

La migraña en atención primaria: revisión y actualización

Francisco Delgado López, Juan Miguel Girón Úbeda, Alfredo Muñoz Málaga, Nuria Rodríguez Fernández, Sonia Sáenz Aguilar y María José Vila Dupló

Unidad de Neurología del Servicio de Medicina Interna. Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La migraña constituye una enfermedad de gran impacto médico, social y económico, condicionando un estilo de vida diferente a los pacientes no migrañosos. Supone un problema médico porque necesita de múltiples niveles asistenciales, con una gran demanda de recursos sanitarios. En el orden social condiciona unos cambios en determinadas costumbres, hábitos y formas de establecer una normal relación social, laboral y familiar. Desde el punto de vista económico condiciona un importante gasto en recursos sanitarios, días de absentismo laboral y otras parcelas económicas más difícilmente valorables.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de las cefaleas en la población general es muy elevada.

En una encuesta realizada sobre 5.000 personas, hasta un 28% correspondería a cefaleas migrañosas.

En España la prevalencia media estaría en torno al 12% de la población, llegando hasta un 17% en el caso de las mujeres. Estos datos son similares a los encontrados en el resto de la población de los países occidentales.

En torno al 16% de la población de sujetos migrañosos sufren episodios durante más de 15 días al año, y casi un 60% de 1 a 7 días al año.

La idea de que el paciente migrañoso presenta unos rasgos de personalidad neuróticos con incapacidad para soportar el estrés carece de fundamentos, si bien podemos decir que su vida normal se ve interferida en las crisis, sobre todo en su medio laboral y social.

Algunos estudios, y en particular el realizado en España por Leira et al, demuestran que la calidad de vida en las escalas específicas (SF-36) se encuentra disminuida con respecto a los individuos sanos, pero en áreas específicas como son el dolor corporal, problemas físicos y actividad social, era incluso inferior a una enfermedad crónica como la diabetes. Esto nos hace comprender el alto grado de per-

cepción de enfermedad que tienen estos enfermos, cuyo problema se subestima en muchas ocasiones.

CLÍNICA

La migraña suele comenzar en la infancia tardía; normalmente los signos se inician antes de los 40 años. Se define como una enfermedad crónica episódica recurrente.

En un 34% de los pacientes aparecen unos síntomas prodrómicos que suelen consistir en cambios de humor o compartamiento, insomnio, aumento del apetito, cambios en la actividad intestinal o en el balance hídrico.

Un elemento diferenciador lo establece la presencia o no de aura. El aura se define como una disfunción cortical o troncocefálica limitada en el tiempo cuyo sustrato fisiopatológico parece corresponder con una disminución del flujo sanguíneo regional.

La migraña con aura o clásica constituye el 20% del total de casos, siendo sus síntomas más frecuentes la visión borrosa, los escotomas centelleantes y la pérdida de visión en parte del campo visual. Estos síntomas neurológicos de posible origen cortical o troncocefálico se desarrollan gradualmente en 5-20 min, y suelen durar menos de 60 min. Tras los síntomas neurológicos suele aparecer de forma inmediata, o con un período libre de 1 h, cefalea, náuseas y vómitos. Otras formas de este tipo de migraña con aura vienen recogidas en la International Headache Society de 1988 (IHS-1988). La migraña con aura o clásica está definida por la IHS como se expone en la tabla I. Estos criterios pueden ser operativos para poder diagnosticar con mucha fiabilidad los casos que los cumplan, teniendo en cuenta que no siempre se puede ser rígido para evaluar al enfermo sólo con estos criterios y nunca serán sustitutos de una buena historia clínica.

La migraña sin aura o común (el 75% de las migrañas) se trata de un trastorno con cefalea recurrente idiopática, se manifiesta en episodios con una duración que oscila entre 4 y 72 h. Son características típicas de la cefalea la localización unilateral, la calidad pulsátil, la intensidad moderada o aguda y el aumento con la actividad física diaria. Se suelen asociar síntomas como náuseas, fotofobia y fonofobia. Se deben producir 5 episodios de estas características para satisfacer los criterios de la IHS (tabla 2). Además, se

Correspondencia: Dr. F. Delgado López.
Julián Cerdán, 14. 11540 Sanlúcar de Barrameda. Cádiz.
Correo electrónico: med009775@nacom.es

deben haber descartado, por medio de la historia clínica, la exploración física y neurológica, así como las pruebas paraclínicas adecuadas, la existencia de un trastorno causante de la cefalea.

Asociados con la cefalea, pueden aparecer síntomas gastrointestinales, síntomas vegetativos y alteraciones del equilibrio hídrico. En un 70% de los casos la cefalea es unilateral, pero en los niños la localización del dolor es más frecuentemente bilateral. La cinetosis, el dolor abdominal y el vértigo durante la infancia pueden ser precursores de la migraña en el adulto. En general, la tendencia tiende a disminuir con el paso de los años, y es muy significativo que después de la menopausia 3 de cada 4 mujeres presenten mejoría significativa. En un 33% de las migrañas se intercalan crisis con aura y sin aura.

En la evaluación del paciente migrañoso, dos aspectos revisten un especial interés. Uno de ellos es la relativa frecuencia con que la evaluación clínica no contempla cómo de incapacitante es la crisis. Ya hemos mencionado que es una enfermedad que condiciona una importante reducción de las actividades sociales. Una evaluación correcta del grado de afectación de la vida normal puede ayudar a plantear una estrategia terapéutica.

El segundo aspecto que se debería resaltar en el paciente migrañoso es cuándo debe considerar el médico de atención primaria que hay unos síntomas de alarma que pudieran tener una causa secundaria. Ferrari describe los síntomas de alarma en un paciente migrañoso (tabla 3). En términos generales, en una historia conocida de migrañas la exploración neurológica es redundante. Estos síntomas de alarma nos obligan a profundizar en ellos mediante técnicas complementarias o remitir a evaluación especializada.

ETIOPATOGENIA

Actualmente, la migraña se considera una enfermedad en la que hay una respuesta nociceptiva alterada frente a diversos estímulos e interacciones ambientales. Algunos datos experimentales abogan por la posibilidad de un factor genético en la génesis de la enfermedad. En un estudio sociológico reciente, los pacientes reconocían en un 55,9% algún factor desencadenante, de los cuales el 38% lo relacionan al estrés en la actividad laboral, el 32,7% a la “tensión y los nervios”, a las fluctuaciones hormonales el 20,5%, el 11,7% a los cambios climáticos, el 9,4% a los alimentos y al tabaco el 7,6%. Estos datos difieren dependiendo del nivel asistencial de donde se tomen.

La investigación ha aportado una teoría muy válida para la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad. Si bien sigue siendo una hipótesis, la teoría trigeminovascular aporta una visión muy unificada del problema. La secuencia etiopatogénica sería la siguiente:

1. Los factores desencadenantes estimularían determinadas áreas corticales estableciendo una hiperexcitabilidad de determinadas áreas neuronales: hipotálamo, tálamo y corteza cerebral.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la migraña con aura o común (IHS,1988)

Tener dos o más cefaleas precedidas de aura
El aura ha de cumplir al menos tres de las siguientes características:
Uno o más síntomas completamente reversibles que indican disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral, o ambos
Desarrollo gradual durante más de 4 min
Duración no superior a 60 min
La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 min
Los síntomas más frecuentes del aura son:
Visión borrosa
Escotomas centelleantes
Pérdida de visión en parte del campo visual

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la migraña sin aura o común (IHS,1988)

Duración de los episodios de 4 a 72 h
El dolor ha de cumplir al menos dos de las siguientes características:
Localización unilateral
Calidad pulsátil
Intensidad moderada o aguda
Agravamiento por la actividad física
Durante el ataque de cefalea debe haber al menos uno de los siguientes síntomas:
Náuseas, vómitos
Fotofobia y fonofobia

Tabla 3. Síntomas y signos de alarma en el paciente migrañoso²

Aura siempre localizada en el mismo sitio del cuerpo
Aura de desarrollo extremadamente corto (< 5 min) o demasiado prolongada (> 60 min)
Aura sin cefalea
Repentina modificación de las características de la migraña
Repentino aumento en la frecuencia de las crisis
Aparición por encima de los 50 años
Fiebre alta
Exploración neurológica anormal

2. Todo ello conduciría a la activación de determinadas áreas del tronco cerebral: núcleos del rafe, *locus coeruleus*, etc. Estos fenómenos explicarían las náuseas y vómitos asociados. Desde ahí se establecería un estímulo de vasoconstricción de determinadas áreas corticales, iniciándose normalmente desde la región occipital y propagándose hacia delante (fenómeno de depresión propagada). Este episodio ocurriría en los pacientes que desarrollan el aura.

3. La activación de núcleos del tronco del encéfalo activaría el área trigeminal, produciéndose una estimulación con liberación de neuropéptidos vasodilatadores, provocando la dilatación de los vasos meníngeos y la inflamación neurogénica; en este mecanismo están involucrados los receptores 5-HT_{1B/1D}.

Tabla 4. Factores desencadenantes de las crisis migrañosa

Endógenos
Estrés
Ansiiedad
Desorden emocional
Relajación tras estrés
Cambios hormonales
Hambre
Sueño
Físico y ambientales
Luz intensa, ruidos, olores
Cambios atmosféricos
Trauma banal craneal
Agentes ingeridos o inhalados
Alimentos (chocolate, queso, cítricos, helados, etc.)
Bebidas
Tabaco
Alergenos
Nitritos/nitratos
Glutamato sódico

TRATAMIENTO

La migraña es una enfermedad que debe ser atendida en diversos niveles asistenciales con objetivos distintos en cada uno de ellos. Podemos decir que al neurólogo le correspondería realizar un diagnóstico de la cefalea discriminando si es primaria o secundaria, y si es de este primer grupo a qué tipo corresponde. El nivel de asistencia de urgencias debe estar orientado a descartar la posibilidad de cefalea secundaria, y manejar en el ámbito hospitalario las cefaleas de difícil control con las medidas normales (esta actuación debe ser realizada en la medida de lo posible por el especialista).

Por último, el nivel de atención primaria debe de manejar el control de la crisis y realizar el control del tratamiento profiláctico. El enfoque terapéutico y diagnóstico inicial corresponde a este nivel y es el que debe decidir cuándo y cómo dirigir las investigaciones diagnósticas apropiadas en aquellos casos que no quede clara su actuación.

El sujeto migrañoso puede recibir tres tipos básicos de medidas terapéuticas, de las cuales dos serán obligadas, y una tercera dependerá de la intensidad de la enfermedad.

Los aspectos fundamentales del tratamiento son:

- a) Información y evitar factores desencadenantes.
- b) Tratamiento de la crisis.
- c) Profilaxis farmacológica.

Información y factores desencadenantes

La primera actitud terapéutica que debe realizar el médico que asiste a estos enfermos es explicarles la benignidad del proceso, siendo sinceros y exponiendo que en un porcentaje variable de casos no se va a poder conseguir un control absoluto de las crisis. La información también debe cumplimentar en qué medida suelen ser las crisis, y qué factores desencadenantes (tabla 4) pueden determinarlas. Por tanto, se incidirá, sobre todo, en guardar un ritmo de sueño adecuado, evitando los períodos de insomnio y los de exceso de

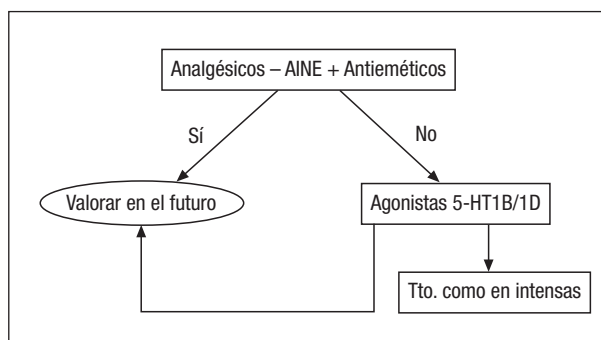


Figura 1. Crisis leves-moderadas.

horas de sueño. Se insistirá sobre la posibilidad del abuso de alcohol como desencadenante y, aunque es difícil de conseguir, un objetivo útil es insistir en tomar determinadas actitudes frente a las circunstancias estresantes. En el caso que el paciente reconozca un alimento o alimentos desencadenantes de las crisis, se evitará su consumo.

Tratamiento de las crisis

Es quizás la parte del tratamiento que el paciente va a demandar más en todos los niveles. Creemos conveniente conocer el grado de incapacitación que le producen al paciente las crisis migrañosas para poder establecer una terapia u otra. En la actualidad hay dos tipos de terapias para abordar la crisis, el tratamiento estratificado y el escalonado.

Tratamiento escalonado

Es una estrategia terapéutica en la que se irá aumentando la intensidad de las terapias a medida que en crisis no sean eficaces los fármacos utilizados. La decisión terapéutica se articula dependiendo de la intensidad del dolor, pero creemos que estos árboles de decisión se pueden utilizar mejor si esta graduación hace referencia al grado de interferencia de la vida cotidiana que desarrolla la crisis en el enfermo. La SEN recomienda en las crisis menos intensas, y que el paciente pueda “soportar” mejor, la utilización de los analgésicos simples y antieméticos, intentando evitar las asociaciones de analgésicos. La utilización de antieméticos es recomendable para mejorar toda la sintomatología gastrointestinal (fig. 1).

Los agonistas 5-HT_{1B/D} son fármacos de primera elección en el tratamiento de las crisis de mayor intensidad; su eficacia no depende del momento de administración, siendo efectivos incluso cuando se administra de forma tardía. En la migraña con aura no se aconseja su administración durante la fase de aura, debiéndose administrar una vez ha pasado ésta. Están contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica e HTA no controlada. En aquellos enfermos en que la vía oral esté impedida por vómitos importantes, se preferirá “triptanes” por vía nasal o subcutánea; hasta la fecha sólo el sumatriptan aporta estas vías de administración. La vía oral estará recomendada en los pacientes que la toleren. La SEN recomienda el uso del sumatriptan, naratriptan o zolmitriptan (fig. 2).

Hoy podemos decir que es la terapia más selectiva que existe, según los conocimientos que tenemos sobre la fisiología

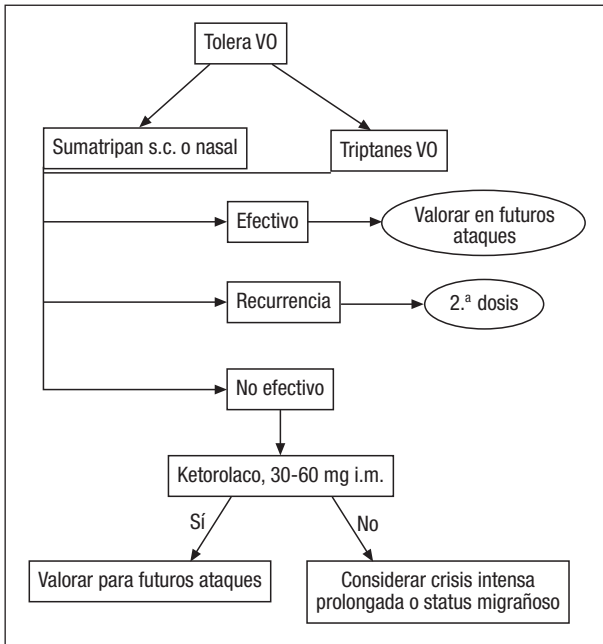


Figura 2. Crisis moderada-intensa.

patología del eje trigeminovascular. Los conocimientos en farmacodinámica nos acercan a la posibilidad de que a mayor selectividad del fármaco mejor respuesta terapéutica debemos encontrar con un menor número de efectos adversos. La acción de los “triptanes” de segunda generación (zolmitriptan y naratriptan; recientemente se comercializará rizatriptam) sobre los receptores centrales aún está por aclarar, pero podría darle un mejor perfil de eficacia que debe ser corroborada por la investigación clínica. El perfil farmacocinético (mayor biodisponibilidad y mayor concentración máxima), mejorado con respecto al sumatriptan, le confiere una teórica eficacia clínica con menos efectos adversos, aún por diferenciar mediante estudios clínicos comparativos entre los fármacos.

Tratamiento estratificado

Se está empezando a considerar la actuación conforme al grado de afectación de las actividades de la vida diaria, para evitar un importante número de ensayos terapéuticos con fármacos que, por sus características, previsiblemente no resulten eficaces en las crisis de migraña que más incapaciten en las actividades de la vida diaria. Está cada vez más consensuada la utilización de triptanes para mitigar la sintomatología al inicio de las crisis. Así pues, insistimos en que es fundamental recoger en nuestra historia clínica el grado de interferencia con las actividades de la vida diaria, para así hacernos una idea de cómo está afectando en la calidad de vida del paciente la enfermedad y actuar conforme un plan más racional.

Profilaxis farmacológica

La prevención se recomienda dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración de las crisis, así como la respuesta en la fase aguda.

Con criterios generales, se recomienda iniciar el tratamiento si hay más de tres crisis al mes, o si bien si hay me-

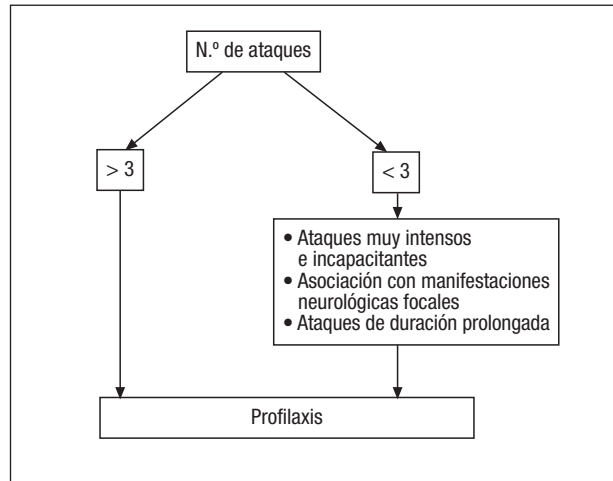


Figura 3. Criterios de inicio de terapéutica profiláctica.

nos de tres, pero éstas son cualitativamente más sintomáticas (fig. 3). Como norma general, se recomienda el uso en monoterapia y durante 3-6 meses.

La elección del fármaco se realiza dependiendo de criterios de tolerancia y la no existencia de contraindicaciones a los fármacos. Se suele iniciar con bloqueadores beta o antagonistas del calcio (flunarizina), se evalúa la eficacia y si no es efectivo se pueden hacer otras pruebas farmacológicas siempre y cuando no exista contraindicación para el mismo. En la elección del fármaco nos puede interesar la utilización conjunta para tratar otras enfermedades. En general, son fármacos de fácil utilización por parte del médico de atención primaria, por lo que consideramos que se deben utilizar, prescribir y realizar los correspondientes controles. A continuación expondremos los principales grupos farmacológicos utilizados:

Betabloqueadores. Son especialmente útiles en presencia de síntomas de ansiedad, estrés, temblor esencial, HTA o hipertiroidismo. Estarían contraindicados en casos de insuficiencia cardíaca, bloqueos de grado II o III auriculoventricular o broncopatías espásticas. Se considera que es conveniente realizar un ECG previo, y llevar un control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca en las sucesivas consultas. Los más utilizados y validados son: propranolol (40-60 mg/día), nadolol (40-120 mg/día) y atenolol (50-100 mg día).

Antagonistas del calcio. Son los más utilizados, conjuntamente con los betabloqueadores. El más empleado y eficaz es la flunaricina. Este fármaco presenta una serie de efectos adversos que deben vigilarse, como son el aumento de peso, la somnolencia y los síndromes extrapiramidales. Están contraindicados en caso de depresión, insuficiencia cardíaca, trastornos de la conducción miocárdica, hipotensión, y en casos de insuficiencia renal o hepática. Tendrían como indicación absoluta la coexistencia de hipertensión arterial en el caso de que estén indicados estos fármacos. Tienen un período de 2 a 12 semanas hasta producir la reducción de los síntomas, por lo que hay que informar a los

pacientes sobre este efecto para no provocar interrupciones prematuras. Los más utilizados son: flunaricina (2,5-5 mg/día) y nicardipino (40-60 mg/día).

Antiserotoninérgicos. Cada vez están menos utilizados. De ellos, el más utilizado es la metisergida. Los efectos secundarios que provocan (somnia y aumento de apetito) limitan su uso. Con este tipo de fármacos se describen de forma eventual casos de fibrosis retroperitoneal.

Antidepresivos. Preferentemente los podremos utilizar cuando se asocia a cefalea de tensión. Se pueden usar junto con los betabloqueadores. Los más utilizados son los tricíclicos (amitriptilina 10-75 mg, imipramina 25-75 mg). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se están empezando a utilizar por su mejor tolerancia.

Otros fármacos menos utilizados pero que han demostrado una acción profiláctica son el valproato y el naproxeno.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Blau JN. Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. *Br Med J* 1980; 281: 658-660.
- Ferrari MD. Migraine. *Lancet* 1998; 351: 1043-1051.
- Krieff B. La jaqueca en España, libro blanco. Estudio sociológico.
- Leira R, Díez Tejedor E, Láinez JM, Pascual J. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1999. Grupo de estudio de Cefaleas de la SEN.
- Mateos Beato F. Tratamiento de la migraña. Información terapéutica del sistema nacional de Salud 1993; 17: 217-224.
- Merikangas KR. Genetics of migraine and other headache. *Curr Opin Neurol* 1996; 9: 202-205.
- Smith R. Diagnóstico de la cefalea. *Tiempos Médicos* 1997; 541: 7-18.
- Solomon GD, Lee TG, Solomon CS. Migraña (2.ª ed.). 1998.
- Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267: 64-69.
- Titus F. Cefalea. Concepto y clasificación. Actualizaciones Uriach 1995; 7-12.
- Titus F, Espadales JM, Molins A et al. Cefalea. En: Codina A, editor. Tratado de neurología. 1994; 42: 633-665.
- Weiller C, May A, Limmroth V et al. Brain stem activation in spontaneous human migraine attacks. *Nat Med* 1995; 1 (7): 658-660.