



Universidad Nacional de Colombia

**Síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña y sus
implicaciones diagnósticas**

Yulexi Mildrey Castellanos Bonilla

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna

Bogotá D.C., Colombia

2012

**Síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña y sus
implicaciones diagnósticas**

Yulexi Mildrey Castellanos Bonilla

Código 05598435

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:

Especialista en Neurología

Director:

Dr. Pablo Lorenzana Pombo

Profesor asociado Unidad de Neurología

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna

Bogotá D.C., Colombia

2012

Síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña y sus implicaciones diagnósticas

Coautores:

Dr. Pablo Lorenzana Pombo

Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia

Dr. Gabriel Fernando Torres

Médico Neurólogo, Hospital Santa Clara E.S.E.

Dr. Luis Alejandro Fontanilla

Residente Neurología, Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna

Bogotá D.C., Colombia

2012

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Resumen	9
1. Introducción	11
2. Justificación	13
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo general	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. Marco teórico	16
4.1 Diagnóstico	16
4.2 Fenómenos asociados	16
4.3 El complejo trigémino-cervical	17
4.4 Compromiso del sistema nervioso autónomo	19
5. Métodos	21
5.1 Tamaño de muestra y aleatorización	21
5.2 Criterios de Inclusión	22
5.3 Criterios de Exclusión	22
5.4 Reclutamiento de pacientes	22

6. Resultados	24
7. Discusión	30
8. Conclusión	32
Referencias bibliográficas	33
Anexos	36

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Métodos	23
Figura 2. Nivel educativo de la población estudiada	24
Figura 3. Distribución de cefalea según diagnóstico	25
Figura 4. Presencia de al menos un síntoma disautonómico craneal en todos los grupos de cefalea	26
Figura 5. Presencia de al menos un síntoma disautonómico craneal en los grupos de cefalea tipo migraña vs cefalea tensional	27
Figura 6. Curva ROC de síntomas disautonómicos para el diagnóstico de migraña. Area bajo la curva de 0.79 (IC 95% 0.69 – 0.89)	29

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de la presencia de síntomas disautonómicos craneales para el diagnóstico de migraña	28

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos	35

SINTOMAS DISAUTONOMICOS CRANEALES EN PACIENTES CON MIGRAÑA Y SUS IMPLICACIONES DIAGNOSTICAS

RESUMEN

La cefalea primaria es una de las principales causas de consulta neurológica. La migraña y cefalea tipo tensión comparten muchas de sus características lo cual dificulta su diferenciación, a pesar de los criterios propuestos por la International Headache Society. Por tal motivo resulta importante conocer otros síntomas que puedan ayudarnos a diferenciarlas. Los síntomas disautonómicos craneales: inyección conjuntival, lacrimación, congestión nasal, edema palpebral, sudoración en frente/ facial y enrojecimiento facial son características distintivas de las cefalalgias autonómicas trigeminales. No obstante, estos síntomas son también comunes en pacientes con migraña mientras en cefalea tipo tensión han sido pobremente descritos y en los pocos reportes existentes su prevalencia es menor que en pacientes migrañosos. Objetivo: determinar si la presencia de síntomas disautonómicos craneales se asocia a mayor rendimiento diagnóstico para cefalea tipo migraña. Métodos: Estudio descriptivo serie de casos de pacientes con cefalea primaria diagnosticados en los hospitales Santa Clara, Tunal y Hospital Fundación San Carlos. Resultados: 93% de los pacientes con migraña presentaron al menos un síntoma disautonómico craneal vs 39% de los pacientes con otros tipos de cefalea. La probabilidad de diagnóstico de migraña aumenta mientras hay mayor cantidad de síntomas disautonómicos craneales. Conclusiones: Indagar sobre síntomas disautonómicos craneales aumenta el rendimiento diagnóstico en pacientes con migraña.

Palabras claves

Migraña, cefalea tipo tensión, síntomas disautonómicos craneales.

ABSTRACT

Primary headache is one of the leading causes of neurological complaint. Migraine and tension headache share many features making it difficult to differentiate, despite use the criteria proposed by the International Headache Society. In order to distinguish those entities it is important to know key symptoms that can help to obtain accurate diagnosis. Cranial dysautonomic symptoms like conjunctival injection, lacrimation, nasal congestion, eyelid edema, sweating forehead and facial flushing are hallmarks of trigeminal autonomic headaches and also have been described commonly in patients with migraine but not accompanying tension headache, although few reports exist. Objective: To determinate if presence of cranial dysautonomic symptoms increase probability of suffer migraine instead tension headache. Methods: A descriptive case series report of patients diagnosed with primary headache in Foundation San Carlos, Santa Clara and Tunal hospitals. Results: 93% of migraine patients presented at least one cranial dysautonomic symptom vs 39% of patients with other types of headache. The diagnosis of migraine is more likely as there are more cranial dysautonomic symptoms. Conclusions: Investigate cranial dysautonomic symptoms increases the diagnostic accuracy in patients with migraine.

Key words

Migraine, tensión-type headache, cranial dysautonomic symptoms.

1. INTRODUCCION

Aunque menos común que la cefalea tipo tensión, la migraña afecta más de 10% de la población mundial, causa sustancialmente más morbilidad individual y crea una significativa carga socioeconómica en el individuo y la sociedad. Los pacientes migrañosos experimentan una calidad de vida sustancialmente reducida, comparable a enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes y falla cardíaca congestiva. La carga económica total de la migraña es atribuida principalmente a sus costos indirectos tales como absentismo laboral o eficiencia reducida cuando se trabaja con cefalea. Dicha carga es magnificada por su pico de prevalencia entre la segunda y quinta década de la vida donde la productividad es mayor (1).

La migraña y la cefalea tipo tensión comparten muchos de los síntomas, factores precipitantes y aspectos epidemiológicos lo cual dificulta hacer una distinción entre ambos tipos de cefalea. A pesar de que la International Headache Society ha propuesto criterios claros para la definición de cada una, en condiciones clínicas puede algunas veces ser muy difícil su diferenciación. Por tal motivo resulta importante conocer otros síntomas clínicos que puedan ayudarnos a diferenciarlas (2).

Los síntomas disautonómicos craneales los cuales incluyen inyección conjuntival, lacrimación, congestión nasal, edema palpebral, sudoración en frente/facial y enrojecimiento facial son características distintivas de las cefalalgias autonómicas trigeminales. No obstante, estos síntomas son también comunes en pacientes con migraña mientras en cefalea tipo tensión han sido pobremente descritos y en los pocos reportes existentes la prevalencia de los mismos es mucho menor que en pacientes migrañosos (2) (3).

De esta manera los síntomas disautonómicos craneales podrían constituir una herramienta útil en la diferenciación de estos dos tipos de cefalea y permitirnos orientar el diagnóstico y tratamiento.

2. JUSTIFICACION

La cefalea es el síntoma neurológico más prevalente. En la mayoría de los casos corresponde a cefaleas primarias, que a pesar de su carácter benigno, se asocian a alteración de la calidad de vida. La cefalea tipo tensión y la migraña constituyen las cefaleas más frecuentes. La prevalencia estimada corresponde a 38% para cefalea tipo tensión y 10% para migraña (4). Pese a que comparten muchas de sus características clínicas y epidemiológicas, el diagnóstico y tratamiento de estas condiciones difiere significativamente.

Los criterios de la Clasificación Internacional de los trastornos asociados a cefalea versión 2 (International Classification of Headache Disorders-2, ICHD-2) (8), no permiten realizar esta distinción con claridad. Por ejemplo, la migraña puede ser bilateral, puede no tener el dolor clásico tipo pulsátil durante el ataque y puede algunas veces no acompañarse de náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Por su parte la cefalea tipo tensión puede presentarse con dolor pulsátil, náusea, vómito y puede ser unilateral. Adicionalmente, el dolor asociado a migraña, puede variar durante el tiempo, disminuyendo la frecuencia de características distintivas como la presencia náuseas, fotofobia o fonofobia (2). En resumen, las características semiológicas de la migraña pueden compartirse con la cefalea tipo tensión. Lo anterior podría asociarse al diagnóstico erróneo de estas entidades con el consiguiente aumento de la carga de la enfermedad.

Los criterios de la ICHD para distinguir migraña de cefalea tipo tensión tienen una especificidad de 94% y un valor predictivo positivo de 99%. El valor predictivo negativo es del 63%. Los criterios para cefalea tipo tensión crónica tienen una sensibilidad tan solo del 45% (5).

Se han hecho intentos para diferenciar clínicamente la migraña de la cefalea tipo tensión evaluando factores que no son incluidos en la ICHD-2 como factores precipitantes y presencia de osmofobia. La evidencia de la utilidad de estos factores ha sido contradictoria (6) (7).

Los síntomas disautonómicos craneales son comunes en pacientes con migraña. La prevalencia de estos síntomas varía significativamente entre los estudios publicados. Sin embargo, en cefalea tipo tensión, la presencia de síntomas disautonómicos craneales no ha sido evaluada sistemáticamente. En un estudio transversal que comparó la presencia de síntomas disautonómicos craneales en un grupo de 50 pacientes con migraña y 50 pacientes con cefalea tipo tensión, se encontró una prevalencia significativamente mayor en pacientes con migraña (inyección conjuntival: 38% vs 10%, lacrimación: 54% vs 14%, edema periorbitario: 38% vs 0%, síntomas nasales: 12% vs 0%) (2).

Por lo tanto un estudio que determine si los síntomas disautonómicos craneales permiten diferenciar la presencia de migraña y cefalea tipo tensión en pacientes con sospecha de cefalea primaria, podría asociarse a un diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de disminuir el impacto en la calidad de vida que generan estas enfermedades.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Determinar si la presencia de síntomas disautonómicos craneales se asocia a mayor rendimiento diagnóstico de la cefalea tipo migraña en relación a la cefalea tipo tensional.

3.2 Objetivos específicos

- Describir cuales son los síntomas disautonómicos craneales más frecuentes en pacientes con cefalea tipo tensional y migraña.
- Estimar la frecuencia de síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña crónica y cefalea tipo tensión en nuestra población.
- Describir las características demográficas de la población.
- Determinar el rendimiento diagnóstico de los síntomas disautonómicos craneales para el diagnóstico de migraña

4. MARCO TEORICO

El término migraña es derivado de la palabra griega hemicrania, introducido por Galeno en el año 200 D.C. La migraña es una cefalea primaria común con una prevalencia anual de aproximadamente 18% en mujeres, 6% en hombres y 4% en niños (1). Los ataques consisten en varias combinaciones de cefalea y síntomas neurológicos, gastrointestinales y autonómicos. La mayoría de pacientes desarrollan migraña en las primeras tres décadas de la vida, algunos en la cuarta y aún en la quinta (4).

4.1 Diagnóstico

La International Headache Society (IHS) propuso y publicó su clasificación de cefalea en 1988, revisada en el 2004 (8), considerando como criterios diagnósticos para migraña la presencia de al menos cinco ataques con una duración entre 4 y 72 horas de localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada a severa y exacerbación con la actividad física de rutina. Como síntomas asociados se estableció la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas: náuseas y/o vómito, fotofobia y fonofobia. La migraña fue dividida en dos categorías: migraña con aura y sin aura, siendo el aura el complejo de síntomas neurológicos focales que preceden o acompañan un ataque y que puede corresponder a alteraciones sensitivas, visuales, vestibulares o del lenguaje completamente reversibles.

4.2 Fenómenos asociados

Adicionalmente a las características descritas en la definición de la IHS, otros síntomas son comúnmente referidos por los pacientes con migraña, tales como anorexia, diarrea, dolor en el cuello, euforia, agitación, enojo y depresión. Además se ha descrito con frecuencia la presencia de congestión nasal, palidez o

enrojecimiento facial, sensaciones de calor, frío o sudoración y los típicos hallazgos oculares de la cefalea en racimos (9 -13).

4.3 El complejo trigémino-cervical

Los pacientes con migraña frecuentemente reportan dolor en la distribución de la primera división del nervio trigémino. Sin embargo, el dolor frecuentemente excede el territorio trigeminal comprometiendo la región posterior de la cabeza inervada por el nervio occipital mayor. Además otras características clínicas tales como hipersensibilidad de la piel de la cara o cuero cabelludo y rigidez e hiperalgesia en los músculos del cuello frecuentemente son reportadas. Experimentalmente se ha demostrado que la extensión y referencia del dolor pueden ser inducidas por estimulación de estructuras en el cuello, las cuales son inervadas por las raíces cervicales superiores. Un mecanismo que puede explicar estos hallazgos clínicos y experimentales es la convergencia de aferentes trigeminales y cervicales sobre neuronas en el complejo trigémino-cervical del tallo cerebral (9).

Los impulsos nociceptivos de la duramadre a la primera sinapsis en el tallo cerebral son transmitidos por fibras de diámetro pequeño A y C en la división oftálmica del nervio trigémino a través del ganglio trigeminal a neuronas nociceptivas de segundo orden en las capas superficiales y profundas del asta dorsal medular del complejo trigémino-cervical. El complejo trigémino-cervical se extiende del núcleo trigeminal caudal a los segmentos C1 Y C2 de la médula espinal. Estas neuronas trigeminales sensitivas durales muestran un alto grado de convergencia de entradas de otras fuentes aferentes (por ejemplo campos receptivos faciales y corneales).

Las raíces cervicales espinales superiores también contribuyen a la inervación sensorial de estructuras craneales y cervicales. Las estructuras occipitales y

suboccipitales tales como vasos y la duramadre de la fosa posterior, músculos cervicales paraespinales profundos, articulaciones y ligamentos, son inervados por las raíces cervicales superiores y son reconocidas fuentes de dolor en la cabeza y cuello. El influjo nociceptivo de estas estructuras suboccipitales también es mediado por fibras aferentes de diámetro pequeño en las raíces cervicales superiores terminando en el asta dorsal del segmento cervical de la médula espinal. La principal contribución aferente es mediada por la raíz espinal C2 que es periféricamente representada por el nervio occipital mayor. Similar a las neuronas sensitivas trigeminales, estas neuronas cervicales muestran una alta convergencia de entradas de músculos y piel del cuello.

Aunque Kerr y Olafson sugirieron una sobreposición anatómica de aferentes trigeminales y cervicales a través del complejo trigémino-cervical desde el nivel del núcleo trigeminal caudal hasta al menos el segmento C2, una relación directa entre aferentes meníngeas y aferentes cervicales en el asta dorsal espinal sólo fue descrita recientemente.

Un estudio caracterizó una población de neuronas en el asta dorsal de C2 que recibían entradas convergentes de la duramadre supratentorial y el nervio occipital mayor ipsilateral y contralateral: una entrada convergente de la piel facial correspondiente al dermatoma de la división oftálmica del nervio trigémino incluyendo la córnea así como un campo receptivo correspondiente a la piel cervical de los dermatomas C2/C3 y a músculos paraespinales profundos inervados por el nervio occipital mayor. Esta distribución anatómica se correlaciona con el dolor de cabeza y cuello pobremente localizado con frecuencia referido por los pacientes afectados (9) (14).

4.4 Compromiso del sistema nervioso autónomo

Hallazgos clínicos y experimentales soportan el compromiso del sistema nervioso autónomo en pacientes con migraña. Con frecuencia los ataques de migraña se asocian a síntomas como náusea, vómito, diarrea, palidez, enrojecimiento facial, piloerección, diaforesis y fotofobia (9-13).

Basados en estudios de función autonómica, múltiples autores han reportado la presencia de hipofunción simpática en pacientes con migraña: hipofunción pupilar simpática, hipotensión ortostática, una alteración en la fase 4 de la maniobra de Valsalva, un bajo nivel de norepinefrina en plasma y una pobre respuesta a la prueba presora en frío (9).

Adicionalmente, diferentes hallazgos soportan el compromiso del sistema parasimpático craneal. Primero, la frecuente asociación de migraña con síntomas autonómicos tales como enrojecimiento facial, lacrimación, rinorrea, inyección conjuntival, edema palpebral y sudoración en frente y cara. Segundo, se ha identificado incremento del péptido intestinal vasoactivo en los vasos venosos craneales de pacientes con migraña durante ataques de dolor asociado a lacrimación y rinorrea. Tercero, la instilación intranasal de lidocaína, la cual posiblemente puede bloquear el flujo parasimpático al cráneo, es un efectivo tratamiento de cefalea cluster y para muchos ataques de migraña. Cuarto, Drummond y Lance han mostrado aumento en la vasodilatación de la frente en respuesta a la irritación de los ojos con gotas jabonosas diluidas sobre el lado sintomático en pacientes con cefalea cluster. El mismo vasodilatador parasimpático craneal parece estar alterado en migraña, intensificando el dolor y siendo responsable de las alteraciones autonómicas durante los ataques (9).

La base fisiológica de estos síntomas es el reflejo autonómico trigeminal: Las aferentes en el nervio trigeminal proveen inervación nociceptiva a las estructuras craneales cursando a través del ganglio trigeminal y la raíz sensitiva se proyecta al núcleo trigeminal. Las fibras descienden en el tracto descendente del nervio trigeminal al nivel del núcleo trigeminal caudal y astas dorsales de la medula espinal de los niveles C1 y C2, el complejo trigémino-cervical anteriormente descrito. Algunos estudios han demostrado la conexión entre neuronas del complejo trigémino-cervical y aquellas del núcleo salivatorio superior. La sinapsis implica transmisión glutamérgica.

La parte eferente de este reflejo involucra el nervio facial con proyecciones que no hacen sinapsis en el ganglio geniculado sino pasan al ganglio pterigopalatino. Las fibras postganglionares se distribuyen a través del nervio petroso superficial mayor para proveer inervación a los vasos sanguíneos y glándulas de la cavidad nasal y el paladar, la glándula lacrimal y los vasos sanguíneos del ojo. Los efectos periféricos son ampliamente mediados por neuroefectores peptídicos tales como péptido intestinal vasoactivo y óxido nítrico (9) (14) (15).

5. METODOS

A todos los pacientes con sospecha de cefalea primaria que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se les aplicó en la consulta inicial de neurología un cuestionario estandarizado para el registro de las características de la cefalea, variables demográficas, clínicas, paraclínicas y respuesta al tratamiento así como la presencia de síntomas disautonómicos craneales (cuestionario de recolección de datos). Este cuestionario fue diseñado con el fin de registrar todos los datos que permitieran realizar el diagnóstico de migraña y cefalea tipo tensión. Se realizó una descripción inicial de los datos mediante medidas de dispersión y tendencia central.

Posteriormente dos neurólogos con amplia experiencia en el diagnóstico y tratamiento de cefaleas primarias (neurólogos evaluadores), utilizando toda la información contenida en el cuestionario de recolección de datos, determinaron cuales eran los participantes con migraña y los pacientes con cefalea tipo tensión. Cada uno de los neurólogos expertos determinó en forma individual el cumplimiento de los criterios de la IHS y clasificó el tipo de cefalea. Las diferencias entre las clasificaciones fueron resueltas por consenso y mediante consulta con el neurólogo tratante.

Las diferencias entre la sensibilidad y la especificidad de los criterios aplicados en ambos grupos para el diagnóstico de migraña se determinaron mediante la prueba exacta de Fisher. (Figura 1.)

5.1 Tamaño de muestra y aleatorización

El tamaño de muestra se determinó de acuerdo al método presentado por Beam para estudios que comparan la sensibilidad y especificidad de dos pruebas

diagnósticas. Para tal fin, se estableció una sensibilidad de los criterios de la IHS para migraña crónica del 45%, una sensibilidad hipotética de los criterios que incluyan la presencia de síntomas autonómicos del 70%, un error tipo 1 del 5% y un poder del 80%. Con estos estimados, se calculó un tamaño de muestra de 63 pacientes para cada uno de los grupos de estudio.

5.2 Criterios de Inclusión

- I. Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- II. Sospecha de cefalea primaria.
- III. Que acepte participar en el estudio.

5.3 Criterios de Exclusión

- I. Sospecha o evidencia de cefalea secundaria.
- II. Pacientes que cumplan criterios clínicos de cefalea autonómica.
- III. Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- IV. Pacientes con incapacidad mental para el auto-reporte (antecedente de retardo mental, demencia o enfermedad psiquiátrica severa).

5.4 Reclutamiento de pacientes

Los pacientes se reclutaron a través de la consulta externa de neurología del Hospital Santa Clara, Tunal y Hospital Fundación San Carlos.



Figura 1. Métodos

6. RESULTADOS

Se reclutaron al final del estudio 126 pacientes. El 90% de la población estudiada correspondió al sexo femenino. Edad media de 39 años con un rango entre 19 y 65 años. La mayoría de los pacientes tenía educación primaria (40%) seguidos de educación universitaria, secundaria y educación técnica. (Figura 2.)

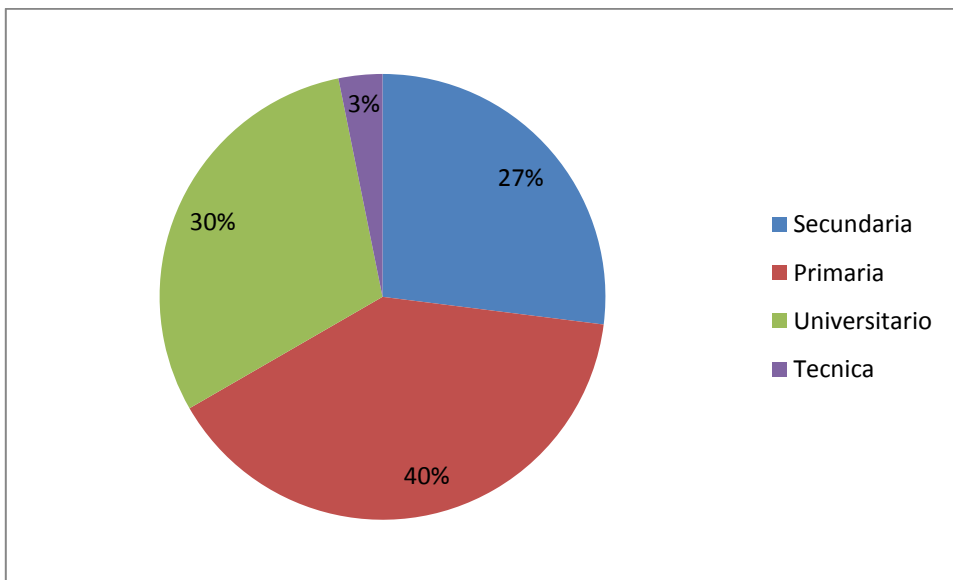


Figura 2. Nivel educativo de la población estudiada

De los 126 pacientes el diagnóstico inicial realizado por los neurólogos reclutadores fue cambiado por consenso de los dos neurólogos evaluadores y en común acuerdo con los autores en 12 pacientes, 4 pacientes de cefalea tensional a diagnóstico definitivo de migraña crónica, 5 pacientes de migraña sin aura a migraña con aura y 2 pacientes de cefalea tipo migraña crónica a cefalea crónica tipo tensión. Un paciente fue excluido por presencia de migraña en racimos la cual era criterio de exclusión.

La distribución final de los diagnósticos de esta serie de casos se describe a continuación en la figura 3. La cefalea más frecuente fue la migraña con aura 39%. El 25.4 % de los pacientes evaluados presentaba abuso de analgésicos siendo más frecuentemente asociado al uso de AINES: 73%. El 27% abuso de opiodes. No se documentaron casos de abuso de triptanes.

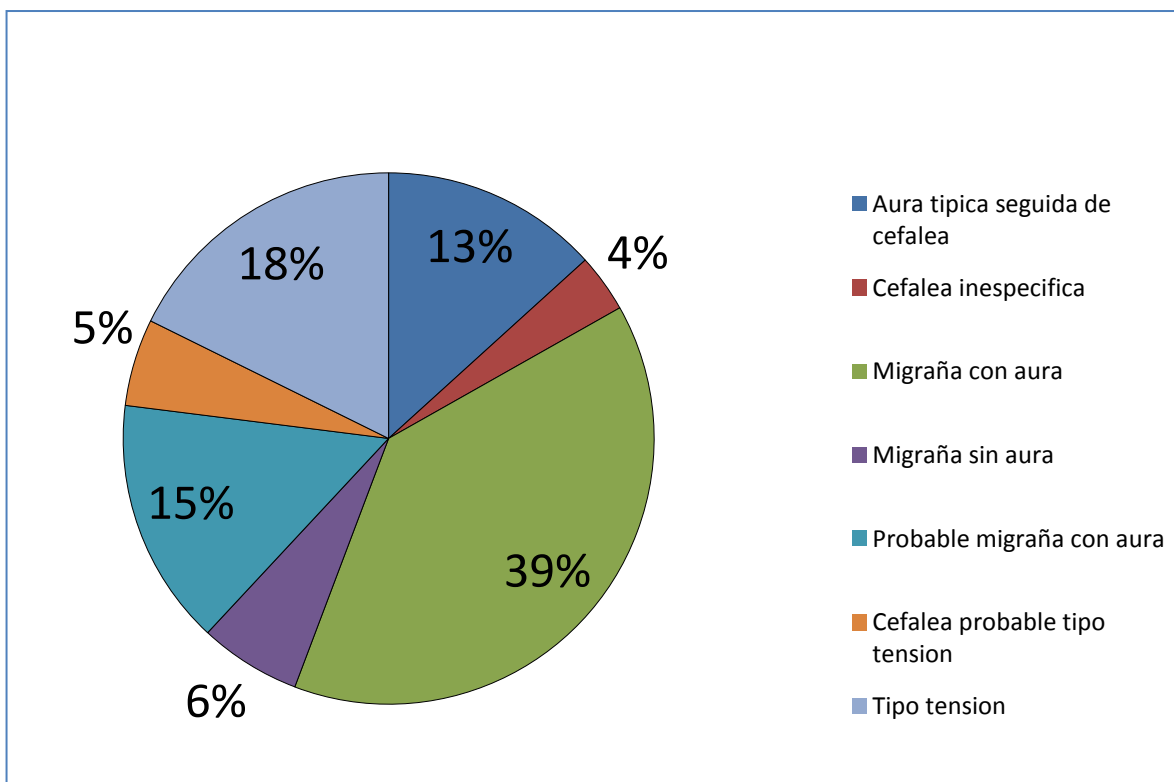


Figura 3. Distribución de cefalea según diagnóstico

La presencia de al menos un síntoma disautónomico craneal se observó con mayor frecuencia en la migraña con aura (95%) y en general en todas las

migrañas siendo superior al 90% de los pacientes. Así mismo estos síntomas fueron menos frecuentes en pacientes con cefalea tensional. (Figura 4.)

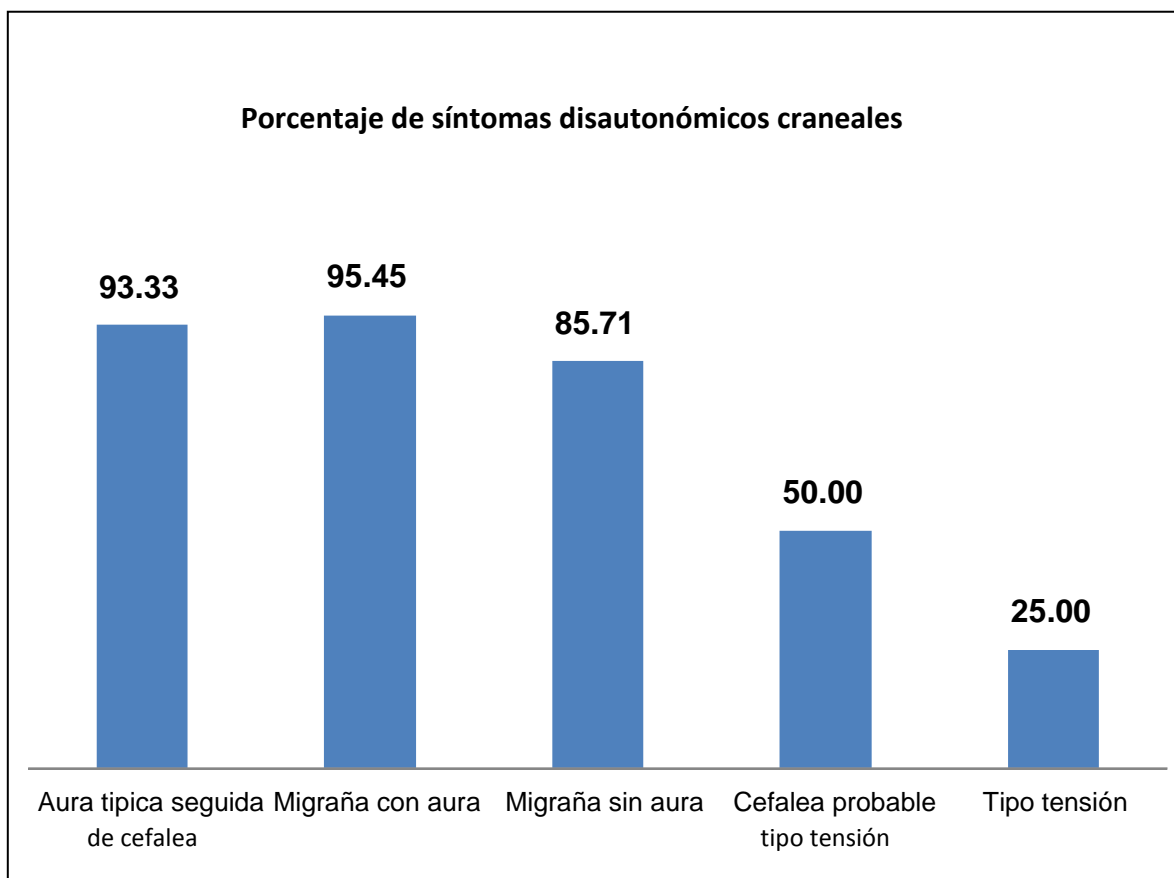


Figura 4. Presencia de al menos un síntoma disautonómico craneal en todos los grupos de cefalea

Posteriormente se agruparon las cefaleas en dos grandes grupos. En el primer grupo denominado cefalea tipo migraña se incluyeron pacientes con diagnóstico de aura típica seguida de cefalea, migraña con aura, migraña sin aura, migraña crónica y probable migraña con aura. En un segundo grupo denominado cefalea

tensional se agruparon los pacientes con probable cefalea tipo tensión y cefalea tipo tensión.

Al evaluar la presencia de síntomas disautonómicos en estos dos grupos (cefalea tipo migraña vs cefalea tensional) se encontró que el 93% de los pacientes con migraña refería al menos un síntoma disautonómico craneal vs 39% de los pacientes con cefalea tensional. (Figura 5.)

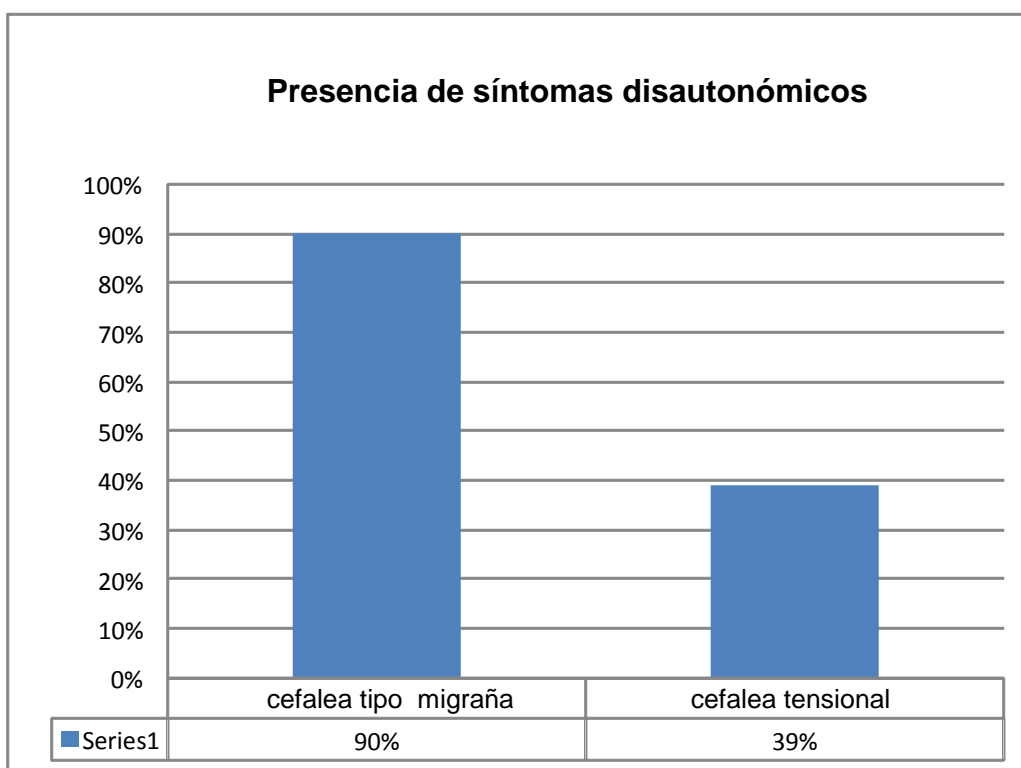


Figura 5. Presencia de al menos un síntoma disautonómico craneal en los grupos de cefalea tipo migraña vs cefalea tensional

El síntoma disautonómico craneal más frecuente en el grupo de cefalea tipo migraña fue inyección conjuntival en el 63.2% seguido de enrojecimiento facial

61% y lacrimación 45%. En el grupo de cefalea tensional el síntoma más frecuente fue enrojecimiento facial 23%, seguido de congestión nasal 22%, inyección conjuntival 16% y lacrimación 15%.

Al evaluar la sensibilidad y la especificidad encontramos que a mayor cantidad de síntomas disautonómicos craneales referidos por el paciente la probabilidad de que se tratara de una migraña era más alta. (Tabla 1.)

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de la presencia de síntomas disautonómicos craneales para el diagnóstico de migraña

Número de síntomas disautonómicos	Sensibilidad	Especificidad	Clasificados correctamente	LR+	LR-
(≥ 0)	100.00%	0.00%	73.60%	1.0000	
(≥ 1)	93.48%	60.61%	84.80%	2.3729	0.1076
(≥ 2)	88.04%	63.64%	81.60%	2.4212	0.1879
(≥ 3)	68.48%	75.76%	70.40%	2.8247	0.4161
(≥ 4)	43.48%	87.88%	55.20%	3.5870	0.6432
(≥ 5)	17.39%	93.94%	37.60%	2.8696	0.8794
(≥ 6)	8.70%	93.94%	31.20%	1.4348	0.9719
(≥ 7)	0.00%	93.94%	24.80%	0.0000	1.0645
(> 7)	0.00%	100.00%	26.40%		1.0000

Al realizar una curva ROC encontramos un área bajo la curva de 0.79 (IC 95% 0.69 – 0.89) demostrando la utilidad de los síntomas disautonómicos craneales para el diagnóstico de cefalea tipo migraña. (Figura 6.)

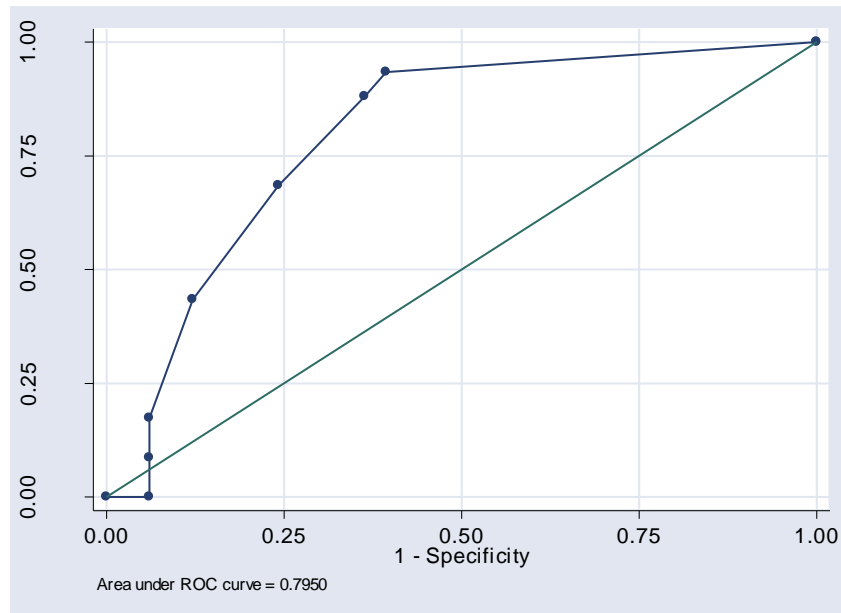


Figura 6. Curva ROC de síntomas disautonómicos para el diagnóstico de migraña. Area bajo la curva de 0.79 (IC 95% 0.69 – 0.89)

7. DISCUSION

En el presente trabajo fueron reclutados 125 pacientes con cefalea primaria excluyendo cefaleas trigeminales. La mayor parte de la población correspondió al sexo femenino, en edad media de la vida, en su mayoría con educación primaria. El diagnóstico más frecuente fue migraña con aura. Una cuarta parte la población estudiada presentó abuso de analgésicos.

Los síntomas disautonómicos craneales fueron mucho más frecuente en pacientes con migraña que en pacientes con otro tipo de cefalea primaria. El 93% de los pacientes con migraña presentó al menos un síntoma disautonómico craneal vs 39% de los pacientes con otros tipos de cefalea. Así mismo, a mayor cantidad de síntomas disautonómicos craneales referidos por el paciente, la posibilidad de que se trate de cefalea tipo migraña es mayor. Los síntomas disautonómicos craneales más frecuentemente referidos por los pacientes con migraña fueron inyección conjuntival, enrojecimiento facial y lacrimación.

La presencia de síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña tiene su respaldo fisiológico en la activación del reflejo trigémico-cervical. En este reflejo, las neuronas del complejo trigémico-cervical establecen sinapsis glutamatérgicas con neuronas del núcleo salivatorio superior. Las proyecciones eferentes realizan sinapsis en el ganglio pterigopalatino. Las fibras postganglionares se distribuyen a través del nervio petroso superficial mayor, innervando a los vasos sanguíneos y glándulas de la cavidad nasal y el paladar, la glándula lacrimal y los vasos sanguíneos del ojo. Los efectos periféricos son mediados por péptido intestinal vasoactivo y óxido nítrico. Este mecanismo daría cuenta de los síntomas disautonómicos craneales referidos por gran parte de los pacientes con migraña (9) (14) (15).

Según algunos reportes, los síntomas disautonómicos craneales en pacientes con migraña son menos prominentes y más probablemente bilaterales que en pacientes con cefalalgias trigeminales (14). Adicionalmente los ataques de migraña tienen duración de horas a días, mientras las cefaleas trigeminales tienen exacerbaciones de segundos (cefalea unilateral neuralgiforme de corta duración), minutos (hemicrania paroxística) o pocas horas (cefalea en racimos) (8) (14). No obstante, en el presente trabajo fueron excluidos los pacientes con diagnóstico de cefalalgia trigeminal para evitar confusión entre estos dos tipos de cefalea.

Por su parte, en cefalea tipo tensión, los pocos reportes existentes muestran una prevalencia mucho menor de síntomas disautonómicos craneales que en pacientes con migraña lo que ha sido corroborado por el presente trabajo (2) (3).

Nuestro estudio demuestra que indagar en la consulta neurológica por la presencia de síntomas disautonómicos craneales se asocia a mayor rendimiento diagnóstico de migraña. De esta manera, pueden constituir una herramienta útil y complementaria a los criterios de la IHS, teniendo en cuenta que estos últimos por sí solos, en muchas oportunidades no permiten realizar una clara diferenciación entre cefalea tipo migraña y cefalea tipo tensión (2) (5).

8. CONCLUSION

Los síntomas disautonómicos craneales son mucho más comunes en pacientes con migraña que en pacientes con cefalea tipo tensión, siendo los más frecuentemente referidos: inyección conjuntival, enrojecimiento facial y lacrimación. A mayor cantidad de síntomas disautonómicos craneales, aumenta la probabilidad de que la cefalea corresponda a migraña.

La cefalea tipo migraña y la cefalea tipo tensión comparten muchas de sus características epidemiológicas y clínicas y los criterios de la ICHD por sí solos en muchas ocasiones no son suficientes para la diferenciación de estas dos entidades.

De esta manera, los síntomas disautonómicos craneales constituyen una herramienta que aunada a los demás datos de la historia clínica pueden ayudarnos a establecer el diagnóstico diferencial entre migraña y cefalea tipo tensional sin excluir totalmente la tensional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins M, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol.* 2010; 30(1):107-19.
2. Gupta R, Singh Bhatia M. Comparison of clinical characteristics of migraine and tension type headache. *Indian J Psychiatry.* 2011; 53(2):134-39.
3. Lai T-H, Fuh J-L, Wang S-J. Cranial autonomic symptoms in migraine : characteristics and comparison with cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009; 80:116-19.
4. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* 2008; 7:354-61.
5. Pajarón E, Lainez JM, Monzón MJ, Parra J, Peiró C, Sancho J. The validity of the classification criteria of the International Headache Society for migraine, episodic tension headache and chronic tension headache. *Neurologia.* 1999; 14(6):283-88.
6. Zivadinov R, Willheim K, Sepic-Grahovac D, Jurjevic A, Bucuk M, Brnabic-Razmilic O. Migraine and tension-type headache in Croatia: A population-based survey of precipitating factors. *Cephalalgia.* 2003; 23:336-43.
7. Porta-Etessam J, Casanova I, García-Cobos R, Lapeña T, Fernández MJ, García-Ramos R. Osmophobia analysis in primary headache. *Neurologia.* 2009; 24:315-17.

8. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2^a ed. Cephalalgia. 2004; 24 supl 1:1-152.

9. Avnon Y, Nitzan M, Sprecher E, Rogowski Z, Yarnitsky D. Different patterns of parasympathetic activation in uni and bilateral migraineurs. Brain. 2003; 126:1660-70.

10. Avnon Y, Nitzan M, Sprecher E, Rogowski Z, Yarnitsky D. Autonomic asymmetry in migraine: augmented parasympathetic activation in left unilateral migraineurs. Brain. 2004; 127:2099-108.

11. Gupta R, Bhatia MS. A report of cranial autonomic symptoms in migraineurs. Cephalalgia. 2006; 27:22-28.

12. Barbanti P, Fabbrini G, Pesare M, Vanacore N, Cerbo R. Unilateral cranial autonomic symptoms in migraine. Cephalalgia. 2002; 22:256-59.

13. Obermann M, Yoon M-S, Dommes P, Kuznetsova J, Maschke M, Weimar C et al. Prevalence of trigeminal autonomic symptoms in migraine: a population-based study. Cephalalgia. 2007; 27:504-09.

14. Goadsby P. Lacrimation, conjunctival injection, nasal symptoms...cluster headache, migraine and cranial autonomic symptoms in primary headache disorders-what's new?. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(10):1057-58.

15. Goadsby P. Pathophysiology of migraine. *Continuum: Lifelong Learning Neurol.* 2006; 12(6): 52-66.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

EVALUACION DE SINTOMAS DISAUTONOMICOS CRANEALES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE MIGRAÑA

DATOS DEL PACIENTE (por favor llenar **TODOS** los espacios)

Primer nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo apellido
Tipo / No. de documento _____		No. de historia clínica _____	
Dirección residencia _____			
Dirección laboral _____			
Teléfono 1 _____	Teléfono 2 _____	Teléfono 3 _____	

DATOS DEL FAMILIAR (por favor llenar **TODOS** los espacios)

Primer nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo apellido
Dirección residencia _____			
Dirección laboral _____			
Teléfono 1 _____	Teléfono 2 _____	Teléfono 3 _____	

CARACTERISTICAS BASALES (por favor llenar **TODOS** los espacios)

Iniciales del entrevistador Fecha (DD/MM/AAAA)

Fecha de nacimiento Escolaridad _____

Género Femenino Masculino Ocupación _____

Sitio de reclutamiento

H. Santa Clara H. Tunal CCLLR UNAL Otro Cuál? _____

Tratamiento profiláctico NO SI Cuál?

Amitriptilina Venlafaxina Mirtazapina Acido Valproico

Betabloqueadores Topiramato Flunarizina

Otros Cuáles _____

Historia familiar de migraña SI NO

Uso de anticonceptivos orales SI NO

FRECUENCIA E IMPACTO DE LA CEFALEA (por favor llenar **TODOS** los espacios)

Frecuencia de la cefalea último mes _____ Requirió medicación analgésica más de 15 días al mes? NO SI

Causó inasistencia laboral / escolar? NO SI Cuántos días al mes?

Duración diaria de la cefalea (estimado de horas los días que presentó) Tiempo de evolución _____

SINTOMAS AUTONOMICOS CRANEALES (por favor llenar **TODOS** los espacios)

Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal/rinorrea	<input type="checkbox"/>
Lacrimación	<input type="checkbox"/>	Enrojecimiento facial	<input type="checkbox"/>
Edema palpebral	<input type="checkbox"/>	Sensación de calor en la cabeza	<input type="checkbox"/>
Sudoración en frente o facial	<input type="checkbox"/>		

CARACTERISTICAS DE LA CEFALEA (por favor llenar TODOS los espacios)

Localización	Unilateral	<input type="checkbox"/>	Bilateral	<input type="checkbox"/>	Otro	Cuál?	_____
Tipo de dolor	Pulsátil	<input type="checkbox"/>	Opresivo	<input type="checkbox"/>			
Intensidad	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>	Severa	<input type="checkbox"/>	
Incremento con actividad física de rutina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
Náusea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Vómito	SI	<input type="checkbox"/>
						NO	<input type="checkbox"/>
Fotofobia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fonofobia	SI	<input type="checkbox"/>
						NO	<input type="checkbox"/>
Dolor/tensión en los músculos del cuello	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
Síntomas visuales positivos y/o negativos completamente reversibles	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
Síntomas sensitivos positivos y/o negativos completamente reversibles	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
Síntomas vestibulares y/o auditivos completamente reversibles	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
Alteración reversible del lenguaje	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			

FIRMA DEL ENTREVISTADOR INICIALES DD MM AAAA

EVALUACION DEL TRATAMIENTO (por favor llenar TODOS los espacios)

Recibió medicamentos NO SI Cuál? _____ DOSIS _____

Propanolol _____

Amitriptilina _____

Imiprimina _____

Acido valproico _____

Topiramato _____

Otro Cuál? _____

Medidas locales: Fisioterapia Acupuntura Infiltración Otro Cuál? _____

Número de cefaleas durante el último mes _____

Cumplimiento del tratamiento SI NO

Requirió medicación analgésica más de 15 días al mes? SI NO

NEUROIMAGENES (por favor llenar TODOS los espacios)

TAC cerebral SI NO Resultado: Normal Anormal

IRM cerebral SI NO Resultado: Normal Anormal

Observaciones: _____

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

INICIALES

DD

MM

AAAA

