

## EL DOLOR DE CABEZA Y LOS MITOS

**Dr. Héctor A. Zavala y Dra. Bibiana B. Saravia**

**INTRODUCCIÓN:** Los mitos nacen para explicar cosas que no entendemos y durante siglos el dolor de cabeza al no tener otra explicación, fue rodeándose de mitos y creencias.

El dolor de cabeza probablemente acompañó a los seres humanos desde los albores de su presencia en el planeta y quizás fue el precio que pagó por adquirir un sistema nervioso complejo. En los Anales Sumerios 4000 años antes de Cristo, ya está perfectamente descrita una crisis de Migraña y también allí empieza la mitología que trata de explicar esta fastidiosa dolencia. Según estos escritos el dolor era un castigo divino y debía combatirse tratando de complacer a los dioses y este antiguo concepto aun permanece en el subconsciente de muchas personas y les impide enfrentar esta enfermedad con pautas racionales.

Summary: the myth was born to explain rare things. The headache was described in the Sumerian Annals, from about 4000 years BC, the main source of information about ancient Egyptian medicine is the Ebers Papyrus which mentions migraine, neuralgia and shooting head pains and was written approximately 1550 BC.

**CREENCIAS A LO LARGO DE LA HISTORIA:** En cráneos de la época neolítica, 7000 años antes de Cristo, se observan trepanaciones probablemente efectuadas para liberar del cráneo a los demonios causantes de cefaleas, epilepsia o locura (1). En la cultura Mochica, en el antiguo Perú, también se practicaba la trepanación aunque la falta de escritura en este pueblo, nos impide conocer la intencionalidad de esta práctica. Más sorprendente es que en el año 1600, algunos médicos, como el inglés William Harvey (2), proponían y practicaban la trepanación para aliviar la Migraña. Si analizamos las descripciones en papiros del antiguo Egipto, encontramos allí relatos sobre las cefaleas del tipo migrañosos, explicaciones sobre sus causas y consejos terapéuticos como las que pueden apreciarse en el Papiro de Ebers (3) escrito aproximadamente 1200 años antes de Cristo. Los Egipcios también creían que los Dioses podían solucionar estas dolencias y el Papiro brinda las instrucciones para obtener esta merced: un pequeño cocodrilo de arcilla con una espiga en sus fauces debía ser amarrado firmemente a la cabeza del paciente con una tira de lino que llevaba inscrita los nombres de los Dioses, quizás esta práctica producía alivio por la compresión. Hipócrates (4), 400 años antes de Cristo, describe minuciosamente el aura que precede a la migraña y su alivio por el vómito, él creía que la cefalea se producía por la actividad física y sexual que llevaba “vapores” del estómago a la cabeza y por eso aconsejaba provocar el vómito para aliviar esta situación. En cambio, entre los griegos, Platón afirmaba que una excesiva atención centrada en el cuerpo podía desencadenar cefaleas y mareos. Ya en la época del Emperador Tiberius, un médico de esta época, Cornelius Celsus (215-300 después de Cristo) decía que la migraña podía ser desencadenada por beber vino, padecer dispepsia, excesivo calor, intenso frío o estar mucho tiempo a pleno sol y estos son conceptos que aún tienen vigencia y en realidad debe aceptarse que juegan un verdadero rol en algunos tipos de cefalea y también forman parte de algunas creencias sobre la influencia de las comidas y los hábitos en el desencadenamiento de esta dolencia.

El término “migraña” deriva de la palabra griega “hemicraneá” introducida por Galeno (5) a partir de la anterior que era “heterocránea” y él adjudicaba esta enfermedad a “vapores” que ascendían hasta la cabeza y los dividía en sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, esta bilis amarilla al llegar a la cabeza producía cefalea y de allí parte el concepto de que la causa de la cefalea es “el hígado”, esta idea está tan arraigada que es inútil tratar de convencer a un paciente (y a veces a un colega) que la cefalea casi siempre tiene otras causas diferentes a una presunta disfunción hepática.

En el año 1200, algunos médicos europeos, indicaban una solución de opio en vinagre para frotar en la frente y así aliviar la cefalea, quizás el vinagre permitía una mejor absorción del opio a través de la piel y aún suelen indicarse “friegas de vinagre aromático” para la cefalea y la hipertermia.

En la Inglaterra Isabelina era frecuente tratar la cefalea rodeando la cabeza con un pañuelo y sujetándolo firmemente durante una hora esta compresión aún se utiliza y hay pacientes que si oprimen con firmeza sus sienas durante unos minutos obtienen alivio, este alivio es mayor si la opresión es ejercida por las manos de la persona amada.

En 1783, Tisso (6), ya distingue una Cefalea “común” de una Migraña, la denomina Neuralgia Supraorbital y la adjudica a reflejos de alteraciones del estómago, la vesícula o el útero y de aquí parten también algunas creencias sobre porqué duele la cabeza: es por algo que se comió, es por la vesícula que anda mal o es por alteraciones menstruales o ginecológicas y hasta se llega a adjudicarla a la falta de orgasmos; claro que toda creencia tiene algún fundamento y realmente un buen régimen de comida y actividad física ayuda a evitar la cefalea y tener orgasmos está indicando una relación de pareja que implica amor, satisfacción y felicidad y desde ya que todo eso contribuye a evitar gran parte de las Cefaleas del Tipo Tensión y disminuye la aparición de las Migrañas.

Sin embargo, hay algunos desafortunados, pocos por suerte, pueden sufrir de intensa cefalea que se inicia en el momento culminante del acto sexual y este tipo de cefalea suele desencadenarse al llegar al orgasmo o cerca de él, es de gran intensidad y puede ser frontal u occipital, puede ser explosiva o pulsátil y persiste desde pocos minutos a 48 horas. Todas las situaciones de cefalea relacionada al acto sexual son preocupantes pues en algunos pocos casos, podrían ser debidas a la presencia de una malformación arteriovenosa, por ejemplo, a un aneurisma, que se dilata durante el coito y hasta podría romperse, este temor obliga a efectuar estudios de imágenes para descartar esta posibilidad, pero, en su mayor parte son cefaleas benignas con estas características: bilaterales (aunque pueden ser localizada), a veces intensas y pulsátiles, de duración muy variable y su frecuencia es la frecuencia de la actividad sexual ya sea en pareja o en soledad y en general estos pacientes también sufren cefaleas al efectuar actividad física. Es tentador adjudicarlas a procesos psicológicos y buscar alguna relación con sentimientos de culpabilidad y quizás hasta pueda encontrarse esta situación pero no hay que pasar por alto algunos diagnósticos diferenciales ya que este tipo de cefaleas podrían estar relacionadas a otras dolencias como son las malformaciones de la unión entre el cráneo y el cuello, hemorragias subaranoideas, sinusitis y hasta metástasis cerebrales. Recién en 1873, Liveing (7) adjudicó, por primera vez, la migraña a un disturbio del sistema nervioso autónomo y la llamó “tormenta nerviosa” y desde entonces, las teorías sobre la fisiopatogenia de la Migraña comienzan a orientarse hacia la realidad.

¿ En que momento se empieza a pensar que el dolor de cabeza tiene que ver “con la vista”? este es un concepto que arranca hace bastante tiempo, en el siglo XII la Abadesa Hildegarde de Bingen (8) describe sus migrañas con aura y les confiere un matiz místico y apocalíptico (como corresponde a una religiosa de ese tiempo): “ví una gran estrella, la más espléndida y bella y con ella una gran multitud de cometas que caían todos juntos hacia el sur y repentinamente se convirtieron en brasas negras que caían al abismo y después quedé privada de la visión e invadida de intenso dolor de cabeza”. En 1778, Fothergill (9) fue el primero en usar el término “Fortificación del Espectro” para describir una típica aura visual de la migraña, él usó este término porque el disturbio visual le recordaba a un pueblo fortificado rodeado de bastiones. Desde entonces, múltiples autores han descrito los fenómenos visuales que acompañan o preceden la crisis migrañosa y muchas personas relacionan estas cefaleas a trastornos de los ojos pero en realidad hay personas con severos vicios de refracción que no sufren cefaleas y otras con intensas cefaleas que ven perfectamente, quizás el único asidero a esta creencia, es cuando hay hipertensión visual, en estos casos la persona afectada suele despertar con dolor ocular o en la frente que mejora al incorporarse y al usar gotas que disminuyan la hipertensión ocular.

Es muy frecuente que una persona que sufre cefaleas piense que están relacionadas con problemas sinusales y también algunos clínicos consideran la sinusitis como un primer diagnóstico a considerar, en realidad no es una situación tan frecuente y en general el dolor de cabeza suele estar más relacionado a migrañas que a sinusitis pero conviene efectuar algunas consideraciones al respecto.

La infección de las cavidades sinusales pueden comprometer a los senos maxilares, frontales, etmoidales o esfenoidales, desde el advenimiento de los antibióticos, esta afección dejó de ser un problema y hay elementos clínicos y estudios complementarios que pueden establecer con certeza el diagnóstico. Hay

enfermedades sistémicas que predisponen a la sinusitis como la fibrosis quística, la deficiencia inmunitaria, las bronquiectasias y el síndrome de inmovilidad ciliar. Otros factores frecuentes son infecciones respiratorias altas, rinitis alérgica, abuso de descongestivos tópicos, hipertrofia de adenoides, desviación del septum nasal, pólipos nasales, tumores y humo del cigarrillo.

Otro comentario frecuente es que el dolor de cabeza es “por la columna cervical”, teniendo el cuello estructuras tan complejas y muy invadidas, es tentador echarle culpas pero también acá conviene considerar que personas con severa uncoartrosis cervical tienen muchas molestias pero no se quejan de cefalea y personas con intensas cefaleas tienen columnas cervicales muy sanas.

De todos modos, hay descrita una Cefalea Cervicogénica ya que el finlandés Sjaastad (10), en 1987, estableció que era una dolencia caracterizada por cefaleas episódicas unilaterales que duran de 3 horas a una semana y suelen ser recurrentes con intervalos de dos días a dos meses y se considera que se originan en el cuello, son más frecuentes en mujeres que en hombres, pueden acompañarse de síntomas migrañosos como náuseas, vómitos, fotofobia pero se distingue de la migraña porque se desencadenan con movimientos cervicales y pueden también provocarse al presionar la nuca o partes altas del cuello. Puede ser que la Cefalea Cervicogénica sea una variedad de Migraña que se desencadena al estimular algunas zonas de la columna cervical alta y en la cual intervienen las conexiones trigeminales.

Otra situación que con frecuencia se plantea es si el dolor de cabeza tiene relación con un golpe sufrido últimamente o hace mucho. La Cefalea Pos-traumática es una cefalea que comienza después de un traumatismo de cráneo y a menudo forma parte del Síndrome Post-traumático. Puede aparecer después de un golpe en la cabeza mediano o moderado, a veces sin herida cortante ni pérdida de conocimiento. En oportunidades, además de la cefalea, hay depresión, irritabilidad, disminución de la memoria, pérdida de la libido, mareos, vértigos, intolerancia al alcohol y dificultades en la atención y concentración. El tema ha sido muy debatido y tiene aspectos médico legales, en oportunidades el traumatismo realmente produce lesiones generadoras de dolor y en otras oportunidades no hay substrato estructural para el dolor y este desaparece después de haber terminado alguna acción legal emprendida a raíz del traumatismo pero pensar que sólo hubo simulación es simplificar un tema a veces muy complejo.

**FORMAS FRECUENTES DE CEFALEA:** la mayor parte de las consultas son por Cefaleas del Tipo Tensión o Migrañas.

**LAS CEFALÉAS DEL TIPO TENSIÓN** son dolores que abarcan toda la cabeza, muy frecuentes, a veces casi diarias, el dolor es una sensación opresiva en toda la frente o nuca, no empeora con los movimientos y no se acompaña de náuseas o vómitos, están relacionados a situaciones cansadoras o estresantes y pueden mejorar con analgésicos comunes aunque lo ideal es buscar las causas de esta dolencia dar pautas para solucionarlas.

**LAS MIGRAÑAS** son cefaleas muy intensas, en general de un solo lado de la cabeza, pueden acompañarse de intolerancia a la luz y a los ruidos. Pueden terminar en náuseas o vómitos, empeoran con los movimientos y duran entre 3 a 7 horas pero en oportunidades pueden ser más prolongadas, siempre hay otros familiares que las padecen. En la mujer suelen aparecer antes o durante el ciclo menstrual y también pueden ser desencadenadas por fatiga, falta de sueño, algunas comidas o bebidas y mejoran con el reposo en lugares oscuros y frescos. Afectan al 15 % de la población y predominan en mujeres. Desde hace unos años hay excelentes medicamentos antimigrañosos que pueden aliviar adecuadamente la crisis de migraña y cuando estas crisis son muy frecuentes conviene indicar fármacos preventivos.

Lo más importante es hacer un diagnóstico de certeza y descartar otras causas de dolor de cabeza lo cual implica una consulta con el neurólogo especializado en cefaleas y efectuar, si fuera necesario, algún estudio complementario como son la tomografía computada o la resonancia nuclear magnética. Los estudios neurofisiológicos como la electroencefalografía y el mapeo cerebral computarizado pocas veces aportan datos útiles para efectuar este diagnóstico. Desde hace más de diez años, hay dos entidades científicas

(Asociación Argentina de Cefaleas y Grupo de Trabajo en Cefaleas de la Sociedad Neurológica Argentina) que se dedican al estudio y el tratamiento de estas dolencias y los especialistas dedicados a esta tarea pueden ser ubicados consultando en [www.cefalnet.com.ar](http://www.cefalnet.com.ar).

#### Bibliografía

- 1) Lyons A, Petrucelli RJ. *Medicine: an illustrated history*. New York: Harry N. Abrams, Incorporated, 1978.
- 2) Edmeads J. *The Treatment of Headache: a historical perspective*. In: Gallagher RM, ed. *Therapy for headache*. New York: Marcel Dekker Inc., 1990,1-8.
- 3) Critchley M. *Migraine: from Cappadocia to Queen Square*. In: Smith R, ed. *Background to migraine*. London: Heinemann, 1967.
- 4) Plato. *The Republic*. In: Hamilton E, Cairns H, ed. *The Collected Dialogues of Plato*. New York: Pantheon Books, 1961, 651-2.
- 5) Sachs O. *Migraine: understanding a common disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- 6) Sachs O. *Migraine: understanding a common disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- 7) Patterson SM, Silberstein SD. Sometimes Jello helps: perceptions of headache etiology, triggers and treatment in literature. *Headache* 1993; 33:76-81.
- 8) Singer C. *The vision of Hildegard of Bingen*. In: *From magic to science*. New York: Dover, 1958.
- 9) Gowers WR. *A Manual of Diseases of Nervous System*, 1888. Philadelphia: P Plakiston, Son and Co.
- 10) Sjaastad O, Pareja JA, Zukerman E et al. Trigeminal neuralgia. Clinical manifestations of first division involvement. *Headache* 1997; 37: 346-57.

#### AUTORES:

Dr. Héctor A. Zavala, Jefe de la Unidad Neurología del Hosp. J. M. Ramos Mejía; Ex Presidente de la Sociedad Neurológica Argentina, de la Federación de Sociedades Neurológicas de las Américas y de la Asociación Argentina de Cefaleas. Delegado de la Asociación Argentina de Cefaleas ante la ALADEC. Miembro de la International Headache Society y de la World Federation of Neurology.

Dra. Bibiana B. Saravia: Jefa del Gabinete de Cefaleas del Hosp. J. M. Ramos Mejía, Presidente de la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de las Enfermedades Neurológicas, Secretaria General de la Federación Latinoamericana de Neurología, Ex Presidente de la Asociación Argentina de Cefaleas, Miembro Titular de la SNA, de la WFN y de la IHS.

e-mail: [bsaravia@fibertel.com.ar](mailto:bsaravia@fibertel.com.ar)