurología y Neurocirugía  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago  
Fono: 978 8260  
E-mail: [carsilros@yahoo.es](mailto:carsilros@yahoo.es)

