

# **Cefalea Psicogénea. Tratamiento con Agentes Ataraxicos**

*Dr. J. Piñeros Corpas*

Prof. Agregado de Clínica Semiológica  
Prof. Encargado de Fisiología 1ª en la F. N. de Med.

## **I — OBJETO**

Se comunican cinco casos de cefalea psicogénea tratados con agentes ataraxicos, y se informan sus resultados.

## **II — MATERIAL Y METODOS**

Los pacientes proceden de la consulta de Medicina Interna de la Caja Nacional de Previsión. Fueron estudiados exhaustivamente desde los ángulos clínico, de laboratorio y eventualmente radiológico, con el fin de descartar cualquier otra clase de cefalea.

## **III — INTRODUCCION**

Denomínase cefalea psicogénea o cefalea de tensión emocional (1) el dolor de cabeza producido directa o indirectamente por un estado conflictivo emocional de naturaleza consciente o inconsciente. Más frecuente en el sexo femenino (69% en las estadísticas de Friedman y Sola Pool, 1,) su localización más frecuente es occipital (41% en las mismas estadísticas). Su carácter es variable, predominando dentro de la localización occipital el de dolor sostenido o "peso doloroso". Aunque no ostenta una definida predominancia horaria, es más o menos constante su desarrollo con el curso de la actividad ocasionante de tensión emocional, generalmente el trabajo. Su diagnóstico se hace por ex-

clusión, y por el hallazgo en la anamnesis psicosocial de un núcleo definido de tensión emocional. Los estudios psicoanalíticos han revelado principalmente trastornos en los mecanismos expresivos normales de la agresión (2) y conversión neurótica de ambivalencias afectivas en sujetos con tendencias narcicísticas predominantes (3). Dentro de la práctica corriente es fácil a menudo establecer un núcleo conflictivo anamnesticamente inmediato situado de ordinario en las esferas familiar ó económico-laboral. Aunque la cefalea ps. pertenece en esencia al grupo de las cefalalgias crónicas, la tensión emocional sostenida puede evolucionar durante un largo tiempo asintomáticamente, y manifestarse de manera inicial por un ataque agudo de cefalea (4).

Patogénicamente se ha considerado como un reflejo vascular patológico de punto de partida en el tálamo óptico (1). Un apoyo experimental de esta tesis se halla constituido por los trabajos de Tunis y Wolff, quienes, durante estados inducidos de tensión emocional, pudieron determinar un definido aumento de amplitud en el pulso temporal y en el de las arterias conjuntivales (5). Sin embargo, la tensión muscular sostenida se considera más comúnmente como causa posible (4), especialmente en lo que se refiere a la cefalea de localización occipital. Esta hipótesis se sustenta en una inferencia por analogía ya que dicho mecanismo muscular se reconoce claramente en la cefalea frontal que se origina en la contracción compensatoria del músculo frontal durante la evolución del síndrome de Horner (6).

Los analgésicos son de poca utilidad en el tratamiento de la cefalea psicógena (1, 2, 3, 4, 7) y el fracaso de los mismos constituye un elemento importante de diagnóstico. La terapéutica ideal es la psicoterapia profunda. Pero dadas las dificultades que trae consigo dicho tipo de psicoterapia en la práctica corriente, se hace muchas veces necesario recurrir como medicación de fondo a los sedantes, dentro de los cuales han sido utilizados principalmente los bromuros, los barbitúricos, los alcaloides de la belladona la ergotamina y otros (1). La utilización de los agentes denominados atarácicos, neuroplégicos o neurolépticos ofrece posibilidades que están por establecer.

Teleológicamente la acción atarácica o de bloqueo emocional puede representar adrenolisis sostenida. En efecto, la reac-

ción de choque (Goldscheider) y la reacción agresiva (9), substratos elementales de las reacciones psiconeuróticas, son reacciones típicamente adrenérgicas. Por otra parte, la Hipertonía Simpática de Birckmayer y Winkler (8) reproduce exactamente la sintomatología de un buen número de pacientes psiconeuróticos, y el tratamiento vagotrópico-adrenolítico trae consigo excelentes resultados principalmente referidos a los disturbios metatímicos. De acuerdo con esto, y mientras no haya demostraciones experimentales que aclaren el mecanismo de la acción atarácica, hay que seguir considerando la acción vagotrópicoadrenolítica como farmacológicamente sinónima de aquella, ya que los resultados de los dos grupos de drogas son, en la práctica, iguales.

#### IV — CASUÍSTICA

##### 1) E. de V., 40, mecanógrafa.

Consulta por Cefalea. Desde dos meses antes de la consulta presenta cefalea global, ocasionalmente frontal, de intensidad media, sostenida, no pulsante. Se inicia hacia las diez de la mañana; algunas veces persiste a todo lo largo del día. En otras ocasiones cede al medio día y vuelve a presentarse hacia las cuatro de la tarde. Episódicamente se acompaña de tinnitus. Hipertermia ansiosa, inestabilidad emocional, tendencia al llanto. La anamnesis psicosocial revela desafecto por el trabajo con jefe rudo y temor de ser despedida. Examen clínico negativo. Tratamiento: Pacyl (Dimetildiosipurinmetancarbonato detrimetilbromoetilamoniofosfórico), colinérgico, 0,6 grs. (6 tabletas) al día. Dihidroergotamina, solución, CXX gotas al día. Consulta de control a los quince días. Disminución franca de la cefalea con mejoría definida de la estabilidad emocional.

##### 2) F. P., 46, Agente Secreto.

Consulta por cefalea. Desde cuatro años antes de la consulta viene presentando frecuentes períodos de cefalea occipital que describe como un "peso doloroso" en ocasiones bastante intenso. Este síntoma se hace particularmente molesto durante su servicio nocturno y algunas veces lo ha incapacitado para trabajar. Su estabilidad emocional es aparentemente satisfactoria pero la anamnesis revela temor por los azares del servicio y deseo de cambiar de ocupación. Examen sistémico rigurosamente negativo. Tratamiento: Atarax (clorhidrato de 1 p. clorobenzidril-4-2 (2-(2-hidroxietoxi) etil) dietilenodiamina) 75 miligramos al día. Calcibronat 1 ampollita al día. Consulta de control a los 20 y a los 45 días. Disminución franca y en los últimos días desaparición de la cefalea.

### 3) I. de C. 40, Empleada de Oficina.

Consulta por cefalea. Desde cuatro meses antes de la consulta presenta cefalea occipital, en forma de calor "fijo y desesperante" o de punzada. Se inicia en las horas de la tarde y continúa durante parte de la noche. Hipertimia y metatimia, ansiedad, temores, sueño entrecortado y ensueños vivaces. Su esposo desatiende el hogar y la paciente se halla permanentemente abocada a agudas dificultades económicas. Examen sistémico totalmente negativo. Menstruaciones normales. Tratamiento: Atarax (Hidroxizina), 125 miligramos al día. Calcibronat 1 ampolleta al día. Control a los veinte días. Disminución apreciable de la sensación dolorosa occipital y mejoría del sueño.

### 4) A. R. P., Agente Secreto, 34.

Consulta por cefalea. Desde hace 4 años presenta frecuentes etapas de cefalea occipital; el paciente recalca que la iniciación de las mismas coincidió con su ingreso al Servicio de Inteligencia. La última etapa sintomática data de dos meses, durante los cuales estima el sujeto que ha tenido un exceso de labor. Lo molesta principalmente durante el día. Se trata de una punzada sostenida que localiza con precisión en la región superior de la nuca y área occipital vecina. Examen sistémico negativo. Tratamiento: Atarax (Hidroxizina) 75 mlgrs. al día. Calcibronat 1 amp. al día. Control a los quince días. Mejoría muy marcada de la cefalea.

### 5) M. T. R., Empleada de oficina.

Consulta por cefalea. Desde tres meses antes de la consulta presenta, tres a cinco veces en la semana sensación muy molesta de calor y peso doloroso en la región occipital, de predominio nocturno. En ocasiones la despierta y generalmente le dificulta conciliar el sueño. La cefalea no es modificada favorablemente por los analgésicos comerciales, que ha tratado reiteradamente de utilizar. Ligeras ansiedades diurnas e inestabilidad emocional. La paciente es soltera, cultiva muy pocas relaciones, teme conscientemente la soledad que le acarrearía el no haber tenido hasta el momento oportunidad de casarse. Tiene dificultades en el trabajo. Examen sistémico rigurosamente negativo. Tratamiento: -Pacyl (Colinérgico de síntesis, fórmula anteanotada) 0,06 grs. (6 tabletas) al día. Solución de Dihidroergotamina CXX gotas al día. Control a los veinte días: la cefalea se ha hecho menos frecuente; la ha presentado en dos ocasiones pero era bastante tolerable y no le dificultó el sueño. Este último se ha hecho continuo.

## V — RESULTADOS

En los cinco pacientes sometidos a tratamiento con drogas de acción ataráxica (tres con un ataráxico de síntesis y dos con medicamentos vagotrópico-adrenolíticos) se obtuvieron resultados favorables con respecto al síntoma cefalea y excelentes desde el punto de vista de los trastornos metatímicos.

## VI — CONCLUSIONES

La ausencia de controles mediatos y la exigüidad de la casuística no permiten obtener conclusiones de importancia práctica.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1 — FRIEDMAN y SOLA POOL. **Tension Headache**. J. A. M. A., 151|3, 174, 1953.
- 2 — FRIEDMAN y VON STORCH. **Failures in migraine therapy**. Journal of Nervous and Mental diseases. 116|1, 75, 1952.
- 3 — DOSAL, DEL PIÑAL y GOMEZ MANTILLA. **Ultimas orientaciones en el concepto y el tratamiento de la jaqueca**. Consejo General de Colegios Médicos de España. 14|69, 25, 1953.
- 4 — WOLF. **The problem of recurrent Headache**. N. Y. State Medical Journal. 52|19, 21361, 1952.
- 5 — TUNIS y WOLFF. **Studies on Headache: further observations on cranial and conjunctival essels during and between vascular headache attacks**. Journal of Nervous and Mental diseases, 116|1, 72, 1952.
- 6 — PFUHL. **Anatomische Benerkungen zum Kopfsmerzproblem**. Münch. med. Wschr., 94(52, 2.610, 1952.
- 7 — Med. Clinics of N. A.
- 8 — **Klinik und Therapie der Vegetativen Funktionsstorungen**. Birkmayer und Winkler, Springer-Verlag, 1951.
- 9 — MIRA Y LOPEZ, **Psiquiatría Básica**. El Ateneo, 1950.