

ACTUALIZACIÓN CEFALEAS

M. Alegría Crespo Cárdenas



INDICE

01

DEFINICION

02

CLASIFICACION

03

ANAMNESIS

04

EXPLORACION
FISICA

05

SINTOMAS DE
ALARMA

06

CEFALEA
TENSIONAL

07

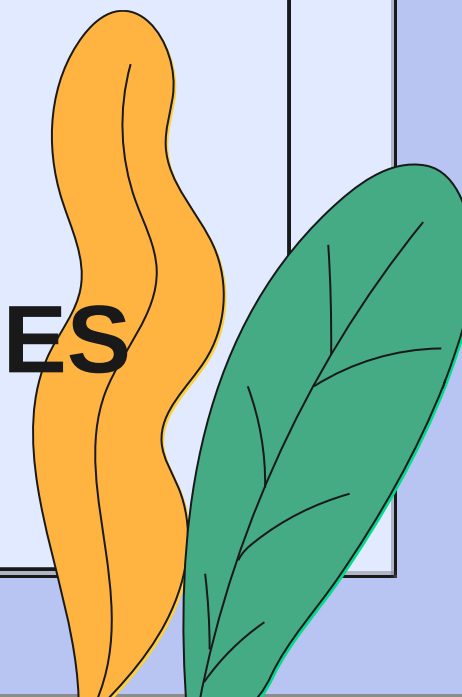
MIGRAÑAS

08

CEFALEA EN RACIMOS,
SUNCT Y HEMICRANEA
PAROXISTICA

09

CONCLUSIONES



DEFINICION

Dolor localizado en la parte superior de la cara, parte alta del cuello y zona suboccipital.

Quedan excluidos:

- zona maxilar
- mandibula.
- zona cervical baja



EPIDEMIOLOGIA

★ **>90%** de la población adulta la ha padecido

★ **Edad de inicio: 15-30 años**

Afectando a los 22-55 años.
Disminuyendo a los 55.

★ **Es uno de los principales motivos de asistencia al neurologo**

★ **Segunda causa de discapacidad. 1ª en mujeres.**

★ **Prevalencia del 56%**

Mas de 1000 millones de personas en el mundo la padecen

★ **Mayor prevalencia en mujeres**

★ **Es el primer motivo de consulta de índole neurológica en A.P**

★ **Coste medio anual de 12.970 € para M.E y 5041.28 € para M.E**

ANAMNESIS

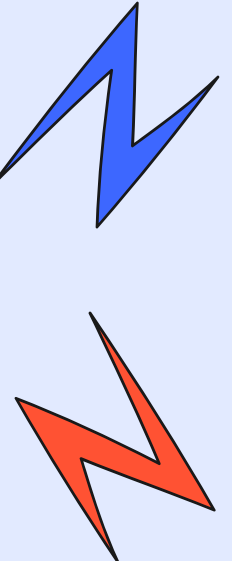
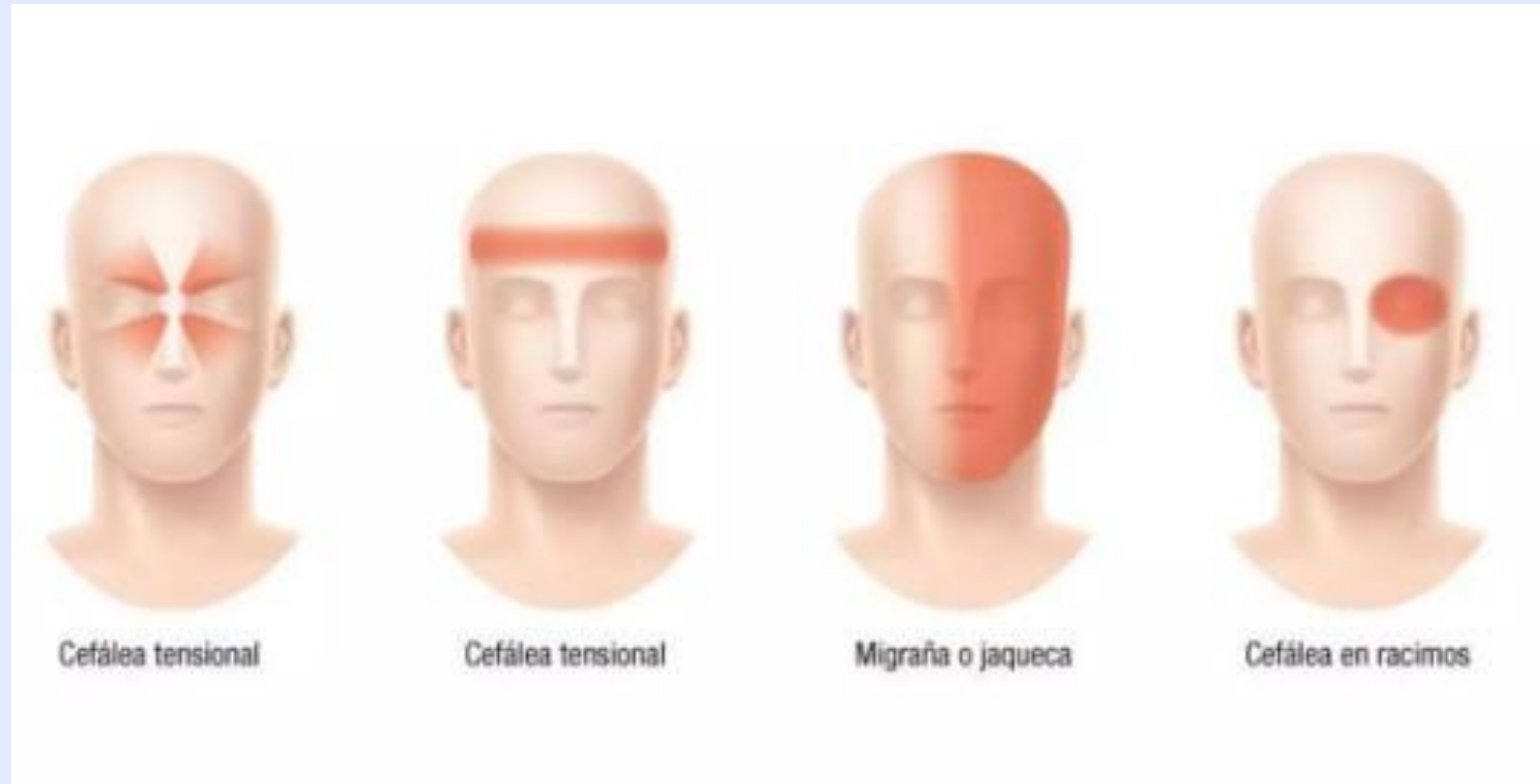
1) Tipo de dolor

- Inicio.
- Intensidad
- Localización
- Calidad
- Duración
- Frecuencia
- Agravantes/ mejoría

2) Pródromos

3) Síntomas acompañantes

4) Episodios previos



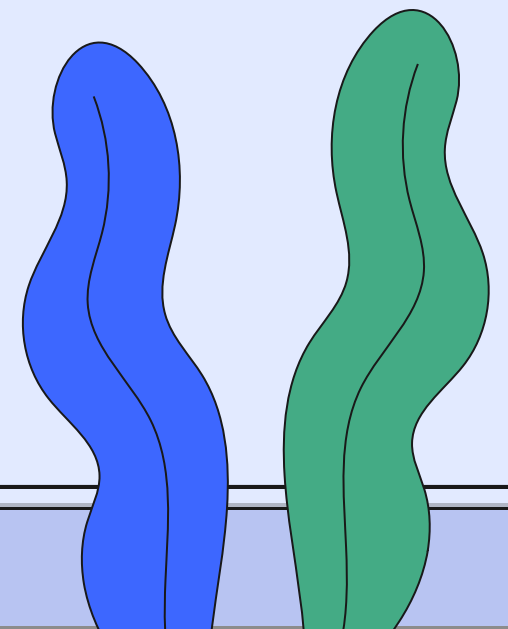
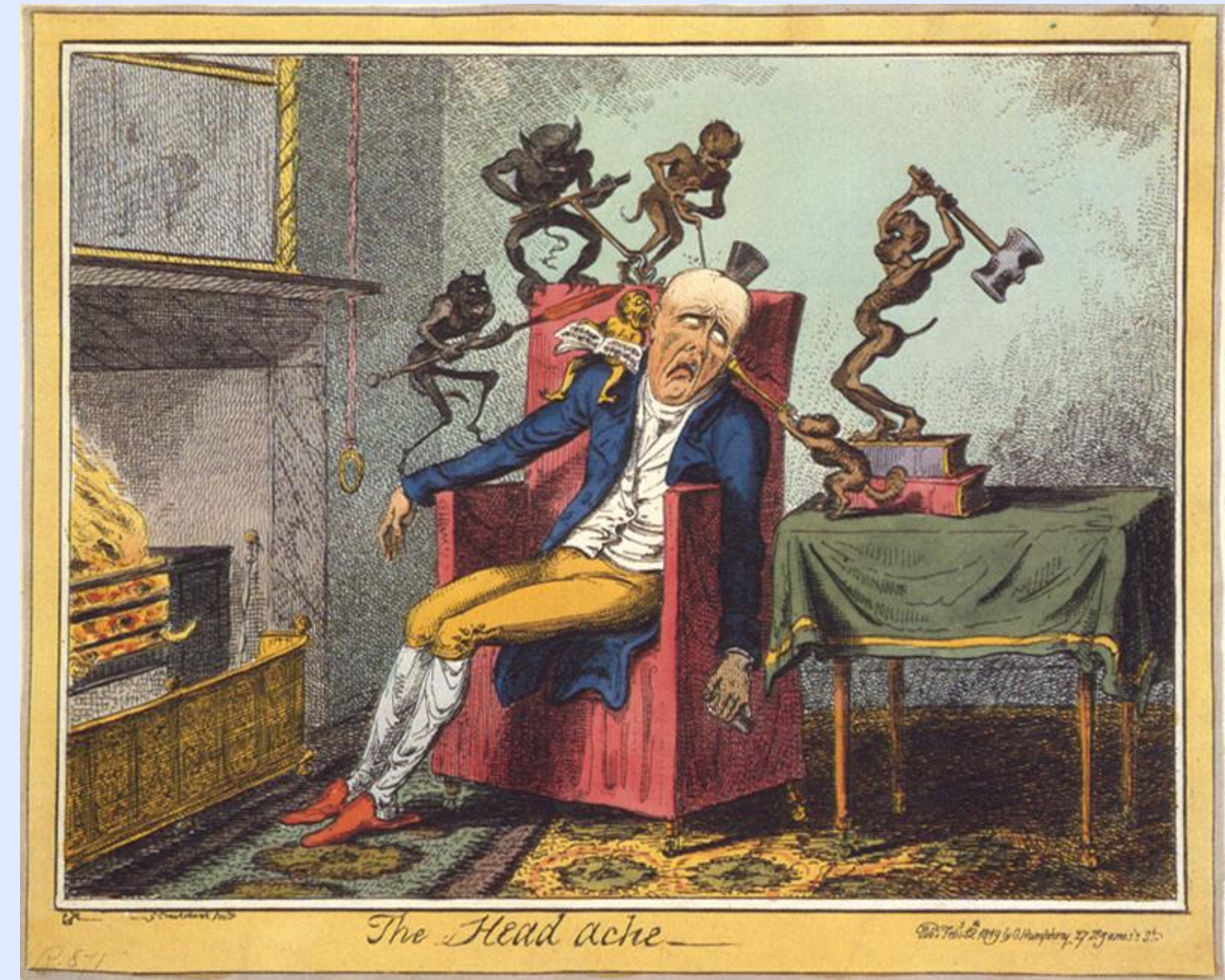
CLASIFICACION

- Cefalea tensional
- Migraña Común
- Clásica o con aura
- Cefalea en racimos
- Hemicránea paroxística
- SUNCT

PRIMARIAS

- TCE
- H. subaracnoidea
- Arteritis de células gigantes.
- Neuralgia del trigémino

SECUNDARIAS



EXPLORACION FISICA

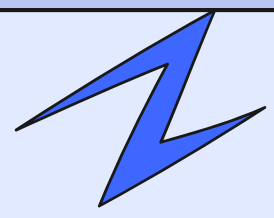


GENERAL

- Temperatura.
- T.A
- ACP

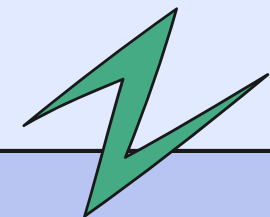
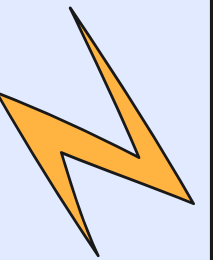
NEUROLÓGICA

- P.C
- Fuerza y sensibilidad
- Coordinación marcha
- Signos meningeos



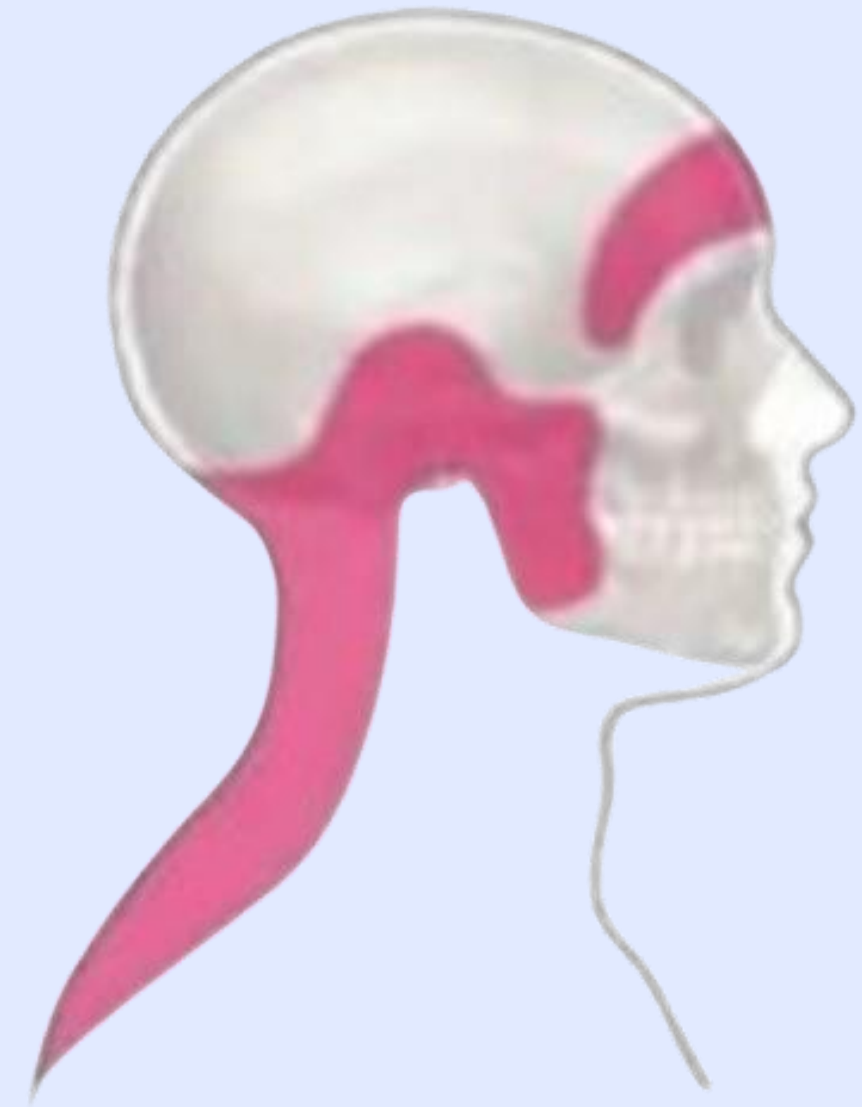
SINTOMAS DE ALARMA

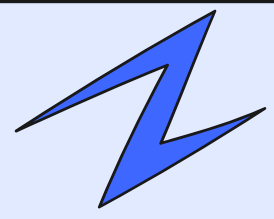
- Inicio súbito.
- Inicio de novo por encima de 40 años.
- Curso progresivo e intratable.
- Datos de organicidad: aumenta con:
 - el decubito
 - Valsalva
 - el esfuerzo
- Asociado a focalidad o deterioro del nivel de conciencia.
- Datos de hipertensión intracraneal:
 - deterioro del nivel de conciencia
 - nauseas y vómitos
 - papiledema
 - paralisis IV p.c
- Antec de neoplasia.
- Cambios en las características habituales.
- Unilateralidad o focalidad estricta



CEFALEA TENSIONAL

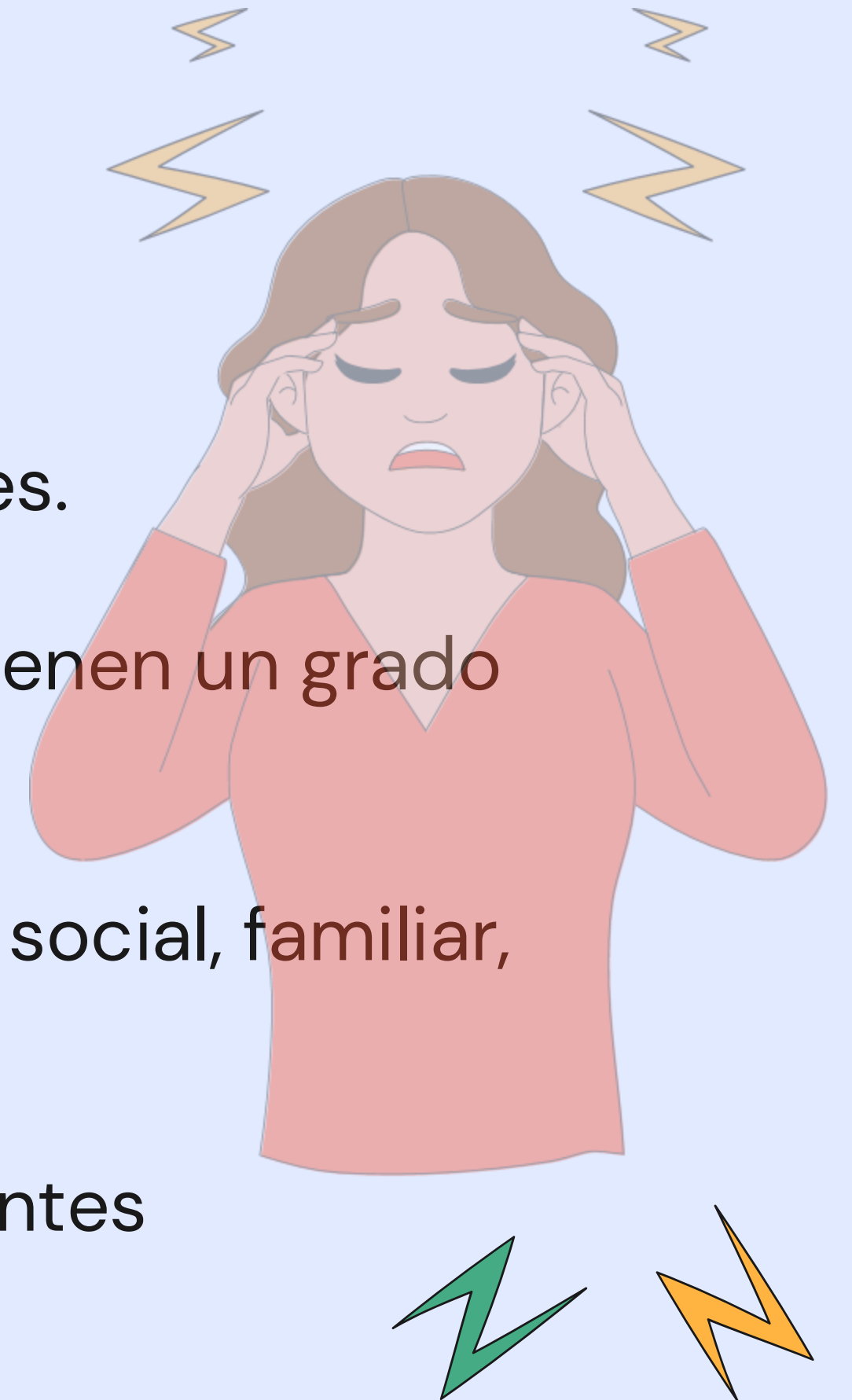
- Cefalea bilateral con dolor opresivo y duración de minutos a días.
- No empeora con actividad física.
- No asocia náuseas ni vómitos.
- Puede acompañarse de sonofobia y fotofobia.
- Tratamiento: - analgesia vs AINES
- lorazepam.
- preventivo:
Amitriptilina 25-75mg/24
en dosis nocturna única.

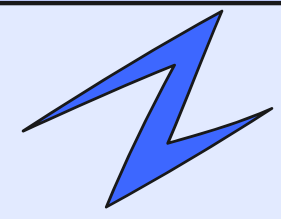




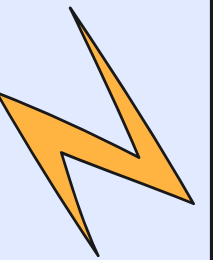
MIGRAÑA

- Prevalencia : 5–8% en hombres 15–20% en mujeres.
- >50% de los pacientes con M.E y >70% con M.C, tienen un grado de discapacidad grave o muy grave.
- Esto supone graves consecuencias en el ámbito social, familiar, laboral y económico.
- OMS: incluida entre los trastornos mas incapacitantes

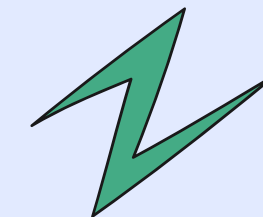




Criterios diagnósticos migraña sin aura



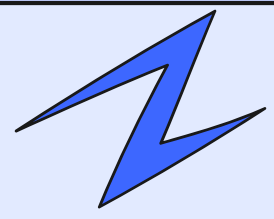
1. Duración 4-72h.
2. Al menos uno de los siguientes:
 - localización unilateral
 - caracter pulsátil
 - intensidad moderada/grave
 - empeora con la actividad física.
3. Acompañamiento de:
 - sonofobia/ Fotofobia
 - Náuseas y vómitos
4. No indicios que sugieran otro diagnóstico, no signos de alarma y exploración normal.



Criterios diagnósticos de migraña con aura

- Debe cumplir lo mismo de antes, pero además se añaden síntomas de disfunción neurológica focal que acontecen antes o durante las crisis y son reversibles.
- Síntomas visuales: fotopsias, miodesopsias...
- Síntomas sensitivos: Hemiplejia, parestesias...
- Síntomas del lenguaje: disartria.

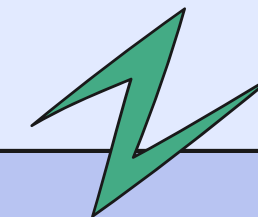


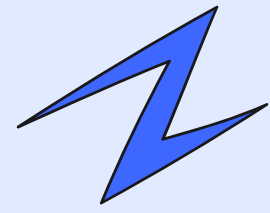


FACTORES DE RIESGO



No modificables	Modificables
<ul style="list-style-type: none">• Sexo femenino• Etnia caucásica• Predisposición genética• Estatus socioeconómico y nivel educativo bajo• ≥ 10 días de episodios de cefalea/mes• Antecedentes de lesiones en cabeza y cuello• Menstruación• Presencia de alodinia cutánea• Otras patologías dolorosas asociadas	<ul style="list-style-type: none">• Estrés• Trastornos de sueño (insomnio, apnea del sueño)• Abuso de medicación (opiáceos)• Abuso de alcohol y cafeína• Alimentos y bebidas ricos en tiramina• Omisión de las comidas• Baja eficacia del tratamiento de la migraña aguda• Cambios bruscos de la presión atmosférica• Altitudes elevadas

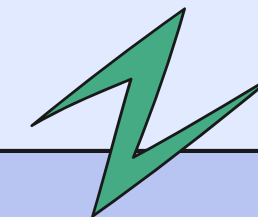




COMORBILIDADES ASOCIADAS



Psiquiátricas	Cardiovasculares	Respiratorias	Otras
Ansiedad Depresión Trastorno bipolar	Obesidad Cardiopatía Ictus Trastornos circulatorios	Alergia Asma Bronquitis Enfisema/broncopatía Sinusitis	Artritis Dolor crónico Disfunción de la articulación temporomandibular



FACTORES

DESENCADENANTES



Deshidratación



Estrés y ansiedad



Sueño alterado



Olores fuertes



Ruidos fuertes



Cambios hormonales



Algunas comidas
y bebidas

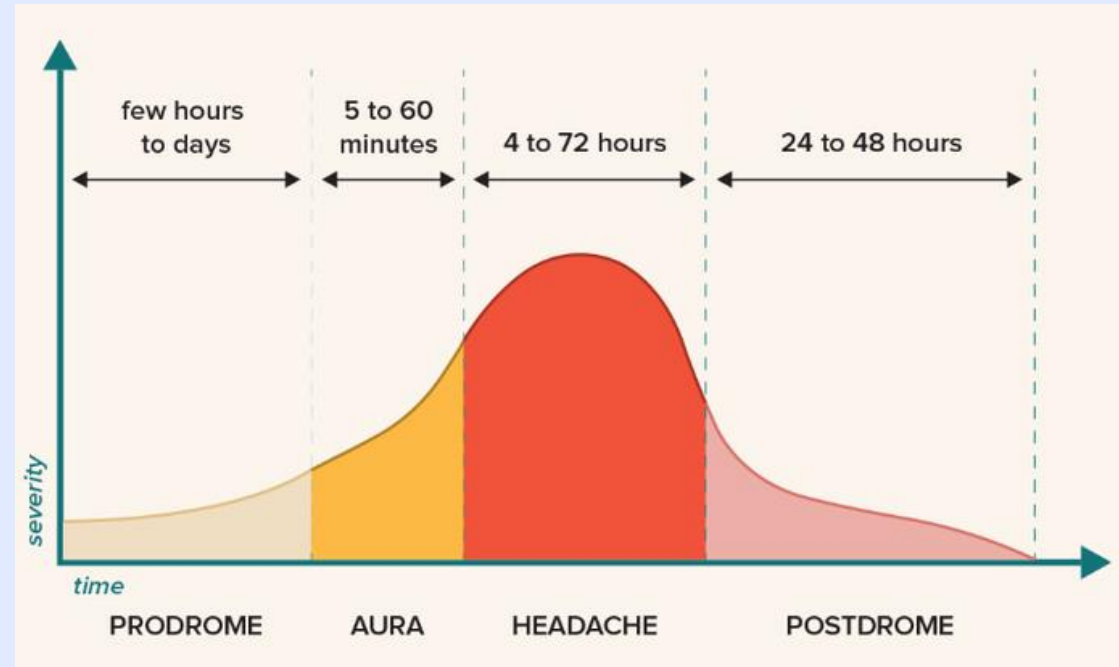


Ayuno e
hipoglucemia



Cambios de tiempo,
Luz y temperatura

FASES DE LA MIGRAÑA



FASE PRODROMICA

24-48h antes

- Cambios de humor
- Fatiga.
- Sed, antojos alimentarios.
- Bostezos.
- Dolor cervical.
- Irritabilidad

FASE DE AURA

5-6 minutos antes

- Lo más frecuente alteraciones visuales.
- Lo menos frecuente alteraciones motoras o verbales

FASE DE DOLOR

4-72h

FASE DE RESOLUCION

Horas/días

- Fatiga.
- Dolor muscular.
- Poliuria.
- Cambios cognitivos.
- Sensación de cabeza hueca.

Tratamiento migraña

Crisis leve-moderada

AINES (analgésico +/- antiemético)

Buena respuesta

Repetir pauta en crisis siguiente

Mala respuesta y no cese en dos horas

Triptán

Mejoría

Repetir pauta en crisis siguiente

AAS

Naproxeno sódico → Vida media más larga

Ibuprofeno → El más rápido

Diclofenaco

Dexketoprofeno

Tratamiento migraña



Crisis leve-moderada

Tratamiento con analgésicos no específicos y adyuvantes¹

AINE: evitar si hipertensión arterial, insuficiencia renal y gastropatía con riesgo hemorrágico

- Ácido acetilsalicílico: 500-1000 mg oral
- Naproxeno sódico: 550-1100 mg oral
- Ibuprofeno: 600-1200 mg oral
- Diclofenaco sódico: 50-100 mg oral, 100 mg rectal, 75 mg parenteral
- Dexketoprofeno: 25-50 mg oral, 50 mg parenteral
- Ketorolaco: 30 mg parenteral

Analgésicos: crisis en niños o contraindicación a AINE

- Paracetamol: 1000 mg oral, rectal o parenteral
- Metamizol: 500-1000 mg oral o rectal, 1000-2000 mg parenteral

Antieméticos/procinéticos: uso adyuvante si náuseas o vómitos

- Metoclopramida: 10 mg oral, 20 mg rectal, 10 mg parenteral
- Domperidona: 10-30 mg oral, 30-60 mg rectal

Tratamiento migraña

Crisis moderada-grave

- Disponemos de siete triptanes
- Sumatriptán 1º opción
- Cambiar si tres fracasos anteriores
- En pacientes con crisis intensa combinación de triptán + AINEs
Naproxeno+Sumatriptán
- Si no mejora, en dos horas repetir dosis



Contraindicaciones

Enfermedad corazón y/o cerebrovascular
HTA no controlada
Arteriopatía periférica
Raynaud
Insuficiencia hepática
Embarazo y lactancia
Paciente en tratamiento en IMAO

Tratamiento migraña

Crisis moderada-grave

Compuesto	Formulación	Indicación
Sumatriptán	Subcutánea 6 mg	Crisis con dolor grave resistentes a la vía oral y nasal
	Nasal 20 mg	Crisis resistentes a la vía oral / Pacientes con vómitos
	Nasal 10 mg	Niños y adolescentes
	Oral 50 mg	Paciente migrañoso estándar / Paciente en riesgo potencial de embarazo
Zolmitriptán	Oral 2.5 y 5 mg	Paciente migrañoso estándar
	Nasal 5 mg	Crisis resistentes a la vía oral / Pacientes con vómitos
Naratriptán	Oral 2.5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración / Efectos adversos con otros triptanes
Rizatriptán	Oral 10 mg	Crisis con dolor grave, rápidas y de corta duración
Almotriptán	Oral 12.5 mg	Paciente migrañoso estándar / Efectos adversos con otros triptanes / Niños y adolescentes
Eletriptán	Oral 20 y 40 mg	Crisis con dolor grave de larga duración
Frovatriptán	Oral 2.5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración

Tratamiento migraña

Estatus migrañoso

- Más de 72 horas
- Sumatriptan 6 mg subcut
- Prednisona 60 mg con reducción rápida
- La administración de O₂ hiperbárico { Escasa evidencia
Algunos ensayos reflejan que podría ser útil

Tratamiento migraña

Bloqueo anestésico

- Nivel evidencia I, grado de recomendación A
- Para cefaleas refractarias a otros tratamientos
- Se puede combinar
- Los anestésicos locales inhiben la conducción del impulso nervioso

1) Tipos de anestésicos

- Lidocaína 2%: 10-20 mg/ml. Máx. 300 mg sesión
- Mepivacaína al 2% 20 mg/ml Máx. 400 mg sesión
- Bupivacaína al 0,5% 2,5-5mg/ml

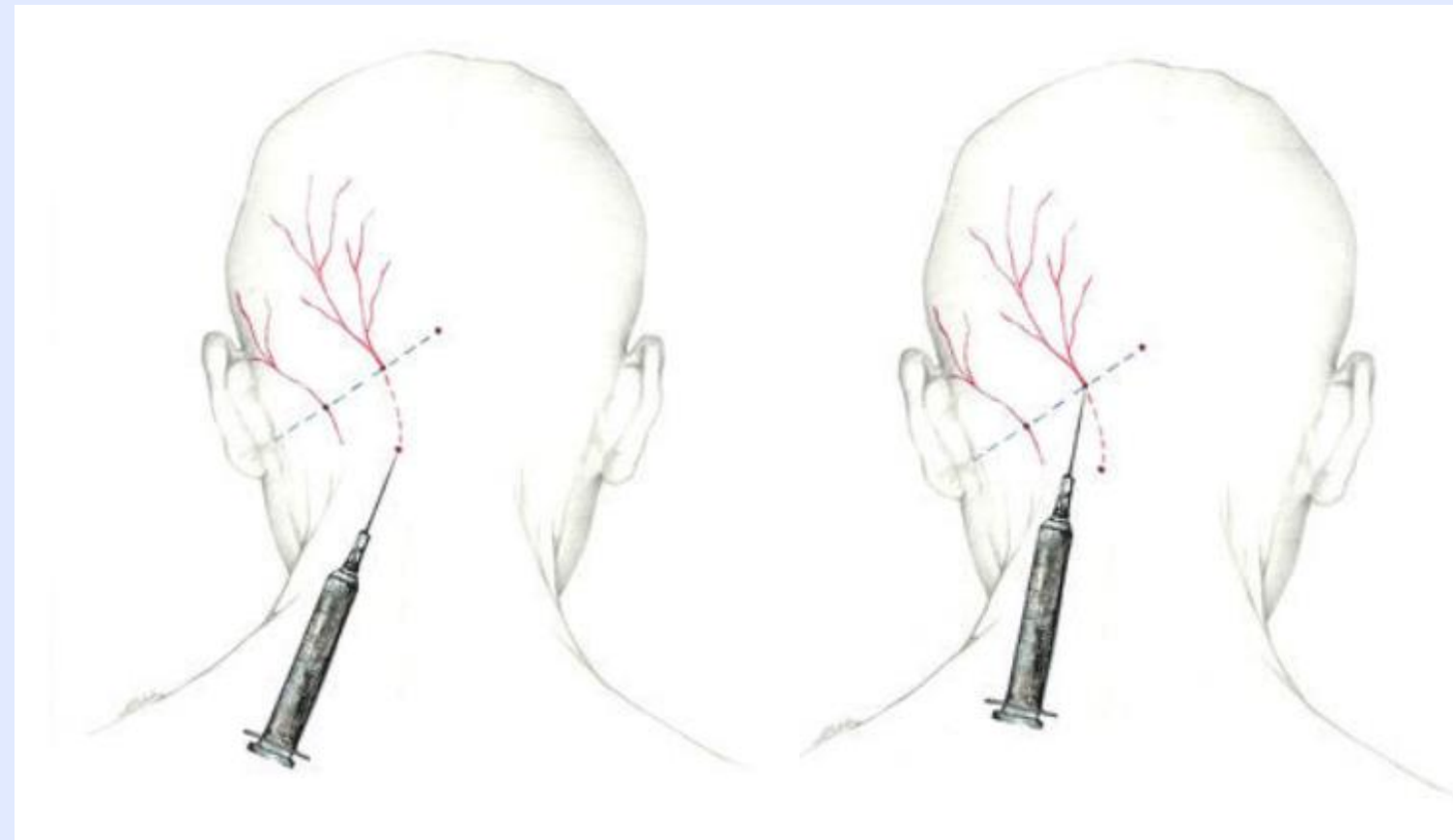


Tratamiento migraña

Bloqueo anestésico

2) Infiltración nervio occipital mayor NOM

- Jeringa 5 ml
- Aguja 25-30
- Dosis 2,5 cc
- Paciente sentado
- Aguja craneal
- Aspirar

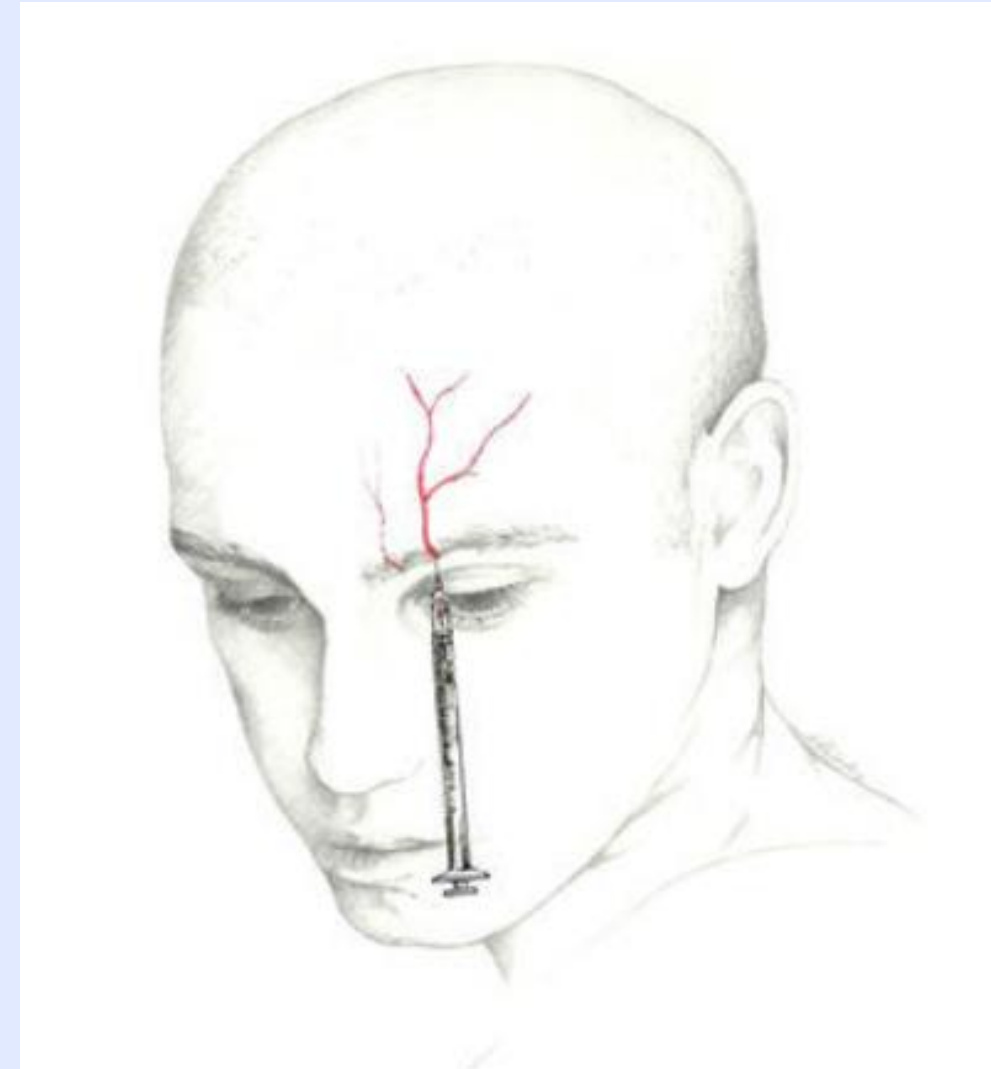


Tratamiento migraña

Bloqueo anestésico

3) Infiltración nervio supraorbitario

- Jeringa 1 ml
- Aguja 30
- Dosis 0,5 ml
- Paciente en decúbito
- Angulo 45° en bisel en sentido craneal
- Aspirar

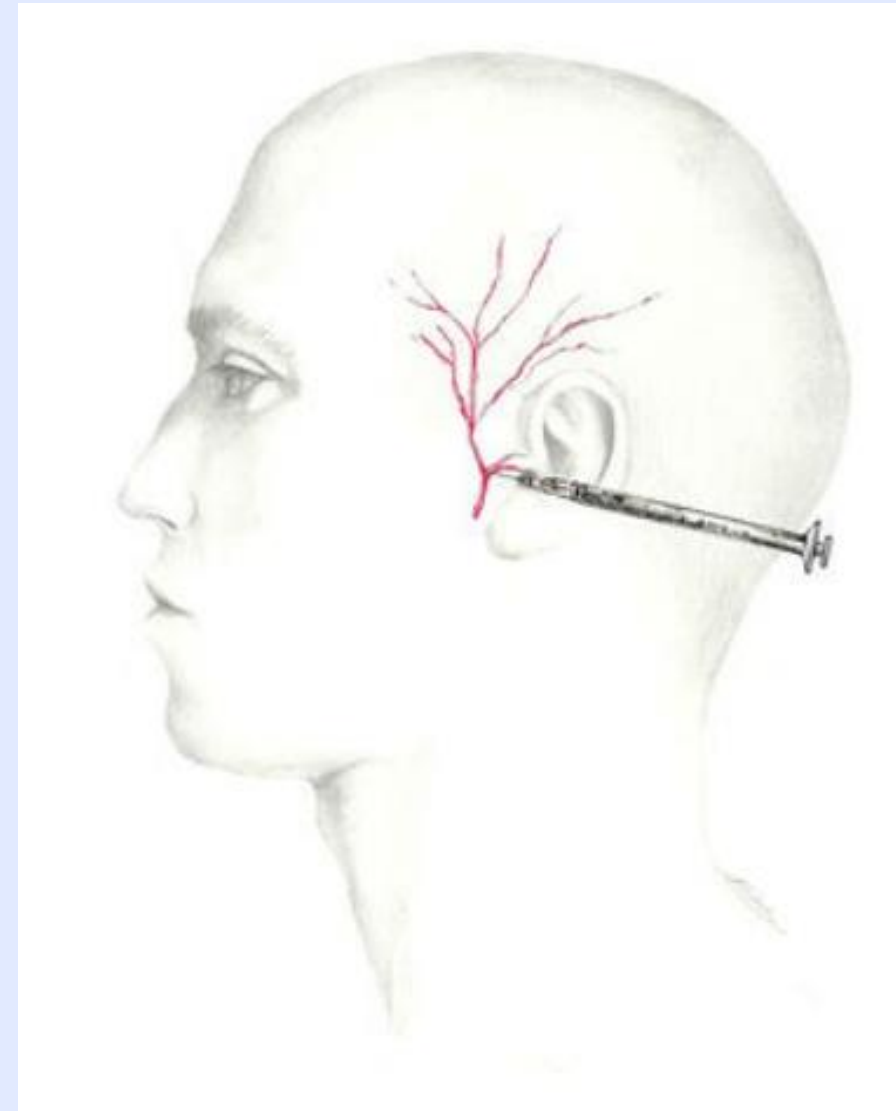


Tratamiento migraña

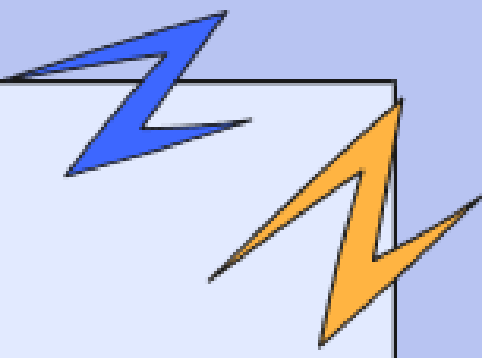
Bloqueo anestésico

4) Infiltración nervio auriculotemporal

- Jeringa 1 ml
- Aguja 30
- Dosis 0,5-1ml
- Paciente decúbito
- Aguja delante del trago con bisel hacia arco cigomático
- Aspirar



Tratamiento preventivo



- El objetivo es disminuir la frecuencia de las crisis la intensidad y la duración
- Indicaciones
 - 3 o más crisis al mes con grave limitación de la calidad de vida
 - Escasa respuesta tratamiento sistémico
 - Auras prolongadas/crisis epilépticas asociadas/ migrañas hemiplégicas
 - Abuso de fármacos
- Se recomienda realizar una monoterapia de 3-6 meses

1ª línea	Dosis inicio	Dosis máxima
Propranolol	40-60 mg	160 mg
Metoprolol	50-100 mg	200 mg
Amitriptilina	10-25 mg	75 mg
Ácido valproico	300-600 mg	1000 mg
Topiramato	25-100 mg	200 mg

2ª línea	Dosis inicio	Dosis máxima
Atenolol	25-50 mg	100 mg
Flunarizina	2,5-5 mg	10 mg
Venlafaxina	37,5-75 mg	150 mg
Verapamilo	80 mg	240 mg
Candesartán	4 mg	32 mg

Tratamiento preventivo

Anticuerpos monoclonales (antagonistas CGRP)


- Se han incorporado al arsenal terapéutico
- Están dirigidos al CGRP: neuropéptido de transmisión del dolor
- vasodilatador potente que aumenta niveles en plasma
- Durante las crisis
- Comercializados:
 - Erenumab
 - Galcanezumab
 - Fremanezumab
 - Eptinezumab
- Financiados:
 - Si presentan >8 migrañas mensuales y
 - 3 fracasos terapéuticos durante al menos usados durante tres meses siendo uno de ellos toxina botulínica.




FARMACOS GEPANTES


Rimegepant	→	Vydura®
Atogepant	→	Aquipta®.
Ubrogapant	→	Ubrevely®.



 Indicación novedosa: Tratamiento sintomático agudo y preventivo (es el único gepante que ha mostrado hasta el momento resultados positivos tanto en el tratamiento agudo como preventivo de la migraña.

 Condiciones para financiación:

- 8-14 días de migraña moderada- severa al mes y tres fracasos de ttos previos usados a dosis adecuadas al menos 3 meses.
- Solo prescribió hospitalaria.
- No incluido en SNS para tto agudo de la migraña.

 Dosis diaria tanto para tto agudo como preventivo es de 75 mg/ día.

Tratamiento migraña

- Toxina botulínica:
- Para los pacientes que no han respondido adecuada o son intolerantes al tratamiento preventivo
- Inyecciones IM cada 3 meses
- 31-39 puntos en cabeza y cuello
- Reduce en 2 el número de días de migrañas al mes



CEFALEA EN RACIMOS



Varones 20-40 años

Altamente

incapacitante

60- 80 min duración

Desencadenantes:

Alcohol

Tabaco

Cafeína

Aliment. con glutamato sódico

Criterios diagnósticos:

Unilateral. C región orbital

Penetrante

Intenso

= hora (nocturno)

Inquietudes motoras

Sint. vegetativos

Lagrimeo

Congestión nasal

Edema palpebral

Sudores

Miosis/ptosis

CEFALEA EN RACIMOS

Tratamiento

O₂ 100% (7-8 l) 15-20 min

Sumatriptán subcut 6 mg

Tratamiento profiláctico

Prednisona 60 mg/24h 3-4 cl ↓ 10mg cada 3d y
susp.

Verapamilo: 80 mg/8h

Hacer ECG descartar bloqueos



HEMICRANEA PAROXÍSTICA

- Dolor intenso en región orbitaria/—supraorbitaria temporal de max de entre 2 a 30 min.
- Asocia al menos de uno de los síntomas vegetativos de cefalea en racimos.
- Frecuencia de ataques >5 al día.
- Típica de mujeres jóvenes.
- Tratamiento: Indometacina 25 mg / 8 horas y subir a 50 mg/8h si no hay respuesta en 3 días.





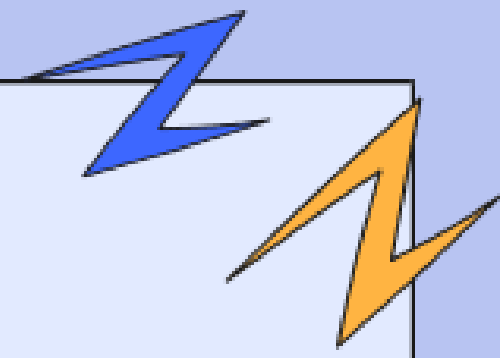
SUNCT



SUNA

- Misma localización que la anterior
- Duración 1-10 min
- Punzada única o serie de punzadas
- Al menos una vez al día
- Responde bien al topiramato 50-300día

Errores + frec/ Conclusiones



- Menospreciar las quejas de pacientes con cefalea.
- Repetir analgésicos que no han funcionado con anterioridad.
- Debemos interrogar sobre el abuso de analgésicos.
- Cuidado con la dieta, el sueño, la cafeína.

Educación	Sintomático	Preventivo
Identificar factores desencadenantes de crisis	Fármacos que se utilizan para controlar las crisis de dolor	Fármacos que se utilizan para disminuir los días de dolor al mes
Concienciar sobre hábitos de vida que previenen crisis	El tratamiento debe ser precoz	Indicado en pacientes con 3 o más crisis de migraña al mes, o con crisis prolongadas o ante la ineficacia de tratamientos sintomáticos
Importancia de Calendario de cefaleas	Individualizado	Incluye fármacos orales, Toxina botulínica y Anticuerpos monoclonales
	Evitar uso excesivo de medicación	
	Incluye antiinflamatorios no esteroideos y triptanes	

Gracias
por
vuestra
atención

