

Más de la mitad de la población ingiere analgésicos y no consulta al médico

Dolor de cabeza: un mal a no subestimar

El dolor de cabeza (cefalea) es el dolor más frecuente en los seres humanos; el 90% de las personas de cualquier edad lo han sufrido en alguna ocasión, siendo el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria y Servicios de Urgencias. En muchas ocasiones se trata de un problema crónico con importante repercusión no solo sobre el paciente sino también sobre su familia y la sociedad en su conjunto (causa importante de ausentismo laboral). Es además una enfermedad cuya importancia tiende a subestimarse, lo que hace que la mayoría de los pacientes no consulten al médico, lo que suele conducirlos a la automedicación y al abuso de fármacos. Esto no solo puede enmascarar y retardar el diagnóstico de los casos graves sino que puede volver crónicas e intratables a las cefaleas más comunes con importante repercusión sobre el paciente. En los países desarrollados más de la mitad de la población ingiere analgésicos y no consulta al médico por su cefalea y esto también sucede en nuestro medio. Todo esto reafirma la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento.



Dr. Fernando Riera
Neurólogo
Ex Prof. Adjunto de Neurología
Coordinador de la Unidad de
Cefaleas del Instituto de Neurología



CLASIFICACIÓN

Podemos diferenciar dos grandes grupos de cefaleas:

Cefaleas primarias

Son aquellas en las que no existe causa subyacente. El diagnóstico puede realizarse por interrogatorio y el examen clínico. No suele ser necesaria la realización de exámenes complementarios. Constituyen la mayoría (más del 85%) de las cefaleas y corresponden a los grupos 1 a 4 de la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) del 2004:

Grupo 1. Migraña

Grupo 2. Cefalea tipo tensional

Grupo 3. Cluster y otras cefaleas autonómico trigeminales

Grupo 4. Otras cefaleas primarias

Cefalea de tipo tensional: es la más común de las cefaleas primarias y todos la hemos presentado en alguna ocasión. Se caracteriza por un dolor leve a moderado, opresivo, bilateral, alrededor de la cabeza y del cuello que dura de 30 minutos a 7 días. Suele asociarse a estrés, malas posturas, fatiga o depresión. No presenta náuseas y vómitos, puede presentar contractura muscular de cabeza y cuello. No empeora con la actividad física y desaparece con la ingestión de analgésicos y relajantes musculares.

Migraña: Es la segunda cefalea por su frecuencia y la causa más importante de repercusión sobre la calidad de vida y causa de mayor pérdida laboral dentro de las cefaleas. Hay antecedentes familiares positivos en 60% de los pacientes. Se conocen 2 formas:

Migraña sin Aura

Es la forma más frecuente de migraña. Se define como una cefalea con al menos 5 ataques de 4 a 72 horas de duración, que cumplan al menos 2 de los criterios siguientes: unilateral, pulsátil, de intensidad moderada a severa y que se agrava con la actividad física interfiriendo con las tareas habituales. Debe asociar al menos uno de los siguientes síntomas: náuseas y/o vómitos, intolerancia a la luz y/o el ruido.

Migraña con Aura

Además del dolor que tiene las características ya descritas aparecen síntomas neurológicos originados en la corteza o el tronco cerebral que se conocen como "aura". Se trata de síntomas: sensitivos (hormigueos, adormecimiento en cara y brazo), sensoriales (visuales: zonas sin visión, o de visión brillante o distorsionada, alucinaciones) o trastornos en la comprensión o expresión del lenguaje. Esta tiene hasta 60 minutos de duración y

en general precede hasta en una hora a la cefalea. Ocasionalmente el aura puede empezar concomitantemente o incluso después del dolor.

El tratamiento de la migraña se basa en tres fundamentales:

1. Identificación y si es posible, supresión de los factores desencadenantes fundamentalmente el estrés (por ej. con técnicas de relajación o ejercicio físico moderado), reposo nocturno suficiente y una dieta equilibrada.
2. Tratamiento sintomático adecuado de los ataques: analgésicos, antieméticos y medicación específica (triptanos y ergóticos). El uso de esta medicación debe limitarse a 2 días semanales como máximo, so pena de cronificar la cefalea.
3. Tratamiento preventivo de las crisis recurrentes en función de la frecuencia, intensidad e incapacidad que produzcan. Las principales drogas utilizadas son los beta bloqueantes (propranolol, atenolol), antiépilépticos (valproato, topiramato) y calcioantagonistas (verapamilo, diltiacem) y antidepresivos.



La migraña y la cefalea de tipo tensional son la inmensa mayoría de las cefaleas primarias y no estando complicadas pueden ser correctamente manejadas por el médico de atención primaria. Las cefaleas de los grupos 3 y 4 son poco frecuentes, de difícil diagnóstico y tratamiento y difíciles de diferenciar de las cefaleas secundarias, por eso también se las conoce como "cefaleas del especialista" y deben ser manejadas por el neurólogo, al igual que las cefaleas secundarias y las cefaleas primarias cronificadas.

Cefaleas secundarias

Las cefaleas secundarias son aquellas en las que suele existir lesión subyacente (tumor, traumatismo, hemorra-



gia, infección, enfermedad sistémica). Corresponden a los grupos 5 a 13 de la clasificación de la IHS. Los exámenes complementarios son importantes para su diagnóstico.

Es importante saber **qué características en un dolor de cabeza alertan sobre la posibilidad de una cefalea secundaria y por tanto de** una patología potencialmente grave que requiere consulta médica en Emergencia.

Las mismas pueden ser esquematizadas en 3 escenarios clínicos:

- **Escenario 1:** corresponde a una cefalea que el paciente percibe como la peor de su vida con: intensidad brutal con máximo alcanzado en menos de 1 minuto y/o con signos focales neurológicos (disminución de fuerzas, pérdida de visión, etc.) y/o con depresión o pérdida de conciencia, vómitos o síncope al inicio. Tiene múltiples causas usualmente graves, debiendo entre ellas descartarse la hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma.
- **Escenario 2:** cefalea severa con fiebre y/o rigidez de nuca. Aunque puede ser producida por una sinusitis e incluso un cuadro gripal debe descartarse una meningitis.
- **Escenario 3:** cefalea de reciente comienzo (días a semanas) sobre todo si es persistente y/o progresiva (aumento de la frecuencia e intensidad de los episodios). Este tipo de cefalea puede verse por fatiga ocular, enfermedades psiquiátricas, abuso de medicación, pero en ellas deben siempre descartarse causas graves: tumor cerebral, sinusitis esfenoidal, hematomas traumáticos de crecimiento lento, trombosis venosa cerebral, entre otras.

Cefalea por abuso de medicación (CAM)

Queremos finalizar este artículo alertando sobre esta cefalea que constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo, siendo la tercera en frecuencia, solo superada por la migraña y la cefalea de tipo tensional.

Se diagnostica CAM frente a un paciente con cefalea por 15 o más días al mes (crónica) que presenta abuso de ergotamina, triptanos, opioides y combinación de medicamentos, durante 10 o más días al mes, durante al menos tres meses. Asimismo, se detecta CAM, derivada del abuso de analgésicos simples o cualquier combinación de los medicamentos anteriores, si los mismos se utilizaron 15 días o más al mes, durante el mismo período, sin uso excesivo de cualquier clase por sí sola.

El abuso de fármacos es la causa más importante de cronificación de las cefaleas primarias y tiene enorme repercusión individual, social y laboral. La cefalea tiene caracteres intermedios entre la migraña y la cefalea de tipo tensional (sin importar cuál de ellas presentaba el paciente inicialmente), volviéndose diaria e intratable. La venta sin receta de la mayoría de estos fármacos, agrava el problema.

El tratamiento consiste en la supresión brusca del o los fármacos involucrados (no es posible con opiáceos, benzodiacepinas) y administración de tratamiento preventivo de la cefalea de base. En general se puede realizar en forma ambulatoria y la mayoría de estos pacientes tienen una notable mejoría de su cefalea.