

MESOTERAPIA EN CEFALIAS

Se calcula que entre un 73-89% de la población general ha presentado en alguna ocasión cefalea y, que en un 6-20% de los casos, ha sido de suficiente intensidad para interferir en su actividad laboral o escolar.

CLASIFICACIÓN

Para valorar una cefalea, lo fundamental es una detallada anamnesis (forma de inicio, desencadenantes, intensidad, frecuencia, localización, antecedentes terapéuticos, antecedentes familiares,) y una exploración neurológica completa incluyendo fondo de ojo.

1) CEFALIA TENSIONAL O DE ESTRÉS.

Como su nombre indica se produce por "tensiones musculares" que disminuyen con la distracción. La localización más frecuente es cervico-occipital y frontal. El 85% son bilaterales. Afecta a un 10-15% de la población general y en un 75% a mujeres. La edad media es de 30 años.

Hay que apuntar que su desarrollo es de años de evolución y que no impide el sueño.

TRATAMIENTO:

- - Relajantes musculares
- - AINES
- Vasodilatadores

Primera Pauta:

J1: NICOTINATO DE XANTINOL 1 cc. Se aplica mediante inyecciones mesodérmicas sobre pliegue de la piel en pulso carotídeo y temporal, y en línea para cervical bilateral.

J2: PROCAÍNA 2% 0,6 cc, CLORPROMAZINA 0,3 cc, KETOPROFENO 1 gota.

Se inyectan en los puntos dolorosos referidos a "punta de dedo", encontrados en la exploración.

.- Si coexisten signos de ansiedad se aplica la técnica NET (nuca, epigastrio y sienes) con mezcla de PROCAÍNA + CLORPROETAZINA como tratamiento de fondo. Normalmente al cabo de unos minutos el síntoma desaparece acabada la sesión.

.- Si reaparece la clínica, poner tratamiento homeopático complementario: ACTAEA RACEMOSA, más, sobre los puntos descritos por Nogier ("Maestro de Cefaleas" y "Cefalea posterior"), añadir unas gotas de PROCAÍNA 1%.

.- Al cabo de dos meses, repetir la sesión y posteriormente una media de dos sesiones por año de recuerdo.

Segunda Pauta:

PROCAÍNA 2% 1 cc.

PENTOXIFILINA 1 cc.

Se realizan 5-6 inyecciones mesoterápicas sobre la zona proyectada del dolor y posteriormente en ráfagas.

A los 30 días si no hay mejoría, PROCAÍNA 2% 1 cc. + KETOPROFENO 1 cc + CALCITONIA humana liofilizada 0,25, aplicando mesoterapia sobre puntos temporales y carotídeos con la mitad de la mezcla y sobre puntos locales con el resto.

A los 90 días, si no hay resultado positivo suficiente, realizar mesoperfusión temporo-carotídea, durante 15 minutos seguido de ráfagas locales de PROCAINA 2% 1 cc y IFENPRODILO 1 cc + PERIBEDILO + CALCITONINA humana 0,5 en frasco seco.

2) CEFALÉAS VASCULARES

Se engloban:

MIGRAÑA SIN AURA

MIGRAÑA CON AURA: M. Hemipléjica y M. Basilar

CEFALEA EN RACIMOS

ARTERITIS DE LA TEMPORAL

CEFALEAS ASOCIADAS A PROCESOS VASCULARES

A excepción de la cefalea en racimos, la migraña es más frecuente en mujeres y, junto con la cefalea tensional suponen el 90% de las cefaleas. Así que este apartado se referirá a la migraña como tal.

Es de aparición más precoz. Puede coincidir con la menarquia y desaparecer con la menopausia. Las crisis son de frecuencia variable (de 1 a 3 crisis/mes) y en relación con el ciclo menstrual en el 40% de los casos.

Se produce por una activación del Sistema Trigémico Vascular con una consecuente vasodilatación y liberación de neuropéptidos.

La localización es unilateral al inicio con asiento ocular o temporal y, posteriormente se convierte en bilateral. Se acompaña de foto y fonofobia, náuseas, vómitos...pudiendo disminuir la intensidad del dolor tras el síntoma emético.

Como excepción, se puede configurar "un estatus migrañoso" si se asocian cefalea tensional y migraña.

TRATAMIENTO:

¡¡DEBE INICIARSE FUERA DE LAS CRISIS DOLOROSAS!!

Se utilizan medicamentos **VASOACTIVOS**

Como tratamiento de fondo, mediante técnica NET:

PROCAÍNA + CLORPROETAZINA mezclados a partes iguales.

Se utiliza la técnica de mesoperfusión con una mezcla compuesta por:
DIDROERGOTAMINA 1 mg 1 cc. + LIDOCAÍNA 1% 4 cc +
METOCLOPRAMIDA 10 mg 2 cc.

Se colocan 2 agujas en el lado afectado y otras 2 en la proyección de la carótida homolateral, programando el aparato mesoperfusor a una secuencia de 2-32, que permite perfundir 2,7 cc en 30 minutos. Aquí si que se debe de hacer una sesión coincidiendo con la crisis. Posteriormente, espaciar las sesiones según clínica.

3) CEFALÉAS SECUNDARIAS.

3.1. A PROCESOS EXPANSIVOS:

Si se sospechan, después de realizar una exhaustiva exploración y anamnesis, se deben de derivar al Neurólogo y/o Neurocirujano..

3.2. REFERIDAS:

- - De origen Cervical.

Representan el 80% de las cefaleas crónicas comunes. Se producen por un sufrimiento crónico del raquis cervical, sobre todo a nivel C2-C3. Acompañado de dermoneurodistrofia de la fosa suboccipital con contractura de dicho grupo muscular, casi siempre unilateral y

dolor sobre los puntos SID (Sufrimiento Intervertebral Degenerativo) de Mrejen.

TRATAMIENTO: Mezcla de XILOKETOPROFENO (DCI) + TIOLCHICÓSIDO (DCI) en mesoinyección en los puntos positivos a la exploración, más el punto pléxico retroauricular perimastoideo. Este también sería el tratamiento de la Neuralgia de Arnold.

- - De origen ORL.

La sinusitis aguda puede ser causa en el origen de las cefaleas, por el contrario la sinusitis crónica no las provoca aunque frecuentemente se la relacione con ella.

El tratamiento empleado en la sinusitis crónicas en niños a partir de 6 años podría verse beneficiado por la mesovacunación con fracciones ribosomales de la Vacuna de la Gripe anual mediante la realización de micropápulas en puntos frontales dcho-izdo, maxilares dcho-izdo, ganglios subgenianos dcho-izdo, apex pulmonares dcho-izdo, borde hepático-borde esplénico, fosas ilíacas dcha-izda y crestas ilíacas dcha-izda. La repetición de la sesión se debería hacer a la semana, al mes, a los 2 meses y posteriormente cada 6 meses coincidiendo con los cambios estacionales.

- - Neuralgias Faciales: Un apunte a tener en cuenta en el tratamiento del dolor es la teoría de las equivalencias dolorosas de PISTOR: "Un dolor de gran intensidad pero de cortísima duración sirve para yugular un dolor de menor intensidad pero de duración más prolongada".

En el tratamiento, hay que destacar las cuatro zonas de interés mesoterápico según RIAUD, con finalidad analgésica:

- 1) Punto interespinoso que controla la metámera AFECTADA.
- 2) Punto intervertebral que está en proyección del agujero de conjunción en relación con el ganglio raquídeo.
- 3) Punto relacionado con las articulaciones intervertebrales posteriores.
- 4) Los puntos dérmicos situados sobre las metámeras.

Delannoy, recomienda la mezcla compuesta por PROCAINA 2% 1 cc, complejos YODO-AZUFRADOS 1 cc, CLORPROETAZINA (DCI) 1 cc, **alternando, en sesiones diferentes**, con ALGOBAZ® 1 fs + ÁCIDO NICOTÍNICO 0,5 cc + TOFRANIL® 0,5 cc.

Se realizan inyecciones de mesoterapia en un centenar de puntos, en sesiones quincenales o mensuales, hasta obtener resultados satisfactorios, para pasar entonces a sesiones bimensuales o trimestrales.

ii NUNCA DEBEMOS A TRATAR PACIENTES EN VÍAS DE CURACIÓN APARENTE, YA QUE LAS REACTIVACIONES DOLOROSAS SON FRECUENTES !!

Por último, resaltar que en el tratamiento de la Neuralgia del Trigémino por Mesoauriculoterapia, nos valemos de la representación auricular de este par craneal (confluencia del hélix con el lóbulo) dónde inyectaremos algunas gotas de la mezcla formada por PROCAÍNA + ÁCIDO NICOTÍNICO + CLORPROETAZINA (DCI) a partes iguales.

Otros autores, emplean igualmente la mesoauriculoterapia en otras patologías dolorosas, en tratamiento analgésico, con resultados considerados como "muy buenos" en el 70% de los casos que contrastan con el 3% de resultados "nulos".

Dra. Lourdes del Río Sancho

ZARAGOZA