

CEFALEAS DE CAUSA NO SOMÁTICA. SUS PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS (1)

DR. M. DURAN LOPEZ
NEUROPSIQUIATRA DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL
(SANATORIO DE «LOS PRADOS»)
JAÉN

Señores:

Al abordar el tema de las cefaleas no puedo evitar sentir cierto temor ante la dificultad que representa el poderlo enfocar con ideas claras y concretas, sin dejarse llevar de prejuicios organicistas o psicológicos en el intento de encuadrar cada caso en su lugar diagnóstico más correcto y eficaz en razón al oportuno tratamiento. Puesto que al fin y al cabo es esto lo que persigue cada médico ante el enfermo: un acertado diagnóstico para una eficaz terapéutica.

Comprenderán Vdes. fácilmente la dificultad de abordar imparcial y certeramente la cuestión si tienen la curiosidad de consultar el tema de cefaleas en varias obras o monografías a ello dedicadas. Verán que en princi-

pio hay dos campos claramente delimitados: el de las cefaleas sin substrato anatómico fundamental, y el de las cefaleas de causa orgánica claramente definida. Pero al lado de estos netamente delimitados existen otros en los que se adjudica mayor predominio a lo orgánico o a lo psíquico, según que en los conceptos del autor predomine en general la tendencia a la anatomopatología o a la psicopatología.

Esta disparidad de criterios, mejor aún que en las obras modernas se aprecia en aquellas que aún no siendo muy antiguas datan ya de algunos años. La extensión del concepto de psicósomática, como consecuencia de la visión unitaria de la personalidad ha permitido dar su adecuada significación a diversas cefaleas, que de no ser enfocadas de esta

(1) Conferencia desarrollada en el Seminario Médico del Instituto de Estudios Giennenses. (1958).

manera no tendrían justo encuadre diagnóstico, por faltarles absolutamente una base, más que anátomo, fisiopatológica.

Pero independientemente de estas disparidades producidas por la natural evolución de los criterios médicos, existen otras derivadas de la misma naturaleza humana y de los mismos principios de la psicopatológica. Porque si un trastorno psíquico de determinada naturaleza puede dar lugar a un síntoma con apariencia de base orgánica, también puede producirse la viceversa: que en una enfermedad somática crónica, un defecto físico molesto o una mutilación productora de una minusvalía, o una afección de desenlace letal conocida por el paciente, repercutan sobre el psiquismo del enfermo originando un estado de tensión e inquietud, y provocando secundariamente una cefalea.

Y con ello se embrolla más el asunto al tener que considerar en la etiología diversos factores que, siendo cualquiera de ellos «per se» capaz de producir la cefalalgia, sin embargo tendrá un cariz más somático o más psicógeno según la especial constitución del enfermo, y su manera de reaccionar particular a los estímulos ambientales y los choques de la vida.

Es el caso por ejemplo de las cefaleas originadas por la denominada «costilla cervical», ¿cuántos casos hay de personas que solo se sabe que la tienen cuando por motivos ajenos a ella se practica una radiografía? ¿Por qué en cambio otros con esta misma anomalía, a veces en

grado bastante menor nos vienen consultando de cefaleas que parecen producidas por la costilla cervical? ¿Qué razones existen en unos sujetos para que sean insensibles a las molestias que pueda causarles, mientras otros las acusan intensamente? ¿Es que solo se acusa el dolor cuando a la costilla cervical se añaden otras causas que mantienen en contractura los músculos del cuello, o cuando se fija la atención en la molestia que ello significa? ¿Qué participación real tienen uno y otro agente en la producción del dolor?

He aquí uno de tantos problemas que en ocasiones se plantean al pretender dilucidar la génesis somática o psíquica de una cefalalgia. Y estos problemas solamente los podemos resolver de una manera: conociendo al paciente. En sus dos facetas somática y psíquica, como única forma de no convertirnos en rutinarios buscadores del desorden somático a toda costa, por el contrario subiéndonos a las nubes, pretender solucionar con consejos y psicoterapias, problemas para cuya solución es necesaria una adecuada intervención medicamentosa o quirúrgica.

Sirvan pues estas líneas como preámbulo y noción general sobre las cefaleas; encontraremos unas —las orgánicas— en las que existe un claro desorden somático que directa o indirectamente produce la cefalea. En ellas existe una relación de causa a efecto y para suprimir éste es necesario actuar sobre la causa motivadora. Existen otras de origen claramente psicógeno, y que

solo desaparecen al modificar el paciente su actitud general ante la vida o la particular ante un determinado problema que le acucia. Y finalmente hay en muchas de ellas un intrincado cruce de facetas psíquicas y somáticas en virtud de las cuales se provoca o mantiene la cefalea y en las que una y otra se influyen, recíprocamente hasta que uno de los eslabones del círculo así producido se desarticula, bien porque el paciente haya adoptado otra aptitud ante el conflicto psíquico bien por una modificación de las circunstancias que dieron lugar a él o bien por la acción de una eficaz terapéutica tanto en el terreno somático como en el psíquico por parte del médico.

No podemos ni es mi propósito enumerar siquiera las numerosas causas que pueden ser origen de cefaleas. Son tantas que su sola enumeración consumiría el tiempo destinado a esta charla y la haría demasiado abigarrada con el riesgo de perder en claridad lo que ganaría en amplitud. Por ello sobre el pensamiento inicial de hacer una revisión de todas las cefaleas con especial mención de las de tipo funcional ha predominado el de referirme solamente a aquellas que no presentan causa somática aparente.

Así pues, solamente me referiré a las cefaleas de origen somático de pasada, en los casos aquellos en que sea preciso por razones de diagnóstico diferencial. Creo que es el criterio más acertado, puesto que mientras las causas somáticas de las cefaleas es fácil encontrarlas resumi-

das de manera que su lectura conjunta se hace rápida y eficazmente, en cambio la revisión de las cefaleas funcionales requiere una numerosa bibliografía con lo que la visión de conjunto de ellas resulta más difícil y engorrosa.

Por consiguiente voy a limitarme a hablar de las cefaleas que aparentemente no presentan una base anatomopatológica, y a los problemas diagnósticos y terapéuticos con que más frecuentemente tropezamos ante ellas.

Haciendo una síntesis en grupos homogéneos de estas cefaleas encontramos que se pueden resumir en los siguientes:

1.º Cefaleas de origen psíquico propiamente dicho:

A) de los estados de tensión psíquica y ansiedad.

B) de algunas formas de neurosis.

C) Cefaleas post-traumáticas.

2.º Cefaleas con una base fisiopatológica constitucional pero que también son afectadas por los estados psíquicos:

A) Jaqueca o neurodistonía migrañeide.

B) Cefalalgia histamínica.

C) Cefaleas alérgicas.

3.º Cefaleas incluíbles en el círculo de las principales psicosis.

A) Cefaleas de los estados depresivos.

B) Cefaleas como equivalentes epilépticos.

Cefaleas de origen psíquico propiamente dicho.

A) En los estados de tensión psíquica y ansiedad.

En ocasiones vienen a consultarnos pacientes a causa de cefaleas localizadas especial o preferentemente en la región oc-

cipital. A la inspección y palpación encontramos un dolor que se extiende por todas las masas musculares de la nuca y región posterior del cuello, e incluso en ocasiones hasta los hombros. No existen puntos dolorosos fijos como en la neuralgia occipital. Las radiografías de columna vertebral son normales, y no existe motivo para pensar que se trata de un reumatismo muscular localizado a esta región.

En un principio esta cefalea se consideró como de causa somática, por fibrosis o miógena como se la denominó. (HELLEDA PERITZ, MULLER y otros). En ella demuestran que a la palpación se encuentran infiltrados nodulares y fibrosos en los músculos mencionados. Según MULLER lo esencial sería en estos casos la hipertonia muscular que a la larga originaría el endurecimiento de ciertas fibras musculares. Ello lo atribuye a una infección sistematizada a todos los músculos de la cabeza.

Siguiendo este orden de investigaciones BING y SCHADE, no descubren lesiones histológicas en los músculos, incluso en las celulitis y fibrosis aparentes. Ello le hace suponer a SCHADE que se trata de una miogelosis, es decir, de una alteración coloidal del tejido muscular. También los estudios de WEDDELL han confirmado el hecho de que estos pretendidos nódulos de miositis o miogelosis presentan estructura histológica normal.

Finalmente siguiendo este orden de investigaciones nos encontramos con que WOLFF ha medido con registros especiales la

tonicidad de las masas musculares del cuello en sujetos normales y en este tipo de enfermos encontrando que el estado de tonicidad de estos últimos es mayor que en los primeros, lo que explica la formación de los pseudonódulos que se aprecian a la palpación, a la vez que la contractura sostenida a la larga origina dolor cefálico.

Si saliéndonos de la esfera puramente somática profundizamos un poco en los problemas del paciente, encontramos con que existe en él una de estas dos cosas: la existencia de algo que le obliga a encontrarse en actitud de alerta permanente, o bien alguna razón que le obliga en sentido imaginario «agachar la cabeza», actitud contra la que se resiste el amor propio del enfermo.

De esta actitud de alerta constante, o del encuentro entre las dos imaginarias de someterse a algo desagradable y resistirse a ellos se origina un estado de hipertonicidad de los músculos de la nuca que acaba a la larga por originar dolor. Este dolor se refiere especialmente a la región occipital pero frecuentemente también se irradia hacia la parte superior o laterales de la cabeza enmascarando su punto real de origen.

Ahora bien; el diagnóstico diferencial de esta variedad de cefalea es un problema serio, pues este estado de los músculos de la nuca se puede presentar en numerosas afecciones cefálicas, algunas de las cuales pueden ser verdaderamente graves. Pueden ser un síntoma inicial de una

meningitis. Pueden igualmente ser una manifestación de un proceso compresivo intracraneal, de la misma manera que también se produce rigidez muscular en la nuca como defensa contra el dolor en la hemicránea. Incluso puestos a pensar puede ser un auténtico reumatismo que ha afectado a diversos músculos, entre ellos a los de la región posterior del cuello. También puede ser debido a la contractura refleja de un proceso vertebral a este nivel, etc., etc.

Todos estos procesos hemos de eliminarlos de nuestro diagnóstico antes de pronunciarnos en favor de una cefalea producida por un estado de tensión psíquica. Así pues al diagnóstico de esta variedad de cefalea hemos de llegar a través de dos datos, uno positivo y otro negativo. Es negativa la existencia de un proceso somático que sea capaz de producir esta cefalalgia. Por otro lado existe un estado de tensión psíquica que puede dar lugar a un hipertono muscular a consecuencia del que sostenido durante algún tiempo se produce la cefalea.

Creo que con esto basta para una exposición breve y clara de esta cefalea psicógena. Por consiguiente vamos a pasar a la siguiente.

B) Cefaleas en la neurosis.

En algunos tipos de neurosis se producen cefaleas que presentan un carácter especial. Son localizadas con preferencia en la región frontal, y generalmente se asocia en ellas dolor en los globos oculares. Se presenta esta variedad de cefalea en la forma de

neurosis denominada por los psicoanalistas «complejo de Edipo» en recuerdo de la tragedia Griega del mismo nombre, en la que por primera vez y en forma literaria se describe el cuadro que posteriormente sería estudiado por FREUD y su escuela como una regresión al amor primitivo de la madre y el choque entre esta tendencia y las represiones provenientes del super-yo formado en un ambiente moral y social que condena estas tendencias en el fondo incestuosas.

Este es uno de tantos síntomas que en la neurosis se presentan, y no suele ser el que les obliga a consultar al médico. Por ello no vamos a detenernos mucho, puesto que en este caso lo que es preciso es ver el conjunto de la neurosis, de la que la cefalea solo es una faceta, y no es objeto del tema ni podemos extendernos en consideraciones sobre problema de tanta extensión. Así pues pasamos a la tercera de las cefaleas que hemos considerado de causa psíquica propiamente dicha.

C) Cefaleas post-traumáticas.

Este grupo de cefalalgia, tras diversas vicisitudes ha venido a ser incluido dentro de las de motivación psicógena. Algunos autores les consideran un origen psíquico puro, mientras otros admiten la participación de mecanismos funcionales; modificaciones en el tono vascular, alteraciones de la barrera hematoencefálica, etc. como consecuencia del traumatismo. Los estudios efectuados sobre la cefalea post-traumática con motivo de la úl-

tima guerra, demuestran la importancia que tiene en su producción la fatiga del combate, el agotamiento de las reservas emotivas y la personalidad previa del enfermo. El traumatismo no actuaría más que como desencadenante, y si se considera al enfermo atentamente se descubre en él un cuadro de ansiedad, manifestaciones de la reacción de alarma (taquicardia, pérdida del tono muscular) y hiperexcitabilidad nerviosa. La narcosis con amital producía violentas abreacciones reproduciendo escenas del combate. FRIEDMAN y sus colaboradores sostienen que la eficacia del tratamiento sintomático en todo este grupo de cefaleas depende de la situación psicológica en que se encuentre el paciente. Por ello casi se obtienen los mismos resultados con analgésicos que con placebos.

Yo como como experiencia personal sólo puedo citar un caso de cefaleas post-traumáticas en las que una investigación psicológica a fondo vino a demostrar que solamente se trataba de una neurosis de renta, también hasta cierto punto del temor subconsciente de volver a caer del andamio a donde por su profesión tenía que volver a subir el paciente a reincorporarse al trabajo.

En estos casos de cefaleas creo que es preciso hacer la distinción entre la cefalea consecutiva a un traumatismo craneal reciente y la que persiste pasados meses de aquél. Mientras la primera se puede deber a desórdenes que en la caja craneal o en su contenido ha producido el tra-

matismo, en la segunda y en ausencia de otros signos radiológicos, electroencefalográficos, etc. de lesión, es necesario pensar en un motivo de origen psicógeno que sostiene un síntoma que es posible que en su principio tuviese una razón funcional adecuada.

Cefaleas con una base fisiopatológica constitucional, pero que también son influidas por estados psíquicos.

A) Jaqueca o neurodistonía migrañoide.

Constituye la jaqueca una afección muy frecuente y desde antiguo conocida. ARETEO DE CAPADOCIA la describió aislándola de otras cefaleas y llamándola heterocrania. La denominación de hemicranea le fué dada por GALENO. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres aproximadamente en la proporción de 3-1. Aunque es posible que resalte más la diferencia debido a la menor frecuencia con que los hombres consultan por una cefalea que una vez pasada no deja molestias de ningún tipo en la mayor parte de las ocasiones.

Es una enfermedad en la que juega un gran papel la herencia. Sin llegar al 100 % como afirma AUERBACH, MOEBIUS sostiene un 90 % y FLATAU el 79 % por la línea materna y el 21 % por la rama paterna. También ALLAN demuestra esta herencia predominantemente materna lo mismo para hombres que para mujeres. Se considera por bastantes autores que lo que se hereda es una determinada constitución la que se encuentra enlazada con otras dos

grandes disposiciones hereditarias; la epilepsia y la tendencia a las manifestaciones alérgicas. Las relaciones con la primera no parecen estar claramente establecidas. En cambio sí lo parecen más con las reacciones alérgicas.

En este aspecto dicen JIMENEZ DIAZ y OYA: El nódulo que se hereda en la constitución neurodistónica migrañoide es la hiperreactividad a influjos internos o externos, químicos, físicos y psíquicos. Y esta base hiperreaccional que favorezca no sólo el establecimiento ulterior de la jaqueca y sus equivalentes, sino asimismo el de otras enfermedades de hiperreacción o alérgicas.

En la estadística de estos autores la frecuencia de la asociación de la jaqueca con otras afecciones alérgicas es del 45,4 % de los casos.

Clínica de la afección

La jaqueca se caracteriza por su carácter periódico, al principio generalmente unilateral, aunque posteriormente puede afectar a ambos lados. Generalmente en el acceso existe fotofobia, náuseas o vómitos, depresión o mareos, presentando a veces los enfermos los vasos temporales y frontales tensos y llenos, con la piel roja o muy pálida, en ocasiones con inyección conjuntival en el ojo afecto y lagrimeo, rinitis vasomotora, etc.

Antes del acceso se presenta generalmente un aura que varía según los enfermos. Unos se sienten activos, parlanchines y vivaces. Otros presentan un li-

gero estado depresivo. En la tercera o cuarta parte de los casos se presentan manifestaciones oftalmológicas formando parte del aura, a veces en forma de escotomas, otras como amaurosis fugaz, o espasmos de las arterias retinianas con trastornos visuales diversos.

Durante el acceso existe dolor, de ordinario tan intenso que no mejora con la aspirina ni con ningún otro analgésico. Pulsatil sincrónicamente con los latidos cardiacos. El cuero cabelludo que cubre la región afecta se torna hipersensible doliendo el más mínimo roce. Muchas veces existe dolor en el ojo afecto por la hemisferia. Las sensaciones se encuentran exacerbadas y a los enfermos les molestan los ruidos, la luz, y que les toquen o hablen. Las náuseas y vómitos biliosos son muy frecuentes.

En la esfera psíquica existen también alteraciones, a veces de importancia. En los casos más leves, lo corriente es por lo menos un estado de depresión ligero, y deseo de aislamiento y silencio. En los más intensos a un auténtico estado depresivo se añade desorientación y dificultad en el habla. A veces los recuerdos de el acné de la crisis son confusos sobre todo cuando esta es grave. En ocasiones la jaqueca no se presenta con este carácter tan florido y de fácil enfoque diagnóstico. Todos los síntomas que mencionamos al hablar del aura, pueden presentarse como equivalentes del ataque de migraña sin que aparezca después la cefalea. Otras veces pueden ser crisis de vómitos con postración del

paciente, e incluso con ligera leucocitosis. Pueden presentarse también equivalentes en forma de vértigos, e incluso algunos creen que la enfermedad de MENIERE es un equivalente jaquecoso, aunque no está probado ciertamente.

Patogenia y etiología de la migraña

Según los estudios efectuados por WOLFF y sus colaboradores, en los mecanismos que intervienen en el acceso migrañoso es preciso diferenciar dos fases; una la de los fenómenos pre-migrañosos caracterizados por la vasoconstricción, y otra la de jaqueca propiamente dicha, con dilatación y aumento de las oscilaciones de la pared arterial en el territorio de la carótida externa. Ello explica la mejoría experimentada por la compresión de las arterias temporales digitalmente o mediante un pañuelo apretado en torno a la cabeza. También explica esto la razón de la mejoría que produce la ergotamina en el tratamiento de esta enfermedad. WOLFF y colaboradores han demostrado que la amplitud de las oscilaciones de la pared arterial en las temporal y occipital, disminuye paralelamente a la mejoría producida por el tartrato de ergotamina.

También puede existir un componente doloroso reflejo producido por la contractura de los músculos de la nuca como reacción muscular de defensa ante el dolor primitivo, componente que se añade al anterior, pudiendo incluso entre los accesos pasar a primer término, con lo que imbrica el problema diagnóstico.

En la esencia de la patogenia existen muchas teorías superproducción de acetilcolina, aumento de los 17 cetosteroides, hipertiroidismo, hiperpituitarismo, etc. pero ninguna está francamente probada y en realidad la esencia íntima de la afección la desconocemos aún.

Personalidad migrañosa

La jaqueca se presenta en personas que aunque no pertenecen desde el punto de vista somático a un biotipo especial sí presentan en su vertiente psíquica un conjunto de características especiales que han permitido agruparlos bajo el denominador común de personalidad migrañosa. No podemos extendernos mucho sobre estas características pues ello nos llevaría demasiado, y su exposición se puede encontrar con tonos más vivos y más detalladamente que lo puedo yo hacer, en cualquier libro de psicósomática, pero vamos a extraer los rasgos más fundamentales psíquicos comunes a ellos.

WALTER C. ALVAREZ describe así a la mujer migrañosa: «De ordinario es de baja estatura, bien constituida y esbelta, y viste bien. Es francamente inteligente, muy despierta y rápida de ideas y de movimientos. Tiene ojos brillantes y atractivo social».

Por lo común estas mujeres, presentan gran sensibilidad a los ruidos, luces, olores, dolores y molestias. No resisten el murmullo de una conversación a su alrededor y no pueden soportar las multitudes. Suele ser mala viajera y a menudo duerme mal. Jun-

to a su hipersensibilidad presenta una gran tendencia a la fatiga. Generalmente para encontrarse bien necesitan una siesta después de comer.

Desde la infancia presentan características especiales; por lo general bajo un aspecto cortés educado y acomodaticio, existe una gran obstinación, una desconfianza franca e incluso un espíritu rebelde. Suelen ser muy sensitivos y cumplidores, y muy cuidadosos con sus ropas, sus juguetes y su aseo personal.

De adultos tienen una gran ambición y se preocupan grandemente por el éxito en la vida. Tienen tendencia al perfeccionismo es decir a rendir al máximo. Generalmente confían menos en el rendimiento de los demás que en el suyo propio, lo que les hace en ocasiones una excesiva tarea sobre sí que luego quieren cumplir a la perfección. Presentan además dificultad para interrumpir en un momento determinado el trabajo o tarea que se han impuesto, es decir que existe en ellos una tendencia tetanizante a perseverar en la tarea, pero una vez que la abandonan les cuesta igualmente reanudarla.

Cuando estas características se dejan sentir intensamente presentan una intolerancia para las personas de otros caracteres. No toleran la dejadez, el desorden ni la pereza. Les falta la capacidad de adaptarse a otras personas o situaciones, y la flexibilidad necesaria para comprender los defectos y virtudes de los demás.

Sobre esta personalidad, y debido a modificaciones de tipo biológico, químico, físico, o psi-

cológico, o por otros que escapan actualmente a nuestra consideración, aparecen las crisis de cefaleas o sus equivalentes con las características que anteriormente hemos mencionado.

B) Cefalalgia histamínica.

Esta cefalea, considerada por HORTON como una entidad especial, aparece casi siempre en una mejilla, acompañada de congestión y dolor en el ojo del mismo lado, con obstrucción nasal e hipersecreción en el lado afecto de la nariz. Suele presentarse este dolor hacia las cuatro de la madrugada y dura de una a tres horas. Es posible provocar el ataque mediante la inyección por vía subcutánea de una o dos décimas de miligramo de histamina.

Esta cefalea sin embargo, pese a que HORTON la considera como una entidad especial, no lo es de la misma manera por WOLFF el que la incluye en el grupo de las cefaleas vasculares migrañosas. El argumento principal en que se basa para incluirla en este grupo es que en ésta como en aquella, los rasgos de la personalidad de los pacientes, su situación ante la vida, sus reacciones, etc. son completamente superponibles. Por ello y considerándola como una de tantas variantes de la neurodisonía migrañoide, la hemos traído a este lugar.

C) Cefaleas alérgicas.

Existe una auténtica cefalea alérgica, que se produce cuando el paciente toma un alimento pa-

ra el que se encuentra sensibilizado, y que obedece a las mismas causas que producen el shock general. En ellos la cefalalgia suele ir acompañada de letargia y embotamiento mental considerable, e incluso en los casos graves de ligeros síntomas de irritación meníngea.

Pero en otros casos, sobre todo en aquéllos en que se trata de cefaleas muy discretas y sin otra alteración del estado general, existe en la cefalea un componente sugestivo considerable.

Para comprender el alcance que puede tener el factor sugestión en estas cefaleas, recordemos el caso de varios médicos que se decían alérgicos al chocolate, y a los que se le administró unos sellos que no contenían este alimento, pero se les hizo creer que lo contenían. El resultado fué que la mayoría de ellos desarrollaron la correspondiente cefalea.

De todas maneras la alergia no suele manifestarse por este síntoma únicamente, sino que éste es uno de tantos en medio de un síndrome que permite fácilmente el diagnóstico. Además en caso de necesidad es fácil su comprobación mediante las oportunas pruebas para la demostración de la alergia de que se trate. Por ello no vamos a detenernos más en esta cefalea, y nos quedamos únicamente con el hecho de que ante toda cefalea alérgica sin más síntomas, debemos pensar que puede existir en ella una participación psicógena considerable.

Cefaleas incluibles en el círculo de las principales psicosis

Sobradamente conocidas de todos son las cefaleas que se presentan en los enfermos epilépticos antes de las crisis convulsivas, y también las que se producen pasado el período de obnubilación de conciencia posterior a la crisis de gran mal. Estas cefaleas podemos considerarlas como uno de tantos síntomas que se producen en los enfermos como premonitorios, o bien cuando son posteriores al ataque como la consecuencia de los trastornos en la irrigación cerebral que este produce.

También son conocidas, especialmente de los médicos psiquiatras, las cefaleas que en algunas ocasiones se presentan en las psicosis depresivas, así como en algunas formas raras de esquizofrenia, aunque en esta última enfermedad no es frecuente que los enfermos las aquejen, siendo lo más probable que en estos casos se trate de formas mixtas con un ligero componente depresivo.

Pero también las cefaleas se pueden dar en las psicosis epilépticas como único síntoma de la enfermedad. Hemos tenido ocasión de estudiar 50 casos de cefaleas de personas que han venido a efectuarse un trazado electroencefalográfico única y exclusivamente por aquejar este síntoma. De estos casos se habían excluido todos aquellos en los que existía algún síntoma que pudiera orientar el diagnóstico clínico hacia alguna afección particular. Hemos eliminado todos los que parecían presentar un origen so-

mático, los que habían sufrido algún ataque anteriormente, aunque hiciera muchos años, los que presentaban alteraciones en líquido céfalo-raquídeo, quedando para el estudio únicamente aquellos de cefaleas que podríamos denominar «esenciales» en las que no existía ningún punto en que basar el diagnóstico.

Pues bien. En ellas hemos encontrado alteraciones de tipo epiléptico en el electroencefalograma en 23 casos o sea en un 46 por ciento del total. Habida cuenta que en las personas normales se puede presentar un 10 por ciento de casos que tienen alteraciones electroencefalográficas sin que clínicamente presenten sintomatología, hemos de concluir que por lo menos en un 36 por ciento de los casos se presenta la cefalea como único y exclusivo síntoma de una disritmia cerebral epiléptica.

Estas elevadas cifras son un poco sorprendentes si se observa lo poco que se mencionan las cefaleas como manifestación comicial única. En el «Manual del diagnóstico etiológico» de MARAÑÓN, se citan como posible manifestación epiléptica. Pero las cita asociándolas a la caracterología epiléptica y al círculo familiar comicial. También en algún manual de terapéutica se consigna que el tratamiento con antiepilépticos mejora algunas cefaleas, pero sin adentrarse en profundizar en las razones del porqué de esta mejoría.

Realmente sucede con esto lo que con otros campos de la medicina en los que la electroencefalografía es eficaz como medio

diagnóstico. Que van apareciendo ligadas al círculo epiléptico numerosas manifestaciones que antes no se consideraban pertenecientes a él, porque en su clínica faltaban las principales manifestaciones de la comicialidad.

Cefaleas depresivas

Finalmente encontramos otro grupo de cefalalgias sin substrato anatómico perceptible, que tampoco presentan una motivación de tipo psicógeno, sin las características de la cefalea migrañosa y que no presentan alteraciones disrritmicas en el electroencefalograma. Probablemente son las que se refiere WALTER C. ALVAREZ al denominarlas «cefaleas constantes de larga duración», diciendo sobre ellas lo siguiente: «un tipo de cefalea sumamente refractaria es la constante, día y noche sin interrupción. En ocasiones las cefaleas comienzan siendo intermitentes, para volverse luego constantes. Por lo común el paciente es joven, pero a veces encontramos tales cefaleas en enfermos de edad avanzada».

«No espero nunca descubrir ninguna causa física ni discernir un tratamiento eficaz...»

Representan estas cefaleas en la mayoría de las ocasiones verdaderos problemas tanto por la dificultad de encajarlas adecuadamente en el aspecto diagnóstico, como por la incertidumbre que para nosotros representa tener que colocar un tratamiento que sea realmente eficaz. Muchas veces estos enfermos pasan meses y meses con sus cefalalgias,

deambulando de un lado para otro, sin llegar a encontrar una medicación que efectivamente les mejore. En ellos existe una ausencia total o casi total de síntomas aparte la cefalea, y si existen hemos de valorarlos muy meticulosamente para poder hacer un juicio diagnóstico. Electroencefalográficamente estos enfermos presentan trazados desincronizados o normales, y representan otro buen porcentaje de los 50 trazados que hemos estudiado de cefaleas de causa oscura.

En alguno de los casos encontramos investigando en el pasado del enfermo, o más generalmente enferma que nos consulta, que se han presentado otra u otras temporadas en las que el mismo síntoma ha sido registrado con mayor o menor intensidad. En estos casos, igual que en los que no existe ningún antecedente, se puede apreciar en la mayoría por no decir en todos, pequeñas manifestaciones patológicas o cambios en la enferma que nos pasan desapercibidos de no estar previamente sobre aviso. Así ligero insomnio, inapetencia, dejadez, frialdad mayor de lo normal en los afectos, a veces cansancio fácil. Manifestaciones todas ellas de un estado depresivo leve, a cuya sintomatología no le ha concedido importancia la paciente, bien por no creerla de interés o bien por que ha quedado enmascarada por la más intensa y agobiante de la cefalea.

Creo que realmente se podrían incluir en este grupo todos esos casos que se le presentan al médico general de dolor de cabeza, inapetencia y laxitud genera-

lizada, y que en la mayoría de las ocasiones basta para su desaparición la ligera acción estimulante sobre el tono vital que significan unas inyecciones de calcio o de un preparado tónico cualquiera, quedando solo de esa gran masa aquéllas que no es suficiente tal estímulo para mejorarlas, y que por no presentar claros síntomas de enfermedad se convierten en verdaderos problemas para sí mismos y para los médicos que los visitan.

Problemas diagnósticos de las cefaleas funcionales.

El primer interrogante que nos tenemos que plantear ante una cefalalgia es el siguiente: ¿Cuándo una cefalea es funcional?

Únicamente podemos dar una respuesta adecuada a esa pregunta después de investigadas con resultado negativo todas las causas somáticas capaces de producir una cefalea. Hemos de tener en cuenta todas aquéllas afecciones del sistema nervioso, de sus envolturas, de los tejidos de cubierta, y de los órganos o sistemas cercanos cuya alteración patológica pueda producirla, así como también aquéllas otras alteraciones de tipo endocrino-metabólico que a distancia puedan ser origen de cefaleas.

De otra parte el tiempo de enfermedad y los antecedentes tanto familiares como personales pueden sernos muy útiles para el diagnóstico. Si esta cefalea se ha presentado en otras ocasiones, con acompañamiento de náuseas y vómitos, y por ende existe en la

familia alguna persona con jaquecas, lógicamente hemos de pensar en que sea una de tantas. Podría ser otro proceso somático aparecido en una persona migrañoide, pero en este caso habrá otros síntomas que nos permitan pensarlo así.

Por otro lado la edad de la paciente y la investigación discreta del ambiente en que se desenvuelve y sus preocupaciones nos pueden dar la pista de una cefalea de origen psicógeno o debida a un estado de tensión angustiosa.

Finalmente habrá casos en que ni la investigación somática ni la psíquica nos dé una pista satisfactoria para el diagnóstico. En estos casos es de recomendar la práctica de un trazado electroencefalográfico y la busca de ligeros síntomas depresivos, pues casi con seguridad pertenece al círculo de una de estas dos psicosis.

Y para terminar, unas breves palabras con respecto al tratamiento de estas cefaleas.

En los casos de origen psíquico es fundamental, conocido el conflicto que la origina, ayu-

dar al enfermo a solucionarlo. Esto de la forma que el sentido común dicte como más adecuada; bien alejándolo del ambiente temporalmente o bien proporcionándole otras normas de vida más adecuadas a su manera de ser. La medicación sedante puede ser muy eficaz en el sentido de ayudar a sobrepasar el conflicto, pero por sí sola no es suficiente. Lo fundamental es hacer desaparecer la causa originaria.

En la migraña, en lo que respecta al aspecto psíquico podemos decir lo mismo que para las anteriores. Por lo demás durante la crisis el ginergeno, y entre ellos las pequeñas dosis de luminal u otros sedantes pueden ir bien. También en estas personas se debe llevar a efecto una reglamentación del régimen de vida en el sentido higiénico-dietético. Estas son las reglas fundamentales.

Finalmente en los casos de cefaleas epilépticas o depresivas la medicación adecuada es la eficaz únicamente. En las depresivas quizá en algún caso sea preciso poner la enferma en manos del psiquiatra para un tratamiento más intenso.

CORTIHERMES

POMADA ESPECÍFICA
DEL PRURITO

TRATAMIENTO TÓPICO
DE LAS DERMATOSIS ECZEMATOSAS
Y MICROBIANAS
ALÉRGICAS Y PRURIGINOSAS

COMPOSICIÓN

Acetato de hidrocortisona.	0'05
Nitrofurazona	0'01
Clorhidrato de tetraciclina	0'05
Vitamina F	0'25
Excipiente absorbible c. s. p.	0'25