

III Jornada y Taller nacional científico de residentes y profesionales de la salud
Policlínico Docente Cristóbal Labra | Del 6 al 27 de mayo 2024



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282

Apuntes de la Cefalea

Dr. Jainer Cobas Garcia ¹, **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0004-0938-9080>

Dra. Marynes Blake Creagh ², **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0004-3012-6955>

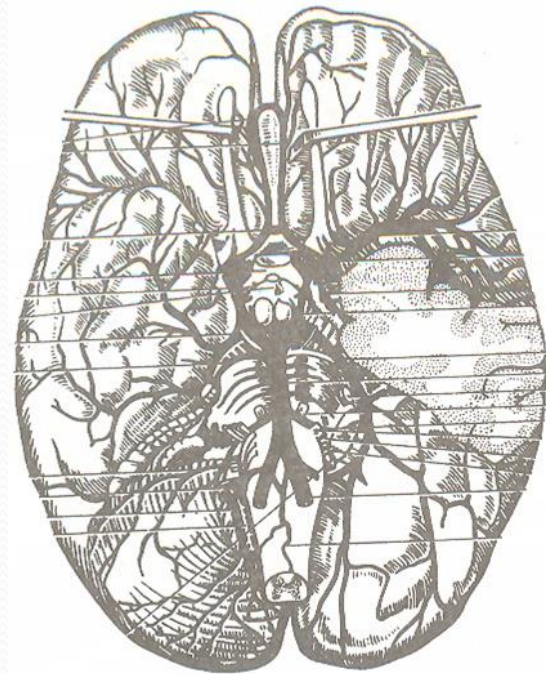
¹ Residente de tercer año en Medicina General Integral, Policlínico Hermanos Martínez Tamayo, Profesor Instructor, Baracoa, Guantánamo, Cuba. **Email:** jainer.cobas@gmail.com

² Especialista de primer grado en Medicina Natural y Tradicional, Policlínico Emilio Daudinot Bueno, Profesor Asistente, Guantánamo, Cuba. **Email:** marynesblake30@gmail.com

Baracoa 2024

¿Qué es Cefalea?

La cefalea es toda sensación dolorosa que tiene lugar en la parte superior de la cabeza, desde el reborde orbitario hasta la nuca.



Estructuras que duelen en la cabeza

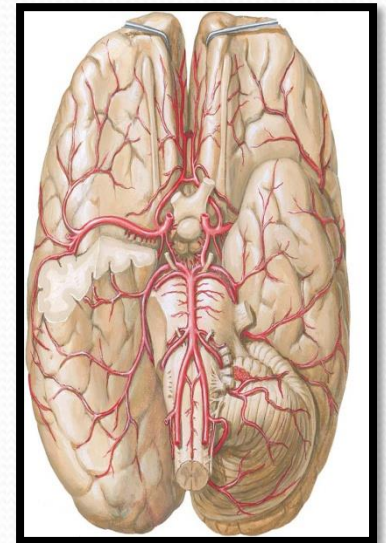
- Piel y tejido celular subcutáneo de toda la cabeza.
- Músculos del cuero cabelludo y la nuca.
- Arborizaciones de las arterias y venas extracraneales.
- Periostio extracraneal.
- Arteria meníngea media en su recorrido dural.
- Duramadre en:
 - Porción vecina a los senos venosos longitudinal, occipital y transversal.
 - Suelo de la fosa anterior.
 - Suelo de la fosa posterior.

Estructuras que duelen en la cabeza

- Cara superior e inferior de la tienda del cerebelo.
- Principales senos venosos (seno longitudinal superior, seno transverso, seno occipital, prensa de Herófilo, vena de Labbé).
- Recubrimiento pioaracnoideo de las arterias de la base.
- Polígono de Willis y grandes arterias cerebrales (cerebral anterior, cerebral media, cerebral posterior, tronco basilar y sus ramas).
- Troncos nerviosos craneales con función sensitiva, así como las tres primeras raíces cervicales.

Estructuras que no duelen en la cabeza

- El cráneo.
- El parénquima cerebral.
- La mayor parte de la duramadre, piamadre y aracnoides.
- Revestimiento endotelial de los ventrículos y los plexos coroideos.





Patogenia

Se produce cefalea cuando existe irritación de las estructuras sensibles por estiramiento, compresión, tracción, desplazamiento o inflamación.

Los estímulos dolorosos extracraneales son conducidos por el:

- V par craneal

- Nervio occipital mayor y menor

- Rama oftálmica

-IX, X, XI par craneal y fibras de las primeras raíces cervicales

La cefalea tiene 3 tipos topográficos que son:

Cervicalgia

Algias faciales

Cefalea



Clasificación de la Cefalea

CEFALEAS PRIMARIAS:

Recidivantes, curso benigno.

Frecuentes, 90-95%.

- ❖ **Migraña: con-sin aura.**
- ❖ **Cefalea tensional.**
- ❖ **Cefalea en racimos**

CEFALEAS SECUNDARIAS:

Peligrosas.

Síntomas de patología subyacente. 10-15%.

- ❖ **Traumatismo Craneal.**
- ❖ **Trastornos Vasculares.**
- ❖ **Alteraciones Metabólicas.**
- ❖ **Infecciones.**

Etiología (cefaleas secundarias):

- Arteritis temporal.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Meningoencefalitis.
- Hipertensión intracraneal.
- Hipertensión arterial.
- Cefalea por Hipotensión del LCR.
- Cefalea post-traumática crónica.
- Cefalea epiléptica.

Otras causas de cefalea secundaria

- Cefalea de causa ocular.
- Relacionada con alteraciones de las estructuras nasales o auditivas.
- De causa dentaria.
- Relacionada con neuralgia de pares craneales.
- En la evolución de una artritis temporomaxilar.



Clínica de la Cefalea

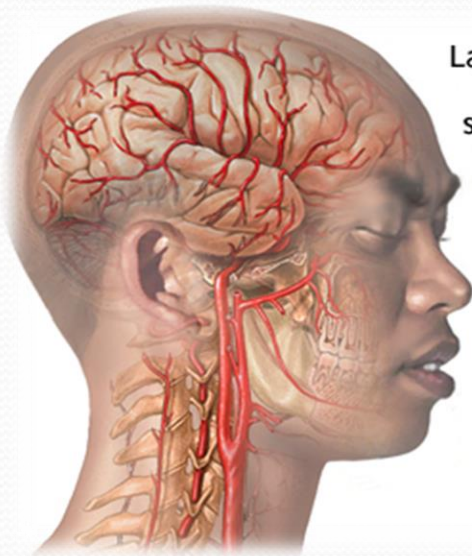
	<u>MIGRANA</u>	<u>CEFALEA TENSIONAL</u>	<u>EN RACIMOS</u>
<i>Localización</i>	Unilateral	Bilateral	Estrictamente Unilateral
<i>Intensidad</i>	Moderada/ Severa	Moderada	Severo
<i>Duración</i>	4 a 72 horas	30 min. a 7 días	15 a 70 minutos
<i>Síntomas asociados</i>	Si	No	Si
<i>Genero</i>	Femenino > Masculino	Femenino > Masculino	Masculino > Femenino
<i>Calidad</i>	Pulsátil	Opresivo	Quemante





Migraña

Es tres veces más común en las mujeres que en los hombres



Las anomalías de los vasos sanguíneos son un componente de las cefaleas vasculares, como la cefalea migrañosa y la cefalea en racimos

Cefaleas

De los senos paranasales: el dolor generalmente está detrás de la frente y/o los pómulos	En brotes: el dolor se da en y alrededor de un ojo	Por tensión: el dolor es como una banda que aprieta la cabeza	Migraña: dolor, náuseas y cambios visuales son típicos de la migraña clásica
--	--	---	--





Diagnóstico

A
N
A
M
N
E
S
I
S

- ¿Cuándo empezaron sus dolores de cabeza?
- ¿Cada cuánto tiempo le duele?
- ¿Qué características tiene el dolor? (intensidad, evolución)
- ¿Cuál es su duración?
- ¿Dónde le duele?
- ¿Cómo definiría su dolor?
- ¿Existen factores que producen, desencadenan o alivian el dolor?
- ¿Tiene otros síntomas acompañantes?
- ¿Qué medicamentos toma o ha tomado?
- ¿Tiene más de un dolor de cabeza?
- ¿Qué piensa de su dolor de cabeza?



**E
X
P.
F
Í
S
I
C
A**

Exploración general:

Signos Vitales. Auscultación cardiorrespiratoria

Macizo craneofacial: boca, articulación

temporomandibular,

Palpación de pulsos

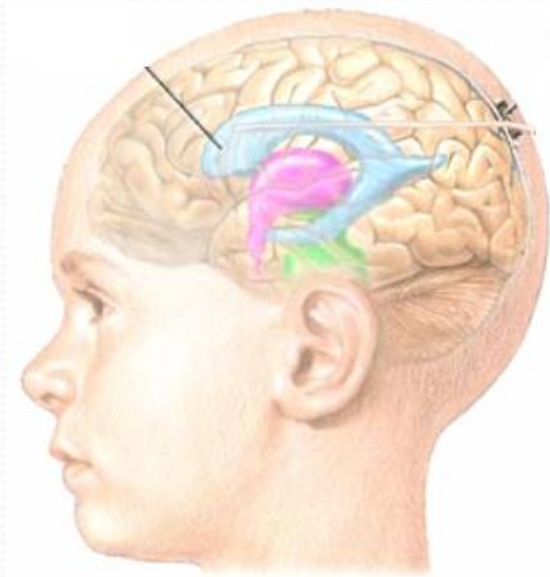
temporales en mayores de 60 años.





EXPLORACION NEUROLOGICA DE UN PACIENTE CON CEFALEA

- 1- Nivel de conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.
- 2- Pares craneales.
- 3- Asimetría de hemicuerpos.
- 4- Sensibilidad dolorosa y posicional.
- 5 - Marcha, pruebas de equilibrio y coordinación.



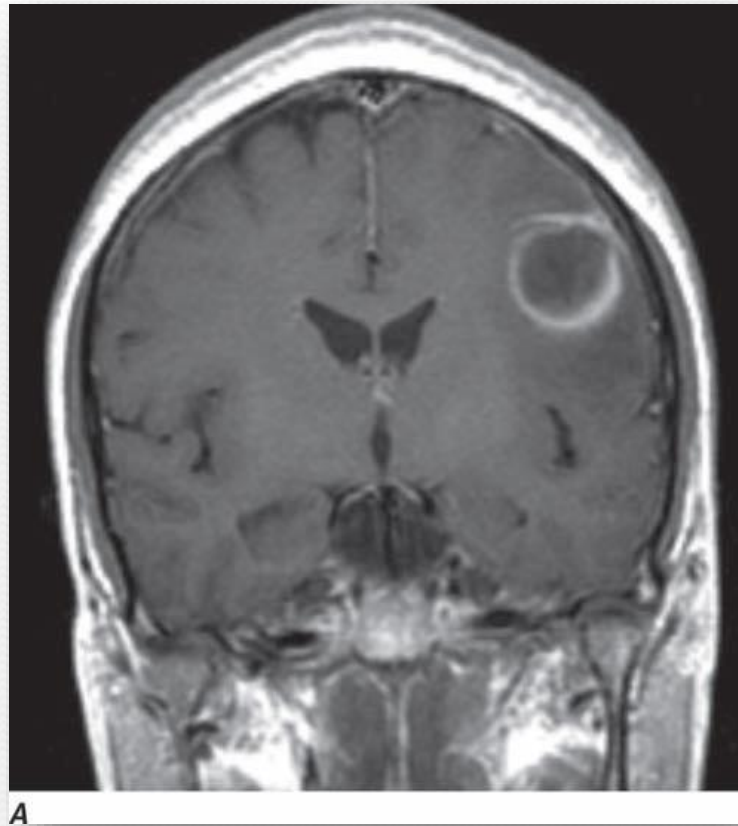
Apoyos complementarios

De laboratorio

- Hemograma Completo
- VSG
- Urea y creatinina
- LCR

Imagenológicos

- Rx de cráneo (AP, lateral y Towne) y columna cervical
- TAC contrastada



RMN(Tomada del Harrison 18va edición)

Tratamiento

Cefalea de tipo tensional

- Amitriptilina y el doxepín (sinequán), administrados una vez al día, preferiblemente antes de dormir, dosis :25 mg a 75 mg .-Además, se utilizan relajantes, calor local y fisioterapia encaminada a fortalecer la musculatura cervical.



Cefalea agrupada o arracimada:

Medidas generales

- Están encaminadas a **instruir al paciente acerca de su enfermedad** y a conocer el horario preferente de los ataques, así como la importancia de **suprimir la ingestión de alcohol**.

Tratamiento preventivo de la crisis

- Metisergida (lysenil o desenil), en dosis de 4 mg/día a 12 mg/día.
- Verapamilo, en dosis de 240 mg/día a 600 mg/día.
- Carbonato de litio, en dosis de 600 mg/día a 1 200 mg/día.
- Prednisona, en dosis de 15 mg/día a 60 mg/día.

Tratamiento abortivo de la crisis

- Oxigenoterapia.
- Derivados del ergot.(ergofeína: tabletas con 1 mg de ergotamina y 100 mg de cafeína), se toman preferentemente por vía sublingual, hasta cuatro tabletas al día)
- Succinato de sumatriptán: por vía oral en dosis de 100 mg o en dosis de 6 mg por vía subcutánea,

Cefalea migrañosa

Tratamiento preventivo del ataque migrañoso

- Disminuir o abolir la ingestión de alimentos como queso, yogur, chocolate, vino rojo, tomate, entre otros, que son ricos en serotonina.
- Evitar la ingestión de alcohol.
- Los productos con cafeína, tiramina y feniletilamina (los dos últimos, aditivos químicos para algunos alimentos) deben ingerirse poco.

- **Incluye medicamentos como:**

- . Metisergida se inicia con dosis de 2 mg/día y se incrementa progresivamente hasta llegar de 8 mg/día a 12 mg/día.
- . Propranolol: 80 mg/día a 160 mg/día.
- . Amitriptilina: 25 mg antes de dormir.
- . Verapamilo se utiliza comenzando con 240 mg al día que se aumentan hasta 480 mg diarios.

Tratamiento abortivo del ataque migrañoso

- Asociación de acetaminofén y codeína: 1 tableta tres veces al día (cada tableta contiene 325 mg de acetaminofén y 50 mg de butalmital).
- Florinal, combinación de aspirina (325 mg), butalmital (50 mg) y cafeína (50 mg), en igual dosis que el anterior.
- Ergotamina (ergofeína): 1 mg a 2 mg al comienzo de la crisis, seguido de 2 mg al cabo de 1 h.
- Indometacina (supositorio): un supositorio de 30 mg cada 30 min, sin sobrepasar un máximo de cuatro.
- El succinato de sumatriptán, reduce la intensidad o hace desaparecer el ataque migrañoso en el 70 % de los pacientes

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas crónicas primaria (migraña o tensión).
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.
- Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.

“Donde quiera que se ame el arte de la medicina, se ama también la humanidad”.

