

Migralepsia en adultos pertenecientes a un hospital de referencia de México

González-Gómez René I,* Plascencia-Álvarez Noé I,* Valdés-Maya Lilian,* Núñez-Orozco Lilia*

* Servicio de Neurología, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE-Ciudad de México.

Revista Mexicana de Neurociencia

Septiembre-Octubre, 2012; 13(5): 271-274

INTRODUCCIÓN

La migralepsia es una entidad nosológica caracterizada por una crisis epiléptica que ocurre durante o hasta una hora después de un episodio de aura migrañosa. Esto fue definido por primera vez por la *International Headache Society* en 2004.¹ Como trastornos paroxísticos, la migraña y la epilepsia son patologías que se han tratado de relacionar desde hace más de 100 años, sin llegar a comprenderse completamen-

te en la actualidad.^{2,3} Jackson discutió el espectro de los trastornos y analizó su relación, mientras que Gowers llegó a la conclusión de que no existe relación entre ambas patologías.⁴ Desde 1898 se han publicado diversas series en las que sólo se citan los síntomas comunes que tienen los pacientes con epilepsia o con migraña,⁵ sin embargo, no se ha logrado establecer una relación entre sus causas ni su fisiopatología y seguimos sin conocer si el paciente con migraña es más susceptible a tener epilepsia que la población general o si

RESUMEN

Introducción: La migralepsia es una entidad nosológica caracterizada por una crisis epiléptica que ocurre durante o hasta una hora después de un episodio de aura migrañosa. Se desconoce la frecuencia de migralepsia en mexicanos. **Objetivo:** Describir la frecuencia de casos con cefalea que precede o sucede a una crisis convulsiva, en pacientes con epilepsia de un centro de referencia, y de entre ellos, aquellos pacientes que cumplen criterios estrictos de migralepsia. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, de 2006 a 2011. Se definió migralepsia de acuerdo con los criterios de la *International Classification of Headache Disorders* versión II. **Resultados:** Se estudió un total de 60 pacientes (55% hombres) con epilepsia, de los cuales la mayoría (92%) fueron mayores a 21 años de edad. Del total de pacientes investigados por crisis convulsivas, 62% (37 pacientes) refirieron haber tenido cefalea que precedió o siguió a la crisis. Sin embargo, 13 pacientes (22% del total, o 35% entre pacientes con cefalea y crisis convulsivas) cumplieron estrictamente los criterios para migralepsia. **Conclusiones:** Más de un tercio de los pacientes epilépticos con cefalea pericrítica podrían cumplir criterios de migralepsia. La importancia de la correcta distinción de estos casos estriba en el potencial beneficio del uso de fármacos antiepilépticos con efecto dual antimigrañoso.

Palabras clave: Cefalea, EEG, epilepsia, migraña, migralepsia.

Migralepsy in adults pertaining to a referral hospital from Mexico

Introduction: *Migralepsy is an entity characterized by a seizure that occurs during or one hour after an episode of migrainous aura. It is not known the frequency of migralepsy in Mexicans. Objective:* To describe the frequency of cases of headache that precede or occurs after a seizure in patients with epilepsy from a referral center, and among them, those patients that meet strict criteria for migralepsy. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was performed by review of clinical records of patients with epilepsy who were evaluated at the Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, from 2006 to 2011. Migralepsy was defined according to *International Classification of Headache Disorders* version II criteria. **Results:** A total of 60 patients (55% men) with epilepsy were studied, most of them (92%) were older than 21 years. Form the total patients evaluated for epileptic seizures, 62% (37 patients) referred having headaches before or after seizures. However, 13 patients (22% from total, or 35% from those with headache and seizures) met strict criteria for migralepsy. **Conclusion:** More than a third of epileptic patients with pericritical headache could meet criteria for migralepsy. The importance of the correct distinction of these cases lies on the potential benefit from the use of antiepileptic drugs with antimigrain effect.

Key words: EEG, epilepsy, headache, migraine, migralepsy.

los pacientes con epilepsia son más vulnerables a padecer migraña.⁶ La migralepsia se describió por primera vez en 1960, por un caso de migraña oftálmica seguida de una crisis epiléptica típica.⁷ Pero es hasta 2004 cuando se define el término de migralepsia en la *International Classification of Headache Disorders versión II (ICHD-II)*.^{1,8,9}

En la población general la prevalencia de la epilepsia es de alrededor de 1.0%. La migraña en cambio tiene una prevalencia general de 12% a 18% (aprox. 15% en mujeres y 6% en hombres). La prevalencia de epilepsia en personas con migraña se ha reportado entre 1 y 17%, sustancialmente más alta que la población general. Por otro lado, la prevalencia de migraña en la población epiléptica se ha informado en rangos de 8.4 a 23%.^{10,11} Por lo tanto, se estima que el riesgo de migraña entre epilépticos es de casi dos veces el de la población general.¹²

En México se carece de investigaciones epidemiológicas y de descripciones clínicas de casos de migralepsia. El propósito de este estudio es el de describir la frecuencia de casos con cefalea que precede o sucede a una crisis convulsiva, en pacientes evaluados por epilepsia en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE (Ciudad de México), y de entre ellos, aquellos pacientes que cumplen criterios estrictos de migralepsia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, de 2006 a 2011. Se tomaron en cuenta como criterios de inclusión aquellos pacientes con diagnóstico de epilepsia, con base en los criterios de la *International League Against Epilepsy (ILAE)*. Se incluyeron hombres y mujeres de edad comprendida entre los 18 a 65 años que contaran con expediente clínico completo. Se excluyeron a pacientes con alteración orgánica demostrable durante su tratamiento que simularan una migraña o una convulsión como: tumores cerebrales, desequilibrio hidro-electrolítico, alteraciones metabólicas o hipertensión intracraneal. Las variables estudiadas fueron: edad, género, cefalea, manifestaciones clínicas que se presentan previo a la migralepsia (sin molestia, dolor abdominal, mareos, alucinaciones auditivas, sensación de lo ya vivido, tiempo transcurrido entre migraña y crisis convulsivas, crisis convulsivas antes, durante o después de la cefalea, entre otras variables). El estudio se ajustó a los lineamientos de la declaración de

Helsinki, así como a las del Manual de Buenas Prácticas Clínicas. Se consideró un estudio sin riesgo según la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Humanos. El estudio también se ajustó a los lineamientos establecidos por la institución (ISSSTE) para el manejo de la información contenida en el expediente clínico.

Se definió migralepsia de acuerdo con los criterios de la ICHD-II (2004), como una crisis desencadenada por la migraña o una crisis desencadenada por un aura de migraña, considerando las siguientes condiciones obligatorias:

- a) Cefalea que cumple criterios de "migraña con aura" (al menos dos ataques que cumplan con el criterio de migraña con aura no atribuida a alguna otra enfermedad, con alguna de las subformas de migraña con aura típica, cefalea no migrañosa con aura típica, cefalea sin aura típica, migraña hemipléjica familiar, migraña hemipléjica esporádica, o migraña tipo basilar).
- b) Una crisis que cumple criterios para un tipo de ataque epiléptico que ocurre durante el aura de la migraña o hasta una hora después del mismo.

Los datos se analizaron por medios electrónicos donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se presentaron los datos en tablas y gráficas para su análisis. Debido al limitado tamaño de muestra, no se hace estadística inferencial del grupo de pacientes aquí descrito.

RESULTADOS

Se estudió un total de 60 pacientes (55% hombres) evaluados por epilepsia, de los cuales la mayoría (92%) fueron mayores a 21 años. Del total de pacientes investigados por crisis convulsivas, 62% (37 pacientes) refirieron haber tenido cefalea que precedió o siguió a la crisis. Sin embargo, sólo 13 pacientes (22% del total o 35% entre pacientes con cefalea y crisis convulsivas) cumplieron estrictamente los criterios para migralepsia.

Descripción de los pacientes con cefalea que precede o sigue a la crisis convulsiva

El 60% inició con la epilepsia antes de los 20 años, y 90% refirieron haber tenido cefalea en los últimos 12 meses. La frecuencia de cefalea por mes no presentó una tendencia clara, pudiendo variar de una a más de cuatro veces por mes. El tipo de cefalea más referida

por los pacientes fue frontal (51%) y temporal (30%). El tipo de dolor referido por los paciente fue pulsátil (65%) y opresivo (24%) (Figura 1).

No se observó un patrón definido sobre la presencia de aura previa a la cefalea. Ésta se presentó en 68%, siendo las más frecuentes el *deja vu* (27%) y las auras visuales (24%) (Figura 2). Se presentaron síntomas previos a la cefalea con una duración de menos de 15 minutos en 43% y en 26% con una duración hasta de 60 minutos. No se observó una tendencia clara hacia algún síntoma presente durante la cefalea y algunos pacientes refirieron más de uno. Los más frecuentes fueron náusea (30%), fotofobia (32%), incremento de la cefalea con el movimiento de la cabeza (38%) y sonofobia (40%). El factor que con mayor frecuencia desencadenó la cefalea fue el estrés (62%). El 59% de los pacientes refirió que la cefalea se presentaba antes de las crisis convulsas. Por otro lado, 68% de los pacientes mencionó que la cefalea se presentaba posterior a las crisis convulsivas. El 73% de los pacientes que refirieron cefalea no tenían diagnóstico de migraña previamente.

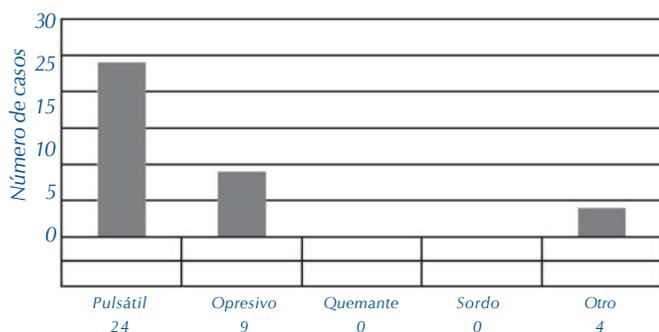


Figura 1. Características del dolor en los casos de cefalea pericrítica en pacientes con epilepsia (n = 37).

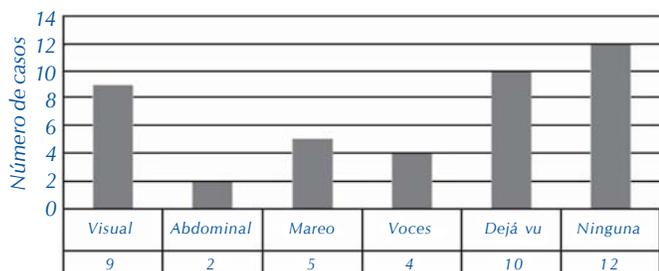


Figura 2. Tipo de aura en los casos de cefalea pericrítica en pacientes con epilepsia (n = 37).

DISCUSIÓN

Este estudio confirma que es alta la frecuencia de cefalea que precede o sigue inmediatamente a una crisis convulsiva en sujetos con epilepsia (62%), pero que la frecuencia de casos que cumplen estrictamente los criterios de migralepsia es relativamente más baja (22%). Esta frecuencia es muy similar a la reportada por De Simone, *et al.*,¹¹ aunque en el extremo alto de los rangos internacionales.^{6,9}

Se observó que el patrón de edad de los pacientes con cefalea y epilepsia fue en su mayoría mayor a 21 años, coincidiendo con el grupo de edad donde aparece con mayor frecuencia las crisis de migraña. Se observó una tendencia hacia el sexo masculino 55%, lo que contrasta con lo descrito en la literatura internacional,^{6,9,15,16} y con un inicio del padecimiento más frecuentemente antes de los 20 años (60% de los pacientes). La cefalea con tratamiento y sin él tenía una duración menor a 24 horas en la mayoría de los casos y los factores que con mayor frecuencia desencadenan la cefalea fueron tensión emocional y las mismas crisis convulsivas.

A pesar del creciente cuerpo de evidencia que señala una asociación frecuente entre episodios de migraña y el inicio de una crisis convulsiva en sujetos con epilepsia, el término migralepsia es en sí mismo un concepto controvertido.^{6,9,16,16} La hipótesis más aceptada respecto a la fisiopatología del aura migrañosa es el fenómeno de la depresión cortical propagada. Al parecer, este fenómeno consiste en una onda de despolarización neuronal y glial que se extiende desde el área visual por todo el polo occipital o la corteza sensitiva o motora.^{15,16} Esta despolarización cortical puede activar al sistema trigémino-vascular, lo que induce la liberación de péptidos vasoactivos y posiblemente otros neurotransmisores excitatorios en el área leptomeníngea, lo que condiciona dolor. Desde hace décadas se ha sugerido que el aura migrañosa y la epilepsia comparten un mecanismo fisiopatológico común, que implica una despolarización desorganizada pero sincrónica de "vías" o "redes" de neuronas y glía que preferencialmente propagan la onda de despolarización hacia la corteza. Así, tanto en la epilepsia como en la migraña con aura existe un estado de hiperexcitabilidad cerebral. Cuando este estado es relativamente leve, es posible que sólo se genere el aura migrañosa con o sin cefalea; pero cuando es "más denso", este estado podría potencialmente originar una crisis epiléptica.

Es importante diferenciar los casos de verdadera migralepsia de aquellos con un aura epiléptica (el ini-

cio focal de una crisis que generaliza de forma secundaria), o bien, una convulsión y cefalea postcrítica. La distinción diagnóstica tiene potenciales consecuencias de manejo, ya que los pacientes con migralepsia podrían beneficiarse del uso de antiepilépticos con efecto profiláctico de cefalea, es decir, el efecto dual antiepiléptico/antimigrañoso.

CONCLUSIÓN

Es muy frecuente la asociación de cefalea pericrítica en pacientes con epilepsia, y de estos casos, hasta un tercio podrían padecer de migralepsia clínicamente definida. Estos hallazgos sugieren que debe enfatizarse la indagación intencionada de migralepsia en sujetos evaluados por epilepsia, ya que la identificación de estos casos podría indicar un tratamiento con fármacos de efecto dual.

REFERENCIAS

- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8: 1-96
- Pace BP. JAMA 100 years ago: migraine and epilepsy. *JAMA* 1998; 279: 1126.
- Otero-Siliceo E, Zermeño F. The migraine-epilepsy syndrome. *Arch Neuroci (Mex)* 2006; 11: 282-7.
- Milligan TA, Bromfield E. A Case of "Migralepsy". *Epilepsia* 2005; 46: 2-6.
- Bigal ME, Lipton RB, Cohen J, Silberstein SD. Epilepsy and migraine. *Epilepsy Behav* 2003; 4: S13-24.
- Veliolu SK, Boz C, Özmenolu M. The impact of migraine on epilepsy: a prospective prognosis study. *Cephalalgia* 2005; 25: 528-35.
- Lennox WG (ed.). *Epilepsy and related disorders*. Boston: Little, Brown & Company; 1960.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd. Ed.* Cephalalgia 2004; 24: 9-160.
- Haut SR, Bigal ME, Lipton RB. Chronic disorders with episodic manifestations: focus on epilepsy and migraine. *Lancet Neurol* 2006; 5: 148-57.
- Marks DA, Ehrenberg BL. Migraine related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. *Neurology* 2003; 43: 2476-83.
- De Simone R, Ranieri A, Marano E, Beneduce L, Ripa P, Bilo L, Meo R, et al. Migraine and epilepsy: clinical and pathophysiological relations. *Neurol Sci* 2007; 28: S150-5.
- Piccinelli P, Borgatti R, Nicoli F, Calcagno P, Bassi MT, Quadrelli M, Rossi G, et al. Relationship between migraine and epilepsy in pediatric age. *Headache* 2006; 46: 413-21.
- Sacks O. *Migraine: understanding a common disorder*. Berkeley: Univ. of California Press; 1985.
- So NK, Andermann F. Differential diagnosis. In: Engel J, Pedley TA (eds.). *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997, p. 791.
- González MC, Santos LS, García AC, Ballester ML, Mauri LJJA. Migralepsy; a controversial entity. *Neurología* 2011; 26: 120-2.
- Caminero A, Manso-Calderón R. Links between headaches and epilepsy: current knowledge and terminology. *Neurología* 2012 [Epub ahead of print].



Correspondencia: Dr. René I. González Gómez.
Servicio de Neurología, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE; Ciudad de México.
Correo electrónico: drnegonzalez@hotmail.com

*Artículo recibido: Julio 1, 2012.
Artículo aceptado: Septiembre 13, 2012*