

Electricidad contra la migraña

Nuevas estrategias terapéuticas, como los estimuladores eléctricos, permitirán tratar algunos tipos de cefaleas crónicas y rebeldes como la migraña

EL DOLOR DE CABEZA es una de las molestias universales. Este síntoma, que la mayoría de personas han experimentado en alguna ocasión, puede limitarse a una afección pasajera que mejora de forma espontánea o con cualquier analgésico. Pero también puede transformarse en un dolor de gran intensidad y larga duración contra el que el tratamiento analgésico resulta insuficiente, ya que puede retornar una y otra vez sin que los afectados consigan frenarlo e, incluso, convertirse en crónico.

Cuando el dolor de cabeza es frecuente, intenso e impide el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria o merma la calidad de vida, se debe acudir al médico para que identifique el tipo de cefalea que se padece. Hay una razón de peso para hacerlo: se han identificado más de 300 tipos y distintos tratamientos para cada una de ellas. Entre los múltiples tipos destacan las primarias y las secundarias. Las primarias, como la migraña, son las más frecuentes, constituyen una enfermedad per se y no están causadas por lesiones del sistema nervioso. En cambio, las secundarias son consecuencia de enfermedades que afectan al cerebro (tumores, meningitis o hemorragias) y en las que el dolor de cabeza es sólo un síntoma de un proceso más grave. Este tipo representa entre el 1% y el 2% de todas las cefaleas, según la Unidad de Cefalea que dirige Pablo Irimia en el Servicio de la Clínica Universitaria de Navarra (CUN).



La migraña, conocida también como jaqueca, se caracteriza por dolores muy intensos, de varias horas de duración, localizados en la mitad de la cabeza. Este dolor, que se describe como latido o pulsación y que puede estar acompañado por náuseas, vómitos e hipersensibilidad a la luz y el ruido, empeora con la actividad física y, a menudo, obliga a acostarse. Dentro de las migrañas se distinguen la migraña con aura y la migraña sin aura, que suponen el 20% y el 80% de las migrañas, respectivamente. Los síntomas de aura más frecuentes son de tipo visual, en forma de visión borrosa y luces o líneas brillantes. Las migrañas aparecen en la mayoría de los casos en la adolescencia, con un pico máximo de incidencia entre los 25 y 55 años.

Tratamientos del futuro

En la actualidad, siguen apareciendo nuevos fármacos preventivos para la migraña. Para las crisis agudas se están ensayando fármacos similares a los triptanos, pero sin que tengan efecto vasoconstrictor y que, a diferencia de éstos, podrían administrarse a las personas que hayan sufrido un infarto de miocardio o un ictus. Al margen de todos ellos, una de las estrategias más innovadoras es la estimulación nerviosa occipital, que consiste en conectar con un dispositivo similar a un marcapasos unos electrodos que se sitúan en la parte posterior de la cabeza, con un procedimiento sencillo y que entraña poco >

Se han identificado más de 300 tipos de cefalea con un tratamiento diferenciado para cada uno de ellos



CONSEJOS PARA QUIEN SUFRE MIGRAÑA

- 1 Acudir al médico cuando el dolor de cabeza sea frecuente, intenso e incapacitante.
- 2 Identificar los factores desencadenantes de las crisis migrañosas.
- 3 Seguir el tratamiento preventivo de las crisis y evitar la automedicación.
- 4 Acudir al médico si se observa que los fármacos pierden eficacia y el dolor aparece de forma más frecuente. Se corre el riesgo de sufrir cefalea crónica diaria debido al abuso de medicación.
- 5 Iniciar el tratamiento de la cefalea, con cualquier medicamento, lo más precozmente posible, cuando el dolor esté comenzando y sea leve.
- 6 No esperar a que la cefalea alcance el pico máximo de dolor para tomar la medicación.

Fuente: Unidad de Cefaleas del Departamento de Neurología de la Clínica Universitaria de Navarra

riesgo. La estimulación se realiza sobre un nervio superficial que se localiza bajo la piel, en la región occipital, de modo que los electrodos implantados transmiten una corriente eléctrica con la que se pretende prevenir o aliviar el dolor.

Este sistema se está utilizando en cefaleas que no responden al tratamiento habitual y el resultado ha demostrado ser, en general, muy bueno, aunque todavía no hay demasiada experiencia en el caso de la migraña.

Otro sistema que se está ensayando es la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), que se basa en la presión que ejerce un dispositivo magnético contra la parte posterior de la cabeza. Este aparato libera una fuerte corriente eléctrica con la que se crea un intenso campo magnético de casi un milisegundo. La descarga eléctrica irrumpe en la fase del aura de la migraña y altera la actividad eléctrica del cerebro, lo que permite frenarla antes de que el aura cause una crisis. Por esta razón, la EMT se ha estudiado en pacientes cuyas migrañas empiezan con un aura o alteraciones visuales.

Un estudio de la Universidad del Estado de Ohio, en EE.UU., ha demostrado que la EMT es efectiva en el tratamiento de las náuseas y la sensibilidad al ruido y la luz. En este estudio, un 69% de los pacientes tratados dijo no tener dolor, o tenerlo moderado, dos horas después del tratamiento, frente al 48% del grupo placebo; la mayoría no mostraron sensibilidad al ruido y más de la mitad no tuvo problemas con la luz. Y las náuseas se redujeron en el 88% de los tratados con EMT, frente a 56% en el grupo placebo. Por ello, estrategias como ésta podrían ser nuevas armas contra la migraña.

Los pilares del tratamiento actual

En el tratamiento de las migrañas, el primer paso es evitar los factores que pueden desencadenar o empeorar las migrañas, como el estrés, ciertos alimentos, bebidas (como el alcohol y el café) y medicaciones, entre otros. Esto no significa que todas las personas afectadas tengan que seguir una

dieta y evitar múltiples alimentos, sino que deben identificar los que, en cada caso concreto, pueden favorecer las crisis. Esta identificación no es sencilla, ya que la migraña no siempre aparece inmediatamente después de consumir el alimento. Además, pueden influir otros factores que actúan de forma simultánea y que son en realidad los verdaderos responsables de las crisis.

Cuando ya se ha desencadenado la crisis, se recurre a los fármacos, cuya selección se realiza en función de cada paciente y se administra siempre al inicio del dolor. Pueden utilizarse antiinflamatorios o paracetamol, aunque los más comunes son los triptanos; sumatriptán, zolmitriptán, rizatriptán, naratriptán, almotriptán, frovatriptán y eletriptán son algunos de los que se comercializan en su formato oral. También hay otras presentaciones útiles para personas que sufren vómitos, como la inyección subcutánea (sumatriptán) o las inhalaciones (sumatriptán o zolmitriptán).

Las crisis de migraña de intensidad moderada o grave que imposibilitan el desempeño de las actividades habituales deben tratarse con alguno de

los triptanos desde el inicio del dolor. Se dispone de un formato oral de triptanos, denominado liotab, que consiste en un comprimido que se disuelve en la boca sin necesidad de tomar agua. Esta presentación es idónea cuando el dolor se inicia de forma brusca y hay que tomarlo de forma discreta. Los triptanos tienen un efecto vasoconstrictor y no pueden administrarse a personas con antecedentes de infarto de miocardio o un ictus, ni a las que tienen la tensión arterial alta y mal controlada ni tampoco a embarazadas.

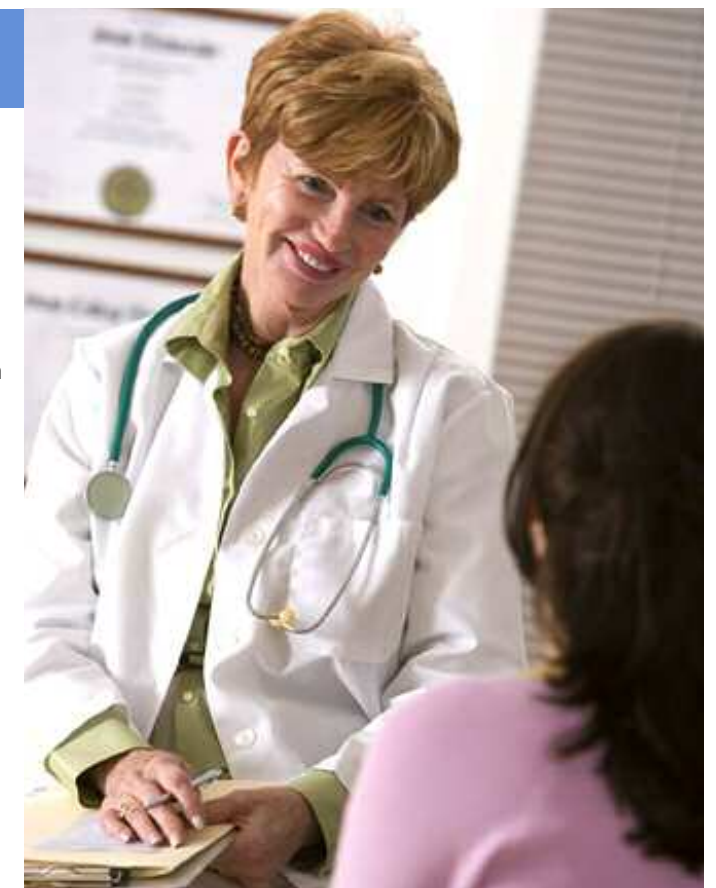
Cuando los ataques de migraña son frecuentes (más de tres veces al mes), duraderos o no responden a la medicación, se recurre al tratamiento preventivo que, aunque no sea curativo, consigue reducir la frecuencia, intensidad y duración de la cefalea y mejorar la respuesta a las acciones contra el dolor. Se toma a diario entre tres y seis meses al año y comienza a hacer efecto varias semanas después de iniciarlo. Estos fármacos pretenden disminuir la actividad del generador de migrañas en el sistema nervioso central, aunque cada uno tiene su peculiar mecanismo de acción.

EL DIAGNÓSTICO, ESENCIAL ANTES DE TRATAR

Para decidir el tratamiento más adecuado en cada tipo de cefalea y migraña, conviene efectuar un diagnóstico preciso, teniendo en cuenta que una persona puede sufrir varios tipos de cefaleas y precisar una medicación diferente para cada uno de ellos. El paciente debe describir los síntomas para que el médico sepa cuál es la localización del dolor, su duración, los síntomas asociados, qué incapacidad produce para desarrollar las labores habituales, si hay desencadenantes del dolor y cómo puede aliviarse. Además, debe realizarse una exploración neurológica completa, la toma de la temperatura y la tensión arterial.

Cuando la exploración neurológica es normal, no son necesarios más estudios, ya que la mayoría de las cefaleas son primarias (no asociadas a lesiones del sistema nervioso). En algunos casos, sin embargo, pueden requerir más pruebas analíticas, o de imagen cerebral, como la tomografía computerizada (TAC) o la resonancia magnética (RM), sobre todo en pacientes con síntomas o signos "de alarma".

El documento Clasificación Internacional de las Cefaleas, elaborado por los expertos más relevantes en la materia, recoge de forma detallada las características de cada tipo de dolor de cabeza. Es la herramienta que utilizan todos los médicos para poder clasificar y diagnosticar adecuadamente cada tipo de cefalea.



Entre estos medicamentos figuran los antihipertensivos (como los betabloqueantes o los calcioantagonistas) que se administran a hipertensos con migrañas; los antidepresivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), para pacientes con migraña y depresión que tienen insomnio; y los antiepilépticos (valproato sódico, gabapentina y topiramato), para pacientes en los que se asocia migraña y epilepsia. Otros fármacos con efecto preventivo son el magnesio, la vitamina B2 a dosis altas, el coenzima Q10 o la inyección de la toxina botulínica.

Relacionado con esta toxina, en los últimos años se han impulsado ensayos clínicos para tratar con ella las migrañas crónicas, que han funcionado en un 70% de los casos, según el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Consiste en infiltrar bótox en el perimetro craneal a personas cuyo dolor de cabeza persiste más de 15 días al mes y sin respuesta a otros tratamientos preventivos. No obstante, esta técnica no está aprobada en España y se utiliza como uso compasivo, es decir, en casos excepcionales a pacientes aislados y bajo responsabilidad médica. //