

Cefaleas

Tratamiento

La autora nos ilustra sobre las posibilidades que ofrece la medicina homeopática cuando se trata de aliviar un problema tan común como el dolor de cabeza, normalmente leve, pero que a veces merece una atención específica, orientada a prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades enmascaradas o de cierta gravedad.

CONCEPCIÓN CALLEJA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Presidenta de la Sociedad Médico Homeopática de Cantabria.
www.homeopatia.net.

A pesar de que la cefalea es el dolor más común¹ entre la población, no se suele consultar al médico por este motivo, ya que los pacientes consideran a menudo que el empleo de analgésicos de uso habitual en su entorno es el tratamiento adecuado. En muchos casos es así, pero cuando los dolores de cabeza persisten, la automedicación puede resultar arriesgada, ya que además de provocar efectos indeseables puede enmascarar alguna enfermedad más grave. La calidad de vida del paciente afectado por este trastorno con frecuencia disminuye e incluso provoca una importante tasa de absentismo laboral.

¿Qué duele en una cefalea?

Hay varias zonas intracraneales que pueden doler²:

- La duramadre, los vasos leptomeníngeos y los senos venosos cerebrales.
- Las arterias extracerebrales, meníngea media y temporal superficial.
- La red de nervios: trigémino, glossofaríngeo, vago y las tres primeras raíces cervicales.

- Los senos paranasales, oídos y ojos.
- La piel, tejidos blandos, músculos y periostio.

Etiología y clasificación de las cefaleas

Las causas de las cefaleas son muy numerosas, pero habitualmente hablamos² de cefaleas primarias, en las que no se aprecia una causa orgánica aparente, y secundarias a una enfermedad de base.

Entre las primarias figuran las siguientes:

- La migraña.
- La cefalea en racimos.
- La cefalea tensional.

Entre las secundarias destacan las que se citan a continuación:

- Cefalea postraumática.
- Cefalea por hiper o hipotensión intracraneal.
- Tumores y otras masas intracraneales.
- Cefalea por enfermedad vascular: hemorragia subaracnoidea y arteritis de la temporal.
- Cefalea por sinusitis aguda.
- Cefalea por infección.

Comenzaremos por explicar brevemente la fisiopatología de las cefaleas primarias, las más frecuentes en la clínica. Las secundarias tienen un origen claro y no son el objetivo de este artículo, puesto que en ellas habrá que tratar el origen del problema. A continuación haremos un repaso de las opciones de tratamiento homeopático y finalmente daremos unos consejos que a todo paciente con cefalea le conviene seguir.

Migraña

Hasta hace poco se decía que los mecanismos fisiopatológicos de las migrañas³ se activaban cuando los vasos sanguíneos del cerebro sufrían espasmos y esto hacía que disminuyese el flujo sanguíneo en ciertas partes del cerebro, lo que provoca cambios visuales y neurológicos. Al cesar el espasmo, los vasos sanguíneos se dilataban causando un dolor de cabeza agudo. Recientemente, mediante técnicas para la medición del flujo cerebral, como la tomografía por emisión de fotones (SEPTC en sus siglas inglesas) y la tomografía por emisión de positrones (PET), se ha demostrado que había cierta confusión en las antiguas teorías, como iremos viendo en este artículo.

En esta clase de cefalea hay un fuerte componente genético y sobre esta susceptibilidad podrían actuar factores capaces de desencadenar el dolor. La mayoría están asociadas al cromosoma 19. La migraña se divide en tres fases:

- Síntomas premonitorios.
- Fase de aura.
- Fase de dolor.

En la fase de síntomas premonitorios, que experimenta un 25% de los pa-

cientes con migraña, los días previos a la cefalea sienten irritabilidad, depresión, hambre, sed y somnolencia. El origen de estos trastornos podría situarse en el hipotálamo, más concretamente en el núcleo supraquiasmático. También se considera su relación con la periodicidad de la migraña.

En la fase de *aura*, disfunción neurológica justo antes de la jaqueca¹ que se da en algunos pacientes, se da una disminución del flujo cerebral que comienza en el lóbulo occipital y se irradia hacia adelante. Esta disfunción puede ser uni o bilateral y no se ajusta a ningún territorio vascular; corresponde a una disfunción neuronal que daría lugar a una disminución del flujo cerebral secundaria, y consecuentemente a:

- **Síntomas deficitarios:** habitualmente en la región oftálmica, como visión borrosa, escotomas, centelleos, defectos visuales campimétricos y distorsión visual, entre otros.
- **Síntomas sensitivos:** hipoestesia hemifacial, hemicorporal.
- **Síntomas motores:** hemiparesia, trastornos del lenguaje, coordinación. Suelen durar menos de 30 minutos, pero en ocasiones pueden persistir más de una hora o incluso días.

En la fase de *dolor* nos encontramos con una inflamación meníngea aséptica, puesto que no se debe a ninguna infección. El dolor⁴ puede aparecer principalmente en una o las dos sienas, dura entre 4 y 72 horas, suele ser invalidante y se acompaña de hipersensibilidad a los ruidos y a la luz, así como de náuseas y vómitos.

Un desencadenante en una persona predispuesta provoca una disfunción neuronal propagada que co-

mienza en ciertos núcleos del tronco encefálico, provocando en las neuronas una onda o corriente eléctrica expansiva hacia la zona frontal. Esta disminución de flujo neuronal hace que los vasos cerebrales segreguen sustancias vasoactivas que van directamente a la zona trigeminal y sus núcleos, provocando un fenómeno de derrame cerebral debido a la vasodilatación del sistema vascular. No en vano el dolor es, en la mayoría de los casos, pulsátil.

Estos núcleos del bulbo raquídeo no están receptivos en todas las personas, lo que explica que no todas tengan *aura* y que no todos los dolores de cabeza sean migrañas.

El desencadenante de esta activación trigeminovascular parece que radica en el tronco cerebral. Se ha podido demostrar mediante PET que se activan el *locus ceruleus* y los núcleos del rafe. Así que estas estructuras son consideradas como potenciales generadores de la migraña.

Entre los desencadenantes podemos encontrar⁵:

- Área afectiva: estrés, angustia, conflictos o circunstancias que produzcan malestar.
- Estímulos: olores intensos, humo, tabaco, luz brillante, cambios de temperatura.
- Área ginecológica: menstruación, anticonceptivos, terapia con estrógenos.
- Sueño: excesivo, insuficiente o interrumpido.
- Alimentos: queso curado, derivados lácteos, zumo de cítricos, chocolate, salchichas, ahumados, comida china, edulcorantes, nueces, patatas *chips*.
- Bebidas: alcohólicas (vino y licores sobre todo), bebidas con cafeína.

CONSEJOS DESDE LA OFICINA DE FARMACIA

- Las cefaleas constituyen un problema bastante común, a veces hereditario, y hay que intentar determinar el desencadenante, si es que lo hay⁵, para poder prevenirlas.
- Evitar la automedicación: en los casos de migraña es importante que solamente se tomen los medicamentos recetados por el médico, evitando la ingesta de cualquier otro tipo de medicamento para tratar la crisis.
- Sugerir que ante cualquier duda se consulte al médico o al farmacéutico, que son, junto con el paciente, los que más saben sobre el proceso y su tratamiento.
- Desde la farmacia se pueden promover también hábitos preventivos que pueden ayudar al paciente a controlar su cefalea como³:
 - Procurar tener un sueño reparador.
 - Comer saludablemente.
 - Practicar ejercicio de manera regular.
 - Estirar el cuello y la parte superior del cuerpo, especialmente si el trabajo implica usar teclados u ordenador.
 - Aprender la postura apropiada para cada tipo de trabajo.
 - Abstenerse de fumar.
 - Aprender a relajarse utilizando la meditación, la respiración profunda, el yoga o técnicas similares.
 - Eliminar de la dieta alimentos que puedan provocar crisis⁵, como chocolate, quesos, aditivos alimentarios como glutamato monosódico, etc.
 - Mantener un peso adecuado.
 - Evitar situaciones estresantes en la medida de lo posible.
 - No dormir ni más ni menos los fines de semana.
 - Comer a la misma hora y en cantidades similares.
 - Evitar lugares ruidosos o de olores penetrantes.



Fig. 1. Belladona



Fig. 2. Melilotus



Fig. 3. Dulcamara



Fig. 4. Rododendro

Cefalea en racimos

Su fisiopatología no está del todo aclarada pero se ha comprobado la implicación de diferentes factores. No hay una genética demostrada pero se podría dar una mayor incidencia de casos en algunas familias, siguiendo un patrón compatible con una herencia autosómica dominante.

El dolor parece también debido a la activación del sistema trigeminovascular. Existe un consenso en este sentido y en este tipo de cefalea hay un solapamiento de algunos síntomas y signos de la migraña.

El generador de dolor, de la activación del sistema trigeminovascular, no está localizado en el tronco encefálico, como en la migraña. Existen actualmente dos teorías sobre la cefalea en racimos:

Origen vascular del dolor. Una inflamación del seno cavernoso obstaculiza el drenaje venoso; la inflamación puede interrumpir las fibras simpáticas de la carótida interna que pasan junto al seno para inervar el ojo, el párpado superior, la frente y los vasos orbitarios y retroorbitarios. El dolor es transmitido desde las venas y arterias a través del sistema trigémino vascular. Estudios realizados mediante ecografía doppler transcraneal durante los ataques demuestran una disminución bilateral del flujo arterial cerebral, mayor en el lado sintomático.

Origen central del dolor. Estudios realizados mediante PET sugieren que los cambios en el flujo sanguíneo en el seno cavernoso podrían tener un origen distinto del vascular. Un dolor intenso en la rama oftálmica del trigémino, que es lo que caracteriza a esta cefalea, puede provocar, como parte del reflejo parasimpático trigeminal, cambios en el flujo del seno cavernoso. Los cambios vasculares observados pueden ser consecuencia y no una causa del dolor oftálmico.

Otras características. El patrón de dolor sigue un ritmo circadiano. En algunos pacientes se presenta cíclicamente cada 6, 12 o 24 meses. En otros se cronifica.

Durante la cefalea en racimos hay una disminución de testosterona en sangre, lo que apuntaría a una implicación hipotalámica. Algunos autores han confirmado durante la cefalea en racimos alteraciones del cortisol, la melatonina, la prolactina, las betaendorfinas y las beta-lipotropinas, así como alteraciones en la temperatura y la tensión arterial.

Mediante PET se ha podido observar un aumento del metabolismo en la sustancia gris hipotalámica ipsilateral durante el dolor. Esto sugiere que la disfunción central en el hipotálamo puede ser la alteración inicial en la génesis de la cefalea en racimos.

El dolor se acompaña de lagrimeo, rinorrea del mismo lado del dolor, ptosis palpebral y miosis. Los episodios pueden durar de 1 a 2 horas y puede haber una recurrencia diaria del dolor de hasta 3 veces.

Cefalea tensional

Existe tal heterogeneidad clínica en esta entidad que es poco probable un único mecanismo etiológico. No se descarta que en ocasiones la migraña y la cefalea tensional coexistan. En el pasado se asoció a la contractura de la musculatura pericraneal, pero en la actualidad no se considera que esta sea la causa, aunque es cierto que hay un incremento de la actividad electromiográfica pericraneal (el umbral doloroso aumenta en la cefalea tensional crónica y episódica) y cierta sensibilidad muscular.

Por otro lado, la cefalea por estrés o cefalea psicógena sugiere que factores psicológicos pueden estar relacionados con la aparición de este algia. La mayoría de la población tiene el potencial de desarrollar una cefalea tensional si es expuesta a una cantidad suficiente de factores ambientales. La herencia, en caso de existir, sería poligénica.

Últimamente se ha encontrado evidencia científica a favor y en contra de la fascia muscular como estructura donde se origina el dolor; probablemente la diversidad se deba a variaciones metodológicas en los estudios.

La coexistencia de depresión y cefalea es frecuente en la clínica diaria. Hay estudios que confirman la asociación entre ambos trastornos, si bien no está claro si la cefalea precede o es consecuencia de la depresión. Probablemente sea una situación de comorbilidad.

Resumiendo, podemos concluir que la cefalea tensional es el resultado de la interacción entre cambios en el sistema de control descendente de las neuronas nociceptivas del tronco encefálico y cambios en las estructuras periféricas, como hipersensibilidad de la fascia muscular y tensión en la musculatura pericraneal.

En el individuo sano pueden presentarse episodios agudos de cefalea tensional, que deben ser vistos como un defecto de los mecanismos centrales que modulan y controlan la nocicepción de las fascias musculares y/o un aumento del estímulo nociceptivo que de ellas procede.

Un episodio puede ser provocado por:

- Posición de trabajo inadecuada, en este caso el aumento de la nocicepción de músculos sobrecargados puede provocar este ataque en un individuo con una modulación del dolor alterada.
- Ansiedad.
- Estrés.

Los mecanismos emocionales podrían aumentar la tensión muscular a través del sistema límbico y reducir el tono del sistema endógeno antinociceptivo.

La cefalea tensional se puede cronificar, puede variar de unos pacientes a otros, y también con el transcurso del tiempo en un mismo paciente. La potenciación a largo plazo de las neuronas nociceptivas y la disminución del

sistema antinociceptivo podría ser la causa de la cronificación.

La manifestación clínica consiste en episodios recurrentes de dolor de cabeza que duran desde minutos a varios días. El dolor suele ser opresivo, de intensidad leve o moderada, localizado bilateralmente, no suele haber náuseas ni vómitos como en la migraña, pero sí puede existir fotofobia y aumento de la sensibilidad al ruido.

Tratamiento farmacológico de las cefaleas

Actualmente disponemos de tratamientos sintomáticos para la crisis de dolor y tratamientos preventivos orientados a evitar los factores desencadenantes de una cefalea.

Tratamiento sintomático. Para el tratamiento de los síntomas de la cefalea se emplean²:

- Analgésicos como el ácido acetilsalicílico o el paracetamol. Se debe recurrir a ellos de forma responsable y prudente, sobre todo en pacientes con migraña, porque pueden acabar padeciendo cefalea crónica diaria, cuadro consistente en la transformación de un fenómeno doloroso episódico en un dolor de presencia diaria.
- Antiinflamatorios como ibuprofeno, diclofenaco o naproxeno: se usan en las crisis de poca intensidad. Hay que prestar atención a sus posibles efectos secundarios, sobre todo digestivos.
- En la migraña se utiliza ergotamina, sola o combinada con cafeína, y triptanes³.

Tratamiento preventivo. Para prevenir las crisis dolorosas, sobre todo en la migraña, se utilizan:

- Bloqueadores beta (como propanolol).
- Bloqueadores de los canales de calcio (tipo flunarizina).
- Fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Homeopatía y cefaleas

La cefalea y, sobre todo, la migraña suele comenzar antes de los 30 años. El paciente suele tener esta propensión y tiene que convivir con ella du-

rante gran parte de su vida. A día de hoy no existe tratamiento que la haga desaparecer o que la cure, sólo se dispone de tratamientos que la controlan y no siempre, como acabamos de ver.

Dada la complejidad de esta afección y los problemas que pueden ir asociados al tratamiento con medicamentos convencionales, entre los que se encuentra la cefalea de repetición, conviene apuntar aquí hacia los remedios homeopáticos como una alternativa eficaz y menos agresiva al tratamiento de las cefaleas.

El medicamento de fondo se le prescribe al paciente en función de sus síntomas generales, la forma de evolución en el tiempo y sus características psicósomáticas.

En homeopatía, además, contamos con más medicamentos orientados hacia la migraña. Nos referiremos sólo a los más comunes dada la complejidad de la enfermedad.

Cefalea acompañada de síntomas digestivos

En este tipo de cuadro se puede prescribir⁶:

- *Iris versicolor* si es de periodicidad semanal y los vómitos van acompañados de ardor.
- *Kalium bichromicum* si son supraorbitarias derechas, puntiformes, con vómitos, precedidas de trastornos de la visión y mejoran con la presión.
- *Lac defloratum*, si aparecen tras varios días de estreñimiento, comienzan en la zona frontal y acaban en el occipucio.
- *Lac caninum* si la cefalea es alternante: una vez en el lado derecho y otro en el izquierdo.
- *Venus mercenaria*, en cefaleas frontales o supraorbitarias, pueden ser del lado derecho o izquierdo y van acompañadas de saburra, flatulencia y estreñimiento. En nuestra experiencia, este es un buen remedio cuando la cefalea no está muy bien definida.
- *Lycopodium clavatum*, en cefaleas supraorbitarias derechas y suelen aparecer cuando el paciente se retrasa en el horario de su comida habitual.
- *Psorinum*, cuando la migraña es periódica, pero hay bienestar la víspera. El paciente presenta bulimia y escotomas. Establecido el dolor, éste mejora siempre con el calor.

Cefaleas acompañadas de problemas circulatorios

Al paciente aquejado de este tipo de algia puede recetársele:

- *Belladonna* (fig. 1). Fenómeno congestivo agudo, de aparición brusca y dolor pulsátil, con midriasis, fotofobia y empeoramiento con el ruido y los movimientos violentos. Este cuadro correspondería, por ejemplo, a una insolación.
- *Glonoinum*. Síntomas más marcados que en belladonna, acompañado de hipertensión arterial.
- *Melilotus* (fig. 2). La cefalea mejora cuando aparece epistaxis o cualquier otra pérdida de sangre.
- *Sanguinaria canadensis*. Cefalea congestiva, dolor pulsátil, rubor en mejillas. Periódica, cada 7 días, empiezan los dolores en zona occipital, se extienden hasta el vértex y se suele fijar en el ojo derecho. Empeora con los olores, el ruido, la luz y el movimiento y mejora a oscuras, en posición de acostado o durmiendo. Un síntoma curioso: mejora también con la evacuación de gases.
- *Gelsemium sempervirens*. Cefalea congestiva precedida de trastornos de la visión, diplopía, con dolor en globos oculares. El paciente está obnubilado, agobiado. Comienza en occipital, irradiando a músculos del cuello y hombros. Mejora con la cabeza en alto y con la abundante emisión de orina.
- *Ferrum metallicum*. Cefaleas pulsátiles y martilleantes con oleadas vasomotrices en el rostro, pero consecutivas a hipotensión. El paciente tiene la cara roja y los pies fríos.

Cefaleas acompañadas de trastornos distónicos o astenia

En estos casos se suele trabajar con:

- *Kalium phosphoricum*. En personas hipersensibles, frágiles, delgadas. Somatizan cualquier dificultad en cefaleas y migrañas. Suele ser un tipo de cefalea frecuente en los estudiantes, en los escolares, en las personas con un exceso de trabajo intelectual. Tienen fatiga física y,

curiosamente, un aumento del deseo sexual.

- *Phosphoricum acidum*. Tras una enfermedad debilitante, preocupaciones importantes o exceso de trabajo o diversión. Los pacientes se sienten incapaces de reflexionar o pensar. Tienen gran indiferencia general, insomnio, pesadez de cabeza y presión en el vértex. Empeora con el movimiento y la música y mejora acostado y descansando.
- *Zincum metallicum*. Pálidos, con fatiga nerviosa, con agitación constante de pies y piernas, en las que sienten inquietud y nerviosismo. Les cuesta entender y pensar por fatiga cerebral. El esfuerzo intelectual agrava la cefalea. Tienen disminución de la agudeza visual, así como intolerancia al alcohol.
- *Anacardium orientale*. Suelen ser cefaleas por sobrecarga intelectual, pero los afectados están irascibles, hasta el punto de insultar. Las cefaleas y el paciente, en general, mejoran comiendo.
- *Ignatia amara*. En personas hipersensibles, hiperexcitables, con cierto grado de ansiedad. Sienten el dolor como un clavo alojado en la cabeza o una pesadez general, por la menor emoción o contrariedad. Hay una mejoría por la distracción y empeoran con el olor de tabaco.
- *Silicea*. Son personas frágiles y fácilmente fatigables. La cefalea tiene la particularidad de mejorar con paños calientes y va seguida de escotomas.

Cefaleas acompañadas de trastornos útero-ováricos

Para estos cuadros puede prescribirse:

- *Cyclamen*. Las cefaleas se acompañan o van precedidas de trastornos de la visión y vértigos. Alcanzan su acmé en la menstruación. Empeoran al aire libre y con el café.
- *Actea racemosa*. Cefaleas proporcionales al flujo sanguíneo; empeoran durante la menstruación para ir cediendo a medida que el flujo cede.
- *Lachesis*. La cefalea aparece antes de la menstruación para desaparecer en cuanto el flujo aparece, al contrario que *Actea*.

Cefaleas acompañadas de reumatismo

En este tipo de algias se trabaja con:

- *Dulcamara* (fig. 3). Las cefaleas empeoran con humedad, frío húmedo, tiempo lluvioso y mejoran con calor seco y movimiento.
- *Rhododendron* (fig. 4). Empeoran con modificaciones de electricidad atmosférica. Al avvicinarse una tormenta con relámpagos y truenos, por ejemplo. Mejoran tras la tormenta, con el movimiento y con calor seco.

A todos estos medicamentos puede añadirse *Apis mellifica* en el momento de la crisis dolorosa, por su acción antiinflamatoria. □

Bibliografía

1. Castaño D. Migraña, un verdadero dolor de cabeza. *Summa Neurológica* [serie en Internet] 2003 Sep [citado 10 Ago 2005]; 2 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ibanezyplaza.com/Biblio/PDFs/SN6.pdf>
2. Enfermedades del Sistema Nervioso [portal en Internet]. Utah: Health Sciences Center; 2001 [actualizado May 2001; citado 10 Ago 2005]. University of Utah; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en <http://uuhsc.utah.edu/healthinfo/spanish/Neuro/headache.htm>
3. Medline Plus: Dolor de cabeza [portal en Internet]. Boston: Department of Neurology, Beth Israel Deaconess Medical Center; [actualizado 18 Ago 2005; citado 15 Ago 2005]. U.S. National Library of Medicine; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003024.htm>
4. Fisterra.com: Migraña o jaqueca [portal en Internet]. La Coruña: Casitérides; 2005; [actualizado 11 Nov 2004; citado 13 Ago 2005]. Atención Primaria en la Red; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/consejos/migrana.asp>
5. Patient-education.com: [portal en Internet]. Iowa City: The Association; 1995-2005 [actualizado 1 Jul 2005; citado 12 Ago 2005]. The Patient Education Institute; [aprox. 4 pantallas] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/headacheandmigrainespanish/nr0291s2.pdf>
6. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. *Therapeutique Homeopathique*. Lyon: Boiron, 1988.