

Migraña y Otras Cefaleas Primarias

Las cefaleas primarias representan trastornos donde el dolor de cabeza ocurre sin causa externa identificable. Este documento explora los principales síndromes: migraña, cefalea tensional y cefalalgias autonómicas del trigémino, proporcionando una guía completa sobre su diagnóstico y tratamiento basada en evidencia científica actual.



Migraña: Epidemiología y Características Clínicas

La migraña constituye la segunda causa más común de cefalea y la principal causa neurológica de incapacidad mundial. Afecta anualmente a aproximadamente 15% de las mujeres y 6% de los varones, manifestándose como episodios recurrentes de cefalea con sensibilidad aumentada a estímulos ambientales.

Fases del Ataque Migráneo

- Fase premonitoria: molestias cervicales, cambios de humor, fatiga, bostezos
- Aura (20-25% de pacientes): alteraciones visuales neurológicas
- Fase de cefalea: dolor con náusea, fotofobia, fonofobia
- Fase posdrómica: cansancio, deterioro de concentración

15%

Mujeres Afectadas

Prevalencia anual en población femenina

6%

Varones Afectados

Prevalencia anual en población masculina

20-25%

Con Aura

Pacientes que experimentan síntomas neurológicos

Patogenia de la Migránea

La sensibilidad característica de la migránea se debe a disfunciones en los sistemas de control sensitivo monoaminérgicos ubicados en el tronco encefálico e hipotálamo. La activación del núcleo del trigémino libera neuropéptidos vasoactivos, especialmente el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP).

1

2

3

Activación Trigémino

Liberación de CGRP en terminaciones vasculares

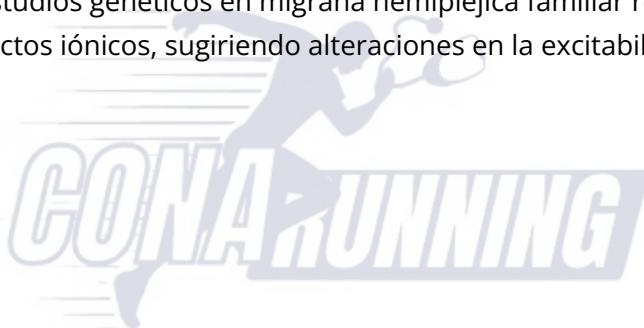
Proyección Central

Neuronas de segundo orden hacia tálamo

Modulación Descendente

Sistemas desde sustancia gris periacueductal

Los datos farmacológicos señalan la participación crucial de la serotonina (5-HT) y dopamina. Los triptanos, agonistas selectivos de receptores 5-HT, detienen la señalización nociceptiva en la vía trigeminovascular. Los estudios genéticos en migránea hemipléjica familiar revelan mutaciones en genes que afectan conductos iónicos, sugiriendo alteraciones en la excitabilidad de membrana.



Diagnóstico y Criterios Clínicos

Criterios Diagnósticos Esenciales

Crisis repetidas de cefalea con duración de 4 a 72 horas en pacientes con exploración física normal, sin otra causa razonable, y al menos dos de las siguientes características:

- Dolor unilateral
- Dolor pulsátil
- Agravado por movimiento
- Intensidad moderada o grave

Más al menos una manifestación asociada: náusea, vómito, fotofobia o fonofobia.



Importante: Un diario de cefalea ayuda significativamente en el diagnóstico y valoración de la discapacidad. Los pacientes con episodios en ocho o más días mensuales tienen migraña crónica.

Migraña sin Aura

Forma más común, cefalea con características asociadas sin síntomas neurológicos

Migraña con Aura

20-25% de casos, incluye alteraciones visuales o neurológicas reversibles

Migraña Crónica

15 o más días de cefalea mensual, requiere tratamiento preventivo

Tratamiento Agudo de la Migraña

El tratamiento farmacológico debe individualizarse según la gravedad de las crisis. Las crisis leves responden a fármacos orales con tasa de eficacia del 50-70%, mientras que las crisis graves pueden requerir tratamiento parenteral.

01

AINE y Analgésicos Simples

Primera línea para crisis leves: paracetamol, ácido acetilsalicílico, naproxeno 220-550 mg, ibuprofeno 400 mg. Combinación con cafeína aumenta eficacia.

02

Triptanos

Agonistas selectivos 5-HT1B/1D: sumatriptano 50-100 mg, rizatriptano 10 mg, eletriptano 40 mg. Eficacia 50-80%, inicio rápido. Contraindicados en enfermedad vascular.

03

Gepantes

Antagonistas CGRP: rimegepante 75 mg, ubrogepante 50-100 mg. Excelente tolerabilidad, pueden repetirse a las 2 horas si necesario.

04

Ditanos

Agonistas 5-HT1F: lasmiditano 50-200 mg. Sin efectos vasculares, útil en pacientes con enfermedad cardiovascular. Precaución: puede causar mareo.

05

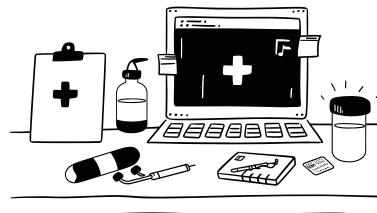
Los antagonistas dopaminérgicos (metoclopramida 10 mg, proclorperazina) mejoran absorción gástrica y controlan náusea. La neuromodulación (estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago) ofrece opciones no farmacológicas efectivas aprobadas por FDA.

Tratamiento Preventivo de la Migránea

Los pacientes con cuatro o más ataques mensuales o ataques que no responden al tratamiento agudo son candidatos para terapia preventiva. Los fármacos requieren 2-12 semanas para mostrar efecto, con probabilidad de éxito cercana al 50%.

Fármacos Aprobados por FDA

- Betabloqueadores: propranolol 40-120 mg/12h, metoprolol 25-100 mg/12h
- Anticonvulsivos: topiramato 25-200 mg/día, valproato 400-600 mg/12h
- Antidepresivos: amitriptilina 10-75 mg nocturno
- Antagonistas CGRP: rimegepante 75 mg días alternos



Anticuerpos Monoclonales

Erenumab 70-140 mg SC mensual, fremanezumab 225 mg mensual, galcanezumab 240 mg inicial luego 120 mg mensual, eptinezumab 100-300 mg IV cada 12 semanas. Excelente tolerabilidad y eficacia dentro del primer mes.

Neuromodulación

Estimulación magnética transcraneal (4-24 pulsos diarios) ofrece opción efectiva y bien tolerada sin efectos farmacológicos sistémicos.

Nota Clínica: Una vez lograda la estabilización, el fármaco puede continuarse seis meses y luego reducirse gradualmente. Muchos pacientes experimentan crisis menos frecuentes tras la suspensión.

Cefalea Tensional

La cefalea tensional representa el síndrome de cefalea primario más común en la población. Se caracteriza por molestia bilateral similar a presión producida por una banda, que se instala lentamente y puede persistir varios días. A diferencia de la migraña, carece completamente de manifestaciones asociadas como náusea, vómito, fotofobia o fonofobia.

Características Distintivas

- Dolor bilateral tipo presión
- Ausencia de síntomas asociados
- No pulsátil
- No se agrava con actividad física
- Puede ser episódica o crónica (>15 días/mes)

Tratamiento

Analgésicos simples: paracetamol, ácido acetilsalicílico, AINE. Métodos conductuales: relajación, biorretroalimentación. Para cefalea tensional crónica: amitriptilina 10-75 mg nocturno es el único tratamiento con eficacia demostrada.

La fisiopatología no se comprende completamente, pero parece deberse a trastorno primario de modulación del dolor por el sistema nervioso central. No existe evidencia clara de que la tensión emocional sea la causa, ni de que la contractura muscular sea característica diferenciadora.



Cefalalgias Autonómicas del Trigémino

Las cefalalgias autonómicas del trigémino (TAC) constituyen un grupo de cefaleas primarias caracterizadas por ataques relativamente cortos de cefalea intensa acompañada de síntomas autonómicos craneales ipsolaterales prominentes: epífora, inyección conjuntival, congestión nasal, rinorrea.

Cefalea en Racimos



Dolor retroorbitario muy intenso, 15-180 minutos, uno a ocho ataques diarios. Periodicidad característica: episodios de 8-10 semanas anuales. Predominio masculino 3:1. Tratamiento agudo: oxígeno 100%, sumatriptano 6 mg SC. Preventivo: verapamilo 160-960 mg/día, galcanezumab 300 mg SC.

Hemicránea Paroxística



Crisis muy frecuentes (>5 diarias), corta duración (2-45 minutos), dolor unilateral intenso. Proporción varones/mujeres 1:1. Respuesta completa a indometacina 25-75 mg/8h es característica diagnóstica esencial.

SUNCT/SUNA



Crisis de 5-240 segundos, 3-200 ataques diarios. Dolor punzante orbitario/temporal con hiperemia conjuntival y epífora (SUNCT) o sin ellas (SUNA). Desencadenantes cutáneos frecuentes. Tratamiento: lamotrigina 200-400 mg/día.

Hemicránea Continua



Dolor moderado continuo con exacerbaciones intensas, características autonómicas durante exacerbaciones. Predominio femenino 2:1. Resolución completa con indometacina es criterio diagnóstico obligatorio.

Otras Cefaleas Primarias



Cefalea Primaria con Tos

Cefalea generalizada súbita desencadenada por tos, estornudos, esfuerzo. Duración: segundos a minutos. Más común en mayores de 40 años. Tratamiento: indometacina 25-50 mg/8-12h. Importante descartar malformación de Chiari.



Cefalea de Esfuerzo

Precipitada por ejercicio, bilateral, pulsátil, duración <48h. Prevención: inicio gradual del ejercicio. Tratamiento: indometacina 25-150 mg/día, ergotamina 1 mg VO profiláctico.



Cefalea Sexual

Tres tipos: cefalea sorda con excitación, explosiva al orgasmo, postural post-coito. Más común en varones. Tratamiento preventivo: propranolol 40-200 mg/día, diltiazem 60 mg/8h, o frovatriptano 2.5 mg 30-45 min antes.



Cefalea en Trueno

Inicio súbito, intensidad máxima inmediata. Diagnóstico diferencial crítico: hemorragia subaracnoidea, disección arterial. Requiere neuroimagen urgente y análisis LCR. Puede asociarse con vasoconstricción cerebral reversible.

Cefalea por Frío

Desencadenada por aplicación, ingestión o inhalación de estímulo frío. Inicio rápido, resolución en 10-30 minutos. Tratamiento: naproxeno 500 mg 30 min antes de exposición.

Cefalea Hípnica

Inicia durante sueño, 15-30 minutos, moderadamente intensa. Más común en mujeres >60 años. Tratamiento: litio 200-600 mg nocturno, verapamilo 160 mg, o cafeína 60 mg al acostarse.

Cefalea Numular

Molestia redondeada/elíptica fija, 1-6 cm, puede ser continua o intermitente. Tratamiento: amitriptilina, topiramato o valproato. Puede coexistir con migraña o TAC.

Estrategias de Manejo Integral

El manejo exitoso de las cefaleas primarias requiere un enfoque multidimensional que combine tratamiento farmacológico, modificaciones del estilo de vida y educación del paciente. La individualización del tratamiento es fundamental para optimizar resultados.

Evaluación Inicial

1

Diagnóstico preciso mediante historia clínica detallada, identificación de desencadenantes, valoración de discapacidad con escalas validadas (MIDAS), exclusión de causas secundarias.

Prevención

2

Indicada con ≥ 4 ataques mensuales. Opciones: betabloqueadores, anticonvulsivos, antidepresivos, anticuerpos monoclonales CGRP, neuromodulación. Duración mínima 6 meses antes de reducción gradual.

3

Tratamiento Agudo

Selección de fármacos según gravedad: AINE para crisis leves, triptanos/cepantes/ditanos para moderadas-graves. Administración temprana maximiza eficacia. Evitar uso excesivo (>10 días/mes).

4

Seguimiento

Monitorización regular de frecuencia, intensidad, respuesta al tratamiento. Ajustes según evolución. Educación continua sobre manejo de desencadenantes y expectativas realistas.

Modificaciones del Estilo de Vida

- Patrones regulares de sueño
- Dieta saludable, evitar ayuno prolongado
- Ejercicio regular moderado
- Manejo del estrés: yoga, meditación, biorretroalimentación
- Evitar consumo excesivo de cafeína y alcohol
- Identificación y evitación de desencadenantes específicos

Recursos para Pacientes

La educación del paciente es fundamental. Recursos disponibles incluyen American Migraine Foundation (www.americanmigrainefoundation.org) y Migraine Trust (www.migrainetrust.org). Comprender que la migraña es tendencia heredada modificable, no enfermedad que pone en riesgo la vida, mejora adherencia y resultados.

Perspectiva Futura: Los anticuerpos monoclonales CGRP y antagonistas de receptores CGRP han producido un cambio significativo en el tratamiento preventivo, con eficacia frecuente dentro del primer mes y excelente tolerabilidad, transformando las expectativas de resultados.