

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CEFALEA CRÓNICA EN PACIENTES DE LA UMAI ZARAGOZA

Carlos Figueroa-López*, Marisol Vences-Ibarra, Verónica Venegas-Gómez

RESUMEN

El objetivo del estudio fue observar las características clínicas de la cefalea crónica en tres grupos: migraña, tensional o por contracción muscular y mixta. La muestra estuvo constituida por 15 sujetos del sexo femenino ($x = 26.6$ años de edad; $x = 7.87$ años de período de evolución) seleccionados de manera intencional que fueron atendidos en la Unidad de asistencia multidisciplinaria de atención integral de la FES Zaragoza UNAM. A todos aquellos pacientes que solicitaban atención para dolor de cabeza se les realizaba una recepción aplicándose el Cuestionario de Dolor de Cabeza (Rojas, 1992) en el cual se evalúan datos generales del paciente, diagnósticos previos de dolor de cabeza, características del dolor, tratamientos recibidos, etc. Los resultados indican que el 100% de los pacientes migrañosos reportaban un dolor pulsátil y el 60% punzante, 40% de los pacientes con diagnóstico previo de migraña no tuvieron relación entre éste y la sintomatología presentada en el momento de ser diagnosticados en la clínica. De los pacientes con cefalea mixta, el 80% reportó un dolor punzante; el 60% de los pacientes con cefalea tensional reportó una sensación de presión y el 80% de los mismos reportó un dolor bilateral; el período de evolución fue mayor en este tipo de cefalea con 10.87 años. Es conveniente evaluar con más detalle la sintomatología de los diferentes tipos de cefalea para dar un diagnóstico preciso, puesto que el tratamiento depende de la evaluación integral del sujeto.

Palabras Clave: Cefalea crónica, características clínicas.

ABSTRACT

The goal of this study was to determine the clinic features in the group with chronic headache: migraine; tensional and mixed. Fifteen female subjects who made up the sample ($x = 26.6$ age; $x = 7.87$ evolution period) were intentionally selected from those who attended the UMAI FES Zaragoza UNAM, seeking help for their chronic headaches. The patients answered the Headache Questionnaire, which asked for general information about the patient, previous headache data, clinical characteristics of the headache, previous treatments, etc. Results indicated that 100% of the migraine patients reported a pulse pain and 60%, throbbing; 40% of the patients with a previous diagnostic of migraine did not correlate with the symptoms reported in the medical evaluation. In the mixed headache patients group, 80% reported a throbbing pain, 60% of the tension headache group reported a "feeling of pressure" 80% indicated a bilateral pain, and a greater evolution period with 10.87 years as the average. It is recommended to evaluate the symptoms of headaches more carefully in order to elaborate an integral treatment plan.

Key Words: Chronic headache, clinical characteristics.

FECHA DE RECEPCIÓN 30 DE SEPTIEMBRE DE 1997, FECHA DE ACEPTACIÓN 16 DE ENERO DE 1998.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios muestran que el dolor de cabeza es uno de los principales motivos de consulta en los servicios médicos^{1,2} y también de los principales problemas que afectan la vida social y familiar de estos individuos impidiéndoles el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de éstas. En otras ocasiones pueden obedecer a una etiología orgánica o fisiopatológica que requerirá de diversos estudios (por ejemplo: laboratorio, gabinete, tomografía axial computarizada, E.E.G., etc.) de la toma de decisiones terapéuticas (analgésicos, ansiolíticos, relajantes musculares, relajación, retroalimentación biológica) o hasta de una intervención quirúrgica³.

Los individuos que padecen cefalea crónica generalmente experimentan emociones negativas asociadas a ella (*v.gr.*, depresión, ansiedad, etc.) así como diversos síntomas (*v.gr.*, náusea, vértigo, fotofobia, etc.)⁴. Dado que en la mayoría de los casos de dolor crónico no existen evidencias de alteraciones estructurales que sean la causa de éste, se ha considerado que su etiología es principalmente de naturaleza psicológica^{3,5,6}.

En estudios publicados por psicólogos al final de los 70's se comenzaron a reportar factores psicológicos implicados en el dolor de cabeza aceptando, al menos inicialmente, la Clasificación de la Cefalea del Comité *Ad Hoc*. Así, los que sufrían de cefalea crónica fueron clasificados sobre la base de

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA: LIC. CARLOS FIGUEROA-LÓPEZ, PROGRAMA PSICOLOGÍA DE LA SALUD, FES ZARAGOZA, UNAM.

su sintomatología en cefalea tensional, migraña o cefalea mixta, y se asumió que los mecanismos de cefalea tipo migraña y tensional fueran por un correlato vascular o por contracción del músculo frontal, respectivamente⁴.

Por otro lado, se reconoce que hay diversos factores que influyen en la aparición de la cefalea: cansancio excesivo, ingesta de alcohol, ruido, luces muy brillantes, dolor en alguna otra parte del cuerpo, ciertos alimentos, la ingesta de fármacos vasodilatadores, anticonceptivos orales y cambios hormonales del ciclo menstrual y del embarazo, entre otros^{7,8,9}. También hay alimentos que se han relacionado con la cefalea (como el chocolate, quesos, cítricos, etc.), ciertos hábitos (como el fumar, dormir poco o en exceso, etc.), los factores ambientales (calor, frío, luz, ruido, etc.), el ejercicio, los viajes, etc. En consecuencia, se puede afirmar que la etiología de la cefalea crónica es multifactorial ya que se pueden encontrar tanto factores estructurales, psicológicos y sociales implicados en la misma¹⁰.

Con el avance de la investigación en esta problemática de salud se permitió precisar, entre otros aspectos, algunas de las características clínicas y síntomas asociados a cada uno de los diferentes tipos de cefalea surgiendo la clasificación que establece la "International Headache Society"¹¹. Esta nueva clasificación describe la sintomatología de las cefaleas con mayor prevalencia de la siguiente manera:

MIGRAÑA CLÁSICA O CON AURA

El dolor puede iniciarse como una sensación molesta que evoluciona hasta ser moderado o intenso, la localización suele ser unilateral, pero puede generalizarse o referirse a cara, cuello, ojo y nuca, además de presentarse con sensaciones pulsátil¹², intensas y palpitantes. Por lo general la duración no es mayor de 3-4 horas. Los síntomas asociados incluyen diarrea, náusea, vómito, anorexia, enrojecimiento o palidez de la cara y el cuerpo, y congestión nasal. La frecuencia de los ataques migrañosos varía desde un ataque cada varios meses a cefaleas diarias que pueden ser de 1 a 24 horas¹⁰. Otros síntomas que se presentan antes de la cefalea son la pérdida del habla o diversos grados de anomalías sensitivas, que van desde un adormecimiento localizado, hasta pérdidas sensoriales de la mitad del cuerpo^{10,13}. Un 25% de los pacientes con migraña experimentan cambios con el humor y el apetito horas antes de sufrir un ataque; algunos están irritables o somnolientos y otros alegres y eufóricos. Algunas personas presentan pródromos y fotofobia, hay también auras de tipo sensitivo, como parestesias; en raras ocasiones pueden presentarse trastornos cognoscitivos como dificultades en el pensamiento abstracto, desorientación, confusión, trastornos conductuales y también amnesia global transitoria^{12,14}. En otros estudios se encontró que tienen menor tiempo de reacción, procesamiento de información deficientes y una pobre memoria verbal, debido a que la migraña está asociada con disturbios neurológicos durante el ataque¹⁵.

MIGRAÑA COMÚN (SIN AURA)

El dolor puede ser pulsátil, punzante, martillante y constante. Su grado de intensidad es muy variable, puede ser uni o bilateral y su localización no suele ser muy precisa. El dolor puede referirse a la cara, ojos y cuello; puede persistir durante varias horas y tiende a desaparecer con el sueño. En los casos en los que existe un factor psicológico precipitante, el paciente frecuentemente relaciona el dolor de cabeza con las situaciones de estrés o tensión después de un período de angustia y tiende a aparecer los fines de semana, por las noches o en períodos de vacaciones. A veces el ruido, las luces brillantes o el concentrarse en actividades difíciles empeoran la migraña y el cuero cabelludo se muestra hipersensible. Dentro de los síntomas asociados se encuentran la anorexia y las náuseas⁶. Estos pacientes describen más factores que precipitan (ciclo menstrual, luces intensas, alcohol, etc.) y que alivian (bolsas frías y relajación) el dolor que en la cefalea mixta o en pacientes con cefalea tensional⁵. La diferencia fundamental con respecto a la migraña clásica es que en este tipo de cefalea no se produce aura¹². En algunas investigaciones se ha sugerido que la migraña es una enfermedad de origen neural y además que la migraña con aura y sin aura podrían ser dos enfermedades diferentes, sin embargo, algunos estudios indican un origen vascular de la migraña con o sin aura¹⁶.

CEFALIA POR CONTRACCIÓN MUSCULAR O DE TIPO TENSIONAL

Se caracteriza por una sensación de presión o constricción, variable en intensidad, frecuencia y duración, comúnmente suboccipital. Está asociada con contracción sostenida de los músculos esqueléticos, usualmente como parte de la reactividad ante las situaciones de estrés que es reportada como la causa más frecuente¹⁶, presentándose generalmente durante las últimas horas del día, suele desaparecer con el sueño y puede durar varios días^{4,16,17}. Este tipo de cefalea es menos intenso que el de las migrañas. Puede presentarse con una frecuencia de varias veces a la semana o diariamente hasta volverse crónico. Estos pacientes acaban siendo consumidores de analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos con prácticamente una nula vigilancia médica. Frecuentemente la cefalea tensional se relaciona con depresión y cambios en los patrones del sueño¹². La sensación predominante es la de tensión firme, en banda alrededor de la cabeza, usualmente de intensidad moderada, por lo general la localización es bilateral. Los factores agravantes son la tensión psicológica, ruido, luz brillante, concentración y esfuerzos excesivos con músculos cervicales. El paciente puede cerrar persistentemente los dientes causando dolor en la región temporomandibular; también puede adoptar posturas muy rígidas al sentarse¹⁰. Otras sensaciones son: como casco o banda que oprime la cabeza sintiendo que "va a explotar". El cuello y la nuca pueden estar rígidos, sobre todo el músculo trapecio y los músculos dorsales superiores¹². Por otro lado se ha reportado que la incidencia de este tipo de cefalea es mayor en hombres que en mujeres¹⁸.

CEFALEA MIXTA O COMBINADA

Estas cefaleas son muy comunes y constituyen una combinación de dolor de cabeza de origen vascular y cefalea causada por contracción muscular. Es muy común que los pacientes con migrañas de larga duración presenten cefaleas por contracción muscular (tensión) así como los pacientes con intensas cefaleas por contracción desarrollan componentes vasculares cuando el dolor alcanza su máxima intensidad¹⁰. En este tipo de cefalea se reconocen síntomas compatibles tanto con migraña como con cefalea tensional; es frecuente que estas cefaleas se compliquen con el abuso de medicamentos (analgésicos, ergotamínicos, etc.)¹², pueden ser uni o bilaterales, pobremente localizadas y de intensidad variada¹⁰.

Como se puede observar, las cefaleas de tipo migraña, mixta y tensional difieren más cuantitativa que cualitativamente con relación a los síntomas⁷. Así, el objetivo de este estudio fue confirmar estas diferencias en las características clínicas de la cefalea crónica en esos grupos clínicos, en una población mexicana con características culturales y demográficas distintas a los estudios reportados.

Se plantearon las siguientes hipótesis: 1) los sujetos del grupo de cefalea tensional presentarán características clínicas diferentes a las de los sujetos del grupo de migraña, 2) los sujetos del grupo de cefalea mixta compartirán características clínicas de los otros dos grupos, 3) se encontrarán incongruencias entre el diagnóstico previo y la sintomatología presente al momento del diagnóstico actual.

MÉTODO

SUJETOS

15 mujeres con dolor de cabeza crónico diagnosticado como cefalea de tipo tensional, mixta y migraña (n=5 por grupo) por el médico de la clínica basándose en los criterios de la IHS¹¹. La selección fue de tipo intensional. En la tabla 1 se describen las características demográficas de la muestra.

PROCEDIMIENTO

Los datos fueron tomados de la información registrada durante las recepciones de los pacientes en la cual se les aplicó el Cuestionario de Dolor de Cabeza; de los expedientes existentes se tomaron al azar 5 cuestionarios para cada grupo. El Cuestionario de Dolor de Cabeza consta de los siguientes apartados: *I Datos generales* (sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad), *II Motivo de la consulta*, *III Antecedentes personales y familiares*, *IV Especificaciones del dolor de cabeza* (frecuencia, duración, intensidad, factores que aumentan, disminuyen o desaparecen el dolor, hora o momento del día de inicio del dolor, topografía, descripción del dolor y pródromos), *V Análisis funcional del dolor*, y *VI Tratamientos actuales contra el dolor*. Para el presente estudio se analizaron únicamente los siguientes apartados: todo el *I* y el *VI*; del *II* sólo se revisó el Diagnóstico previo, y del apartado *III* únicamente el período de evolución.

ANÁLISIS DE DATOS

Para analizar las diferentes características de la cefalea se obtuvieron promedios de cada uno de los datos con su desviación estándar correspondiente.

RESULTADOS

En cuanto a la **descripción del dolor** el 60% de los pacientes con migraña y el 80% de cefalea mixta reportaron un dolor punzante, el 100% de los migrañosos un dolor pulsátil y el 60% del grupo de cefalea tensional una sensación de presión (Gráficas 1, 2 y 3).

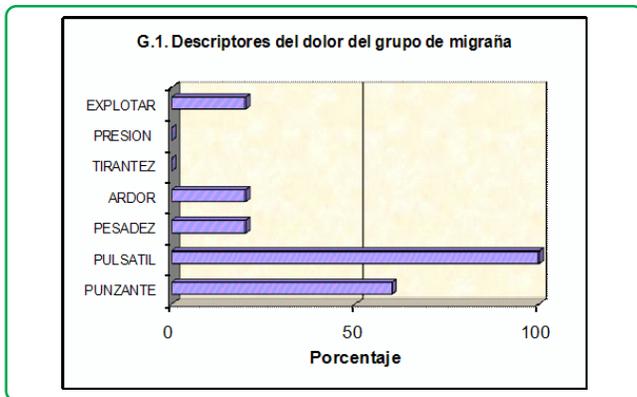
En el grupo de cefalea tensional **el período de evolución** fue más amplio que en los otros dos grupos con un promedio de 10.8 años.

Con respecto a la **frecuencia** del dolor por semana el grupo de cefalea tensional reportó más ataques de dolor (5) que el grupo de migraña y mixta (4) (Gráfica 4).

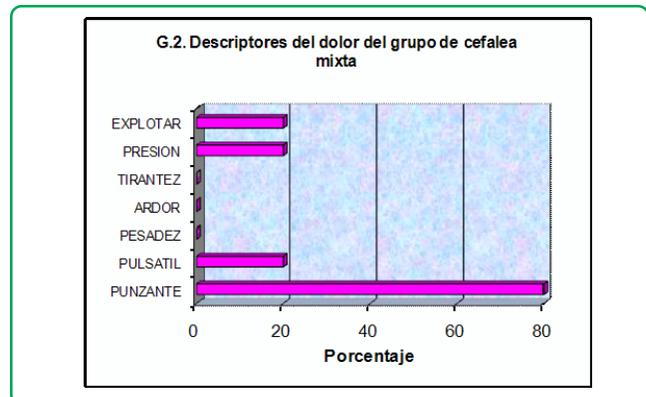
En la **duración** del dolor por semana (Gráfica 5), los pacientes del grupo de migraña reportaron más horas en promedio (27.2 hrs, SD=26.44), que los del grupo de cefalea mixta (8.8 hrs, SD=10.43) y los de cefalea tensional (2.4 hrs, SD=1.73).

TIPO DE CEFALEA	EDAD (AÑOS)	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
MIGRAÑA (n=5)	Rango=17 a 42 \bar{x} =27.4 s.d=12.09	casadas (40%) solteras (60%)	estudiante (20%) ama de casa (20%) empleadas (60%)	secundaria (60%) preparatoria (20%) licenciatura (20%)
MIXTA (n=5)	Rango=15 a 50 \bar{x} =25.6 s.d=14.53	casadas (20%) solteras (80%)	estudiantes (60%) ama de casa (20%) empleada (20%)	secundaria (20%) ama de casa (20%) profesionistas (40%) otros (20%)
TENSIONAL (n=5)	Rango=23 a 34 \bar{x} =26.8 s.d=5.033	casadas (40%) solteras (60%)	estudiante (20%) ama de casa (20%) empleadas (40%) profesionista (20%)	secundaria (20%) preparatoria (20%) profesionistas (40%) otros (20%)

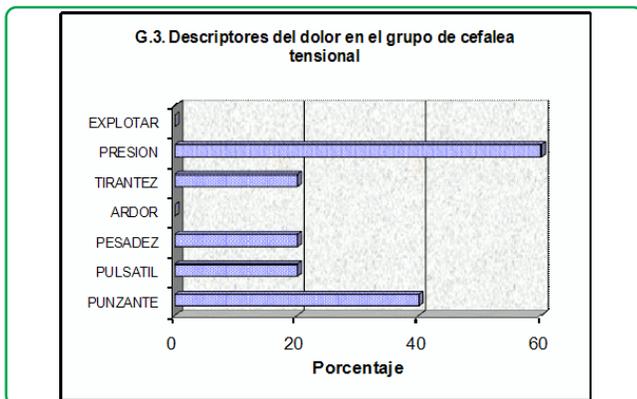
Tabla I. Características demográficas de la muestra.



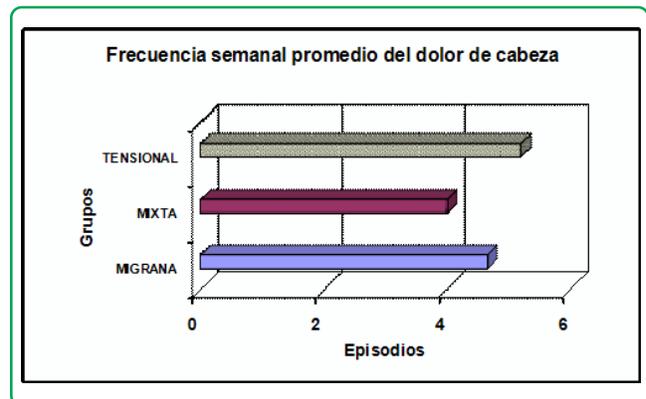
Gráfica 1. Descriptores del dolor del grupo de migraña.



Gráfica 2. Descriptores del dolor del grupo de cefalea mixta.



Gráfica 3. Descriptores del dolor en el grupo de cefalea tensional.



Gráfica 4. Frecuencia semanal promedio del dolor de cabeza.

En la **intensidad** del dolor sólo el 20% del grupo de migraña reportó un dolor muy severo y sorprendentemente ninguno reporta dolor incapacitante; contrario a lo esperado, 40% de los pacientes del grupo de cefalea tensional reportaron un dolor incapacitante y 40% del grupo de cefalea mixta un dolor muy severo (Gráfica 6).

En lo que se refiere a "**¿cómo inicia el dolor?**", el 60% de los pacientes del grupo mixto, 40% del grupo tensional y 40% del grupo de migraña indicaron que de manera repentina; 40% de los pacientes de migraña y cefalea tensional reportaron que iniciaba de manera gradual; y por último curiosamente 40% de migraña indicaron que el dolor nunca se les quitaba.

Por otro lado dentro de los **factores que incrementan y disminuyen el dolor**, el 80% del grupo de migraña y el 53% del total de los tres grupos indicaron que las características medioambientales (ruido, calor, frío, contaminación, tráfico, etc.); 40% de los sujetos del grupo de migraña y 40% del grupo de cefalea mixta reportaron que los problemas familiares aumentaban el dolor; el 73% de los sujetos de los tres grupos reportaron que el dolor disminuía con el uso de fármacos (80% migraña, 80% mixta y 60% tensional); el dolor disminuía con el sueño en el 33% del total de los tres grupos (40% migraña, 40% mixta y 20% de tensional; 40% de los sujetos con migraña reportaron que al vomitar el dolor disminuía. El 60% de los sujetos de cefalea tensional, el 40% de migraña y el 20%

de cefalea mixta indicaron que por la tarde era más frecuente que les doliera la cabeza (Gráfica 7).

En lo que respecta a la **ubicación**, sólo un paciente de cefalea tensional reportó dolor frontal; tres del grupo de migraña y 2 de cefalea tensional indicaron que su dolor era unilateral. Del grupo tensional y mixto 80% de los pacientes reportaron un dolor bilateral (Gráfica 8). El 80% de los pacientes con migraña, 40% del mixto y 40% del grupo de cefalea tensional reportaron haber presentado pródromos.

El 40% de los pacientes con **diagnóstico previo** de migraña no presentaron relación entre éste y la sintomatología presentada en el momento de ser diagnosticados en la clínica ya que presentaban características tanto vasculares como tensionales por lo que se les diagnosticó como cefalea mixta. En lo que respecta a los pacientes del grupo de cefalea mixta y tensional el 60% de cada grupo, respectivamente, no tenían diagnóstico previo por lo que no se pudo realizar la comparación.

DISCUSIÓN

Se esperaría, de acuerdo a la literatura previa⁸, que los pacientes con migraña tuvieran una menor duración y mayor intensidad en sus episodios de dolor en comparación con los pacientes de cefalea tensional y mixta; sin embargo, en los resultados se encontró lo contrario.

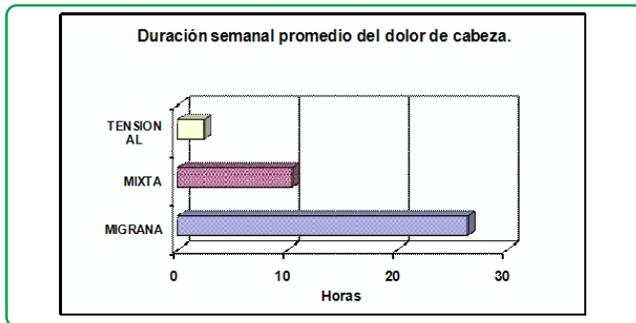
En el grupo de migraña, el 40% de los sujetos reportaron que el dolor nunca desaparecía, lo cual difiere de la literatura¹⁰. Por otro lado, 80% de los pacientes tensionales presentaron un dolor con ubicación bilateral, lo cual coincide con la literatura, también el 80% de los pacientes con migraña presentaron pródromos y el tipo de dolor fue pulsátil en el 100% de los sujetos. Por lo tanto no se comprobó la hipótesis 1.

La hipótesis 2 sí se comprobó ya que el grupo de cefalea mixta reportó síntomas tanto de migraña como de cefalea tensional; la tercera hipótesis también fue comprobada puesto que el diagnóstico previo no correspondió con la sintomatología reportada por los pacientes en el momento de ser evaluados.

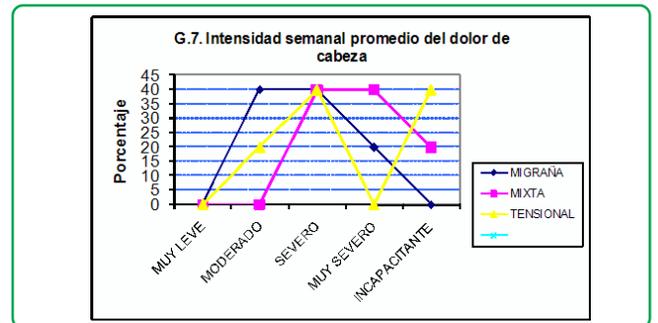
Existen diferencias significativas entre los grupos respecto a las variables demográficas, lo que podría facilitar que las características clínicas cambien, como por ejemplo: la edad osciló entre 17 y 50 años, la ocupación (amas de casa, estudiantes y profesionistas) y el estado civil (solteras y casadas). Estas características pueden facilitar o empeorar la descripción del dolor ya que es posible que a un profesionista por su escolaridad le sea más sencillo que a una persona con escasos estudios. Por otro lado, Rojas y Figueroa¹⁹ reportan que la migraña es el diagnóstico previo que con más frecuencia se asigna a ambos sexos, confirmando lo anterior, en este estudio se encontró que efectivamente es el diagnóstico más común, dadas las características propias del dolor; cabe señalar que estos dos estudios fueron realizados con población mexicana.

En cuanto a las limitaciones es importante enfatizar lo complejo de los síntomas de dolor de cabeza crónico, puesto que es un área evidentemente subjetiva. Dado que el trabajo sólo se basó en los datos registrados en el Cuestionario de Dolor de Cabeza, esto implica la falta de control de algunas variables, por ej: la habilidad del profesional de la salud podría estar influyendo al momento de preguntar sobre las características del dolor, en donde el paciente podría no comprender ciertas preguntas y por lo tanto dar una respuesta equivocada, al no poder definir claramente los síntomas por lo cual se les pudo haber diagnosticado de una forma imprecisa. Además, los criterios para dar un diagnóstico pueden ser poco homogéneos y subjetivos en cuanto a que no llevan un sistema de clasificación diagnóstica estándar, algunos pacientes que son diagnosticados como portadores de cefalea tensional pueden también ser clasificados como migrañosos debido a que la migraña sin aura se relaciona en muchas ocasiones con cefalea tensional.

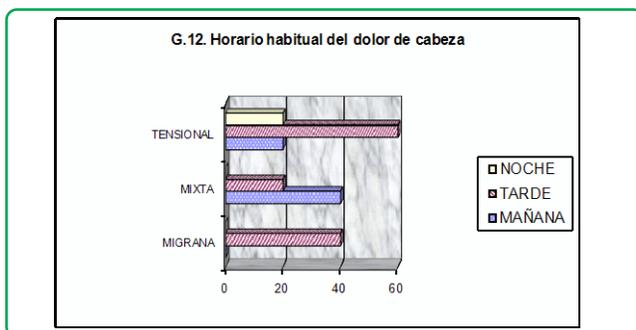
A pesar de estas limitaciones el estudio permite apreciar la complejidad que entraña el **Diagnóstico** del dolor de cabeza crónico y la necesidad de seguir avanzando en su estudio con los propósitos de comprenderlo y desarrollar estrategias eficaces que permitan prevenirlo y manejarlo. Además, es necesario que se realice una integración de todas las características clínicas del dolor que van desde la localización del mismo hasta como desaparece, puesto que sólo observando toda la sintomatología se podrá realizar un diagnóstico preciso, esto resulta de suma importancia ya que el tratamiento dependerá de la evaluación integral del sujeto.



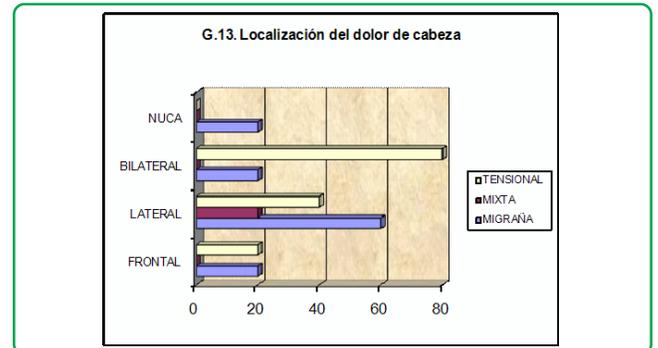
Gráfica 5. Duración semanal promedio del dolor de cabeza.



Gráfica 6. Intensidad semanal promedio del dolor de cabeza.



Gráfica 7. Horario habitual del dolor de cabeza.



Gráfica 8. Localización del dolor de cabeza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zenz H. Social Aspects of Management of Headache Patients. Perspectives in Research on Headache, New York: Hogrefe 1983; 105-114.
2. Ramos B. *Comparación de los índices de depresión en dos poblaciones, una con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor*. Tesis de Licenciatura. ENEP Zaragoza, UNAM. México 1989.
3. Torres M. Diferencias psicológicas entre los grupos diagnosticados de dolor de cabeza crónico. Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza, UNAM. México. 1995.
4. Martín RP. *Psychological Management of Chronic Headaches*. New York. The Guilford Press. 1993.
5. Raskin N. Migraña. Psychosom. Illness. Rev., 1982; 23 (9): 897-907.
6. Palacios P, Rojas M. Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del *dolor de cabeza crónico*. Proyecto de Investigación. ENEP Zaragoza, UNAM. México, 1986.
7. Drummond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. Head, 1985; 25: 16-22.
8. Johannes CD. Relationship of headache to phase of the menstrual cycle among young women: a daily diary study. *Neurology*, 1995; 45: 1076-1082.
9. Holm J. The relationship between stress, headache and the menstrual cycle in young female migraineurs. *Headache*, 1996; 36: 531-537.
10. Price y Murray. Neurología clínica. Manual Moderno. México, D.F. 1984: 243-250.
11. Headache classification committee of the international headache society classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cefalal*, 1988; 8 (supp17): 20-34.
12. Morale AF. Cafaleas. *Medicine*, 1994; 6 (52): 2307-2319.
13. Skinhoj O. Migraine with and without aura; the disease due to cerebral vasospasm of different intensity a hypothesis based on CBF studies during migraine. *Headache*, 1990; 30: 269-272.
14. Rothrock J, Patel M, Lyden P, Jackson C. Demographic and clinical characteristics of patients with episodic migraine versus chronic daily headache. *Cephalalgia*, 1996; 16: 44-49.
15. Marijke L, Leijdakkers J. Migraine Patients Cognitively impaired? *Headache*, 1990; 30: 352-358.
16. Fernández E, Sheffield J. Relative contributions of like events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache*, 1996; 36: 595-602.
17. Trachtenberg DE. Tension headaches. *Postgrad. Med.*, 1994; 95, No. 6/ May 1.
18. Rasmussen B, Jensen R, Schroll M, Olsen J. Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. *J. Clin. Epidemiol.*, 1991; 55: 1147-57.
19. Rojas ME, Figueroa C. *Descripción clínica de la consulta por dolor de cabeza en la clínica del dolor del Hospital General de Ecatepec*. Proyecto de Investigación. ENEP Zaragoza, UNAM. México D.F. 1992.