



y con alta frecuencia de episodios, que han conllevado varias visitas al especialista y varios tratamientos, con resultados negativos o solamente parciales. Es un concepto que engloba varias patologías. La inmensa mayoría de los pacientes son migrañosos. La cefalea más prevalente es la tensional, pero normalmente no llega a dar problemas importantes. La migraña es la cefalea más discapacitante. Migrañas hay muchas: el 12,8 por ciento de la población española es migrañosa. Hay unos pocos que están gravemente afectados, es decir, que tienen dolor de cabeza más de 15 días al mes, con un consumo generalmente alto de medicación sintomática. Si a esos pacientes les pones un tratamiento preventivo y dejan de tener cefalea crónica, la enfermedad pasa a ser episódica y se hace mucho más llevadera.

—¿Mejoran las opciones terapéuticas?

—Depende mucho de las enfermedades de base. Muchas cefaleas se resuelven simplemente con tratamientos preventivos. En España hay una infratilización de este tipo de tratamientos. Se hace una política del tipo «me duele-tomo-me duele-tomo» y debería ser «tomo para que no me duele». Hace unos años elaboré un trabajo que demostraba que sólo el siete por ciento de los pacientes teóricamente refractarios estaban tomando un tratamiento preventivo. Casi todos recibían tratamiento sintomático.



En el tratamiento de las demencias no hemos avanzado mucho, no sabemos con exactitud cuál es la causa y sólo tenemos parches que ralentizan la evolución, pero no curan

—¿Insuficiente?

—A mi juicio, el 70 por ciento necesitaban tratamiento preventivo, que es eficaz en un alto porcentaje. En algunos pacientes no aciertas a la primera. Los tratamientos suelen ser de tres meses, pero si a los dos meses no responde es señal de que no funciona. Al final funcionan en una mayoría de los enfermos. Y el otro grupo problemático es la cefalea en racimo crónica.

—¿Que consiste en...?

—Es la cefalea del suicidio, la que se considera el peor dolor que se puede tener. Al contrario que la mayoría de las cefaleas, afecta prácticamente sólo a varones. Pueden pasar varias semanas fatales y luego varios meses sin síntomas. Lo peor son los enfermos que están cronificados, en los que los tratamientos son difíciles. En los últimos años se han puesto en marcha técnicas intervencionistas, de las que fuimos pioneros a nivel nacional en el Hospital Central. Pusimos con el neurocirujano Fernando Seijo los electrodos intracraneales.

—¿Aplicables también a las migrañas?

—No, porque la diana que en la cefalea del suicidio está clara y es accesible, no existe para la migraña, porque está situada en el tronco cerebral, y ahí el abordaje quirúrgico es muy peligroso. Máxime en una enfermedad, como es la migraña, que tiene un compromiso vital pequeño en comparación con la cefalea en racimo, que puede matarte o puede provocar que te mates tú por las consecuencias de los tratamientos y de los efectos secundarios.

—¿Son enfermedades atractivas para los neurólogos?

—Me gusta mucho la cefalea en racimos, siempre me atrajo como enfermedad enigmática. Para el médico, las cefaleas tienen una dificultad adicional: no existe ningún marcador que te dé pistas, ninguna prueba que te facilite el diagnóstico que se basa, prácticamente, en exclusiva en la historia clínica. Esto las convierte en una enfermedad árida para el profesional, pero como contrapartida son muy agradecidas, porque con una leve intervención puedes mejorar mucho la calidad de vida del paciente. La clave, lógicamente, es acertar.

—¿Cuál es la prevalencia de la cefalea en racimos?

—Se estima que hay un afectado por cada mil personas. O sea, en Asturias unos mil afectados. Yo tengo estudiados más de cien.

—¿Hay terapias prometedoras para las cefaleas?

—Por lo pronto, a todo el mundo puedes darle una respuesta que al menos mejore su situación. Pero lo más prometedor en la actualidad son las actuaciones con estimuladores, sean profundos como los de la cefalea en racimos o subcutáneos en los nervios occipitales para otras cefaleas.

—¿De forma experimental?

—No, en la clínica, pero en pacientes en los que ha fracasado todo. Van cincuenta y pico casos en todo el mundo, cinco de ellos en Asturias. Hay que pedir los permisos correspondientes. En realidad, con esas cifras sigue siendo experimental.

—¿Para qué casos está indicada la terapia con electrodos?

—La más invasiva, para casos desesperados de cefalea en racimos, para pacientes que, incluso cortándoles el trigémino, siguen teniendo crisis. Ahí tienen que arriesgar el paciente y el médico. La eficacia es espectacular, como lo demuestran los resultados que ha comunicado Fernando Seijo. Y lo que surge ahora es una técnica intermedia, menos invasiva, la subcutánea, con electrodos en los dos nervios occipitales mayores.

—¿Cuál es el panorama de los tratamientos en el campo de las enfermedades neurodegenerativas?

—Ahí estamos más atrasados. Hay dos grupos de enfermedades muy diferentes. Por una parte, el párkinson, del que sabemos que precisa levodopa y mejora. Por otra, las demencias, en las que no hemos avanzado mucho, no sabemos con exactitud cuál es la causa y sólo tenemos parches que ralentizan la evolución, pero no curan. Y así llevamos unos 15 años. Han salido dos o tres fármacos, pero nos movemos en el mismo terreno. Sí hay más conciencia social, también por parte del médico, lo cual facilita el diagnóstico precoz. Disponemos de más medios diagnósticos y han mejorado las terapias cognitivas, pero en el apartado farmacológico estamos un poco pobres.

«Tras el auge de nuevos tratamientos, estamos en una fase más parada»

— P. Á.

—¿Se puede soñar con el trasplante de cerebro?

—Hoy por hoy, es ciencia ficción total. Muchos pacientes con enfermedades neurológicas cifran su esperanza en las células madre. Te preguntan: «¿Cómo van las células madre para lo mío?». Creo que aún es prematuro dar respuestas. En la enfermedad de párkinson se intentó coger células dopaminérgicas e implantarlas en el núcleo del cerebro para que prendieran, como los injertos en los árboles. Al final, se dejó de hacer porque no funcionaba.

—Pero las expectativas son elevadas.

—Las células madre son una hipótesis de trabajo muy atractiva. En unos casos, los resultados son más inmediatos, como sucede con la vía iniciada contra la diabetes. En otros, en la mayoría, son un futuro. A mi juicio, en el área de las enfermedades neurodegenerativas aún no disponemos de datos ciertos que nos permitan predecir si van a funcionar o no. En otras áreas de la medicina sí se ve una traducción real en la práctica clínica.

—Diagnostique el estado global de la neurología.

—La neurología tuvo un auge muy importante en los años 90 del siglo pasado, la década del cerebro. Muchas patologías que estaban huérfanas de tratamiento o que llevaban años sin novedades experimentaron una eclosión de nuevas terapias. Ocurrió en la epilepsia, las cefaleas, la enfermedad de párkinson, el alzhéimer, la esclerosis múltiple, salió el primer fármaco para la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)... Después hemos entrado en una fase más parada.

—¿Y en adelante?

—No lo sé exactamente, pero es evidente que el interés por las enfermedades neurológicas va en aumento. Y hay que resaltar el auge de las asociaciones de pacientes, que son capaces de llamar a muchas puertas y lograr avances. Otro progreso importante: todos los grandes hospitales tienen profesionales centrados en patologías concretas, y eso aumenta los conocimientos sobre cada área. También ha sido positiva la creación de unidades multidisciplinarias. En el Hospital Central fue importante la puesta en marcha de la unidad de trastornos del movimiento para tratar el párkinson.

—La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) continúa siendo un diagnóstico infausto.

—Sí. La expectativa media de vida es de dos o tres años, aunque hay algunos subtipos de la enfermedad más benignos, en los que la progresión es muy lenta. La más agresiva es la bulbar, la que empieza en el bulbo raquídeo, porque ahí es donde tenemos los centros vitales. En las ELA periféricas, van atrofiándose las extremidades, pero el bulbo está indemne y se mantienen los centros vitales. Es una enfermedad devastadora. Si preguntan a un neurólogo cuál sería la última enfermedad que desearías tener, muchos responderán que ELA.