



CARTA CLÍNICA

Migrañas, candidiasis y acné. La solución única



Migraines, candidiasis and acne. One solution

Presentamos el caso de una mujer de 37 años de edad que consulta por dolores de cabeza, prurito y aumento del flujo vaginal con la menstruación y acné en la cara, el tronco y la espalda. Los antecedentes personales son episodios de lumbalgia, migraña común, acné grave en la adolescencia y 3 embarazos.

La historia de esta mujer comenzó hace un año, cuando en los días previos al sangrado menstrual comenzó a sufrir cefaleas de características migrañosas. Hasta aquel momento sus migrañas eran esporádicas, controladas únicamente con ibuprofeno, e incluso llegaron a desaparecer durante los embarazos. Como tratamiento se pautó ibuprofeno asociado con rizatriptán 10 mg en las crisis, precisando de varias tomas durante el periodo menstrual para el control de la migraña. Dada su persistencia, se pautó un tratamiento preventivo con frovatriptán 2,5 mg/12-24 h durante el periodo menstrual, además del ibuprofeno y el rizatriptán en las crisis; aun así, no hubo un control sobre las migrañas, reapareciendo con cada menstruación.

A los 6 meses optó por utilizar como método anticonceptivo un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) por comodidad en el cumplimiento y por su eficacia en la planificación familiar. Su colocación se produjo con la menstruación, sin síntomas de vaginitis, y en el procedimiento no hubo incidencias. En las siguientes menstruaciones cedieron las migrañas, pero, coincidiendo con la menstruación, presentó síntomas de prurito vaginal con aumento de flujo blanquecino compatible con candidiasis vulvovaginal (CVV). Fue tratada con clotrimazol en crema y óvulo vaginal de 500 mg, pero las CVV se hicieron constantes con cada menstruación. Se trataron con clotrimazol en crema y óvulo vaginal, precisando en alguna ocasión de un comprimido de fluconazol 150 mg por vía oral. También se pautó tratamiento con decualinio 10 mg en comprimidos vaginales 1/24 h. Se repasaron y adoptaron medidas de higiene íntima y en una de las ocasiones se recogió una muestra de exudado vaginal que mostró *Candida albicans*, pero aun así, los síntomas vaginales reaparecieron con cada menstruación.

Tras 6 meses con el DIU-LNG, las CVV se producían con cada menstruación, permaneciendo libre de síntomas en los

periodos intermenstruales. De forma progresiva, tras el inicio del DIU-LNG, su acné empeoró con pápulas y nódulos, que inicialmente fueron tratados con higiene local y peróxido de benzoilo, sin una clara mejoría.

Al valorar a la paciente lo primero que nos planteamos fue poner nombre a los problemas de salud que mostraba con el fin de buscar las soluciones. Por lo tanto, los diagnósticos fueron:

- 1) Migraña menstrual, por deprivación hormonal, migraña asociada a estrógenos¹.
- 2) CVV de repetición².
- 3) Acné grado 3³.

Con estos diagnósticos, el siguiente paso fue el análisis de las estrategias de tratamiento y su abordaje integral en nuestra paciente. Realizamos una búsqueda en Medline (PubMed) utilizando las palabras clave «menstrual migraine and acne vulgaris and vulvovaginal candidiasis», no encontrando publicación alguna que abordase estos 3 problemas de forma conjunta. Por ello nos planteamos abordarlos de forma separada y por partes.

1) Migraña menstrual, por deprivación hormonal, migraña asociada a estrógenos

Este tipo de migraña se produce con la menstruación, hasta 2 días antes o 3 después de la misma^{1,4}. El tratamiento recomendado es el mismo que el de la migraña: AINE y triptanes en la crisis. Respecto a los tratamientos preventivos, se recomiendan los cambios en el estilo de vida, como la higiene del sueño y un horario apropiado de alimentación, la terapia farmacológica preventiva de la migraña o el abordaje del tratamiento hormonal. El tratamiento con frovatriptán 2,5 mg/12-24 h antes de la crisis y hasta 5 días después y el magnesio 120 mg/8 h las últimas 2 semanas del ciclo serían los tratamientos menos intensivos, si bien se podrían plantear otras terapias utilizadas para el tratamiento preventivo de la migraña en general. Los tratamientos hormonales están basados en el descenso de los niveles de estrógenos como desencadenante de la migraña, de ahí su nombre⁵. Las estrategias que nos planteamos en este caso serían:

- Régimen de anticoncepción hormonal combinada (AHC), estrógenos y progesterona sería el ciclo extendido 21/7

utilizado 63 días consecutivos de tratamiento hormonal y 4 días de suspensión, pudiéndose utilizar los comprimidos, parches o anillo.

- AHC con preparados cuadrifásicos por el descenso más gradual en los estrógenos.
- Suplementos de dosis bajas de etinilestradiol (10 o 20 mg) durante el periodo de privación hormonal, asociados a AHC o sin ella.
- Otras opciones terapéuticas incluyen fármacos que actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario, pero requieren de un manejo especializado.

2) Vaginitis de repetición

No existe una relación causal clara entre el uso del DIU y la CVV recurrente. Respecto al DIU-LNG, las tasas de infección sintomática no cambian significativamente tras su inserción^{6,7}.

Respecto del uso de probióticos vaginales para la preventión y el tratamiento de CVV recurrente, no se ha podido demostrar su efectividad, por lo que no estarían indicados.

Se analizó la relación entre la CVV y la AHC, no habiendo una evidencia clara de un aumento del riesgo de CVV. Sin embargo, ante la CVV recurrente, las opciones podrían ser cambiar el método anticonceptivo o cambiar a una presentación AHC con menor dosis de estrógenos. Esta última sugerencia se basa en que la CVV se produce con mayor frecuencia cuando la vagina está expuesta a los estrógenos⁸.

Respecto al tratamiento específico de la CVV de repetición, está recomendado fluconazol 150 mg/72 h durante la primera semana y, después, una vez por semana durante 6 meses, no siendo necesario el tratamiento de la pareja. La alternativa consistiría en clotrimazol 200 mg en aplicación tópica 2 veces a la semana o una aplicación de clotrimazol 500 mg una vez a la semana.

3) Acné

Al analizar cómo influye el tratamiento hormonal en la mujer con acné se encontró que la AHC de estrógenos y progesterona reduce la vía de activación androgénica, siendo la combinación de ciproterona/estradiol la que más bloqueo produce. La anticoncepción basada en la progesterona tiene un efecto secundario común que es el empeoramiento del acné por su androgenicidad, de ahí que con el DIU-LNG empeorase (recordamos que el levonorgestrel es una molécula similar a la progesterona)⁹.

Basándonos en el análisis de todo lo anterior, se priorizó el tratamiento del acné por la repercusión que tenía en la paciente. Se suspendió el DIU-LNG y se inició tratamiento con isotretinoína 10 mg/48 h. Dada la teratogenicidad del retinóide se recomienda el uso de 2 métodos anticonceptivos, por lo que se pautó AHC y se recomendó el uso de preservativo. Se optó por pautar levonorgestrel/etinilestradiol 100/20 µg por ser una dosis baja hormonal, con lo cual inferimos un posible beneficio en sus migrañas por una menor privación hormonal, menor dosis

de estrógenos para una menor propensión a las CVV y por el efecto de toda la AHC en el bloqueo androgénico para el acné.

El acné fue mejorando de forma progresiva, pero los episodios de CVV y migrañas con cada menstruación reaparecieron. Resuelto el primer problema, el segundo en orden de prioridad fueron las migrañas, por lo que se le propuso el ciclo extendido de AHC, evitando la caída de estrógenos. El resultado fue efectivo, habiendo un control en las migrañas y también de las candidiasis, al evitar los cambios hormonales con la menstruación. De esta forma no precisó del tratamiento de la CVV de repetición. Además, tras el control del acné se le recomendó espaciar las tomas de isotretinoína y valorar su posible suspensión.

Este caso es un claro ejemplo de abordaje integral y de coordinación de tratamientos involucrando al paciente en la toma de decisiones, siendo la práctica habitual en las consultas de Atención Primaria.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. The International Classification of Headache Disorders 3th edition. Menstrual migraine [consultado 14 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.ichd-3.org/?s=menstrual+migraine&lang=en>.
2. Van Schalkwyk J, Yudin MH, INFECTIOUS DISEASE COMMITTEE. Vulvovaginitis: Screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37:266-74, [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30316-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30316-9).
3. Asai Y, Baibergenova A, Dutil M, Humphrey S, Hull P, Lynde C, et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. CMAJ. 2016;188:118-26, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140665>.
4. Todd C, Lagman-Bartolome AM, Lay C. Women and migraine: The role of hormones. Curr Neurol Neurosci Rep. 2018;18, <http://dx.doi.org/10.1007/s11910-018-0845-3>, 42.
5. Calhoun AH. Estrogen-associated migraine. UpToDate [consultado 14 Jun 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/estrogen-associated-migraine?search=menstrual%20migraine&source=search_result&selectedTitle=1~50&usage_type=default&display_rank=1.
6. Biblioteca Virtual. Murcia Salud. Preevid. ¿Es el uso del DIU un factor de riesgo para padecer una infección vaginal? [consultado 14 Jun 2018]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20873&idsec=453.
7. Biblioteca Virtual. Murcia Salud. Preevid. Candidiasis vulvovaginal en portadoras de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel [consultado 14 Jun 2018]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=20612&idsec=453.

8. Biblioteca Virtu@l. Murcia Salud. Preevid. Actitud a seguir en mujer con vulvovaginitis candidásica de repetición respecto a anticoncepción hormonal oral [consultado 14 Jun 2018]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=21304&idsec=453.
9. Grandi G, Farulla A, Sileo FG, Facchinetto F. Levonorgestrel-releasing intra-uterine systems as female contraceptives. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;19:677-86, <http://dx.doi.org/10.1080/14656566.2018.1462337>.

A.L. Aguilar-Shea^{a,*} y C. Gallardo-Mayo^b

^a *Centro de Salud Puerta de Madrid, Atención Primaria de Madrid, Madrid, España*

^b *Hospital Infanta Leonor, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.aguilar@salud.madrid.org
(A.L. Aguilar-Shea).