A EN CIFRAS

300 Son los **tipos de dolores de cabeza existentes**, siendo los más comunes, la cefalea tensional y la migraña.

12% **Población española que sufre de migraña**. Es más frecuente en mujeres entre los 20 y 50 años.

70% **Población española que padece cefaleas tensionales**, que es el tipo de dolor de cabeza más frecuente.

15 **días de un dolor de cabeza al mes** y durante más de 4 horas al día, establecen que la cefalea es crónica.

95% **de las cefaleas son primarias.** El resto -secundarias-, son de instauración brusca, por algún trastorno craneal o cerebral (hemorragias, infartos, tumores...),aunque también pueden estar causadas por infecciones o la automedicación.

B TIPOS Y CAUSAS

Cefaleas primarias: las más frecuentes

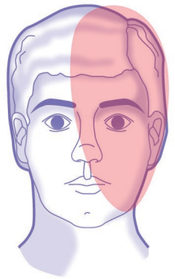
Las cefaleas o dolores de cabeza en las que no se puede demostrar ninguna alteración estructural ni metabólica que justifique el dolor son las más frecuentes, y suponen el 95% de los casos. Las más habituales son las migrañas o jaquecas, las cefaleas tensionales y en racimos.

Prevalencia en:

- M Mujeres
- H Hombres
- M-H Ambos

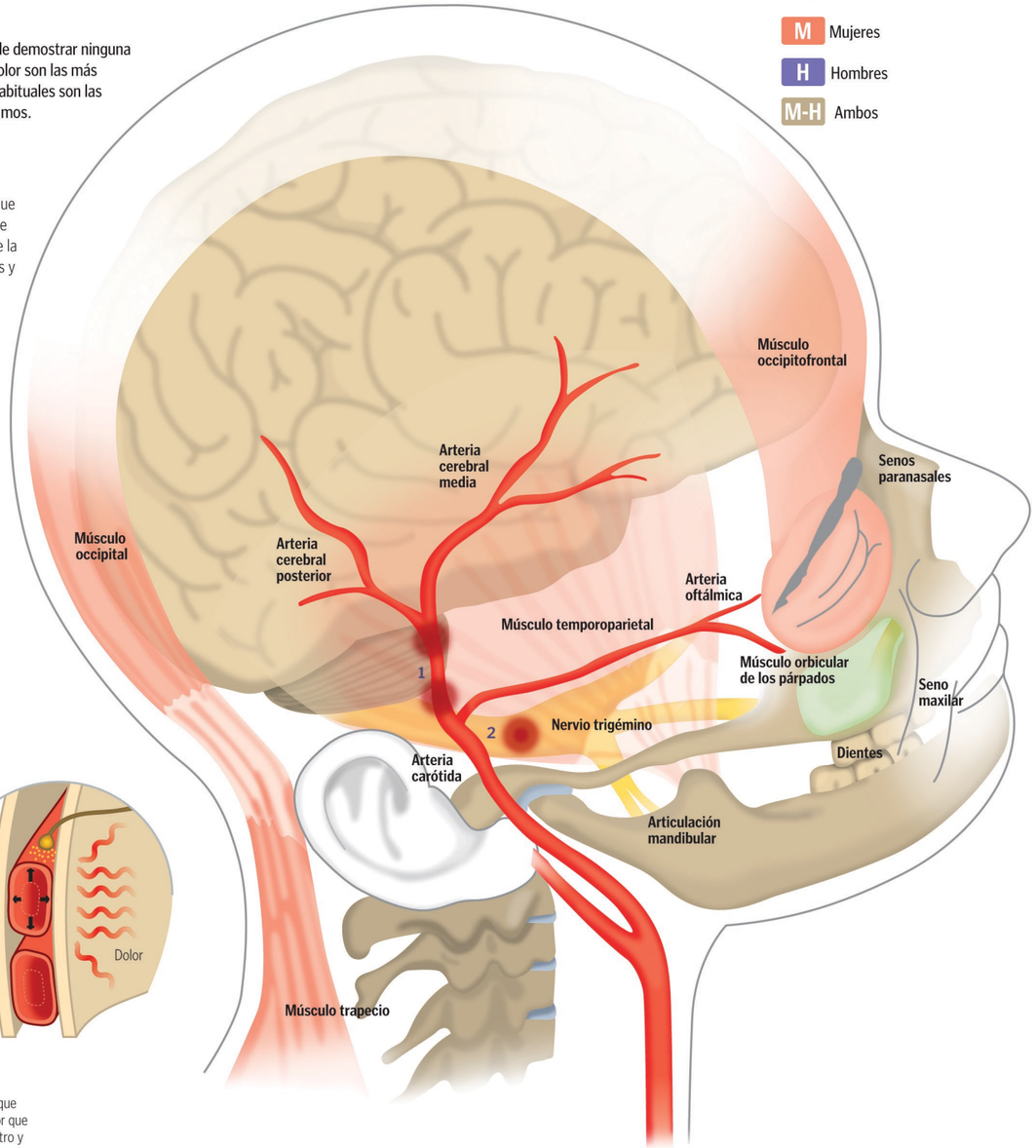
a MIGRAÑAS O JAQUECAS

Episodios repetidos de cefalea de gran intensidad, que impide al enfermo desempeñar sus actividades y que puede durar varios días. El dolor afecta a la mitad de la cabeza, es como un latido, se acompaña de náuseas y vómitos y empeora con la actividad física.

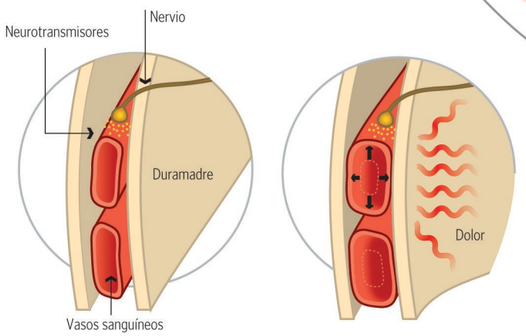


Área de dolor
El dolor de migraña es hemicraneal, afectando a la mitad de la cabeza.

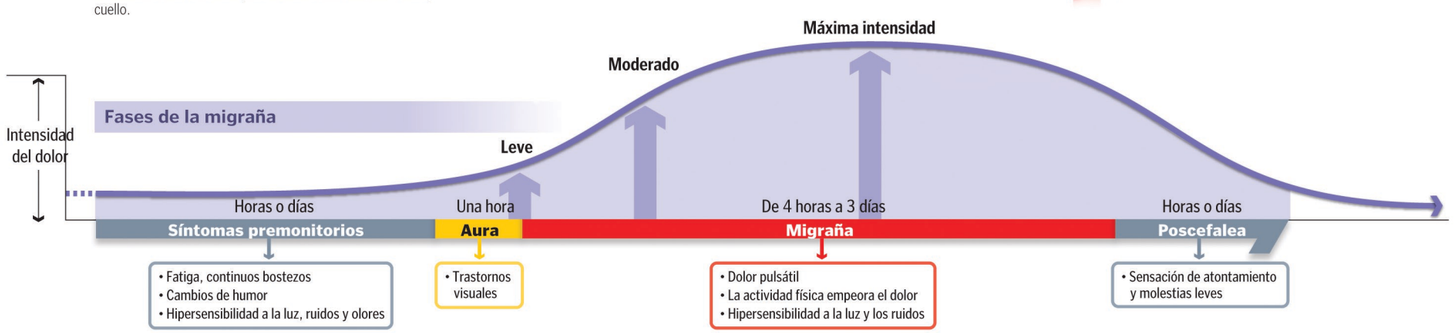
M



1 Inicio del ataque
Algunos alimentos, el vino tinto, la tensión puede desencadenar las crisis.

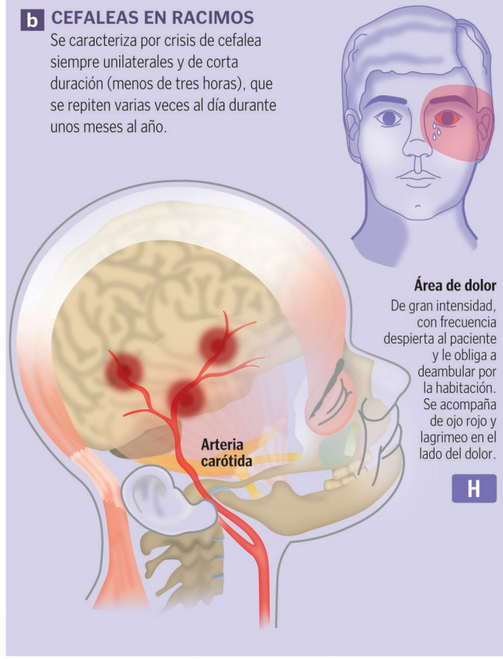


2 Fase del dolor de cabeza
El cerebro emite entonces impulsos eléctricos anormales que dilatan los vasos sanguíneos. La dilatación provoca el dolor que se describe como un latido por las zonas de la cabeza, rostro y cuello.



b CEFALEAS EN RACIMOS

Se caracteriza por crisis de cefalea siempre unilaterales y de corta duración (menos de tres horas), que se repiten varias veces al día durante unos meses al año.

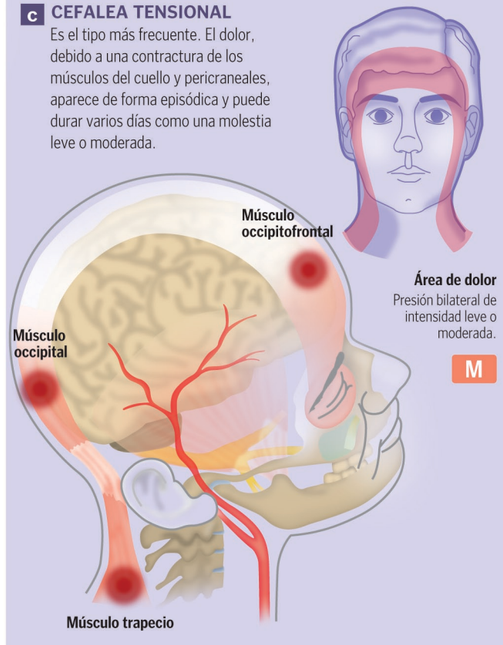


Área de dolor
De gran intensidad, con frecuencia despierta al paciente y le obliga a deambular por la habitación. Se acompaña de ojo rojo y lagrimeo en el lado del dolor.

H

c CEFALEA TENSIONAL

Es el tipo más frecuente. El dolor, debido a una contractura de los músculos del cuello y pericraneales, aparece de forma episódica y puede durar varios días como una molestia leve o moderada.



Área de dolor
Presión bilateral de intensidad leve o moderada.

M

d OTRAS CAUSAS

La presión en los músculos que rodean al ojo por exceso de trabajo o deficiente corrección de la vista, una sinusitis derivada de resfriados, alergias o infecciones, dientes dañados o que se han caído o el desgaste de las articulaciones de la mandíbula también pueden ocasionarlas.

M-H

C DIAGNÓSTICO

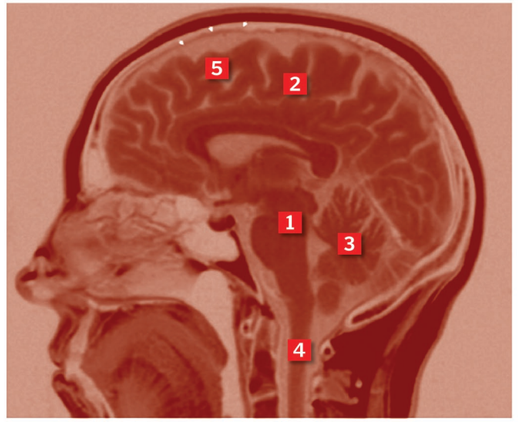
La importancia de describir bien los síntomas

En la evaluación de un paciente con cefalea lo más importante es la historia clínica, es decir, la descripción de los síntomas. Tras ésta se debe realizar una exploración física y neurológica detalladas.

Lo que enseña la Resonancia Magnética

1 Troncoencéfalo
El **generador de migraña** se ha localizado en el **troncoencéfalo** (la zona de transición de la médula espinal al cerebro).

2 Corteza cerebral
En los pacientes con dolores crónicos se han descrito **cambios en los receptores de dolor en la corteza**.



3 Cerebelo
Estructura que participa en el **control del equilibrio**.

4 Médula espinal
La estimulación de los nervios cervicales (nervio occipital mayor) puede mejorar las cefaleas.

5 Duramadre y aracnoides (cubiertas del cerebro)
La **inflamación neurogénica** de la duramadre parece ser uno de los fenómenos responsables del dolor en las crisis de migraña.

D TRATAMIENTO

Paliar los efectos del dolor

Las cefaleas no se curan, aunque la migraña puede mejorar, sobre todo en las mujeres tras la menopausia. Los tratamientos médicos pueden conseguir controlar las crisis de dolor y reducir su frecuencia.

A Tratamiento farmacológico sintomático
Medicamentos que se utilizan durante las crisis de dolor para aliviarlo, bien con **analgésicos simples** (antiinflamatorios, paracetamol) o bien con **fármacos vasoconstrictores** (ergotamina y sobre todo TRIPTANES), especialmente en la migraña y cefalea en racimos. Se están comenzando a usar los inhibidores de CGRP que mejoran la migraña sin efecto vasoconstrictor.

B Tratamiento farmacológico preventivo
Se indica cuando la cefalea es muy frecuente y no responde adecuadamente al tratamiento sintomático. Entre los fármacos preventivos destacan algunos **antidepresivos** (amitriptilina), **antiepilépticos** (ácido valproico y topiramato), **antagonistas del calcio y betabloqueantes**.

© Clínica Universidad de Navarra 2009