

# Editorial

KRANION 2003;3:3-4

## Consumo de tabaco y cefalea

Es evidente que la potencial capacidad de generar cefalea no es, en absoluto, el motivo principal para desaconsejar el consumo de tabaco. Sin embargo, es cierto que la investigación de la relación etiológica entre el hábito de fumar y la presencia de cefalea tiene, además de notable interés científico, una clara repercusión práctica. Aunque no se ha podido establecer una relación estricta entre el hábito de fumar y la migraña, sí parece confirmarse su capacidad desencadenante de crisis cuando ha lugar un incremento puntual del consumo de tabaco por parte de una persona migrañosa. Este hecho se produce también en migrañosos, no fumadores activos, cuando participan en reuniones donde se genera una elevada carga ambiental de humo de tabaco. En la misma línea de respuesta, podemos recoger datos de agravación evolutiva de una cefalea tipo tensión cuando se produce un incremento cuantitativo en el consumo de tabaco. Aunque en este caso resulta muy difícil determinar si la relación entre el tabaco y la presencia de cefalea es de causa o efecto.

Una relación de la prevalencia entre el tabaquismo y la cefalea en racimos sí ha sido confirmada en personas, varones, con un elevado nivel de consumo de cigarrillos. En una consideración global, la incidencia del hábito tabáquico y la presencia de algún tipo de cefalea primaria parece tener una clara relación con la situación premórbida. La respuesta es comparable a la que suele producirse en la cefalea postraumática, que se traduce por una agravación de la predisposición personal a determinado tipo de cefalea primaria, que puede partir de una situación previa mejor o peor compensada.

En el artículo original que presentan el Dr. J. González Menacho, et al. se plantea una perspectiva etiopatogénica bien distinta. Se relaciona la presencia de cefalea en relación etiológica estricta, con el consumo de determinadas marcas de cigarrillos. Este planteamiento situaría el dolor de cabeza dentro del contexto de una

cefalea secundaria al consumo de determinados productos, en este caso por inhalación, no específicamente relacionado con la planta del tabaco, sino con determinados contenidos de su elaboración. Los resultados de esta investigación muestran que sólo 1 de cada 5 pacientes refirieron la cefalea relacionada con marcas de tabaco como similar a sus cefaleas habituales, y sólo en el 8,5% determinadas marcas de tabaco desencadenaron crisis típicas de migraña. Si bien el dolor relacionado con determinadas marcas de tabaco puede recordar a la migraña, a la cefalea tensinal y a la cefalea en racimos, los datos de este original trabajo nos hablan de que, en la mayoría de las ocasiones, se trata de una cefalea secundaria específica que puede ser confundida con las clásicas cefaleas primarias.

La revisión del conocimiento actual de la resaca, efectuada por S. Calleja y V. Mateos, es una excelente puesta al día sobre sus características fisiopatológicas, clínicas e incluso terapéuticas. Su elevada frecuencia de presentación, que en determinadas áreas geográficas le convierte en la cefalea secundaria de más frecuente observación, es un dato a resaltar. Sin embargo, el hecho que requiere una consideración más precisa es la limitación funcional y el trastorno cognitivo que acompañan a la resaca. Este hecho le confiere un especial relieve en el aspecto sociolaboral, porque si es bien conocida la limitación funcional que representa la intoxicación aguda por alcohol, que además permite una relativamente fácil confirmación con la determinación de la alcoholemia, más difícil es la confirmación del síndrome resaca a partir de marcadores concretos, pues conducir en esta situación puede resultar también un riesgo añadido.

Otro aspecto que nos parece de gran interés, por su repercusión sociosanitaria, es la revisión del extenso abanico de medidas para la terapia de la cefalea basadas en pautas que, según nuestras preferencias, pode-

mos denominar alternativas o complementarias. En la revisión se incluyen aquellas dirigidas tanto al alivio de la cefalea en una consideración inespecífica, entendida por tanto como síntoma, como aquellas que se entienden como tratamiento específico de la migraña. Aunque muchas de estas líneas de tratamiento pueden tener unas indicaciones concretas y en general no comportan efectos adversos significativos, es necesario contrastar su nivel de eficacia con una evidencia científicamente probada. Para el caso es necesaria una investigación a doble ciego y frente a placebo desarrollado con una metodología sin errores. Para la mayoría de las pautas de tratamiento alternativo que se registran no existen

publicaciones que avalen su eficacia como un tratamiento específico de la migraña, ya sea en el alivio sintomático del ataque, o en su remisión, o en el ámbito de la prevención. Lo que sí es cierto es que muchas de estas técnicas facilitan cambios en la actitud, los hábitos y, en general, del modelo de vida de la persona con migraña, que pueden incidir indirectamente de forma positiva en la prevención de sus crisis.

**Feliu Titus**  
*Servicio de Neurología  
Hospital Vall d'Hebron  
Barcelona*