

EL MAL DE CAP VIST PER UN INTERNISTA

J. ALSINA I BOFILL
(Acadèmic Numerari)

Només una exigua minoria dels que pateixen de mal de cap van al metge. I els que hi van és per un dels dos motius següents: o bé perquè tenen unes impressionants crisis de cefalàlgia, o bé perquè essent aquesta més o menys contínua o reiterada suscita l'aprensió d'alguna malaltia causal greu.

Resoldre aquesta consulta no sempre és fàcil per al metge. Unes vegades semblarà que ho és davant l'absoluta tipicitat de la simptomatologia; altres davant el seu caràcter anodí. No obstant, cal no oblidar (i per això ho dic en el lliurar de la meua modesta aportació) que el conjunt sindròmic de la migranya més típica pot amagar una malaltia greu, i que aquesta, per contra, es pot manifestar per una cefalàlgia insignificant.

Per a encetar el camí del diagnòstic podem fer una distinció inicial entre cefalàlgies paroxístiques i cefalàlgies persistents, si no contínues.

LES CEFALALGIES PAROXÍSTIQUES

El prototipus d'aquestes cefalàlgies és la *migranya*.

Són tants entre els que m'escolten que la pateixen o han patit de la migranya o han vist de prop algú que en pateix que sembla superflu de descriure'n la simptomatologia. Però no, no ho és, perquè la migranya pot ésser molt diferent d'un malalt a l'altre i qualsevol que pensi que allò que no s'assembla a la «seva» migranya no ho és, s'equivocaria sovint.

L'accés típic de migranya té uns pròdroms més aviat psíquics que físics: depressió, ensopiment o irritabilitat; però no és impossible que el migranyós se senti anormalment optimista i dinàmic. Altres vegades els pròdroms són digestius: desgana, pesadesa digestiva. Generalment l'endemà apareix la crisi. Aquesta consisteix en una aura que dona pas a

la cefalàlgia i a uns fenòmens acompanyants.

L'aura més corrent és l'òptica. Gairebé sempre és un escotoma que es pot anar engrandint fins arribar a una hemianòpsia o una amaurosi. En alguns casos a aquest escotoma s'hi sobreposa un pampallugueig (*escotoma espurnejant*). Altres vegades, poques, l'aura afecta altres sentits: oïda, gust, olfacte. Altres, encara, consisteix en parestèsies i rarament en afàsia, disàrtria o vertigen.

L'aura dona pas (generalment amb un curt interval) a la *cefalàlgia*, la intensitat de la qual és extremament variable. La més característica afecta una regió temporal i és pulsàtil. Moltes vegades, però, el dolor s'estén a la regió parietal i també a l'altre costat. Aquest dolor té dues particularitats constants: augmenta movent-se, enraonant o tossint; millora amb el silenci, la quietud, la pressió i el fred sobre la zona dolorosa i la compressió de l'artèria temporal immediatament per davant del tragus.

Els *fenòmens acompanyants* més freqüents són les nàusees i els vòmits. Hom perboca primer el contingut gàstric, després bilis i amb això sol acabar l'accés migranyós.

D'aquesta tríade característica de l'accés migranyós en pot faltar qualsevol dels tres elements. L'aura és el que falta més sovint. Les nàusees no tant. Però fins i tot pot faltar la cefalàlgia. Pot ésser molt bé que un migranyós crònic us digui: «Avui

tinc migranya però no tinc mal de cap»; i que un altre dia us digui: «Avui tinc mal de cap però no tinc migranya». Això darrer indica que el que subratlla més el caràcter migranyós de la malaltia no és la cefalàlgia sinó el malestar general: dispèpsia, ensopiment, astènia, relativa incapacitat intel·lectual. Qui no ha tingut mai migranya no pot arribar a comprendre fins a quin punt pertorba i incapacita.

Per assentar ben assentat el diagnòstic de migranya algunes circumstàncies tenen un gran valor:

1. Aparició de la malaltia durant l'adolescència.
2. Aparició dels accessos en íntima relació amb la menstruació.
3. Disminució durant l'embaràs a partir del tercer mes.
4. La migranya dels diumenges. Té un valor incontrovertible, tant com incomprensibles són els seus motius.
5. La independència de qualsevol tipus de sobrecàrrega, física, intel·lectual o emocional.

En començar, a l'adolescència, és tan freqüent en nois com en noies. Després, amb els anys, el sexe femení és el que predomina entre els migranyosos.

És excepcional que la migranya típica persisteixi tota la vida. Gairebé sempre desapareix pels volts dels 50 anys. Però això no vol dir que el migranyós quedi sense pro-

blesmes. Generalment la propensió a la cefalàlgia persisteix, i algunes vegades la cefalàlgia molt més lleugera que abans persisteix de forma quasi contínua.

La *migranya paralítica* és una forma poc freqüent i cuito a dir que sempre ha de desvetllar sospita d'organicitat. Consisteix en l'aparició d'una paràlisi en l'acme de la crisi o al final. Pot ésser una monoplegia o hemiplegia amb hemianestèsia o no que no sol durar més d'un dia, bé que n'hi hagi algun cas de publicat que n'ha durat 6 i tot. Però això és excepcional. Aquest tipus de migranya té sovint caràcter familiar. Si acabo de dir que davant aquesta síndrome no és recomanable d'acceptar sense més requisits el diagnòstic de «migranya» és perquè n'han estat publicades algunes que tradueixen aneurismes de la caròtida o de la comunicant posterior. La síndrome de l'artèria basilar, de Bickersstaff, és molt discutida.

Han de fer pensar també en organicitat els accessos migranyoides acompanyats de pèrdua de consciència o de símptomes permanents de dèficit.

La *cefalea histamínica* de Horton o *eritroprosopàlgia* de Bing dona unes crisis molt semblants a les migranyoses. La cefalàlgia hi és unilateral, violentíssima localitzada en una de les zones fronto-temporals i orbitàries bé que es pot estendre a les regions veïnes fins a l'omòplat. En cada malalt les crisis són sempre del mateix costat. Ve sense prò-

droms, ni aura, ni altres fenòmens acompanyants que una vermellor del mateix costat de la cara, conjuntiva inclosa, edema palpebral i obstrucció nasal. Sembla provat que és deguda a una descàrrega histamínica.

L'*encefalopatia hipertensiva* pot donar també crisi cefalàlgiques. Sempre seran més persistents que la migranya i el factor causal serà demostrat desseguida. Només la hipertensió per feocromocitoma pot produir dubtes perquè essent fugaç pot ésser molt bé que el metge no la registri. Però un interrogatori acurat revelarà els altres símptomes concomitants tan característics.

La *neuràlgia del trigemin* (especialment de la branca oftàlmica) no ha d'ésser oblidada.

Paroxística, però d'un sol paroxisme, és la cefalàlgia de l'*hemorràgia subaracnoïdal* en la qual cal pensar davant de tota cefalàlgia apareguda bruscament i d'una intensitat superior a l'habitual. Estic segur que els companys de taula, neuròlegs, en parlaran amb més detall i autoritat.

LES CEFALALGIES PERSISTENTS

Recordem la que pot afectar el migranyós quan amb el pas dels anys els paroxismes s'han anat esvaint.

Per ordre de freqüència jo posaria al davant la cefalàlgia de la *hipertensió*, de l'*aterosclerosi*. Sol ésser matinal, és a dir que el malalt

la nota quan es desperta; no és intensa bé que molesta. Sol anar millorant a mesura que passen les hores, però molts malalts no saben esperar i recorren diàriament a la ingesta d'un analgèsic. Llavors al problema vascular se n'ha afegit un altre: l'habitució a l'analgèsic amb totes les seves conseqüències; renals, si és a base de fenacetina; gàstriques, si és a base d'aspirina.

Quan la hipertensió es produeix bruscament o augmenta per damunt del nivell habitual, la cefalàlgia és molt més persistent i enutjosa que en els malalts estabilitzats. Això ho veiem anys enrera en els hipertensos severos, mancats com estàvem d'una medicació eficaç, i en les glomerulonefritis agudes. Avui ho veiem de tant en tant en consumidores d'*anovulatoris*, segurament propenses a la hipertensió.

Al costat de les alteracions hemodinàmiques totes les modificacions dels valors dels *gasos de la sang* poden donar lloc a cefalàlgia. L'augment del CO₂, la hipòxia hística i l'acidosi que s'hi afegeix disminueixen el llindar de l'estímul de les terminacions nervioses, i això desencadena dolor. Com a compensació augmenta el volum-minut cardíac, d'on un augment de la pressió pulsàtil de la paret vascular. Aquí entren les cefalàlgies dels malalts amb insuficiència cardíaca, amb emfisema, amb poliglobúlia o amb anèmia; i algunes degudes a intoxicació crònica per òxid de carboni sobretot,

quant el malalt abusa de la fenacetina.

Els trastorns metabòlics són causa també de cefalàlgia: els d'origen tiroïdal, els diabètics i la hipoglucèmia.

També és força freqüent la cefalàlgia matinal produïda per la *cèrvico-artrosi*. Els defectes articulars i de l'estàtica produeixen una contractura dels músculs del clatell que origina al seu torn isquèmia per compressió vascular en els forats de conjunció anormalment enconegits. La isquèmia augmentaria el potassi en el múscul isquèmic i això produiria dolor. La cefalàlgia apareix quan el malalt es desperta i no és pas solament occipital sinó que es pot escampar per tot el cap. Moltes vegades millora ràpidament en llevar-se. Hom n'ha descrit dos tipus: la *migranya cervical* com a conseqüència de l'excitació de l'artèria vertebral que va acompanyada sovint de vertígens, bronzir d'orelles i nàusees; i la *neuràlgia occipital* potser deguda a miogelosi i tensió del múscul occipital.

Compte, però, d'arrepenjar-se massa en l'atribució d'una cefalàlgia a les lesions de *cèrvico-artrosi* que són tan freqüents! Podria fer-nos oblidar lamentablement causes greus i reversibles de cefalàlgia.

Malgrat ésser poc freqüent cal recordar l'*arteritis temporal de cèl·lules gegants*. Al revés de la migranya, és malaltia de vells. La cefalàlgia que produeix és molt intensa, pulsàtil (mentre l'artèria no s'hagi

trombosat) i augmenta en mastegar. La palpació de l'artèria desvetlla la sospita i la biòpsia conclou el diagnòstic.

No cal parlar de la *cefalàlgia post-traumàtica*, de diagnòstic obvi, ni de la produïda per *sinusitis* perquè se n'ocuparà després l'otorrinolaringòleg que ens acompanya. Els processos expansius intracraneals seran tractats pels neuròlegs que integren aquesta taula. Però no sé estar-me de subratllar que la cefalàlgia produïda per aquests processos no és tan intensa, ni tan persistent com semblaria lògic que fos ni tan sols constant. Però sí que cal assenyalar, perquè sovint és ignorada, una causa de cefalàlgia no pas tan rara: les *malalties* i *malformacions dentàries*. Els flegmons radiculars i els queixals retinguts i incrustats (sobretot els del seny) són responsables de cefalàlgies persistents extremament importants. Si l'extracció d'aquestes peces inequívocament anòmales és plenament justificada, cal evitar, costi el que costi, les extraccions abusives. Quants de malalts de neuràlgia de trigemin han perdut tota la dentadura per l'agressiva ignorància del metge i de l'odontòleg!

Per acabar aquesta introducció, recordem que hi ha cefalàlgies

iatrogèniques. Un medicament que en produeix sovint és el bromur sòdic o potàssic. Molt poc usat en el nostre país ho és per contra força als Estats Units on és l'únic sedant que pot ésser adquirit sense recepta. No és impossible, doncs, de veure un passavolant o un ex-resident a Nord-Amèrica que prengui bromur i que tingui cefalàlgia per aquest motiu. La fenacetina, un dels analgèsics més utilitzats en molts de països, pot ésser paradoxalment causa de cefalàlgia. D'aquesta manera pot crear-se un cercle viciós que exorbitarà la dosi de fenacetina ingerida amb el risc de produir una greu nefropatia irreversible.

Entre els medicaments que poden donar mal de cap n'hi ha quatre que són dels més habituals: els preparats de tiroide, la teobromina o eufilina, els corticosteroides i els vasodilatadors (àcid nicotínic i derivats, trinitroglicerina i derivats). La via patogènica dels dos primers no la conec. La dels corticosteroides no és altra que l'augment de pressió del líquid cèfalo-raquidi, ben constatable en els petits infants. No essent però l'efecte cefalàlgic gaire freqüent, cal pensar que hi ha d'intervenir un factor d'hipersensibilitat. El mecanisme cefalàlgic dels altres deu ésser la vasodilatació.