

CEFALEA: REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL

Dr. Nicolás Nazar H. ()*

El objeto de esta revisión, es presentar en forma concisa y práctica lo que caracteriza a los diferentes tipos de Cefalea, basándonos en la clasificación internacional de las mismas.

I.- Cefaleas vasculares de tipo jaquecoso

Ataques recurrentes de cefalea, ampliamente variables en intensidad, frecuencia y duración. Los ataques son frecuentemente de comienzo unilateral generalmente asociadas a anorexia y a veces a náusea y vómito: a veces son precedidas o asociadas a claras alteraciones sensoriales, motoras o emocionales: frecuentemente son familiares. Hay evidencias a favor de la opinión que sostiene el que la destensión y dilatación de las arterias craneales están implicadas en la fase dolorosa sin que existan cambios estructurales en los vasos comprometidos. Mas abajo se detallan algunas variedades de cefalea cada una de las cuales comparte alguna, pero no necesariamente todos los hechos mencionados previamente.

A.- Jaqueca clásica.- Cefalea vascular con pródromos claramente definidos y pasajeros de tipo visual, sensorial o motor.

B.- Jaqueca común.- Cefalea vascular sin pródromos intensos y menos frecuentemente unilaterales que los tipos A y C. Sinónimos: "Jaqueca atípica", "Jaqueca del marco". Destacando la relación de este tipo de cefalea a variaciones ocupacionales menstruales, ambientales u otras están los términos de cefalea

(*) Profesor de Facultad de Medicina. Neurocirujano del Hospital Escuela. Interconsultor de Neurología y Neurocirugía del Hospital Psiquiátrico Nacional.

"del verano" "del lunes" "del fin de semana" "de la relajación" "premenstruales" "menstruales".

C.- Cefalea en racimo o en chaparrón.- Cefalea vascular predominantemente en un solo lado, generalmente asociada a enrojecimiento, sudoración rinorrea y epifora: de breve duración y en general apareciendo en períodos dolorosos densamente condensados separadas por largas remisiones. Idénticas a éstas o muy relacionadas a ellas están las: eritrosopalgia (Bing), la neuralgia alear o jaquecosa (Harris), la eritromelalgia de la cara o cefalalgea histamínica (Horton) y la neuralgea petrosa (Gardner).

D.- Jaqueca Hemiplegica y oftalmoplégica.- Cefaleas vasculares acompañadas de fenómenos sensoriales o motores que persisten durante y después del ataque.

E.- Cefalea "de la mitad inferior".- Cefalea de probable mecanismo vascular, localizada en especial en la mitad inferior de la cara. En este grupo estarían incluidos algunos casos de "neuralgia facial atípica" "neuralgia del ganglio esfenopalatina (Sluder)" y la "neuralgea vidrana (Varl)".

II.- Cefalea por contracción muscular

Dolor o sensación de tirantez, presión o contracción muy variable en intensidad, frecuencia y duración a veces de larga evolución, y comúnmente suboccipital. Asociada a contracción mantenida de los músculos esqueléticos en ausencia de cambio

estructural permanente, y en general formando parte de la reacción individual al stress vital. En este grupo se incluyen los términos ambiguos e insatisfactorias de cefalea "de tensión" "Psicogénica" y "nerviosa".

III. Cefalea combianda. Vascular y de contracción muscular.

Combinación de una cefalea vascular de tipo jaqueca con contracción muscular.

IV.- Cefalea debido a reacciones vasomotoras nasales.

Cefalea y molestias nasales (obstrucción nasal, rinorrea, sensación de tirantez o quemadura), recurrentes y debidas a la congestión y edema de las membranas nasales y fosas nasales, sin que exista prueba que sea causada por alergia, agentes infecciosos o defectos anatómicos. La cefalea es de predominio anterior y de intensidad leve a moderada. La enfermedad es generalmente parte de la reacción individual al stress vital. Con frecuencia es llamada "rinitis vasomotora".

V.- Cefalea de los estados hipocardiacos, histéricas y deliriosos

Cefalea de enfermedades en las cuales la alteración clínica dominante es una reacción deliroide o histérica y en las que no existe un mecanismo de dolor periférico. Intimamente relacionado a esta cefalea, están las reacciones hipocardiacas en las que las alteraciones periféricas relacionadas con dolor, son mínimas. También han sido llamadas "cefaleas psicogénicas".

VI.- Cefalea vascular no jaquecosa

Cefalea asociada con dilatación no recurrente de las arterias craneales.

A.- Infecciones sistémicas.- Generalmente con fiebre

B.- Alteraciones musculares.- Incluye estados hipoxia, envenenamiento con monóxido de carbono, efectos de nitritos, nitratos y otros agentes químicos de propiedades vasodilatadoras, reacciones a la suspensión de la cafeína,

insuficiencia circulatoria del cerebro, reacciones post-contusionales, estados post-convulsivas, reacción de tipo "hang-over", reacción a proteínas extrañas, hipoglicemia, hipercapnia, reacciones presoras agudas (elevaciones bruscas de la presión arterial como lo que se ve en el feocromocitoma y en algunas paraplejías) y ciertas cosas de hipertensión arterial esencial (aquellos con cefalea matinal.)

VII.- Cefalea de tracción.

Cefaleas causadas por tracción de algunas estructuras intracraneales en especial debido a la acción de "masas".

A.- Tumores primarios o metastásicos de las meninges, vasos, o cerebro

B.- Hematomas (epidurales, subdurales o perenquinosos)

C.- Abscesos (epidurales, subdurales o parenquinosos)

D.- Cefalea por punción lumbar (cefalea por filtración)

E.- Seudo tumor cerebral y causas varias de edema cerebral.

VIII. Cefaleas debidas a inflamación craneal definida.

Cefaleas debidas a inflamación fácilmente reconocible causada por inflamación en general no recurrente, estéril o infecciosa.

A.- Alteración intracraneal.- Meningitis infecciosa, química o alérgica hemorragia subaracnoidea, reacción post neumoencefalografía, arteritis y flibitis.

B.- Alteración extracraneal.- Arteritis y celulitis

IX. Cefalea debida a enfermedad de las estructuras oculares,

Cefalea debida a estimulación nociva de estructuras oculares (hipertensión intraocular, con-

tracción excesiva de músculos oculares, trauma, tumor, o inflamación).

X.- Cefalea debida a enfermedad del oído.

Cefalea debida a estímulo nocivo de estructuras del oído (trauma, tumor, inflamación).

XI.- Cefalea debida a enfermedad nasal o sinusal.

Cefalea debida a estímulos nocivos de nariz y senos paranasales (trauma, tumor, inflamación, alérgenos).

XII.- Cefalea debida a enfermedad dental

Estímulo nocivo de dientes (trauma, tumor, inflamación)

XIII. Cefalea por enfermedad de otras estructuras craneales del cuello.

Cefalea debida a la extensión del dolor debido al estímulo nocivo de otras estructuras de cráneo y cuello (periosteo, articulaciones, ligamentos, músculos o raíces cervicales).

XIV. Neuritis craneales

Causadas por trauma, tumor o inflamación.

XV.- Neuralgias craneanas.- Trigeminales y del glosofaríngeo. El dolor es lancinante, en general en lanzasos de rápida sucesión que duran minutos: limitado a parte o todo el territorio del

nervio afectado: frecuentemente gatillado por estímulo de los receptores. La neuralgia del V par debe diferenciarse en especial de la cefalea en racimo con la que con frecuencia se confunde.

OBSERVACIONES:

- 1.- Los tipos de cefalea mencionados entre I y V representan la mayoría de los cuadros clínicos de cefalea recurrential y limitante.
- 2.- La llamada cefalea post traumática se origina en mecanismos variados como ser:
 - a) dilatación vascular recurrential (IB)
 - b) contracción muscular mantenida
 - c) rara vez por lesión de nuca o del cuero cabelludo (XIII).
 - d) En algunos pacientes el dolor post traumático es parte de un cuadro clínico de orden psicógeno (V).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pathophysiologic clasification of Headache.- J.A.M.A. 179:717, 1962.
- 2.- Friedman Arnold.- Pathophysiologic Diagnostic and Therapeutic aspects of Headache.- 1967.
- 3.- Friedman Arnold.- Conceptos Modernos en el diagnóstico y tratamiento de la cefalea recurrente sérica. Clin. Med. of North Am. Neurología clínica. 1257: 1273: Nov. 1972.