Revista Peruana de Neurología 1:23-38, 1995.

ATENCION DEL PACIENTE CON DOLOR DE CABEZA

Pedro Ortiz C.

NOTA PARA EL LECTOR: Este espacio de la Revista está dedicado a los problemas clínicos neurológicos más frecuentes en la práctica médica. Es nuestra intención que estos temas sirvan al neurólogo para la docencia dirigida al médico general o de otras especialidades, con la finalidad de optimizar la calidad de la atención de esta clase de problemas en los servicios médicos de salud de primer nivel. Debemos advertir que artículos como el presente, de ningún modo sustituyen al dominio de los contenidos teóricos que se exponen en los textos y la literatura pertinente. Una constante revisión crítica de los mismos es indispensable para adaptar el conocimiento nosológico general y abstracto de la enfermedad, a la estrategia aquí diseñada para la atención del enfermo individual y concreto.

El dolor es el trastorno que más frecuentemente afecta a las personas. De todas las formas de dolor, el de la cabeza está entre los de mayor incidencia en la población general, aunque se sabe que muchos de los que lo tienen o sufren no acuden en busca de un tratamiento a los servicios médicos de salud. Por ejemplo, quienes tienen dolor de cabeza episódico desde muy jóvenes, o un dolor que fácilmente se atribuye al cansancio, o el que acompaña a una infección banal, por lo general buscan un alivio inmediato con cualquier medio disponible, o lo toleran y pueden proseguir con sus actividades habituales. Pero también es posible que algunas personas no acudan a un servicio médico por carecer de los recursos necesarios, o por desconocimiento de la importancia de su dolor.

Por lo tanto, el médico siempre debe tener en cuenta que cuando tiene ante sí un paciente con dolor de cabeza, es porque algo extraordinario ha tenido que suceder a esta persona para que haya decidido buscar una ayuda formal. Es por ello que nunca se debe minimizar la importancia de su dolor. Pues hasta quienes acuden a una consulta médica por cualquier banalidad, necesitan de una atención seria y responsable, talvez no por el dolor en sí, sino por el sufrimiento que el síntoma traduce o expresa. Es pues importante recordar que cuando una persona con dolor de cabeza ha buscado atención médica, es porque el trastorno significa un marcado contraste con su previo bienestar, porque la intensidad o persistencia del dolor le impiden seguir con sus actividades habituales, o porque sabe o intuye que un dolor de tal naturaleza es signo de una enfermedad que pone en riesgo su integridad o su propia vida.

En ausencia de una estructura formal de servicios de salud, es natural que los pacientes acudan al servicio que tienen más a su alcance o al de su preferencia. Pero, aún en estas condiciones, es posible que los médicos diseñen su estrategia de atención por fases o niveles, tomando en cuenta la naturaleza del problema clínico que presenta el paciente, su presunción diagnóstica, los recursos con que cuenta y sus propias capacidades. En todo caso, no dejará que el curso de la atención de este problema de salud, como el de cualquier otro, quede librado al azar o a la iniciativa del paciente.

Después que el paciente ha sido examinado adecuadamente, no debe ser difícil tomar las decisiones más correctas respecto del diagnóstico de la enfermedad cuyo síntoma principal fue el dolor de cabeza, y sobre la orientación que debe recibir acerca de su atención inmediata y/o a largo plazo: un paciente puede ser atendido directamente en forma ambulatoria con los recursos de un servicio de primer nivel, puede ser referido al hospital local o general, o podría requerir atención en un servicio especializado.

Si bien hay preocupación por clasificar el dolor de cabeza en diversas categorías -de hecho, existen varios sistemas de clasificación (como el de The Headache Classification Committee, 1988)-, conviene saber que como toda clasificación, la del dolor de cabeza sólo sirve como marco teórico de referencia, útil sobre todo para la investigación y la comunicación de los resultados, pues, en sentido estricto, se trata de una clasificación del dolor como síntoma, cuando en realidad se trata de clasificar al paciente como un primer paso tendiente a la explicación de aquellos procesos internos que determinan el síntoma y que luego los concebimos como su enfermedad. No se trata pues de clasificar “el dolor” en general y en abstracto, sino de explicar la naturaleza de los procesos reales que han determinado o determinan la situación actual de un paciente concreto. En otras palabras, según nuestra forma de entender el paciente, se trata de los problemas de una persona única e integral, de un ser total, en quien sus procesos patológicos son al mismo tiempo sociales, psíquicos, funcionales, metabólicos o genéticos, tal como lo son todos los procesos normales que ocurren al interior de una personalidad.

I. DELIMITACION DEL PROBLEMA CLINICO

Debemos recordar que para atender un paciente se requiere, en primer lugar, de una estrategia que oriente adecuadamente nuestra actividad personal frente a él asumiendo que conocemos la naturaleza de su problema clínico. En el caso del paciente con dolor de cabeza, tendremos en cuenta que esta estrategia se basa en la naturaleza de un síntoma -el dolor- que debe caracterizarse previamente, todo lo cual precede a la estrategia basada en un modelo clinicopatológico que se define precisamente a partir del síntoma. Definir el síntoma es diferente o, en todo caso, la primera etapa de una estrategia de atención basada en una categoría diagnóstica (por ejemplo, ataque cerebrovascular, meningitis, tumor cerebral). Esta diferencia es bastante clara en muchos casos, pero no es tanto cuando se trata de la atención de las formas de dolor más frecuentes, por ejemplo, cuando hay que diferenciar entre “cefalea” y “migraña”, entre “cefalea tensional” y la enfermedad que la produce.

Por eso, sólo en cierto sentido -que no nos parece correcto- podemos partir de la idea de que en ciertos casos, como el de la migraña, el dolor es la enfermedad en sí. Pero, si bien en este caso la diferenciación tendría sólo un valor teórico, la situación se complica cuando se cree o se da a entender que “cefalea tensional” también es una enfermedad que, inclusive, puede ser la misma migraña. Consideramos, además, que disquisiciones “teóricas” como la señalada sí afectan, y talvez bastante, la calidad de la atención de los pacientes desde el primer nivel de los servicios, y no únicamente la atención especializada.

Respecto del dolor de cabeza en sí, el problema clínico quedará delimitado cuando se haya llegado a precisar, primero, la verdadera naturaleza del síntoma; segundo, las características fundamentales del dolor: su perfil evolutivo, su localización y su calidad intrínseca; tercero, la presencia y naturaleza de los trastornos que pudieran ser subyacentes o estar asociados al dolor.

No es común, pero algunos pacientes nos hablan de un dolor de cabeza cuando en realidad se trata de sensaciones de otra índole: pueden llamar dolor a la sensación de adormecimiento, de mareo, o de algo que ha sucedido en la cabeza y no pueden describir. En otros casos, son los familiares u otros testigos quienes creen que el paciente tiene dolor de cabeza y así lo refieren al médico. En otras condiciones, el paciente, por alguna limitación cultural, intelectual, o por su mismo estado psíquico, no refiere el dolor que por otras evidencias parece estar presente. En previsión de estos y otros casos similares, nunca se debe tomar un síntoma como ya definido, sin un análisis previo de su verdadera naturaleza, todo lo cual se realiza exclusivamente por medio del examen anamnésico.

Aunque el término “dolor de cabeza” debería referirse a todo dolor percibido en la cabeza, el uso ha sancionado el concepto de “dolor de cabeza” a todo dolor restringido a la superficie convexa del cráneo cubierta por el cuero cabelludo, desde la frente al vértex y el occipucio. Para los dolores localizados por debajo de las cejas se prefiere hablar de dolor de la cara, de los ojos, de muela, etc. según la estructura que se considera afectada. El término “neuralgia” debe reservarse para el dolor patológico que se genera en un nervio.

Sabemos bien que la anamnesis es el procedimiento fundamental de todo examen clínico, más cuando se trata de definir y delimitar un problema clínico a partir de un síntoma. Por eso no es exagerado decir que el diagnóstico del paciente con dolor de cabeza depende casi exclusivamente del análisis y la interpretación de los datos anamnésicos. Por la misma razón, los principales criterios usados en la atención del paciente se deducen de los datos de la anamnesis. El examen actual servirá para detectar la existencia de manifestaciones ostensibles de la posible enfermedad subyacente.

Naturalmente que es importante la descripción exhaustiva del dolor a fin de conocer todas sus características posibles, pero tres de éstas son imprescindibles y nunca pueden ni deben dejarse de examinar con el mayor cuidado y minuciosidad en todo paciente. Como acabamos de señalar, ellas son las características evolutivas, topográficas y cualitativas del dolor. Las demás no dejan de tener sus implicancias, pero prácticamente no son indispensables como criterios de diagnóstico. Por ejemplo, la intensidad del dolor será útil para tomar una decisión terapéutica, pero no servirá para decidir entre una hemorragia intracraneal y un estado de ansiedad como causas del dolor. Aunque la tendencia natural es a considerar un dolor intenso como síntoma de una enfermedad grave, ello no necesariamente es así.

Si tomamos la vivencia dolorosa como la expresión directa de la enfermedad, las variaciones en cuanto a la intensidad y duración de la vivencia en el curso del tiempo, sí pueden tomarse como la real medida de los procesos patológicos subyacentes. Por lo tanto, ningún esfuerzo debe escatimarse a fin de definir con el mayor detalle y toda la precisión posible la “curva” evolutiva del dolor, pues ella es la única

manifestación a partir de la cual podemos deducir la naturaleza del proceso patológico en curso. La tarea no es fácil, pero estos datos son los que nos permitirán conocer la interioridad de la persona, con el proceso de su enfermedad incluido. Como se sabe, la mejor manera de definir estos aspectos temporales del dolor es pidiendo al paciente que establezca el horario y la periodicidad del dolor.

La localización del dolor -esto es, su distribución, extensión y amplitud respecto de la superficie de la cabeza-, es el otro aspecto del estudio del paciente que también se obtiene a través del examen anamnésico. Es indispensable, igualmente, que los cambios en estas características del dolor también tengan que ser referidos al curso del tiempo. En efecto, así como sucede con la intensidad y la duración, estos aspectos espaciales del dolor pueden variar en minutos, horas, días, semanas, meses o años. Este otro aspecto del estudio del paciente con dolor tampoco es tarea fácil y se requiere de una actitud inquisitiva muy responsable de parte del médico, así como de una enorme dosis de paciencia, tanto de parte del examinador como del mismo paciente, hasta lograr una adecuada caracterización del síntoma.

Una vez terminado el examen, con los datos clínicos obtenidos, se podrá delimitar el problema clínico del paciente como un problema de dolor de cabeza cuyas características clínicas más importantes permitirán definir (1) su perfil evolutivo, (2) su perfil topográfico, (3) su perfil fisiopatológico y (4) su perfil patogenético. Cada uno de estos aspectos semiológicos del dolor serán usados luego para inferir el diagnóstico y el pronóstico del enfermo. En la práctica, estos perfiles del dolor, junto a la hipótesis respecto del diagnóstico y el pronóstico, se constituyen en los cinco criterios sobre cuya base se diseña la estrategia de atención efectiva del enfermo.

1. **El criterio evolutivo:** según su perfil evolutivo, el dolor de cabeza de un paciente puede ser 1.1, agudo, 1.2, subagudo o 1.3, crónico.
2. **El criterio topográfico:** según su perfil topográfico, el dolor de cabeza puede ser 2.1, generalizado (bilateral), ó 2.2, localizado (unilateral) -frontal, temporal, parietal u occipital. (Un dolor frontal u occipital bilateral, no debería clasificarse como dolor localizado). Los dolores de la cara, como se ha dicho, usualmente se los clasifica según el órgano afectado, pero debe considerarse la posibilidad de un dolor referido o propagado desde otra fuente.
3. **El criterio fisiopatológico**: basados en el análisis de las características cualitativas del dolor, éste puede ser clasificado básicamente como 3.1, de tipo vasoactivo, 3.2, de tipo mecánico; 3.3. de tipo tensional, 3.4, de tipo inflamatorio, 3.5, de tipo neurogénico, 3.6, de tipo psicogénico, o 3.7. de tipo multifactorial. Cada tipo de dolor presupone una mayor precisión acerca de la estructura anatómica primaria o principalmente afectada, y una precisión -básicamente teórica- acerca de la existencia de los mecanismos más específicos del dolor.
4. **El criterio patogenético:** tomando en cuenta los datos clínicos respecto de los trastornos que han precedido, acompañan o siguen al dolor de cabeza, el paciente puede mostrar 4.1, signos de lesión intracraneal, 4.2, signos de un desorden psicológico, 4.3, signos de enfermedad local de las estructuras superficiales de la cabeza, 4.4, signos de una enfermedad sistémica, ó 4.5, alguna evidencia de un desorden neurovascular de causa no conocida.
5. **El criterio diagnóstico y pronóstico:** Como se ha dicho, los perfiles del dolor así definidos nos sirven para el diagnóstico y el pronóstico del paciente con dolor de cabeza. Pero una vez definidas las probabilidades, podremos usar las presunciones diagnóstica y pronóstica como un criterio adicional para organizar la estrategia de atención del paciente en el nivel más adecuado de los servicios médicos de salud. Sabemos que en su práctica habitual el médico se basa en el diagnóstico para planificar los exámenes auxiliares y diseñar el esquema terapéutico, pero es importante también tomar en cuenta que la hipótesis acerca del pronóstico también puede facilitar la decisión respecto de la transferencia del paciente al nivel de los servicios más apropiado y en el momento más oportuno. Para ello es pertienente utilizar lo que podemos llamar criterios de gravedad o signos de alarma. Desde este punto de vista, el médico debe diferenciar un dolor de carácter benigno de otro de carácter ominoso. Tales criterios son principalmente los siguientes:

   -Cefalea con rasgos inusuales a la edad del paciente;
   -Cefalea de instalación brusca;
   -Cefalea de frecuencia y/o intensidad crecientes;
   -Cefalea crónico que cambia de características;
   -Cefalea que aparece o aumenta con el esfuerzo;
   -Cefalea persistentemente localizada en la misma zona;
   -Cefalea que se acompaña de:

   * Vómitos desde el comienzo

- Pérdida de conocimiento, somnolencia, confusión mental
- Rigidez de nuca
- Crisis epilépticas
- Déficit motor o sensorial
- Edema de papila
- Fiebre.

II. CAUSAS DE DOLOR DE CABEZA

Antes de presentar y discutir los lineamientos prácticos para una estrategia de atención de los pacientes con dolor de cabeza en el primer nivel de los servicios médicos de salud, es necesario reseñar los lineamientos teóricos para decidir el diagnóstico y el pronóstico, una vez que se ha delimitado el problema clínico de un paciente individual. Debemos advertir, por consiguiente, que esta no es una clasificación del dolor de cabeza, sino una guía para clasificar al paciente e intentar una explicación de los procesos patológicos tal como se han desarrollado en esta persona y sólo en ella. Esta es pues una ayuda memoria que podrá usar el médico para delimitar el problema clinicopatológico (personal) de un paciente, es decir, explicar los procesos de su enfermedad que han perturbado el curso de su propia historia. Se trata pues de delinear pautas para una estrategia que deba facilitar la atención de una persona real, individual, y no de pautas para la atención del problema clínico -de la cefalea- en abstracto, en general.

Como todo médico debe saber, desde un punto de vista lógico, la hipótesis diagnóstica y pronóstica respecto del estado actual de un paciente es el único modelo que él elabora y dispone en su pensamiento, sin el cual será difícil o imposible que pueda organizar la estrategia que le sirva para atender ese paciente exclusivamente. Pero, de otro lado, el médico requiere de una lista de posibles enfermedades con cuyos modelos teóricos debe confrontar la biografía clínica de su paciente. Las siguientes son pues un conjunto de formas de clasificar las causas más frecuentes e importantes de dolor de cabeza, sobre todo aquellas que tienen un tratamiento específico que no puede dejarse de aplicar si ese fuera el caso. Creemos que el diagnóstico de un paciente dado se facilita cuando se emplean clasificaciones de múltiple entrada, para lo cual el médico debe emplear una serie de criterios previamente definidos. Los criterios señalados líneas arriba son un ejemplo de como puede elaborarse una clasificación de este tipo para atender a los pacientes con dolor de cabeza.

1. CAUSAS DE CEFALEA SEGUN EL CRITERIO EVOLUTIVO

Como se ha dicho, según su evolución, un dolor de cabeza puede ser agudo, subagudo o crónico.

1.1. Cefalea aguda: por lo general es fácil pensar en cefalea aguda cuando es de inicio reciente y más aún si se ha instalado en forma súbita, brusca o ha llegado a su máxima intensidad en el curso de segundos, minutos o pocas horas. Pero debe pensarse en esta clase de dolor incluso cuando retrospectivamente se refiere que el paciente tuvo un dolor semejante, incluso cuando el dolor persiste por varias semanas o meses desde su inicio. En otros términos, lo que interesa es la forma de instalación. De modo que la posible causa será la misma así el paciente acuda de inmediato o mucho tiempo después de iniciado el cuadro doloroso.

En caso de un dolor de cabeza agudo, debe tenerse en cuenta las siguientes posibilidades:

(a) El dolor es realmente agudo -tal es el caso de la hemorragia subaracnoidea o de otra localización intracraneal, hematoma epidural postraumático, meningitis bacteriana o viral aguda, sinusitis aguda.
(b) El dolor es sólo una exacerbación o una complicación de un dolor crónico, como suele ocurrir en paciesen con migraña o enfermedad depresiva. Cuando un paciente con dolor crónico presenta una exacerbación aguda del dolor o presenta un dolor diferente a los que estaba acostumbrado, debe pensarse en la presencia de cualquiera de las condiciones abajo señaladas, en especial hemorragia intracraneal o hipertensión endocraneana por tumor cerebral.
(c) El dolor es el primer episodio de un dolor de cabeza crónico, como en el caso de un adolescente que posteriormente tendrá otros episodios característicos de la migraña.

Las causas más importantes de cefalea aguda son:

-Hemorragia intracraneal
-Meningitis aguda
-Hidrocefalia hipertensiva aguda
-Glaucoma
-Infección local
-Proceso infeccioso sistémico agudo
-Desorden metabólico general agudo
-Primer episodio de migraña
-Desorden agudo de ansiedad

1.2. Cefalea subaguda: Definimos un dolor como subagudo cuando evoluciona en el curso de varias semanas o pocos meses. Podría incrementar su distribución, duración o intensidad con el tiempo hasta obligar a buscar la ayuda médica. Es más fácil definir como subagudo un dolor continuo, de presentación diaria. Pero puede tratarse de un dolor episódico que se repite a cortos intervalos. En este caso debe precisarse si los episodios son de intensidad cada vez mayor, de duración cada vez más larga, o se presentan a intervalos cada vez más cortos.

Las causas principales son enfermedades de curso subagudo, generalmente progresivo, como las siguientes:

-Hipertensión endocraneana por proceso expansivo o hidrocefalia.
-Hipertensión endocraneana benigna
-Meningitis tuberculosa
-Otras meningitis granulomatosas
-Infección intracraneal localizada
-Migraña
-Enfermedad depresiva

En pacientes con cefalea de curso subagudo, siempre debe tenerse en cuenta, desde el comienzo, la posibilidad de hipertensión endocraneana por tumor, hematoma subdural, hidrocefalia por cisticercosis, meningitis “crónica” por tuberculosis, micosis, cisticercosis, principalmente. Pero también es posible se trate de una asociación de migraña y depresión, o de cefalea tensional debida a una “onda” de enfermedad depresiva.

1.3. Cefalea crónica: No es defícil catalogar un dolor de cabeza de más de seis meses o un año de evolución como síntoma de una enfermedad crónica. A veces, sin embargo, los pacientes acuden en busca de un servicio médico por un episodio doloroso particularmente intenso, por la exacerbación reciente de su dolor, y solamente refieren los cambios más recientes. Debido a esta circunstancia es que se debe preguntar a veces con mucha insistencia sobre posibles episodios o temporadas de dolor previos. Se podrá comprobar que muchos pacientes no refieren estos dolores, muchas veces típicos de migraña o depresión, alegando diversos motivos: creían que sus dolores anteriores eran “normales”, el dolor más reciente es particularmente intenso, los dolores anteriores se aliviaban con medicación casera. En estos casos, siempre hay el doble de problema de definir si el dolor actual es solamente una exacerbación del dolor crónico, o se trata de un problema intercurrente no relacionado o de algún modo relacionado con los anteriores.

Dos son las formas evolutivas del dolor de cabeza crónico: una es el dolor continuo, permanente, diario, con oscilaciones circadianas y periódicas; otra es la forma episódica, por lo general recurrente, cuyas crisis dolorosas pueden durar desde unos segundos hasta varias horas o unos pocos días. Establecer esta diferencia es de fundamental importancia para el diagnóstico correcto de la enfermedad subyacente en un paciente dado.

Las enfermedades de mayor importancia y que con mayor o menor frecuencia causan dolor de cabeza crónico son:

-Migraña
-Enfermedad depresiva
-Desorden generalizado de ansiedad
-Hipertensión arterial
-Cefalea arracimada

-Neuralgias craneales
-Síndrome de Costen
-Arteritis temporal

El diagnóstico de un paciente con migraña, cefalea arracimada o alguna de las formas de neuralgia craneal, se basa en el carácter episódico y recurrente del dolor. El diagnóstico de enfermedad depresiva o de desorden de ansiedad crónico, se basa en el carácter cotidiano de un dolor que se presenta por temporadas de varios meses o años.

Aunque muchos pacientes tienen las formas de dolor de cabeza crónico como las señaladas, no es infrecuente que algunos de ellos acudan en las etapas iniciales de la enfermedad, que de este modo aparecería como una enfermedad de curso subagudo, o agudo inclusive. Lo opuesto, la situación creada por una enfermedad grave -como es el caso de un tumor intracraneal- rara vez puede se presenta con dolor de cabeza crónico de larga evolución.

2. CAUSAS DE CEFALEA SEGUN EL CRITERIO TOPOGRAFICO

Desafortunadamente no es suficiente el empleo de un sólo criterio cuando se tiene que diagnosticar el estado patológico de un paciente. Así, por ejemplo, un dolor localizado rápidamente nos induce a pensar en una lesión de la misma localización, inclusive cuando se trata de un dolor referido. Indirectamente, ubicar la lesión nos puede ayudar a deducir su naturaleza.

Recordemos que las estructuras anatómicas que pueden doler (que tienen receptores nociceptivos), son:

1. Las estructuras dérmicas de la superficie de la cabeza;
2. Los ojos, los oídos y la mucosa de las cavidades nasales, paranasales y mastoideas;
3. Los senos venosos de la duramadre y las venas tributarias;
4. Los vasos arteriales de la duramadre;
5. El segmento proximal de los grandes vasos arteriales del cerebro;
6. La duramadre y la piaracnoides de la base del cráneo, y
7. Los nervios craneales V, IX, X y las raíces C1, C2 y C3.

Localizar el dolor, referirlo a una zona o estructura de la cabeza es tarea relativa o aparentemene fácil. Pero, entre un dolor estrictamente localizado y otro totalmente generalizado, existen muchas variaciones, no solo por la dificultad que pudiera tener un paciente para precisar los límites del área dolorosa, sino que una misma lesión o un mismo desorden funcional pueden desencadenar una secuencia de dolor generalizado/dolor localizado que no es fácil de clasificar: una hemorragia subaracnoidea puede empezar con un dolor localizado; una hipertensión endocraneana puede producir dolor en la rama oftálmica del trigémino; un dolor generalizado por espasmo muscular puede transformarse en dolor en el territorio de un nervio por atrapamiento. De otro lado, un dolor local referido puede estar muy distante de la lesión causal, como el dolor ocular causado por lesiones expansivas occipitales.

Por su localización, las causas de dolor de cabeza más fáciles de diferenciar son:

2.1. Cefalea generalizada:

-Hemorragia subaracnoidea
-Meningitis
-Hipertensión endocraneana
-Proceso infeccioso o metabólico sistémico
-Enfermedad depresiva
-Postpunción lumbar

2.2. Cefalea localizada:

-Neuralgias craneales
-Lesiones locales de la cara, la cabeza y el cuello
-Cefalea arracimada

-Migraña
-Hemorragia intracerebral (lobar, cerebelosa)
-Infarto cerebral
-Tumor cerebral (inicialmente)

3. CAUSAS DE CEFALEA SEGUN EL CRITERIO FISIOPATOLOGICO

Muchas de las formas de dolor de cabeza tienen una explicación fisiopatológica conocida con bastante aproximación. Los procesos fisiopatológicos del dolor de cabeza comprobados o supuestos, como hemos mencionado más arriba son:

1. Por disfunción vasoactiva: vasodilatación?;
2. Por distorsión mecánica: compresión, desplazamiento, tracción de estructuras sensibles, por ejemplo por una masa expansiva;
3. Por inflamación de estructuras sensibles, por ejemplo, de los vasos o las meninges;
4. Por espasmo de la musculatura estriada, del pericráneo, por ejemplo;
5. Por disfunción neural -dolor neurogénico-, del trigémino o del tálamo, por ejemplo;
6. Por desórdenes psíquicos -que denominaremos psicocinético-, por ejemplo, el debido a desórdenes afectivos.
7. Por una combinación de dos o más de estos desórdenes.

El problema en este caso consiste en determinar si cada uno de estos desórdenes producen una forma de dolor semiológicamente diferenciable, es decir, con características o cualidades definibles de algún modo. Aunque sabemos que obtener datos de esta índole es difícil, creemos que ello es posible sobre todo a nivel especializado, empleando un exhaustivo examen anmnésico (en una clínica de dolor, por ejemplo). Así, el carácter pulsátil, las variaciones posturales o el efecto de la presión intratoráxica, la presencia de rubor o fiebre, el carácter opresivo, el carácter lancinante en la distribución de un nervio sensorial, el contexto penoso, son cualidades del dolor de cabeza que junto a alguna otra de sus peculiaridades, claramente orientan a un tipo de desorden funcional como uno de los mecanismos causales del mismo.

3.1. Por disfunción vasoactiva: el carácter pulsátil y la distribución vascular del dolor, sirven para definir si éste es producido por un mecanismo vasoactivo, primordialmente arterial. Sus causas son:

-Fiebre
-Hipoxidosis
-Hipertensión arterial
-Uso de vasodilatadores
-Resaca alcohólica
-Migraña
-Cefalea arracimada

3.2. Por distorsión mecánica: los efectos sobre los vasos y las meninges por masas que ocupan espacio, producen un dolor que varía con la presión venosa intracraneal: se exacerban por la tos, el esfuerzo o al pujar. Si la masa es móvil, el dolor puede variar o aparecer con los cambios posturales. En otros casos, el dolor es sostenido, pero con exacerbaciones bruscas a veces sin explicación. Sus causas más importantes son:

-Tumor cerebral
-Hemorragia intracraneal
-Postpunción lumbar
-Glaucoma
-Tumores superficiales o de los órganos de la cara

3.3. Por inflamación: Por lo general, la inflamación se define por los signos que acompañan o siguen al dolor. Sin duda, el más importante es la fiebre, aunque no siempre está presente. Si el proceso inflamatorio es superficial, podrán observarse los signos más característicos del proceso

inflamatorio local. La inflamación meníngea de acompaña de signos meníngeos, como rigidez de nuca, de allí la importancia de examinar el tono de los extensores del cuello en todo paciente con cefalea aguda o subaguda. Son procesos inflamatorios:

-Meningitis
-Arteritis temporal
-Infección local
-Síndrome de Costen

3.4. Por espasmo muscular: En este caso el dolor es descrito como opresivo, como peso, como una banda o un gorro que envuelve la cabeza. En ciertos casos, el defecto, la lesión u otro dolor previo al espasmo muscular es bastante evidente.

Pero cuando el dolor con estas características no se asocia a un desorden o causa local aparente, se le considera (Committee, 1988) como una entidad sui generis, es decir, como "Cefalea tensional". En nuestra opinión, éste es un desorden afectivo de la misma categoría que los cuadros de depresión o de ansiedad. Sus causas principales son, por lo tanto:

-Secundario a lesión u otro dolor local o distante, por ejemplo: crisis de migraña, dolor dental, vicio de refracción, dolor cervical.
-Secundario a desorden afectivo

3.5. Dolor neurogénico: El dolor que se origina en un nervio sensitivo, en las vías centrales del dolor, principalmente en el tálamo, se caracteriza por ser de tipo punzada, lancinante, urente o quemante, de breve duración y de fuerte intensidad.

-Neuralgia del trigémino
-Neuralgia del glosofaríngeo
-Neuralgia del occipital
-Dolor central: talámico

3.6. Dolor psicocinético: El dolor es un estado sensitivo-afectivo normalmente relacionado a ciertas formas de estimulación nociceptiva -interoceptiva, propioceptiva o exteroceptiva-, semejante al disgusto o el placer. Entonces, como todo afecto, puede generarse desde su base psíquica: no es que tenga un origen "psicogenético", sino que es determinado por un proceso inverso -cinético-, desde el nivel psíquico hasta el nivel neural, y muscular inclusive. Por eso diremos que, en este caso, el dolor no es un síntoma causado por un desorden afectivo, sino que es un trastorno afectivo en sí mismo, por lo que puede presentarse como parte de:

-la enfermedad depresiva
-los desórdenes generalizados de ansiedad
-un desorden conversivo
-algunos desórdenes psicóticos, como trastorno delusivo.
-un desorden afectivo único, por ejemplo, el dolor facial atípico, el desorden doloroso "somatomorfo", la "cefalea tipo tensional no asociada a un desorden de los músculos pericraneales" (Committee, 1988).

3.7. Cefalea por disfunción múltiple: Es relativamente frecuente que el dolor de cabeza no sea producido por un desorden único, sino por varios de ellos que se suceden o coexisten en varias combinaciones. Es probable que muchas enfermedades produzcan cefalea por varios de los mecanismos conocidos u otros. El dolor resultante de estas combinaciones, es común en pacientes con:

-Migraña y depresión
-Reacción meníngea por hemorragia, absceso, etc.
-Hipertensión endocraneana
-Dolor local y espasmo muscular.
-Cefalea tensional y neuralgia occipital.

4. CAUSAS DE CEFALEA SEGUN EL CRITERIO PATOGENETICO

Según este criterio, se podrá relacionar el dolor de cabeza con los síntomas o signos que la acompañan. Se tomará en cuenta tanto los datos del examen anamnésico como los del examen actual. Los datos proporcionados por los exámenes auxiliares generalmente se añaden después al seguir la evolución de la enfermedad, confirmando o refutando la hipótesis diagnóstica inicial. Si se ha efectuado un examen clínico esencial, no habrá mucha dificultad en ubicar al paciente en una de las siguientes categorías:

4.1. El paciente tiene cefalea e historia de enfermedad intracraneal: Un paciente con dolor de cabeza puede haber tenido o tiene al momento del examen, síntomas o signos asociados debidos a una enfermedad de localización intracraneal. Algunos de los trastornos pueden haber sido transitorios o persistir hasta el momento del examen. Tenerlos en cuenta, facilita su búsqueda y su hallazgo consiguiente. Debe tenerse en cuenta la historia de traumatismo previo. La presencia de algún signo de lesión intracraneal hace la diferencia entre un dolor de causa benigna y otro por enfermedad grave o que requiere de un tratamiento más específico o especializado. Los signos más importantes son: edema de papila, signos de déficit funcional local, crisis epilépticas, rigidez de nuca, confusión mental, algún grado o forma de demencia.

Las enfermedades de localización intracraneal que producen dolor de cabeza y los signos asociados respectivos, son:

-Infecciones intracraneales (meningitis, encefalitis, absceso, empiema subdural)
-Hemorragia intracraneal (espontánea por aneurisma, MAV, HTA, o traumática)
-Procesos expansivos intracraneales
-Hipertensión endocraneana benigna
-Crisis epilépticas (cefalea postictal)
-Hipotensión del LCR (cefalea postpunción, fístula de LCR))
-Isquemia cerebral (transitoria o infarto).
-Malformación vascular no rota
-Trombosis venosa intracraneal
-Arteritis (con compromiso cerebral o neural)
-Neuropatías craneales (por compresión, isquemia, inflamación o desmielinización local; síndrome de Tolosa-Hunt)
-Neuralgias craneales: del trigémino, el glosofaríngeo, el n. intermedio, el n. laríngeo superior, el n. occipital
-Dolor central: dolor talámico

4.2. El paciente tiene cefalea e historia de un desorden psíquico: Este es seguramente el grupo más numeroso de pacientes en la práctica general. La cefalea es de tipo tensional, o algún otro tipo con características bizarras. Es frecuente en estos casos, pasar por alto el examen del estado afectivo del paciente. En realidad sólo algunos de ellos manifiestan motu proprio los trastornos emocionales que le aquejan; la mayoría es renuente a considerar la posibilidad de que su dolor sea parte de los cambios emocionales que experimenta. Otros ni siquiera aceptan tener tales cambios, aunque en realidad muestran algunas manifestaciones características. Por consiguiente, el médico debe estar listo a observar o preguntar por los cambios que caracterizan los estados patológicos de angustia, y sobre todo de depresión, como decaimiento, olvidos, insomnio, aburrimiento, ansiedad excesiva, irritabilidad, otros dolores -especialmente precordial, cervical o lumbar. Rara vez, la cefalea está asociada a trastornos de tipo histérico o signos psicóticos, aunque se la diagnostica así con peligrosa frecuencia.
Los desórdenes psíquicos más importantes que pueden presentarse con cefalea son:

-Enfermedad depresiva
-Estados de angustia
-Histeria
-Hipocondría
-Esquizofrenia.
-Neuralgia facial atípica
-Desorden somatomorfo
-”Cefalea tensional primaria”

4.3. El paciente tiene cefalea e historia de una lesión local: Las lesiones superficiales de la cabeza y la cara, por lo general tienen otros signos locales que las identifican. Así, por ejemplo, pueden haber signos de lesión del cuero cabelludo, de inflamación de las arterias superficiales de la cabeza, de compromiso ocular o de órbita, de enfermedad de senos paranasales, oídos o dientes; de lesión de la articulación temporomandibular, o signos de lesión cervical.

Debe tenerse en cuenta principalmente:

-Arteritis temporal
-Carotidínea
-Tumores locales
-Glaucoma, iritis, anomalías de refracción, heteroforia
-Sinusitis, otitis, mastoiditis
-Absceso dentario
-Enfermedad articular temporomandibular
-Espondilosis cervical
-Traumatismo de cráneo (superficial).
-Lesión ósea (traumática, metabólica)
-Tendinitis retrofaríngea

4.4. El paciente tiene cefalea e historia de enfermedad sistémica: Un paciente con dolor de cabeza puede presentar, además, síntomas o signos de infección general, principalmente fiebre, o signos de un desorden metabólico sistémico; puede tener hipertensión arterial; o puede estar usando algún medicamento (vasodilatadores, por ejemplo). Aunque no necesariamente el dolor puede ser consecuencia directa de la afección sistémica, la presencia de una enfermedad de esta clase puede ser motivo de atención por sí misma o como desencadenante del dolor.

Son procesos sistémicos importantes como causa de cefalea:

-Procesos infecciosos generales o localizados
-Hipertensión arterial
-Abuso y abstinencia de medicamentos u otras sustancias: analgésicos, ergotamínicos, vasodilatadores; cafeína, alcohol, narcóticos; glutamatos)
-Hipoxidosis (mal de montaña agudo).
-Hipercápnea
-Hipoglicemia
-Diálisis

4.5. El paciente tiene cefalea pura o asociada a síntomas de disfunción cerebral, retiniana o autonómica reversibles: después del grupo de pacientes con cefalea asociada a desórdenes psíquicos arriba señalado, este es el otro grupo que en la práctica general le sigue en orden de frecuencia. Sin embargo, en los servicios especializados este es el grupo más numeroso.

La inmensa mayoría de estos pacientes solamente tiene o sufre el dolor de cabeza como su único trastorno. Por eso es que tradicionalmente el dolor es considerado como si fuese la enfermedad en sí. Un número menor de pacientes, tiene algún desorden transitorio de la función cerebral, casi siempre focal, de la retina, o signos vegetativos localizados en la zona dolorosa, precediendo o acompañando al dolor. Como se ha dicho, el rasgo más característico de este tipo de dolor es su presentación episódica y recurrente.

Dos son los desórdenes de esta clase, generalmente considerados como desórdenes neurovasculares de naturaleza idiopática: la migraña y la cefalea arracimada. Existen otros pacientes con formas de dolor de cabeza característicamente transitorios y de curso benigno, en quienes el dolor no tiene una patogénesis conocida.

En los pacientes con estas formas de dolor es frecuente la presencia de alguna forma de determinación genética. Por ejemplo, los pacientes con migraña común o clásica, generalmente tienen uno o más familiares con un dolor semejante. De modo similar, los pacientes con cefalea arracimada, son en su mayoría de sexo masculino (la proporción de hombres a mujeres es de 6 a 1, en promedio)

Siguiendo la clasificación del Committee (1988), en el Cuadro 4.5. pueden observarse estas formas de cefalea idiopática que también se pueden calificarse como “primarias” en vista de que no tienen una

patogénesis conocida. Como se puede apreciar hemos suprimido el ítem correspondiente a la cefalea de tipo tensional del Committee (Ibid.), pues esta forma de cefalea la hemos incluido en el grupo de los desórdenes psíquicos.

III. ESTRATEGIAS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE

Tal como se ha señalado en la introducción, debemos insistir en que durante la atención individualizada del paciente, la organización del trabajo personal del médico, siempre requiere de una estrategia. Dentro de ésta, cualquier esquema teórico acerca de las enfermedades que causan dolor de cabeza, le servirá como modelo abstracto, general, por medio del cual orienta conscientemente su actuación personal efectiva con el paciente que tiene ante sí.

De otro lado, hemos dicho que los criterios que nos han servido para clasificar y fundamentar el diagnóstico del paciente, también nos sirven para orientar nuestras decisiones respecto de lo que tenemos que hacer con él. De modo que siempre tendremos dos planos de orientación de nuestra actividad: los criterios mismos, y/o las hipótesis respecto del diagnóstico que en alguna forma sustituyen a los anteriores. Seguramente que es más real decir que el plan de trabajo y las prescripciones que da el médico, se basan en estos dos planos de orientación.

Pero, como hemos dicho ya, también es importante destacar que además de los criterios mencionados de diagnóstico, hay otros aspectos del cuadro clínico que se usan como datos acerca del pronóstico. Estos aspectos adicionales son aquellos que bien se califican como criterios de gravedad, sobre cuya base también se decide el nivel de atención que corresponde al paciente.

Con todos estos datos, una vez definido el problema clínico del paciente, la decisión siguiente será la de definir el tipo de atención que debe recibir dentro de un sistema de servicios médicos de salud. El esquema que presentamos puede usarse como una primera aproximación o ayuda para orientar el plan de estudio clínico para el diagnóstico y el tratamiento.

Dentro de un sistema de servicios de salud organizado en cuatro niveles, la atención de los pacientes puede seguir el esquema siquiente:

1. **Pacientes que requieren atención de primer nivel:** Son aquellos que después de un examen clínico esencial, su problema clínico queda definido como:

   -Depresión leve;
   -Estados de ansiedad;
   -Migraña común;
   -Mal de altura agudo;
   -Efecto de medicamentos o sustancias vasoactivas;
   -Enfermedad crónica o secuela, ya tratada (para seguimiento)

CUADRO 4.5.

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS

(Según el Committe, 1988, modificada)

A. Migraña

1. Migraña sin aura (migraña común)
2. Migraña con aura (migraña acompañada):
   - 2.1. Migraña con aura típica (migraña clásica)
   - 2.2. Migraña con aura prolongada
   - 2.3. Migraña hemipléjica familiar
   - 2.4. Migraña basilar
   - 2.5. Aura migrañosa sin cefalea
   - 2.6. Migraña con aura de inicio agudo

3. Migraña oftalmopléjica
4. Migraña retiniana
5. Síndromes periódicos de la niñez que preceden o se asocian a migraña:
   5.1. Vértigo paroxístico benigno de la niñez
   5.2. Hemiplejia alternante de la niñez
6. Compliaciones de la migraña (migraña complicada)
   6.1. Status migrañosus
   6.2. Infarto cerebral por migraña
7. Desorden migrañoso que no cumple los criterios anteriores.

B. Cefalea arracimada y hemicránea paroxística crónica

1. Cefalea arracimada
   1.1. Cefalea arracimada de periodicidad no determinada
   1.2. Cefalea arracimada episódica
   1.3. Cefalea arracimada crónica
2. Hemicránea paroxística crónica
3. Cefalea arracimada que no cumple los criterios anteriores.

C. Cefalea benigna no asociada a lesión estructural:

1. Cefalea lancinante idiopática
2. Cefalea por compresión externa
3. Cefalea por frío (bajas temperaturas, por helados)
4. Cefalea tusígena benigna
5. Cefalea benigna de esfuerzo
6. Cefalea asociada la actividad sexual:
   6.1. Tipo pesadez
   6.2. Tipo explosivo
   6.3. Tipo postural

Algunos de estos pacientes requieren de exámenes auxiliares de sangre y orina habituales. La atención es ambulatoria y el tratamiento incluye procedimientos ya debidamente estandarizados. Estos no necesariamente incluyen la prescripción de medicamentos.

2. **Pacientes que requieren atención de segundo nivel:** estos pacientes requieren un examen clínico integral en un servicio de medicina interna de un hospital local o general, y exámenes auxiliares de diagnóstico, tales como examen radiológico de cráneo, examen del LCR, tomografía computarizada de cerebro. Los problemas clínicos que requieren atención de este nivel son los siguientes:
   -Enfermedad depresiva (depresión enmascarada, principalmente);
   -Migraña de inicio reciente, o que no responde a la medicación usual);
   -Enfermedad sistémica
   -Infarto cerebral
   -Meningitis aguda
   -Presencia de otras enfermedades que dificultan el uso de la medicación habitual.
3. **Pacientes que requieren atención de tercer nivel:** Un número menor de pacientes requiere atención en un servicio especializado, neurológico, neuroquirúrgico, psiquiátrico, oftalmológico, u otro según el criterio diagnóstico. Estos son los pacientes cuyo problema clínico corresponde a:

   -Hemorragia intracraneal (reciente o muy anterior, sobre todo subaracnoidea sin diagnóstico causal);
   -Proceso expansivo intracraneal;
   -Meningitis de etiología no determinada (sobre todo subaguda o crónica);
   -Alguna de las lesiones superficiales de la cabeza, la cara o el cuello;
   -Migraña acompañada, complicada o que no responde a la terapia estándar;
   -Cefalea arracimada;
   -Alguna de las neuralgias intracraneales

-Abuso de medicamentos o dependencia a drogas.

Casi todos estos pacientes requieren hospitalización para ser sometidos a exámenes especializados -en especial tomográficos, de resonancia magnética nuclear, angiográficos, de electrodiagnóstico, del LCR, biópsicos.

4. **Pacientes que requieren atención de cuarto nivel:** Son aquellos que en base a un plan de trabajo especialmente diseñado, son sometidos a exámenes de tipo experimental con fines de investigación.

IV. ATENCION DE PRIMER NIVEL DEL PACIENTE CON CEFALEA CRONICA

Como nuestro principal objetivo es el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica desde el primer nivel de los servicios de salud, no podemos dejar de esbozar un plan de trabajo para la atención de los pacientes con cefalea que requieren de una estrategia del nivel inicial.

A modo de ejemplo, describiremos la estrategia de atención de los pacientes con las formas de cefalea crónica benigna, es decir del grupo más numeroso constituido por quienes tienen o sufren cefalea ansiosa y/o depresiva y/o migraña. En conjunto esta clase de pacientes, comprende más del 90% de todas las personas con cefalea. De otro lado, es frecuente que un mismo paciente tenga los tres tipos de afección, pero que requieren procedimientos de diagnóstico y de tratamiento similares. Es tan frecuente la asociación de migraña, angustia y depresión -generalmente enmascarada- como motivo de consulta médica, que plantea problemas de carácter tanto social como biológico; y no sólo de tipo teórico, sino eminentemente práctico.

Habrá que recordar que cerca de un tercio de estas personas no acuden a los servicios médicos, muchos de ellos usan medicación casera, o ninguna, pues consideran sus dolores como “normales”.

Probablemente la mayoría de las personas con cefalea que acuden al servicio de salud, lo hacen a un servicio periférico, al médico general. Parecen ser pocas las que acuden directamente al hospital o al consultorio del especialista.

1. ATENCION DEL PACIENTE CON CEFALEA ANSIOSA O DEPRESIVA

Se está de acuerdo en que la llamada “cefalea tensional” es la más frecuente en la población general. Ella puede presentarse en forma aguda o crónica, dependiendo naturalmente de su patogenia. Ya sabemos que el espasmo muscular produce dolor. Pero también sabemos que existen variados procesos funcionales que generan espasmo muscular. Por lo tanto, en los pacientes con dolor de este tipo, habrá que estar seguros de la presencia o ausencia de las lesiones locales o de alguna otra afección primaria que ya sabemos producen espasmo secundario doloroso de la cabeza.

Luego, en ausencia de estas afecciones locales, quedará la clase de pacientes en quienes el dolor de tipo tensional está asociado a otros trastornos psíquicos, especialmente afectivos, y un grupo menor en quienes el dolor es la única queja. En estas dos clases de pacientes, el dolor lo hemos catalogado como “psicocinético”, es decir, determinado por un proceso que llamamos de “psicocinesis” -de arriba hacia abajo, para decirlo de algún modo. Los criterios de diagnóstico ya los hemos señalado y, aunque es un desorden benigno, sabemos que es un dolor limitante del desarrollo de las capacidades productivas de quien lo sufre.

Muchos de estos pacientes consideran su dolor como “natural” y lo toleran cuando es de leve intensidad, pues tiene para ellos una explicación, que generalmente es “el exceso de trabajo” o “los problemas que los tiene todo el mundo”. Otros ya saben tomar un analgésico y también algún tranquilizante indicado por un pariente, el vendedor de la farmacia o un amigo, que puede ser un médico consultado en alguna reunión social.

Siempre hay que indagar por las razones de la consulta formal actual. Casi siempre es una acentuación de la intensidad, la frecuencia o la duración del dolor. En este caso hay que ser cuidadoso para descartar cualquier otra afección intercurrente. También hay que estar seguros de que el dolor es crónico, y que puede tratarse de una segunda o tercera “onda” de dolor en la vida del paciente.

El otro aspecto importante del estudio del paciente es descubrir cual es realmente el estado afectivo del paciente. Un buen número de estos no es consciente, no da importancia u oculta sus síntomas afectivos. Después de varias insinuaciones indirectas -preguntándole, por ejemplo, si el dolor ha afectado “sus nervios”-, habrá que hacerle preguntas directas de sí o no. Es impresionante el número de pacientes que sólo al final admiten que tienen otros síntomas emocionales además del dolor. Muchas veces el problema consiste en demostrar que el dolor de cabeza es sólo parte de una alteración de su afectividad. A veces, recién en la segunda consulta el paciente dice haber comprobado que realmente estaba afectado emocionalmente.

Por medio de la anamnesis se debe indagar sobre trastornos depresivos: si hay cambios del humor, decaimiento, agotamiento -sobre todo matinales o que varían regularmente en el curso del día-; insomnio -sobre todo despertares tempranos-; aumento o disminución del apetito y del peso corporal; dificultades de concentración y olvidos. Los más jóvenes muestran alguna disminución del rendimiento escolar, irritabilidad, aislamiento, excesiva somnolencia en el día.

Como estos pacientes casi no necesitan exámenes auxiliares, la única manera de demostrarles que tienen una afección psicológica, es examinarles con todo cuidado por medio de una anamnesis exhaustiva y un examen actual que tenga en cuenta todo aquello que es esencial para estar seguros de la ausencia de signos de enfermedad grave, y demostrarles, en consecuencia, que no tienen signos de una afección fisiológica, metabólica, o anatómica. Después de un minucioso examen anamnésico, pocos son los pacientes que quedan sin una explicación adecuada de su dolor.

Por tanto, el primer paso para lograr algún éxito terapéutico es pues demostrar al paciente la presencia y la importancia de sus cambios afectivos. Ello no significa que le vamos a imponer un diagnóstico. Tampoco le insinuaremos siquiera que “no es nada”, o que son “sólo los nervios”. Lo importante es demostrarle que tiene un estado de depresión o de ansiedad, y que el paciente sea consciente y tenga la certeza de su propio estado interior. Para ello, el médico no debe dejar nada flotando en el ambiente; él también debe tener la convicción de no estar equivocado. La inseguridad del médico es fácil de detectar hasta por el menos ilustrado. El paciente percibe cuando el médico está seguro de lo que dice, sabe cuando el médico ha llegado a calar en su intimidad y se ha percatado de sus reales problemas y sentimientos, a los que él mismo no les había prestado la debida atención.

Sin duda que toda esta parte del estudio clínico del paciente ya es por sí mismo una parte del tratamiento, y talvez la más esencial. Un paciente que se ha quedado convencido de la responsabilidad, la honestidad y la preocupación del médico por ayudarle, rápidamente aceptará que no existe un medicamento milagroso para aliviarse, que vencer su dolor no es sólo cuestión de usar analgésicos, y que hay que tolerar algunos efectos adversos que no faltan en la mayoría de las medicinas realmente útiles.

En efecto, el tratamiento de estos pacientes comprende el uso de medicamentos antidepresivos. Es preferible no usar tranquilizantes por su tendencia a producir dependencia. Más aún, si el paciente usaba una medicación que se sabe produce dolor por abstinencia, será conveniente usar los antidepresivos desde el comienzo. Como la angustia es parte del cuadro depresivo, al cual muchas veces enmascara, es también mejor empezar con dichos antidepresivos en todos los casos. El esquema terapéutico es similar al preconizado para los pacientes con migraña, como veremos más adelante.

2. ATENCION DEL PACIENTE CON MIGRAñA

La migraña es la otra forma de dolor cabeza de alta prevalencia en la población general. Como en la historia de las personas con migraña el dolor empieza en la segunda -como también en la primera o cualquier otra- década de la vida, siempre habrá que preguntarse por qué ellas generalmente van en busca de un servicio médico después de varios años de soportar las crisis de dolor. Habrá que reconocer, entonces, que la primera razón de esta conducta de los pacientes es la asociación de un estado depresivo o ansioso lo que explica la acentuación de los síntomas de la migraña. En un buen número de casos, las crisis dolorosas de la migraña empiezan como si hubieran sido desecadenadas por el cuadro depresivo.

Si bien algunos jóvenes pacientes son traídos por su mayores por el primer o los primeros episodios de dolor, muchos otros son traidos por otras razones: han cambiado de temperamento o han disminuido las calificaciones escolares, se han vuelto irritables, caprichosos, han perdido el ánimo para estudiar, se muestran agresivos o tienden a aislarse. No todos refieren o admiten tener dolores de cabeza de vez en cuando.

Los adultos acuden porque ahora sufren de episodios de dolor de cabeza particularmente intensos, de larga duración, o que no se alivian con los medicamentos que antes les eran efectivos. Aunque la historia parece ser reciente, como si fuese un dolor de curso subagudo, o agudo inclusive -se trata, por ejemplo, de un primer episodio doloroso-, es probable que refieran haber tenido episodios similares desde muchos años atrás, aunque asegurarán que han sido muy leves y que rara vez usaron una aspirina. Otros dirán no haber tenido nunca un dolor de cabeza, pero querrán decir que no han tenido jamás un dolor como el actual, pues los anteriores eran muy leves y "sólo los tenía con la regla". Otros pacientes claramente diferencian su dolor actual respecto de los anteriores: antes los episodios dolorosos eran tolerables, calmaban con los analgésicos de uso corriente, y alguna vez ya habían acudido al médico, pero aún no tienen un diagnóstico y todavía buscan una explicación para su dolor.

En todos estos casos -el de las personas con migraña que acuden a un servicio médico- hay pues una historia de episodios de dolor de cabeza de larga data que sólo recientemente han requerido la ayuda del médico. Investigar por los episodios iniciales ya olvidados es importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento más adecuados. Evitará el largo camino que media entre la primera consulta y la atención especializada, muchas veces innecesaria y costosa. Pero, también servirá para diferenciar entre un dolor debido a una afección grave intercurrente y el dolor de la migraña, que no tienen por que excluirse entre sí.

Obtener la información más adecuada y pertinente acerca de la historia de una persona y prestar la mayor atención posible al problema clínico motivo de la consulta, no requiere la versación del especialista, sino la actitud humanista del médico, que no tiene por que ser diferente en el médico general más joven y en el especialista más versado en las diferentes teorías acerca de la patogenesis y la fisiopatología del dolor. Como para el caso del paciente depresivo, los procedimientos de la anamnesis son suficientes para obtener los datos que se requieren para el diagnóstico de migraña. Solamente hay que hacer las preguntas pertinentes. Luego, el examen actual del paciente, que no tiene por que ser el examen del especialista, sino el examen de lo esencial, también es suficiente para excluir los signos de alarma ya conocidos.

El médico puede usar los criterios de diagnóstico de migraña -y de la enfermedad depresiva asociada- que tenga a la mano (se encuentran en todos los textos de Medicina y Neurología), pero no deberá olvidar que se trata de ayudar a una persona cuya historia se tiene que conocer a fin de no caer en la simplificación de confrontar unos cuantos datos acerca del dolor con las instrucciones de su manual. No se trata de comprobar si las medidas calzan con la plantilla, sino de servir a una persona uno de cuyos problemas es su dolor de cabeza, el cual, a lo mejor, es sólo el resultado final de una historia tácticamente escondida. Por esto es que, si quedan dudas, ellas se deben aclarar siguiendo el curso de aquella historia.

Si nos basamos en los criterios para el diagnóstico del paciente con dolor de cabeza en general, definiremos la migraña como una enfermedad caracterizada por dolor de cabeza crónico, episódico y recurrente, generalmente unilateral y de tipo latido, al cual a veces se asocian signos de disfunción neural transitoria, que se debe probablemente a un desorden neurovascular determinado genéticamente, y que tiene un curso casi siempre benigno. A pesar de esta última característica, las crisis de dolor de cabeza generalmente limitan e interfieren con las capacidades productivas de la personalidad que la sufre.

Antes de prescribir cualquier medicación, se debe explicar al paciente -y su familia inclusive- sobre la naturaleza y el pronóstico de su afección. Se debe evaluar cuidadosamente las medidas que el mismo paciente ha empleado con anterioridad, en especial las no farmacológicas, con la posibilidad de que pudiera seguir usándolas de haber sido eficaces.

1. Tratamiento abortivo del dolor:

Está indicado para los pacientes que tienen episodios dolorosos esporádicos -menos de uno por mes-, en especial cuando se sabe que sufre de crisis particularmente intensas e incapacitantes. El medicamento debe tomarse apenas empieza el episodio doloroso, si es que la intención es la de abortar la crisis dolorosa. Tres son las opciones disponibles:

a) Un analgésico no narcótico (paracetamol 1.0 g, o aspirina 600 mg, o ibuprofeno 400 mg) junto con metoclopramida 10 mg; o
b) Ergotamina 2 mg (con cafeína o si ella), o
c) Sumatriptan 100 mg, reservado para las crisis muy intensas o duraderas por su alto costo.

2. Tratamiento sintomático de la crisis dolorosa:

Si no fue posible usar el tratamiento anterior, o no se logró abortar la crisis, el paciente debe aliviarse con las medidas siguientes:

a) Si el dolor es leve o moderado, usar una dosis adicional de la medicación arriba indicada.
b) Si el dolor es severo, añadir dihidroergotamina 1 mg i.m., o codeína 30 mg i.m.
c) Los vómitos podrían requerir metoclopramida i.m., o alguna fenotiazina.
d) Si hubiese excesiva ansiedad, irritabilidad o desasosiego, emplear lorazepan o diazepan una tab. por una sola vez.
e) Si el dolor es excesivamente prolongado y dura un día o más, y se diagnostica status migrañosus, debe indicarse reposo, aislamiento y sedación. Puede usarse prednisona 40-75 mg diarios hasta suprimir el dolor. Algunos de estos pacientes pueden necesitar atención en el hospital para descartar hemorragia subaracnoidea o meningitis. La hospitalización es un último recurso para cortar el período doloroso, siempre eficaz.

3. Tratamiento preventivo de las crisis dolorosas:

En todo paciente siempre es necesario tomar algunas medidas para prevenir la aparición de las crisis dolorosas. Estas medidas comprenden:

a) Descubrir y evitar los factores desencadenantes: la presencia de factores que provocan las crisis dolorosas en un determinado paciente, obliga a evitarlos en lo posible. Algunos de ellos son: bebidas alcohólicas (vino tinto, en especial), bebidas con cafeína; falta de sueño o sueño en exceso, estrés, ejercicio físico, fatiga excesiva, desórdenes menstruales, ayuno prolongado; algunos alimentos, como chocolate, algunos quesos, comida china, mariscos, helados; medicamentos, como vasodilatadores, anticonceptivos, abuso de ergotamina o analgésicos; exposición al sol, cambios de altitud.
b) Reorganizar el plan de trabajo y todo el conjunto de la actividad personal. Después que el paciente ha descrito sus actividades rutinarias, se puede tener una idea acera de las actividades que pueden reordenarse o recortarse, a fin de evitarle los extremos de un esquema rígido, perfeccionista, o un esquema liberal sobrecargado y desordenado, pues ambos traducen un nivel muy alto de ansiedad. Un horario fluido, con una distribución racional de las obligaciones durante el día y la semana, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida y el rendimiento del paciente disminuyendo la frecuencia, duración o intensidad de sus crisis dolorosas.
c) Tratar los desórdenes asociados: Una de las razones más frecuentes e importantes de la exacerbación de las crisis dolorosas, hemos dicho que es la enfermedad depresiva, como también los estados de ansiedad, la hipertensión arterial, u otras enfermedades de curso crónico (a propósito, las enfermedades agudas consideradas banales, también provocan o exacerban el dolor de la migraña). En general, se debe investigar y corregir cualquier desorden asociado a la migraña del paciente.
d) Uso de medicación profiláctica: los medicamentos para prevenir los episodios dolorosos deben indicarse a los pacientes que tienen más de dos episodios por mes y que no se alivian con las medidas anteriores. Es recomendable usar un solo medicamento, empezar con dosis bajas y probar su eficacia por períodos de 30 a 60 días. Es posible que algún paciente necesite más de uno de estos medicamentos. Si un paciente ha usado alguno de ellos por tiempo prologado sin lograr alivio, la descontinuación de los mismos debe hacerse gradualmente. Antes de prescribir una medicación profiláctica, en ciertos pacientes es recomendable una consulta al internista o al neurólogo.

Los medicamentos disponibles, en orden de eficacia y más fáciles de usar con esta finalidad son:

1. Betabloqueadores: propanolol 40-120 mg/día en dosis divididas; también nadolol, timolol, metoprolol, atenolol (en dosis habituales).

2. Antidepresivos tricíclicos: especialmente amitryptilina 20-75 mg/noche; también clomipramina en dosis similares. Pueden ensayarse otros antidepresivos si el cuadro depresivo así lo requiere y el paciente no tolera los tricíclicos mencionados.
3. Antiinflamatorios no esteroideos: puede usarse aspirina, ibuprofeno, indometacina, naproxeno, en dosis habituales.
4. Antihistamínicos: dimetotiazina 20-40 mg/noche; ciproheptadina 8-16 mg/día.
5. Bloqueadores de canales de calcio: verapamilo 40-120 mg, 3/día
6. Antiepilépticos: algunos pacientes que no responden a los medicamentos anteriores pueden beneficiarse con carbamazepina hasta 600 mg/día, o fenitoína 900 mg/día.

No debe usarse ergotamina como profiláctico, ni dimetotiazina como tratamiento sintomático del dolor.

V. ATENCION DE EMERGENCIA DEL PACIENTE CON CEFFALEA AGUDA

Todo paciente con cefalea aguda reciente requiere atención de urgencia. Para ello, todo médico debe estar preparado, pues las decisiones que deben tomarse muchas veces no pueden esperar al consultor. En primer lugar, el médico debe tener siempre presente:

* Los signos de alarma que pueden acompañar al dolor de cabeza;
* Las causas de dolor cabeza aguda.

En segundo lugar, es recomendable que el médico siga un plan secuencial que facilite su actuación ante el paciente, a fin de llegar a un diagnóstico con la mayor oportunidad posible, y sin olvidar aquellas condiciones que requieren de un tratamiento específico.

Un paciente con cefalea aguda puede haber tenido también cefalea crónica. Para el caso, es preferible atender al paciente que se queja de dolor reciente, seguramente intenso y persistente, como si fuese realmente un dolor agudo, así hubiera la posibilidad de que se trate de la exacerbación o de un episodio de dolor crónico: lo importante es precisar si el dolor actual es similar o cualitativamente diferente al dolor habitual. Si el dolor es realmente diferente (“nunca antes tuve un dolor como éste”), los pasos a seguir en el proceso del diagnóstico son los mismos que para todo dolor agudo. Así, respecto del examen clínico, es necesario precisar lo siguiente:

1. Si el paciente tiene historia previa de dolor de cabeza o de enfermedad que se sabe puede condicionar un dolor de cabeza agudo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, por ejemplo). Si tiene historia previa de dolor, precisar si es de tipo migraña o de tipo tensional.
2. Si el paciente tiene historia de traumatismo, no necesariamente craneal.
3. Si el paciente tuvo síntomas de alarma (ver más arriba) previos o acompañando a la instalación del dolor, o se encuentran signos del mismo tipo durante el examen actual.

Igualmente, respecto del diagnóstico, el médico debe seguir un esquema de referencia que le permita tener en cuenta el mayor número de posibilidades. Por ejemplo, puede seguir los pasos siguientes:

1. Precisar la forma de instalación del dolor:

   1.1. se instaló abruptamente en segundos o minutos, o
   1.2. se instaló gradualmente en horas o días.

2. Precisar la localización del dolor:

   2.1. se trata de un dolor localizado desde el comienzo (que puede generalizarse después), o
   2.2. se trata de un dolor generalizado desde el comienzo.

Teniendo en cuenta las alternativas anteriores, caben las siguientes combinaciones relativamente fáciles de comprobar, entre otras posibles:

1. El paciente tiene dolor de cabeza localizado de instalación brusca o gradual, sin historia previa de dolor similar, pensar en:

-Glaucoma agudo; iritis u otra infección ocular aguda
-Sinusitis aguda;
-Otitis aguda, mastoiditis;
-Absceso dentario;
-Neuropatía local: herpes zona, neuritis óptica, isquemia del n. motor ocular común, síndrome de Tolosa-Hunt, neuropatía facial aguda, neuralgia occipital;
-Arteritis temporal;
-Hemorragia intracerebral lobar o del cerebelo;
-Primer episodio de migraña;
-Trauma craneal local.

2. El paciente tiene dolor localizado de instalación gradual, pero con historia previa de dolor, las causas más probables son:

-Crisis de migraña;
-Neuralgia occipital en paciente con cefalea tensional.

3. El paciente tiene cefalea generalizada de instalación brusca: (considerar la posibilidad de que el paciente haya tenido un episodio similar al actual algunos días o algún tiempo atrás). El diagnóstico más probable es:

-Hemorragia subaracnoidea,
-Otra forma de hemorragia intracraneal.

3. El paciente tiene cefalea aguda generalizada de instalación gradual, por ejemplo en el curso de varias horas o de unos pocos días. Las causas más importantes son:

-Meningitis aguda;
-Hipertensión endocraneana aguda: hidrocéfalo agudo, tumor metastásico, rápida descompensación de un tumor cerebral;
-Exacerbación de un dolor depresivo o ansioso crónico;
-Un episodio de migraña particularmente intenso: puede tratarse de status migrañosus.

Naturalmente que casi todos estos pacientes con cefalea aguda requieren tratamiento de la enfermedad causal más que el simple alivio del dolor. Este puede ser intenso como para requerir alivio sintomático, pero debe recordarse también que un alivio importante del dolor puede inducir a error, pues podría pensarse que se trata de un problema banal. Ya alguien ha dicho que una aspirina también puede calmar el dolor de un tumor cerebral.

BIBLIOGRAFIA

Aunque existen muchos, los siguientes artículos y textos son accesibles y contienen información importante y actualizada sobre el dolor de cabeza, muy especialmente respecto del diagnóstico y el tratamiento de los diferentes tipos de dolor, así como de algunas enfermedades que los producen.

1. Diamond, S. Ed. (1991) Headache. The Medical Clinics of North America. Vol 75, No. 3, Saunders, Filadelfia.
2. Hier, DB. Headache (1991) En: Samuels MA. (Ed.) Manual of Neurology. Diagnosis and Therapy. Little, Brown. Boston.
3. Lance, JW. (1980) Cefaleas. Clínica y Tratamiento. Doyma, Barcelona.
4. Lance, JW. (1993) Mechanisms and Management of Headache. Butterworths-Heinemann, Oxford.
5. Mathew, NT. Ed. (1990) Headache. Neurologic Clinics. Vol. 8, No. 4. Saunders, Filadelfia.
6. Pearce, JMC. (1991) Headache. J. Neurol. Neurosurg. & Psychiat. 57:134-143.
7. The Headache Classification Committee (1988) Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Craneal Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia, Supplement 7. Norwegian University Press, Copenhague.