

Cefaleas



Cómo son y cómo se tratan

Jesús Porta-Etessam
Unidad de Neurología
Clínica La Luz
MADRID

¿Qué se entiende por cefalea?

Cuando hablamos de cefalea nos referimos a un dolor de cabeza.

No todos los dolores de cabeza son iguales, en la actualidad conocemos más de 150 tipos distintos. Se pueden clasificar en dos grupos: **1.- cefaleas primarias**, en las que la enfermedad es la propia cefalea, es decir, que no son debidas a ninguna lesión craneal y **2.- cefaleas secundarias**, en las que la cefalea es un síntoma que provoca otra enfermedad, por ejemplo el dolor de cabeza que acompaña a una gripe o a una resaca.

La mayoría de las cefaleas no se deben a causas graves y suelen ser primarias (migraña o cefalea tipo tensión) o debidas a situaciones especiales como una resaca o golpes banales. La intensidad de la cefalea no indica la gravedad de la misma. Así, hay cefaleas primarias con dolores muy intensos, como la migraña o la cefalea tipo tensión, y secundarias debidas a procesos graves que pueden ser de dolor leve.



¿Cuándo se debe preocupar uno por su cefalea?

La mayoría de las cefaleas son primarias, es decir, no se deben a ninguna lesión, por lo podemos estar tranquilos. Sin embargo, en el caso de cefaleas que despierten al paciente por la noche, que aparezcan al realizar esfuerzos (como tos, hacer de vientre, ...), que sean como una explosión dentro de la cabeza, que aparezcan con la fiebre, que aparezca en pacientes mayores a los que nunca les había dolido la cabeza antes, dolores de cabeza que aumenten progresivamente de intensidad o dolores

de cabeza en los que los pacientes presenten síntomas neurológicos (el paciente no puede hablar, tiene pérdida de fuerza,...) entre otros, en estos casos usted debería consultar a su neurólogo.

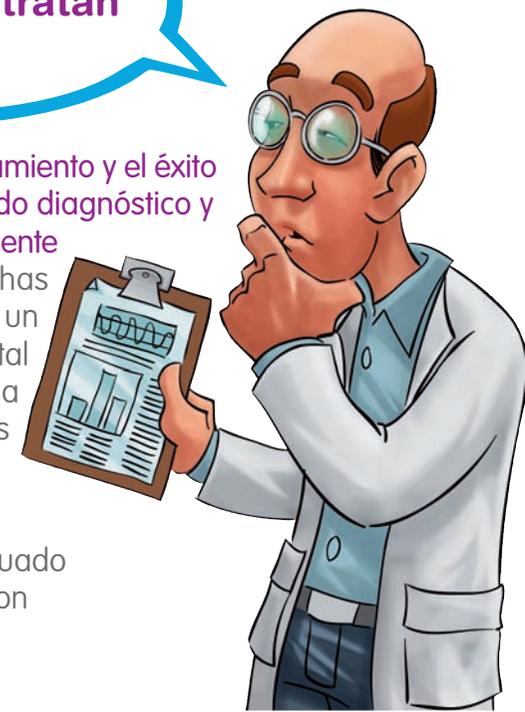
También nos debe preocupar si nuestra cefalea primaria (migraña por ejemplo) es cada vez más frecuente y necesitamos tomar muchos analgésicos. En ese caso podría estar cronificándose y es importante poner un tratamiento específico para mejorar y evitar que se cronifique.



¿Todas las cefaleas primarias se tratan igual?

No. Cada dolor de cabeza tiene su tratamiento y el éxito en el mismo dependerá de un adecuado diagnóstico y de diseñar el tratamiento para cada paciente de manera individual. Es más, en muchas de las cefaleas primarias diseñaremos un tratamiento a medida del paciente, de tal manera que dos pacientes con migraña puede que se les pongan tratamientos completamente distintos.

Este punto es clave, por lo que un adecuado diagnóstico es fundamental para dar con el mejor tratamiento.



Migraña

Sí, ambas palabras hacen referencia exactamente a lo mismo: el término migraña deriva de "hemicrania" (media cabeza) y jaqueca es de origen árabe, pero ambos términos son absolutamente sinónimos.

¿Es lo mismo migraña que jaqueca?

La migraña es un dolor intenso, habitualmente afecta a un lado de la cabeza, aunque puede afectar toda ella o a la región de detrás.

¿Cómo es una migraña?

Suele ser pulsátil, como un corazón que late, y en muchos pacientes tienen náuseas, vómitos, les molestan las luces, los ruidos y en ocasiones los olores. También muchos pacientes no quieren mover la cabeza o hacer esfuerzos porque les suele empeorar el dolor y por eso suelen buscar un lugar tranquilo.

¿A qué se debe la migraña?

La primera causa de la migraña la desconocemos, pero sabemos que existe casi desde que existe la humanidad.

La migraña tiene un factor genético, de ahí que los pacientes con migraña suelen tener familiares con dolor de cabeza y también influyen factores como las hormonas, el ayuno, la luz, ... Sabemos que en la migraña está involucrada una parte del cerebro que se llama hipotálamo, porque hay pacientes que los días previos presentan cambios en los hábitos de la alimentación

También, sabemos que la corteza cerebral (la parte más externa, donde están las circunvoluciones) sufre un fenómeno de despolarización (como si dejara de funcionar un rato) y esto podría justificar el "aura" (la visión de luces, estrellas, ver a través del agua, ...) que sufren algunos pacientes con migraña antes de aparecerles el dolor de cabeza.

También, sabemos que el tronco del encéfalo (una parte del cerebro que controla el dolor, los movimientos de los ojos, ...) se activa y que el trigémino (el nervio que lleva el dolor y la sensibilidad de la cara) libera sustancias en la meninge y produce dolor. Se sabe mucho, pero nos queda mucho por investigar.

¿Es verdad que antes se pueden ver luces o hablar raro?

Sí, y afecta de 2 a 3 de cada 10 pacientes con migraña que experimentan lo que se llama aura (vientecillo anunciador) y que se presenta previo al dolor de cabeza. Los síntomas que suelen aparecer son: hormigueo, ver luces como zig-zags, o como ver a través del agua entre otros. La alteración del lenguaje es rara, pero puede aparecer y si es la primera vez que le sucede, es recomendable que acuda a urgencias.

Habitualmente aparecen y se desaparecen poco a poco y no suelen durar más de una hora.



¿Cómo se diagnostica una migraña?

La migraña se diagnostica con la historia clínica, es decir, hablando con el paciente y viendo cómo es su cefalea y posteriormente haciendo una detallada exploración neurológica.

La migraña, por lo general, presenta unas características tan típicas que es difícil de confundir con otra cefalea. Por lo general, no es necesario hacer ninguna prueba y podemos hacer un diagnóstico y poner un tratamiento con el recurso más importante que hay en medicina, hablar con el paciente.

He oído que la migraña es por los alimentos, ¿qué hay de cierto?

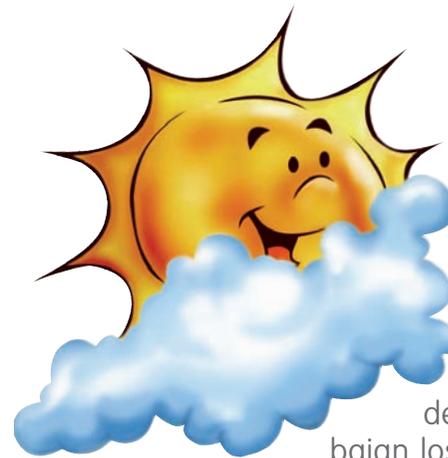


Esto es incorrecto. Es verdad que en 1 de cada 5 pacientes con migraña puede haber algún alimento que le induzca los ataques de migraña, pero generalizarlo es un error. Imagínese tener dolor de cabeza y encima no poder tomar los alimentos que nos gustan, cuando no son los culpables de nuestro dolor.

Por lo general, se suele recomendar, a alguno de los pacientes, en los que se sospecha que algún alimento le desencadena la migraña, que hagan un calendario y apunten los días que tienen migraña y ver si ese día comieron algún alimento de la tabla 1.

Resumiendo, no se deben hacer las dietas que puede ver en las revistas de los kioscos porque posiblemente no tengamos ningún desencadenante en la alimentación y, si tenemos alguno, es mejor descubrirlo y eliminarlo según el esquema anterior.

¿Hay que hacer muchas pruebas?



Y los nervios, ¿la migraña la producen los nervios o los cambios de tiempo?

La migraña tiene muchos desencadenantes, pero cada paciente tiene los suyos y es absurdo generalizar. Para unos son los cambios de tiempo, a otros la regla (porque bajan los estrógenos) y a otros ninguno y, simplemente les duele cuando le toca. Es así de simple.

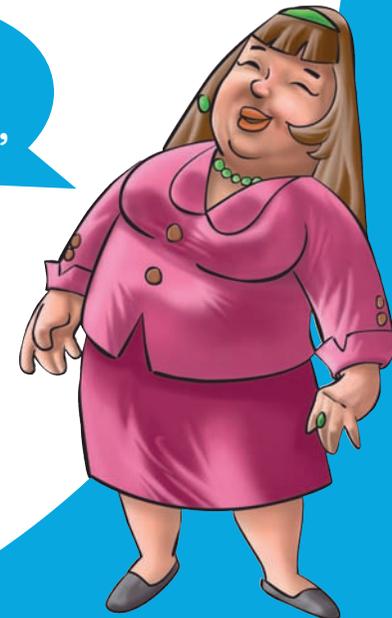
En este sentido, si es importante valorar bien el uso de los anticonceptivos en pacientes con migraña, dado que pueden empeorar en algunos casos y a mí personalmente no me gusta que los tomen las pacientes con migraña con aura, a no ser que sea necesario, para esto lo mejor es consultar con su neurólogo.

También, los cambios de ritmo, o el ayuno en algunos pacientes, pueden hacer aparecer la migraña de fin de semana.

Me han dicho que esto se soluciona con la menopausia, ¿es verdad?

No, depende de cada paciente, hay pacientes que incluso pueden empeorar, esto es muy habitual en la perimenopausia.

Por eso, es importante un adecuado seguimiento y si observamos un aumento de frecuencia en el dolor de cabeza, entonces hay que consultar al neurólogo para valorar la posibilidad de un tratamiento preventivo.

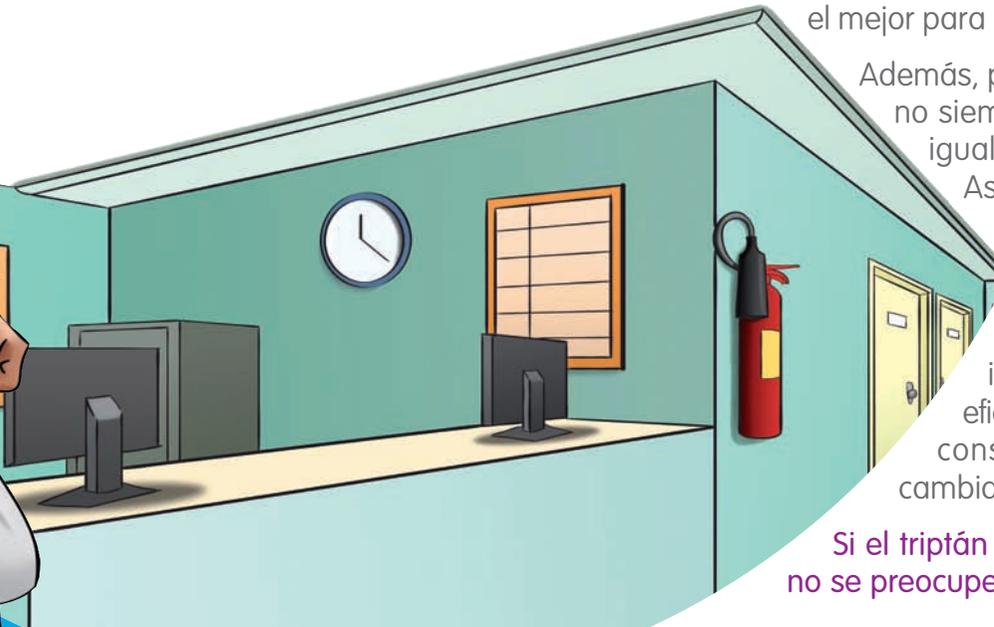


¿Para las crisis de migraña debo tomar paracetamol?

Actualmente disponemos de muchos tratamientos para la migraña. Habitualmente los dividimos en: tratamiento de las crisis, preventivos y medidas no farmacológicas.

Dentro de los tratamientos de las crisis, disponemos de los antiinflamatorios, que pueden ser útiles sólo en algunas crisis, los triptanes, que son fármacos específicos para tratar la migraña y de los que disponemos de distintos principios activos con perfiles diferentes (tabla 2) y finalmente, los procinéticos, que ayudan en la absorción rápida de los fármacos y en algunos casos pueden disminuir las náuseas y los vómitos. Los triptanes no son fármacos "fuertes" sino que, son específicos y son seguros.

En ocasiones, asociamos los triptanes con antiinflamatorios y procinéticos. Los triptanes son fármacos muy eficaces y tomados de manera precoz (cuando el dolor es leve) pueden mejorar mucho el dolor a los pacientes y los síntomas que acompañan al dolor como las náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia, pero **es fundamental que no espere a que el dolor sea fuerte**, porque si se espera demasiado, el triptán no será tan eficaz como sería deseable.



¿Cómo debo tomar los triptanes? (tabla 3)

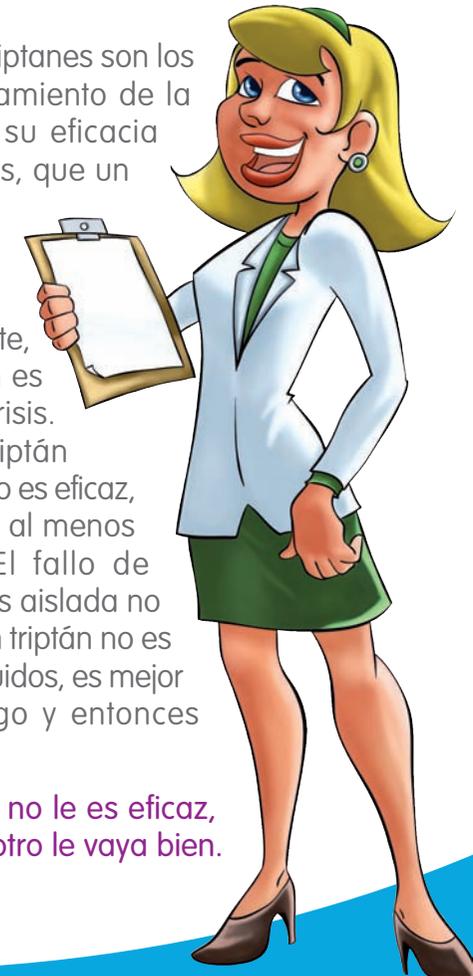
Los triptanes son los únicos fármacos de los que disponemos que son específicos para tratar las migrañas. Se deben tomar de manera precoz, es decir, **cuando el dolor de cabeza es leve**. Si se espera a que el dolor sea intenso, la respuesta será menor y el fármaco no actuará debidamente. Si la migraña no responde al primer comprimido, habitualmente, a las dos horas se puede tomar otro comprimido. Si el tratamiento de las crisis se asocia a procinéticos (domperidona, metoclopramida, ...) puede aumentar su respuesta y obtener mejores resultados. En pacientes que no responden a los antiinflamatorios (ibuprofeno o naproxeno) o a triptanes la combinación de ambos en una crisis puede aumentar la eficacia.

Desafortunadamente, a pesar de que los triptanes son los únicos fármacos específicos para el tratamiento de la migraña, éstos no son 100% eficaces y su eficacia depende de muchos factores, así mientras, que un triptán es eficaz para un paciente, puede no serlo para otro (su neurólogo le aconsejará el mejor para usted).

Además, para el mismo paciente, no siempre el mismo triptán es igual de eficaz en cada crisis.

Así, para saber si el triptán que le han prescrito no es eficaz, hay que probarlo al menos en 3 ataques. El fallo de eficacia en una crisis aislada no implica ineficacia. Si un triptán no es eficaz en 3 ataques seguidos, es mejor consultar a su neurólogo y entonces cambiar el tratamiento.

Si el triptán que le han prescrito no le es eficaz, no se preocupe porque puede que otro le vaya bien.



¿Y si me duele la cabeza todos los días?

En pacientes que tienen frecuencia alta de crisis (4 ó más al mes) o que no responden al tratamiento de las crisis o por otros motivos, podemos poner un tratamiento preventivo. Existen distintos grupos farmacológicos y podemos diseñar un tratamiento a medida de cada paciente (ver tabla 4). Además, en el momento actual disponemos de otras aproximaciones terapéuticas como los bloqueos anestésicos o la toxina botulínica. En breve plazo es posible que dispongamos de nuevos fármacos

¿Cómo debo tomar los preventivos (tabla 5)

Los tratamientos preventivos se deben evaluar a los dos meses. Si no se ha observado mejoría en ese tiempo, es poco probable que sean eficaces, aunque se mantengan más tiempo. El tratamiento siempre debe ser individualizado. Los tratamientos preventivos los mantendremos un mínimo de 6 meses. Si existen efectos secundarios importantes, es mejor cambiarlo por otro. Disponemos de más de 20 aproximaciones terapéuticas distintas, por lo que deberemos consultar con nuestro neurólogo.

Tabla 1

Alimentos que pueden inducir cefalea en ALGUNOS migrañosos.

Ahumados	Otros derivados lácteos
Alcohol	Paté
Algunos edulcorantes	Queso curado
Chocolate	Substancias con cafeína
Comida china	Tabaco
Conservas	Tomate frito
Frutos secos	zumos de cítricos

IMPORTANTE: La migraña producida por alimentos afecta a menos de un 20% de los pacientes y habitualmente sólo algunos alimentos la producen y no todos.

Tabla 2

Los triptanes son fármacos útiles para la migraña

Almotriptan
Eletriptan
Frovatriptan
Naratriptan
Rizatriptan
Sumatriptan
Zolmitriptan

Tabla 3

Recomendaciones en el tratamiento de las crisis

- Tomarlo de manera precoz
- Si no mejora en 2 horas se debe tomar otra dosis
- Valorar en determinadas condiciones asociar
- La asociación de triptanes y antiinflamatorios puede mejorar la respuesta
- La eficacia se debe valorar en 3 crisis

(existen múltiples fármacos que han demostrado su utilidad en el tratamiento de la migraña):

Tabla 4

Algunos de los fármacos utilizados como preventivos en la migraña

Betabloqueantes	Magnesio
Topiramato	Riboflavina
Zonisamida	Toxina botulínica
Flunarizina	Bloqueo anestésico de nervios craneales
Ác valproico	Otros
Amitriptilina	

Tabla 5

Recomendaciones en el uso del tratamiento preventivo

Su eficacia se evalúa a los 2 meses de tratamiento a dosis adecuadas

El tratamiento siempre debe ser individualizado

Los preventivos los mantendremos un mínimo de 6 meses

Si existen efectos adversos importantes se debe cambiar

Un efecto secundario u otra indicación del para mejorar otras condiciones

Es el tratamiento fundamental para los pacientes con crisis frecuentes