

# CEFALEAS

*Dr. Luis Elvir Girón (\*)*

## 1. CEFALEA DE ORIGEN NASAL Y DE SENOS PARANASALES:

La gran mayoría de cefaleas que se atribuyen a Sinusitis, viene representando únicamente un 50/o de ese gran volumen sospechado. El mecanismo de producción de la cefalea originado en la nariz resulta del contacto de las estructuras intranasales, como es el Septum desviado con los cornetes, o los cornetes con hipertrofia y mucosa adematizada con el Septum nasal, el diagnóstico se hará por rinoscopia, confirmándose con la cocainización del punto de contacto doloroso que desaparece el dolor.

Tratamiento: Reconstrucción Submucosa del Septum desviado, Efracción o fractura del cornete hipertrófico, cauterización de mucosa de cornete hipertrófico.

El dolor en la sinusitis ocurre solamente en las siguientes circunstancias: 1. Sinusitis Aguda Purulenta. 2. Sinusitis Crónica tipo de aspiración. 3. Neoplasia Intranasal o Intrasinusal.

## 2. NEURALGIAS:

1. La neuralgia del Trigémino (Tic doloroso), se presenta preferentemente en pacientes mayores de 45 años, se caracteriza por crisis paroxísticas de dolor de corta duración en los trayectos del V par craneal.

La rama maxilar es la más frecuentemente afectada. Menos la rama mandibular y muy raro en la oftálmica. El cuadro clínico se

caracteriza por dolor unilateral, que se desencadena por el estímulo de una zona o área "gatillo", como puede ser al cepillarse los dientes, exposición al frío o al calor, movimientos de cara o cabeza, intensidad importante. Estos ataques se repiten, siendo más severos al continuar alternando con períodos de remisión.

Tratamiento:

- a) Difenilhidantoína (Dilantin) 100 mgs. T. I.D. o Q. I. D.
- b) Carbamezapina (Tegretol) se empieza con 100 mg. B.LD. hasta 500 Mgs.
- c) Sedación con tranquilizantes o sedantes barbitúricos.
- d) Vit. B 12 iny. 1000 mcrg. diarios x 10 días
- e) Stilbamidine 150 mgs. en Dextrosa 50/o diario x 10 días.
- f) Tricloroetileno en inhalaciones
- g) Narcóticos y analgésicos mayores.
- h) Alcoholizaciones de la rama del nervio afectada o el tronco del mismo.
- i) Inyecciones de agua hervida al Ganglio de Gasser.
- j) Los casos refractarios a estos tratamientos requieren la sección de las rutas sensitivas del V par, tratamiento neuroquirúrgico.

2. **Neuralgia Esfenopalatina (SLUDER).** Etiológicamente es de origen vascular, envuelve ramas de la arteria Carótida Externa. Clínicamente se caracteriza por dolor intenso localizado en órbita, nariz, dientes superiores con irradiaciones al oído, base de cráneo y nuca. En los hallazgos físicos encontramos obstrucciones nasales por desviaciones septales, descargas acuosas, velamiento de senos etmoidales y esfenoidales. El DX se confirma con la cocainización del ganglio Esfenopalatino, desapareciendo el do-

---

Médico Especialista del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital-Escuela y del IHSS. Profesor de Anatomía Macroscópica, Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

lor. Tratamiento: Inyección de alcohol en ganglio, efracción de cornetes, corrección submucosa del septum nasal.

3. **Neuralgia Glosa faríngea.** Caracterizada por dolor paroxístico localizado en la boca, amígdala y base de la lengua, irradiándose al oído correspondiente. El ataque doloroso es despertado por acciones como boztezar, hablar, comer. El área "gatillo se encuentra en el área tonsilar o en algún punto de la faringe. Está asociado con proceso estiloides elongado.

Tx: Difenilhidantoína, Carbamezapiña, Vit B 12, puede ser necesario extirpar la apófisis estiloides elongada, Sección del N. Glosa-faringeo extra cranealmente generalmente.

### 3. MIGRAÑA:

La Migraña es un tipo de Cefalea, que se presenta , más frecuentemente en mujeres en la segunda y tercera década de la vida, relacionada con el tiempo de sus períodos menstruales. Es frecuente que exista historia de migraña en la familia. Algunos pacientes presenta historia de alergia a ciertos alimentos. Hay también migrañas de tipo obsesivo compulsivo. El mecanismo actual de producción del dolor es la distensión de arterias especialmente extracraneales y los ramos duros de la Carótida Externa.

El ataque clásico es Precedido por una áurea, con trastornos visuales, escotoma y centelleo, la cefalea es unilateral, paroxística que se acompaña de náusea y vómito. En un subsecuente ataque puede ocurrir en el otro lado. Puede observarse tensión del cuero cabelludo del lado afecto y también hasta vértigo.

Tratamiento: La Ergotamina o sus derivados es el medicamento principal. El Cafergot (Tartrato de Ergotamina 1 mgm y Cafeína 100 mgs) se dan 2 tbs. oralmente inmediatamente al iniciarse la migraña, después 1 tba. cada 30 m. hasta completar 6, que es la dosis normal. Usualmente no se llega a estos extremos. A veces es necesario sustituir las

tabletas por supositorios para evitar los problemas de náusea y vómito. El Pentergot (ergotamina, cafeína, hyociamina sulfato, pentobarbital) puede darse 2 tbs. iniciales y 2 tbs. a 1 hora si es necesario, Ginergeno tartrato de ergotamina) puede ser aplicado inyectable mente en dosis 0.5' o 1 ce. IM o SC. para el ataque y repetir cada 30 m. También se usan Dihidroergotamina mesilato, Cafergot P—B (Ergotamina, Belladona y Pentobarbital). Preventivamente para aquellos pacientes con frecuentes recurrencias se usan: Sansert (maleato methysergide) antagonista de serotonina, el Acido Nicotínico, el propranolol, el písotifeno (Sandomigran), Tonopan (dihidroergotamina, cafeína, butalbital, propifenazona), Migristene (dimetotiacina).

### 4. CEFALAGIA HISTAMINICA:

Es una de las cefaleas más severas conocidas; unilateral, dolor intenso creciente de corta duración que se distribuye en el lado de la cabeza relacionado con la distribución de la arteria Carótida Externa, el ataque comienza y termina inesperadamente, generalmente de noche, asociado a síntomas vasomotores y congestión nasal, descargas nasales acuosas y molestias oculares del lado comprometido. Usualmente se presenta en personas en la 4-5 década de la vida, cuando los pacientes se reclinan, por eso ellos adoptan la posición erecta, no hay síntomas gastrointestinales y generalmente no hay signos característicos del área de los vasos temporales o craneales.

El Síndrome de cefalea histamínica, se . ■ reproducir por la inyección de 0.1 o 1 ce. de histamina SC (Difosfato de Histamina 2.75 mg. x mi). El típico episodio se presenta entre 15 o 45 m. después de la inyección.

Tratamiento: El cuadro agudo se trata con Cafergot, Cafergot P-B, DHE45 IM o IV muy lento.

El tratamiento de sensibilización de la Histamina se realiza con mucho cuidado, según el esquema de Ryan, usando el Difosfato de

Histamina que contiene 2.75 mgs. con inyecciones subcutáneas: 1o. Día-0.1 mi. 2o. Día-0.15 mi. 3o. Día-0.2 mi.

Diariamente se va incrementando la dosis en 1.0 mi. Si no se presenta conforme las dosis se van incrementando la cefalea, las dosis continúan aumentando y se puede aplicar 3 veces por semana, después 2 veces por semana, pudiendo llegar a 1 mes o más.

El uso de alcohol y tabaco pueden provocar el ataque, la histamina en ciertos casos se puede aplicar diluida en solución salina normal teniendo cuidado que tengan alimentos en el estómago porque produce acidez.

#### 5. CEFALÉAS TENSIONALES Y PSICOGÉNAS

Muchas cefaleas son de origen psicógeno, pero lo más importante es saber descartar las de origen orgánico para corroborar que es psicógena.

En estos casos su localización es en la parte baja occipital o nugal, sin pródromos, ni asociado con síntomas nasales u oculares. Usualmente está relacionado a conflictos emocionales o de tensión. El tratamiento es la sedación usando barbitúricos y tranquilizantes. El apoyo psiquiátrico suele ser necesario, así como valoraciones neurológicas incluyendo Electroencefalograma, para quedar claramente en su etiología psicógena.

#### 6. SÍNDROME DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (SÍNDROME DE COSTEN)

En la neuralgia de la articulación Temporomandibular, se presenta dolor que se irradia al oído correspondiente inmediato, es unilateral y asociado a los movimientos de la mandíbula, puede haber mareos y acufenos, es más común en mujeres, el paciente puede notar que tiene, malaoclusión, molares prominentes, con alteraciones de la mandíbula y maxilar al cerrarlos; en los estudios radiológicos pueden observarse: alteraciones del

espacio interarticular, aumentos de densidad en las superficies articulares, erosiones. Fijaciones, cambios de fosa glenoidea, etc.

Tratamiento: En formas agudas inyectar Procaine al 2o/o o Lidocaine en el punto doloroso, subsecuentemente el uso de analgésicos y relajantes musculares (Ecuagásico, Robaxisal) Su tratamiento final es dental.

#### 7. ARTERITIS CRANEAL (ARTERITIS TEMPORAL)

La arteritis craneal es más frecuente en pacientes femeninas en la 6a. década de la vida. Su etiología es desconocida pero se han observado alteraciones de necrosis focal medial e inflamación periarterial. El típico episodio es la cefalea pulsátil abrupta, usualmente bilateral, en las regiones temporales, observándose los vasos del área prominentes y la piel enrojecida. Lucen tensos, febriles, un buen número de ellos desarrollan pérdida de visión parcial o total por lesión de la arteria central de la retina produciéndose una neuritis óptica.

Tratamiento: Los esteroides son los principales. Histamina intravenosa 2.75 mg. diluida en 250 cc. solución salina normal a 20 gts. x') en los casos graves. Los casos intratables necesitan la ligadura de los vasos temporales.

#### 8. MIALGIAS:

Hay un tipo de cefalea que es producida por los músculos principalmente los que se insertan en el área mastoidea y occipital. Sobresalen el músculo temporal y el occipitofrontal. La cefalea es unilateral, principalmente en adultos, que comienza lenta y progresivamente y desaparece igual. Los cambios de temperatura, la alergia, mecanismos vasomotores, ejercicio físico tienen importante compromiso en ello.

Tratamiento: Aplicación de calor local, masajes. El ácido nicotínico, relajantes musculares con analgésicos son los principales. En casos severos el bloqueo de nervios es necesario con anestésicos locales.

## 9. ENFERMEDAD INTRACRANEAL:

La cefalea pertinaz, de intensidad importante está relacionada usualmente con alteraciones expansivas intracraneales donde sobresaldrá, el tumor intracerebral, después también, los aneurismas, trombosis, abscesos, hemorragia subaracnoidea, meningitis. Usualmente es generalizado, acompañado de otros síntomas neurológicos. El diagnóstico casi no se hace por el dolor en sí, sino que en la exploración neurológica, la radiología simple, contrastada o computarizada.

## 10. CEFALIAS POST TRAUMÁTICA:

Usualmente la cefalea post traumática persiste por varios meses o años a su causa. Las valoraciones neurológicas, el Electroencefalograma se encuentra en los límites normales. Puede tener una base psicogenica importante pero hay que estar seguro que no hay males orgánicos.

Tratamiento: Tranquilizantes, sedantes, psicoterapia.

## 11. CEFALIA ALÉRGICA

Puede ser de causa alérgica, asociado a problemas nasales, alimenticios descargas acuosas nasales, inhalantes, hay que investigar los posibles alérgenos y retirarlos. Tratamiento: Antihistamínico, desensibilización del alérgeno.

## 12. CEFALIA HIPERTENSIVA:

La cefalea es desde el punto subjetivo, uno de los síntomas más importantes y frecuentes en la hipertensión, es suave, persistente, generalizado. El conocimiento de padecer la enfermedad nos hace sospechar que hay aumentos en la TA y de allí los síntomas. Tratamiento: El de la enfermedad primaria, la hipertensión.

## 13. TRASTORNOS OCULARES:

El Imbalance muscular, la miopía, el glaucoma y tensión ocular, son las principales causas de cefalea de este origen.

Tratamiento: Oftalmológico, corrección de lentes.

## 14. ORIGEN DENTAL:

El dolor de origen dental puede irradiarse a cara, región frontal, temporal y al oído. La sensibilidad al frío o al calor al comer sugiere dolor dental. El nervio maxilar o mandibular del Trigémico pueden provocarlo.

## 15. MISCELÁNEAS:

Una gran cantidad de enfermedades sistémicas pueden producir cefalea pero se acompañan de otros síntomas, el oído, la nariz, garganta son de las más frecuentes.

## BIBLIOGRAFÍA

## General

1. Asheron. N. Glosso-faríngeo Neuralgia (Otalgia) and the elongated Stiloids proceses J. Laring & Otl 71:453 July 1957.
2. Costen J. B.— Diagnosis the Mandibular Joint Neuralgia and Its Place in General Read Pain Ann. Otol 53:655, 1944.
3. Dalessio, D. J.—Medicament Treatment of Tic dolourous cronic Dis 19: 1043 OCT. 1966.
4. Nazar Nicolás H. — Cefalea: Revisión de la clasificación Internacional. — Rev. Med. Hond. Vol. 51, No. 4 162 -170, Oct. Nov. Dic. 1983.
5. Papparrela and Shumrick, Saunders, Otolaringology Ph. III Tomo.
6. Ryan, R.E.: Headache, Diagnosis y Tratament 2 end ed C.V. Mosby St. Louis Mo 1957.