

## CEFALEAS: ABORDAJE CLÍNICO INICIAL, CON ENFOQUE EN LA MIGRAÑA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Stonski E y Weissbrod D. Cefaleas:  
abordaje clínico inicial, con  
enfoque en la migraña. *Rev Arg Med*  
2019;7[1]:38-42

Recibido: 16 de enero de 2019.  
Aceptado: 22 de febrero de 2019.

Hospital Italiano de Buenos Aires,  
Servicio de Clínica Médica.  
Consejo de Dolor, Sociedad Argentina  
de Medicina.  
Fundación GADA.

**HEADACHES: INITIAL CLINICAL APPROACH, FOCUSING ON MIGRAINE**

**Eduardo Stonski, Daniel Weissbrod**

### RESUMEN

Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en la práctica diaria en todos los ámbitos, ya sea en las consultas no programadas a domicilio, en las demandas espontáneas, en las guardias, en la internación y en el ámbito ambulatorio. Particularmente las migrañas por su mayor frecuencia. En el último tiempo, con la aprobación de nuevos fármacos para el tratamiento de migrañas, hubo una gran cantidad de publicaciones que actualizaron los conceptos fisiopatológicos de la migraña y sus tratamientos. En este artículo se realiza un repaso de la definición de cefalea, de su clasificación, del abordaje de un paciente que consulta por primera vez por cefalea, para terminar en la definición clínica de migraña y un comentario acerca de los nuevos conceptos sobre fisiopatología y el tratamiento de esta afección.

**PALABRAS CLAVE.** Cefalea, migraña.

### ABSTRACT

Headaches are a common reason for consultation in daily practice in all areas, whether in unscheduled consultations at home, in spontaneous demands, in emergency rooms, in the hospital, or in the outpatient setting. Particularly migraines, due to their greater frequency. Lately, with the approval of new drugs for the treatment of migraines, there has been an important number of publications that have updated the physiopathological concepts of migraine and its treatments. In this article we review the definition of headache, its classification, the approach of a patient who consults for the first time for headache, to end up with the clinical definition of migraine and a comment on the new concepts on physiopathology and the treatment of migraine.

**KEY WORDS.** Headache, migraine.

Los autores manifiestan no poseer  
conflictos de intereses.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Eduardo Stonski, Daniel Weissbrod. Co-  
rreo electrónico: [eduardostonski@gmail.com](mailto:eduardostonski@gmail.com),  
[daniel.weissbrod@gmail.com](mailto:daniel.weissbrod@gmail.com).

## Introducción

La cefalea, que puede o no ser una enfermedad en sí misma, es un síntoma cardinal que puede tener múltiples causas y habitualmente no representa una enfermedad grave. En consecuencia, la mayoría de los pacientes que consultan por este problema presentan cefaleas primarias. Pero en algunos casos las cefaleas reflejan situaciones intracraneales importantes con riesgo de vida; en estos casos son cefaleas secundarias que se dan en aproximadamente 1 de cada 25.000 pacientes con cefalea como motivo de consulta (1).

La definición de cefaleas está dada por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, por sus siglas en inglés), que en su última versión en castellano la define como un dolor localizado por encima de la línea órbitomeatal (2). Esto es, dolor localizado por encima de una línea que une la órbita con el conducto auditivo. Esta definición en principio dejaría afuera las algias faciales que también están descritas en la Clasificación Internacional de Cefaleas. Dentro de esta clasificación, que se describe más adelante, se definen las cefaleas primarias, las secundarias y las neuropatías craneales dolorosas, y otros dolores faciales y otras cefaleas.

Aproximadamente el 50% de la población refiere tener un episodio de cefalea al menos una vez por mes; 15%, al menos una vez por semana, y un 5% de la población, en forma diaria (1).

La prevalencia de cefalea como motivo de consulta en todos los ámbitos es frecuente. Tal vez la primera conducta y la más importante por parte del médico es distinguir si se trata de una cefalea primaria o secundaria. Esto divide aguas entre las cefaleas que ponen en riesgo la vida y las que no, y entre las cefaleas que se presentan como una enfermedad en sí mismas o como un síntoma de otra patología subyacente (3).

Por otro lado, es importante destacar la necesidad de poder llegar a diagnósticos de certeza que definan la cefalea de la cual vamos a tratar al paciente, ya que diferentes cefaleas tienen implicancias pronósticas y terapéuticas diferentes. Es por eso que es importante definir adecuadamente las cefaleas y clasificarlas para adoptar conductas adecuadas.

## Clasificación

Si bien no es la intención de esta revisión hacer una extensa clasificación de las cefaleas, vale la pena destacar algunos aspectos de la clasificación con implicancia práctica.

La IHS (2) clasifica las cefaleas en tres grupos. Por un lado, las cefaleas primarias; por otro lado, las cefaleas secundarias, y un tercer grupo, que son las neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas.

Dentro de las cefaleas primarias, se encuentran las subclasificaciones de migraña, cefalea tensional, cefaleas trigémino-

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE CEFALEAS**

**Parte I: Cefaleas primarias**

<b>Migraña</b>	Migraña sin aura
	Migraña con aura
	Migraña crónica
	Complicaciones de la migraña
	Migraña probable
	Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña
<b>Cefalea tensional</b>	Cefalea tensional episódica infrecuente
	Cefalea tensional episódica frecuente
	Cefalea tensional crónica
	Cefalea tensional probable
<b>Cefaleas trigémino-autonómicas</b>	Cefalea en racimos
	Hemicraneal paroxística
	Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración
	Hemicraneal continua
<b>Otras cefaleas primarias</b>	Cefalea en racimos
	Cefalea en racimos
Cefalea en racimos	

**Parte II: Cefaleas secundarias**

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
- Cefalea atribuida a la administración o suspensión de una sustancia
- Cefalea atribuida a infección
- Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis
- Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
- Cefalea debida a trastorno psiquiátrico

**Parte III: Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas**

- Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
- Otras cefaleas

Modificado de la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas Versión Beta (Society, 2013).

autonómicas y otras cefaleas primarias; cada una de ellas con su definición correspondiente y sus subclasificaciones.

Dentro de las cefaleas secundarias están las cefaleas atribuidas a traumatismo craneal y/o cervical, a trastorno vascular craneal y/o cervical, a trastorno intracraneal no vascular, etc.

En la Tabla 1 se puede apreciar la clasificación.

## Diagnóstico diferencial en cefaleas

Tal vez lo más difícil de hacer es, en la práctica, poder definir rápidamente qué tipo de cefalea tiene el paciente (4). Esto obedece a varios motivos; por un lado, a que no toda cefalea es igual, a que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable (5), y a que es necesario hacer una correcta evaluación del paciente con cefalea basado en un minucioso interrogatorio y un correcto examen físico, y se debe seleccionar adecuadamente cuándo y qué estudio complementario pedir. Un buen interrogatorio y un buen examen físico no puede faltar, haciendo hincapié en cuándo comenzó la cefalea, cómo evolucionó, qué frecuencia tiene, dónde se localiza, si siempre es igual, dónde irradia, qué características tiene, qué intensidad, qué la alivia, qué la agrava, si tiene síntomas asociados (que pueden aparecer antes, durante o después). Por supuesto, hay que interrogar sobre desencadenantes, situaciones estresantes y medicación o dieta que la origina. También es importante hacer una valoración social, familiar y laboral del paciente y ver si esto tiene relación con la cefalea, además del impacto funcional y afectivo provocado en el paciente.

Muy importante es tener en cuenta la presencia de banderas rojas, tales como: primer episodio luego de los 50 años, evolución progresiva, cambios en el patrón habitual de la cefalea, comienzo brusco (en estallido) asociado a signos neurológicos nuevos, cefaleas siempre en la misma localización, cefaleas de aparición en el periparto, síndrome febril asociado, cefalea que aparece asociada a ejercicio o esfuerzos, cefalea postraumática, con presencia de cambios conductuales, con trastornos psiquiátricos de instalación reciente o cambios en las características de trastornos psiquiátricos previos, presencia de convulsiones, foco neurológico nuevo, edema de papila, presencia de náuseas y vómitos no explicables por otras causas, presencia de signos meníngeos, cefalea en paciente inmunocomprometido o con patología oncológica conocida (3).

Suele ser de mucha utilidad la utilización de diarios de cefalea, donde se les pide a los pacientes que registren diariamente la presencia o no de cefalea, la intensidad, la medicación que toman y la respuesta al fármaco, y si tiene relación con algún desencadenante.

Es muy importante evaluar si tiene asociada disfunción de la articulación temporomandibular, otros síndromes dolorosos como intestino irritable, vulvodinea, cistitis intersticial,

**TABLA 2. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CEFALÉAS**

### Evaluación diagnóstica

<b>Buen interrogatorio</b>	Cuándo apareció y cómo evolucionó
	Frecuencia de las crisis, duración e intensidad de cada una
	Localización
	Irradiación
	Características
	Qué la alivia, qué la agrava, qué la desencadena
	Síntomas asociados a la cefalea
	Valoración social, familiar y laboral
	Impacto funcional que le provoca la cefalea
	Impacto afectivo que le provoca la cefalea
	Banderas rojas
	Ansiedad
	Depresión/distimias
	Trastornos de personalidad y otras patologías psiquiátricas
	Síndromes de sensibilización central
	Síndromes dolorosos asociados (intestino irritable, vulvodinea, cistitis intersticial, fibromialgia, etc.)

### Buen y completo examen físico

### Exámenes complementarios seleccionados

sensibilidad química múltiple, insomnio o sueño no reparador. También es importante conocer si el paciente presenta ansiedad, depresión, si tiene algún trastorno de personalidad asociado o algún otro trastorno psicopatológico. En la Tabla 2 se sintetiza el enfoque diagnóstico (4).

## Imágenes y otros estudios complementarios

Otro punto importante por destacar es cuándo se debe pedir una imagen (tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética nuclear [RMN]) en un paciente que consulta por cefalea. Sin duda hay algunas pautas para tener en cuenta como guía. Por ejemplo: un paciente que consulta por primera vez por una cefalea, o en el que cambiaron las características habituales de la cefalea, la peor cefalea de la vida del paciente, o una cefalea en estallido, cuando el examen neurológico no es normal y presenta signos de foco o de hipertensión endocraneana, cefalea de rápida progresión o que no mejora con el tratamiento adecuado (3).

También hay que tener en cuenta que muchas veces serán necesarios otros estudios complementarios que serán valorados de acuerdo con el cuadro clínico que presente el paciente (laboratorio, punción lumbar con análisis fisicoquímico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo, angiografía de cerebro y vasos del cuello, etc.) (3).

## Migraña

La migraña es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por ataque de cefalea de carácter pulsátil, generalmente unilateral, que se ve agravada por la actividad física y suele estar asociada a fotofobia, fonofobia, náuseas y vómitos.

La Sociedad Internacional de Cefaleas la divide en dos grandes grupos: las migrañas sin aura y las migrañas con aura (2).

La migraña sin aura está definida como una cefalea recurrente con episodios de 4 a 72 horas de duración, de localización unilateral, pulsátil, intensidad moderada a severa, empeoramiento con la actividad física y asociado a náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. En la Tabla 3 se listan las características (2).

En el caso de la migraña con aura se asocian uno o más de los siguientes síntomas reversibles: síntomas visuales, sensitivos, del habla o del lenguaje, motores, troncocefálicos, retinianos; un síntoma de presentación progresiva por más de 5 minutos o dos o más síntomas que se presentan consecutivamente. Cada síntoma se presenta por 5 a 60 minutos y al menos uno de los síntomas es unilateral. El aura se acompaña o se sigue antes de 60 minutos de cefalea.

**TABLA 3. DEFINICIÓN DE MIGRAÑA SIN AURA**

**Definición de migraña sin aura**

**Descripción:** Cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración. Las características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia y fonofobia.

- Criterios diagnósticos:**
- A.** Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
  - B.** Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito).
  - C.** La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
    - 1.** Localización unilateral.
    - 2.** Carácter pulsátil.
    - 3.** Dolor de intensidad moderada o severa.
    - 4.** Empeorada por el abandono de la actividad física habitual, o la condiciona (p. ej., andar o subir escaleras).
  - D.** Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
    - 1.** Náuseas y/o vómitos.
    - 2.** Fotofobia y fonofobia.
  - E.** Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

## ¿Más de una cefalea?

Es importante tener en cuenta que si bien no es la intención de este artículo revisar todas las definiciones de cefaleas, los pacientes pueden presentar más de un tipo. De hecho, esto es algo que ocurre con frecuencia. Por ejemplo, migraña sin aura más cefalea tipo tensión más cefalea por abuso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

## Tratamientos preventivos

El objetivo de realizar un tratamiento preventivo es disminuir la frecuencia de las cefaleas, su intensidad y su duración y, obviamente, su impacto funcional y afectivo (6).

La indicación de tratamientos preventivos se basa principalmente en el impacto funcional y afectivo de las cefaleas, ya que la mayoría de los tratamientos preventivos hasta ahora utilizados implicaban la toma de medicación en forma diaria y por tiempo prolongado.

Dentro de los tratamientos preventivos clásicos se encuentran la amitriptilina en dosis bajas, el propranolol, el ácido valproico y el topiramato (6).

## Fisiopatología de la migraña

La mejor comprensión de la fisiopatología de la migraña está avanzando rápidamente y ha presentado novedades en el último tiempo (7). Estos nuevos conocimientos llevan a la visión de la migraña como un trastorno complejo y variable de la función del sistema nervioso en lugar de simplemente un dolor de cabeza de origen vascular. Ha habido nuevos aportes recientes en cuanto a causas genéticas, anatómicas, características fisiológicas y mecanismos farmacológicos, identificaciones de genes asociados con la migraña como así también el rol de algunos neuropéptidos.

Existe suficiente evidencia para pensar que el péptido relacionado al gen de la calcitonina (CGRP, por su sigla en inglés) juega un rol fundamental como mediador de la migraña y, por lo tanto, como objetivo terapéutico. El CGRP se libera a la circulación durante las crisis marañosas. El desarrollo de anticuerpos monoclonales que bloquean el CGRP o su receptor disminuye las crisis, lo que sugiere que este péptido estaría relacionado con el desarrollo de la migraña.

Anticuerpos monoclonales como preventivos de la migraña En el último tiempo se han desarrollado medicamentos que, como son anticuerpos monoclonales, bloquean al CGRP o a su receptor. En este momento hay dos anticuerpos monoclonales que ligan al péptido CGRP (framenezumab y galcanezumab) (8,9) y un anticuerpo monoclonal que liga

al receptor del CGRP (erenumab) (10). Estos fármacos, aún no disponibles en la Argentina, se administran por vía subcutánea y están indicados en el tratamiento preventivo de la migraña en casos refractarios a los tratamientos preventivos clásicos.

## Conclusiones

Las cefaleas son unos de los motivos de consulta más frecuentes en todos los ámbitos de atención médica. Pueden ser primarias, una enfermedad en sí mismas, en general de curso benigno con un alto impacto en la calidad de vida, y

también pueden ser de causa secundaria, un síntoma de otra enfermedad que en general pone en riesgo la vida del paciente. Es muy importante hacer un diagnóstico adecuado de qué cefalea se está abordando, y sobre todo de las características del paciente (comorbilidades, ventana terapéutica, etc.). Es importante ajustarse a la definición de cada subtipo, ya que no todas las cefaleas son iguales y no todas tienen un abordaje terapéutico igual. Por último, los nuevos conceptos recientes sobre la fisiopatología de la migraña permitieron el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas prometedoras, pero que por ahora sólo tienen indicación en pacientes refractarios o que por diferentes motivos han fracasado en los tratamientos preventivos habituales. [RAM](#)

---

## Referencias bibliográficas

1. Naranjo, R. *Dolores de cabeza*. La Habana: Científico-Técnica. 2001
2. Society, IH. Clasificación Internacional de las Cefaleas. III Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas Versión Beta. 2013. [http://www.ihs-headache.org/binary\\_data/1957\\_clasificacion-ihs-2013-beta-espanol-indice-interactivo-spanish.pdf](http://www.ihs-headache.org/binary_data/1957_clasificacion-ihs-2013-beta-espanol-indice-interactivo-spanish.pdf)
3. Mateos, M. Cefalea aguda en urgencias. En: M. Mateos, *Urgencias Neurológicas*. Madrid: Elsevier. 2009; p. 71-92
4. Molina Martínez, F. Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. En: V. Mateos, *Migrañas y otras cefaleas*. Barcelona : Elsevier. 2011; p. 31-62
5. IASP. IASP Taxonomy. 2011
6. Silberstein, S. Preventive migraine treatment. *Continuum* 2015;973-89
7. Charles, A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. *The Lancet Neurology* 2018;174-182
8. Silberstein. Fremanezumab for the preventive treatment of chronic migraine. *New England Journal of Medicine* 2017; 2113-22
9. Stauffer, V. Evaluation of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: The EVOLVE-1 randomized clinical trial. *JAMA Neurol* 2018;1080-88
10. Goadsby, P. A controlled trial of erenumab for episodic migraine. *New England Journal of Medicine* 2017; 2123-32