

# Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
Volume **48**

Número  
Number **1**

Enero-Febrero  
January-February **2004**

*Artículo:*

**Cefalea**

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de  
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

## Monografía

# Cefalea

Nidia Alduncin Laguna,<sup>1</sup> Bernardo Kracer Scott<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Asistente al Servicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### Resumen

La cefalea es uno de los síntomas de mayor prevalencia mundial. Es una de las principales causas de consulta, por lo que su correcta identificación, mediante una historia clínica detallada, es esencial para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Esta condición es generalmente benigna, sin embargo, puede llegar a ser incapacitante. Es de vital importancia el reconocimiento de los signos de alarma, que permiten diferenciar un trastorno primario de uno secundario. La cefalea en la mujer presenta características propias que influyen en su manejo. En esta revisión se tratan los diversos tipos de cefalea primaria, se describe su fisiología, sus síntomas característicos, así como su correcto tratamiento. Se espera que al finalizar la lectura de este artículo, el lector será capaz de comprender la incidencia y prevalencia de la cefalea, identificar los diferentes tipos de cefalea primaria, su fisiopatología y adecuado tratamiento, así como reconocer los signos de alarma sugestivos de cefaleas secundarias.

**Palabras clave:** *Cefaleas, tipos, migraña, jaqueca.*

### Summary

Headache is one of the most frequent symptoms in clinical work. It is probably the first cause of consultation. Its correct identification, provided by a detailed clinical history, is essential for its adequate diagnosis and treatment. It is generally a benign condition, although, in some cases it may be significantly incapacitating. It is of outmost importance to recognize the red flags, which allow the differentiation between a primary and a secondary headache disorder. Headaches in women present peculiar features that influence in their management. This article describes the types of primary headaches, their pathophysiology, symptoms and correct management. It is expected that after careful consideration any physician will be able to understand the incidence and prevalence of headache, identify the different types, their pathophysiology and adequate treatment, as well as to recognize the red flags suggestive of secondary headache.

**Key words:** *Headache, migraine.*

La cefalea es parte de la experiencia humana.<sup>2</sup> La prevalencia de cefalea a lo largo de la vida es mayor al 90%. En estudios recientes se estima que en los Estados Unidos el 25% de la población adulta presenta episodios recurrentes anuales de cefalea severa y un 4% presenta cefalea diaria.<sup>1</sup> La cefalea es el síntoma somático más frecuente reportado en niños. A pesar de que la cefalea es rara en los niños menores de 4 años, su prevalencia incrementa a lo largo de la infancia, alcanzando un pico a los 13 años de edad en ambos sexos; se estima que un 75% presenta cefaleas esporádicas y un 10% presenta cefaleas recurrentes. Existe una asociación entre cefalea en la infancia y diversos factores psicosociales como depresión en la madre, depresión en el niño, desventajas sociales y el pertenecer a una familia con historia de padecimientos asociados al dolor. No es rara la asociación cefalea con dolor abdominal recurrente, el cual, es otro síntoma somático común en los niños. Los síntomas somáticos funcionales en adultos y la cefalea sugieren que estos síndromes comparten muchos factores etiológicos incluyendo el estrés psicológico; por lo tanto es posible especular que la cefalea en la infancia representa un riesgo mayor de padecer síntomas psicosomáticos, psicológicos y psiquiátricos en la edad adulta. La prevalencia de cefalea en el niño está aumentando en el mundo desarrollado, por lo que es de esperarse un incremento de los síntomas somáticos y psiquiátricos en un futuro próximo.<sup>6</sup>

Una historia clínica detallada y sistematizada es esencial para el diagnóstico y el tratamiento correcto de esta condición, que a pesar de ser generalmente benigna, puede llegar a ser incapacitante. Un reporte en voluntarios seleccionados aleatoriamente, mostró un 41% de incapacidad en hombres y un 50% de incapacidad en mujeres, debido a cefaleas severas.<sup>2,3</sup> La cefalea es una de las principales causas de consulta al médico general y al neurólogo.<sup>3</sup> Existe una disparidad entre la severidad de la cefalea y su etiología orgánica que propicia el uso indiscriminado de estudios de imagen.<sup>2</sup> Menos del 2% de los pacientes en la consulta y del 4% de los pacientes en los servicios de urgencia, presentan cefalea secundaria a una patología de importancia,<sup>1</sup> lo que revela su asociación con problemáticas personales y sociales tales como el mismo dolor, la incapacidad, el deterioro de la calidad de vida y dificultades económicas.<sup>3</sup> Las cefaleas recurrentes debilitantes,

frecuentes y asociadas a síntomas neurológicos o sistémicos ameritan estudios cuidadosos y completos.<sup>1</sup>

La historia clínica es la clave para el diagnóstico; ésta debe de ser lo suficientemente detallada para asegurar al paciente y al médico que no existe una causa preocupante de la cefalea.<sup>2,3</sup> El llevar un diario por algunas semanas ayuda a establecer el patrón de los ataques, los síntomas y los medicamentos utilizados. Un cambio en el patrón significa algo nuevo, circunstancias agravantes o el inicio de un nuevo factor causal.<sup>3</sup> Dentro de la historia clínica los elementos de importancia por indagar son: las características del dolor, su localización, su inicio, los factores precipitantes y mitigantes, la presencia de aura, otros síntomas asociados, la duración, frecuencia y evolución.<sup>2</sup> La medición de la presión arterial y el examen neurológico, incluyendo la visualización del fondo de ojo, son indispensables.<sup>3</sup> La exploración neurológica es normal en pacientes con cefaleas primarias que no presentan en ese momento dolor de cabeza. La historia y los resultados de la exploración física general y neurológica identifican correctamente a los pacientes que no necesitan más evaluaciones diagnósticas.<sup>2</sup> Los estudios de neuroimagen raramente contribuyen al diagnóstico de la cefalea cuando el interrogatorio y la exploración no sugieren una causa subyacente.<sup>3</sup> En un estudio realizado por la Academia Americana de Neurología se encontró que la incidencia de hallazgos de importancia clínica en los estudios de neuroimagen fue del 0.4% al 2.4%, lo que refuerza la importancia de realizar una historia clínica cuidadosa.<sup>2</sup> El uso rutinario de la electroencefalografía para la evaluación de los pacientes con cefalea no está indicado.<sup>1</sup>

Como primer paso en la semiología de la cefalea se deben buscar datos que sugieran una causa secundaria de la misma, mediante la historia clínica y el examen físico. Los estudios de neuroimagen, los análisis de sangre y de líquido cefalorraquídeo están indicados sólo cuando haya datos sugestivos de cefalea secundaria, tales como: cambios fundamentales o progresión en el patrón de la cefalea, cefalea de primera vez o empeoramiento de la misma, ataques de inicio súbito incluyendo aquellos que despiertan al paciente al estar dormido, anormalidades en el examen físico (general o neurológico), síntomas neurológicos que duren más de una hora, nuevos ataques de cefalea en personas menores de 5 años o mayores de 50, nuevos ataques en personas con cáncer, inmunosuprimidos o embarazadas, cefalea asociada a alteración y/o pérdida del estado de conciencia y cefaleas precipitadas por actividad física, sexual o la maniobra de Valsalva.<sup>1</sup>

Dentro de la fisiopatología general de la cefalea se encuentran estructuras sensibles e insensibles al dolor. Las estructuras sensibles al dolor son: todas las capas del cuero cabelludo, los músculos, el periostio, la duramadre y sus arterias, las arterias extracraneales y las arterias intracraneales proximales, las venas extracraneales, intracraneales y los senos para-

nasales. Las estructuras insensibles al dolor son: los huesos del cráneo, las venas del diploe, la pia-aracnoides, el parénquima cerebral, el epitelio ependimario y los plexos coroides. Las estructuras intracraneales sensibles al dolor, sobre todo la duramadre y las porciones proximales de los grandes vasos intracraneales, reciben inervación del trigémino, fibras sensitivas de los pares craneales IX y X y de la segunda y tercera raíces nerviosas sensitivas cervicales. En general, el dolor procedente de un lado de la cavidad intracraneal se irradia al mismo lado de la cabeza hasta que los factores causantes distorsionan la anatomía intracraneal a la altura de la línea media o bloquean las vías del líquido cefalorraquídeo; cuando esto sucede, el dolor se vuelve bilateral. Dentro de los mecanismos causantes del dolor se encuentran: tracción, desplazamiento y dilatación de los vasos sanguíneos, compresión e invasión de los nervios, dilatación y colapso del sistema ventricular, así como, la inflamación de todas las estructuras sensibles al dolor.<sup>4</sup>

Se cree que el dolor en la cefalea es transmitido a través de una red de fibras sensitivas perivasculares intracraneanas, que se originan en el ganglio del trigémino, que corren por las capas adventicias de los vasos cerebrales y se proyectan a través de la corteza, la duramadre y el mesencéfalo. La estimulación directa del nervio trigémino y de los vasos cerebrales produce dolor; los otros síntomas agregados son causados por la inflamación estéril al liberarse neuropéptidos vasoactivos y otras sustancias como la serotonina. La cefalea resulta cuando se activa el sistema trigémino-vascular produciéndose una compleja cascada de procesos bioquímicos y cambios vasculares. La complejidad de este proceso puede explicar el porqué de la implicación de tan diversos factores en el origen y/o exacerbación de la cefalea, y porqué tantos agentes farmacológicos y otros no farmacológicos pueden aminar los síntomas bajo algunas circunstancias, pero no en otras.<sup>5,11</sup>

La cefalea puede ser clasificada como primaria o secundaria. La cefalea primaria es aquella que no se encuentra asociada a alguna causa subyacente; mientras que la cefalea secundaria es debida a una causa patológica.<sup>2</sup> Una vez excluidas las causas secundarias de la cefalea, es conveniente dividir a las cefaleas primarias en episódicas o crónicas. La cronicidad es definida por la Sociedad Internacional de Cefaleas como aquellas condiciones que presenten ataques con una frecuencia mayor de 15 días al mes, por más de 6 meses.<sup>1</sup>

#### Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea:<sup>7</sup>

1. Migránea
2. Cefalea tensional
3. Cefalea en racimo y hemicrania paroxística crónica
4. Otras cefaleas no asociadas a lesiones estructurales
5. Cefalea asociada a trauma cráneo-encefálico
6. Cefalea asociada a trastornos vasculares

7. Cefalea asociada a procesos intracraneales no vasculares
8. Cefalea asociada a sustancias nocivas o con su abstinencia
9. Cefalea asociada a infecciones no encefálicas
10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos
11. Cefalea y dolor facial asociados a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales
12. Neuralgias craneales, dolores de troncos nerviosos y dolor por desaferentación
13. Cefalea no clasificable

Las principales cefaleas primarias son la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimo, las cuales junto con la cefalea secundaria por abuso de medicamentos, representan los casos más comúnmente vistos en la consulta.<sup>2,3</sup> De éstas, las que presentan con mayor frecuencia un curso crónico, son la migraña y la cefalea tensional, lo cual puede estar relacionado a trauma físico o emocional, cambios en el estilo de vida, cirugías y cambios hormonales en la mujer. Comúnmente estos pacientes hacen sobreuso de medicamentos para la cefalea aguda, relajantes musculares, sedantes, o ansiolíticos, que pueden perpetuar el trastorno de cefalea. Los pacientes con enfermedades comórbidas tales como depresión, ansiedad, insomnio, fibromialgia y aquéllos con cefaleas incapacitantes, merecen atención especial.<sup>1</sup>

## La migraña o jaqueca

La migraña es un trastorno neurovascular común, crónico e incapacitante, caracterizado por ataques de cefalea severos, disfunción del sistema nervioso autónomo y en algunos pacientes, la presencia de aura que incluye síntomas neurológicos.<sup>8</sup> Afecta del 2 al 15% de la población mundial; presenta una mayor prevalencia en los años productivos,<sup>3</sup> con un pico a la mitad de la adolescencia.<sup>8</sup> Es más común en la mujer que en el hombre, con una relación de 3:1.<sup>2,3</sup> Sin embargo, este trastorno es a menudo sub-diagnosticado y por lo tanto, no tratado: el 42% de los pacientes son diagnosticados erróneamente con cefalea por sinusitis y el 32% con cefalea tensional.<sup>1</sup> El 60% de las personas con migraña entre los 7 y 15 años de edad, continúan con ataques después de los 30 años; pero en la mitad de estos pacientes, los ataques se presentan con menor frecuencia y severidad que en la infancia,<sup>6</sup> y algunos pacientes pueden presentar aura visual sin cefalea en la edad adulta.<sup>3</sup> La migraña se caracteriza por episodios de cefalea que comúnmente son de tipo punzante, de gran intensidad y frecuentemente unilaterales.<sup>8</sup> Sin embargo, el 40% de los pacientes con migraña presentan cefalea bilateral y el 50% presentan cefalea no pulsátil.<sup>1</sup> El dolor de la migraña comúnmente dura entre 4 y 72 horas, con una media de 24 horas. La frecuencia media de los ataques es de 1.5 por mes. El 10% de

los pacientes presentan ataques semanales.<sup>2,8</sup> Un estudio reciente demostró que el 46% de los pacientes con migraña presentaron síntomas autonómicos craneales, tales como lagrimo y congestión nasal, síntomas que comúnmente se asocian a cefalea por sinusitis.<sup>1</sup> Las manifestaciones clínicas con mayor sensibilidad para el diagnóstico son la presencia de náusea, exacerbación del dolor con la actividad física y fotofobia. Los síntomas clínicos de mayor especificidad en el diagnóstico diferencial son: náusea, fotofobia y fonofobia. Los factores más comunes que desencadenan los ataques son el estrés, ciertos tipos de comida (queso, chocolate y alcohol), el ayuno y la menstruación (una semana antes del inicio de la misma); otros factores menos comunes son la falta de sueño, perfumes u olores y los cambios climáticos.<sup>2</sup> En una tercera parte de los pacientes, los ataques son precedidos o acompañados por síntomas neurológicos focales transitorios que comúnmente son visuales; la migraña con aura, anteriormente conocida como migraña clásica o jaqueca.<sup>3,8</sup> El aura visual se puede clasificar como fenómenos visuales positivos, escotoma centellante que se dispersa del centro hacia la periferia (en zigzag); y negativos, como la presencia de hemianopsia.<sup>2,3</sup> Las auras no visuales pueden ser sensoriales, afásicas o motoras, las cuales comúnmente se acompañan del aura visual. Por lo general la duración de los síntomas del aura es menor a 30 minutos. Bajo los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea, el aura debe durar más de 4 minutos y menos de 60 minutos.<sup>2</sup> Por lo general es diagnóstico invariable de migraña, los episodios de cefalea incapacitante inclusive sin datos de alarma, de cefalea diaria y de abuso de analgésicos.<sup>1</sup>

La migraña es una forma de cefalea neurovascular: iniciada por dilatación de los vasos sanguíneos resultando en dolor y la consiguiente activación nerviosa. La migraña no es causada por un evento vascular primario. La explicación biológica primaria fina en la migraña es la disfunción de canales iónicos en los núcleos aminérgicos del tallo cerebral, los cuales normalmente modulan las aferencias sensitivas e influyen en los vasos craneales. En pacientes con migraña hemipléjica familiar, se han identificado mutaciones sin sentido en la subunidad alfa-1 de los canales de calcio dependientes de voltaje de tipo P/Q. Es posible que mutaciones en otros canales iónicos contribuyan a la migraña sin aura, ya que principalmente las causas de migraña con aura han sido asociadas al locus de la migraña hemipléjica familiar. Probablemente debido a esto, el aura de la migraña sea un proceso separado de la cefalea, determinado por genes susceptibles al aura, y posiblemente el dolor y las manifestaciones asociadas a la migraña sean determinadas por otros genes.<sup>8</sup> Lo que parece cierto es que la migraña presenta una historia familiar, comúnmente subestimada.<sup>2</sup> Existe evidencia de un incremento significativo del riesgo de presentar cefalea en niños con madres biológicas que tienen una historia de cefalea, incluyendo a la migraña.

Esto puede reflejar una combinación del comportamiento aprendido y la predisposición genética. Los niños con historia de cefalea tienen un mayor riesgo de padecer migraña en la edad adulta, independientemente de la historia de cefalea por parte de la madre.<sup>9</sup>

La migraña es probablemente el resultado de una disfunción en el tallo cerebral o en los núcleos diencefálicos que intervienen en la modulación de la sensibilidad (nocicepción) de las vías aferentes craneovasculares. El aura se caracteriza por una onda de oligoemia que atraviesa la corteza cerebral con una velocidad característicamente baja, de 2 a 6 milímetros por minuto. La oligoemia es precedida por una corta fase de hiperemia, lo que se correlaciona con los síntomas luminosos del aura visual. La oligoemia deprime la función neuronal y ocurre al inicio de la cefalea. La afección de la rama oftálmica del trigémino y la sobreposición con estructuras inervadas por C2, explica la distribución común del dolor en la migraña en las regiones frontales y temporales, así como en las regiones parietales, occipitales y cervicales superiores, las cuales en esencia representan dolor referido. La activación periférica del trigémino en la migraña se debe a la liberación del péptido vasodilatador relacionado al gen de la calcitonina. El dolor puede ser por combinación de una percepción alterada de las aferencias craneovasculares, que normalmente no son dolorosas, y de la activación de mecanismos dilatadores neurovasculares que son funcionalmente específicos de la rama oftálmica del nervio trigémino.<sup>8</sup>

En el 60% de las mujeres, la cefalea empeora durante el periodo menstrual. Sólo un 14% de las mujeres presenta cefalea exclusiva con la menstruación, la cual se denomina migraña menstrual que puede ocurrir días antes o durante la menstruación. Se asocia a una declinación de los estrógenos (ovulación, menstruación, semana placebo de los anticonceptivos orales y el parto) y los síntomas mejoran con el incremento de los niveles de estrógenos (embarazo). Los cambios en el patrón de la cefalea que se presentan por fluctuaciones en los niveles de estrógenos, son debidos a que los esteroides sexuales son capaces de alterar directamente la función y morfología neural. La migraña es 10 veces más frecuente en mujeres que usan anticonceptivos orales; sin embargo, existen reportes de mujeres que no experimentan cambios en el patrón de la cefalea e incluso algunas presentan una mejoría de la cefalea.<sup>5,11</sup>

La migraña está fuertemente relacionada con la ansiedad y con una personalidad hiperreactiva al estrés (nerviosa, sensible y que fácilmente se preocupa), independientemente de su sexo, historia de cefalea o antecedente de cefalea materna. Se propone que la identificación temprana y el tratamiento de los niños con ansiedad persistente podría ayudar a reducir el riesgo de desarrollar migraña.<sup>9</sup>

El tratamiento no farmacológico consiste en la educación del paciente acerca del mecanismo de la cefalea, los posibles tratamientos y los cambios en el estilo de vida para evitar los desen-

cadenantes del dolor. El tratamiento farmacológico se puede dividir en terapia aguda y preventiva. La terapia aguda consiste en el uso de antiinflamatorios no esteroideos simples o combinados, y cuando éstos sean contraindicados o no sean efectivos después de dos horas, está indicado el uso de los agentes antimigránnos específicos. Éstos incluyen los triptanos (agonistas de los receptores 5-HT1B y 5-HT1D, ya que los niveles periféricos de serotonina se encuentran disminuidos durante el ataque de migraña) y la dehidroergotamina (vasoconstrictor y agonista serotoninérgico).<sup>1,3,7,8</sup> El uso de analgésicos opioides se encuentra indicado cuando la terapia aguda ha fallado o se encuentra contraindicada. El uso de la terapia aguda se debe limitar a dos días por semana para evitar la cefalea por abuso de medicamentos.<sup>1</sup> El tratamiento preventivo se encuentra indicado cuando la frecuencia de los ataques sea mayor de dos veces por semana, cuando la terapia aguda haya fallado, cuando esté contraindicada o haya causado efectos adversos, cuando la cefalea produzca incapacidad seria a pesar del uso de la terapia aguda, en la presencia de síndromes migrañosos no usuales (migraña hemipléjica basilar, aura prolongada e infartos migrañosos) o por decisión del paciente. La terapia preventiva consiste en el uso de beta-bloqueadores, antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos.<sup>1,3,7,8</sup> Los beneficios clínicos por lo general se observan después de dos meses de tratamiento.<sup>1</sup>

## Cefalea tensional

Es la cefalea primaria y crónica más común,<sup>2</sup> con una prevalencia de hasta el 80%.<sup>3</sup> En un estudio se mostró una prevalencia en la población general del 69% en hombres y del 88% en mujeres.<sup>2</sup> Está caracterizada por la ausencia de síntomas asociados (náusea, fotofobia y fonofobia). El dolor tiene una intensidad de leve a moderada, generalmente bilateral, no pulsante,<sup>1</sup> aunque puede llegar a ser pulsante y unilateral.<sup>2</sup> La cefalea comúnmente es descrita como una sensación de presión alrededor de la cabeza, que en ocasiones involucra el cuello.<sup>3</sup> Según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas, la duración del dolor debe ser entre 30 minutos y 7 días; sin embargo, en la mayoría de los pacientes la duración es menor de 24 horas. Como esta duración es similar al de la migraña, la duración de las cefaleas no es un factor útil que las distinga.<sup>2</sup> La cefalea tensional crónica, ocurre por definición, por más de 15 días al mes y puede presentarse diariamente y sin remisión; afecta al 2-3% de los adultos, los cuales pueden estar significativa y crónicamente incapacitados. La cefalea tensional es común en la gente sedentaria;<sup>3</sup> puede estar relacionada al estrés o asociada con anormalidades musculoesqueléticas funcionales o estructurales a nivel cervical o craneal. Estudios muestran que las lesiones del cuello y espalda durante la infancia aumentan el riesgo de padecer cefalea tensional en la edad adulta.<sup>9</sup> No es raro que la cefalea tensional sea desencadenada por estrés o hambre.<sup>2</sup> El tratamiento no farmacológico incluye téc-

nicas de relajación, manejo del estrés y la psicoterapia. No hay agentes farmacológicos específicos, pero los ataques agudos pueden ser tratados con antiinflamatorios no esteroideos simples o combinados, los cuales se deben de limitar a dos días por semana para evitar la cefalea por abuso de medicamentos. En los pacientes con cefalea tensional crónica es recomendable el uso combinado de amitriptilina y el manejo del estrés.<sup>1,3</sup> La fisioterapia en la nuca y dorso se encuentra indicada en el tratamiento de los síntomas musculoesqueléticos. Se recomiendan cambios en el estilo de vida para reducir el estrés. El valproato sódico es en ocasiones útil. En casos de cefalea tensional crónica no remitente puede haber necesidad de referir al paciente a una clínica del dolor.<sup>3</sup>

### Cefalea en racimo

Es una condición extremadamente desagradable e incapacitante<sup>1,3</sup> que afecta a 1 de cada 1,000 hombres y a 1 de cada 6,000 mujeres.<sup>2,3</sup> La edad media de aparición es alrededor de los 30 años.<sup>2</sup> Existe una predisposición familiar del 26%, en contraste con la migraña.<sup>2</sup> Gran parte de los pacientes afectados son fumadores.<sup>3</sup> Se caracteriza por episodios de dolor intenso estrictamente unilaterales, con una duración de minutos a horas,<sup>1,3</sup> presentándose una o varias veces al día,<sup>3</sup> de localización comúnmente periorbitaria, seguida por una localización frontal o temporal. Se encuentra asociada a síntomas autonómicos nasales u oculares, tales como: inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración facial, miosis, ptosis y edema palpebral. Los ataques pueden ser recurrentes a lo largo de varias semanas o meses, característicamente con una duración de 6 a 12 semanas, una vez al año o cada dos años, en la misma época del año. Comúnmente ocurren durante la noche, despertando al paciente.<sup>1,3</sup> Las presentaciones atípicas son más comunes en las mujeres. En la forma crónica, la cual es menos común, no hay remisión entre los ataques, dejando una cefalea leve de base. La forma episódica se puede volver crónica y la crónica episódica, pero una vez presente, la cefalea en racimo puede persistir por más de 30 años.<sup>3</sup> Al ser éste un padecimiento poco común, frecuentemente no es diagnosticado, por lo que son frecuentes tratamientos erróneos tales como la extracción de piezas dentarias. El alcohol comúnmente desencadena los ataques, por lo que su consumo debe ser evitado durante el mismo.<sup>3</sup> El tratamiento farmacológico consiste en el uso de agentes preventivos de corto plazo, como los corticoesteroides o el tratamiento de ergotamina en las primeras 2 a 4 semanas. Los episodios crónicos pueden requerir el uso de verapamilo, metilsergida o carbonato de litio por meses. El tratamiento de primera línea en los ataques agudos es la administración de oxígeno al 100% de 7 a 12 litros por minuto, por 15 minutos. El único agente abortivo altamente efectivo es la administración subcutánea de sumatriptán con dehidroergotamina pa-

renteral, teniendo como alternativas sumatriptán intranasal y lidocaína intranasal.<sup>1,3</sup>

### Abuso de medicamentos

Esta cefalea puede presentarse tanto en niños como en adultos,<sup>10</sup> siendo más común en mujeres que en hombres (5:1).<sup>3</sup> Ocurre cuando se consumen diariamente medicamentos para tratar la cefalea por otra causa,<sup>1,3,10</sup> cuando se consumen dosis elevadas de los mismos o múltiples medicamentos.<sup>3</sup> En adultos es comúnmente provocado por el uso frecuente de ergotamina o por antiinflamatorios no esteroideos, en los cuales el compuesto no analgésico, como la cafeína, es la causa de la cefalea. En los niños puede ser desencadenada por el uso de un solo medicamento, tal como el paracetamol.<sup>10</sup> Este tipo de cefalea presenta un patrón diario o casi diario, desapareciendo después de algunas semanas de haber suspendido los medicamentos.<sup>10</sup> Es de característica opresiva, comúnmente de mayor intensidad al despertar por la mañana y aumenta después del ejercicio. La cefalea fluctúa con el uso de los medicamentos. Un dato clave es cuando los pacientes toman los medicamentos antes de que se presente la cefalea, en vez de usarlos para aliviar una cefalea en curso. No se desarrolla cuando se consumen analgésicos por otras razones, como por lumbalgia crónica o enfermedades reumáticas.<sup>3</sup> El mecanismo de su aparición no se conoce. El tratamiento principal consiste en la suspensión de los medicamentos y la educación del paciente.<sup>3,10</sup> La identificación temprana es importante, ya que el pronóstico a largo plazo depende de la duración del abuso del medicamento. Inicialmente al suspenderlo puede existir un empeoramiento de la cefalea, sin embargo, después de dos semanas ésta empieza a mejorar y en el 50 al 75% de los casos regresan al patrón original. El porcentaje de recaída es del 40% a los 5 años.<sup>3</sup>

En resumen la cefalea es un trastorno común, que debe ser correctamente diagnosticado, para lograr su adecuado tratamiento. Existen muchos aspectos aún no comprendidos en la fisiopatología, dejando incógnitas en cuanto al papel que juegan las influencias hormonales en su desarrollo, las cuales si fueran resueltas se lograría mejorar aún más el tratamiento de esta entidad y con esto la calidad de vida de los pacientes.

### Referencias

1. Kaniecki R. Headache Assessment and Management. *JAMA* 2003; 289(11): 1430-1433.
2. Smetana GW. The Diagnostic Value of Historical Features in Primary Headache Syndromes: a Comprehensive Review. *Arch Intern Med* 2000; 160(18): 2729-2737.
3. Steiner TJ, Fontebasso M. Headache: Clinical Review. *BMJ* 2002; 325(7369): 881-886.
4. MacBryde B. Signos y Síntomas: Fisiopatología Aplicada e Interpretación Clínica. 6<sup>a</sup> ed. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. México D.F. 1989: 66-67.
5. Von Wald T, Walling A. Headache during Pregnancy: CME Review Article. *Obstet Ginecol Surv* 2002; 57(3): 179-185.

6. Fearon Paul, Hotopf Matthew. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ* 2001; 322: 1-6.
7. Cady R, Dodick D. Diagnosis and Treatment of Migraine: Review. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(3): 255-261.
8. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine: Current Understanding and Treatment. *N Engl J Med* 2002; 346(4): 257-270.
9. Waldie K, Poulton R. Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: A 26 year longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 86-92.
10. Symon DNK. Twelve cases of analgesic headache. *Arch Dis Child* 1998; 78(6): 555-556.
11. Dawn M. Focus on Primary Care: Diagnosis and Management of Headache in Women. *Obstet Ginecol Surv* 1999; 54(6): 395-402.