

Cefaleas

**Dra. Maria Teresa Goicochea
Dr. Jorge A.Leston**



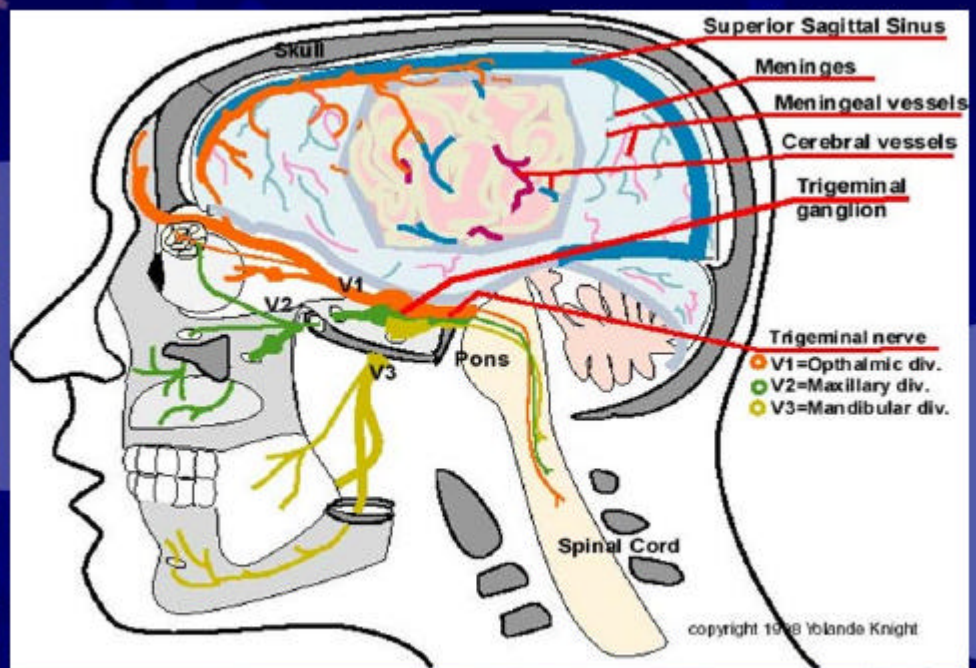
International Headache Society

CEFALEAS



Clinica de Dolor
Neurología
FLENI

Dra. Maria Teresa Goicochea
Dr. Jorge A. Leston

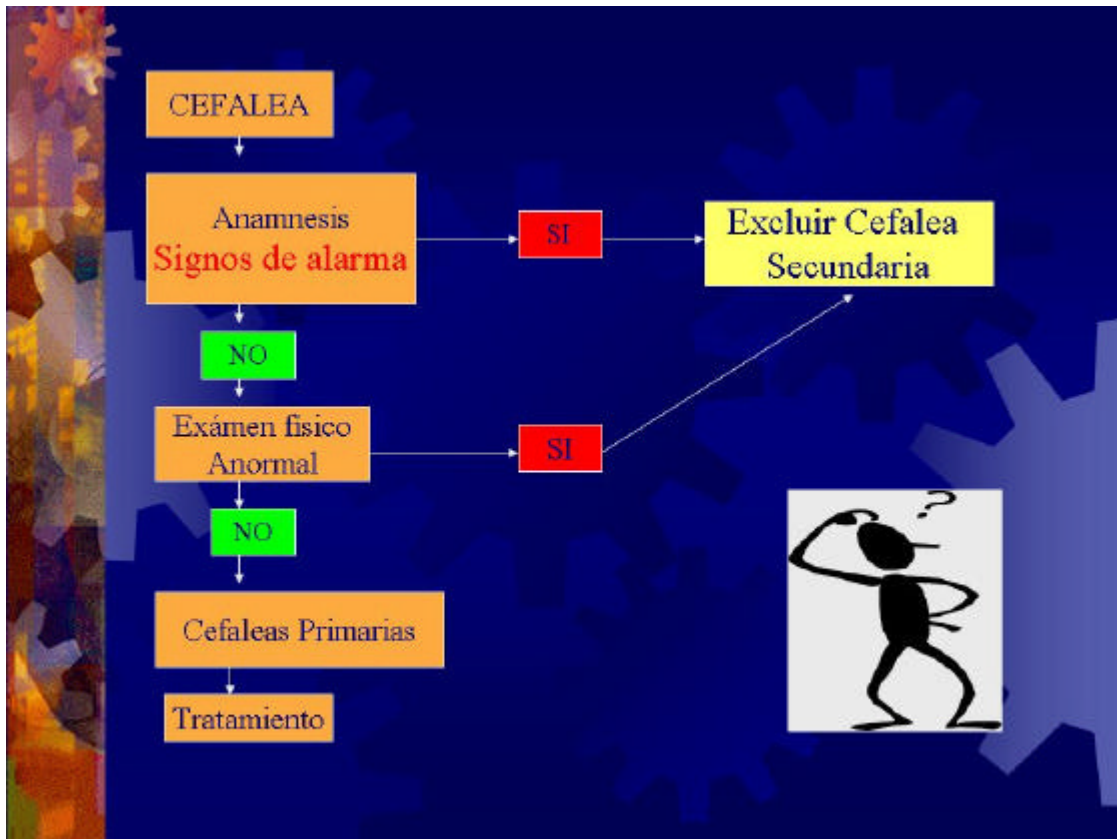


Diferentes causas :

- banales, otras mortales
- las mortales se pueden presentar como banales
- Criterios de clasificación diseñados para las cefaleas (I.H.S 2004)



LC Newman, RB Lipton (1988) Emergency department evaluation of headache.
Neurol Clin 16(2):285-303



PREGUNTAS CLAVES:

-**Tiempo** de evolución: aguda, crónico

-**Localización**: holocraneana, hemicraneana, temporal.

-**Duración**: “siempre me duele”, 24 –48 hs (“hasta que me duermo”), 20 a 180 min. Durante la noche.

-**Intensidad** del dolor

-**Características**: opresiva, pulsátil, punzante, “taladrante”

-**Síntomas y signos acompañantes**: náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, parestesias, fotopsias, disfasia, inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea.

-Antecedentes personales y familiares

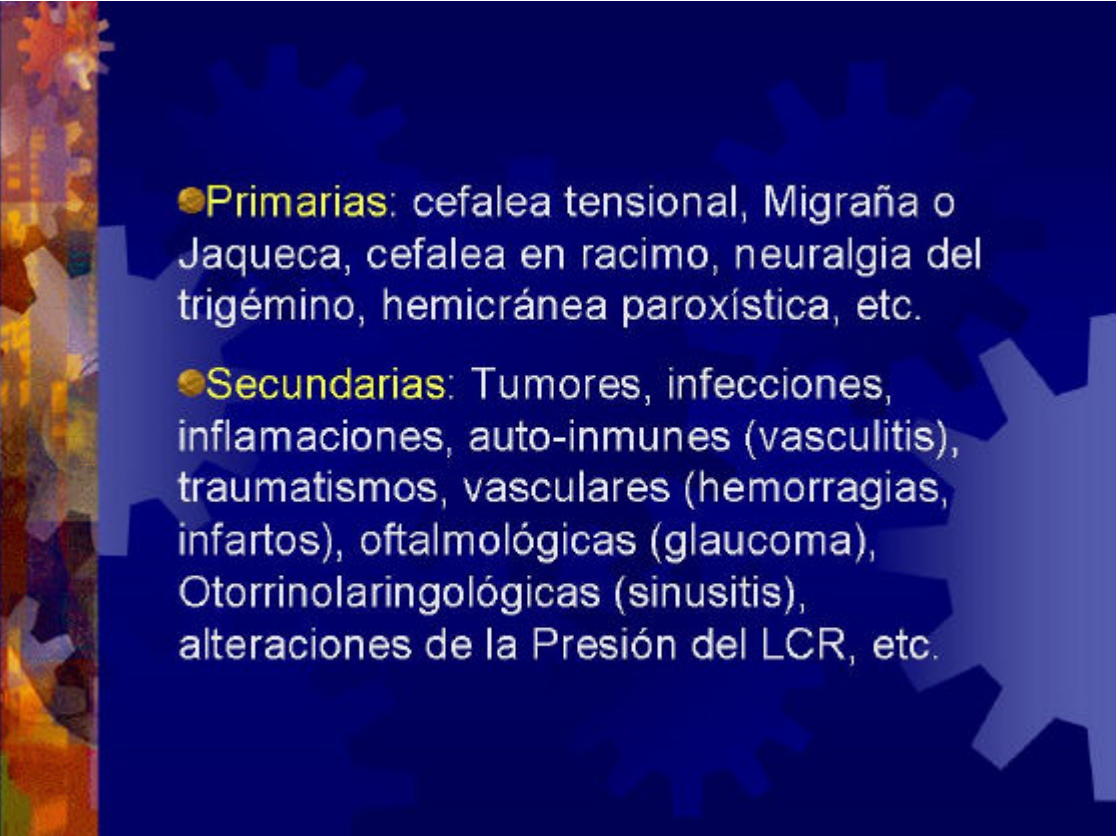
-Factores desencadenantes.

-**Medicación**

ALARMAS EN EL DIAGNOSTICO DE LAS CEFALÉAS

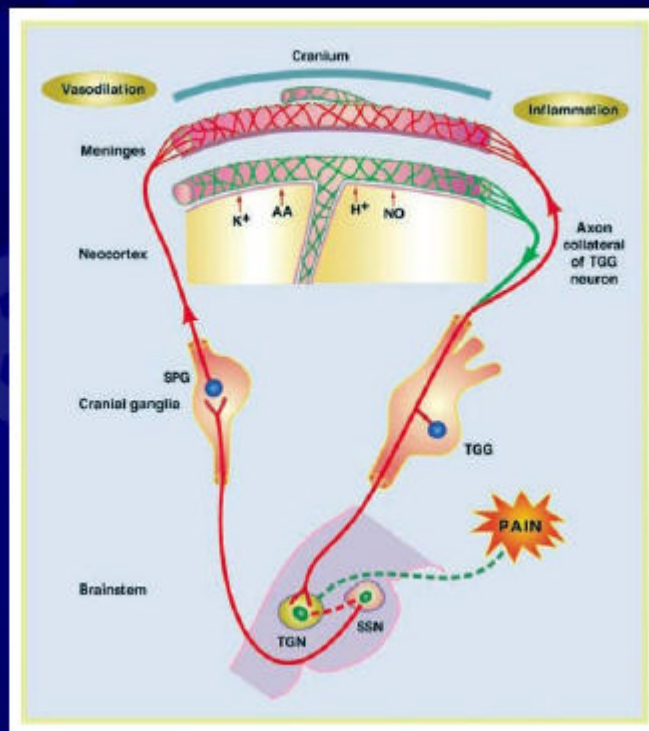
La alta sospecha de cualquiera de estos diagnósticos constituye criterio de internación

Cefalea de comienzo súbito	HSA, apoplejía pituitaria, sangrado intratumoral, aneurisma o MAV.	TCs /cte. Punción lumbar si TC normal y alta sospecha clínica.
Cefalea de reciente comienzo en mayores de 50 años	Arteritis temporal Lesión ocupante de espacio	RMNs/c cte. ESD. Consulta a neurología en 72 Hs.
Cefalea asociada a fiebre, rigidez de nuca, rash, enf. sistémica	Meningitis, encefalitis, Lyme, Inf. sistémica, Enf. colágeno	TCc/s cte. PL si Tc neg. Y alta sospecha clínica Test sanguíneos según sospecha clínica
Cefalea con patrón progresivo	Masa intracraniana, hematoma subdural, sobredosis de fármacos.	TCs/c cte.
Cefalea de reciente comienzo en pte HIV o con cáncer	Mts, meningitis (crónica o carcinomatosa), absceso cerebral	Tc con cte. PL si TC neg. Y alta sospecha clínica.
Cefalea con síntomas o signos neurológicos (diferentes de las auras típicas)	Lesión ocupante de espacio, MAV, ACV, enf. colagenovascular.	RMN con cte y difusión. Evaluación enf. del colágeno.
Edema de papila	Lesión ocupante de espacio. Pseudotumor cerebral	TC con cte.



● **Primarias:** cefalea tensional, Migraña o Jaqueca, cefalea en racimo, neuralgia del trigémino, hemicránea paroxística, etc.

● **Secundarias:** Tumores, infecciones, inflamaciones, auto-inmunes (vasculitis), traumatismos, vasculares (hemorragias, infartos), oftalmológicas (glaucoma), Otorrinolaringológicas (sinusitis), alteraciones de la Presión del LCR, etc.



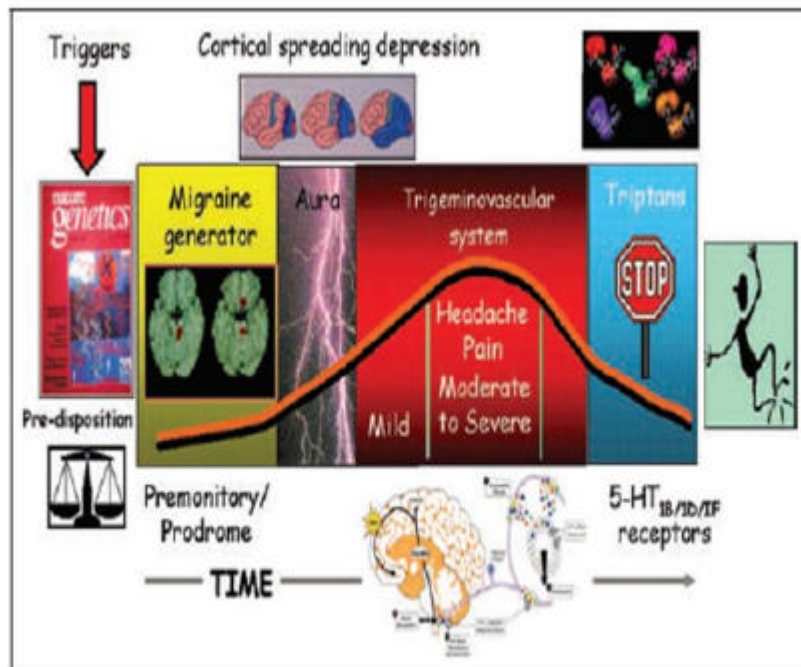
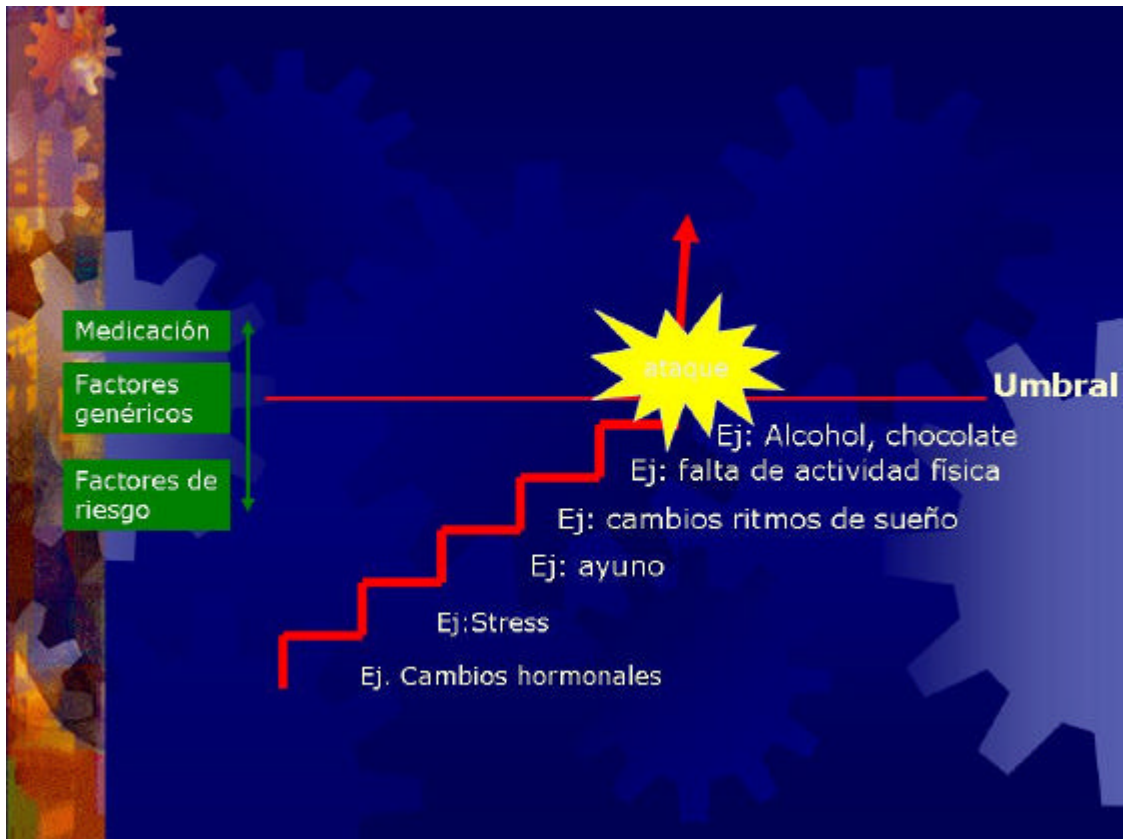


Fig 1.—The migraine attack (Adapted courtesy Michel Ferrari, MD, PhD and Roger Cady, MD).

MIGRAÑA SIN AURA

Por lo menos dos o más Episodios de:

- Usualmente Hemicraneal Pulsátil, de 4 a 72hs de duración.
- Asociada a fotofobia y fonofobia, aumento del Dolor con el Movimiento.
- Asociada a Discomfort GI, Náuseas o Vómitos.
- Aumenta con Esfuerzos.
- Incapacita moderada a Severa.



MIGRAÑA CON AURA

- Crisis de Dolor similar a la Migraña sin aura, *precedida* o acompañada de uno o más síntomas, de disfunción cerebral focal hemisférica, o de tronco, reversibles en minutos (10 a 30 min).

TIPOS DE AURA

- VISUAL: es la más frecuente; Escotoma Centelleante, Dinámico en Tiempo, con figuras Geométricas, Hemianopsias.
- SENSORIAL: Hemiparestesia en brazo y/o cara, leve Alteración Motora.
- AFASIA: frecuente durante el aura
- TRONCO: Vértigo, Somnolencia, Cuadriparesia, Disartria.

INFARTO MIGAÑOSO

Condiciones:

- *Durante o post- episodio de migraña con aura*
- *Déficit que persiste más de 72 hs*
- *Radiológicamente comprobable*
- *Descartar rotundamente otras causas*

CUANDO PEDIR ESTUDIOS POR IMÁGENES

- Cefalea de inicio Brusco.
- Cambio de Características de la Cefalea.
- Ex neurológico anormal.
- Hemicránea que no cambia de lado.
- Trastorno del Sensorio.
- Exacerbación ante maniobras de Valsalva.
- De reciente comienzo en adulto.
- Cefalea de rápida Progresión.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SINTOMÁTICO

- DROGAS PARA CRISIS MODERADA
 - AAS+cafeína
 - Aines
 - Dipirona
 - Paracetamol+cafeína
 - Combinaciones+antinauseosos

**SI LA MIGRAÑA ES DE INTENSIDAD MODERADA CON NAUSEAS
O VOMITOS**

SI A LOS 30 MINUTOS PERSISTE:

- HIDRATACIÓN PARENTERAL
- METOCLOPRAMIDA 10 MG IM/IV O CLORPROMAZINA 25 MG
- KETOPROFENO 100 MG IM O IV
- DICLOFENAC 75 MG IM

CRISIS MIGRAÑOSA SEVERA

- Hidratación E.V
- Clorpromazina, E.V. diluida en 250cc a pasar en 30 ' (3.5 a 10 mg)
- Metoclopramida, Domperidona
- Dexametasona 2cc ev
- Sumatriptan SC

CONDUCTAS TERAPEUTICAS DE GUARDIA

EN TODOS LOS CASOS AMBIENTE SILENCIOSO Y CON

POCA LUZ

INTENSIDAD MODERADA CON POCO O SIN NAUSEAS Y VÓMITOS

ANALGESIA CON:

AINES:

ALARMAS EN EL DIAGNOSTICO DE LAS CEFALEAS

VIA ORAL

La alta sospecha de cualquiera de estos diagnósticos constituye criterio de internación

PARACETAMOL 500 MG

NAPROXENO 500MG

ACIDO MEFENAMICO 500MG

VIA PARENTERAL

KETOROLAC 30 MG IM O IV

DICLOFENAC 75 MG IM O IV

KETOPROFENO 100 MG IM O IV

TRIPTANES

SUMATRIPTÁN ,

RIZATRITAN 10 MG VO

ERGOTAMINICOS

DHE, SPRAY NASAL (CADA DOSIS 0.5 MG) INICIAR CON UNA DOSIS EN CADA FOSA NASAL (1MG TOTAL).Y

SE ESPERA ENTRE 15 MINUTOS A 8 HORAS PARA UNA SEGUNDA DOSIS COMPLETA.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVENTIVO

- Propanolol, bloqueante B adrenérgico
- Flunarizina, bloqueante cálcico
- Amitriptilina, inhibe recaptación 5HT
- Ac Valproico, topiramato, gabapentin, lamotrigina (neuromoduladores)
- Pizotifeno, antagonista 5HT

CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA

A. Al menos 10 episodios previos de cefalea cumpliendo la totalidad de los siguientes criterios; episodios de cefalea menores a 180 por año o 15 por mes.

B. Cefalea que dura entre 30 minutos a 7 días

C. Al menos dos de las siguientes características del dolor:

1. cualidad **opresiva no pulsátil**
2. Intensidad **leve o moderada** que puede inhibir pero no prohibir las actividades diarias.
3. Localización **bilateral**
4. No se agrava al subir o bajar escaleras o rutinas físicas similares.

D. No tiene náuseas ni vómitos; no más de uno de estos: foto-fonofobia ausentes, aunque uno de estos últimos podría presentarse.

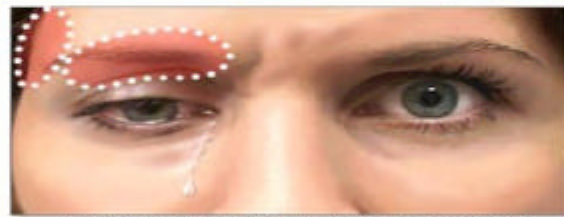
CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA CEFALEA EN RACIMOS (CLUSTER)

A- Al menos 5 ataques que cumplan los siguientes criterios:

B- Dolor severo, unilateral, orbitario, supraorbitario y/o temporal que dure entre 15 y 180 minutos sin tratamiento.

C- Cefalea asociada con al menos uno de los siguientes signos o síntomas, los cuales deben estar presentes del lado del dolor:

- 1- Inyección conjuntival
- 2- Epifora activa
- 3- Congestión nasal
- 4- Rinorrea
- 5- Sudoración facial
- 6- Miosis
- 7- Ptosis
- 8- Edema palpebral



Cluster headaches may involve pain around one eye, along with drooping of the lid, tearing and congestion on the same side as the pain

ADAM

D- Frecuencia de ataques: de 1 a 8 por día.

Falta de evidencia de enfermedad orgánica.

CLUSTER EPISODICO

- A- Ocurre en un periodo entre 7 días y 1 año separados por periodos libres de dolor de al menos 14 días. Los periodos de cluster duran en general entre 2 semanas y 3 meses.
- B- Al menos 2 episodios de cluster durando de 7 días a 1 año (sin tratamiento), separados por remisiones de al menos 14 días.

CLUSTER CRONICO

- A- Los ataques ocurren por mas de 1 año sin remision, o con remision que dura menos de 14 días.
- B- Ausencia de fases de remision por 1 año o mas, o con remisiones que duren menos de 14 días.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Crisis: -Oxígeno al 100%, 10 min a 8 litros x minuto

-Sumatriptan SC, DHE Sc

Preventivo:- Prednisona 80mg luego de crec

-Verapamilo

-Litio

-Metisergida

-Topiramato



Tension-type



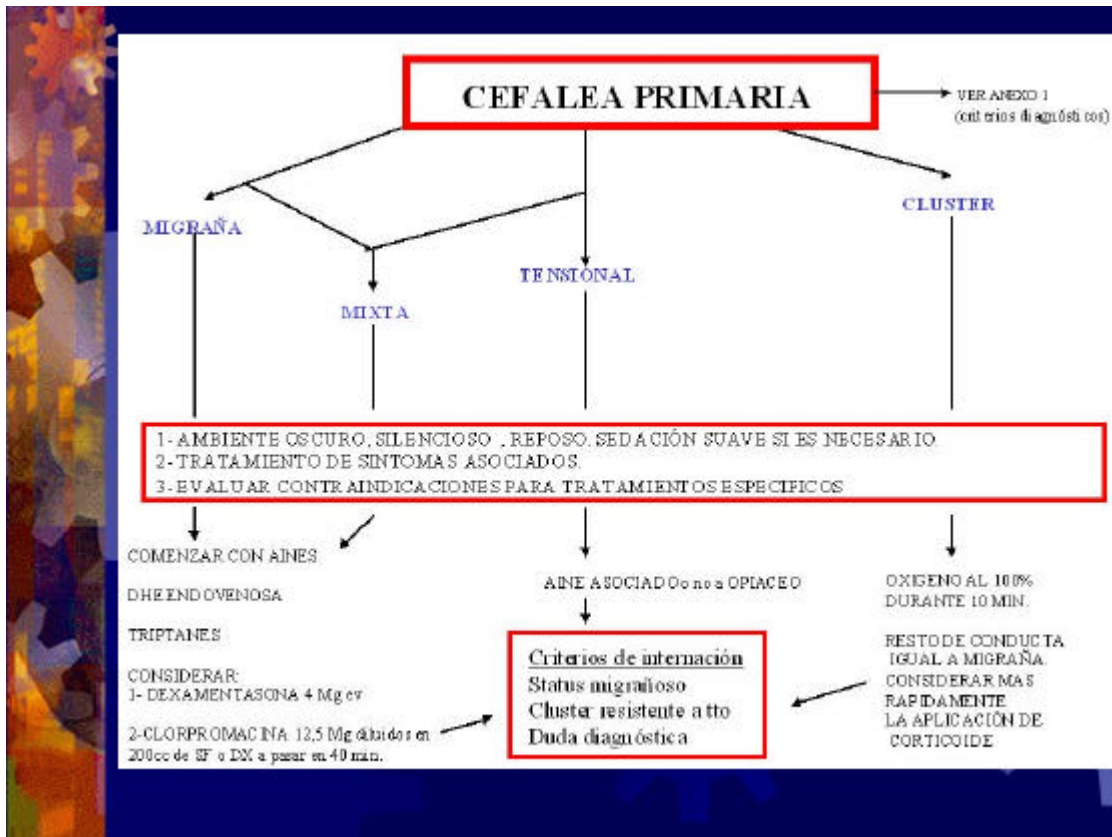
Migraine



Cluster

Características diferenciales entre cefalea de tensión y migraña

	Cefalea tensión	Migraña
Localización	Holocraneal	Hemicraneal
Duración	30 min- 7 días	4-72 horas
Comienzo	Progresivo	Progresivo
Calidad	Opresiva	Pulsátil
Intensidad	Leve-moderada	Moderada-severa
Acompañantes	Menos frecuente, foto o fonofobia	Nauseas, vómitos Foto, fonofobia Aura
Desencadenantes	Estrés, ansiedad	Alimentos, menstruación, estrés...





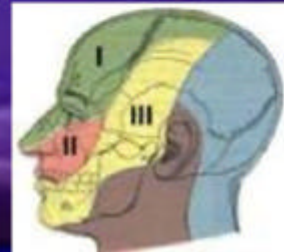
Otra algias craneo faciales:

-Neuralgia del Trigémino

-Arteritis temporal

Neuralgia del trigémino

- Dolor en puntada o “descarga eléctrica”
- Segundos de duración
- Maniobras y puntos gatillo
- Mejora al dormir
- Empeora al higienizarse , comer o hablar





NEURALGIA TRIGEMINAL TRATAMIENTO

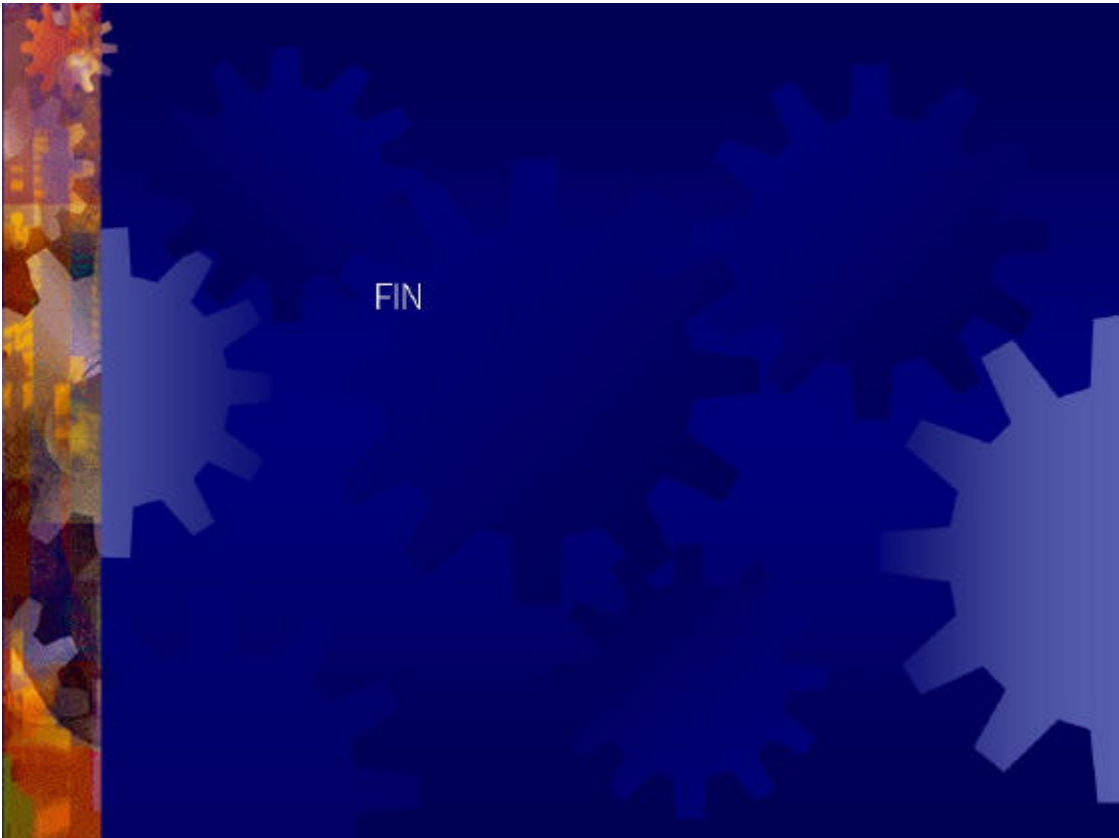
- CARBAMAZEPINA / OXCARBA
- GABAPENTIN
- LAMOTRIGINA
- TOPIRAMATO
- AC VALPROICO
- FENITOINA
- AMITRIPTILINA
- BACLOFENO

ARTERITIS TEMPORAL

- Cefalea en pacientes mayores de 60 años de edad
- Cefalea+Art temporal turgente, dolorosa
- Asociada a polimialgia, febrícula vespertina
- Eritrosedimentación elevada
- Proteína C reactiva
- Biopsia arterial (amplia-bilateral)
- Doppler arterial

ARTERITIS TEMPORAL

- Urgencia oftalmológica, ante sospecha tratar agresivamente, hasta con pulsos de metilprednisolona
- Puede haber complicaciones neurológicas isquémicas
- Tratamiento de base con esteroides 4-8mgr/día



CONTENT DISCLAIMER

THE CONTENTS LINKED OR REFERRED IN THE PRESENT SET OF SLIDES ARE FOR INFORMATION PURPOSES ONLY AND ARE THE RESPONSIBILITY OF ITS AUTHOR. THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY OVERSEES AND ADMINISTERS THE MATERIALS POSTED ON THE ONLINE LEARNING CENTRE BUT IS NOT RESPONSIBLE FOR ITS CONTENT.

THE SOCIETY, HOWEVER, RESERVES THE RIGHT TO FORBID OR REMOVE ANY CONTENT CONSIDERED INACCURATE OR INAPPROPRIATE FOR THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND MANAGEMENT OF HEADACHE RELATED DISORDERS.