

Entendemos por dolor de cabeza o cefalea la existencia de una sensación más o menos dolorosa en el cráneo, en la zona comprendida entre las órbitas y la región suboccipital. Cuando el dolor sea en el área facial, hablaremos de neuralgia.

### Aspectos generales

La cefalea es un problema tan antiguo como la humanidad y se calcula que al menos el 90% de la población ha padecido un dolor de cabeza en alguna ocasión. Dado que es un síntoma tan frecuente a cualquier edad, es motivo de numerosas consultas médicas. El médico que se encuentra ante un paciente con dolor de cabeza, antes de remitirle al neurólogo, debe de intentar clasificar el tipo de cefalea que éste le refiere por dos motivos fundamentalmente: descartar que se trate de un problema urgente e iniciar de inmediato un tratamiento que le alivie. El diagnóstico —en contra de lo que se cree— se consigue fácilmente y con un margen de error escaso con una buena historia clínica, que no consume mucho tiempo, y el apoyo de la exploración física. Lo que no se consiga con estas medidas difícilmente se conseguirá con pruebas complementarias. Conviene tener en mente que el dolor de cabeza es un síntoma, no una enfermedad, y que en la mayoría de las ocasiones no está producido por ningún tipo de lesión. Esto no significa que estemos ante una patología banal ni tampoco que no se pueda tratar de una forma eficaz. Para abordar a un paciente con cefalea es necesario conocer la clasificación de éstas<sup>1</sup>.

### Clasificación de las cefaleas

**Cefaleas primarias.** El dolor de cabeza se presenta como un síntoma único, tiene sus propias causas. A este grupo pertenecen la cefalea de tensión (la más frecuente), la migraña, la cefalea en racimos o de Horton y una miscelánea que incluye la cefalea por estímulos fríos, por compresión externa, por tos, por ejercicio físico y por actividad sexual.

**Cefaleas secundarias.** El dolor de cabeza hace su aparición en relación temporal con otro proceso que es el problema principal. A este grupo pertenecen la cefalea postraumática, la cefalea asociada a trastornos vasculares intracraneales, trastornos intracraneales no vasculares, ingestión de ciertas sustancias o a su supresión, infecciones no cefálicas, trastornos metabólicos, alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.

La mayoría de las veces nos enfrentamos a una cefalea primaria. Aunque la cefalea primaria de mayor prevalencia es la de tensión, en este artículo vamos a abordar la migraña porque normalmente es la que más consultas genera debido a su intensidad y al deterioro que conlleva en la calidad de vida del paciente.

# La migraña

CRISTINA RAMO Y FLORENTINO NOMBELA  
Servicio de Neurología. Hospital de la Princesa. Madrid.



### Puntos clave

- En la mayoría de las ocasiones la cefalea no está producida por ningún tipo de lesión.
- Es fundamental tomar la medicación lo más rápidamente posible y en la dosis adecuada para recuperar cuanto antes el bienestar y evitar recurrencias.
- El paciente debe de entender su proceso para implicarse activamente en su tratamiento y evitar los posibles factores desencadenantes del dolor de cabeza.
- Hay que evitar caer en el abuso de analgésicos ya que pueden ser la causa del dolor de cabeza cronificado.

## Migraña o jaqueca

La migraña es un trastorno neurológico crónico, que afecta al 18% de las mujeres y al 6% de los varones, y que consiste en ataques recurrentes de dolor de cabeza acompañados de síntomas neurológicos, gastrointestinales del sistema nervioso autónomo. La frecuencia de los ataques, la duración y la discapacidad que produce varían de unos individuos a otros, y dentro de un mismo sujeto varía de un ataque a otro. Existe una elevada incidencia familiar. La inflamación neurogénica de los vasos craneales estimula las terminaciones nerviosas del sistema trigeminovascular con lo que aparece la migraña.

## Diagnóstico de la migraña

El diagnóstico de migraña se basa en los criterios establecidos por la International Headache Society (IHS) expresados en las tablas 1 y 2. Además es necesario excluir las causas de cefalea secundaria y determinar si el paciente asocia cefalea de tensión. No hay evidencia suficiente para recomendar la neuroimagen en un paciente que cumpla los criterios diagnósticos de migraña; esta prueba se planteará en aquéllos cuyo dolor de cabeza vaya aumentando en frecuencia, se quejen de falta de coordinación, refieran déficit neurológicos focales o se quejen de que el dolor de cabeza les despierta durante el sueño (esto último también puede darse en la migraña).

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de la migraña sin aura

- A. Haber presentado por lo menos 5 episodios que cumplen los criterios B-D
- B. Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 h (sin tratar o tratadas con éxito)
- C. La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
  - Localización unilateral
  - Calidad pulsátil
  - Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias)
  - Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutina similares
- D. Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:
  - Náuseas, vómitos o ambos
  - Foto y fonofobia
- E. Se ha de cumplir al menos una de las siguientes características:
  - La historia clínica y las exploraciones física y neurológica no sugieren que corresponda a una cefalea secundaria
  - La historia, las exploraciones física y neurológica o ambas sugieren este trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas
  - Este trastorno está presente, pero los ataques de migraña no aparecen por primera vez en íntima relación temporal con dicho trastorno

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de la migraña con aura

- A. Haber presentado al menos dos ataques que cumplan el criterio B
- B. El aura ha de cumplir por lo menos tres de las siguientes características:
  - Uno o más síntomas completamente reversibles de aura que indiquen disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral o ambas
  - Como mínimo un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 min, o aparecen dos o más síntomas sucesivamente
  - Ningún síntoma de aura supera los 60 min. Si se presenta más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente
  - La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 min (puede empezar previa o simultáneamente que el aura)
- C. Por lo menos una de las siguientes características:
  - La historia clínica y las exploraciones física y neurológica no sugieren que corresponda a una cefalea secundaria
  - La historia, las exploraciones física y neurológica o ambas sugieren un trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas
  - Este trastorno está presente, pero los ataques de migraña no aparecen por primera vez en íntima relación temporal con dicho trastorno

**Tabla 3. Criterios para el diagnóstico de migraña abdominal**

- A. Ataques que duran entre 1 y 48 h
- B. Dolor lo suficientemente intenso como para interferir las actividades normales diarias
- C. Pesadez abdominal
- D. Dolor abdominal poco localizado o en región perumbilical
- E. Asociado con al menos dos de los siguientes síntomas:
  - Anorexia
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Palidez
- F. Resolución completa entre los ataques
- E. Exclusión de otras posibles causas en valoración clínica e investigaciones

**Tabla 4. Criterios para el diagnóstico de síndrome de vómitos cílicos**

Criterios esenciales

- Episodios recurrentes de vómitos discretos o intensos
- Salud normal entre los episodios
- Duración de los vómitos de horas a días
- Ausencia de causa aparente de vómitos

Criterios secundarios:

- Estereotipificados: cada episodio es similar para cada paciente, en tiempo, intensidad, duración, frecuencia, síntomas y signos asociados
- Autolimitados: los episodios se resuelven espontáneamente aunque no se traten

Otros síntomas asociados

- Náuseas
- Diarrea
- Dolor abdominal
- Cefalea
- Sensación de enfermedad
- Fotofobia
- Fiebre
- Palidez
- Deshidratación
- Salivación excesiva
- Retraimiento social

## Formas clínicas de migraña

**Migraña sin aura.** Es la más frecuente. Se caracteriza por presentar síntomas digestivos con especial frecuencia. Varían entre la simple inapetencia, que es prácticamente constante en todos los casos, a las náuseas presentes en el 90% de los casos y los vómitos presentes en el 30-50% de los pacientes. Un 6% sufre despeño diarreico (tabla 1).

**Migraña con aura.** De los sujetos que presentan migraña un 20% tiene aura en algún episodio de jaqueca. En este tipo de migraña los síntomas digestivos son menos expresivos y el protagonismo radica en el aura. El aura consiste en la aparición de signos o síntomas de disfunción neurológica focal (visuales, sensitivos, motores o del lenguaje) que normalmente *preceden* al dolor de cabeza. Ocasionalmente puede ser difícil diferenciarla del ictus transitorio o de otros procesos intracraneales (tabla 2).

**Migraña oftalmopléjica.** Poco frecuente. Se produce una parálisis de la motilidad ocular tanto intrínseca como extrínseca por afección de los nervios oculomotores.

**Migraña retiniana.** Poco frecuente. Se acompaña de un trastorno de la visión de carácter monocular.

**Migraña en niños** Los niños merecen una mención especial porque en ellos los síntomas digestivos como náuseas, vómitos o dolores abdominales, y los vegetativos como palidez, enrojecimiento y taquicardia, ocupan un lugar muy destacado. Existen trastornos frecuentes en los niños como la migraña abdominal y los vómitos cílicos, que se asocian con migraña o aparecen en niños con historia familiar de la misma. Se denominan variantes de migraña o equivalentes migrañosos (tablas 3 y 4).

## Tratamiento de la migraña

La migraña, como enfermedad crónica que es, no tiene curación pero sí tiene tratamiento cuyos objetivos son dos: cortar de la forma más rápida y eficaz posible las crisis de dolor agudo y, en segundo lugar, evitar la frecuencia, severidad y duración de las recurrencias con el uso de fármacos preventivos<sup>2</sup>.

### Medicamentos para la crisis migrañosa

Para ser eficaz, el tratamiento debe iniciarse rápida y consistentemente, y se tendrá en cuenta la repercusión del dolor en las actividades del paciente.

*Migraña leve-moderada.* Utilizar un analgésico AINE. Son de elección: la aspirina, la combinación de aspirina o paracetamol con cafeína, el naproxeno sódico, el ibuprofeno, el diclofenaco sódico o el ketorolaco por vía oral. El paracetamol sin combinación no es eficaz. Puede ser conveniente asociar metoclopramida o domperidona no sólo para los vómitos, sino también para las náuseas. Si la respuesta es positiva, se considerará el mismo tratamiento para futuras crisis; si la respuesta es negativa, se utilizarán triptanes (naratriptán, rizatriptán, sumatriptán, zolmitriptán) por vía oral, nasal o subcutánea. Si la respuesta es positiva con esta variante en el tratamiento, se considerará oportuno para futuras crisis; pero si la respuesta es negativa, se usará una segunda dosis de un triptán para pasar a ketorolaco por vía intramuscular en caso de que este proceder volviera a presentar resultados negativos. En caso de que la respuesta siguiera siendo desfavorable, diremos que el paciente se encuentra en estatus migrañoso.

*Migraña moderada-severa.* Los analgésicos AINE no van a ser eficaces. Utilizar triptanes de primera elección y a partir de aquí proceder con el mismo esquema que en el apartado anterior.

### Medicamentos preventivos del ataque de migraña

Se utilizan cuando se sufren dos o más crisis por mes, éstas incapacitan al paciente de manera muy significativa o se necesitan varios fármacos para su control. Se mantienen entre 3 y 6 meses. Además el paciente debe implicarse y evitar todos los factores que puedan desencadenar su migraña, si es que los conoce (estrés, sueño, dieta, fármacos...). A partir de su eficacia clínica demostrada y la intensidad leve o moderada de los efectos secundarios, se utilizan por orden de preferencia:

1. Amitriptilina, propanolol o timolol.
2. Otros bloqueadores beta: atenolol, metoprolol, nadolol.
3. Antagonistas del calcio: flunaricina, nimodipina, verapamilo.
4. AINE: aspirina, ketoprofeno, naproxeno.
5. Otros: fluoxetina, gabapentina, Mg, vitamina B<sub>2</sub>.
6. La metisergida es muy eficaz pero tiene frecuentes efectos secundarios.

## Bibliografía



[www.ghcontinuada.com](http://www.ghcontinuada.com)

Encontrará enlaces a los resúmenes de esta bibliografía

● Importante    ●● Muy importante

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalgia 1988;8 (Suppl 7):1-96.
2. ●● Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. American Academy of Neurology Practice Handbook 2001;538-47.