


**XV Aniversario de Asturias Dolor**

# La migraña, una cefalea discapacitante

Se diferencia de otras cefaleas en que suele afectar a media cabeza, alternando de lado a lado, y el dolor se localiza alrededor del ojo o las sienes



**Dr. Valentín  
MATEOS MARCOS**

Especialista en Neurología. Director Instituto neurológico Dr. Mateos. Oviedo. Coordinador Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias. Oviedo. Jefe de Servicio Unidad Integral de Neurología. Clínica La Luz. Madrid

¿Qué es la migraña? ¿Es lo mismo migraña que jaqueca? ¿Es hereditaria? ¿Tiene cura? Si usted padece migrañas seguro que se ha planteado estas preguntas en alguna ocasión. Es muy probable que conozca las respuestas. Sin embargo, para una parte importante de la población, la migraña es un enigma.

Desde el punto de vista clínico, es relativamente fácil diferenciar a la migraña de otras cefaleas. Así, el dolor suele afectar a "media cabeza" (de ahí el primitivo vocablo "hemicránea"), en general alternando de lado de una a otra crisis y localizado en su porción anterior (alrededor del ojo, sienes). En cuanto a su cualidad, suele ser, aunque no siempre, pulsátil ("como latidos o martillazos") y con frecuencia se acompaña de síntomas digestivos ("revoltura", náuseas o vómitos), así como de una marcada hipersensibilidad, de tal forma que al paciente "le molesta todo" (los ruidos, la luz, los olores, incluso los familiares). No es infrecuente, por tanto, que el paciente busque una habitación en la que aislarse, en oscuridad y silencio, del mundo que lo rodea.

Algunos pacientes, además, refieren que "ven lucecitas" o "destellos luminosos", o que "se les duerme una mano y la cara", o que "tienen dificultad para hablar", todo ello precediendo al dolor. Es lo que los neurólogos conocemos como "aura" y que simplemente traduce una disfunción neurológica focal y transitoria. En algunos de estos casos, será aconsejable disponer



Los dolores de cabeza, tanto cefaleas como migrañas, son cada vez más frecuentes en la sociedad. | A. DOLOR

cientemente nos refiera que otros miembros de su familia han sufrido o padecen su mismo problema. Sobre esta base o predisposición genética puede influir una serie de factores ambientales que actúan como precipitantes de las crisis. El estrés, el ritmo menstrual, los cambios en el patrón de sueño, los cambios de tiempo o algunos alimentos/bebidas son algunos de los más conocidos.

Dado que la migraña afecta a un porcentaje significativo de la población (12-13 por ciento en nuestro medio), todos conocemos a alguien de nuestro entorno que la padece. En alguna ocasión esa persona se habrá disculpado por no poder asistir a un evento programado alegando "tener un terrible ataque de migraña". ¿Tan grave es, nos he-

mos preguntado, que ha dejado de acudir a la cita por la que tanto interés tenía? ¿Será que, en el fondo, no le apetecía y se ha buscado una excusa? Aquí viene la segunda parte del problema. No sólo es que la migraña provoque un síntoma molesto (el dolor de cabeza), sino que con frecuencia comporta una discapacidad franca con repercusiones en todos los órdenes de la vida (familiar, social, laboral). La frecuencia y la intensidad de las crisis serán los principales factores en este aspecto.

El tratamiento de la migraña debe ser individualizado. Los analgésicos convencionales tienen muy pocas probabilidades de éxito y a lo más que llegan es a "aliviar", aunque sin solucionarla del todo. Ello propicia la toma de dosis sucesivas y el consiguiente riesgo de "abuso". Hoy en día existe acuerdo en considerar que el tratamiento de las crisis debe hacerse con antimigrañosos, esto es, con fármacos específicamente diseñados para este fin, al actuar sobre los circuitos cerebrales implicados en esta patología. La elección de la molécula concreta, la dosis a utilizar o la vía de administración (oral, nasal, subcutánea) vendrán condicionadas por las características de las crisis (intensidad, duración, presencia de vómitos...).

Por otra parte, también disponemos de fármacos eficaces para prevenir la aparición de crisis (tratamientos preventivos) cuando éstas son muy frecuentes, muy prolongadas o cuando los tratamientos sintomáticos fracasan. Las opciones disponibles son muchas, y la elección dependerá más de las características y circunstancias que concurren en el paciente (edad, sexo, enfermedades asociadas, experiencias terapéuticas previas...) que de la migraña en sí misma.

En definitiva, y a modo de conclusión, la migraña "es algo más que un dolor de cabeza". Los pacientes que la sufren saben cuán verdadera es esta afirmación. Por experiencia personal del autor, la correcta utilización de las diferentes opciones terapéuticas disponibles conlleva un cambio radical en la calidad de vida de estos pacientes. Premisa esencial, como en muchas otras áreas de la medicina, es disponer de un diagnóstico correcto.

de un estudio de imagen, en general una resonancia magnética, aunque el diagnóstico de la migraña es eminentemente clínico, es decir, sin necesidad de recurrir a pruebas diagnósticas, por lo tanto, una historia clínica metódica y la constatación de una exploración neurológica normal son más que suficientes.

No es infrecuente que el pa-

**El estrés, el ritmo menstrual, los cambios en el patrón de sueño o las variaciones de tiempo son factores que precipitan las crisis**