

Yousef Hmaidan  
Carlo Cianchetti

## Eficacia de la compresión prolongada de las arterias del cuero cabelludo en los ataques de migraña

Recibido: 30 de agosto de 2005.  
Recibido en forma revisada: 21 de octubre de 2005.  
Aceptado: 7 de noviembre de 2005.  
Publicado *online*: 7 de febrero de 2006.

Muy señores nuestros: Una breve compresión digital de la arteria temporal superficial puede aliviar el dolor de un ataque de migraña [1, 2, 5] y de una cefalea en racimos [3]. En la bibliografía no existen datos concernientes a una compresión prolongada. Evaluamos el efecto de una compresión prolongada (más de 3 minutos) de las arterias del cuero cabelludo en un ataque de migraña en una serie de pacientes consecutivos e intentamos establecer qué compresión arterial es más eficaz, especialmente en relación con la zona del dolor.

Los sujetos fueron 94 pacientes ambulatorios (71 mujeres, 23 hombres, de edades comprendidas entre los 8 y los 62 años, con un promedio de 21) afectados por migraña sin aura según los criterios de la IHS [4]. Se les estudió durante un ataque de migraña, tras ser informados previamente del objetivo y de la técnica de la compresión y haberlo aceptado ellos voluntariamente. La intensidad del dolor, que se había

producido durante un período de algunos minutos a pocas horas, era moderada en 58 casos y severa en 36. En algunos casos se habían usado fármacos analgésicos o triptanos cuando aparecía el dolor, si bien no les habían proporcionado ningún alivio o éste había sido insuficiente.

La arteria temporal se comprimió usando una presión digital firme contra el arco zigomático delante del trago y 1-2 cm hacia abajo; la arteria occipital se comprimió contra el hueso occipital. La localización de las arterias se hizo mediante la percepción de su pulso con el dedo. La compresión, suficientemente fuerte como para interrumpir el flujo sanguíneo, se llevó a cabo primero sobre una sola arteria ipsilateral, o bilateralmente en el caso de dolor bilateral. Cuando el dolor era prevalente en la parte anterior de la cabeza, la compresión se comenzó en la arteria o arterias temporales y en la arteria o arterias occipitales cuando lo era en la parte posterior. La compresión de la primera arteria se detenía inmediatamente si se conseguía un alivio inicial del dolor, de lo contrario se mantenía durante 3 minutos. Después de un intervalo de medio minuto, las arterias no comprimidas previamente se comprimieron de la misma manera. Posteriormente, se comprimieron la/s arteria/s donde se había obtenido la mayor mejoría durante 4 minutos. Si de todas formas no había una reducción significativa del dolor, se comprimían simultáneamente las arterias temporales y occipitales durante al menos 6 minutos.

En los últimos 32 pacientes se llevó a cabo, como control, una compresión fingida 1 cm anterior a la arteria temporal o 1 cm lateral a

la arteria occipital, según el método antes descrito. Después de la compresión fingida tuvo lugar el procedimiento de compresión real de la arteria.

La tabla 1 muestra los resultados con relación a la zona del dolor y a las arterias comprimidas.

En conjunto, el 68% de los pacientes obtuvo un alivio relevante o completo y duradero del dolor; se alcanzó un porcentaje del 90% (52/58) en los ataques con dolor moderado. Con frecuencia las arterias, especialmente las temporales superficiales, eran sensibles cuando se comprimían; esto no influyó en el resultado. Los pacientes generalmente no respondían cuando el ataque se había mantenido durante varias horas y/o cuando el dolor era muy intenso. La compresión fingida de la arteria nunca originó una disminución del dolor. No se notaron efectos desfavorables.

La compresión prolongada (más de tres minutos) de las arterias occipitales y/o de las arterias temporales superficiales es frecuentemente eficaz en la reducción o eliminación del dolor que provoca la migraña.

No encontramos una relación constante entre la zona del dolor y el que las arterias ipsilaterales causasen un mayor alivio cuando se comprimían. Por ejemplo, el dolor cesaba más frecuentemente con compresión mono o bilateral de la arteria occipital que con compresión de la arteria temporal.

La posibilidad de conseguir un alivio sustancial o el cese del dolor con este procedimiento parece relevante en la terapia de los ataques de migrañas y hace posible evitar o reducir el uso de fármacos.

**Tabla 1.** Efecto de la compresión arterial sobre el ataque de migraña. La suma de C y D es mucho menor que B, ya que en varios casos no había diferencia. La compresión arterial fue bilateral en casos de dolor bilateral o difuso

A) localización del dolor	B) marcada mejoría o cese del dolor (% del total)	C) compresión temporal más eficaz que la occipital	D) compresión occipital más eficaz que la temporal	E) compresión temporal y occipital, ambas necesarias para obtener alivio
unilateral anterior	24 de 39 (61,5%)	4	3	19
hemicraneal	13 de 24 (54,2%)	2	5	12
bilateral anterior	19 de 22 (86,4%)	5	8	14
bilateral posterior	3 de 3 (100%)	0	3	0
difusa	5 de 6 (83,3%)	1	2	4

## Bibliografía

1. Blau JN, Dexter SL (1981) The site of pain origin during migraine attacks. *Cephalalgia* 1:143-147.
2. Drummond PD, Lance JW (1983) Extracranial vascular changes and the source of pain in migraine headache. *Ann Neurol* 13:32-37.
3. Ekbohm K (1975) Some observations on pain in cluster headache. *Headache* 14:219-225.
4. International Headache Society (2004) International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition (ICHD-II). *Cephalalgia* 24 (Suppl 1): 1-160.
5. Shevel E, Spierings EH (2004) The role of extracranial arteries in migraine headache: a review. *J Cranio Mandibular Practice* 22:132-138.

Y. Hmaidan, C. Cianchetti, M.D. (✉)  
University Dpt.of Neurosciences

Sez.Clin.Neuropsichiatr.Inf.  
via Ospedale 119  
09124 Cagliari, Italy  
Tel.: +39-070/609-3425  
Fax: +39-070/669-591  
E-mail: [cianchet@unica.it](mailto:cianchet@unica.it)