

MIGRAÑA

La migraña afecta a más de 29 millones de mujeres norteamericanas, lo que representa una incidencia tres veces mayor en las mujeres que en los hombres. Este dolor de cabeza de tipo vascular se presenta más comúnmente entre las edades de 15 y 55 años y entre un 70% a 80% de las personas que la sufren tienen antecedentes familiares de migraña.

Muchos factores pueden desencadenar ataques de migraña, tales como la alteración del ciclo del sueño-vigilia, pasar por alto o demorar comidas; medicamentos que causan dilatación de los vasos sanguíneos, uso diario o casi diario de medicamentos para aliviar los dolores de cabeza; luces brillantes, luz solar, luces fluorescentes, ver televisión o cine, algunos alimentos y el ruido excesivo. El estrés y/o la depresión subyacente son importantes factores desencadenantes que se pueden diagnosticar y tratar adecuadamente.

Entre las características de la migraña se incluyen:

- Dolor, típicamente de un lado de la cabeza
- Dolor que pulsa
- Dolor moderado o intenso que afecta las actividades de la vida cotidiana
- Náuseas o vómitos
- Sensibilidad a la luz y al sonido
- Los ataques duran de 4 a 72 horas, algunas veces más
- Síntomas visuales o aura
- El esfuerzo físico como subir escaleras puede empeorar el dolor de cabeza

Aproximadamente un quinto de las personas que sufren migraña experimentan aura, la señal asociada con la migraña, antes de la presentación de la dolor de cabeza. Síntomas visuales tales como líneas ondeadas, puntos o luces centelleantes o puntos ciegos así como perturbaciones en el olfato, gusto o tacto comienzan de veinte minutos a una hora antes de la presentación de la migraña. No se conoce bien el origen del aura. Algunos autores consideran que se debe a una contracción de las pequeñas arteriolas que irrigan áreas específicas del cerebro. Otros, sin embargo, atribuyen este síntoma a cambios transitorios en la actividad de ciertas células nerviosas.

El dolor de cabeza migrañoso puede poner en juego diferentes factores. Estos incluyen alteraciones en la adhesión plaquetaria y la liberación de serotonina, el paso del flujo sanguíneo de las arterias a las venas a través de los vasos, lo que se conoce como “anastomosis”, que alejan el flujo sanguíneo de los capilares nutrientes y producen cambios en la función de los nervios del centro del trigémino y fibras en el cerebro y en los vasos sanguíneos, lo que causa cambios químicos a nivel local que a su vez pueden tener un rol en la inducción del dolor migrañoso así como en la inflamación no infecciosa que rodea y comprende los vasos del cerebro durante el ataque.

El diagnóstico del dolor de cabeza migrañoso se realiza estableciendo la historia de los síntomas relacionados con la migraña y otras características del dolor de cabeza así como la historia familiar de dolores de cabeza similares. Por definición, en los intervalos entre ataques de migraña, el examen físico de un paciente con dolor de cabeza migrañoso no revela ninguna causa orgánica que justifique el dolor de cabeza. Exámenes como la tomografía computarizada (CT Scan) o la resonancia magnética (MRI) son útiles para descartar la existencia de causas orgánicas de los dolores de cabeza.

Tratamiento

Son muchos los factores que pueden contribuir a la presentación de ataques de migraña. Se les conoce como factores desencadenantes y estos pueden incluir la dieta, el sueño, la actividad, aspectos psicológicos y muchos otros. Llevar un diario para registrar eventos que puedan desempeñar un papel en la causa de los dolores de cabeza puede ser útil para usted y para su médico. Evitar los factores desencadenantes identificables reduce la cantidad de dolores de cabeza que puede experimentar un paciente. Una vida sana, incluyendo ejercicio y evitando la nicotina puede contribuir a mejorar el manejo de la migraña. Las técnicas no-farmacológicas para el control de la migraña resultan útiles a algunos pacientes. Estas incluyen la biorretroalimentación, la medicina física y el asesoramiento psicológico que, al igual que la mayor parte de los elementos del tratamiento de la migraña, se deben adaptar a cada paciente.

Medicamentos abortivos

Existen preparaciones de ergotamina para administración oral, rectal o sublingual y se puede utilizar la dihidroergotamina (DHE) para auto-inyección. Se debe mantener un intervalo de cuatro días en el uso de las preparaciones de ergotamina y DHE. También está disponible el DHE como aerosol nasal Migranal. Se puede utilizar un producto combinado con isometepteno (Midrin®) para los pacientes que no pueden tolerar las preparaciones de ergotamina. El uso de agentes antiinflamatorios como aspirina, naproxeno de sodio o ibuprofeno pueden ser efectivos para algunas migrañas. Estos agentes pueden tener efectos colaterales gastrointestinales que limitan su uso ya que se pueden requerir dosis más altas que lo normal para tratar el ataque de migraña.

El Sumatriptan (Imitrex®), un agonista 5-HT, se distribuye en distintas presentaciones: auto-inyectable, aerosol nasal y tabletas. Otros agonistas 5-HT son almotriptán (Axert®), naratriptán (Amerge®), rizatriptán (Maxalt®), zolmitriptán (Zomig®), frovatriptán (Frova®) y la medicación recientemente aprobada eletriptán (Relpax®). Todos están disponibles en forma de tabletas. Tanto el rizatriptán como el zolmitriptán están disponibles en tabletas orales de rápida desintegración (Maxalt-MLT y Zomig-ZMT) que se pueden tomar sin agua. Zomig también se distribuye como aerosol nasal.

Es posible que no se eliminen algunos ataques con la terapia abortiva, aún así, los pacientes requieren medidas analgésicas. Debido a la severidad de los dolores de cabeza, algunos pacientes pueden requerir un analgésico narcótico, pero si el paciente experimenta frecuentes ataques de migraña se deben evitar los analgésicos que producen hábito. El Butorphanol (Stadol®) está disponible para administración intranasal y no está típicamente asociado con problemas de dependencia pero puede crear dependencia si se lo utiliza regularmente para el alivio del dolor. Otros tratamientos médicos alternativos con medicaciones del grupo conocido como las fenotiazinas han resultado útiles como opciones no analgésicas para el tratamiento de dolores de cabeza migrañosas severas. Los pacientes con ataques de migraña prolongados, con una duración de más de 24 horas, experimentan estatus migrañoso y se pueden utilizar corticoesteroides en estos casos debido a sus efectos antiinflamatorios.

La FDA (Food and Drug Administration) ha aprobado tres medicamentos de venta sin receta para tratar la migraña. El Excedrin® Migraine (una combinación de aspirina, acetaminofeno y cafeína) está

indicado para la migraña y sus síntomas asociados. El Advil® Migraine y Motrin® Migraine Pain, ambas medicaciones con ibuprofeno, han sido aprobadas para tratar el dolor de cabeza migrañoso y el dolor asociado.

Preventivo

Si los pacientes tienen frecuentes ataques de migraña, si los ataques no responden regularmente a los tratamientos específicos para los episodios agudos de migraña, si los medicamentos específicos para la migraña son ineficaces o se encuentran contraindicados debido a otros problemas médicos, se deben administrar tratamientos preventivos para reducir la frecuencia de la migraña y mejorar la eficacia de los medicamentos para los episodios agudos. Las consideraciones sobre el costo también pueden determinar un incremento en el uso de medicaciones preventivas, lo que resulta muy importante en esta era de la medicina costo-efectiva.

La FDA ha aprobado cuatro drogas para la prevención de la migraña. Estas son metisergide, propranolol (Inderal®), timolol (Blocadren®), topiramate (Topamax®), y divalproex sodio (Depakote®). Estas medicaciones se han utilizado durante muchos años y representan la mayoría de los agentes considerados terapia de “primera línea” para la prevención de migraña. Es aconsejable reservar el metisergide para situaciones especiales debido a los problemas que puede causar en los riñones. La amitriptilina, que es un antidepresivo, también puede ser muy eficaz para la prevención de la migraña. Todas las medicaciones para la prevención de la migraña exigen que se administren dosis adecuadas de la medicación durante un período de tiempo suficiente como para determinar su efectividad. Puede ser necesario efectuar una titulación de la dosis para reducir los efectos adversos de las medicaciones.

Existen muchas opciones alternativas para los pacientes cuyos dolores de cabeza no responden a las medicaciones de primera línea. Estas incluyen los bloqueantes de los canales de calcio, los AINEs, una variedad de antidepresivos y medicaciones varias.

Biorretroalimentación

Como alternativa a la terapia de medicamento, este entrenamiento utiliza equipos especiales que controlan la tensión física para enseñar al paciente a controlar los procesos físicos relacionados con el estrés. Una vez que las personas están familiarizadas con esta técnica, pueden utilizarla sin el equipo de monitoreo para interrumpir un ataque o reducir sus efectos. También se enseñan ejercicios de auto hipnosis para controlar la contracción muscular y la dilatación de los vasos sanguíneos. Esta terapia dirigida por el paciente, con el clínico actuando como guía o maestro, se debe practicar a diario. Los niños responden muy positivamente a la biorretroalimentación ya que están abiertos a nuevos métodos, aprenden rápidamente y no han incorporado un patrón de dolor crónico.