

Las cefalea: “más allá de un simple dolor”

Sergio Francisco Ramírez García

Los dolores de cabeza han sido descritos y tratados desde hace muchos años. Muchos son los personajes famosos que han padecido de migraña y otras cefaleas. El doctor Leonardo Palacios nos muestra la relación entre la migraña y las obras de destacados pintores compositores y escritores de diferentes épocas, los aspectos de su vida y la influencia de las experiencias migrañosas en su obra y la usaron como fuente de inspiración, mencionándola a veces en los títulos de sus obras, capítulo 8.

Hay más de 300 tipos de dolor de cabeza escritos en la literatura médica. La *International Headache Society* (IHS) en su versión del 2004, reorganiza los dolores de cabeza en tres partes. En la primera están los dolores de cabeza primarios como la migraña, la cefalea de tipo tensión, salvos y trastornos relacionados, otros dolores de cabeza como los relacionados con el ejercicio, el coito y la tos, hemicránea continua, cefalea en trueno y a cefalea hípica, así como un nuevo tipo de dolor craneofacial como la cefalea persistente diaria de novo. Una segunda parte donde están contenidos los dolores de cabeza secundarios incluyendo nuevos criterios para cefalea secundarias atribuidas a lesiones traumáticas, vasculares, por lesiones específicas de parénquima cerebral, sustancias, infecciones, desórdenes de la homeostasia como la cefalea atribuida a apnea de sueño, cefalea y dolor craneofacial por lesión en ojos, senos paranasales, boca, faringe y se incluye la controvertida cefalea cervicogénica y psicógena. La tercera parte incluye las neuralgias craneales, el dolor facial primario y

central, otras cefaleas. En aras de nuestra práctica en medicina hay 14 grupos de dolores de cabeza, de etiología determinada e indeterminada, más de 200 dolores descritos en forma corta, clara y reproducible en los enfermos con cefalea. La clasificación actual de dolor de cabeza puede ser aplicada no solo por especialistas, sino también por residentes, internos y médicos generales con implicaciones en la epidemiología, diagnóstico, tratamiento e investigación de las cefaleas (1).

En muy importante el impacto social y económico de la migraña y otras cefaleas como, la cefalea de tipo tensión crónica novo y en racimos crónica. La calidad de vida de los pacientes con migraña crónica, medida de con escalas funcionales determinadas es tan pobre como en otras enfermedades crónicas como la artrosis cervical, artritis reumatoidea y diabetes mellitus (2). El dolor en la migraña por lo general es incapacitante y tiene un gran impacto en la calidad de vida; produce ausentismo laboral y escolar, disminuye el rendimiento, e interfiere con las relaciones familiares. Es necesario hacer un mayor énfasis en la migraña en los estudios de pregrado en medicina, para capacitar a los médicos generales en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Existen instrumentos para medir en el consultorio el impacto de la migraña en la vida de los pacientes, uno de los métodos es el cuestionario MIDAS (3-5).

Tal vez el avance más importante en la última década en cefalea, es la determinación de los

Recibido: 06/06/08. Revisado: 06/06/08. Aceptado: 06/06/08.

Sergio Francisco Ramírez García. Neurólogo Clínico. Neurofisiólogo. Docente universitario. Departamento Médico del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Jefe de Neurología del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Profesor agregado Escuela Juan N Corpas.

Correspondencia: sergiofra21@hotmail.com.co

modelos genéticos de la migraña. La migraña se presenta con mayor prevalencia en algunos grupos familiares. Su transmisión genética no sigue un comportamiento acorde con las leyes de la herencia mendeliana, interviniendo múltiples factores, que son modulados por el medio ambiente (6). Los avances genéticos son especialmente los que codifican a los receptores de serotonina, los canales iónicos y las citocinas, y en la determinación de sus variantes alélicas (7). El doctor Julio Pascual, describe estudios de rastreo genómico, con sus resultados, analizando las mutaciones genéticas y los cambios moleculares responsables de entidades como la migraña hemipléjica familiar, la migraña no hemipléjica, las mitocondriopatías y el CADASIL (8).

Los criterios de migraña y la cefalea de tipo tensión han sido expuestos en la nueva clasificación (1), sin embargo en la práctica clínica, puede que la migraña y la cefalea de tipo tensión comparten síntomas, factores precipitantes, aspectos epidemiológicos, y respuesta a tratamiento, lo cual dificulta hacer una distinción entre ambos tipos de cefalea, especialmente cuando tienen los criterios de crónica. Debido a esto, se cree que estos dos tipos de cefalea comparten mecanismos fisiopatológicos similares, tales como la inflamación neurogénica, el compromiso neuronal central y la sensibilización al dolor; lo cual se podría explicar por la convergencia entre fibras del nervio trigémino y nervios cervicales (9).

La migraña con aura y sin aura es un factor de riesgo de enfermedad vascular cerebral y comparten algunos mecanismos fisiopatogénicos como los cambios regionales en el flujo sanguíneo cerebral, las alteraciones endoteliales, y la hiperagregabilidad plaquetaria. La presencia de foramen oval permeable y la asociación a migraña hace que ecocardiograma transesofágico sea utilizado en el estudio de la migraña, especialmente en pacientes con aura prolongada o persistente. Actualmente hay una gran controversia sobre el manejo de estos hallazgos y cierre de los defectos septales (10,11).

El enfoque de las cefaleas en urgencias debe ser rápido y efectivo. Aproximadamente la mitad de los pacientes que consultan la servicio de urgencias tienen cefaleas secundarias, por lo tanto en el enfoque clínico debe tenerse en cuenta los llamados signos alarma o banderas rojas. A pesar de la gran

cantidad de medicamentos disponibles en nuestro medio, la efectividad de estos no es tan alta, pues el diagnóstico del dolor de cabeza es erróneo o tardío, no se usa profilaxis adecuada y no hay educación suficiente al enfermo y los médicos que trabajan en los servicios de urgencias (12); además todavía en nuestro medio está “el mito del uso de los triptanes”, que en la escena mundial son el medicamento específico más usado y con mejor efectividad en el tratamiento agudo de la migraña y la cefalea en salvas (12, 13).

La cefalea de tipo tensión (CTT) es el dolor de cabeza más frecuente en la población general. Afecta al 78 por ciento de la población en edad reproductiva, sin diferencia de género y su tratamiento genera altos costos. La CTT se debe diferenciar de otras cefaleas como migraña, cefalea crónica diaria de novo, cefalea cervicogénica y cefalea secundaria a abuso de analgésicos. La fisiopatología de la CTT es multifactorial, involucra mecanismos periféricos y centrales de sensibilización. El tratamiento de la CTT se basa en la instauración de terapias farmacológicas abortivas y profilácticas, y en las terapias no farmacológicas (14).

Hay dolores de cabeza denominados como “raros”, pero que en realidad son confundidos con otros. Es el caso de la cefalea en racimos o salvas, frecuentemente confundida con migraña. Este dolor es más prevalente en hombres de mediana edad, fumadores y bedores con personalidad de tipo “A”, hemicraneano que se acompaña de síntomas autónomos. Las hemicraneas paroxísticas y la hemicraena continua responden indometacina (15).

El grupo 4 de las cefaleas primarias está conformado por cefaleas que presentan un carácter clínico heterogéneo, y son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, tales como la hemicránea continua, la cefalea hipóica, la cefalea primaria por tos, la cefalea primaria asociada con la actividad sexual, la cefalea primaria asociada con el ejercicio, la cefalea tipo punzada, la nueva cefalea diaria persistente y la cefalea en trueno. Es importante su reconocimiento, pues su tratamiento como en la hemicránea continua y la cefalea hipóica es específico, además, éste grupo de dolor de cabeza puede ser atribuido a lesiones específicas secundarias.

Otro de los dolores de cabeza que como neurólogos nos enfrentamos, es a la cefalea por hipotensión endocraneana, la cual es muy incapacitante, se confunde con migraña, ceflea tipo tensión y es mal manejada en nuestro medio.

Finalmente quiero hacer énfasis en el reconocimiento, diagnóstico, tratamiento y nuevos aspectos fisiopatogénicos de las cefaleas vasculares, que por su prevalencia son los dolores de cabeza secundarios mas frecuentes en nuestro medio

Como podemos darnos cuenta en los últimos 10 años tenemos una nueva clasificación, el desarrollo de la neurogenética nos permitirá diagnosticar clasificar y manejar la migraña con otras perspectivas; hay un nuevo concepto de migraña crónica que tiene implicaciones de investigación y terapéuticas; hemos encontrado poradojas en el tratamiento de migraña y la evidencia de nuevas comorbilidades que tienen desenlaces terapéuticos especiales y por definir como la presencia de foramen oval permeable en pacientes con migraña. También nos pone a reflexionar en la educación médica continuada para reforzar los conceptos del tratamiento médico agudo de los dolores de cabeza, para utilizar “lo que debe ser y no lo que hay o está de moda”, así como el reconocimiento de dolores de cabeza primarios catalogados como “raros” del grupo 3 y 4, por eso a mi modo de ver la “cefalea va más allá de un simple dolor”.

REFERENCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 2004;24(Supp 1):1-160.
2. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors

associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003;106:81-89.

3. Terwindt G, Launer L, Ferrari M. The impact of migraine on quality of life in the general population. The GEM study. *Neurology* 2000; 55:624-629.

4. Hu HX, Markson LE, Lipton RB, et al. Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. *Arch Intern Med* 1999;159:813-818.

1. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, et al. ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology* 2003;61:375-382.

2. Cader AM, Noble-Topham S, Dyment DA, et al. Significant linkage to migraine with aura on chromosome 11q24. *Hum Mol Genet* 2003;12: 2511-2517.

3. De Fusco M, Marconi R, Silvestri L, et al. Haploinsufficiency of ATP1A2 encoding the Na⁺/K⁺ pump β 2 subunit associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003; 33: 192-196.

4. Montagna P. Molecular genetics of migraine headaches: a review. *Cephalalgia* 2000;20:3-14.

5. Centonze V, Bassi A, Cassiano MA, Munno I, Dalfino I, Cassurano V. Migraine, daily chronic headache and fibromyalgia in the same patient: an evolutive ‘continuum’ of non organic chronic pain? About 100 clinical cases. *Neurol Sci* 2004;25:S291-S292

6. Jack Hirsh, MD, FCCP, Chair; Gordon Guyatt, MD, FCCP; Gregory W. Albers, MD; Robert Harrington, MD, FCCP; and Holger J. Schunemann, MD, PhD, FCCP. ANTITHROMBOTIC AND THROMBOLYTIC THERAPY 8TH ED: ACCP- American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines(8th Edition). *CHEST* 2008; 133:71S-105S-

11. S.R. Messé, MD; I.E. Silverman, MD; J.R. Kizer, MD, MSc; S. Homma, MD; C. Zahn, MD; G. Gronseth, MD; and S.E. Kasner, MD. Practice Parameter: Recurrent Stroke With Patent Foramen Ovale and Atrial Septal Aneurysm Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2004;62:1042-1050

12. Ramírez SF, Sanin LC, Takeuchi Y. Cefalea en urgencias. Cefalea y Dolor Craneofacial. McGraw Hill Interamericana. 2000: 265-278.

13. Goadsby PJ. Update in Headache. In: CD American Academy Of Neurology. 2008.

- 6.14. Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 161-172.

15. Ramírez SF. Cefalea en salvas y otras cefaleas paroxísticas. *Cefalea Hoy*. 2001 1: 1-25.