

CEFALEAS: REVISION DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN SU PATOGENIA

Dr. Miguel Aristy Rodríguez,

Neurólogo—Neuroradiólogo del servicio de Radiología
del Hospital Dr. Luis E. Aybar. Santo Domingo.

Las cefaleas según afirma Friedman son debidas a una sobrestimulación bien sea psicológica o fisiológica.

Acorde con esto podemos describir 15 tipos de ellas:

- 1.— Cefalea vascular tipo migraña.
- 2.— Vascular no migrañosa. Ej: hipertensión, estiramiento de los grandes vasos o irritación de los mismos.
- 3.— Muscular.
- 4.— Combinación de la cefalea vascular y muscular.
- 5.— Nasal, por reacción vasomotora.
- 6.— Cefalea psicógena correspondiente a la cefalea de conversión neurótica.
- 7.— Por tracción o sea, por estiramiento de las estructuras sensibles en el cráneo.
- 8.— Inflamación craneal, meningitis o meningoencefalitis.
- 9.— Ocular por tensión de músculos oculares o defecto de refracción.
- 10.— Nasal, de naturaleza que no es vasomotora.
- 11.— Otica, por trastorno de ventilación de la trompa de Eustaquio o por otitis.
- 12.— Dental.
- 13.— Del cuello.
- 14.— Craneal por trastornos en el cuero cabelludo u osteomielitis.
- 15.— Neuralgia del Trigémino o de Arnold.

La jaqueca según el comité Ad Hoc de clasificación de las cefaleas¹ se define en los siguientes términos: son ataques recurrentes de cefaleas de intensidad, duración y frecuencias variables.

La mayor parte de las veces es unilateral y suele asociarse a síntomas digestivos como son anorexia, vómitos y náuseas. Estas últimas pueden presentarse solas o los tres síntomas pueden estar presentes a la vez en un paciente.

Pueden existir síntomas y signos premonitorios del ataque o bien pueden seguirlo. Ej.: trastornos de la sensibilidad, motricidad o trastornos de la emotividad. En la mayoría de los casos existe una predisposición familiar.

EPIDEMIOLOGIA.

Este trastorno tiene visiblemente implícito un factor sociocultural muy importante atendiendo a su distribución estadística. Ej: en China la padece el 3% de su población (Lo, 1967); en los E.U.A. el 12% (National Migraine Foundation, 1974) y en Dinamarca el 15% (Daalsgaard—Nielsen, 1974).

INCIDENCIA.

La frecuencia de los ataques es muy variable y en nuestra experiencia la mayoría de los pacientes padecen los ataques en forma diaria o varias veces por semana. Las estadísticas nos brindan la frecuencia promedio de 1 a 4 por mes³.

SEVERIDAD.

Si hay síntomas sensitivos⁴ las cefaleas serán más graves.

EDAD

La edad promedio se sitúa en los 20 años, aunque nosotros tenemos pacientes de 5 y de 8 años; Selby y Lance de 18 meses y Merrit opina que la enfermedad es común en la infancia pero se diagnostica poco.

Con frecuencia encontramos en los niños trastornos del carácter o síntomas abdominales.

ETIOLOGIA.

Existen varias teorías y debe siempre existir un terreno psicológicamente apto coincidiendo con precipitantes de tipo biológico. Son dos las teorías principales: 1. Teoría hereditaria.

Al parecer a esta teoría se le ha concedido mayor importancia de la que en realidad posee^{5,7,6}: Lennox en 1960⁵ hizo estudios en gemelos univitelinos y ambos sufrieron de migraña.

Refsum² en 1968 efectuó estudios comparativos en pacientes gemelos monocigóticos y dicigóticos hallando una frecuencia de 60% para los monocigóticos y de un 10% a un 40% en los dicigóticos.

Existe una característica de la migraña que no es posible explicar con esta teoría y es su presentación unilateral en ocasiones cambiantes; habría que agregar un defecto en la sensibilidad parcelar confinado a determinado territorio de la carótida externa.

2. Teoría de la inestabilidad del sistema nervioso vegetativo.

Según los autores que apoyan esta teoría existe una sensibilidad aumentada de las arterias craneales de origen adecuado para ponerse de manifiesto (Dalessio⁶). En niños antecedentes patológicos encontramos que estos pacientes en su infancia padecieron de vómitos cíclicos con tendencia al mareo.

PERSONALIDAD

El paciente migrañoso comúnmente posee una perso-

alidad con tendencia a los desórdenes psicósomáticos, son personas que hablan de prisa, perfeccionistas meticolosos, detallistas y con tendencia a la preocupación excesiva. Suelen ser inteligentes.

PRECIPITANTES.

Los factores precipitantes son dispares en cuanto a su naturaleza y origen; así tenemos:

- a) Trastornos emotivos⁹, Selvy y Lance lo encuentran presente en el 67% de los casos³, se supone que estos pacientes son portadores de una hostilidad reprimida.
- b) De origen físico como disfunción fisiológica, hipertensión, epilepsia, alergia y defectos visuales.
- c) Cambios hormonales como lo demuestra el ritmo pre o postmenstrual con que se manifiestan algunos ataques de migraña³.
- d) Sustancias presentes en algunos medicamentos como las nueces, espinacas, chocolate, vino tinto y quesos pueden desencadenar ataques cuya patogenia se atribuye a un defecto en la oxidación de la feniletilamina y la tiramina.
- e) Existen crisis que solo aparecen en situaciones de "stress" y se ven en pacientes que ven aumentar sus responsabilidades por ascender a un puesto ejecutivo, comisión de faltas graves, exámenes, etc.
- f) Otras causas son: déficit vitamínico, ingesta de alcohol, tensión muscular, déficit alimenticio, iluminación intensa súbita, traumatismo, ejercicios violentos, ingesta de nitritos, y trastornos del balance hídrico.

BIOQUÍMICA DE LA MIGRAÑA

El Yoodell de 1965, pág. 165 afirma que existe un medidor químico cuya cantidad es directamente proporcional a la intensidad de la cefalea y lo llama Neurokinina.

Por su parte Sicureti¹² asegura que la migraña puede ser producida por la presencia de norepinefrina, epinefrina o serotonina. También se han descrito la acetilcolina, adenosina, bradikinina, prostaglandinas, trifosfatos y la histamina como generadores de la sintomatología. Estas sustancias actúan sobre los vasos cerebrales o los nervios que controlan su calibre, explicándose así la vasoconstricción premonitora y la disminución del aporte de oxígeno, origen de los trastornos a nivel regional cerebral⁸.

Es útil recordar que existe un sistema nervioso vegetativo muy labil fácilmente estimulable por la hipertensión, que a su vez está en relación con la emoción y la secreción de sustancias químicamente activas⁶. Pasada la fase de vasoconstricción viene la dilatación paralítica y el edema, origen del dolor.^{10,6,12}

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Según los datos obtenidos por Refsum² las mujeres son afectadas en mayor proporción de 1.7 a 1, ó de 4 a 1; Selvy y Lance³ ofrecen una cifra de 60% y la National

Migraine Foundation de 90%. Bakal atribuye sin embargo estas diferencias a que las mujeres asisten, con más frecuencia al médico.

TRATAMIENTO

Los tratamientos clásicos son de todos conocidos así pues, únicamente los enumeraremos:

1. Ergotamina¹³
2. Bloqueadores de la serotonina (Metisergrida)
3. Beta bloqueadores (Propranolol)
4. Inhibidores de la monoaminosidasa
5. Quirúrgicos
6. Acupuntura¹⁴
7. Psicológicos¹⁵
8. Retroalimentación biológica¹⁶

REFERENCIAS

1. J.A.M.A. Vol. 179, 717—18, 1962.
2. Refsum; Aspectos genéticos de la migraña. Handbook of clinical neurology, New York, Willey 1968.
3. Selvy y Lance; Observación de 500 casos de migraña y de cefaleas vasculares. Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry, 23—2—23, 1960.
4. Waters W.E & O'Connor: Epidemiología de la cefalea y la migraña en la mujer, Journal neurology, neurosurgery, and psychiatry, 34—148—153, 1971.
5. Lennox W. G.: Epilepsia y desórdenes afines. Boston, Little, Brown & Co., 1968.
3. Wolf: Headache and other head pain. 2nd ed. New York, Oxford University press, 1963.
7. Brokal: Headache a Biopsychological perspective. Psychological Bulletin, 82 (3) — 369 —382, 1975.
8. Dalessio Dj: Recent experimental Studies on Headache. Neurology, 13—7—10, 1963.
9. Sandler M. Jourdim, Harington: Phenylethylamine, oxidizing nature, 250—335—337, 1974.
10. Friedman, Storch, Merrit: Migraine and tension headache; a clinical study of two thousand cases, Neurology. 4—773—784, 1954.
11. Tunis y Wolf: Studies on headache. Arch. de Neurology psychology. 71—425—433, 1954.
12. Sicureti: Headache as possible expression of deficiency of brain 5 Hydroxytryptamina, Headache. 12—69—72, 1972.
13. Cronic recurring headache. Adjetives and methods of therapy. New Jersey, Sandoz pharmaceuticals, 1973.
14. Marquinez, Palanca L: Acupuncture and the migraine. Acupuncture Research. 22—23, 1974.
15. Schultz S. Luthe: Antogeny Therapy. New York. Grune & Stratton. 1969.
16. Dikmen N.F. Biofeedback and self regulation. Medical electronic and equipment news, July, 19 — 1974.