

Editorial

Cefaleas

En el papiro Leyden el suplicante pide a Horus, un Dios que también, tenía dolor en la mitad de la cabeza que le dore una nueva para sustituirla por la propia que tanto le molestaba. Este concepto prevalece entre los pacientes migrañosos hoy en día, por otra parte en la mitología griega Zeus sufrió un terrible dolor de cabeza que sólo desapareció cuando Vulcano le abrió el cráneo con una hacha permitiendo así el nacimiento de Palas Atenea la Diosa del conocimiento, Arietalos de Capadocia siglo I dC usó por primera vez la palabra heterocrania para describir un violento dolor de cabeza en región temporal auricular y ojo asociado con sudoración, náusea y vómito.

Galeno usó esta misma palabra de la que se deriva la palabra migraña.

En la Europa Medieval Hildegardo Von Bingen dió una explicación muy lógica a que la migraña sea unilateral, dijo, nadie podrá sobrevivir si fuera bilateral.

Tomás Willis que usó por primera vez el término neurología describió no sólo los síntomas de la migraña, sino algunos tratamientos y sitio como posible causa la vasoconstricción en 1672, antecedente importante de los trabajos de Wolf en este siglo.

Diversos científicos que sufrían jaquecas escribieron sobre el tema entre otros el botánico Lineo.

En el siglo XIX se empezó a usar la ergotamina y la cafeína para el tratamiento de esta enfermedad, en 1928 se llevó a cabo el primer tratamiento con dos grupos de pacientes demostrándose la efectividad de la ergotamina que ya había sido empleada en Basilea, Suiza.

La primera clasificación de cefalea fue hecha por un Comité ad hoc en Estados Unidos de Norteamérica (E.U.A.) en 1962.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud comprende 13 grupos mayores y su formato

completo es un libro de cien páginas.

Los dolores principales son:

1. Migraña
2. Cefalea tensional
3. Cefalea en racimo y hemicránea paroxística
4. Cefalea no asociadas a cambios estructurales
5. Cefalea asociada a trauma
6. Cefalea asociada a alteraciones vasculares
7. Cefalea no asociada a trastornos vasculares
8. Cefalea asociada a diferentes sustancias o su supresión
9. Cefaleas asociadas a infecciones no cefálicas
10. Cefaleas asociada a trastornos metabólicos
11. Cefaleas asociada a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oído, nariz, senos, dientes y otras estructuras craneales
12. Neuralgias craneales y dolor de deaferentación
13. Cefaleas no clasificables

Sin diferencias de tipo, el dolor de cabeza es sin duda alguna, uno de los problemas más frecuentes de la humanidad y en distintas encuestas se han encontrado cifras muy variadas, pero todas altas.

	Mujeres	Hombres
Estados Unidos de Norteamérica	78%	68%
Israel	71%	81%
Nigeria	55%	65%
Dinamarca	19%	25%

Es evidente que la metodología empleada incluyendo la forma como se elabora el cuestionario explican estas variaciones numéricas, pero al parecer el dolor de cabeza es más común en la población más

joven, en las personas con mayor educación y en un estudio efectuado en Finlandia más habitual entre los casados que en los viudos.

En 1873 Liveing reportó la incidencia familiar de la migraña siendo esta enfermedad más usual en mujeres que en hombres (relación de 2 a 3 por 1).

Diversos estudios desde entonces han confirmado esta observación con una cifra que varía de un 60% de padres con migraña en un estudio en Estados Unidos de Norteamérica de Lennox, a un estudio en Suecia que mostró un 90% de antecedentes positivos. Sin embargo, los estudios son criticables por la distinta metodología usada incluyendo los efectuados en gemelos, por lo que es válida la aseveración, que hizo Refsum hace 25 años "los aspectos genéticos de la migraña son conflictivos y no es posible llegar a conclusiones inobjetables".

En cuanto a marcadores se ha estudiado el EEG y en algunos trabajos se asegura que estos son casi siempre anormales en familiares migrañosos.

La prueba de la nitroglicerina, es decir que la inhalación de esta sustancia provoca cefalea con más frecuencia en los familiares de migrañosos que en otros grupos, también se ha empleado como marcador.

En la actualidad; el estudio se enfoca a posibles cambios en el genoma para tratar de encontrar una explicación a esta enfermedad.

El dolor de cabeza es por otra parte, una alteración que produce grandes limitaciones funcionales y sociales, causa ausentismo laboral y alto gasto en el uso de medicamentos, por lo que su impacto económico es muy grande aunque no existen estudios importantes al respecto.

Los Estados Unidos de Norteamérica el dolor de cabeza ocupa el décimo lugar como causa de consulta médica con casi 20 millones anuales.

El dolor de cabeza, como toda sensación dolorosa se define por la descripción verbal de una experiencia personal y esas descripciones son la medida principal para el diagnóstico clínico y la evaluación del control de dolor.

Estudios conductuales y psicológicos se han ideado para poder tener medidas "objetivas" del dolor, la nueva metodología ha permitido grandes avances en la evaluación del resultado de los tratamientos integrando psicometría, conductismo, lingüística y es posible que en el futuro se pueda cuantificar la experiencia subjetiva que es el dolor, pero en el momento son las medidas clínicas verbales, nuestros mejores métodos para evaluar no sólo el síntoma sino el resultado de nuestra terapéutica.

A continuación pasaremos a revisar en forma

breve cada uno de los grandes capítulos de la cefalea.

La migraña se clasificó en 1988 y sus variadas formashan sido estudiadas a partir de esa fecha.

1. Migraña

1.1. Migraña sin aura

1.2. Migraña con aura típica y cefalea migrañosa

1.2.1. Migraña con aura típica con cefalea no migrañosa

1.2.3. Aura típica sin cefalea

1.2.4. Migraña familiar hemiplejica

1.2.5. Migraña hemiplejica esporádica

1.2.6. Migraña de tipo basilar

1.3. Síndromes periódicos de la niñez que son frecuentemente precursores de migraña.

1.3.1. Vómito cíclico

1.3.2. Migraña abdominal

1.3.3. Vértigo paroxístico benigno de la niñez

1.4 Migraña retiniana (retineal)

1.5. Complicaciones de la migraña

1.5.1 Migraña crónica

1.5.2. Estado migrañoso

1.5.3. Aura persistente sin infarto

1.5.4. Infarto migrañoso

1.5.3. Aura persistente sin infarto

1.5.4. Infarto migrañoso

1.5.5. Migraña disparada por crisis

1.6. Probable migraña

1.6.1. Probable migraña sin aura

1.6.2. Probable migraña con aura

1.6.3. Probable migraña crónica

Como vemos los síntomas son muy variados y sobre todo, el aura puede tener cualesquiera de las características de las diferentes funciones cerebrales.

Desde los estudios de Sicuteri acerca de la excreción del ácido hidroxindolacético, que es el principal metabolito de la serotonina, el cual aumenta durante los ataques migrañosos se han encontrado importantes y consistentes cambios de esta sustancia que está sobre todo, en las plaquetas durante los ataques migrañosos. Durante los ataques sin aura el contenido de las 5 hidrotriptamina disminuye mientras que esto no sucede en la migraña con aura.

Entre ataques los pacientes tienen niveles más bajos de la hidroxitriptamina que los controles, mientras que durante el ataque los niveles suben al doble del normal, quizá debido a una lateración enzimática. Por lo tanto, parece ser que los ataques migrañosos se presentan en pacientes con hidroxitriptamina de baja actividad, lo cual afecta el sistema vascular craneal. Otros cambios coexisten como aumento de los ácidos glutámico y aspártico que son potentes aminoácidos

excitatorios del cerebro. Se ha pensado que también existe una alteración en opioides cerebrales, pero no es concluyente la investigación, al respecto, pero lo que sí es claro es la influencia de los niveles del estradiol en el periodo menstrual y la inyecciones del estradiol puede posponer la presentación del ataque.

Existen simultáneamente alteraciones plaquetarias y el EEG y MEG muestran una marcada reducción de la actividad eléctrica cortical, por estos estudios se puede proponer que la migraña tiene una patogenia neuronal que causa una depresión eléctrica evolutiva con activación del sistema trigémino vascular como productor del dolor (depresión de las).

La migraña tiene muchos aspectos psicológicos, no sólo porque el estrés la desencadena, sino por la carga que representan para el paciente.

Una serie de factores ayudan a desencadenar el ataque.

COMIDAS	MEDICAMENTOS	ALGUNOS FACTORES FÍSICOS
bebidas	estrógenos	trauma
tabaco	ergotamina (sobredosis)	diálisis
alergenos	cafeína	masaje
nitratos	indometacina	altitud
glutamato	nifedipina	luz intensa
sódico	reserpina	ejercicio

El ataque se puede presentar sin aura o sólo durante el periodo menstrual, tener síntomas visuales motores, del lenguaje, hemiplejía o con alteración en territorio de la arteria basilar y aun con sólo el aura, sin dolor se ha descrito trastornos en la migraña con depresivos y otras alteraciones psiquiátricas.

El tratamiento debe ser múltiple con apoyo psicológico, control dietético, estudios y adecuado control hormonal y conductual.

En cuanto a las drogas dependerán del tipo de ataque y no todos los ataques en el mismo paciente deben tratarse con las mismas drogas (tratamiento agudo).

En general, se pueden emplear antiinflamatorios no esteroides, siendo la aspirina el más eficiente en dosis de 900 a 1,000 mg como se muestra en la siguiente tabla:

Droga	Dosis inicial (mg)
Aspirina	900-1,000
Acetaminofen	1,000
Naproxen	800
Ibuprofen	1,200
Ketoprofen (supocit)	100
Diclofenaco	75

La ergotamina se puede disminuir oral o en supositorios en dosis de hasta 6 mg y se puede combinar con metoclorpamida en dosis de 10 a 20 mg para controlar la náusea debe tener presente que la ergotamina puede producir efectos no deseados como náusea, vómito, diarrea, temblor, acrocianosis, úlceras anales y desórdenes fibroticos y está contraindicada en el embarazo, en cardiopatías, dado que puede causar angina e infarto del miocardio o vasoespasmo cerebral, y no debe usarse junto con triptanos, son derivados indólicos obtenidos al modificar la molécula de la serotonina y tiene efectos vasculares y neuronales en los receptores presinápticos de las terminales nerviosas impidiendo la inflamación neurogénica que produce el dolor.

El sumatriptán se puede dar por vía oral en dosis de 50 a 100 mg con una respuesta favorable de 60 a 70% y se puede combinar con aspirina, metoclopropamida y también, incluso subcutáneo en dosis de 6 mg. Puede también, tener efectos no deseados como vómito sensación de calor, vértigo, sensación de quemadura, debilidad generalizada y dolor de cabeza.

La dosis máxima recomendada para el sumatriptán es de 200 mg oral y 12 mg subcutánea. Esta contraindicado en pacientes con angina, en enfermedad vascular periférica e hipertensión arterial no controlada.

En la profilaxis se han empleado los antiserotonínicos como el metisergide y el lesuride, así como B bloqueadores como el propanolol y el metoprolol en dosis de 40 a 200 mg una o dos veces al día. por periodos de 6 ó más meses.

El uso de drogas antiepilépticas como los hidantoínicos y la carbamazepina no ha demostrado su eficacia, pero el ácido valproico a dosis de 200 mg dos a tres veces al día ha tenido efectos favorables en reducir la frecuencia de los ataques dolorosos.

El uso de la amitriptilina, un agente antidepresivo ha dado buenos resultados quizá por su efecto inhibidor de la noradrenalina, independientemente del efecto antidepresivo. También eleva los niveles de serotonina.

En los casos de migraña con hemiplejía se deben de efectuar estudios de tomografía computada para descartar una posible hemorragia intraparenquimatosa o un tumor. Se han descrito en este tipo de migraña alteraciones en el cromosoma 19 en su brazo corto.

El embarazo modifica la migraña y en muchos casos ésta desaparece, dado que esta en sí no afecta al feto, es muy importante que el tratamiento no lo haga, la ergotamina esta contraindicada y se puede usar propanolol, aspirina y metoclopropamida para el control durante este periodo.

Durante la menopausia se ha observado un aumento de los ataques al principio y después gradual mejoría, pero esto puede ser modificado por el uso de estrógenos, si este es el caso se sugiere una reducción de la dosis o cambiar los estrógenos conjugados por estradiol.

El otro grupo importante que revisaremos brevemente, es la cefalea tensional, que quizá tiene múltiples mecanismos como explicación, sensibilización de las terminales nerviosas por neuropéptidos, alteración de los estímulos que van al tallo cerebral y a la médula cervical y alteraciones a nivel cortical del sistema de control del dolor. Los estudios realizados muestran una disminución a la percepción del dolor tanto por estímulo termi w como por presión.

La relación entre alteraciones emocionales y la cefalea ha sido ampliamente estudiada y es posible que exista una alteración entre el proceso de observación interna y los estímulos exteriores y al parecer existe también, cierta predisposición genética

en estos casos, así como una fuerte relación con trastornos del sueño. En ocasiones puede haber causas anatómicas como son las alteraciones oromandibulares. Estos pacientes requieren un muy completo estudio físico, radiológico, dental y también psicológico para que el tratamiento sea el correcto, ya sea con analgésicos, relajantes musculares, fisioterapia, psicoterapia o todos ellos combinados sobre todo, porque casi siempre es difícil modificar las condiciones de educación previa, familiares o laborales que contribuyen en forma tan importante para la producción de este molesto síntoma. La expresión popular de que una cierta circunstancia constituye un dolor de cabeza empleada en casi todos los idiomas es una realidad difícil de controvertir,

Dr. Humberto Mateos Gómez
Editor