

Los Mareos Asociados al Dolor de Cabeza: la Migraña Vestibular

Los dolores de cabeza son una de las principales causas de consulta médica y la cuarta causa de visitas a servicios de emergencia (Fig. 12.1). Según la asociación mundial de la salud casi la mitad de los adultos en el mundo tuvo por lo menos un episodio de dolor de cabeza en el último año. Existen distintos tipos de dolor de cabeza, algunos de ellos como la migraña se asocian a trastornos vestibulares. En este capítulo veremos las causas más frecuentes de dolor de cabeza y su relación con los mareos y el vértigo.

CLASIFICACIÓN

Dolor de Cabeza Primario

Los dolores de cabeza o cefaleas primarias son aquellos generados por la sobreactivación de estructuras del cráneo que son sensibles al dolor, como los vasos sanguíneos, músculos y nervios. También pueden ser provocados por cambios en la actividad química del cerebro. Entran en esta categoría las cefaleas tensionales, las migrañas o jaquecas y las cefaleas en racimo.

Dolor de Cabeza Secundario

Se considera que una cefalea es secundaria cuando otro tipo de alteración o enfermedad estimula las terminaciones nerviosas del cráneo. Algunos ejemplos son el dolor de cabeza inducido por el frío, intoxicaciones, deshidratación, gripe, fiebre, traumatismos cerebrales, tumores y efectos secundarios de medicaciones.

CEFALEA TENSIONAL

La cefalea tensional es la causa más común de cefalea primaria. Se caracteriza por un dolor opresivo, no pulsátil, bilateral de intensidad leve a moderada. No se agrava con la actividad física de rutina como caminar y subir escaleras. No se manifiesta con náuseas o vómitos pero puede haber hipersensibilidad a la luz (fotofobia) y al ruido (fonofobia) durante el episodio. Las crisis suelen durar de 30 minutos a 7 días. Si bien su origen aún no está del todo esclarecido, las contracturas musculares prolongadas y la activación de fibras nerviosas periféricas pueden alterar el funcionamiento del sistema nervioso central (hipersensibilización central). Casi toda la población ha experimentado una

cefalea tensional en su vida y su aparición en forma infrecuente es considerada parte normal de la vida y no un problema médico.

MIGRAÑA

La migraña o jaqueca es un dolor de cabeza primario. Es una condición compleja con una gran cantidad de síntomas, siendo la más común el dolor de cabeza tipo pulsátil, unilateral, de intensidad moderada a intensa. Otros síntomas frecuentemente asociados son: alteraciones visuales, fotofobia, fotofobia, mareos, náuseas y vómitos (Tabla 12.1).

Los síntomas varían entre personas afectadas y distintos episodios en la misma persona pueden tener sintomatología distinta. Los ataques normalmente duran entre 4 y 72 horas y en el intervalo entre episodios no hay sintomatología. Afecta a alrededor de una de cada 5 mujeres y uno de cada 15 hombres.¹

Tabla 12.1: Síntomas de Cefaleas Tensionales y Migrañas

| Cefaleas tensionales | Migrañas |
|------------------------------|--|
| Ocurre espontáneamente | Puede ocurrir espontáneamente o luego de un aura |
| Dolor generalmente bilateral | Dolor generalmente unilateral |
| No pulsátil | Pulsátil |
| Sin náuseas | Puede haber náuseas o vómitos |
| Raramente foto o fono fobia | Frecuentemente foto o fono fobia |
| Sin trastornos visuales | Con trastornos visuales |

CAUSAS

Los mecanismos de producción de las migrañas no están totalmente esclarecidos. En la mayoría de los pacientes existe una predisposición genética, con uno a varios familiares afectados. Están asociadas a cambios temporarios en la química, conducción nerviosa y circulación cerebral. Ante un disparador o en forma espontánea se genera un proceso de conducción neural anormal que genera cambios en la actividad y circulación cerebral.

DESENCADENANTES

Distintos estímulos pueden desencadenar las crisis en personas predispuestas. Algunos de los disparadores son: cambios climáticos, estrés, alimentos, alcohol, cambios hormonales, luces brillantes, relaciones sexuales y dormir poco o demasiado. En un estudio reciente donde se analizaron los disparadores de distintas cefaleas primarias, el estrés fue el desencadenante más reconocido, seguido por los trastornos del sueño, las alteraciones emocionales y los cambios climáticas.

CLASIFICACIÓN DE MIGRAÑAS

Las migrañas más comunes entran en una de dos categorías:

Migraña sin Aura

Es la variante más frecuente. Predomina el dolor de cabeza que suele ser pulsátil y de un solo lado acompañado de hipersensibilidad sensitiva (ruidos, luz, olores y movimiento). Suele agravarse por hacer ejercicio (Tabla 12.3).¹

Tabla 12.3 Criterio para el Diagnóstico de Migraña de la Asociación Internacional para el Estudio de las Cefaleas¹

Migraña sin aura

- A. Al menos 5 ataques que cumplan los criterios B-D
- B. Cefalea que dura de 4 a 72 horas (sin tratamiento o insuficientemente tratado)
- C. Cefalea que reúna dos de las siguientes características
 1. Localización unilateral
 2. Característica pulsátil
 3. Intensidad moderada a severa
 4. Agravada al realizar actividad física habitual (por ej. caminar o subir escaleras)
- D. Durante la cefalea ocurre uno de los siguientes:
 1. Náuseas y/o vómitos
 2. Fotofobia o fonofobia
- E. No atribuible a otra enfermedad

Migraña con Aura

En medicina el término aura es un antecedente de una pronta crisis o enfermedad. En cefaleas se utiliza para describir síntomas neurológicos que ocurren antes, durante o después de una migraña. Las personas con migraña con aura van a tener los síntomas de una migraña sin aura sumados a síntomas neurológicos, más comúnmente de naturaleza visual (Fig. 12.2).

LA MIGRAÑA VESTIBULAR

La asociación entre las migrañas y los mareos fue descrita por primera vez en el siglo dos. Más recientemente, en un seguimiento a 200 pacientes migrañosos, el 59% presentó síntomas vestibulares o auditivos. La migraña vestibular es una migraña asociada a síntomas provenientes del aparato vestibular. (Tabla 12.6).¹⁰ Los episodios pueden generarse sin que haya una cefalea asociada y es la segunda causa de vértigo a repetición luego del vértigo posicional paroxístico benigno.⁹ Su edad de inicio es normalmente entre los 30 y 60 años y es más frecuente en mujeres con una relación de 3 a 1 sobre los hombres.¹⁰

Características

El diagnóstico de migraña vestibular se basa en la presencia de migrañas con síntomas vestibulares asociados. Los síntomas vestibulares pueden incluir: episodios de vértigo, náuseas y mareos que ocurren en forma espontánea, inducidos por estímulos visuales (mareo visual), asociados a movimientos de cabeza y una mayor susceptibilidad a la cinetosis. Los pacientes pueden además tener síntomas auditivos transitorios como acúfenos y disminución auditiva en uno o ambos oídos.^{9,10} La duración de los episodios es variable: en alrededor del 10% de los pacientes duran segundos, en 30% minutos, en 30% horas y en el 30% restante días.⁹

Causas

Existen varios mecanismos involucrados en la migraña vestibular. Por un lado un vasoespasmo de las arterias del oído interno puede generar síntomas transitorios o persistentes vestibulares o auditivos. Por otro lado una alteración en la conducción nerviosa cerebral asociada a las migrañas puede producir una hipersensibilización del sistema vestibular central a estímulos provenientes del laberinto y la visión.

EL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXISTICO DE LA INFANCIA (VPBI)

El VPBI es la causa más común de vértigo en niños. Se caracteriza por episodios breves, recurrentes y repentinos de vértigo que ocurren en forma espontánea en chicos sanos. Los episodios resuelven espontáneamente y suelen estar asociados a migrañas. Entre las crisis los niños tienen un examen normal. Los episodios son más frecuentes entre los 5 y 8 años y suelen desaparecer en forma espontánea después de 2 años.

MANEJO DE LAS MIGRAÑAS

Prevención

El tratamiento preventivo de las migrañas varía según los disparadores de cada individuo. Se recomienda tener un registro de los días de dolor, el tipo de dolor, sus desencadenantes y síntomas asociados. Las siguientes pautas son recomendaciones generales para la prevención de migrañas:

- Eliminar las comidas y aditivos que pueden desencadenar episodios: el chocolate, nueces, alimentos que contienen glutamato monosódico, quesos añejados y el alcohol (sobre todo el vino tinto).
- Evitar estimulantes como el café y la nicotina.
- Comer cada 4 horas, las hipoglucemias pueden ser como disparadores.^{16,17}
- Dormir alrededor de 8 horas por noche.^{18,19}
- Evitar el estrés. Actividades como el yoga, meditación y ejercicios de respiración pueden ser útiles.
- Ejercitar en forma diaria contribuye a ayudar a controlar el estrés. El ejercicio intenso puede actuar como disparador en algunas personas.¹

- Regular los ritmos: se sugiere identificar y aprender a crear un balance entre actividad y reposo. El estrés y el sobreesfuerzo pueden desencadenar episodios en muchos pacientes. Se recomienda aprender a delegar tareas y planificar descansos adecuados. En un estudio reciente un grupo de pacientes que siguieron estos principios, lograron reducir la intensidad de sus cefaleas en un 70% mejorando su calidad de vida, función e independencia.²⁰

Manejo Farmacológico de las Crisis

Durante un episodio de cefalea, muchas personas se sienten mejor si se acuestan en una habitación a oscuras y en silencio. También pueden sentir alivio aplicando paños fríos sobre la zona de dolor. Analgésicos como el paracetamol y el ibuprofeno son efectivos, pero su abuso puede generar cefaleas en forma diaria o cefaleas de rebote. Se obtienen mejores respuestas si se toman cuando aparecen los primeros síntomas de aura o dolor. Cuando los analgésicos simples no dan resultado, la segunda línea de tratamiento son la ergotamina y los triptanos: vasoconstrictores que deben ser utilizados bajo supervisión médica y están contraindicados en hipertensos y personas con riesgo de infarto.

No hay una medicación específica para tratar el mareo migrañoso. Las crisis de vértigo se tratan como otros episodios de vértigo agudo con sedativos vestibulares y antieméticos. Debido a la relación de los mareos con las migrañas es importante realizar un tratamiento preventivo de migrañas para prevenir futuros episodios.

Manejo Farmacológico Preventivo

No existe una medicación específica para la prevención de la migraña vestibular y se utilizan los mismos fármacos utilizados en la profilaxis de las migrañas. Cuando las migrañas son severas o frecuentes el médico puede recomendar medicación preventiva para disminuir la intensidad y frecuencia de las crisis.

Rehabilitación Vestibular en Migraña Vestibular

Los ejercicios de rehabilitación vestibular son útiles luego de los episodios agudos (Capítulo 18). Sus objetivos son: ayudar al paciente a recuperar el equilibrio, disminuir la ansiedad producida por el movimiento, reducir la dependencia en la visión para mantener el equilibrio y disminuir los mareos inducidos por el movimiento y estímulos visuales (Capítulo 18).

La versión completa del capítulo puede descargarse de:

