

Índice

Prólogo, por Lluís Permanyer	9
Presentación	13
Introducción	21
Qué pasa cuando la cabeza duele	
La cefalea o dolor de cabeza: síntoma y enfermedad	27
Clasificación de las cefaleas	30
Diagnóstico de la cefalea: del síntoma a la enfermedad	41
Migraña	
Concepto y delimitación	49
Fisiopatología de la migraña	52
Clasificación de la migraña y criterios de diagnóstico	65
Características generales de la migraña	93
Factores desencadenantes más habituales	98
Aspectos singulares de la migraña en la mujer	131
Complicaciones de la migraña	146
Tratamiento de la migraña	
Introducción. Criterios generales de la terapia	181
Tratamiento puntual del ataque de migraña	189
Tratamiento preventivo de la migraña	211
Tratamientos alternativos	
Medidas alternativas de terapia	225
Epílogo	
Repercusión individual y social de la migraña	245
Referencias bibliográficas	
	263

Prólogo

Crónica de un dolor padecido

El dolor de cabeza forma parte de los recuerdos más presentes y nítidos de mi primera infancia. Mi padre lo mencionaba, entre lamentos; sus dos hermanas mayores lo tenían como uno de los temas recurrentes en la conversación y de ahí que en su casa descubriera y encontrara gracioso el tipo que imperativamente recomendaba darle al frasco, en este caso de Cerebrino Mandri, que siempre aparecía a la vista; encima de uno o varios muebles.

Una úlcera de duodeno aquejaba ya de muchacho a mi padre, lo que le impedía tomar los analgésicos entonces al uso; consumía unos «cachets» de fórmula magistral, aunque no lo aliviaban mucho.

Pronto supe muy bien, ¡ay!, lo que era el dolor de cabeza: rondaría los seis años, cuando la sentí estallar y la náusea acabó en vómito. Mis padres, por ser el estío, comentaron que se trataba a buen seguro de una insolación. Aquella tortura se repitió alguna que otra vez, aunque años más tarde.

Con la adolescencia, el dolor de cabeza se tornó más recurrente. En aquel entonces, con todo, los remedios habían mejorado y fue entonces cuando mi padre descubrió, no sin alivio y hasta con alborozo, la aparición del optalidón venido de Francia, tolerado aquí bajo un modelo aún más agresivo, desde el punto de vista analgésico. Su efecto era espectacular, comparado con otros productos más bien mansos; aunque el alcance de un par de comprimidos era superado por la eficacia relampagueante de la versión suppositorio, lo que le valía incluso hacer olvidar su incomodidad manifiesta bajo los rigores de altas temperaturas.

La primera vez que advertí las limitaciones que se derivaban del padecimiento de dolores de cabeza más o menos crónicos fue como futbolista. Jugaba bastante bien, pero mi punto flaco era que rehuía darle con la frente al balón, pues acusaba el efecto inmediato y por supuesto temía que me desencadenara una crisis. Kubala sentenciaba en aquel entonces que la cabeza servía para pensar y de ahí que él casi nunca la empleara para rematar; puesto que era mi ídolo, sospecho que tal argumento me pareció suficiente para no complejarme por evitar cabecear.

Cuando comencé a escribir y me dediqué al periodismo, me percataba de que la migraña, tal era ya el diagnóstico claro, me impedía concentrarme y me sentía incapaz de rendir con normalidad. Reconozco que no tuve más remedio que aprender a convivir con aquella dolencia. Ni el ruido ni la luz provocaban fobias al verme asaltado por una crisis; la náusea se hacía presente, pero su degeneración en vómito era una rareza; lo habitual era sentir la intermitencia del pulso en una parte del cráneo con la fuerza de un martillazo. De ahí, pues, que no me replegara en casa ni me encamara, más que al verme abocado a situaciones extremas e insoportables; y es que prefería intentar distraerme, en vez de, encerrado en el dormitorio, seguir con minuciosidad obsesiva la evolución de la crisis. Sin embargo, mi trabajo se resentía de ello, porque no es lo mismo un trabajo intelectual que uno manual; solía comentar que, de haber sido dependiente, a buen seguro habría podido seguir despachando. La aparición del ordenador empeoró el problema, pues resultaba más doloroso tener que fijar entonces mucho más la vista que en las formas tradicionales de escritura. En tanto que periodista tenía la certeza de que las migrañas no me habrían permitido desempeñar según que especialidades, por ejemplo la de trabajar en televisión ante la cámara; una mirada escondida y un rostro desencajado es la máscara que se impone a pesar mío y el temor de sucumbir ante la tensión del directo habrían acabado por impedir un trabajo de tal responsabilidad.

La migraña me ocasionó, en ciertos períodos de mi vida, inseguridad e incluso miedo, lo que, sin ningún género de duda, incrementaba el riesgo o el nivel de las crisis. Importaba detectar muy a tiempo el peligro que adivinaba; había logrado conocer los perfiles característicos, verbigracia una nube que se acercaba y dejaba ya apreciar unos síntomas que me espesaban las entendedederas. Era esencial detener la amenaza de migraña a tiempo, pues de lo contrario siempre empeoraba y jamás se esfumó sola. Ni que decir tiene que tal planteamiento por fuerza tenía que propiciar el aumento de la frecuencia de la ingestión del analgésico de turno.

Era sólito el comentario de que una de las bondades de la entrada en años acarrearía una rebaja de la frecuencia así como de la intensidad. Me entristeció comprobar que no era así. Y la causa ha sido el efecto rebote, un síntoma que, sin reconocerlo, yo ya había detectado en diversas épocas: me asaltaba de pronto la intuición de que el producto al que entonces sin sospecharlo era adicto no me hacía el efecto deseado y, lo que resultaba peor, incluso me perjudicaba. Así fue como abandoné el optalidón y, después, otros analgésicos.

Hará cosa de unos cuatro años leí en *La Vanguardia*, el diario en el que siempre he trabajado, la entrevista reconfortante que mi compañero Víctor Amela realizó al doctor Feliu Titus: aseguraba que hoy podía curar la migraña. Aquel mismo día, pues hacía ya tiempo que andaba cada vez más desesperado, me

puse en contacto con él. La esperanza estaba fundada; sí, tanto, que el haberme puesto en sus manos ha cambiado por fin mi vida. «Gràcies, doctor!»

Lluís Permanyer

Presentación

Tras veinte años de dedicación profesional a la neurología a nivel hospitalario, a partir de una propuesta, no sé exactamente de quién, pero sí que fue aceptada por todos los componentes del equipo de trabajo del centro —y con la finalidad de mejorar la calidad de la atención y el rendimiento en nuestro trabajo—, se optó por que cada uno siguiera una dedicación asistencial específica en un ámbito concreto de la especialidad.

Profundizar el conocimiento en los continuos avances del mundo de las neurociencias, para conseguir un nivel de información en primera línea en todos los ámbitos de esta especialidad, es actualmente imposible. Probablemente por este motivo, el proyecto salió adelante.

De esta manera, nos convertimos en neurólogos con dedicación específica a la epilepsia, las demencias, los trastornos del movimiento (como el Parkinson), la cefalea (dolor de cabeza), etc.

Cuando recibí la propuesta de asumir la atención de los pacientes que padecían cefalea, acepté pese al absoluto convencimiento de que se trataba de un tema árido y de difícil manejo. En aquel momento (las referencias datan de finales de los años ochenta), e incluso actualmente, la aplicación de los medios técnicos de que se dispone en medicina para la investigación y en el manejo del paciente, tiene un escaso rendimiento en la cefalea, porque la tarea sigue siendo una labor fundamentalmente clínica.

Coloquialmente, por este motivo, nos referíamos a la cefalea como la «cenicienta» de la neurología.

Al cabo de diez años, que han volado en un suspiro pero en los que la dedicación al tema ha sido intensa y extensa, y la experiencia amplia, la sensación que resta es muy positiva en cuanto al rendimiento y altamente gratificante a nivel personal.

En los pacientes que sufren dolor de cabeza, he podido percibir que un amplio sector muestra una actitud desconfiada ante las posibilidades, y la capacidad de la medicina, para solventar su problema.

Eso sucede incluso en los casos en que la presencia y la magnitud de la cefalea afectan de manera significativa a su estado de salud. Así, aunque el pensamiento lógico, en esta situación, debería orientarse hacia la consulta profesional, sin embargo, se puede derivar hacia la automedicación con una intencionalidad puramente paliativa. Lo más importante es calmar el dolor. Si esta situación se reproduce con cierta frecuencia, es cuando corremos el riesgo de errar en el enfoque de la terapia.

La automedicación que se produce de forma ocasional, y con un cierto conocimiento o intuición del elemento causal de la cefalea, puede tener una justificación, pero no es recomendable cuando se convierte en hábito recurrir a productos farmacológicos, de uso más o menos tradicional, a menudo con el valor añadido de ser lo más nuevo y con el aval de la indicación de terceras personas que simplemente suelen basarse en su propia experiencia. En ese caso no se tienen en cuenta aspectos tan importantes como el diagnóstico, ni las expectativas de eficacia, ni la tolerancia al producto, y menos aún su consistencia, que significa cuándo es previsible que se mantenga la respuesta de eficacia en caso de que ésta se produzca. Es evidente que el perfil de seguridad queda, en este caso, absolutamente en el aire.

En el colectivo profesional, la actitud ha sido absolutamente cambiante en los últimos años. Las generaciones de médicos formados en la década de los años sesenta recibieron (siguiendo el programa docente de cada facultad) una muy escasa información sobre esta patología. Por experiencia propia (pese a que fui un estudiante aplicado), puedo asegurar que en ningún momento se hizo mención de la cefalea como de una entidad patológica. Los docentes se referían a ella sencillamente como el síntoma dolor de cabeza, que acompañaba otros síntomas en determinadas patologías. En cambio, algún compañero sí hablaba con frecuencia de cefalea, pero sólo porque la sufría, ya fuera espontáneamente o bien provocada en el intento de seguir las explicaciones de determinados profesores.

Afortunadamente, como todos sabemos, la formación profesional se inicia en la universidad, aunque realmente es una tarea continua. Por lo tanto, tras observar muy pronto, en la práctica diaria, que la consulta por dolor de cabeza era una de las más frecuentes, para su tratamiento práctico no quedaba otra salida que buscar información sobre el tratamiento en las escasas publicaciones existentes y en la experiencia de otros colegas.

Ciertamente, hoy en día debemos reconocer que la cefalea aparece con más entidad en la docencia universitaria.

En el aspecto de la atención sanitaria, se han producido unos cambios significativos, en el tratamiento de esta patología. El motivo principal recae, en, los avances tecnológicos. La aparición, ya no tan reciente, y la aplicación en la práctica clínica, de las técnicas de exploración por neuroimagen han supuesto para el enfermo un ahorro extraordinario en el riesgo y el sufrimiento que comportaba la investigación del origen de un dolor de cabeza mediante las antiguas técnicas de examen. Éstas eran realmente toscas y agresivas, y dejaban además mucho espacio para la ambigüedad en la interpretación de los resultados.

El médico también ha podido atenuar buena parte de la ansiedad que le producían las dudas en la orientación diagnóstica debido a la enorme dificultad que presentaba examinar el interior de la cabeza.

Actualmente, la cefalea secundaria a lesiones o alteraciones intracraneales, como en el caso de tumores, malformaciones, infartos, etc., puede ser de más fácil diagnóstico mediante unas pruebas que no suponen prácticamente ningún riesgo para el enfermo.

El elemento que hay que tener más presente para la indicación de estas exploraciones, sea el escáner o la resonancia magnética, además de disponer de una orientación diagnóstica, entra puramente en el ámbito económico, su coste. Hemos dado como elemento principal de indicación el disponer de una base diagnóstica, porque no sería buena praxis el prodigar exámenes con el planteamiento de «ver qué aporta el resultado» sin más. Si no sabemos qué buscamos, encontrar «algo» crea siempre desconcierto.

Digamos, pues, que la tecnología ha facilitado enormemente el diagnóstico de todas las cefaleas secundarias, que cursan con alteración estructural del contenido del cráneo. Éste ha sido un factor decisivo para que todas las cefaleas primarias y, por lo tanto, también la migraña, hayan adquirido un mayor protagonismo en el ámbito sanitario. Puesto que no conllevan una modificación estructural que pueda ser captada mediante imagen, cualquier examen que se efectúe no podrá plasmar evidencia de imágenes patológicas; simplificando, será siempre normal. Su papel, en tal caso, es el de hacer posible la exclusión de otras dolencias que puedan entrar en el planteamiento de diagnóstico diferencial.

En este punto, y como una orientación práctica para el médico al informar al paciente que nos ha consultado por cefalea, y se ha decidido por la práctica de una prueba de imagen que no ha puesto de manifiesto alteraciones significativas, se debe evitar el habitual «no le pasa nada» o «no tiene nada». En realidad, sí que le pasa algo: tiene dolor de cabeza. Es más recomendable decir que no se le advierte nada anormal en las imágenes, que por tanto no existen lesiones, pero al tiempo poner en funcionamiento la labor médica, tan clásica como imprescindible, que es la elaboración de una correcta anamnesis, investigando la causa de un dolor de cabeza «que no podemos visualizar» y que debemos conocer y dimensionar partiendo de la exclusiva referencia aportada por quien lo padece.

En los estamentos de gestión en sanidad hemos podido constatar poca sensibilidad por un tema que aparece como una patología emergente pero no grave, en parámetros de expectativa de vida. Para los profesionales con una dedicación especial al tema es un reto aportar información suficiente con el fin de lograr un cambio en la actitud gestora que pueda priorizar la inversión en este grupo patológico, tan amplio como ignorado. Sin ninguna duda, un mayor conocimiento de su impacto, mediante una voluntad real de conocer el problema en toda su dimensión, permitirá mejorar el beneficio, tanto económico como social y sanitario, del manejo de esta patología.

Entendemos que ésta es una demanda —casi podríamos llamarla exigencia— real de los que sufren, y que es de respuesta obligada por parte del profesional en su labor diaria, como tiene que serlo también por parte de la estructura de la gestión en sanidad. Debe allanarse el camino para conseguir que su atención sea la más adecuada.

En la consideración del impacto de todas aquellas enfermedades que, sin incidir en la expectativa de vida, son un factor absolutamente determinante en su calidad, debería recordarse un criterio que ya imperó en tiempos del Imperio romano (deberemos tener la suficiente amplitud de miras para transigir si el paso del tiempo ha podido reducir el valor de algún término, aunque, en esencia, el concepto sigue siendo absolutamente válido):

*No debe preocuparnos vivir largos años;
sino vivirlos satisfactoriamente.*

*Puesto que vivir largo tiempo depende del destino,
pero vivir satisfactoriamente depende de tu alma.*

Séneca

Nuestro objetivo al plantearnos esta publicación fue difundir la experiencia profesional obtenida en la dedicación al tema de la cefalea, que poco a poco se ha convertido en una tarea prácticamente exclusiva a causa de la demanda de atención.

La falta de preparación y de experiencia en la labor de divulgación científica introduce una mayor dificultad para transmitir los resultados del trabajo profesional

El convencimiento es que el mejor camino, el más adecuado para la comunicación, radica en exponer los datos de la experiencia adquirida a través de una labor sistematizada.

Su finalidad es lograr la mayor repercusión en la población, al tiempo que mantener un nivel de información que pueda colmar, al menos parcialmente, la avidez de conocimiento acerca de un tema que, en muchos casos, no resultará completamente ajeno al lector.

El cómo

En la disyuntiva de intentar simplificar el tema, para facilitar su lectura o ser fieles a la base científica, hemos optado por esta segunda alternativa, pese a que en algún momento pueda resultar más difícil la comprensión de determinados términos de uso más profesional.

El porqué

No nos parece adecuado simplificar en exceso la exposición de un tema, ya secularmente banalizado, tanto en su aspecto social como en el sanitario. Muchos de los criterios básicos sobre cefalea y otros temas principales, como son las medidas de su prevención y tratamiento, no han sido revisados de forma suficiente, ni actualizados, en relación con la evolución general del conocimiento.