

## Editorial

# Migraña

Dr. Alfonso Sánchez Brito\*

Más de 26 millones de personas en Estados Unidos de América y 16% de la población mexicana predominantemente mujeres, sufrimos de una incapacitante y debilitante migraña recurrente, la cual devasta nuestra calidad de vida haciéndonos perder clases en la escuela, trabajo y otra serie de actividades.

### LA CEFALEA EN RACIMOS

Es una sucesión de momentos energéticos, en la cual la vista te hace jugarretas y un halo de luz temblorosa culebrea en tu campo visual, en ese momento no hay dolor, pero una vez que se ve esa luz, comienza la cuenta regresiva.

Si no consigues tomar un medicamento en ese preciso momento o en los siguientes 10 minutos, comenzará a transitar un episodio neurológico que 30 millones de personas conocemos muy bien: las temibles oleadas de los dolores de cabeza llamadas migraña.

El dolor es repentino y agudo, la región frontal y temporal, unilateral o bilateral comienza a latir y a pulsar, en casos extremos produce vómito, nuestros sentidos se agudizan, no se soportan sonidos, luz, y por Dios, nada de movimiento, a veces no hay otra opción que la de refugiarse a oscuras en tu habitación a esperar, a veces durante días enteros a que pase la agonía o de lo contrario acostumbrarse al dolor y laborar con éste a pesar de todo.

Los médicos, ya sean médicos generales o especialistas incluyendo los neurólogos, prescriben todos y cada uno de los analgésicos, pero su uso habitual tiende a desencadenar taquifilaxia o episodios aún más dolorosos y los colegas a menudo tratan a las cefaleas de tipo migraña en tono de broma, como si uno las padeciera para evitar el trabajo o el sexo.

Pero este panorama desolador está cambiando, por una parte, los médicos tenemos a nuestra disposición un arsenal cada vez mayor de medicamentos capaces de abortar la migraña si se toma a tiempo,

difícilmente ya en marcha, sobre todo si se inicia por la madrugada como es típico en las cefaleas en racimo, y por otra los científicos están empezando a descubrir las sutiles fallas en la química y electrofisiología del cerebro, receptores 5HT "hidroxitriptamina". Que motivan los diferentes tipos de cefaleas.

Porque se conocen factores involucrados para desatar un ataque, que varía según el tipo de cefalea o del individuo, ya que en lo personal, la ansiedad, el estrés, calor excesivo, falta o exceso de sueño, olores intensos, hipoglucemia, comidas con glutamato de sodio o nitrato de sodio y muy en especial el vino tinto por sus altas concentraciones de taninos y cualquier alcohol me desencadenan la crisis, característica específica de la cefalea en racimos.

Hablemos de esta migraña clásica cefalea en racimos, llamada así porque el ataque se repite, a menudo diariamente en episodios de dos a tres horas de duración, las cefaleas en racimos suelen atacar a sus víctimas, generalmente varones, en determinadas horas, principalmente en la madrugada como se mencionó con anterioridad, el dolor es tan intenso y constante que también se les llama cefaleas suicidas. A veces si se logra detectar el inicio y se toma un medicamento derivado de los sumatriptanes puede que se aborte hasta el día siguiente y a la misma hora, puede despertarte y así lo hace el dolor en todo su apogeo, lo cual descarta una cefalea tensional o convencional y que no existe la más mínima aura en esta cefalea.

Ya en el siglo XVII, prominente médico inglés, Sir Thomas Willis, sugirió que los dolores de cabeza eran causados por un aumento repentino de flujo sanguíneo en el cerebro, según su teoría, los vasos llenos presionaban los nervios cercanos, los que a su vez desencadenaban el dolor. Pero en los últimos 15 años han ocurrido estudios que lograron refutar esta teoría. En la Clínica de Cefalea en Houston, Tex., descubrieron que el orden de acontecimientos de una migraña, sobre todo la cefalea

\* Angiólogo. Miembro de la Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular. Miembro del Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Vascular.

en racimos, no era tan claro como habían creído, de hecho, las terminaciones nerviosas de la duramadre parecían actuar primero, liberando toda serie de proteínas o péptidos que causan la dilatación de los vasos y después preparaban a los nervios para permanecer en un estado de alerta cada vez más intenso. En otras palabras, la dilatación es el resultado de la migraña y no su causa.

Al estudiar las conexiones de las terminaciones nerviosas afectadas hacia lo más profundo del cerebro, los investigadores se concentraron en el nervio trigémino, un gran tronco de fibras nerviosas que conectan, entre otras cosas, la cara, la mandíbula, dientes y la frente con los centros sensoriales del cerebro. Los científicos han descubierto que en el transcurso de una migraña el nervio trigémino prácticamente inunda el cerebro con señales de dolor, de hecho, cuanto más descubren los investigadores sobre este nervio, más convencidos están de que participa en todos los tipos de cefaleas, incluyendo las tensionales.

Durante una migraña ocurren tantas cosas a la vez que es difícil encontrar exactamente qué es lo que estimula al nervio trigémino. Varios científicos que estudian la ola de actividad eléctrica que recorre el cerebro justo antes de una migraña y que causa la llamada aura, la luz temblorosa que experimentan uno de cada cinco pacientes de migraña. Yo en lo personal me pregunto si habrá un generador de migrañas enterrado en lo más profundo del cerebro.

Sin embargo, lo que parece claro es que el cerebro, de los que padecemos migraña, está preparado para reaccionar de manera excesiva ante una gran variedad de estímulos que la mayoría de las personas no percibe. Cada quien tenemos nuestro propio umbral a través del cual se activa el mecanismo de una migraña y cuando el estímulo sobrepasa ese umbral "stress" en mayor medida, se activa el sistema de la migraña con mayor intensidad y el dolor alcanza proporciones mayores.

La influencia positivista en la medicina contemporánea ha proporcionado el formidable desarrollo científico actual, pero al mismo tiempo soslaya con menosprecio todo cuanto no es medible o por lo menos visible. Para dar valor a la queja de un paciente es indispensable que un observador ajeno la confirme por medios sensoriales, cuando no la cuantifica.

Es más real la sarna o una úlcera varicosa que la migraña o la fatiga crónica. Lo que no se apoya en datos objetivos, de preferencia cuantificables, corre el riesgo de ser inexistente o está en la frontera entre lo real y lo ficticio. A qué nos lleva todo esto, si los médicos especialistas no consideran el

estrés como un gatillo de las migrañas o enfermedades con manifestaciones subjetivas. Estos pacientes, y entre ellos me considero yo, acuden a la consulta del médico general y especialista, van de un médico a otro, son atendidos por muchos, pero no remedian sus molestias. Otros recorren varias veces los distintos niveles de atención y cuando tienen la fortuna de llegar a un tercero o cuarto nivel de especialización, obtienen el derecho a que se les realice un enorme conjunto de exploraciones instrumentales, así como una gran cantidad de pruebas con tecnología avanzada, después de todos estos estudios, el médico dice al paciente: "usted no tiene nada". Algunos se resignan y suspenden sus visitas al médico durante un tiempo y más cuando los mismos familiares le dicen, ya ves, si yo te decía, eres un hipocondríaco; otros se someten a intervenciones quirúrgicas innecesarias o una serie de infiltraciones para tratamientos paliativos, nos transforman en excelentes consumidores de múltiples medicamentos.

En 1935 Hans Selye introdujo el vocablo STRESS a la terminología médica para referirse a la respuesta emocional y física ante los estímulos.

En la vida moderna las causas de estrés son incontables, la mayoría son factores psicosociales y ambientales.

En el siglo XVI, el célebre Aureolus Teofrasto Bombasto de Hohenheim, mejor conocido como PARACELSO, escribió su "*De causis morborum invisibilium*" (El tratado de las enfermedades invisibles) refiriéndose a las enfermedades que son inaccesibles a los sentidos convencionales, señalaba que la mitad del hombre y de la naturaleza es invisible y que la fe puede producir o curar enfermedades.

Dr. Welch de Kansas City y otros han descubierto que cada vez que ocurre un ataque de migraña la materia gris periacueductal se llena de oxígeno, lo cual desencadena una serie de reacciones químicas que provocan que se deposite hierro en esa parte del cerebro, y a medida que aumenta la cantidad de hierro, la capacidad del cerebro para bloquear el dolor disminuye; eso podría explicar por qué muchos migrañosos se vuelven más sensibles al dolor con cada nuevo episodio.

Si las neuronas hiperactivas son la causa del problema, entonces tendría sentido intentar calmarlas, ¿no creen? Así fue diseñado el primer medicamento agonista fabricado para bloquear los ataques de migraña, aprobado en los Estados Unidos de América en 1993, el sumatriptán, el cual imita la acción de un neurotransmisor llamado serotonina, que tiene muchas funciones en el cerebro, entre ellas la de regular el estado de ánimo. En el caso de las migrañas, el efecto del medicamento sobre la serotonina

evita que las terminaciones nerviosas de la duramadre liberen sus proteínas estimuladoras, y sin polipéptidos no hay dolor.

El éxito de los triptanos, cualquiera de ellos, llámese Imigran, Zomig, Maxalt o el Relpax, para el tratamiento inmediato de las migrañas, se obtiene un alivio sustancial siempre y cuando se utilicen en el inicio de los pródromos, lamentablemente, su efecto es a menudo temporal y estos medicamentos pueden producir espasmos en las arterias coronarias, por lo cual no están indicados en los pacientes con angina o antecedente de infarto del miocardio, ni en los de accidente cerebrovascular.

Pese a todo, los triptanes nos han cambiado la vida a millones de personas con migraña y han abierto nuevas áreas de investigación muy prometedoras, por ejemplo, han descubierto que el efecto de dichos triptanes no se limita a su papel de agonista de la serotonina, sino que también bloquea directamente una de las proteínas CGRP (calcitonin gene related peptide) péptido relacionado con el gen de la calcitonina liberada por las terminaciones nerviosas de la duramadre.

En Europa se están haciendo pruebas de compuestos diseñados para concentrarse en esa proteína CGRP. El problema principal, según Lars Edvinsson de la Universidad de LUND en Suecia, es que el medicamento en estudio sólo se puede administrar por vía I.V., la verdad, se necesita un bloqueador de dicha proteína en comprimidos.

El Dr. Michael Moskowitz, neurólogo de la Facultad de Medicina de Harvard, Boston, dice que calmar el dolor en las migrañas con estos medicamentos no es la única razón en los estudios, ya que con el tiempo se vuelven menos eficientes, por lo cual en estos momentos se está examinando su resistencia.

Un estudio reciente en México realizado a familiares de pacientes con migraña se encontró:

Ochenta por ciento opina que durante una crisis de migraña, su familiar se involucra menos en las actividades de la familia.

Setenta y uno por ciento piensa que si su familiar no tuviera migraña sería un mejor padre y una mejor pareja.

Cuarenta y dos por ciento de los familiares piensa que si las crisis de migraña del paciente estuvieran controladas tendrían una mejor relación.

Lo ideal sería prevenir o evitar que se produzcan las migrañas, que nosotros como pacientes ayudemos identificando los estímulos que desencadenan los ataques, asimismo, evitar los remedios contra el dolor de cabeza, como los derivados de la hydergina, paracetamol, aspirina, bloqueadores beta, botox, etc. La gente con migrañas severas podemos entrar en un ciclo de automedicación y esto conlleva a efec-

tos secundarios severos, como, por ejemplo, ergotismo con el cafergot o tonopan, sangrado de tubo digestivo o trombocitopenia con la aspirina, crisis de hipertensión o angina de pecho con los triptanos, hipotensión o bradicardia con bloqueadores beta. Sin embargo, los dolores empeoran al estar a la expectativa y que sucede.

Se piensa a veces hasta en el suicidio, de verdad créanlo, se los dice alguien que las padece y que ha tomado de todas y cada una de las fórmulas maravillosas para tratar esta terrible enfermedad.

Muchos migrañosos usan métodos no farmacológicos para evitar los dolores de cabeza, como el yoga, la meditación y el biofeedback, estas técnicas probablemente funcionen mejor para los pacientes cuyos ataques están causados por el estrés o la tensión en los músculos faciales, al igual que ir con el quiropráctico o el acupunturista, ya que sirven para dos cosas.

Uno de los desarrollos más sorprendentes en los últimos años ha llegado mediante las inyecciones con Botox, que se aplican para suavizar las arrugas paralizando los músculos pequeños del rostro, algo que está bajo estudio en tratamiento de la migraña, caro e inservible en mi opinión personal.

Si los antidepresivos fueran descubiertos hoy y no supiéramos que son antidepresivos, los llamaríamos analgésicos, asegura el Dr. Seymour Diamond, fundador y director de la clínica para cefaleas Diamond en Chicago. Curiosamente el efecto analgésico y antineurítico de los antidepresivos necesita de tres a diez días para entrar en acción, menos de los que tarda en empezar a aliviar la depresión, esto sugiere que la depresión y la migraña se desencadenan por vías neuronales distintas, pero relacionadas.

Por muy útiles que sean para prevenir algunas migrañas los bloqueadores beta, los antidepresivos e incluso los antiepilépticos, no curan la enfermedad, ni siquiera disminuyen las crisis. Parece ser que los circuitos suprasensibles del cerebro tienden a mejorar con el envejecimiento, ya que los picos máximos tienden a declinar a partir de los 50 años, según varios científicos, y pienso que se refieren a migrañas leves, típicas vasculares, por que la cefalea en racimos, en lo particular a mis 57 años de edad, continúa dándome problemas cada tercer día y, tener que acostumbrarme a vivir con el dolor, ya que uno tiene que conocer como experto su propio umbral para vencer cada batalla, ya que vivir con migraña es demasiado complicado. Actualmente tomo 80 mg de Eletriptan diarios para control del dolor y poder llevar a cabo mis actividades a 90%. Para finalizar, estoy totalmente de acuerdo con la doctora española Margarita Sánchez del Río, en que los migrañosos llegamos a perder un mes por año de nuestra vida por culpa de estas crisis devastadoras.