

Cefalea, neuralgia craneal y dolor facial

Migraine, cranial neuralgia and facial pain

Dr. Luis Deza Bringas

DEFINICIONES

Cefalea o cefalálgia, es el nombre dado al dolor que afecta la cabeza, de las cejas hacia arriba, hasta la región occipital del cráneo, en tanto que el dolor desde las cejas, hacia abajo, hasta el mentón, es denominado dolor facial. Neuralgia craneal, es el dolor facial originado en algunos de los nervios craneales o en sus conexiones al sistema nervioso central.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS, NEURALGIAS CRANEALES Y DOLORES FACIALES

La clasificación más aceptada y difundida internacionalmente es la propuesta por la Sociedad Internacional de Cefalea en 1988 (IHS), tal clasificación comprende 13 ítems

1. Migraña.
2. Cefalea de tipo tensional.
3. Cefalea en racimos y cefalea paroxística crónica.
4. Miscelánea de cefaleas no asociadas con lesiones estructurales.
5. Cefalea asociada a traumas craneales.
6. Cefalea asociada a desórdenes vasculares intracraneales.
7. Cefalea asociada a desórdenes intracraneales no vasculares.
8. Cefalea asociada a sustancias químicas o su privación.
9. Cefalea asociada a infecciones sistémicas.

10. Cefalea asociada a desórdenes metabólicos.
11. Cefalea o dolor facial asociado a desórdenes del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca u otras estructuras craneales y faciales.
12. Neuralgias craneales, dolor de troncos nerviosos y dolor por desaferentación.
13. Cefalea no clasificable.

CLASIFICACIÓN SIMPLIFICADA

Los 13 ítems de la clasificación precedente, pueden agruparse de acuerdo a sus características en cuatro títulos:

- a. **Cefaleas primarias:** Comprenden los ítems 1 a 4 de la clasificación. Tienen en común su falta de asociación a enfermedades o lesiones subyacentes.
- b. **Cefaleas secundarias:** Comprenden los ítems del 5 al 10 y parcialmente el 11. Son consecutivas a enfermedades o lesiones craneales.
- c. **Dolores faciales:** Comprenden la mayor parte del ítem 11. Son secundarios a enfermedades o lesiones que afectan la cara.
- d. **Neuralgias craneales:** Comprende el ítem 12. Se asocian a lesiones y/o disfunciones de los nervios craneales que recogen la sensibilidad dolorosa de la cara y del cráneo.



CEFALEAS PRIMARIAS

Constituyen la mayor parte de las consultas médicas por cefalea. Básicamente se caracterizan por:

1. Presentación episódica y recurrente.
2. Razonable uniformidad de los síntomas en cada episodio o crisis dolorosa (criterios de diagnóstico).
3. Ausencia de afecciones o circunstancias que pueden estar causando secundariamente la cefalea. El descarte debe ser clínico, en base a los requisitos 1 y 2, además cuando sea necesario, mediante exámenes auxiliares de laboratorio y radiológicos.

Sólo la seguridad del diagnóstico justifica la catalogación de cefalea primaria

Se reconocen 4 tipos de cefaleas primarias:

- * Migraña.
- * Cefalea de tipo tensional.
- * Cefalea en racimos y hemicránea paroxística crónica.
- * Otras Cefaleas, no asociadas a lesiones estructurales.

Migraña

La clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea incluye en el rubro de migraña los siguientes acápites:

- 1.1 Migraña sin aura.
- 1.2 Migraña con aura.
- 1.3 Migraña oftalmopléjica (acompañada de diplopia).
- 1.4 Migraña retiniana (acompañada de déficit visual).
- 1.5 Síndromes periódicos de la niñez, que pueden ser precursores de posterior migraña, tales como náuseas y vómitos episódicos sin cefalea, no explicables por trastornos gastro-intestinales.
- 1.6 Complicaciones de la migraña (mayormente infartos cerebrales isquémicos focales).
- 1.7 Desórdenes migrañosos que no reúnen todos los criterios de diagnóstico.

Los dos primeros citados, migraña sin y con aura, son los más frecuentes como problema médico, en consecuencia, los criterios exigidos para su diagnóstico serán descritos en detalle.

- 1.1 Migraña sin aura: Es un tipo de cefalea primaria y de curso episódico y recurrente. A partir de la propuesta de la IHS, el diagnóstico requiere los criterios mostrados en la Tabla N° 1

1. MIGRAÑA SIN AURA

Criterios de diagnóstico

- * Cuando menos 5 ataques, cumpliendo lo señalado en B y D
- * Cefalea que dura entre 4 y 72 horas (sin tratamiento o con terapia ineficaz). En niños menores de 15 años la cefalea puede durar entre 2 y 48 horas.
- * Cefalea que tiene cuando menos 2 de las siguientes características:
 1. Localización unilateral
 2. Calidad pulsátil
 3. Intensidad moderada a severa
 4. Agravada por la actividad física rutinaria.
- * Durante la cefalea hay asociación a cuando menos uno de los siguientes:
 1. Náusea y/o vómito.
 2. Fotofobia y/o sonofobia.
- * Descartar cefalea secundaria.

- 1.2 Migraña con aura: Es también un tipo de cefalea primaria, de curso episódico y recurrente. Los criterios de diagnóstico son similares a los de migraña sin aura, pero en este tipo, antes de la cefalea, ocurren además otros síntomas, conocidos por tal precedencia antes de transcurridos 60 minutos. Los criterios de diagnóstico de migraña con aura se muestran en la Tabla N° 2



2. MIGRAÑA CON AURA

Criterios de diagnóstico

- * Cuando menos de 2 episodios cumpliendo lo señalado en B.
- * Cuando menos de tres de las cuatro características siguientes:
 1. Uno o más síntomas de aura, totalmente reversibles, indicando disfunción local cortical o del tronco encefálico.
 2. Cuando menos un síntoma de aura que evoluciona gradualmente en más de cuatro minutos o dos a más síntomas ocurriendo sucesivamente.
 3. El aura no dura más de 60 minutos.
 4. La cefalea sigue el aura con un intervalo libre menor de 60 minutos (también puede comenzar antes o simultáneamente con el aura).
- * Descartar cefalea secundaria.

3. CEFALEA DE TIPO TENSIONAL EPISÓDICA

Criterios de diagnóstico

- * Cuando menos 10 episodios cumpliendo los criterios B y D, número de días de dolor, menor 180/año (menor 15 al mes).
- * Cefalea de 30 minutos a 7 días de duración.
- * Cuando menos 2 características:
 1. Presión /opresión (no pulsátil).
 2. Leve a moderada intensidad.
 3. Localización bilateral.
 4. No agravada por subir escaleras o similares actividades rutinarias.
- * Las 2 siguientes:
 1. No náusea o vómitos (puede ocurrir anorexia).
 2. Ausencia de fotofobia y sonofobia, hay a veces uno pero no el otro puede presentarse.
- * Descartar cefalea secundaria.
- * Hecho el diagnóstico precisar una de dos posibilidades:
 1. Hay en asociación hiperalgésica de los músculos pericraneales.
 2. No hay tal asociación.

Cefalea de tipo tensional

Es el tipo más frecuente de cefalea primaria. En la mayoría de personas con este tipo de cefalea se encuentran síntomas depresivos y ansiosos en grado leve. Existen 2 formas de presentación, episódica y crónica, la diferenciación entre ellas es basada, arbitrariamente, en el número de crisis. En la forma episódica el número es menor a 15 por mes y en la crónica el número es mayor, pudiendo llegar a ocurrir episodios diarios. Tan sencilla tipificación, ha sido establecida como incentivo para investigar la posibilidad que las dos formas de cefalea tipo tensional tengan mecanismos fisiopatológicos diferentes. Por el mismo motivo se recomienda indagar en todos los pacientes con cefalea de tipo tensional, la presencia asociada de hiperalgnesia de los músculos y tejidos pericraneales durante el episodio. Las Tablas N° 3 y 4 muestran los criterios de diagnóstico de cefalea tipo tensional episódica y crónica respectivamente.

4. CEFALEA DE TIPO TENSIONAL CRÓNICA

Criterios de diagnóstico

- * Frecuencia promedio mayor a 15 por mes (180/año) por más de 6 meses, con las características señalada de B y D.
- * Cuando menos dos de las siguientes características de dolor:
 1. Tipo comprensivo u opresivo.
 2. Severidad leve a moderada (puede limitar pero no suprimir la actividad).
 3. Localización bilateral.
 4. No agravado por subir escaleras o actividades físicas similares.
- * Las 2 siguientes:
 1. No vómitos.
 2. No más de uno de los siguientes: náusea, fotofobia, sonofobia.
- * Descartar cefalea secundaria.
- * Hecho el diagnóstico de cefalea crónica de tipo tensional, precisar una de las siguientes 2 posibilidades:
 1. La cefalea está asociada a hiperalgnesia de los músculos pericraneales.
 2. La cefalea no presenta tal asociación.



Cefalea en racimos y hemicránea paroxística crónica

La cefalea en “racimos” es un tipo de cefalea primaria que está caracterizada por episodios o crisis dolorosas específicas (ver criterios de diagnóstico), las cuales ocurren en series de duración variable, entre semanas y meses (llamados períodos racimosos o en racimos), separadas por períodos de remisión, que duran meses o años, aunque en el 10% de pacientes los síntomas son crónicos. En la Tabla N^o 5 se describe los criterios de diagnóstico de la cefalea en racimos.

5. CEFALEA EN RACIMOS

Criterios de diagnóstico

- * Cuando menos 5 ataques cumpliendo lo señalado de B a D.
- * Dolor unilateral intenso, orbitario, supraorbitario y/o temporal que sin tratamiento dura entre 15 y 180 minutos.
- * Cefalea asociada con al menos uno de los siguientes signos, presentes en el lado adolorido:
 1. Inyección, conjuntival.
 2. Congestión nasal.
 3. Rinorrea.
 4. Sudoración facial o solo la frente.
 5. Miosis.
 6. Ptosis.
 7. Edema palpebral.
- * Frecuencia de ataques : 1 a 8 por día.
- * Descartar cefalea secundaria.
- * Existen 2 formas de presentación de la cefalea en racimos:
 1. Forma episódica: Cuando menos 2 períodos de cefalea (períodos de “racimos”, cuya duración sin tratamiento puede ser entre 1 a 7 días separados por remisiones, libres de dolor, de al menos de 14 días.
 2. Forma crónica: Más de 1 ataque diario sin remisión o con períodos de remisión en menos de 14 días.

En la hemicránea paroxística crónica, el dolor y los síntomas y signos asociados son similares a los de cefalea en racimos, aunque los episodios son de menor duración (2 a 45 minutos), los ataques son más frecuentes, ocurren mayormente en mujeres

y el dolor es suprimido totalmente por la administración del anti-inflamatorio analgésico no esteroideo indometacina.

Otras cefaleas no asociadas con lesiones estructurales

Comprende una miscelánea de diferentes tipos de cefalea que tienen en común su carácter episódico y al igual que en todas las cefaleas primarias no se descubre daño estructural alguno para explicar la causa del dolor. Se incluye en este grupo a la cefalea idiopática de “hincadas” (en el cráneo), la cefalea por comprensión externa (vinchas apretadas u objetos similares), la cefalea desencadenada por el frío del ambiente o por ingestión de helados o “adoquines” de hielo, la cefalea benigna durante accesos de tos, la cefalea benigna durante el esfuerzo físico de algunos ejercicios y la cefalea benigna asociada con la actividad sexual.

En estos tipos de cefalea benigna, como en general en las cefaleas primarias, el diagnóstico se basa primariamente en la descripción de los episodios dolorosos ya que no existe ningún examen neuroradiológico, ni prueba basada en marcadores biológicos que califique a cualquiera de las varias formas de cefalea primaria. Casi siempre evitando los factores desencadenantes, es suficiente para eliminarlos.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CEFALEAS

La migraña y la cefalea de tipo tensional son las de mayor prevalencia y las que provocan también el mayor impacto socio-económico, por tal motivo, son las que tienen el mayor número de estudios epidemiológicos. Las más extensas investigaciones poblacionales sobre la prevalencia de migraña en Europa y Estados Unidos de América, destacan cifras de 10 a 12% (6% en hombres y de 15% a 18% en mujeres). En nuestro país y en otros países en vías de desarrollo, el porcentaje encontrado es menos, aproximadamente la mitad. La migraña sin aura es 2 a 3 veces más frecuente en comparación de aquella con aura. Existiendo además



preponderancia femenina en proporción de 2 ó 3 a 1 en relación a los hombres .

Finalmente es conocida la tendencia familiar de la migraña, así se ha encontrado que la persona con migraña tiene en el 60% de esos casos algún familiar directo con igual padecimiento, en tanto como ya se señaló, que en la población general la prevalencia de migraña es sólo de 10 a 12%

Los estudios de prevalencia de cefalea tipo tensional son menos abundantes que los de migraña, pero se acepta que la cifra está entre 20 y 30% de la población general, siendo la forma episódica unas 10 veces más frecuente que la cefalea tensional crónica. La cefalea en racimos, es mucho menos frecuente que las 2 anteriores cefaleas primarias.

TRATAMIENTOS DE LAS CEFALÉAS

El tratamiento de las cefaleas varía de acuerdo al tipo de ellas. En las cefaleas secundarias el tratamiento está orientado a eliminar la causa. En tanto que en las cefaleas primarias, por ser, actualmente, desconocida la causa o etiología de ellas, el tratamiento básico es aliviar el dolor, al momento en que se produce el episodio y también a actuar profilácticamente para alejar las crisis dolorosas y/o disminuir su intensidad en la próxima aparición.

El tratamiento curativo en medicina requiere la detección y eliminación del agente causal de la enfermedad, en tanto que el alivio de los síntomas tiene su base racional en la comprensión fisiopatológica subyacente.

Afortunadamente las investigaciones acerca de los mecanismos funcionales alterados, que provocan las crisis de cefaleas primarias, han sido ampliamente investigados en los últimos años y aunque el conocimiento sobre los mismos es todavía incompleto, los datos obtenidos por tales indagaciones han permitido desarrollar nuevos medicamentos para aliviar el dolor de cabeza primario.

A. Tratamiento de la Migraña

No obstante que se desconoce el mecanismo que “dispara” la crisis de migraña, se ha podido detectar que coincidiendo con el episodio, se produce la activación de una zona neuronal del tronco encefálico alto, llamada por tal razón “generadora de migraña”. Se trata al parecer de un fenómeno de desinhibición sináptica consecutivo a la acción de uno o más factores desencadenantes de migraña, (estrés, dieta, cambios hormonales, etc.).

A partir de tal activación se producen descargas descendentes parasimpáticas y trigeminales, que liberan periféricamente serotonina, sustancia P y otros compuestos neurotransmisores, los cuales al actuar sobre los vasos sanguíneos causan su dilatación e inflamación estéril, percibida por el paciente como dolor de cabeza.

1. Medicamentos para bloquear y eliminar el dolor migrañoso (Tabla N° 1)

- * Varios analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, son una buena opción (naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, ketorolaco, etc.). Pueden asociarse a metoclopramida para controlar las náuseas y/o vómitos frecuentes en la migraña.
- * Hay en el mercado farmacéutico varios compuestos que actúan como agonistas de los receptores de serotonina (5-HT_{1B/1D}) a nivel vascular cerebral. Como resultado impiden la dilatación de los vasos, bloqueando el mecanismo clave en la aparición del dolor. En el Perú se vende el sumatriptán, zolmitriptán, naratriptán y el rizatriptán. Todos estos compuestos son eficaces, aunque como otros fármacos, tienen efectos adversos que deben ser conocidos, sin excepción, por los médicos que deciden recetarlos.
- * Alcaloides del cornezuelo del centeno: Son conocidos con el nombre de ergotamínicos, su efecto vasoconstrictor, serotoninérgico, explica que sigan recetándose como buenos agentes



antimigrañosos. Lamentablemente la forma oral, tártaro de ergotamina, cuyo uso es frecuente aún sin recomendación médica, puede provocar habituación con ergotismo y cefalea de rebote. Por consiguiente su uso debe ser limitado y la sustancia debe quedar en la condición de droga de segunda línea. En cambio la dihidroergotamina, de administración pararenteral, en especial el preparado intranasal, no produce dependencia física y es bastante eficaz para abortar las crisis migrañosas.

- * Otros: Cuando los episodios de dolor no son muy severos, algunos analgésicos como el acetaminofen (en especial en niños) y la aspirina, son también una opción razonable. Finalmente, el uso de los corticoides está reservado, como fármaco de elección en el “estado migrañoso” (crisis que se prolonga más de 72 horas).

recomiendan los calcioantagonista como la flunarizina, la nimodipina, el verapamilo, etc. Finalmente hay quien utiliza antidepresivos tricíclicos y los analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos, con los cuidados que demanda su administración a largo plazo.

TABLA 2.

Tratamiento de la migraña 2

PREVENCIÓN O PROFILAXIA DE LA CRISIS

- a. Propanolol y otros betas bloqueadores.
- b. Divalproato de sodio y otras sustancias similares.
- c. Calcioantagonistas.
- d. Antidepresivos tricíclicos.
- e. Cripopeptadina.

TABLA 1.

Tratamiento de la migraña

MEDICAMENTOS PARA BLOQUEAR Y ELIMINAR EL DOLOR MIGRAÑOSO

- a. Triptanes: Agonistas de los receptores de serotonina (1B-D), Sumatriptán, zolmitriptán, rizatriptán, naratriptán.
- b. AINEs.
- c. Alcaloides del cornezuelo del centeno.
- d. Otros.

B. Tratamiento de la cefalea de tipo tensional

1. Forma episódica: Su presencia es más frecuente que la forma crónica. Ocurre mayormente en jóvenes de ambos sexos, con predominio femenino. Los episodios dolorosos que reúnen los criterios de diagnóstico, descritos anteriormente, se desencadenan en casi invariablemente, asociación a situaciones estresantes. Un alto porcentaje de quienes padecen este tipo de cefalea primaria tiene síntomas de ansiedad y/o depresión. Tales síntomas van desde leve a moderado. En consecuencia, se deduce que la cefalea tensional episódica es una manifestación somática reactiva que tienen algunas personas, cuya característica afectiva básica es su ánimo proclive a la ansiedad y/o depresión.

Hecho el diagnóstico, es necesario explicar al paciente que su problema está relacionado con la respuesta a situaciones estresantes, en consecuencia debe evitarlas o aprender a asimilarlas con la tranquilidad requerida. Desde luego que siempre es recomendable aliviar el episodio doloroso.

2. Medicamentos preventivos de la migraña (Tabla N° 2)

Su uso es recomendado cuando las crisis ocurren más de 2 veces al mes, en los últimos 3 meses o cuando la intensidad del dolor es intolerante, independientemente de su poca frecuencia. Generalmente se mantiene la profilaxia durante 6 meses, la sustancia más usada en adultos es el propanolol o algún otro betabloqueador, en niños se recomienda la cripopeptadina. Otra buena opción es usar el divalproato de sodio. También se



Una buena alternativa para tal fin, es indicar la asociación del analgésico como el paracetamol 500 mg con algún relajante muscular, como la clorzoxazona. La dosis debe ser repetida 2 ó 3 veces al día y mantenida por 5 días antes de ser retirada. Algunos pacientes con síntomas afectivos de moderados a severos requieren tratamiento especializado para tales trastornos, con lo cual se puede reducir o prevenir la recurrencia frecuente, de la cefalea tensional episódica.

2. Forma crónica: Este diagnóstico es aplicable a la cefalea tensional, cuya característica es la presencia de episodios dolorosos que se repiten cuando menos 15 veces al mes y se mantienen no menos de 6 meses. Algunos investigadores del tema piensan que la cefalea tensional crónica es un tipo diferente de cefalea primaria, aunque sin comprobación suficiente. De modo que, la mayoría se inclina por la idea que la cefalea tensional episódica es solo diferente a la crónica por la frecuencia de presentación. No obstante, es necesario destacar que la diferencia no está únicamente relacionada a la frecuencia. Así la forma crónica es más común en adultos mayores que en jóvenes, con más probabilidad se asocia a hiperalgésia del tejido pericraneal, incluyendo los músculos subyacentes y además los síntomas afectivos severos no son raros. Finalmente, debe investigarse en estos pacientes la presencia de patología psiquiátrica como desórdenes bipolares e hipocondría. En tales casos se trata en realidad de cefaleas secundarias, cuyo manejo terapéutico debe encaminarse a la enfermedad primaria. De no existir patología psiquiátrica de fondo, el tratamiento de cefalea tensional crónica es similar al de la cefalea tensional ya mencionada.

C. Tratamiento de la cefalea en racimos

Para aliviar el dolor de la cefalea en racimos se recomienda alguno de los triptanes usados para

abortar la crisis de migraña. Es preferible el sumatriptán subcutáneo por su acción rápida. Algunos pacientes tienen buena respuesta cuando reciben oxígeno pero administrado por varios minutos. Cuando los episodios son muy seguidos se debe intentar disminuir la posibilidad de recurrencia administrando corticoides, en dosis habituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evers S. New IHS classification background and structure. *Schmerz*. 2004 Sep;18(5):351-6.
2. Chavin JM. Cranial neuralgias and headaches associated with cranial vascular disorders. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003 Dec;36(6):1079-93, vi.
3. Tronnier VM, Rasche D, Hamer J, Kunze S. Neurosurgical therapy of facial neuralgias. *Schmerz*. 2002 Sep;16(5):404-11.
4. Elias WJ, Burchiel KJ. Trigeminal neuralgia and other neuropathic pain syndromes of the head and face. *Curr Pain Headache Rep*. 2002 Apr;6(2):115-24.
5. Kolotlylo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Manag Nurs*. 2000 Dec;1(4):139-51.
6. Weiss JL, Weiss KL, Benecke SM. Serotonin mediated cluster headache, trigeminal neuralgia, glossopharyngeal neuralgia, and superior laryngeal neuralgia with SAD chronicity. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2001 Fall;32(1):45-54.
7. Dalessio DJ. Relief of cluster headache and cranial neuralgias. Promising prophylactic and symptomatic treatments. *Postgrad Med*. 2001 Jan;109(1):69-72, 75-8.
8. Cheshire WP. Headache and facial pain in scuba divers. *Curr Pain Headache Rep*. 2004 Aug;8(4):315-20.
9. University of South Alabama Headache Center. An alarming triad: diabetes, facial pain, and evidence of infection. *Headache*. 2004 Jul-Aug;44(7):722.
10. Drummond PD, Granston A. Facial pain increases nausea and headache during motion sickness in migraine sufferers. *Brain*. 2004 Mar;127(Pt 3):526-34. Epub 2004 Jan 28.
11. Teixeira MJ, Lepski G, Aguiar PH, Cescato VA, Rogano L, Alaminos AB. Bulbar trigeminal stereotactic nucleotomectomy for treatment of facial pain. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2003;81(1-4):37-42.
12. List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. *J Orofac Pain*. 2003 Fall;17(4):301-10.



13. Deyo KS, Prkachin KM, Mercer SR. Development of sensitivity to facial expression of pain. *Pain*. 2004 Jan;107(1-2):16-21.
14. Borodic GE, Acquadro MA. The use of botulinum toxin for the treatment of chronic facial pain. *J Pain*. 2002 Feb;3(1):21-7.

Consultas a la siguiente dirección: spmi@terra.com.pe