

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose Maria Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srta. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA

SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA

Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedadmedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Actualización de la migraña

Migraine update



¹**Dra. Andrea Solano Mora**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-6582-3265>

²**Dra. Xinia Ramírez Vargas**

Investigadora independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-4427-1174>

³**Dr. Andrés Solano Castillo**

Investigador independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-7723-5455>

RECIBIDO

21/01/2020

CORREGIDO

19/02/2020

ACEPTADO

04/03/2020

RESUMEN

La migraña es un trastorno de episodios de dolor de cabeza y síntomas neurológicos, su etiología abarca los distintos estilos de vida, trastornos del sueño, dieta e incluso un componente hereditario. Según la tercera edición del “The International Classification of Headache Disorders” (ICHD-3) se puede clasificar en migraña con aura y migraña sin aura la cuál es la presentación más frecuente en un 75% entre los pacientes. En cuanto a la fisiopatología se postula dos diferentes teorías, la vascular y la neurovascular; se propone también la participación de moléculas como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y, en menor grado, el péptido activador de la adenilato-ciclasa pituitaria (PACAP). El tratamiento debe basarse en medidas generales que modifica hábitos de vida del paciente y la elección de los fármacos depende de la frecuencia de las crisis, preferencia del paciente, presencia de otros síntomas como náuseas y vómitos; no se debe olvidar los grupos especiales como la migraña en el embarazo la cual se debe tratar con mayor precaución; cabe destacar que en algunos casos de migraña se ha propuesto técnicas no farmacológicas como la acupuntura.

PALABRAS CLAVE: acupuntura; cefalea; migraña con aura; migraña sin aura; trastornos migrañosos.

¹ Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina), cod. [MED16230](#) .
andresolmora@gmail.com

² Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina), cod. [MED15545](#) .
xinia.ramirez27@gmail.com

³ Médico general, graduado de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina), cod. [MED16229](#) .
andreto28@hotmail.com



ABSTRACT

Migraine is a disorder of episodes of headache and neurological symptoms, its etiology encompasses different lifestyles, sleep disorders, diet and even a hereditary component. According to the third edition of "The International Classification of Headache Disorders" (ICHD-3) can be classified as migraine with aura and migraine without aura which is the most frequent presentation in 75% among patients. Regarding the pathophysiology, two different theories, the vascular and the neurovascular, are postulated; The participation of molecules such as the peptide related to the calcitonin gene (CGRP) and, to a lesser extent, the pituitary adenylate cyclase activating peptide (PACAP) is also proposed. The treatment should be based on general measures that modify the patient's lifestyle and the choice of drugs depends on the frequency of the crisis, the patient's preference, the presence of other symptoms such as nausea and vomiting; special groups such as migraine in pregnancy should not be forgotten, which should be treated with greater caution; It should be noted that in some cases of migraine, non-pharmacological techniques such as acupuncture have been proposed.

KEYWORDS: acupuncture; headache; migraine with aura; migraine without aura; migrainous disorders.

INTRODUCCIÓN

La migraña es un trastorno caracterizado por episodios de dolor de cabeza y otros síntomas neurológicos, es una patología de consulta muy común en medicina general y neurología, sin embargo, su abordaje y tratamiento no suele ser el mejor, ya que se generaliza los tipos de migraña y no se indaga correctamente en la historia clínica del paciente y su examen físico dando énfasis en la parte neurológica.

La migraña es una de las más viejas dolencias conocidas en la humanidad, algunos de los casos más tempranos se encuentran registrados por los antiguos egipcios y datan hasta 1200 A.C. Más adelante, alrededor de 400 A.C, Hipócrates refirió las perturbaciones visuales que puede preceder una

migraña, tal como luces a las que actualmente se le denomina "aura".

El porqué de la importancia de dicha patología se debe a su elevada incidencia en la población, no solo la costarricense si no a nivel mundial, de manera que el adecuado abordaje del paciente desde una correcta anamnesis y examen físico hasta la terapéutica ideal la cual debe ser siempre individualizada para cada paciente, llevará a una correcta resolución del cuadro clínico, además de conocer el momento en el cual se debe referir a un especialista en neurología. El objetivo principal del presente artículo es informar sobre la fisiopatología de la migraña, su clasificación y criterios para el diagnóstico oportuno; así como brindar conocimientos para un tratamiento

personalizado a cada paciente de forma adecuada.

MÉTODO

En esta revisión bibliográfica, se revisaron 18 diferentes fuentes bibliográficas que comprenden entre los años 2015 al 2019, con excepción de uno de ellos, del año 2014 que se incluye debido a su relevancia al momento de la revisión ya que toca el tema de migraña y su relación con la dieta. Dentro de los artículos utilizados 3 son en inglés y 12 en español, incluyendo países como Estados Unidos, España, Costa Rica y Turquía.

El método de búsqueda de las fuentes de información fue internet, se consultaron artículos de Pubmed y Elsevier. Los artículos elegidos en su mayoría eran revisiones bibliográficas o estudios en diferentes poblaciones.

Los temas de dichos artículos eran muy variados desde métodos diagnósticos, manejo de la migraña, pacientes embarazadas con migraña, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos como la acupuntura.

EPIDEMIOLOGÍA

El 15 % de la población padece de migraña, además que un quinto de las consultas a los neurólogos es por esta enfermedad (1).

Existe un claro predominio femenino, hasta tres veces en relación a los hombres y es la quinta causa de discapacidad en la mujer. La mayor incidencia es en la edad fértil, donde afecta en promedio al 25% de las mujeres (2, 3).

ETIOLOGÍA

Estudios han relacionado los ataques de migraña con el estilo de vida como la obesidad (IMC > 30) que incrementa el riesgo hasta 5 veces y/o hábitos alimentarios (4).

Existen diferentes factores específicos asociados a la dieta como desencadenantes, por ejemplo, el ayuno, vino tinto, cerveza, cafeína, queso curado, alimentos en conserva ricos en nitratos y nitritos, glutamato monosódico y edulcorantes artificiales como el aspartamo, también hay otros factores relacionados con el estilo de vida como el estrés psicológico y dormir poco o la alteración de los ritmos circadianos del paciente (5,6).

Es importante tomar en cuenta que el consumo crónico de cafeína promueve un estado pronociceptivo y de hiperexcitabilidad cortical que puede exacerbar una cefalea primaria o desencadenar una cefalea por uso excesivo de analgésicos (7).

El componente hereditario de la migraña es evidente en la práctica clínica donde se encuentran patrones y tipos específicos de cuadros migrañosos (4).

Algunos estudios han encontrado una relación bidireccional entre la migraña y el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular (ECV), donde se incluye la migraña como factor de riesgo para sufrir un ECV y la migraña causada por el ECV. Existe evidencia que soporta que la migraña con aura se asocia con un aumento del riesgo de ECV isquémico, mientras otros datos no apoyan una fuerte asociación con la migraña sin aura. Así mismo, la severidad del episodio de cefalea no se ha asociado con riesgo de ECV a diferencia del aumento en el número de frecuencias de

los episodios (más de 12 al año) que si se ha asociado con mayor posibilidad de presentar un ECV (8).

CLASIFICACIÓN DE LA MIGRAÑA

La migraña se caracteriza por episodios recurrentes de dolor de cabeza incapacitantes, típicamente unilaterales, generalmente acompañados de náuseas y/o sensibilidad a la luz o sonidos (9).

Según la tercera edición del “The International Classification of Headache Disorders” (ICHD-3) la migraña se clasifica en migraña con aura o migraña sin aura.

- Migraña sin aura: es el tipo más común, aproximadamente un 75% de los casos, consta de episodios periódicos con una duración de 4-72 horas. Se caracteriza por localización unilateral, intensidad moderada o severa, pulsátil, empeora con la actividad física y se encuentra asociada a náuseas o fotofobia y fonofobia (10).
- Migraña con aura: es una cefalea recurrente con duración de varios minutos, asociada a síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilateral, transitorio y visual, los cuales se desarrollan gradualmente y suelen preceder la cefalea. El aura visual es el tipo más común de aura, con una incidencia de un 90%. A su vez las migrañas se pueden clasificar como episódicas, cuando ocurren menos de 15 días al mes, o crónicas cuando aparecen cefaleas durante 15 o más días al mes (8,9).

La migraña crónica se define como dolor de cabeza que ocurre en 15 o más días

al mes durante más de tres meses, que tiene las características de migraña al menos en ocho de estos días (10). Se han identificado varios factores que contribuyen a la cronificación de la migraña y, entre ellos, destacan los trastornos del sueño que son altamente prevalentes entre los sujetos con migraña, aumentan la discapacidad y disminuyen la calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos. Una frecuencia alta de ataques de migraña se correlaciona directamente con una peor calidad del sueño (5).

MIGRAÑA EN EL EMBARAZO

La asociación de migraña y embarazo implica situaciones de riesgo en relación con enfermedad cardiovascular, infarto agudo de miocardio, tromboembolismo, trombofilia y trombosis venosa profunda, y si bien el mecanismo exacto no está determinado, podría relacionarse con otros factores asociados en la mujer como tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia, hipertensión gestacional y preeclampsia. El embarazo y la lactancia se cree que ejercen un efecto modulador, que podría mejorar la frecuencia de migraña o incluso desaparecer. Estos cambios se relacionan con las modificaciones que ocurren durante el embarazo en los niveles de estrógenos y progesterona que se incrementan, pero permanecen estables a diferencia de las fluctuaciones tan marcadas que suceden fuera del embarazo. En general la mayoría de las mujeres mejorarán durante la gestación, aunque dicha premisa no se cumple tanto en las formas crónicas o con aura. La mejoría es más marcada en los dos últimos trimestres y el porcentaje de

recurrencia tras el parto es hasta del 90% (2, 11).

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la migraña ha sido estudiada por décadas y, no obstante, aún sigue siendo tema de discusión y de controversia cuál sea el mecanismo exacto, existen diversas teorías. La teoría vascular de la migraña plantea que existe una serie de eventos que se desencadenan por un factor que produce una microembolia o isquemia focal transitoria dentro del sistema nervioso central. Esta alteración de los vasos cerebrales dispara una onda lenta de propagación de despolarización neuronal y glial en la corteza, cerebelo, ganglios basales, hipocampo y tálamo llamada propagación de depresión cortical. La fisiopatología del dolor y la propagación de depresión cortical son causadas por cambios que se presentan en el tono vascular donde hay una liberación neuronal y endotelial de neurotransmisores que estimulan las terminales periféricas del nervio trigémino. Esta se manifiesta con la dilatación de las arterias durales y piales. En la teoría neurovascular, la migraña es principalmente un proceso neurogénico con cambios secundarios en la perfusión cerebral. Al parecer, las personas que padecen migraña tienen un estado de hiperexcitabilidad neuronal en la corteza cerebral, especialmente en la corteza occipital (12). Moléculas como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y, en menor grado, el péptido activador de la adenilato-ciclasa pituitaria (PACAP) se ha observado que se encuentran elevadas durante las crisis de migraña y

en la migraña crónica, tanto en líquido cefalorraquídeo como en suero y que su reducción farmacológica tenía una significación clínica con una mejoría en la migraña de los pacientes. El desarrollo clínico de los gepantes, antagonistas del CGRP, para el tratamiento de las crisis de migraña se encuentra interrumpido temporalmente debido a una transaminitis, si bien hasta el momento actual los resultados son prometedores (3).

Con respecto a la implicación de la cafeína existe evidencia fisiopatológica de hiperexcitabilidad cortical y de un estado pronociceptivo inducido a largo plazo por el consumo excesivo de cafeína (7).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se apoya fundamentalmente en la anamnesis del paciente, la cual incluye los síntomas, antecedentes personales y familiares, junto con una adecuada exploración física que enfatice en la parte neurológica (13).

Los criterios diagnósticos a mencionar son los siguientes:

Migraña sin aura

- A. Al menos 5 crisis que cumplan todos los criterios B a D.
- B. Crisis de cefalea que duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin éxito).
- C. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes características:
 - Unilateral
 - Carácter pulsátil
 - Dolor moderado o intenso
 - Se agrava al realizar actividades físicas habituales (por ejemplo,

caminar o subir escaleras) o se evita hacer esas actividades.

- D. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes (9):
- Náuseas, vómitos o ambos
 - Fotofobia y fonofobia.
- E. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3.

Migraña con aura

- A. Al menos 2 crisis que cumplan todos los criterios B y C.
- B. Al menos uno de los siguientes síntomas reversibles de aura: visual, sensorial, habla y/o lenguaje, motor, tronco cerebral o retina.
- C. Al menos 2 de las siguientes características:
- Al menos un síntoma de aura se manifiesta gradualmente durante ≥ 5 minutos y/o, a continuación, dos o más síntomas
 - Cada síntoma individual del aura dura de 5 a 60 minutos
 - Al menos un síntoma de aura es unilateral
 - Aura acompañada o seguida (antes de 60 minutos) por cefalea .
- D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3 y se ha excluido el ataque isquémico transitorio (9).

También se puede realizar aplicando la memotécnica PUNDING, la cual consta de los siguientes criterios:

Pulsátil: ¿el dolor es de características pulsátiles, como latidos?

Duración de 4 a 72 horas: ¿el episodio doloroso dura entre 4 y 72 h, sin responder al tratamiento analgésico?

Unilateral: ¿el dolor es de localización hemicraneal?

Náuseas: ¿el dolor se acompaña de náuseas o vómitos?

Disabling (incapacitar): ¿el dolor le incapacita o limita para sus actividades habituales?

Una puntuación baja en la regla

POUNding < 3 , disminuye la probabilidad de que se trate de una migraña, por lo que habría que plantearse un diagnóstico diferencial con otro tipo de cefalea primaria o secundaria (14).

Además, se puede mencionar los criterios de la migraña por abstinencia de cafeína la cual se define como dolor de cabeza que se desarrolla dentro de las 24 horas posteriores al cese del consumo regular de cafeína en exceso de 200 mg / día durante más de 2 semanas. Se resuelve espontáneamente en 7 días en ausencia de consumo adicional.

Criterios

- A. Dolor de cabeza que cumple el criterio C.
- B. Dolor de cabeza después de una interrupción en el consumo regular de cafeína en exceso de 200 mg / día durante más de 2 semanas.
- C. Evidencia de causalidad demostrada por lo siguiente:
1. Dolor de cabeza que se desarrolla dentro de las 24 horas posteriores a la última ingesta de cafeína.
 2. Cualquiera o ambos de los siguientes (7):
 - a) El dolor de cabeza se alivia en 1 hora con la ingesta de cafeína 100 mg.
 - b) El dolor de cabeza se resolvió dentro de los 7 días posteriores a la abstinencia completa de cafeína.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la migraña incluye medidas generales; hábitos de vida, dieta, calidad del sueño, ejercicio físico, tratamiento sintomático o de las crisis y, en algunos pacientes, tratamiento preventivo. (1)

La selección entre los distintos fármacos que se utilizan (analgésicos, AINES, triptanes, antieméticos, betabloqueantes, antidepressivos, antiepilépticos) se realiza de acuerdo a la intensidad y frecuencia de las crisis migrañosas, la presencia de náuseas o vómitos, las preferencias del paciente, la existencia de comorbilidades (enfermedades cardiovasculares) y otros tratamientos concomitantes (9).

- Tratamiento preventivo: los objetivos son reducir la frecuencia de las crisis, su severidad y duración, mejorar la respuesta al tratamiento agudo, mejorar la función y reducir el malestar, prevenir la progresión de migraña episódica a migraña crónica. Indicado cuando los ataques afectan la calidad de vida de forma significativa, si la frecuencia es mayor a 3 crisis de dolor intenso/mes o la frecuencia es menor a 3 crisis/mes y que se presente de forma muy intensa o que asocian manifestaciones neurológicas focales, o bien tienen una duración prolongada y pacientes con migraña crónica. Los medicamentos que se utilizan son betabloqueadores como el propranolol a dosis de 20-40mg, antidepressivos tricíclicos como la amitriptilina dosis de 10mg HS, anticonvulsivantes como el ácido valproico dosis 20-30 mg/kg/día en 2 tomas (9).
- Tratamiento agudo: se debe utilizar analgésicos precozmente, la dosis puede repetirse cada 2-4 horas si es preciso, aunque no deben suministrarse más de 3-4 dosis en 24 horas. Debe añadirse un antiácido (omeprazol o ranitidina) al tratamiento en pacientes con historia de problemas gastrointestinales o si se usan dosis importantes. Los fármacos a utilizar son el ibuprofeno (10 a 20 mg/kg/dosis VO), paracetamol (15-20 mg/kg/6-8h VO), naproxeno (5-10 mg/kg/12h VO). Los antieméticos que se pueden utilizar son la metoclopramida (ampollas 10mg/2cc o ampollas 100mg/5cc), puede usarse de 0,4 a 2 mg/Kg/día repartidos cada 6 horas con dosis máxima de 10 mg. Debe usarse con precaución ante la posibilidad de efectos extrapiramidales (9,10,13).
- Tratamiento abortivo: los triptanes son el tratamiento sintomático de elección cuyo mecanismo de acción es unirse a receptores de la serotonina 5-HT_{1B}, D y F. Los triptanes son agonistas de estos receptores y son el tratamiento abortivo más eficaz. Aunque en menor grado que los ergóticos, su inconveniente es la capacidad de vasoconstricción por su acción sobre el receptor 5-HT_{1B} (1). Los triptanes han avanzado significativamente en el tratamiento agudo de la migraña, aproximadamente una quinta parte de las migrañas tiene contraindicaciones cardiovasculares que limitan su uso. Además, los triptanes inducen sensibilización central pueden promover el desarrollo del uso excesivo de

medicamentos, por lo que se recomienda precaución en su uso. (10).

- Estatus migrañoso: en el estatus los ataques duran varios días sin remitir y puede haber náuseas y vómitos con deshidratación secundaria. En estos casos se debe administrar fluidoterapia apropiada, analgesia IV (metamizol, paracetamol, tramadol), los triptanes (vía intranasal o subcutánea) deben ser una opción de inicio asociado a los anteriores si no se han utilizado adecuadamente y antiinflamatorios (metilprednisolona IV a 1 mg/kg, seguido de ciclo corto de corticoides IV u orales) (13).
- Embarazo: la primera línea de tratamiento se basa en la recomendación de promover la regularización de hábitos y la incorporación de rutinas saludables. Mantener hábitos de sueño, alimentación regular, evitar el ayuno, prevenir el sobrepeso, prestar atención especial a los desencadenantes y factores exacerbadores, buena hidratación y rutina de actividad física. El tratamiento sintomático se estratificará según la gravedad de las crisis. En casos de crisis leves y moderadas se emplearán analgésicos simples, a ser posible paracetamol, por ser la molécula más segura tanto durante el embarazo como en la lactancia, en una dosis de 1000 mg demostró buena eficacia. La segunda línea de tratamiento serían los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), cuyo uso está permitido únicamente durante el segundo trimestre, por tener riesgo de

teratogenia en el primero y riesgo de cierre precoz del ductus arterioso a partir de la semana 30 y son fármacos seguros durante la lactancia (2, 6, 15).

En caso de crisis moderadas-graves, se recomiendan los triptanes que son agonistas serotoninérgicos específicos y primera línea en el manejo de la crisis aguda de migraña por su especificidad. Se deben utilizar si el paracetamol o los AINES no son suficientes (1).

Los resultados de estudios con sumatriptán son no conclusivos, pero estudios recientes no han mostrado evidencia de teratogenicidad, se encuentra categorizado como riesgo C. Un estudio reciente de metaanálisis concluyó que el uso de sumatriptán en el embarazo no indica mayor riesgo de prematurez o malformaciones, por lo que su utilización esporádica en el embarazo es aceptable por el bajo riesgo (2,11).

- Manejo quirúrgico: para el control de la migraña está descrito desde el año 2000 como una opción terapéutica para pacientes que no logran beneficiarse de los tratamientos médicos convencionales (15).

El tratamiento quirúrgico de la migraña actualmente incluye la descompresión de alguno de los siete sitios gatillos potenciales de compresión nerviosa, distribuidos en cuatro áreas periféricas principales, los cuales son, frontal, cigomático-temporal, nasoseptal, occipital mayor, auriculotemporal, occipital menor y numular. Los pacientes se seleccionan luego de un diagnóstico de migraña crónica realizado por el neurólogo y/o tras el fracaso del

tratamiento médico conservador. Las sesiones de quimiodenervación con Botox® permiten identificar y comprobar qué sitios gatillos se ven afectados y es un indicador predictivo positivo para el éxito quirúrgico. De acuerdo a la literatura disponible, la tasa promedio de éxito de la cirugía (eliminación o reducción de al menos 50% de los síntomas), se ha acercado a casi el 90% (16).

La cirugía para el control de la migraña es una alternativa terapéutica para quienes cursan con problemas severos de difícil control terapéutico médico con fármacos convencionales, los resultados ofrecen una disminución de la intensidad y la frecuencia y mejor calidad de vida del paciente (15).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La acupuntura se está volviendo aceptada como una forma de medicina integrativa para la prevención y el manejo de la migraña. Su mecanismo de acción no posee una explicación definitiva, algunos estudios sugieren que puede tener propiedades antiinflamatorias a través de la liberación de neuropéptidos de las terminaciones nerviosas, incluido el gen de calcitonina /CGRP (17).

Otros estudios indican que la acupuntura implica la activación de fibras aferentes (A β , A δ y C), mientras que la electroacupuntura genera efecto analgésico por medio de las fibras A β y parte de fibras A δ . Se sabe que el efecto analgésico de la acupuntura se obtiene por medio de la estimulación de fibras A-delta en la piel y en músculos, que conducen impulsos a

la sustancia gris, inhibiendo estímulos dolorosos desde la periferia y disminuyendo la percepción del dolor, generando liberación de beta-endorfinas y meta-enkefalinas en el cerebro, modulando así el dolor a nivel central del hipotálamo y el sistema límbico (18).

CONCLUSIÓN

Al ser una causa de consulta muy frecuente tanto en medicina general como en neurología es importante que todos los médicos tengan amplio conocimiento sobre este padecimiento, su diagnóstico, así como el abordaje adecuado y oportuno, pero sobre todo individualizado a cada paciente. Los profesionales de salud deben brindar toda la información de manera correcta a los pacientes sobre factores de riesgo como lo son algunos alimentos que empeoran o desencadenan los cuadros de migraña, de esta manera podrán tener un mejor control de su patología y evitar que se desencadenen nuevas crisis.

La migraña es una patología que se desarrolla a cualquier edad, siendo el sexo femenino el más afectado.

El diagnóstico de esta patología se realiza por medio de anamnesis, con la ayuda de los criterios existentes para diferenciar de una migraña con aura versus una migraña sin aura, además de interrogar sobre la duración y la frecuencia de cada episodio migrañoso. Actualmente existen criterios diagnósticos de migraña producida por abstinencia a la cafeína, lo cual es de suma importancia, ya que es un desencadenante muy frecuente.

El tratamiento inicia con los buenos estilos de vida del paciente además va a depender del cuadro clínico, si es una

mujer embarazada y la duración del episodio. Cabe resaltar la gran importancia del tratamiento preventivo o profiláctico en aquellos pacientes que presentan episodios de migraña frecuentes, con una duración considerable y discapacitantes para sus actividades diarias. La acupuntura es un

nuevo método no farmacológico para el manejo de esta patología, su mecanismo de acción no posee una explicación definitiva, sin embargo, algunos estudios indican que posee actividad antiinflamatoria, lo cual resulta importante para profundizar en su estudio y resultados en los pacientes.

REFERENCIAS

1. Pascual J. Tratamiento de la migraña en el año 2020. *Medicina Clínica*. 2019 03;152(6):226-228. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.012>
2. Buonanotte C, Buonanotte M. Migraña aguda en embarazo: oportunidades terapéuticas. Elsevier. [internet] 2016;8(4):267-272. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.05.004>
3. Santos-Lasaosa S, et al. CGRP en migraña: de la fisiopatología a la terapéutica. Elsevier. [internet] 2019. (2) 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.013>
4. Benavides D, Rodríguez L, Restrepo J, Vargas B D. Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no?. *Acta Neurológica Colombiana*. [internet] 2015;31(1):84-91. <https://doi.org/10.22379/2422402213>
5. Garrigós-Pedró M, et al. Factores predictores de la calidad del sueño en pacientes con migraña crónica. Elsevier. [internet] 2019: (9) 12-74. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.11.004>
6. Gasco Dalmau L, Gibert Navarro E, Castan Cuella E, Santafe Martinez M. Factores dietéticos involucrados en la migraña aguda. Revisión sistemática. *Esp Nutr Comunitaria*. [internet] 2018;(24).http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2018_1_6_Manuel_M_Santafe_Factores_y_migranna.pdf
7. Espinosa Jovel C, Sobrino Mejía F. Caffeine and headache: specific remarks. Elsevier. [internet] 2014;(6):394-398. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.12.022>
8. Gómez-Otálvaro M, Serna-Vélez L. Cefalea: Más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*. [internet] 2015;16(6):41-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn156e.pdf>
9. Información farmacoterapéutica, Tratamiento de la Migraña. NFAC [internet] 2018;26(9):77-84. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_9_tratamiento%20migra%C3%B1a.pdf
10. Silberstein SD. Current management: migraine headache: *CNS Spectrums* [Internet]. Cambridge Core. Cambridge University Press; 2018 [cited 2020Feb6]. <https://doi.org/10.1017/S1092852917000864>
11. González-García N, et al. Cefalea: embarazo y lactancia. Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN). Elsevier. [internet] 2019. (12) 12-69. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.003>
12. Benavides D, Rodríguez L, Restrepo J, Vargas B D. Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no?. *Acta Neurológica Colombiana*. [internet] 2015;31(1):84-91. <https://doi.org/10.22379/2422402213>

13. Fernández Mayoralas M, Fernández Perrone A, Fernández Jaén A. Cefaleas y migrañas en la adolescencia. Sección de Neurología Infantil Hospital Universitario Quirón Madrid. [internet] 2015. 9-28. Disponible https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol3num3/11_Tema%20de%20revision_Cefaleas%20y%20migranas%20en%20la%20adolescencia.pdf
14. Tejero Mas M, Burgos Blanco R, Gato Nuñez C, Rivera Jiménez N, Aguirre Sánchez J, Buitrago F. Estudio descriptivo de validez y aplicabilidad de la regla nemotécnica POUNDing en pacientes con migraña. Semergen. [internet] 2018;45(4):232-238. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.06.006>
15. Beas-Padilla R, Hochman M, Mascareño Guel A, Montalvo Colón C, Salamanca M, HoyleCastro C. Cirugía para el control de migraña. Anales de Otorrinolaringología Mexicana. [internet] 2018. (4):165-172. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2018/aom184e.pdf>
16. Pereira C N, Janis J. Migraña: efectividad del tratamiento quirúrgico. Revisión de la literatura. Thieme Publishing. [internet] 2019;(6):578-584. <https://doi.org/10.35687/s2452-45492019006569>
17. MD N, PhD T, MD N. Systematic Review: Acupuncture vs Standard Pharmacological Therapy for Migraine Prevention. American Headache Society. [internet] 2019. (0) 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31872864>
18. Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. Rev CES Med. [internet] 2015;29(2): 283-294 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v29n2/v29n2a11.pdf>