

Manejo terapéutico de la migraña

Autora:

Noemi Santos Caballero, neuróloga adscrita al Hospital Fundación Clínica Médica Sur

ABSTRACT

Therapeutic management of the migraine

We can summarize the main objectives of the treatment of the migraine's acute frame in: to liberate the patient of the painful frame, to avoid the recurrence of the pain, to reinstall the patient in his daily activities, to lengthen the period free of migraine crisis.

The treatment of the patient with migraine depends on the duration and severity of the headache; the associated symptoms, the grade of inability and the initial answer to the therapy. Diverse clinical investigations studying the treatment of acute migraine takes as parameter to evaluate the therapeutic answer the proportion of patients in who the moderate or severe headache passes to light or disappears in the two following hours to the medication.

El tratamiento del paciente con migraña depende de la duración y severidad del dolor de cabeza, los síntomas asociados, el grado de incapacidad y la respuesta inicial a la terapia. En los ensayos clínicos de tratamientos para la migraña aguda se toma como parámetro para evaluar la respuesta terapéutica la proporción de pacientes en quienes el dolor de cabeza moderado o severo pasa a leve o desaparece en las dos horas siguientes a la medicación.

Aproximadamente 70% de las personas migrañosas espera que el dolor desaparezca cuando mucho a la media hora de haber tomado el medicamento y 90% espera que el dolor cese a la hora.^{1, 2, 3} El manejo del paciente con crisis migrañosa incluye el tratamiento del cuadro agudo cuando se presenta una crisis (cuadros aislados, poco frecuentes) y tratamiento profiláctico cuando se incrementa la frecuencia de las crisis y/o son muy intensas.

Tratamiento del cuadro agudo

Los objetivos del tratamiento son:

- Liberar al paciente del cuadro doloroso.
- Evitar la recurrencia del dolor.
- Reinstalar al paciente en sus actividades cotidianas.
- Alargar el periodo libre de crisis migrañosas.

Se debe considerar la presencia de náusea y vómito, ya que éstos limitan el uso de la vía oral. En esos casos utilizar la vía parenteral (intramuscular, subcutánea), nasal o rectal es lo más adecuado.^{4, 5}

Cuando la crisis de migraña se acompaña de náuseas y vómitos se recomienda la administración de antieméticos. Además del efecto antiemético, parece que incrementan los analgésicos al aumentar su absorción, debido a la elevación en la velocidad de vaciado gástrico.^{6, 7} La

Cuadro 1. Analgésicos y AINE utilizados para tratar la crisis migrañosa aguda

Medicamento	Posología
Analgésicos	
Ácido acetilsalicílico	500 mg c/6-8 horas
Paracetamol	500 mg c/6-8 horas
Clonixinato de lisina	250 mg c/6-8 horas
AINE	
Ibuprofeno	200 a 400 mg c/8 horas
Naproxeno	550 mg c/12 horas
Indometacina	25 mg c/12 horas
Diclofenaco	100 mg c/12 horas
Ketorolaco	30 mg c/6 horas (dos días)
Ácido mefenámico	500 mg c/8 horas

Tomado de: *Diccionario de especialidades farmacéuticas, edición 52, 2006*

metoclopramida debe administrarse lo antes posible; está disponible en comprimidos (10 mg), solución oral e inyectable (administración intramuscular o intravenosa). La dosis más habitual es de 10 mg.⁷

Si se toma en cuenta la fisiopatogenia de la migraña, podemos utilizar diferentes medicamentos de acuerdo al momento en que se encuentre el paciente. Así pues, los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) serán los fármacos de elección en cualquier fase de la crisis.

En el Cuadro 1 se enumeran los analgésicos y AINE más usados. Siempre se deberá considerar la comorbilidad del paciente al elegir un medicamento (ejemplo: enfermedad ácido péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico).

Es conveniente prolongar el tratamiento por tres días (salvo en el caso del ketorolaco); de esa manera se procura evitar una recaída. Se deberá comentar al paciente que esto se debe hacer independientemente de que haya cesado el dolor.⁵

Triptanos

Para suprimir el cuadro doloroso los triptanos deberán utilizarse sólo durante el aura. Los triptanos son una familia de compuestos que actúan como agonistas de receptores 5-HT_{1B/1D} de serotonina. Este es el mecanis-

mo de acción mediante el cual bloquean la liberación de neurotransmisores inflamatorios y, por lo tanto, la producción de dolor. A este grupo pertenecen los siguientes medicamentos señalados en el Cuadro 2.

Este tratamiento se debe reservar para los pacientes con cuadros de moderados a graves. Después de la ingesta se observa mejoría entre 30 y 40% de todos los individuos con migraña. Pasadas dos horas, la eficacia se incrementa hasta en 50 a 70%. También existe mejoría en las náuseas, vómitos, fono y fotofobia. Por regla, si un paciente responde bien a la primera dosis, no deberá ingerir una segunda. En caso de que reaparezcan los síntomas (después de más de dos horas) se podrá administrar otra dosis.⁷ Es común que se presente una recurrencia de la cefalea con el uso de triptanos (30 a 40% de los pacientes); en estos casos es conveniente continuar el tratamiento con un analgésico o un antiinflamatorio por 72 horas.

Los triptanos están contraindicados en insuficiencia renal o hepática grave, cardiopatía isquémica (enfermedad coronaria, antecedente de infarto al miocardio, enfermedad vascular periférica, claudicación intermitente, enfermedad de Raynaud), antecedente de enfermedad vascular cerebral (infarto cerebral, isquemia cerebral transitoria) e hipertensión arterial. Su uso deberá valorarse en mujeres que estén bajo tratamiento con anticonceptivos orales y/o con factores de riesgo para ▶

Cuadro 2. Triptanos

Nombre	Presentaciones	Posología entre dosis	Tiempo mínimo
Sumatriptan	Comprimidos	50-100 mg	2 horas
	Spray nasal	10-20 mg	2 horas
	Inyectable	6 mg	1 horas
Zolmitriptan	Comprimidos	2.5 mg	2 horas
Naratriptan	Comprimidos	2.5 mg	4 horas
Rizatriptan	Comprimidos	5-10 mg	2 horas
	Comprimidos		
	Rapidisc	5-10 mg	2 horas

Información modificada (7) (2002)

enfermedad vascular (tabaquismo, diabetes mellitus). Está contraindicada la administración concomitante de ergotamina y sus derivados (metisergida) con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).^{3, 5, 7}

El perfil de reacciones adversas es similar para todos los triptanos; las más frecuentes son: somnolencia, parestesias, mareos, náusea, fatiga, sensación de pesantez en las extremidades, opresión en la garganta y opresión precordial en el pecho. Se deberá advertir a los pacientes sobre estos efectos para evitar ansiedad y abandono del tratamiento.^{5, 7}

Comentarios sobre la ergotamina y la dihidroergotamina

Se puede considerar que estos medicamentos fueron los primeros en actuar, evitando la fase de vasodilatación; tienen acción vasoconstrictora muy importante. En la actualidad ya casi no se usan. La administración prolongada de este tipo de fármacos provoca habituación y dependencia, pérdida de efecto y cefalea de rebote, que inducen a seguir tomando el fármaco hasta provocar la intoxicación crónica llamada ergotismo.⁷ Las reacciones adversas que se presentan son: taquicardia, bradicardia, espasmo arterial, edema, entumecimiento y sensación de hormigueo en las piernas, náusea, vómito, diarrea y xerostomía, las cuales limitan su prescripción.⁷ Además, se ha visto que incrementa la incidencia de las crisis migrañosas, así como la cefalea crónica diaria. Personalmente no recomiendo su utilización.

Factores que pueden afectar la eficacia del tratamiento de la crisis de migraña

- **Diagnóstico incorrecto.** Si se trata a un paciente como migrañoso y en realidad tiene una cefalea tensional, habrá fracaso terapéutico.
- **Utilizar el tratamiento adecuado, pero descuidar la presencia de náusea y/o vómito.** En este caso no habrá una concentración adecuada de los medicamentos sintomáticos.⁷
- **Administrar medicamentos de acción prolongada.** Es importante recordar que las concentraciones plasmáticas efectivas se alcanzan tardíamente.⁷
- **Uso de dosis subterapéuticas.** Esto sucede con frecuencia cuando el paciente adquiere medicamentos sin prescripción médica (recomendación del dependiente de la farmacia o fármacos adquiridos en el supermercado).³
- **Uso de mezclas analgésicas** (por ejemplo: analgésico+cafeína+ergotamina). Algunas condicionan interacciones medicamentosas que comprometen la farmacocinética del medicamento base.⁸
- **Automedicación con sedantes u opiáceos.** No han demostrado eficacia en el tratamiento de la migraña y además se corre el riesgo de producir dependencia.
- **Abuso de los fármacos.** Puede conducir a cefalea crónica inducida por medicamentos.⁵
- **Algunos medicamentos para el control de la crisis migrañosa tienen un efecto techo.** Cien mg de

sumatriptan son más efectivos que 50, pero originan más reacciones adversas.^{3, 5, 7}

Profilaxis de la migraña

Se debe dar tratamiento preventivo a un paciente migrañoso cuando:

- La frecuencia de las crisis de migraña es superior a 2-4 al mes.
- Aunque las crisis tengan lugar en menor número son muy incapacitantes.
- Los síntomas focales neurológicos tienen una duración prolongada.

La recomendación es elegir un medicamento (monoterapia) y prolongar su uso cuando menos por 6 a 12 meses. El fármaco ideal debería prevenir en su totalidad las crisis migrañosas, pero hasta ahora eso no se ha conseguido.⁵ En general, se considera que un medicamento es efectivo como profiláctico si las crisis disminuyen cuando menos 50% en 50% de los pacientes. El fármaco se elegirá de acuerdo a cada persona y a sus enfermedades concomitantes.

Medicamentos utilizados en la profilaxis

Betabloqueadores. Entre ellos se encuentra el propranolol (40-160 mg/día). Es una buena opción si además el paciente tiene temblor esencial. Se ha visto que reduce aproximadamente en 44% la frecuencia y duración de las crisis migrañosas.⁵ Las reacciones adversas que se pueden presentar son: bradicardia, bloqueos de conducción, insuficiencia cardíaca, aumento del tono bronquial o vascular.

Antagonistas del calcio. En este grupo la flunarizina ha demostrado eficacia; la dosis recomendada es de 5-10 mg/día. Algunos efectos adversos son: somnolencia, fatiga, aumento de peso y alteraciones digestivas; en tratamientos prolongados puede aparecer depresión y sintomatología extrapiramidal. Está contraindicada si existe depresión, desórdenes extrapiramidales y antecedentes de enfermedad vascular cerebral isquémica.^{5, 7} El verapamilo es menos eficaz y se ha utilizado a dosis de 80-240 mg/día, también se administra en la profilaxis de la cefalea en racimo.⁵

Otros medicamentos

- **La amitriptilina.** Es un antidepresivo tricíclico que se administra a dosis de 25-150 mg/día. Se han utilizado también nortriptilina y fluoxetina.

- **El valproato sódico.** Puede reducir hasta 50% las crisis de migraña. Se aconseja una dosis de 250 mg c/12 horas a 500 mg c/12 horas.
- **El topiramato.** Se recomiendan 15 a 25 mg como dosis de inicio cada 24 horas y se incrementa de acuerdo a la tolerancia del paciente (50 o más mg/día).

Factores que afectan la efectividad de la profilaxis de la migraña^{5, 7}

- **Diagnóstico incorrecto.** La cefalea tensional no responde a betabloqueantes o antagonistas del calcio.
- **Utilización de sustancias sin eficacia probada.** Algunos pacientes son tratados con fármacos ineficaces como la clonidina, barbitúricos o carbamacepina.
- **Dosis excesiva.** La profilaxis de la migraña debería comenzarse con dosis bajas (ejemplo claro es el uso de propranolol, topiramato, ácido valproico) para minimizar los posibles efectos adversos y asegurar la adherencia.
- **Corta duración del tiempo de prueba del tratamiento.** El tiempo mínimo de prueba de una terapia profiláctica es de tres meses.
- **Expectativas no realistas.** Los pacientes esperan una cura, sin embargo, los fármacos utilizados en la profilaxis de la migraña sólo reducen la frecuencia y severidad de las crisis.
- **Reacciones adversas.** Algunos pacientes suspenden el tratamiento como consecuencia de las reacciones adversas al principio del mismo. Las personas con migraña experimentan más reacciones adversas que otras que toman los mismos fármacos para distintas indicaciones.

Tratamiento de la migraña en edad pediátrica^{2, 3, 4}

La migraña, como se mencionó, con frecuencia inicia en la infancia. En este grupo de edad, los cuadros migrañosos suelen ser más cortos que en los adultos³ (algunas veces cuatro horas o menos). Cerca de 30% de los pacientes tiene migraña con aura y 60% presenta cefalea unilateral. Es necesario considerar lo que antes se llamaba trastornos paroxísticos de la infancia, que incluían crisis vertiginosas, vómito cíclico, tortícolis espasmódica; en la clasificación de la IHS de 2004 se consideran cuadros migrañosos. ►

El diagnóstico se realizará mediante la historia clínica detallada. En cuanto se tenga la sospecha diagnóstica, lo primero será tranquilizar a la madre, lo cual es vital para llevar un buen control del paciente y de la mamá. Ésta se puede convertir en nuestra aliada si le explicamos de tal manera que entienda cuál es el problema y, sobre todo, si la convencemos de que no tome medidas que marquen y limiten al paciente en su actividad cotidiana. Especialmente si existe el antecedente de migraña en la madre, tendremos que insistir en que cada uno se debe manejar de manera diferente. En muchas ocasiones las mamás migrañosas intentan tratar al hijo migrañoso como se tratan ellas, de tal manera que nuestra función es hacerle comprender que el niño deberá conocer su propia crisis migrañosa. Los objetivos del tratamiento son:

- Reducir la frecuencia, severidad y duración de la crisis.
- Disminuir la incapacidad y mejorar la calidad de vida.
- Educar al paciente.

En cuanto a los medicamentos es importante:

- Usar fármacos antimigrañosos específicos (triptanos) en caso de que el paciente no responda a los analgésicos (paracetamol), que son el tratamiento de primera elección.
- Seleccionar una ruta de administración diferente a la oral en caso de náusea o vómito.
- Designar un guardia del medicamento (mamá, papá) con el fin de evitar la sobredosificación.
- Tener un medicamento de rescate cuando el tratamiento de rutina falle en controlar el cuadro agudo.

Los medicamentos recomendados para el cuadro agudo son analgésicos y AINE, así como fármacos sintomáticos y antieméticos.² **DOLOR**

Referencias bibliográficas

1. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. *Wolff's headache and other head pain*. Seventh edition. Oxford University Press, Inc. 2001.
2. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, et al. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. *Neurology* 2004; 63:2215-2224.
3. Landy S. Migraine throughout the life cycle. Treatment through the ages. *Neurology* 2004; 62 (Suppl 2) S2-S8.
4. Olesen J. The International Classification Committee of Headache Disorders (2nd edition). *Cephalalgia* 2004; 24 Suppl 1:9-160.
5. Loder E. Migraine diagnosis and treatment. *Prim Care Clin Office Pract* 2004; 277-292.
6. Guzmán CC, Robles J. Cefalea. En: *Manual de Urgencias Médico Quirúrgicas*. Interamericana McGraw-Hill, México, 1998, p. 323-328.
7. Ramadan MN, Silberstein SD, Freitag FG, Gilbert TT, Frishberg BM. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. U.S. Consortium. Retrieved 2002 from www.aan.com/public/practiceguidelines/05.pdf.
8. Fox AW, Kori SH. Pharmacokinetic opportunities for combination therapy in migraine. *Neurology* 2005; 64 (suppl 2) S21-S25.
9. Michel Aubè. Migraine in pregnancy. *Neurology* 53 (Suppl 1)1999:S26-S28.
10. Haan J. Migraine in the elderly: a review. *Cephalalgia* 2007;27(2):97-106.

Estimado médico, cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación envíela al correo electrónico: cenactd@salud.gob.mx
 Visítenos en Internet en los sitios:
www.imbiomed.com
www.intramed.net
www.latindex.unam.mx