CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES

AUTORES

Buforn Galiana, Andrés;

Hidalgo Gómez, Francisco;

Ortiz Luna, Mario;

Gómez Heredia, Maria José;

Heras Pérez, José Antonio.

Dirección de contacto

Andres Buforn Galiana
abuforn@hotmail.com

INDICE:

I. INTRODUCCION

II. DEFINICIÓN.

III. CLASIFICACIÓN

III.1. Clasificación etiopatogénica de la Cefalea según la Internacional Headache Society (IHS1988): la más aceptada para unificar criterios.

III.2 Clasificación atendiendo al tiempo (muy útil en Urgencias).

IV. DIAGNOSTICO

V. PRINCIPALES ENTIDADES EN LA PRACTICA CLINICA.

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

VII. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO Ó ASISTENCIA EN EL AREA DE URGENCIAS

VIII. CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA EXTERNA

IX. TRATAMIENTO CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES.

I. INTRODUCCION

La mayor parte de la población ha tenido dolor de cabeza en alguna ocasión. Generalmente se trata de lo que llamamos una cefalea primaria, es decir que no existe ninguna lesión responsable de la misma. Pero en ocasiones (afortunadamente con menor frecuencia), el dolor puede ser el síntoma de una enfermedad grave (cefalea secundaria).

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en urgencias como en asistencia primaria o especializada y sin duda alguna es uno de los problemas que tiene mayor repercusión en la persona que la padece, tanto por el sufrimiento que comporta por el dolor como por las enormes implicaciones sanitarias y sociolaborales que provoca así como un elevado coste derivado de gastos directos e indirectos.

El médico debe estar preparado para diagnosticar los diferentes tipos de dolor de cabeza y sobre todo (máxime en urgencias), descartar que se deba a patología grave que requiera una actuación inmediata.

II. DEFINICIÓN.

Cefalea quiere decir dolor de cabeza y no es una enfermedad sino un síntoma común a muchas enfermedades, de ahí su alta frecuencia.

Se podría definir en sentido estricto como un dolor localizado en el cráneo, en una zona que abarca desde las órbitas a la región occipital pero en sentido más amplio se incluyen también el dolor localizado en las estructuras faciales y región cervical, que muchas veces acompañan a la cefalea bien como punto de inicio o irradiación de la misma.

III. CLASIFICACIÓN

Existen muchas formas de clasificar la cefalea, atendiendo a diversos parámetros. A continuación se exponen las más frecuentes y útiles.

III.1. Clasificación etiopatogénica de la Cefalea según la Internacional Headache Society (IHS1988): la más aceptada para unificar criterios.

1. Migraña:
    - 1.1 Migraña sin aura
    - 1.2 Migraña con aura
        - 1.2.1. Migraña con aura típica
        - 1.2.2. Migraña con aura prolongada
        - 1.2.3. Migraña hemiplejica familiar

1.2.4. Migraña Basilar

1.2.5. Aura migrañosa sin cefalea

1.2.6. Migraña con aura de inicio agudo

1.3 Migraña oftalmoplejica

1.4 Migraña retiniana

1.5 Síndromes periódicos de la Infancia que pueden ser precursores ó estar asociados a Migraña

1.5.1. Vértigo paroxístico benigno de la infancia.

1.5.2. Hemiplejia alternante de la infancia.

1.6 Complicaciones de la Migraña

1.6.1. Estado de mal migrañoso

1.6.2. Infarto migrañoso

1.7 Trastorno migrañoso que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

2. Cefalea tensional ó tipo tensión:

2.1 Cefalea tensional episódica

2.1.1 C.T.E. asociada a alteración de los músculos pericraneales.

2.1.2 C.T.E. no asosciada a alteración músculos pericraneales

2.2 Cefalea tensional crónica

2.2.1 C.T.C asociada a alteración músculos pericraneales

2.2.2 C.T.C. no asociada a alteración músculos pericraneales.

2.3 Cefalea tensional que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

3. Cefalea en racimos y Hemicránea paroxística crónica

3.1 Cefalea en racimos

3.1.1. Cefalea en racimos de periodicidad indeterminada

3.1.2. Cefalea en racimos episódica

3.1.3. Cefalea en racimos crónica.

3.2 Hemicránea paroxística crónica

3.3 Trastorno de tipo Cefalea del tipo en racimos que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

4. Miscelánea de Cefalea no asociada a lesión estructural

4.1 Cefalea punzante idiopática

4.2 Cefalea por compresión externa

4.3 Cefalea por estímulos fríos

4.3.1. Por aplicación externa del frío

4.3.2. Por ingestión de una sustancia fría

4.4 Cefalea benigna por la tos

4.5 Cefalea benigna por el ejercicio físico.

4.6 Cefalea asociada a actividad sexual.

4.6.1. Tipo sordo

4.6.2. Tipo explosivo

4.6.3. Tipo postural

5. Cefalea asociada a Traumatismo craneal

5.1 Cefalea postraumática aguda

5.2 Cefalea postraumática crónica

6. Cefalea asociada a trastornos vasculares

6.1 Enfermedad cerebrovascular isquémica aguda

6.1.1. A.I.T.

6.1.2. Accidente tromboembólico

6.2 Hematoma intracraneal

6.2.1. Hematoma intracerebral

6.2.2. Hematoma subdural

6.2.3. Hematoma epidural

6.3 Hemorragia subaracnoidea

6.4 Malformación vascular sin rotura

6.4.1.Malformación arteriovenosa

6.4.2.Aneurisma sacular

6.5 Arteritis

6.5.1. Arteritis de células gigantes

6.5.2. Oclusión arteria sistémica

6.5.3. Arteritis intracraneal primaria

6.6 Dolor arterial carotídeo o vertebral

6.6.1. Disunión

6.6.2. Carotidiana

6.6.3. Cefalea postendarterectomia

6.7 Trombosis venosa

6.8 Hipertensión arterial

6.9 Cefalea asociada a otros trastornos vasculares

7. Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular
    7.1 Aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo
        7.1.1. HIC benigna
        7.1.2. Hidrocefalia de alta presión.
    7.2 Disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo
        7.2.1. Cefalea postpunción
        7.2.2. Cefalea por fístula del LCR
    7.3 Infección intracraneal
    7.4 Sarcoidosis intracraneal y otras enfermedades inflamatorias no infecciosas
    7.5 Cefalea relacionada con inyecciones intratecales
        7.5.1. Efecto directo
        7.5.2. Debida a Meningitis química
    7.6 Neoplasia intracraneal
    7.7 Cefalea asociada a otros trastornos intracraneales
8. Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a supresión de éstas
    8.1 Cefalea inducida por el uso o exposición aguda a cierta sustancia (alcohol, nitritos, CO, etc..)
    8.2 Cefalea inducida por el uso o exposición crónica a ciertas sustancias (ergotamina, analgésicos, etc...)
    8.3 Cefalea debida a supresión de sustancias de uso agudo (alcohol, etc...)
    8.4 Cefalea debida a supresión de sustancias de uso crónico (ergotamina, cafeína, narcóticos)
    8.5 Cefalea asociadas a sustancia de mecanismo incierto (anticonceptivos, estrógenos,..)
9. Cefalea asociada a infección no cefálica
    9.1 Infección vírica
        9.1.1. Focal, no cefálica
        9.1.2. Sistémica
    9.2 Infección bacteriana
        9.2.1. focal, no cefálica
        9.2.2. sistémica (sepsis)
    9.3 Cefalea relacionada con otras infecciones
10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos
    10.1 Hipoxia (altitud, apnea del sueño, hipóxica,..)

10.2 Hipercapnia

10.3 Hipoxia e hipercapnia mixtas

10.4 Hipoglucemia

10.5 Diálisis

10.6 Cefalea relacionada con otras anomalías metabólicas

11. Cefalea ó dolor facial asociados a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, nariz, senos, boca u otras estructuras craneales ó faciales:

11.1 Hueso craneal

11.2 Cuello

11.2.1. Columna cervical

11.2.2. Tendinitis

11.3 Ojos

11.3.1. Glaucoma agudo

11.3.2. Errores de refracción

11.3.3 Heteroforia ó heterotropia

11.4 Oídos

11.5 Nariz y senos

11.5.1. Sinusopalia

11.5.2. Otras enfermedades de nariz-senos.

11.6 Dientes, mandíbulas y estructuras adyacentes

11.7 Enfermedad de la articulación temporomadibular

12. Neuralgias craneales, dolor de tronco nerviosos y dolor por desaferentización.

12.1 Dolor persistente de origen en un nervio craneal

12.2 Neuralgia del Trigémino

12.2.1. Idiopática

12.2.2. Sintomática (compresión de raíz ó ganglio, lesión central)

12.3 Neuralgia del glosofaringeo

12.3.1. Idiopática

12.3.2. Sintomática

12.4 Neuralgia del nervio intermediario

12.5 Neuralgia laringea superior

12.6 Neuralgia occipital

12.7 Causas de origen central de Cefalea y dolor facial excepto el tic doloroso

12.7.1.

12.7.2. Dolor talámico

12.8 Dolor facial que no cumple los criterios de los grupos 11 y 12

13. Cefalea no clasificable.

III.2 Clasificación atendiendo al tiempo (muy útil en Urgencias).

A/ Cefalea Aguda Generalizada.

B/ Cefalea Aguda Localizada.

C/ Cefalea Aguda Recurrente.

D/ Cefalea Crónica Progresiva.

E/ Cefalea Crónica no Progresiva.

A continuación se exponen las causas más frecuentes en la práctica clínica dentro de cada uno de estos grupos.

A/ CEFALEA AGUDA GENERALIZADA:

A.1/ Síndrome Meníngeo (náuseas, vómitos, rigidez de nuca, etc.):

- Súbita, intensa, explosiva: hemorragia subaracnoidea.
- Con fiebre: sospecha meningitis (realizar Punción lumbar).

A.2/ Síndrome Hipertensión intracraneal: Hemorragias intraparenquimatosas, intraventriculares, hematoma subdural, neoplasia, abceso, etc.

A.3/ Crisis Hipertensiva.

A.4/ Asociada a Traumatismo craneal.

A.5/ Asociada a Infecciones sistémicas.

B/ CEFALEA AGUDA LOCALIZADA:

B.1/ Causas Oftalmológicas:

- Queratitis, Uveitis (ojo rojo, doloroso, lacrimeo, disminución agudeza visual, miosis)
- Glaucoma agudo angulo cerrado: Ojo rojo doloroso, edema, turbidez corneal, midriasis,
- hipertonía del globo ocular.

- Neuritis óptica: Disminución de agudeza visual con dolor retroorbitario a la movilización ocular.

B.2/ Causas ORL:

- Otitis.
- Mastoiditis.
- Sinusitis, etc.

B.3/ Causas Odontológicas:

- Caries.
- Abceso apical,etc.

C/ CEFALEA AGUDA RECURRENTE

Comienzo súbito en minutos con recurrencia periódica.

C.1 / Migraña.

C.2/ Cefalea en racimos o en acúmulos (Cluster Headache)

C.3/ Hemicránea paroxística crónica.

C.4/ Cefalea tensional episódica.

D/ CEFALEA CRÓNICA PROGRESIVA

Aumenta su severidad a lo largo de varios días o semanas y debemos entonces sospechar proceso ocupante de espacio. Precisa de una cuidadosa exploración para descartar sobretodo cefalea secundaria a lesión subyacente.

D/1/ Causas frecuentes:

- Hidrocefalia
- Pseudotumor cerebral (diplopia, obesa, edema de papila, paresia VI par).
- Neoplasia intracraneal.
- Hematoma subdural o epidural.
- Absceso cerebral
- Vasculitis.
- Cefalea por abuso de analgésicos y/o ergotaminicos.

E/ CEFALEA CRÓNICA NO PROGRESIVA:

E.1/ Cefalea tensional crónica.

E.2/ Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergotaminicos.

E.3/ Trastornos psiquiátricos (cefalea psíquica).

E.4/ Tumor: poco frecuente, puede ocurrir en algunos tumores de lento crecimiento.

IV. DIAGNOSTICO

Es fundamentalmente clínico, por lo que resulta imprescindible realizar una buena anamnesis, exploración general y neurológica. Si tenemos que repartir el tiempo que disponemos para diagnosticar una cefalea entre los distintos apartados, debemos dedicar al menos el 70-80% del mismo a la anamnesis (clave diagnóstica). Las bases fundamentales para el diagnóstico serán por orden:

IV.1. Anamnesis.

IV.2. Examen físico.

IV.3. Pruebas complementarias (cuando estas sean necesarias).

IV.1. ANAMNESIS

Debe ser detallada y minuciosa, tomándonos el tiempo suficiente de tal forma que al comenzar la exploración física tengamos ya una idea más o menos clara del tipo de cefalea que presenta el paciente y qué signos debemos buscar al realizar el examen.

Hay que prestar especial atención a las siguientes preguntas básicas:

A/ Edad, sexo y actividad laboral del paciente.

B/ Edad de comienzo de la cefalea: es evidente que una cefalea de inicio reciente, sin historia previa, tiene un significado diferente que una cefalea crónica recurrente ya conocida por el enfermo. La edad de inicio también es importante ya que la migraña suele comenzar en la adolescencia, siendo rara a partir de los 50 años, mientras que otras como la cefalea tensional son más propias de edades más avanzadas o la arteritis temporal, más frecuente en ancianos.

C/ Frecuencia: diaria, semanal, mensual, cíclica (migraña menstrual) o en períodos rítmicos (cefalea en racimos).

*D/ Intensidad***:** la migraña suele ser moderada-intensa, interfiriendo las actividades, mientras que otras como la cefalea tensional generalmente es bien tolerada. La cefalea en racimos destaca por su gran intensidad que se acompaña de inquietud psicomotora. Una cefalea intensa desconocida obliga a descartar hemorragia subaracnoidea, hematoma o infección meníngea. Si se presenta un aumento progresivo de intensidad debemos pensar en proceso expansivo.

*E/ Instauración***:** Súbita en minutos como en la hemorragia subaracnoidea (explosiva), sobre todo si existen antecedentes de esfuerzos o la cefalea en racimos. La cefalea tensional suele ser insidiosa.

F/ Duración del episodio: La migraña suele durar entre varias horas a 2-3 dias, mientras que la cefalea tensional puede durar hasta semanas o meses. La cefalea en racimos se caracteriza por episodios recortados (minutos-horas) repetidos. Una duración prolongada junto con aumento de intensidad sugiere cefalea orgánica.

*G/ Caracteristicas del dolor***:** muchas veces de difícil valoración, ya que depende mucho de las características del propio enfermo, capacidad para expresarse, nivel cultural, personalidad, etc. La migraña suele referirse como pulsátil, punzante, sensación de "latidos o golpeteo" en la cabeza. La cefalea tensional se expresa más como opresión, peso o tirantez. La cefalea en racimos se describe como intensísima, profunda, insoportable.

H/ Localización :

-Hemicráneas recidivantes son típicas de migraña, aunque en ocasiones el dolor puede ser bilateral u holocraneal.

-La cefalea tensional suele ser bilateral, aunque a veces se puede localizar en distintas zonas (nuca, vértex, cuello, región frontal, etc.).

-Cefaleas muy localizadas. Sugieren causas no neurológicas: dolor local por infección del cuero cabelludo, dolor retroocular u orbitario (glaucoma, iritis, etc.), frontal o maxilar (sinusitis), preauricular (disfunción témporo-mandibular), maxilar o mandibular (problemas dentarios). Ocasionalmente puede deberse a lesión de pares craneales (V, IX,) o de las dos primeras raíces cervicales, localizándose en el territorio de distribución del nervio o raíz correspondiente.

- Cefaleas generalizadas junto a instauración aguda suelen ser de causa neurológica.

-La Arteritis Temporal puede producir dolor localizado en las sienes pero también da lugar a cefalea generalizada.

I/ Factores moduladores del dolor: múltiples factores pueden desencadenar o agravar ciertos tipos de cefalea:

-Estrés, ansiedad (cefalea tensional, migraña).

-Ingesta de quesos, chocolate, frutos secos, plátano, etc. (migraña) o alcohol (cefalea en racimos). Falta o exceso de alimentos (migraña).

Sueño: en alguna de sus fases, como en la cefalea en racimos o bien ante la falta o exceso del mismo (migraña tensional)

Cambios climáticos. menstruación, anticonceptivos orales (migraña). Ciclos estacionales (cefalea en racimos).

Fármacos como los vasodilatadores, exceso de consumo de ergóticos o analgésicos, etc.

-Hipertensión arterial.

Un empeoramiento con esfuerzos, maniobra de Valsalva y decúbito, obliga a pensar en cefalea por hipertensión intracraneal o malformación de charnela occipito-atloidea.

J/ Síntomas asociados:

La cefalea tensional suele acompañarse de síntomas de ansiedad y depresión, raras veces se acompaña de náuseas, vómitos o fotofobia.

La migraña puede acompañarse o ir precedida de alteraciones visuales (escotomas centelleantes, fotopsias, defectos del campo visual), sensitivos (parestesias), motores (debilidad) o del lenguaje, generalmente transitorias (máximo 60 minutos) formando parte de lo que se conoce como aura migrañosa. Si el aura es prolongada o los síntomas de la misma se localizan siempre en el mismo lado, debemos descartar lesión subyacente (malformación vascular, etc.).

-Los fenómenos vegetativos que acompañan a la cefalea son también importantes para el diagnóstico diferencial y el manejo de la Cefalea. El lagrimeo unilateral, miosis y taponamiento nasal son característicos de las cefaleas trigémino-vasculares paroxísticas (cefalea en racimos, hemicránea paroxística, SUNCT, etc).

La presencia de otros síntomas asociados como fiebre, vómitos repentinos, artralgias, pérdida de peso, diplopia, crisis convulsivas, trastornos cognitivos, etc. obligará a descartar cefalea secundaria.

K/ Antecedentes personales: cefalea ya conocida y diagnosticada (atención a la posibilidad de cambios en las características del dolor), neoplasias, hipertensión arterial, diabetes, EPOC, nefropatías, enfermedad endocrina, TCE previo, hábitos tóxicos, alergias, consumo de fármacos, etc.

*L/ Antecedentes Familiares***:** presentes en muchos casos de pacientes con migraña.

IV. 2. EXPLORACIÓN

Debe realizarse siempre, prestando especial atención a los siguientes aspectos:

A/ General

A.1/ Inspección: estado general, nutrición, hidratación, coloración de piel y mucosas, lesiones cutáneas, anomalías en pigmentación, etc.

A.2/ Auscultación craneal: buscando existencia de soplos (aneurismas, malformaciones arteriovenosas).

A.3/ Auscultación cardiaca: arritmias, soplos, etc. que sugieran endocarditis o posibilidad de embolismo.

A.4/ Órganos específicos: se realizará cuando se sospechen causas particulares como otitis, sinusitis, disfunción de articulación témporo-mandibular, problema dentario, glaucoma, etc.

A.5/ Otras exploraciones: se examinarán abdomen buscando masas, hepato o esplenomegalia, extremidades (edemas, pulsos periféricos) y columna vertebral.

B/ Neurológica

De forma ordenada para no olvidar ningún apartado:

B.1/ Funciones superiores: grado de conciencia, orientación, memoria, valoración de apraxia-agnosia, lenguaje, y alteraciones de personalidad, anímicas o del comportamiento.

B.2/ Pares craneales: siguiendo orden con especial atención al II, III y VI pares (disminución de agudeza visual, alteraciones pupilares, oftalmoparesias) que puedan traducir hipertensión intracraneal, presencia de aneurismas, etc. A veces se producen hemianopsias homónimas por lesión del parénquima cerebral o bitemporales por procesos expansivos selares.

B.3/ Fondo de ojo: fundamental para detectar hipertensión intracraneal si apreciamos papiledema y también para obtener otros datos como hemorragias en llama (hemorragia subaracnoidea), alteraciones en los vasos y retina (HTA, diabetes, etc.)

B.4/ Signos meníngeos: siempre, pero especialmente en cefalea aguda desconocida, intensa, fiebre, alteraciones de funciones superiores, etc. Exploraremos si hay rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski.

B.5/ Signos focales: deben explorarse trofismo, tono, fuerza, sensibilidad, reflejos osteo-tendinosos y coordinación, buscando signos patológicos o asimetrías que delaten la posibilidad de causa orgánica (hemiparesia, hemihipoestesia, signos de Babinski, reflejos exaltados,

disdiadococinesia, etc.). Asimismo visualizaremos si existen movimientos anormales (temblor, distonía, corea, etc).

B,6/ Bipedestación y marcha: Completan la exploración y debemos observar la postura, marcha normal y si es preciso en tándem, detectando si hay ataxia, marcha parética, etc. y terminaremos con la prueba de Romberg.

Si todo lo anterior es normal y la anamnesis sugiere que la cefalea cumple criterios de cefalea primaria, no debemos hacer nada más, salvo buscar el tratamiento más adecuado para el tipo de cefalea que presenta el paciente. En caso de dudas o necesidad por diagnóstico diferencial, recurriremos a las pruebas complementarias.

IV.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A/ Hemograma. VSG. Bioquímica elemental. Gasometría. General de orina y sedimento: para descartar vasculitis, anemia, policitemia, trastornos endocrino-metabólicos, problemas respiratorios, renales, etc. así como ayudar en diagnóstico de procesos infecciosos.

B/ Radiografía cráneo: especialmente útil si se sospecha sinusitis, mastoiditis. Puede informar de calcificaciones intracraneales o anomalías en silla turca, metástasis, etc., pero hoy en dia ha quedado relegada por la TAC.

C/ Radiología de columna cervical: cuando sospechemos como posible etiología las anomalías de charnela, fracturas, espondilosis.

D/ TAC o RNM craneal: indicados si se sospecha cefalea secundaria. Generalmente la TAC nos da información suficiente para descartar o confirmar la mayoría de los procesos estructurales.

D.1/ La TAC estaría indicada en:

a) Cefalea aguda intensa, “en estallido”.
b) Cefalea con empeoramiento progresivo.
c) Si se asocia a edema de papila o signos meningeos.
d) En caso de aparecer síntomas o signos focales.
e) Asociada a fiebre, náuseas y vómitos no justificables por enfermedad sistémica.
f) Cefalea que no responde a tratamiento teóricamente correcto.

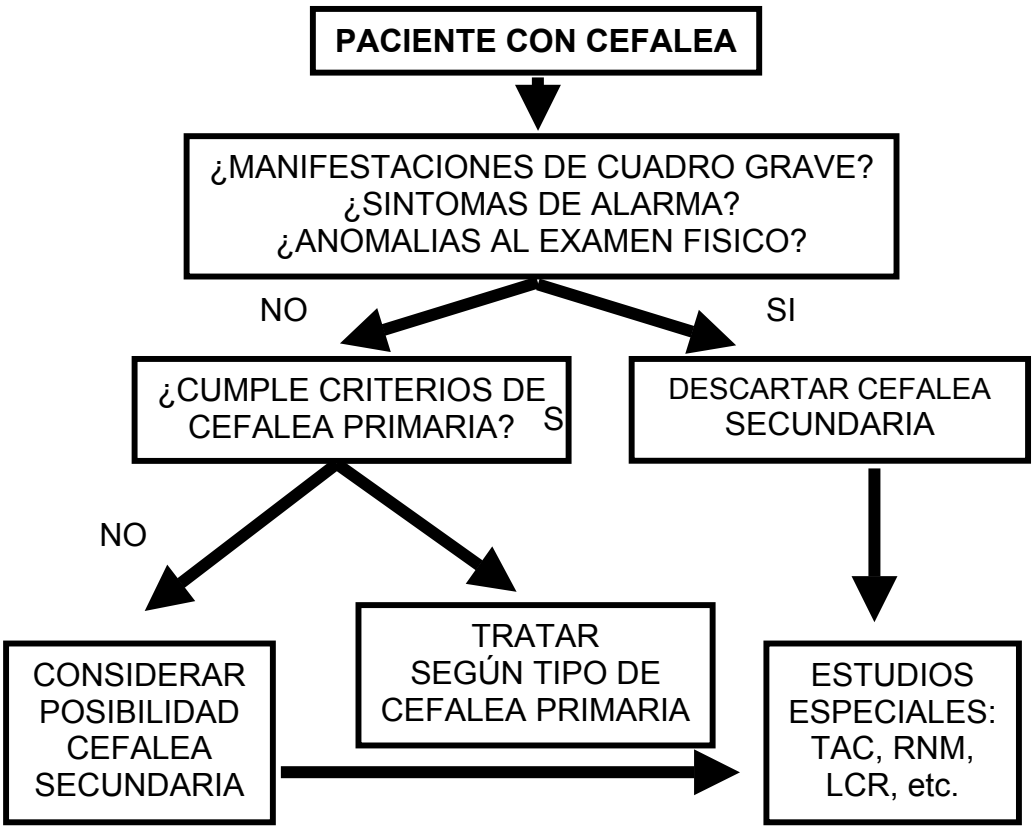
g) Cefalea imposible de clasificar con los datos clínicos.
h) Miedo o dudas por parte del paciente, que dificulten la relación médico-enfermo y el cumplimiento terapéutico.

D.2/ La RNM craneal tiene mayor utilidad cuando sospechamos cefalea por hipotensión de LCR, hidrocefalia obstructiva, malformación de charnela o trombosis venosa, entre otras.

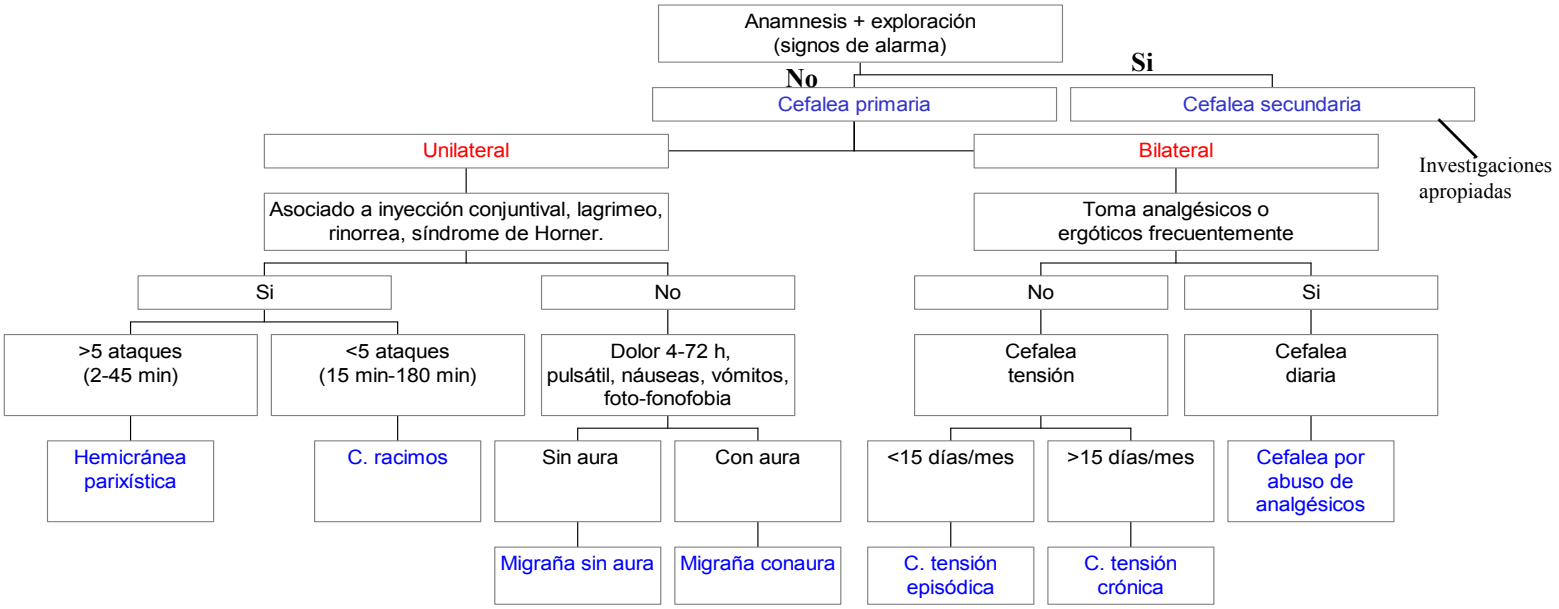
E/ Punción lumbar: debe ir precedida siempre de fundoscopia que descarte edema de papila y si la urgencia del caso lo permite, con TAC craneal

- En Hemorragia subaracnoidea.
- Sospecha de Encefalitis ó Meningitis.
- Sospecha de hipertensión intracraneal benigna (pseudotumor cerebri), para medir presión y estudiar el LCR.

ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON CEFALEA



Algoritmo diagnóstico.



V. PRINCIPALES ENTIDADES EN LA PRACTICA CLINICA.

V.1. MIGRAÑA:

Es un trastorno constitucional, probablemente determinado genéticamente y desencadenado por múltiples factores: estrés, hormonas, sueño, clima, alimentos, ejercicio, alcohol, etc. En un 70-80% de los casos existen antecedentes familiares.

Se trata de una cefalea recurrente primaria, más frecuente en la mujer (2:1), con episodios de dolor generalmente hemicraneales pulsátiles (aunque no siempre), con nauseas, vómitos, foto y fonofobia que interfieren las actividades diarias y muchas veces se acompañan de síntomas neurológicos visuales, sensitivos, motores o del lenguaje, como manifestación de aura.

La importancia de la migraña viene dada por:

- Ser una entidad con alta prevalencia (12%) e incidencia de crisis incapacitantes, siendo una condición crónica desencadenada por múltiples factores y con frecuencia existe una afectación familiar (25% de miembros). Afecta más a la mujer en proporción 2:1 y sobretodo a población en edad laboral (población activa migrañosa española en 1994: 1,7 millones).
- La migraña tiene una enorme repercusión socioeconómica, derivada de costes directos (consultas, medicinas, hospitalización, estudios, etc.) e indirectos, derivados de pérdidas en productividad laboral. En España se pierden anualmente 13 millones de jornadas laborales/año, con un coste superior a los 160.000 millones de pesetas/año, por este concepto.
.- Repercute negativamente en la calidad de vida, en relación directa con su severidad. Interacciona negativamente con la vida social y familiar, siendo en este sentido más incapacitante que enfermedades como la diabetes o el angor.

A/ Fisiopatología: Ante un desencadenante en una persona predispuesta, se pone en marcha una activación inicial del hipotálamo (n.supraquiasmático) dando lugar a los síntomas premonitorios. Se seguiría, de una disfunción neuronal propagada desde la corteza occipital hacia delante (disminución del flujo cerebral) origen del aura migrañosa. Finalmente se activan los núcleos del tronco (locus ceruleus y n. del rafe) que ponen en funcionamiento el sistema trigémino-vascular que provoca una inflamación meníngea aséptica y vasodilatadora cerebral base del dolor migrañoso.

B/ Factores desencadenantes de migraña:

B. 1/ Estrés (uno de los más frecuentes): estrés emocional, fatiga, esfuerzos físicos.

B. 2/ Sueño: falta de sueño o dormir en exceso.

B.3/ Hormonas: ovulación, menstruación, anticonceptivos orales, tratamientos hormonales, embarazo, menopausia.

B.4/ Clima: muchos pacientes presentan crisis migrañosas en relación a cambios climáticos.

B.5/ Alimentos: en algunos enfermos, existe relación con chocolate, frutos secos, cítricos, quesos fermentados, alcohol (vino tinto) , café, aditivos para comidas (glutamato, nitritos, mostazas, etc.).

C/ Clasificación:

C. 1/ Migraña común ó sin aura:

Al menos 5 ataques de dolor:

Duración entre 4-72 horas (sin tratamiento o tratadas sin éxito).

Al menos 2 de la siguientes:

- Unilateral
- Pulsátil
- Empeora con actividad física,
- Intensidad moderada o grave.

Durante la crisis, al menos uno de estos síntomas:

- Náuseas y Vómitos.
- Fotofobia y Fonofobia.

C.2 Migraña con aura.

Al menos 2 ataques de migraña precedidos de aura.

El aura ha de cumplir al menos 3 de las siguientes:

- Uno o más síntomas completamente reversibles que indiquen disfunción cortical cerebral focal, de tronco o ambos.
- Desarrollo gradual (más de 4 minutos).
- Duración no superior a 60 minutos.
- La cefalea sigue al aura con intervalo libre de menos de 60 minutos.

- Síntomas más frecuentes de Aura: Visión borrosa, escotomas centelleantes y pérdida de visión en parte del campo visual.

a) Migraña con aura prolongada.

Cumple criterios de migraña con aura, pero al menos uno de los síntomas de aura duran más de 60 minutos y menos de 1 semana. Los estudios de neuroimágen deben ser normales. En caso de lesión isquémica se considerará infarto migrañoso.

b) Migraña Basilar: Se trata de una migraña con síntomas de aura originados en tronco ó ambos lóbulos occipitales, más frecuente en jóvenes, se caracteriza por:

2 o más síntomas de aura con las siguientes características: síntomas visuales en los campos temporal y nasal de ambos ojos, disartria, vértigo, acúfenos, pérdida de audición, diplopia, ataxia, paresias bilaterales, parestesias bilaterales, disminución del nivel de conciencia.

C.3/ Migraña oftalmopléjica:

Ataques repetidos de dolor generalmente unilateral frontoorbitario o hemicraneal al que se asocia paresia de uno o más pares craneales oculomotores en ausencia de lesión intracraneal demostrable.

a) Al menos 2 ataques que cumplan el punto b.

b) Cefalea que coincide en el tiempo con paresia de uno o más pares oculomotores (III,IV y VI).

b) Descartar mediante investigaciones apropiadas, otra causas de Oftalmoplejia dolorosa.

Esta entidad presenta un perfil claramente diferente de la migraña. La duración de la cefalea puede llegar incluso a 1 semana, por lo que muchos autores se cuestionan si realmente es una cefalea migrañosa.

C.4/ Migraña retiniana:

a) Al menos 2 ataques que cumplan criterios b y c.

b) Escotoma monocular o ceguera totalmente reversibles con duración inferior a 60 minutos.

c) La cefalea aparece con intervalo libre de menos de 60 minutos.

La exploración oftalmológica debe ser normal.

C.5/ Síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores o estar asociados a migraña.

Se incluyen aquí el vértigo paroxístico benigno infantil y la hemiplejia alternante de la infancia.

C.6/ Complicaciones de la migraña

a) Estatus migrañoso: ataque de migraña que dura más de 72 horas a pesar de tratamiento, pudiendo existir intervalos sin cefalea inferiores a 4 horas (excluyendo el período de sueño).

b) Infarto migrañoso: La migraña se acompaña de uno o más síntomas de aura que cumplen uno de los siguientes criterios:

- Que no revierten completamente en 7 días
- Se asocian a infarto isquémico confirmado por neuroimágen.
- Ambos hechos.

V.2. CEFALEA TENSIONAL

A/ Introducción:

- Es la causa más frecuente de cefalea, en una relación 3-5:1 con la migraña.
- Predomina en mujeres (3:1)
- Aparece a cualquier edad, aunque es más frecuente en edad adulta.
    - Prevalencia del 30-80% (según diferentes criterios-metodologias empleados).
    - Con gran frecuencia existen asociados sintomas depresivos, ansiedad o trastornos de personalidad.

B/ Clasificación:

Según su frecuencia de presentación:

- Cefalea de Tensión Episódica (CTE).
- Cefalea de tensión crónica (CTC).

Opcionalmente ambas formas contemplan 2 subgrupos, según se acompañen o no de alteración de la musculatura pericraneal:

- Si alterados: cefalea de tensión episódica o crónica asociada a alteración de músculos pericraneales.
- Si no alterados: cefalea de tensión episódica o crónica no asociada a alteración de músculos pericraneales.

- Cefalea de tensión que no cumple los criterios anteriores (¿psicógena ¿)

B.1/ Cefalea Tensional Episódica

- Episodios recurrentes de cefalea
- Duran entre varios minutos y varios días.
- Dolor tiene una cualidad opresiva no pulsátil.
- Intensidad leve a moderada
- Localización bilateral (unilateral ocasionalmente).
- No empeora con la actividad física diaria
- No hay náuseas, pero puede existir fotofobia o fonofobia

Criterios Diagnósticos (CTE)

A- Al menos 10 episodios de cefalea previos que cumplan los criterios B-D.
Número de días con este tipo de cefalea <180 al año (< de 15/mes).

B-Se prolonga entre 30 minutos y 7 días.

C-Características del dolor (tener por lo menos dos):

1-Calidad opresora ó sensación de apretamiento. No pulsátil

2-Intensidad leve a moderada

3-Localización bilateral.

4-No se agrava al subir escaleras ó practicar actividades diarias.

D-Ha de cumplir las dos siguientes características:

1-No hay náuseas ni vómitos (puede aparecer anorexia)

2-No existe fotofobia ni fonobia, ó bien sólo una de las dos.

E- No evidencia de enfermedad orgánica.

B.2/ Cefalea de Tensión Crónica

- Presente durante al menos 15 días al mes durante 6 meses.
- Carácter opresivo o de apretamiento
- Intensidad leve o moderada
- Bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria
- Pueden producirse náuseas, fotofobia o fonofobia

Criterios diagnósticos CTC

A. Cefalea mayor o igual a 15 días / mes(180 días año) durante 6 meses.

B. Ha de darse por lo menos dos de las siguientes características de dolor:

-Opresión/apretamiento.

-Gravedad leve o moderada

-Localización bilateral

-No se agrava al subir escaleras o con activ. físicas rutinarias

C. Ha de tener las dos características siguientes:

-No hay vómitos

-Sólo una de las siguientes: Náuseas, fotofobia, fonofobia.

CRITERIOS PARA VALORAR ASOCIACION O NO CON ALTERACIONES DE MUSCULATURA PERICRANEAL.

A. Cumple criterios de cefalea tipo tensión episódica o crónica.

B. Al menos una de las siguientes:

1-Sensibilidad incrementada de los Ms Pericraneales demostrada mediante palpación manual o algómetro de Presión.

2-Aumento del nivel de actividad EMG de los músculos pericraneales en reposo ó durante las pruebas fisiológicas.

CEFALEA TENSIONAL QUE NO CUMPLE LOS CRITERIOS ANTERIORES (PSICOGENA): los pacientes no cumplen criterios de cefalea tensional y si muestran patología psiquiátrica subyacente como ansiedad, depresión, ideas delirantes, o importante estrés psicosocial, etc.

V.3. CEFALEA EN RACIMOS (CLUSTER HEADACHE)

- Predomina en varones entre los 20-40 años.
- Ataques de dolor variables entre 1/48 horas y 8 al día.

- Racimos que duran de varias semanas a varios meses (media 1-2 meses), pudiendo aparecer entre 1-2 veces al año, en muchos pacientes siguiendo periodicidad estacional.
- Factores desencadenantes: consumo de alcohol, inicio del sueño.

Criterios diagnósticos de Cefalea en racimos (IHS).

A-Al menos cinco ataques que cumplen los crietrios B a D

B-Dolor severo orbitario, supraorbitario y /o temporal de 15 – 180 minutos de duración sin tratamiento.

C-La cefalea se asocia, al menos, a uno de los siguientes signos, que debe ser homolateral al dolor:

1-Inyección conjuntival.

2-Lagrimeo

3-Congestión nasal

4-Rinorrea

5-Sudoración en frente y cara

6-Miosis

7-Ptosis

8-Edema palpebral

D-La frecuencia de los ataques oscila de uno cada dos días a ocho al día .

E-Al menos uno de los siguientes:

1-La historia clínica y la exploración física y neurológica no sugieren Cefalea secundaria a Enfermedad Metabolica organica ó sistémica

2-La historia clínica y/o la exploración física y/o neurologica sugieren dichos transtornos, pero estos se han descartado de forma adecuada.

3-Tal trastorno está presente, pero la cefalea en racimos no ocurre por primera vez en íntima relación temporal con el mismo.

3.1. Cefalea en serie con periodicidad no determinada

3.2.Cefalea en serie episódica : Al menos dos periodos de Cefalea en acúmulos que duran entre 7 días y un año, separados por emisiones de por lo menos 14 días.

3.3 Cefalea en serie crónica: Ausencia de fase de remisión durante un año ó más, con remisiones que duran menos de catorce días.

V.4. HEMICRÁNEA PAROXISTICA CRÓNICA

- También conocida como S. de Sjaastad.
- Más frecuente en mujeres (5:1) en edad adulta.
- Ataques con duración media de 15 minutos aproximadamente.
- Existen racimos autolimitados de duración variable y formas crónicas.
- Desencadenantes: giros del cuello, masticación, risa, valsalva, presión ocular, presión sobre apófisis transversas C3-C4 o sobre raíz C2, etc.
- La respuesta espectacular a la indometacina es diagnóstica.

Criterios diagnósticos de la Hemicránea paroxistica crónica IHS

A. Al menos 50 ataques que cumplen los criterios B a E

B. Ataques de dolor severo unilateral orbitario, supraorbitario y/o temporal, siempre en el mismo lado ,de 2 a 45 minutos de duración

C. La frecuencia de los ataques está en torno a cinco diarios durante más de la mitad del día (puede existir periodos de menor frecuencia)

D. El dolor se asocia al menos ,a uno de los siguientes signos ó síntomas homolaterales:

1-Inyección conjuntival

2-Lagrimeo

3-Congestión nasal

4-Rinorrea

5-Ptosis

6.Edema palpebral

E. Efectividad absoluta de la Indometacina a dosis de 150 mg/día ó menos

F. Al menos uno de los siguientes puntos :

1-La historia clínica y la exploración física y neurológica no sugieren Cefalea secundaria

2-La historia clínica y/o la exploración física y/o neurológica sugieren alguno de dichos trastornos ,pero este se ha descartado de forma adecuada.

3.Tal trastorno está presente, pero la hemicránea paroxística crónica no ocurre por primera vez en íntima relación temporal con el mismo.

V.5 CEFALEA PUNZANTE ESENCIAL

A/ Dolor intenso como "pinchazo" ó punzada que dura segundos a minutos.

B/ Frecuencia variable

C/ Rara vez nocturna

D/ Localizada en un punto concreto (órbita, parietal, etc...)

E/ Cambia de sitio constantemente, no se provoca

E.1/ Desaparecen los signos autonómicos

E.2/ Excluir alteraciones estructurales en punto doloroso y distribución del nervio afecto.

E.3/ Rara vez necesita tratamiento, mejora con dosis bajas de Indometacina

V.6 CEFALEA CRÓNICA DIARIA

Se considera cefalea crónica diaria (CCD) aquella que está presente al menos 15 dias al mes durante 6 meses. Según las características clínicas podemos distinguir varios tipos de CCD, atendiendo al tipo de cefalea de la que deriva:

A/ Migraña transformada

B/ Cefalea tensional crónica que aparece en sujetos con antecedentes de CTC.

C/ Cefalea crónica de inicio reciente.(el paciente no tiene historia reciente de Cefalea primaria)

D/ Algunos autores incluyen la hemicránea continua.

Todos ellos pueden ir asociados o no a abuso de ergotamina y/o analgésicos.

Entre los factores posibles que influyen en la transformación gradual de Cefalea episódica, hasta la forma crónica diaria se encuentran:

-Uso excesivo de analgésicos./ ergotamina

-Perfil anormal de personalidad :Depresión ó angustia

-Estrés

-Hechos históricos de la vida

-Hipertensión arterial

-Otros como Hormonas sexuales.

Criterios clínicos de la migraña transformada:

1. Dolor diario o casi diario (>15 dias al mes) más de 1 mes.
2. Duración media del dolor 4 h. al dia.(sin tratamiento)
3. Historia de migraña episódica según criterios de la IHS.
4. Aumento de frecuencia y disminución de intensidad de los síntomas migrañosos.

5. La cefalea habitual cumple criterios de migraña, salvo la duración del dolor.
6. La cronificación no es debida a otro trastorno.
7. Puede existir o no abuso de analgésicos y/o ergotamina.

Criterios clínicos de la cefalea tipo tensión crónica: ya comentados anteriormente de CTC y además :

-Historia de Cefalea de Tensión previa

-Aumento gradual de la frecuencia de la cefalea

-La cronificación de la Cefalea no se asocia con la aparición de otro

-Puede asociarse ó no abuso de analgésicos ergóticos.

Criterios clínicos de la cefalea crónica de inicio reciente (CCIR):

1. Cefalea durante más de 15 días al mes (> 1 mes).
2. Duración media del dolor 4 horas sin tratamiento.
3. No historia de cefalea migrañosa o de tensión previa que aumente en frecuencia y disminuya intensidad en asociación con el inicio de CCIR.
4. Inicia agudo (menos de 3 días) de cefalea constante
5. Cefalea de localización constante.
6. La cefalea no se debe a otro trastorno.
7. Puede existir o no abuso de analgésicos y/o ergotaminicos.

Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergotaminicos (CAA)

La Cefalea por rebote, se define como la perpetuación del dolor causada por uso frecuente y excesivo de analgésicos .

Desde un punto de vista clínico se caracteriza por:

-Cefalea refractaria ,diaria ó casi diaria, que aparece en sujetos con Antecedentes de Cefalea primaria y uso excesivo de analgésicos de acción inmediata.

-Umbral para el dolor suele ser bajo

-Se acompaña de astenia ,irritabilidad ,náuseas y otros problemas gastrointestinales ,dificultad de concentración y depresión.

-El ritmo de Cefalea depende del Fármaco

-Tolerancia a los analgésicos, los pacientes necesitan progresivamente dosis mayores.

-Aparecen síntomas de Abstinencia con el cese repentino de los mismos.

-Mejoría del dolor con la interrupción del fármaco.

-Los fármacos profilácticos no son eficaces si el paciente continua con el consumo excesivo de analgésicos.

Aunque no se conoce con detalle la patogenia de la Cefalea, inducida por analgésicos, los posibles mecanismos son:

-Factores psicológicos del propio paciente

-Supresión de un sistema anticonceptivo por excesos de medicamentos sintomáticos

-Alteración en número y función de receptores postsinápticos por el uso de medicación crónica.

-Activación de sistemas facilitadores nociceptivos a nivel del tronco.

Los fármacos implicados son los ergóticos y analgésicos simples ó asociados, que son muy accesibles dado su bajo coste, siendo de dispensación libre en las Farmacias: preparados ergotamínicos, paracetamol, AAS, metamizol, mezclas de analgésicos o ergotamina con codeína y cafeína, barbitúricos, etc. Estos pacientes por regla general no consultan con su Médico. Sospecharemos ante aquellos pacientes que acuden para recetas de analgésicos ó cuando exista un autoconsumo considerable.

Cualquier analgésico o ergotaminico puede condicionar CCAA, pero con mayor frecuencia las mezclas. En España los fármacos más comúnmente impicados son las combinaciones de ergotamina con cafeina y barbitúricos así como el paracetamol-codeína.

(Silberstein y cols en 1994,establecieron unos criterios de abuso de Analgésicos):

Debe de aparecer un punto de los citados posteriormente durante al menos un mes:

1.Uso de analgésicos simples (>1000 mgs AAS /Paracetamol) > 5 días/semana

2.Combinación de analgésicos múltiples (cafeína, barbitúricos,etc..) (> 3 comprimidos/día)>3 días /semana

3-Narcóticos (>1 comprimido /día)>2 días /semana

4-Ergotamina (1 mgrs vía oral ó o.5 mgrs vía rectal)>2 días/semana

V.7 CEFALEAS PROVOCADAS Ó RELACIONADAS CON SITUACIONES CONCRETAS:

A/ Criterios diagnósticos de la Cefalea tusígena benigna (IHS)

Cefalea bilateral de inicio repentino que dura menos de un minuto y se origina por la tos

Puede prevenirse evitando toser

Puede diagnosticarse únicamente después de excluir mediante neuroimagen, lesiones estructurales intracraneales tales como un tumor de fosa posterior.

B/ Criterios diagnósticos de la Cefalea Benigna por ejercicio físico (IHS)

Su causa especifica es el ejercicio físico

Es bilateral ,de naturaleza pulsátil al inicio y puede desarrollar carcteristicas migrañosas en pacientes susceptibles de sufrir migrañas

Persiste cinco minutos a 24 horas

Se previene al evitar el ejercicio excesivo ,especialmente en épocas de calor y en altitudes elevadas.

No se asocia a enfermedad sistémica ni intracraneal.

C/ Criterios diagnósticos de la Cefalea coital benigna: (IHS)

Se desencadena por la excitación sexual

Es bilateral en su inicio

Se puede prevenir ó aliviar interrumpiendo la actividad sexual

No se asocia con enfermedad intracraneal (p.ej.aneurisma)

D/ Cefalea asociada a traumatismo craneal

D.1/ Cefalea postraumática aguda (14 días siguientes al TCE y persiste menos de 8 semanas)

a) Por traumatismo craneal significativo,signos confirmatorios ó ambos
b) Por traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios

D.2/ Cefalea postraumatica crónica (persiste más de 8 semanas tras TCE)

a) Por traumatismo craneal significativo,signos confirmatorios ó ambos.
b) Por traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios.

E/ Otras :

Por punción lumbar, consumo de nitritos, por consumo de Glutamato monosódico (Sindrome del Restaurante chino),por ingesta de bebidas frías, ingesta alcohólica (resaca) hipoglucemia,hipoxia,hipercapnia,Exposición a CO.

V.8. CEFALEAS SECUNDARIAS

A/ HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Frecuentemente desencadenada por un ejercicio brusco.

De inicio brusco

Cefalea generalizada muy intensa acompañada de vómitos.

Puede iniciarse con pérdida transitoria de conciencia o crisis comicial.

A/1/ Exploración física:

-Signos meníngeos

-Puede haber alteración nivel de conciencia

-Focalidad neurológica a menudo tardía

A/2/ Diagnóstico: Inicialmente TAC si normal: Punción lumbar.

B/ ARTERITIS DE LA TEMPORAL

Sospecha en todo anciano con dolor en región temporal, claudicación mandibular.

B/1/ Clínica: Polimialgia a nivel escapulohumeral y/o pelviano, pérdida de peso, febrícula, disminución agudeza visual.

B/2/ Exploración: Arteria temporal dura, infiltrado tortuoso y sin latido, doloroso a la palpación.

C/ NEURALGIA DEL TRIGÉMINO:

A.1 / Dolor electrizante-punzante muy intenso, unilateral, sin signos autonómicos

A.2 / Afecta con mayor frecuencia a la 2ª y 3ª rama del Trigémino , localizado en el territorio cutáneo.

A.3 / Brote de 1 a 2 minutos. Frecuencia variable

A.4 / Podemos distinguir dos formas de Neuralgia del Trigémino: Secundarias y esenciales.

Destacar que las Secundarias son debidas a inflamaciones, tumores, procesos vasculares, infecciones y enfermedades desmielinizantes. En las esenciales su

etiología se desconoce, siendo más frecuente en mujeres y con edad , superior a los 40 años .

A.5/ Clínica:

a) Presentación súbita con crisis paroxisticas dolorosas de corta duración y con carácter recidicivante y estereotipadas en cada individuo.

b) El dolor se presenta espontáneamente ó tras estímulos: roce de la cara, bostezo, masticación, con la deglución ó incluso al hablar, es lo que se conoce como las zonas gatillo.

c) Entre los paroxismos el paciente está asintomático

A.6/ Exploración: Será normal en las Neuralgias esenciales y en las secundarias encontraremos ,exploración patológica, relacionada con la etiología que la produce.

D/ NEURALGIA DEL GLOSOFARÍNGEO: (Síndrome de Wilfred –Harris)

-Dolor similar a Neuralgia Trigémino, aunque es menos frecuente que ésta.

B.1 / Clínica: Dolor de comienzo súbito, intenso y de corta duración que se localiza en las amigdalas, faringe, parte posterior de la lengua y velo del paladar. Se irradia a cuello y oido. Desencadenado por deglución , habla, tos bostezo, masticación .Suele acompañarse de bradicardia, hipotensión sincope, lagrimeo y salivación.

B.2 / En cuanto a su etimología se han relacionado casos con tumores faringeos, patología del ángulo pontocerebeloso ,y del sistema vertebrobasilar.

E/ NEURALGIA OCCIPITAL ó de Arnold:

E.1/ Dolor es menos intenso , unilateral, localizado en región occipital y parietal posterior , correspondiendo al territorio de distribución de la segunda raíz cervical posterior ó nervio de Arnold.

E.2/ Se asocia a parestesias y/o hipoestesias zona occipital y parietal.

E.3/ Tratamiento: Bloqueo anestésico. Si no existe buena respuesta a éste tratar como Neuralgia del trigémino

F/ NEURALGIA FACIAL ATIPICA:

F.1/ Afecta a región maxilar, nasal ó mandibular, con irradiación a región cervical oído y garganta. Dolor intenso y urente de carácter mal definido

F.2/ De predominio en mujeres, con una frecuencia diaria, ó de manera episódica asociada a alteraciones vegetativas locales. En el 20-30 por ciento es bilateral

F.3/ En relación con exceso de ingesta de analgésicos y psicosomáticos

F.4/ Exploración física general y neurológica sin alteraciones. No aparece causa orgánica demostrable

F.5/ Buena respuesta a Antidepresivos tricíclicos si es persistente. En la episódica, se tratará como una Migraña.

G/ OFTALMOPLEJIA DOLOROSA REGRESIVA Ó SINDROME DE TOLOSA HUNT

G.1/ Dolor frontoorbitario episódico asociado a parálisis oculomotora (III, IV y VI par craneal) , de naturaleza benigna y de carácter recurrente.

G.2/ Destacar que cuando es secundario a una inflamación granulomatosa de la porción anterior del seno cavernoso ó fisura esfenoidal, hablamos de Sindrome de Tolosa –Hunt.

G.3/ En la exploración se objetiva la Parálisis de uno ó varios pares oculomotores acompañada con ó sin afectación pupilar, edema periorbitario, inyección conjuntival y más raramente malestar general y febrícula.

G.4/ Responde a corticoides a altas dosis en unas 24 horas

VI. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Características	Cefalea Tensional	Cefalea racimos	Migraña	Cefalea de Rebote
Duración.	30 minutos-7 días Crónicas:diarias y duran las 24 horas	15 minutos a 3 h. Racimos: 1-8 /día durante 1-2 meses Ataques anuales ó semestrales	4-72 horas	Diarias Persisten todo el día El alivio del dolor con ergotamina ó analgésicos simples sólo es transitorio.
Asociaciones ó desencadenantes	·se asocian con estrés (episódicas) ·Ansiedad. Depresión.	Alcohol,aire frio ó caliente ,vasodilatadores,estrés,sueño.	Estrés Alteración ritmo del sueño,en la dieta .Mens-Truación. Anticonceptivos Esfuerzo físico	Empeora el dolor si el tratamiento cesa Se automedica una vez al día
Síntomas acompañantes	Fotofobia ó fonofobia en ataques intensos.	Rubor facial. Congestión nasal. Ptosis palpebral. lacrimeo e inyección conjuntival. Alteraciones pupilares Sudoración unilateral	Palidez facial Náuseas y/o vómitos. Fotofobia Fonofobia <u>AURA:</u> Luces centelleantes (fotopsias) Líneas brillantes en zigzag Area de pérdida de campo visual.	Los de la Migraña se superponen a los síntomas de esta Cefalea
Características del dolor	Dolor compresivo sordo, persistente, variando de intensidad durante el día	Despierta al paciente a la misma hora cada noche Dolor intenso, lancinante	Cefalea intensa Pulsátil.	Leve a moderado sordo
Localización	Bilateral en banda. Difuso	Periorbital	Unilateral Frontal y hemicraneal	Bilateral, difuso
Actividad física	No se agrava con la actividad física diaria	No se agrava por el movimiento	Agravado por la actividad física diaria.	Presente al despertar

VII. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO Ó ASISTENCIA EN EL AREA DE URGENCIAS:

VII.1 Estatus migrañoso de más de 72 horas: Tratar en Urgencias y si no responde valorar su ingreso hospitalario

VII.2 Cefalea crónica diaria refractaria

VII.3 Cefalea complicada con abuso de fármacos y que no responde a Tto ambulatorio.

VII.4 Cefalea acompañada de importantes problemas medico – quirúrgicos.

VII.5 Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracraneal

VII.6 Arteritis de células gigantes

VII.7 Formas resistentes de Cefaleas en racimos

VII.8 Cefalea que interrumpe y compromete de forma muy importante la actividad de la vida diaria a nivel sociolaboral y familiar.

VII.9 Migraña con aura prolongada (Sobre todo si pérdida de conciencia: Migraña basilar)

VIII. CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA EXTERNA:

-Incertidumbre diagnóstica

-Cefalea primaria que no responde a tratamiento.

-CCD con abuso de analgesia que persiste a pesar de tratamiento adecuado.

-Cefalea trigémino-autonómicas

-Cefalea con exploración neurológica patológica ó síntomas deficitarios neurológicos asociados.

-Modificaciones no aclaradas en los caracteres de la Cefalea

-Sospecha clínica de Cefalea secundaria.

.

IX. TRATAMIENTO CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES.

IX.1 MIGRAÑA:

A/ Evitar desencadenantes

B/ Tratamiento Crisis Aguda de Migraña:

B.1 Medidas Generales:

Reposo en cama

Habitación oscura.

Dieta blanda

Frío local (Compresas).

Oxígeno al 100%

B.2 Tratamiento farmacológico:

Analgésicos-Antiinflamatorios no esteroideos:

a) Acido Acetil salicílico: 500- 1000 mg, oral, soluble preferentemente o efervescente.
b) Naproxeno (sódico): 500-1000 mg, oral o rectal.
c) Ibuprofeno: 600-1200 mg, oral.
d) Diclofenaco sódico: 50-100 mg, oral; 100 mg, rectal; 75 mg parenteral.
e) Dexketoprofeno: 25-50 mg, oral.
f) Ketorolaco: 30-60 mg, parenteral/ oral.
g) Paracetamol: 1000 mg, oral o rectal.

Antieméticos:

Se administrarán quince minutos antes de administrar analgésico

a) Metoclopramida: 10 mg, oral; 20 mg, rectal; 10 mg, parenteral.
b) Domperidona: 10-30 mg, oral; 30-60 mg, rectal.

Agonistas 5-HT1B/D (Triptanes):

Son los fármacos de primera elección en el tratamiento de las crisis de migraña moderadas o intensas. No se deben usar de forma concomitante con preparados ergóticos y están contraindicados en pacientes con Cardiopatía Isquémica e HTA no controlada.

a) Sumatriptán: 50-100 mg, oral; 6 mg, parenteral (subcutáneo) mediante autoinyector. No superar 300 mg oral o 12 mg parenteral en 24 horas. 20 mgrs nasal.
b) Zolmitriptán: 2,5-5 mg, oral. No superar 10 mg en 24 horas.
c) Naratriptán: 2,5-5 mg, oral. No superar 5 mg en 24 horas.
d) Rizatriptán: 10 mg, oral. No superar 20 mg en 24 horas.
e) Almotriptán: 12,5 mg, oral. No superar 25 mg en 24 horas.

Preparados ergotamínicos

Evitar su asociación con los agonistas 5HT

a) Tartrato de Ergotamina: 1 – 2 mgrs oral ó rectal sin exceder 4 mgrs en 24 horas ó 6 mgrs/ sem. Evitar aún dentro de estos márgenes, dosis repetidas por el riesgo de dependencia.

Prednisona, Benzodiacepinas y Neurolépticos sólo se usan en caso de Migraña refractaria ó Status.

B.3 Tratamiento profiláctico:

Está indicado cuando la frecuencia, duración ó intensidad de las crisis es alta o si la respuesta al tratamiento sintomático es pobre ó si se asocian a síntomas neurológicos. Como norma general, se recomienda su empleo en monoterapia y durante 3-6 meses.

Betabloqueantes:

Propanolol: 40-160 mg, oral (en 2-3 dosis diaria).

Nadolol: 40-120 mg, oral (en 1 dosis diaria).

Atenolol: 50-100 mg, oral (en 1 dosis diaria).

Calcioantagonistas:

Flunarizina: 2.5-5 mg, oral (en una sola dosis por la noche).

Nicardipino: 40-60 mg, oral (repartidos en 2-3 dosis).

Antiserotonínicos:

Metisergida: 2-6 mg, oral; máximo 4 meses de forma continuada.

Pizotifeno: 0.5-1.5 mg, oral (en una sola dosis por la noche).

Antidepresivos tricíclicos: (sobretodo si la Migraña se asocia a Cefalea tensional)

Amitriptilina: 10-75 mg, oral (en una sola dosis por la noche).

Imipramina: 25-75 mg, oral (por la mañana o mañana y noche).

Inhibidores de la recaptación de Serotonina

Otros:

Valproato: 400-1500 mg/día.(en dos tomas)

Naproxeno: 500-1100 mg/día. Indicado en la Migraña menstrual

B.4 Tratamiento del Status migrañoso:

Sumatriptán (6 mg sc ó 20 mg nasal).

Analgésicos (Vía parenteral):

AINES: Ketorolaco (30-60 mg), diclofenaco (75 mg).

Opiáceos: meperidina (100 mg).

Antieméticos (Vía parenteral): metoclopramida (10 mg).

Reposición hidrosalina intravenosa.

Sedación parenteral:

Clorpromazina (12.5-25 mg).

Diacepam (10 mg).

Corticoides:

Dexametasona, 4-16mg (reducir gradualmente a partir de 3-4 días).

Metilprednisolona, 60-120 mg, parenteral (reducir gradualmente a partir de 3-4 días).

B.5 Migraña en el embarazo

Después del primer trimestre: Paracetamol

Como Profilaxis: Propanolol, suspender 2 semanas antes del parto.

B.6 Migraña menstrual:

Profilaxis una semana antes de la menstruación.

Muy beneficiosos AINES: Naproxeno 550 mgrs cada 12 horas vía oral

Los agonistas 5HT AB/D (Triptanes) pueden combinarse con la administración profilácticas de AINES

IX.2 CEFALEA TENSIONAL

A/ Tratamiento sintomático

Evitar en lo posible la combinación de analgésicos y su abuso, por el riesgo de dependencia y cronificación de la cefalea

Analgésicos-AINE, según pauta de la migraña. Si estos son tomados más de 8 días al mes comenzar con tratamiento profiláctico, al igual que en la Cefalea Tensional crónica y en casos refractarios al tratamiento analgésico.

B/ Tratamiento profiláctico

Se efectuará en: 1-Cefalea tensional crónica.

2-Toma de analgésicos más de 8 días al mes

3-Procesos refractarios al tratamiento analgésico.

Se recomienda el tratamiento con antidepresivos en pautas no inferiores a 3 meses. Al inicio del tratamiento puede ser útil asociar benzodiacepinas.

Antidepresivos tricíclicos:

Amitriptilina: 10-75 mg, oral (por la noche).Dosis media de 50-75 mgrs / día en CTC

Imipramina: 25-75 mg, oral (por la mañana o mañana y noche).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: pueden emplearse como alternativa al grupo anterior.

Fluoxetina 20 mgrs día

Paroxetina 20 mgrs día

Pautas cortas de AINES en caso de contracción muscular

IX.3 TRATAMIENTO CEFALEAS EN RACIMO-CLUSTER HEADACHE.

A/ Tratamiento de las Crisis:

Combinar desde el inicio el tratamiento de las crisis con el tratamiento profiláctico.

a) Sumatriptán: 6 mg, subcutáneo para cada ataque. No asociar con ergotamina.

b) Oxígeno con mascarilla al 100%, inhalada a 7 litros/minuto durante un tiempo de 15-20 minutos.

B/ Tratamiento profiláctico:

Como norma general el tratamiento profiláctico debe mantenerse durante todo el racimo y suprimirse gradualmente tras un mes sin ataques.

a) Prednisona: 40-80 mg oral, (en una dosis matutina) 1 – 2 semanas y posterior supresión gradual en 2-3 semanas. Sola ó asociada a Verapamil.
b) Verapamilo: 240-360 mg/día, oral.(3 – 4 dosis ,día)
c) Metisergida: 4-8 mg/día, oral. No más de 4 meses.
d) Ergotamina: 1-2 mg, oral, dos veces al día durante un periodo máximo de 6 semanas (si fracasan otros tratamientos).Su uso impide utilizar Sumatriptan como tratamiento sintomático.
e) Carbonato de litio: en dosis divididas (200mg/12 horas) y progresivas hasta mantener un nivel plasmático de litio de 0.5-1 nmol/L. Se usa sobre todo en la variante crónica.

C/ Tratamiento Quirúrgico:

En pacientes con dolor crónico y si falla el tratamiento médico

IX.4 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACION

Es imprescindible la supresión brusca de analgésicos-ergóticos preferentemente de forma ambulatoria. En caso de que coexista abuso de psicofármacos, la supresión de éstos

deberá ser gradual. Como medicación de ayuda para el síndrome de abstinencia se recomienda:

A. Naproxeno: 1000 mg oral o rectal (en dos tomas) durante 15 días.
B. Amitriptilina: 20-75 mg/día durante 2-3 meses.
C. Metoclopramida o domperidona: si hay náuseas o vómitos.
D. Tratamiento preventivo según carcteristicas de la cefalea de base.

IX.5 TRATAMIENTO ARTERITIS TEMPORAL:

Prednisona 1 mgrs /Kg iv –**sin demora-** para evitar la ceguera. :60-120 mgrs día 3-6 sem y luego disminuir progresivamente la dosis cuando VSG vuelva a la normalidad ó se resuelvan los síntomas.

Si complicación oftalmológica : 1 gr iv día durante tres días de Metilprednisolona

IX.6 TRATAMIENTO DE LA HEMICRANEA PAROXISTICA CRONICA:

Fármaco de elección es la Indometacina vo ó rectal 25 mgrs cada 12 horas e ir aumentando progresivamente hasta una dosis máxima de 150 – 300 mrs día en 2 – 3 horas. Responden a los dos días. Se aconseja mantenimiento en las dosis mínima durante dos a tres meses. Como alternativa se administrará Naproxeno.

IX.7 TRATAMIENTO NEURALGIA TRIGÉMINO:

A. Carbamazepina 200 mgrs cada 8 horas vía oral. Tope:1200 mgrs día .Mantenimiento durante 3 – 4 semanas tras desaparecer el dolor. (La mejoría no es inmediata:24-48 horas).
B. Baclofen 5 – 10 mgrs vo cada 8 horas tope:80 mgrs día Mejores resultados cuando se asocia con otros fármacos , aunque se puede administrar en monoterapia.
C. Difenilhidantoina : gneralmente como fármaco asociado 200 – 400 mgrs día
D. Gabapentina a dosis de 800 – 1600 mgrs día
E. Acido valproico 200 mgrs cada 8 horas En Politerapia
F. Clonacepam o.5 a 1.5 mgrs cada 8 horas .Usado en Politerapia.
G. Amitriptilina : coadyuvante, sobre todo si aparece ansiedad – depresión como síntoma asociado ó desencadenante.

Se recomienda monoterapia con dosificación gradual y progresiva.

IX.8 TRATAMIENTO DE NEURALGIA FACIAL ATIPICA:

En la episódica tratar como una Migraña.

En la persistente con Antidepresivos triciclicos. Resulta difícil y de escasos resultados. Se usan combinaciones de varios fármacos,

Suele ser resistente a la terapia con analgésicos aislados y bloqueos anestésicos.

Bibliografía

1.Garcia Fernández ,Mª Luisa y cols. Manual de Práctica Clinica en Atención primaria AstraZeneca Ediciones Doyma SL. Cefalea crónica diaria.Pág 38-53.2000.

2-Sesiones Clinicas de Migraña Grupo MSD Medicina basada en la evidencia.

3.Titus,F y cols Cefalea 2ª edición.Ediciones Harcourt 2000

4.Titus,F y cols Clasificación y criterios diagnosticos de las Cefaleas ,las Neuralgias craneales y el dolor facial.Grupo estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología Comité de clasificación de las cefaleas de la International Headache Society (1988)Editorial MCR.Traducción Española ,con la autorización de Universitestforlaget del texto original publicado en Cephalalgia 1988;8(Suppl.7):9-9

5.Bascones Martinez,A. Manso Platero,Francisco J Neuralgias del trigémino en Dolor orofacial Diagnostico y tratamiento Ediciones Avances 1ª Edición Madrid 117-1997.

6.Romero Acebal,M.Algias faciales en Geriatria en Neurogeriatría Alberca,R. Ochoa J.J. editado Por Uriach SA pág 238-1992.

7. Cefaleas crónicas diarias. R. Leira, M. Noya, eds. Rev Clin Esp. 1995; 195: supl 2.

8. Headache. PJ. Goadsby, SD. Siberstein, eds. Butterwoth-Heinemann. Boston. 1997.

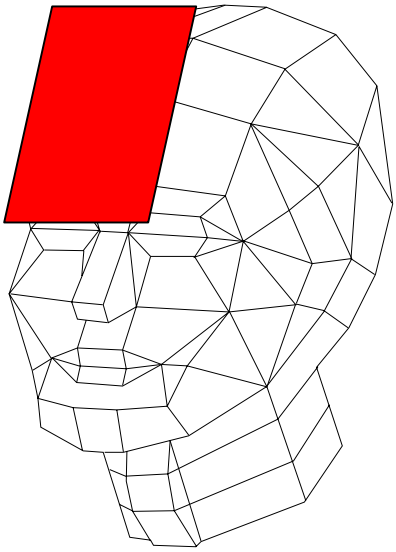
9. MD. Ferrari. Migraine Lancet. 1998; 351: 1043-1051.

10. Medicina. Enfermedades del Sistema Nervioso (I). J. Berciano, ed. 1998; 89.

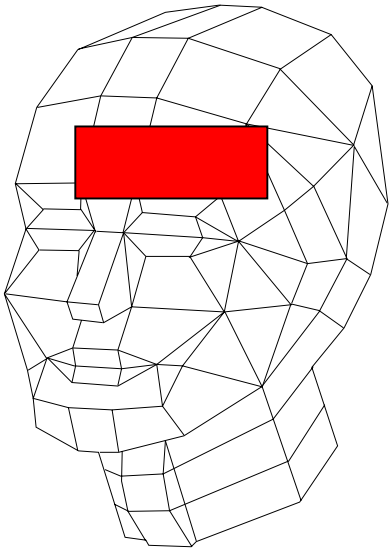
11.Parálisis y Algias de los Nervios craneales. Moreno Martinez,JM y col. En Urgencias en Neurologia Moreno Martinez,JM Neurologia División Iquinosa.Pharesde.Faes. 98; 111-115.

12. Hakanson S. Comparition of Surgical treatments for Trigminal Neurology ; reevaluation of radiofrequency rhizotomy .Neurosurgery ,40 (5) :1106 –1107,1997

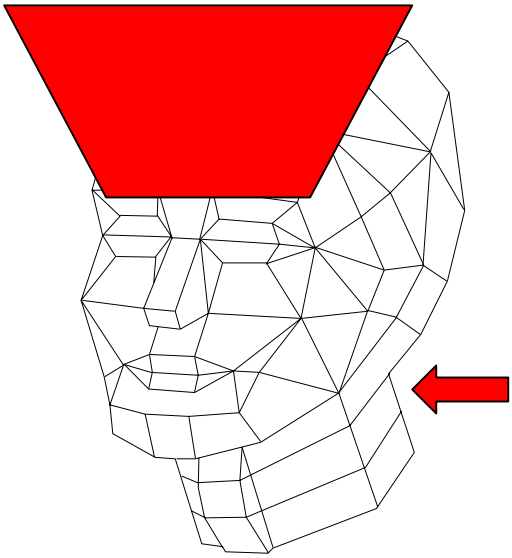
LOCALIZACIÓN DE LAS CEFALEAS



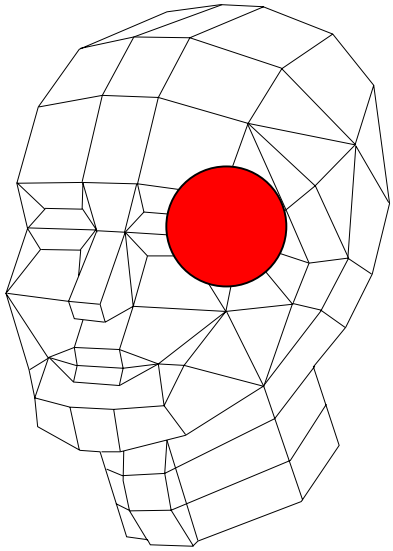
MIGRAÑA



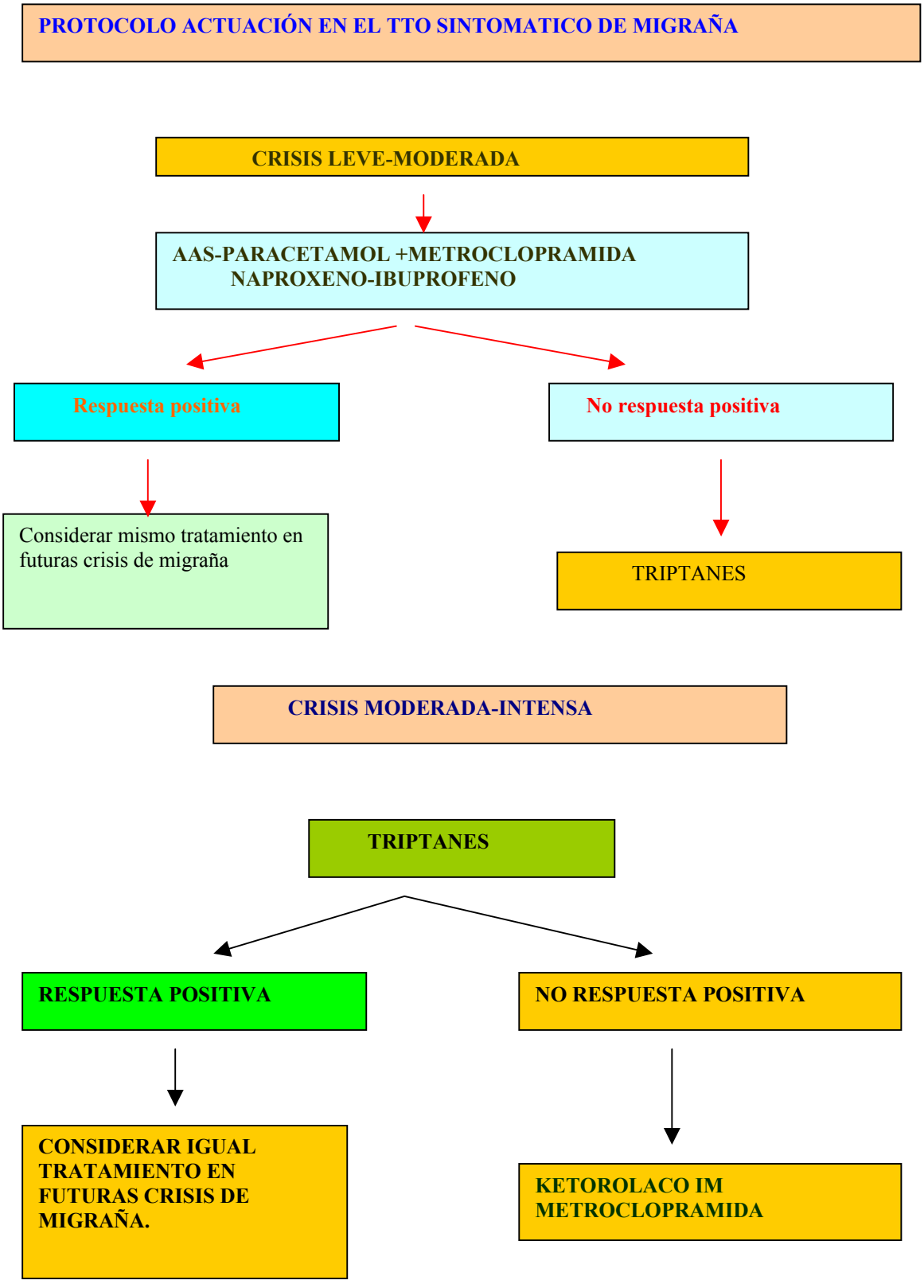
CEFALEA DE REBOTE



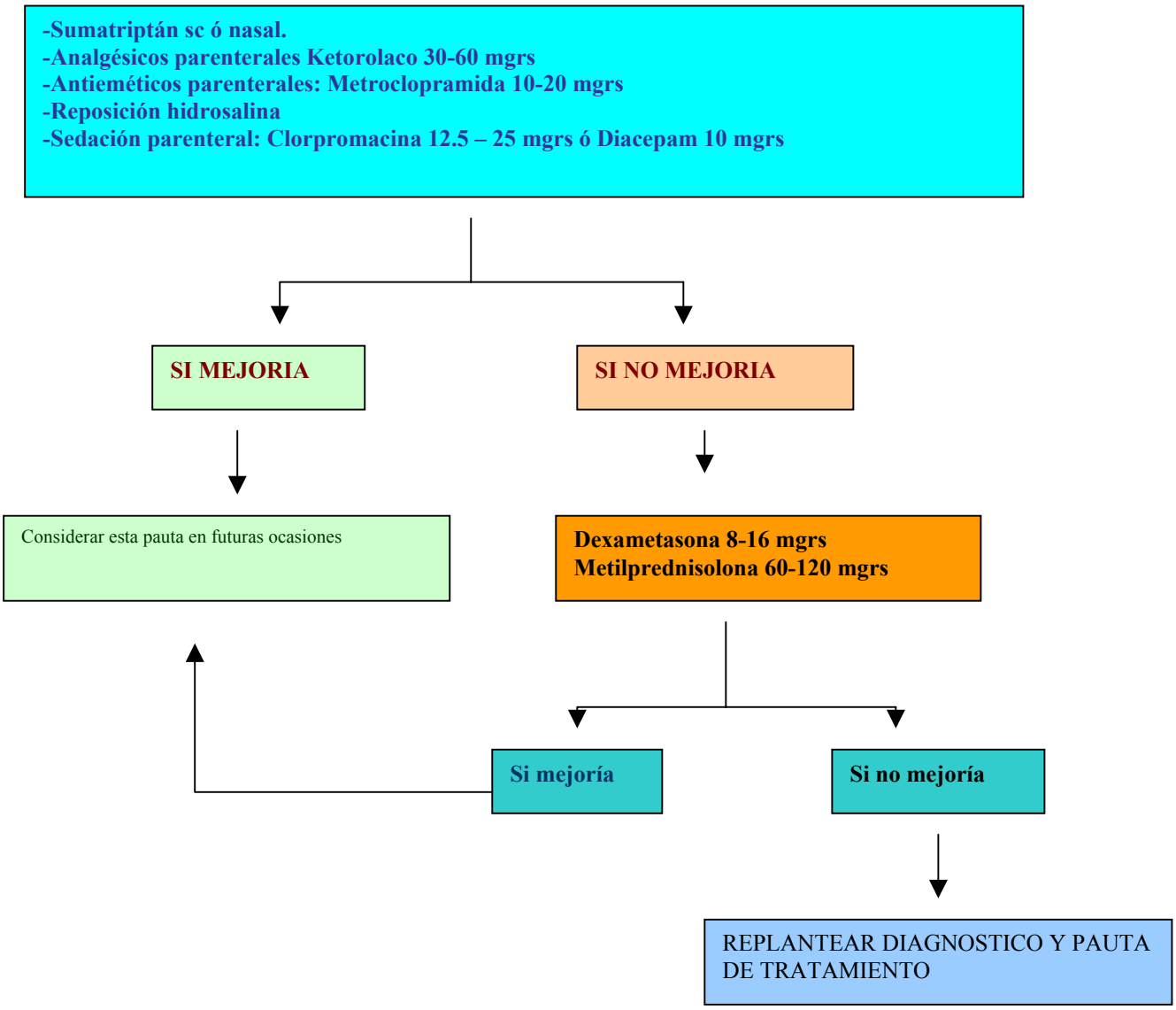
CEFALEA TENSIONAL



CEFALEA EN RACIMOS


PROTOCOLO ACTUACIÓN EN EL TTO SINTOMATICO DE MIGRAÑA
CRISIS LEVE-MODERADA
AAS-PARACETAMOL +METROCLOPRAMIDA
NAPROXENO-IBUPROFENO
Respuesta positiva
No respuesta positiva
Considerar mismo tratamiento en futuras crisis de migraña
TRIPTANES
CRISIS MODERADA-INTENSA
TRIPTANES
RESPUESTA POSITIVA
NO RESPUESTA POSITIVA
CONSIDERAR IGUAL TRATAMIENTO EN FUTURAS CRISIS DE MIGRAÑA.
KETOROLACO IM
METROCLOPRAMIDA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL ESTADO DE MIGRAÑA



Síntomas y Signos de Alarma

Cefalea de inicio en mayores de 50 años	Arteritis Temporal, Lesión intracraneal, Enfermedad Cerebrovascular ,Cefalea hipnica
Inicio Explosivo	Hemorragia subaracnoidea, Lesión cerebral.
Cefalea progresiva y reciente	Masa intracraneal, Abuso de Analgésicos, Cefalea primaria con proceso concomitante agravante
Cefalea y fiebre	Meningitis Encefalitis. Abceso cerebral.
Síntomas focales (excepto aura)	Masa intracraneal, Hemorragia subaracnoidea Enfermedad cerebrovascular.
Cefalea de presentación nocturna ó agravada por el sueño.-	Arteritis de la temporal Hipertensión endocraneal Cefalea hípnica Cefalea en racimos.

Diagnostico Diferencial de Hemicraneas paroxisticas.

	HCP	Cluster	HC	Neuralgia	SUNCT
Sexo	2.5:1	1:6	1.8:1	2:1	1:10
Edad	20-50	20-40	20-50	50	30-68
Dolor	Intenso unilateral	Intenso	Dolor fondo coninuto y leve con episoidos paroxisticos intensos	Lancinante	Lancinante
Localización	Orbital/Temporal	Orbital/temporal	Orbital/temporal	V2-V3	Periorbitario
Frec/dia	1-40	0-8	Variable	Variable	Variable
Duración	2-120’	15-180’	Minutos/días	Segundos	Segundos
Autonómicos	Si	Si	Si,pero leves	No	Sí
Indometacina	Si	No	Sí	No	No

CUESTIONARIO

1.De todas las que se citan, indicar cual es una Cefalea Aguda recurrente

a) Cefalea por abuso de analgésicos
b) Hidrocefalia
c) Crisis hipertensiva
d) Glaucoma agudo
e) Migraña

2.De todas las que se citan ,cual es una Cefalea Aguda Generalizada:

a) Neuritis óptica
b) Abceso apical
c) Crisis hipertensiva
d) Mastoiditis
e) Hemicranea paroxistica nocturna

3. Ante un paciente con Cefalea, en la realización de la Anamnesis ; si tuviéramos que repartir el tiempo. ¿ Cuánto emplearía en la misma, atendiendo a los apartados, Anamnesis Exploración física ,Pruebas complementarias.

a) 50-60 %
b) 40-60 %
c) 70-80%
d) 15-25 %
e) 30 %

4.De las distintas Cefaleas, indicar cuál es de presentación rara a partir de los 50 años:

a) Cefalea tensional
b) Arteritis temporal
c) Hemorragia subaracnoidea
d) Hematoma subdural
e) Migraña

5.En relación a la intensidad de una Cefalea. Cuando se presenta como un aumento progresivo de Intensidad pensaremos en:

a) Migraña
b) Proceso expansivo
c) Cefalea tensional
d) Cefalea en racimos
e) Hemorragia subaracnoidea.

6. Una Cefalea que se caracteriza por un dolor intensisimo, profundo e insoportable corresponderá a :

a) Migraña
b) Cefalea tensional
c) Cefalea en racimos
d) Hemicránea paroxistica
e) Mastoiditis.

7. Antes de realizar una Punción lumbar de qué exploración debe ir precedida:

a) Analítica de Sangre
b) Radiografía de cráneo
c) Fondo de ojo
d) Fondo de ojo (descartando edema de papila) y Tac CRANEAL (normal) si la Urgencia lo permite
e) TAC craneal (patologico) y Fondo de ojo (Edema de papila)

8. Indicar en una Cefalea qué síntomas/ signos de alarma son y cual no es correcto:

a) Cefalea de inicio en mayores de 50 años
b) Cefalea y Fiebre
c) Aura
d) Inicio explosivo
e) Cefalea progresiva y reciente

9. Dentro de la Clasificación de las Cefaleas en Migraña común ó sin Aura, indicar cual es incorrecto:

a) Pulsátil
b) Al menos 5 ataques de dolor
c) Bilateral
d) Fotofobia y Fonofobia
e) Duración entre 4-72 horas

10. Indica cuanto dura un Status Migrañoso:

a) más de 72 horas
b) más de 48 horas
c) de 48-72 horas
d) menos de 72 horas
e) menos de 48 horas

11. Indicar qué factor no puede ser causa de Cefalea tipo tensión

a) Disfunción temporomandibular
b) Hipertensión arterial
c) Ansiedad
d) Estrés psicosocial
e) Depresión

12. De los criterios diagnósticos de Cefaleas en racimos, indicar cual es incorrecto:

a) Inyección conjuntival
b) Lacrimeo
c) Midriasis
d) Ptosis
e) Edema palpebral

13. De los criterios diagnósticos de la hemicránea paroxistica crónica indicar cuál no corresponde:

a) Ptosis
b) Edema palpebral
c) Rinorrea
d) Miosis
e) Inyección conjuntival.

14. De todas las respuestas, indicar en una Hemorragia subaracnoidea cuál es incorrecta:

a) No está indicada la Punción lumbar si TAC craneal es normal
b) Inicio brusco
c) Cefalea generalizada muy intensa acompañada de vómitos
d) Puede iniciarse con pérdida transitoria
e) Focalidad neurológica a menudo tardía

15. En la Neuralgia del Trigémino, indicar cual es la etiología correcta:

a) más frecuente en hombres
b) Más frecuente e hombres y con edad mayor de 40 años
c) Más frecuente en Mujeres
d) Más frecuente en Mujeres y con edad mayor de 40 años
e) Menos frecuente en mujeres y con edad superior a 40 años.

16. El Síndrome de Wilfred Harris corresponderá a :

a) Neuralgia del Trigémino
b) Neuralgia del Glosofaringeo
c) Neuralgia Occipital
d) Neuralgia Postherpética
e) Neuritis optica retrobulbar

17. Indique, atendiendo a las Cefaleas que remitiría a Consulta Externa, cuál no estaría indicada:

a) Crisis migrañosas muy frecuentes
b) Cefalea en racimos
c) Neuralgia del Trigémino
d) Primeras Crisis de Migraña
e) Migraña ya conocida

18. Atendiendo a la administración de Triptanes; cuál sería incorrecto:

a) Son fármacos de primera elección en el tratamiento Migraña
b) Contraindicado en cardiopatía isquémica
c) Contraindicado en Hipertensión arterial no controlada
d) Pueden usarse con AINES
e) Usar con preparados Ergotamínicos

19. Cuándo la Migraña se asocia con Cefalea tensional ¿qué emplearemos?

a) AAS
b) AAS con Codeína
c) Antidepresivos triciclicos
d) Antihipertensivos
e) Metroclopramida

20. En el tratamiento del Status Migrañoso, indicar qué fármaco no utilizaría:

a) Sumatriptan
b) Clorpromazina/Diacepam
c) Naratriptan
d) Dexametasona
e) Ketorolaco

21. En el tratamiento de la Hemicránea Paroxistica crónica; cuál es el fármaco de elección:

a) Naproxeno
b) Ibuprofeno
c) Indometacina
d) Diclofenaco
e) Dipirona

22. En el tratamiento de la Neuralgia del Trigémino, indicar qué utilizaría como monoterapia, inicialmmente:

a) Acido Valproico
b) Difenilhidantoina
c) Gabapentina
d) Carbamazepina
e) Amitriptilina

23. En las crisis moderadas – intensas de Migraña, cuándo empleamos los triptanes y no obtenemos respuesta positiva qué emplearemos:

a) Oxigeno al 100 por ciento
b) Sumatriptan sc más Oxigeno al 100 por ciento
c) Sumatriptan nasal más Oxigeno al 100 por ciento
d) Ketorolaco parenteral más Metroclopramida
e) Corticoides más Oxigeno al 100 por ciento más Sumatriptan.

24.Señale qué dosis de Amitriptilina indicaría en el tratamiento de la Cefalea tensional:

a) 5mgrs c/ 24 horas
b) más de 75 mgrs cada 24 horas
c) 10-75mgrs por la noche
d) 75 mgrs cada 12 horas
e) 75 mgrs cada 8 horas

25. Defina una Cefalea:

RESPUESTAS:

1-e
2-c
3-c
4-e
5-b
6-c
7-a
8-c
9-c
10-a
11-b
12-c
13-d
14-a
15-d
16-b
17-e
18-e
19-c
20-c
21-c
22-d
23-d
24-c
25- Dolor localizado en el cráneo, en una zona que abarca desde las órbitas a la región occipital pero en sentido más amplio se incluyen también el dolor localizado en las estructuras faciales y región cervical, que muchas veces acompañan a la Cefalea bien como punto de inicio ó irradiación de la misma.