

Editorial

KRANION 2001; 1: 3-4

¿Dónde queda la Cefalea?

Definida la intención y expectativa de Kranion, será interesante una breve reflexión acerca del porqué de una nueva publicación, una más, en esta cascada desbordada de información médica cuyo seguimiento resulta ya, en la práctica, inalcanzable. La respuesta radica en que la medicina, en su continuo avance del conocimiento, se ha volcado en el estudio y en la terapia de aquellas entidades que inciden de forma más significativa sobre la expectativa de vida, lo cual no es tan sólo razonable, sino también encomiable porque, además, se ha hecho con un nivel de eficacia notorio. No sería justo ignorar en este punto el incommensurable apoyo que para este fin han desempeñado los espléndidos avances aportados por la técnica y la ciencia en general en su aplicación médica. Con ello se ha generado un cierto sesgo en el interés general de los profesionales, con una cierta marginalización, por el estudio y por el manejo práctico de las que se entienden como dolencias «menores», que corresponden a las que inciden especialmente en la calidad de vida y poco en su expectativa. Este es, entre otros, el caso de la cefalea. La realidad estadística de que tan sólo un 0,5% de los pacientes que consultan por cefalea tengan una enfermedad grave, en concepto de mortalidad, hace que a menudo se banalice la dolencia del paciente cuando consulta por este motivo, con el argumento de lo general que es padecer dolor de cabeza. Con esta actitud no deseable nos quedamos con el registro de un síntoma descuidando que la auténtica labor médica es la de indagar la enfermedad que lo genera.

De esta exposición emanan dos vías concretas de actuación ante un dolor de cabeza; la primera surge

de la necesidad de un diagnóstico previo de la entidad causal con el fin de introducir, en lo posible, un tratamiento etiológico. J.N. Blau lo explicita cuando escribe que el tratamiento de la cefalea se inicia al efectuar un diagnóstico correcto. La segunda vía de actuación parte de la necesidad de combatir el dolor en sí mismo como causa de sufrimiento y limitación funcional.

La capacidad de sentir dolor es una condición esencial de nuestra existencia. El dolor es un componente importante del sistema de alerta del que la naturaleza nos ha provisto. No cabe duda de que, si careciéramos de este mecanismo, la expectativa de vida del hombre estaría muy mermada.

Si admitimos esta consideración, debemos también reconocer el hecho de que la vivencia individual que produce la percepción de «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial», que es como se puede definir el dolor, facilita el olvido, el carácter positivo de este sistema de alerta, y dejar de lado toda consideración filosófica o metafísica respecto al sentido profundo de esta sensación, y alienta en la búsqueda de cualquier mecanismo para su control de la forma más rápida y radical posible.

Dentro del ámbito de la fenomenología nociceptiva, el dolor de cabeza adquiere una notoria singularidad. Lo determina, no tan sólo su distribución topográfica, que es el factor de definición más evidente, sino también que en las que reconocemos como cefaleas primarias, su significación patológica adquiere un mayor alcance que el de ser un mero síntoma de

alerta, ya que por sí mismas alcanzan la dimensión de enfermedad. En este caso la cefalea parece ser un mal propio y restringido a los humanos.

No es necesario apoyar con cifras bibliográficas el hecho de su enorme dimensión epidemiológica. Tampoco lo requiere la afirmación de que es la expresión álgida más frecuentemente reconocida. El argumento emana de la observación del propio entorno.

Siendo, pues, una situación patológica tan frecuente, de un reconocimiento muy remoto, de una distribución tan general, en los tiempos de la historia, en los ámbitos de la geografía y en las diversas culturas, y que actualmente millones de personas en el mundo la siguen padeciendo, entonces cualquier esfuerzo de investigación y de atención práctica, de estas dolencias, partiendo de criterios científicos y con evidencia médica, debe ser bienvenido.

Trabajar en cefalea, que en la mayoría de ocasiones corresponde a una cefalea primaria, tiene el inconveniente de que no disponemos de marcadores de ningún tipo para la confirmación del diagnóstico; sin embargo, la contrapartida es que la tarea diagnóstica es estrictamente clínica, recae en la anamnesis, que es la labor más personal del médico y la que requiere una mejor comunicación y entendimiento entre el médico y el enfermo. Su correcto desarrollo facilita enormemente el registro de los criterios clínicos, para el diagnóstico de cada entidad diferenciada como cefalea primaria, o bien introduce la necesidad de recurrir a determinadas exploraciones, cuando se presume un carácter secundario de la dolencia. No siempre es tarea fácil. Como decía Sir William Osler, «el mejor examen para medir la competencia de un médico es su habilidad para diagnosticar un problema de cefalea»... y en su época con mayor razón, dado que no existían unos criterios consensuados para el diagnóstico.

Para redundar en el punto de gracia que da una historia clínica correctamente elaborada y constatar la riqueza de información, que sin el concurso instrumental aporta el desarrollo de una atenta anamnesis, es oportuno reproducir la magistral aportación

de Thomas Willis, cuando refiere la historia de una de sus pacientes:

«Hace algunos años fui enviado a visitar a una noble dama, quien llevaba padeciendo durante veinte años un dolor de cabeza casi continuo, intermitente al principio... y se hallaba duramente castigada por esta enfermedad. Tras recuperarse de una fiebre antes de cumplir los doce años, se volvió propensa a los dolores de cabeza, que solían producirse a veces por sí solos y más a menudo por causas menores. Esta enfermedad no se limitaba a una parte de la cabeza, atormentándola a veces en un lado, otras en el otro y a menudo en toda la circunferencia de la cabeza. Durante el acceso (que raramente duraba menos de un día y una noche y que frecuentemente se prolongaba durante dos, tres o cuatro días) le molestaban la luz, la conversación y cualquier movimiento, y permanecía sentada en cama con el cuarto a oscuras, sin hablar con nadie ni dormir o comer. Hacia el final del acceso, dormía en un sueño pesado e inquieto y se encontraba mejor al despertar... Al comienzo, los accesos eran ocasionales, raramente se producían con una frecuencia menor a los veinte días, pero luego se hicieron habituales, y al final ya no la dejaban en paz.»

Es una magnífica lección que anticipa en tres siglos la descripción minuciosa de lo que actualmente aceptamos como criterios de diagnóstico, y no termina con ello el mensaje sino que además nos explica la transformación de la migraña en una forma de dolor crónico que reconocemos como cefalea crónica continua.

Con este instrumento de expresión, que pretendemos sea la revista, deseáramos facilitar la tarea del día a día en el manejo del dolor de cabeza a todos los que no poseemos el genio de Thomas Willis, que con su quehacer habitual tiene la capacidad de hacer historia.

F. TITUS
D. EZPELETA
J. MEDERER
J. PRAT