

## Cefaleas y dolores faciales

Dr. J. Hernández-Peniche  
División de Estudios Superiores  
Facultad de Medicina, UNAM

### Introducción

Si se revisan los expedientes de la mayoría de los médicos, bien sean especialistas o médicos generales se puede asegurar que, en casi 30 por ciento de los casos, aparece como síntoma el dolor de la extremidad cefálica. Este puede presentar grandes variedades, y son numerosas las particulares interpretaciones que le dan los pacientes al relacionarlo con problemas digestivos, cambios atmosféricos, alteraciones emocionales, y hasta en muchas ocasiones se presenta al médico la idea de que este tipo de dolor de la extremidad cefálica es un blasón de orgullo familiar.

¿Por qué sucede que el dolor de cabeza y cara ocurren tan frecuentemente? Se podría aducir que, en ellas, ocurren alteraciones funcionales de los vasos sanguíneos más frecuentemente que en cualquier otra parte del cuerpo; es que, como lo han definido, la cabeza es el sitio de entrada de la comida, el aire y, además, según una comparación bien lograda es "el periscopio del cuerpo". Así pues, hay que aceptar que el hecho de ser de tan alta jerarquía explica que existen factores psicológicos que justifican que se cuide con más devoción la extremidad cefálica que las demás. Dejando aparte las manos se puede afirmar que ésta, contiene todas aquellas partes que estimulan los mismos reflejos en los animales que en el hombre; pero además en este último provoca ideas, y son estas ideas las que forman la psicología del dolor o sea el papel que el estado mental, con sus muchos ingredientes y su calidad intrínseca va a desempeñar en la aparición del dolor.

Se han tenido que elaborar diversas clasificaciones sobre los varios tipos de cefaleas. Aquí se propone una combinación de éstas, ya que es importante que el médico las reconozca o cuan-

do menos las sospeche. Para entender porqué las diferentes clasificaciones no concuerdan, debe recordarse que en medicina diferentes investigadores han estudiado el mismo fenómeno y a veces han propuesto diferentes causas para el mismo, y le han dado diferentes nombres. Aún cuando tales cosas son comunes en todas las ciencias, y son hechas de buena fé, desafortunadamente algunas veces provocan confusión para los que leen las fanáticas defensas de sus diagnósticos hechos por los investigadores.

Las cefaleas se pueden dividir en:

1. Jaqueca clásica
2. Jaqueca común
3. Cefalea por tensión
4. Cefalea por otras causas

Si en este tema se decide incluir los dolores de cara, lo que resulta muy conveniente puesto que en muchos de éstos el médico general ha de ser el primer contacto, hay que añadir al cuadro anterior los dolores que no corresponden a una alteración anatómica definida, o sea los dolores faciales sin lesión demostrable: neuralgia del trigémino, la del faríngeo y el tic convulsivo doloroso.

Son más fáciles de comprender las enfermedades que presentan alteraciones anatómicas evidentes, como la hipertensión intracraneana, la arteritis temporal de células gigantes, los dolores de origen dentario, las neuralgias post-herpéticas y la enfermedad cervical.

### Jaqueca o migraña

Aun cuando no sea la más frecuente, la jaqueca, hemicraneal o migraña es la más florida clínicamente. Aquí no solamente se tratará la forma clásica, sino también las formas llamadas en racimo, las hemiplégicas y las oftalmoplégicas.

La forma clásica consta casi siempre de dos partes: una es el aura, y la otra el dolor. El aura, que aparece después de los síntomas premonitorios, consiste habitualmente de una serie de fe-

nómenos casi siempre negativos, con mucha frecuencia visuales (por lo cual ha recibido el nombre de oftálmica), que llevan a muchos pacientes a creer que esto se puede corregir con anteojos. Hay alucinaciones, e incapacidad para ver; en forma extraña, se cortan las figuras a la mitad, puede borrarse la visión y aparecer diplopia. En la esfera sensitiva, es frecuente el adormecimiento, la torpeza de la lengua, los labios, la cara y las extremidades de uno o de ambos lados. El paciente se queja de no poder encontrar las palabras correctas, arrastrar el lenguaje, y tener dificultad para entender lo que lee o lo que se le dice. También se presentan sensaciones extrañas de otro tipo que ocurran fundamentalmente en la cabeza.

El aura puede permanecer del mismo tipo, o variar de un ataque a otro o de una época de la vida a la siguiente. Si en estos momentos se practica un electroencefalograma, se observa que aparece una onda en las regiones posteriores del cerebro; ésta se va extendiendo hacia adelante. Mediante la tomografía axial computarizada se ha podido demostrar la existencia de un edema que se va haciendo cada vez más evidente en el área que corresponde a la función que resulta afectada por el aura.

Una vez que el aura tiende a desaparecer, o desaparece por completo, aparece el dolor; éste es muy personal, aun cuando puede tener variaciones en el mismo paciente. Habitualmente, al principio es frontotemporal, de tipo pulsátil; y en ocasiones mejora cuando se presiona la arteria que está latiendo con gran intensidad. No es raro que sea de tipo hemicraneal —de ahí el nombre de migraña—, pero también es frecuente que ocupe toda la cabeza, y también que se asocie a gran cantidad de fenómenos vegetativos, entre los que se encuentran palidez, sudoración, náusea y vómito, fotofobia, e hiperacusia. Puede aparecer edema en la región temporal de ambos hemisferios, y el paciente tiende a encerrarse en algún lugar oscuro y lejos de los ruidos.

Son la fase de aura y la de vasoconstricción las que tienen mayor importancia para la producción de defectos neurológicos. Se ha demostrado que la prostaglandina E tiene una acción vasodilatadora específica sobre la arteria caróti-

da externa, aumentando su flujo y reduciendo así el de la carótida interna a través de un mecanismo de robo. Se asume que el dolor de cabeza está producido por la liberación de la prostaglandina E en la carótida externa mediante estimulaciones nerviosas o bioquímicas, mecanismo en el cual posiblemente también influye la 5-hidroxitriptamina como neurotransmisor. Este síndrome de “robo” es el responsable del déficit neurológico que precede o que inicia el ataque de jaqueca.

Se mencionó anteriormente las variaciones que se pueden demostrar con la tomografía axial computarizada. Se ha encontrado que el 34 por ciento de los pacientes presentan una tomografía axial anormal después de la crisis y que estas anomalías persisten de 4 a 9 días después del dolor. Se observan áreas de baja densidad que tienden a desaparecer con el tiempo; pero los episodios repetidos pueden producir agrandamiento ventricular con o sin atrofia cortical. No hay relación entre el uso de ergotamina y los cambios en la tomografía axial computarizada.

Es común que este tipo de jaqueca se inicie en la niñez, o con mayor frecuencia en la pubertad, y que tienda a desaparecer en el curso de los años. Posiblemente, el tratamiento de la jaqueca es una de las pruebas más profundas de la capacidad de un médico. Es uno de los casos en los cuales debe establecerse una relación médico-paciente más fuerte y honesta ya que se le debe hacer entender al paciente cuáles son los mecanismos de producción de la jaqueca, y explicarle la verdadera naturaleza de la misma. Esto es básico puesto que, en ocasiones y sobre todo cuando los fenómenos del aura son muy aparatosos el paciente considera que su padecimiento es mucho más grave de lo que es en realidad. Una vez hecho esto, se debe discutir con el mismo acerca de la dieta. Es conocido el hecho de que hay jaquecas sensibles a los alimentos que contengan tiramina, como el chocolate, la cerveza, el vino de mesa, así como aquellas carnes que han sido tratadas con nitratos.

Después de explicarle al paciente con toda claridad los mecanismos que determinan la jaqueca se pueden adoptar dos puntos de vista completamente diferentes:

1. Utilizar medicación abortiva para cuando se presentan los fenómenos ya conocidos por el enfermo que preceden al síntoma. Esto es aconsejable cuando las jaquecas son muy ocasionales y no invalidantes.

2. La utilización de medicación continua para prevenir la aparición de jaquecas.

Desafortunadamente, el médico se ve bombardeado por propaganda médica que presenta diferentes puntos de vista según el producto que trata de vender. En lo que se refiere a medicamentos abortivos parece ser que, en la actualidad, la ergotamina sigue siendo el compuesto de elección. En la mayoría de los casos, se asocia a algún analgésico y/o a cafeína. Algunos médicos prescriben la ergotamina en tres dosis diarias, como si fuera un preventivo. Esto no es adecuado, ya que la ergotamina usada en forma prolongada puede producir alteraciones vasculares severas en otro territorio. Habitualmente, se administra por vía intramuscular, subcutánea, oral, sublingual, rectal y por inhalación. En México, no existen las formas por inhalación, y aconsejamos como la más segura la vía rectal, debido a que, en muchas ocasiones, la crisis está asociada a vómito intenso y, por lo tanto, no se puede usar la vía oral.

Se ha mencionado también la prednisona como un medicamento capaz de detener la crisis de jaqueca de forma paroxística.

La mayor parte de los médicos intentan evitar las crisis de migraña cuando éstas son muy frecuentes. El número de fármacos que se pueden emplear con este objeto ha crecido considerablemente. En primer lugar, el grupo de antidepresores tricíclicos, en particular la amitriptilina han demostrado lograr una muy buena respuesta en la prevención de la jaqueca, independientemente de que el paciente no tenga fenómenos de tipo depresivo.

El maleato de metisergide es una medicación muy potente para la profilaxis de la migraña; sin embargo, su empleo puede producir fibrosis retroperitoneal, pulmonar y de las válvulas cardíacas. Se emplea habitualmente en periodos cortos. En la actualidad aún no se puede conseguir en México.

El clorhidrato de propranolol ha dado muy buenos resultados como preventivo en el 50 a

80 por ciento de los casos. Es un agente bloqueador betaadrenérgico que produce vasoconstricción selectiva periférica. Cabe insistir en que el propranolol no se puede suspender en forma brusca, ya que se han comunicado graves efectos indeseables.

El tratamiento de la jaqueca en niños tiene algunas peculiaridades, y aconsejamos abstenerse de utilizar derivados de la ergotamina en niños menores.

### Cefalea en "racimo"

Existe una forma de cefalea que tiene diversas peculiaridades; una de ellas consiste en que aparece por la mañana y el paciente ya despierta en la madrugada con el dolor intenso. La mayor parte de las veces éste se caracteriza por una ligera ptosis, de forma que el paciente refiere que ese ojo es más pequeño que el otro, enrojece y lagrimea, y hasta en ocasiones se obstruye ese lado de la nariz o, por lo contrario, a veces se presenta secreción. La duración no es mucha aun cuando al paciente le parezca muy larga, y tiene tendencia a aparecer en brotes, de o sea varios episodios de dolor el mismo día, o en días seguidos, y a desaparecer posteriormente. Por esta razón ha recibido el nombre de dolor en "racimo" (cluster). El tratamiento es similar al de la jaqueca genuina; pero aquí existe otra posibilidad que es el bloqueo o la extirpación del ganglio eseno palatino con lo cual en ocasiones se obtienen resultados muy buenos.

### Cefalea tensional

La cefalea tensional es uno de los principales problemas que se presentan en la práctica de la clínica, cualquiera que sea la especialidad que el médico profese. Aun cuando los mejores resultados se obtienen indudablemente en base a una buena relación médico-paciente, en la mayoría de los casos no es suficiente el apoyo que la personalidad del médico ofrece, y es necesario recurrir al uso de medicamentos.

Este dolor de cabeza se califica de tensional debido a que está producido por tensión nerviosa o contracción muscular. Posiblemente es el cuadro más frecuente que se presenta en la práctica diaria. No se dispone de datos estadísticos, pero la historia natural del padecimiento, y

su ritmo circadiano hace pensar en que, dentro de una gran ciudad, es el resultado de la acumulación de continuos motivos de tensión e irritabilidad. No es bien conocido el mecanismo que lo produce; pero se han hecho estudios en los cuales se ha demostrado que manejar en un camino como el Viaducto o el Periférico produce contracción de los músculos del cuello que va aumentando de intensidad, y la aparición progresiva de dolor.

Se considera que la concentración excesiva de potasio en el músculo debida a isquemia o a la contracción muscular sostenida a que se hizo referencia pueden ser el estímulo específico de los quimiorreceptores de los tejidos.

Estos fenómenos a su vez provocan la proyección del dolor hacia la región frontal o hacia ambas regiones orbitales. El dolor es continuo, "sordo" y muy frecuentemente se localiza en la región de la nuca, que en el lenguaje popular se conoce como "cerebro". No desaparece por la noche; sin embargo no le impide dormir al paciente, aun cuando al despertar ya lo tiene. En la exploración, tal vez el único dato positivo, además de los signos de tensión emocional, sea que aparece al dolor al hacer presión sobre los músculos de la nuca. Es característico que la presión, aun cuando aumente el dolor, es percibida por el paciente como una cosa agradable. No es excepcional que este dolor aparezca exclusivamente, o se haga más notable, durante los fines de semana; por ello se le llama el dolor de "fin de semana".

Existen algunas enfermedades que originan cefaleas, y aun cuando sean menos comunes que las anteriores es importante que el médico general las conozca, para pensar en ellas, y poder referir el caso o consultar con un especialista.

### Arteritis temporal o arteritis de células gigantes

Esta enfermedad no es común, pero se le de-

be considerar en el diagnóstico diferencial, debido a las graves complicaciones que pueden aparecer, y a que es peligrosa si no se le trata adecuadamente. Se presenta habitualmente en pacientes mayores de 55 años de edad, y es precedida por semanas o meses de síntomas inespecíficos entre los cuales son sobresalientes el malestar general y el adelgazamiento. Posteriormente aparece dolor en una de las regiones temporales, de tipo fluctuante y con agudizaciones. A la palpación, se percibe la arteria temporal superficial gruesa, y cuando es trombótica se alcanza a ver como una especie de cordón; además es dolorosa. En este momento, puede ocurrir que la vena oftálmica y sus tributarias se afecten de tal manera que aparezca edema de la retina o del nervio óptico, y ceguera de uno o ambos ojos.

Para establecer el diagnóstico, el examen de laboratorio más útil es la biopsia. El manejo se basa en la administración de esteroides.

### Dolores que pueden confundirse con cefaleas

Hay dos tipos de dolor que se pueden confundir ocasionalmente con dolores de cabeza.: Los primeros son los de tipo dentario, que difícilmente se confunden, pero eventualmente pudieran ser mal interpretados por el paciente cuando los síntomas dentarios son poco evidentes. El segundo es el síndrome de Costen, o trastorno en la articulación temporomandibular.

Este último síndrome, muy discutido, provoca dolor irradiado a la región posterior de la cabeza y es fácil de diagnosticar.

Por último vale señalar que, cualquiera que sea la sintomatología de una cefalea, cuando ésta es, crónica y progresiva, debe consultar cuando menos una vez a un especialista para descartar la posibilidad de que este síntoma sea una manifestación de un proceso evolutivo intracraneal. □