



REVISIÓN DE CONJUNTO

Migraña y gestación. Revisión bibliográfica



P.A. Doblás Gómez*, J. Martín Orlando y A.C. López Díaz

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Quirón Málaga, Málaga, España

Recibido el 26 de agosto de 2013; aceptado el 14 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Migraña;
Gestación;
Tratamiento;
Cefalea

Resumen Uno de los inconvenientes al que nos enfrentamos en una paciente migrañosa embarazada no es su diagnóstico, sino su tratamiento. Alrededor de un 30% de las pacientes con migrañas seguirán con crisis durante el embarazo, y que hasta en un 5% pueden ser muy invalidantes. En estas pacientes hemos de insistir, más que fuera del embarazo, en las medidas generales y veremos el tratamiento farmacológico de la migraña en la gestación.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Migraine;
Pregnancy;
Treatment;
Headache

Migraine and pregnancy. A literature review

Abstract The main problem in pregnant women with migraine is not diagnosis but treatment. About 30% of migraine patients will continue to have attacks during pregnancy, which may be incapacitating in 5%. The present article discusses general measures in pregnancy, as well as pharmacological options.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El diagnóstico de la migraña es clínico, y entre sus síntomas destacan los siguientes:

- Es unilateral.
- El dolor es tipo pulsátil.
- Síntomas digestivos como náuseas y vómitos.

- Fotofobia o fonofobia.
- Puede aparecer o desencadenarse por la falta de ejercicio.

Podemos hablar de varios subtipos clínicos:

Migraña con aura o migraña clásica

Representa el 20% de las migrañas. Es una cefalea de predominio hemicraneal y carácter pulsátil que puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia.

Se precede de clínica de focalidad neurológica (aura), siendo las manifestaciones visuales las más frecuentes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: padoblas@hotmail.com

(P.A. Doblás Gómez).

(escotomas centelleantes, visión borrosa, defectos hemianópsicos, etc.), también pueden ser síntomas motores (hemiparesia) o sensitivos.

La mayoría de los pacientes presentan su primer episodio de migraña a las 10-30 años y en el 60-75% son mujeres.

Migraña sin aura o migraña común

Representa el 75% de las migrañas. Consiste en cefaleas paroxísticas, habitualmente hemirraneales frontotemporales, de análogas características a las descritas en la migraña con aura, pero en estos casos no hay clínica de focalidad neurológica precediendo o acompañando la cefalea. Las cefaleas por migraña no suelen ser diarias. Los precipitantes comunes de migraña son:

Fatiga, viajes, excesos de trabajo; relajación tras estrés (cefalea de las vacaciones); luces brillantes; aumento o disminución del tiempo de sueño (cefalea del domingo por la mañana); ayuno, alcohol; menstruación, y ejercicio.

Migraña complicada

A veces los déficits neurológicos que preceden o acompañan a las cefaleas persisten más allá de la duración de la misma, sugiriendo que se ha producido un infarto cerebral. En estos casos se habla de migraña complicada.

Carotidinia, migraña facial o cefalea de la «mitad inferior»

Afecta en torno a la 4.^a-6.^a década de la vida. El dolor se localiza en la mandíbula y cuello, es continuo aunque a veces es pulsátil. Los traumatismos dentales son un factor precipitante frecuente.

Migraña basilar

Los síntomas neurológicos que preceden la cefalea son característicos de la disfunción troncoencefálica, vértigo, disartria, diplopía, ataxia o síndrome confusional.

La etiología de la migraña puede ser considerada en 3 fases:

- Génesis troncoencefálica con posible participación de los núcleos del rafe medio, de carácter serotoninérgico.
- Fase de activación vasomotora con contracción vascular inicial que justificaría la focalidad neurológica en la migraña con aura y una segunda fase de vasodilatación.
- Activación de neuronas del núcleo trigeminal a nivel bulbar y la posterior liberación de neuropéptidos vasoactivos en las terminaciones vasculares del nervio trigémino. Esta fase condiciona la tumefacción tisular y tensión de los vasos sanguíneos durante el episodio de migraña.

La serotonina desempeña un papel primordial en la patogenia de la migraña. Son evidencias a favor las siguientes:

- Los episodios migrañosos pueden ser desencadenados por fármacos que liberan serotonina.

- Los niveles plaquetarios de serotonina descienden al inicio de la cefalea.
- Los fármacos bloqueadores de la serotonina son los empleados en el tratamiento de la misma.

Migraña durante el embarazo

Es un hecho demostrado que la migraña mejora sensiblemente en el 60-70% de las pacientes embarazadas. Pero también es cierto que alrededor del 30% de las pacientes con migraña no mejoran durante el embarazo, y que la migraña incluso empeora en un 5% de estas pacientes¹.

La mejoría en el embarazo es debida a la ausencia de fluctuaciones de los estrógenos y también al aumento fisiológico de las endorfinas beta.

En un 8% de los casos, especialmente aquellos acompañados de aura, el embarazo empeora el cuadro.

La migraña es el problema neurológico más frecuente en el embarazo².

Se acepta que la migraña como tal no influye en el embarazo, ni aumenta el riesgo de abortos, ni el de malformaciones fetales^{3,4}.

Las pacientes con migraña sin aura que más mejoran con el embarazo son aquellas con crisis de migraña menstrual (por tanto, muy dependientes de las fluctuaciones hormonales que disminuyen en el embarazo), y la mejoría persiste hasta que vuelve la menstruación tras el parto⁵.

En el 2% aproximadamente de los casos, el debut se presenta durante el embarazo sobre todo en el primer trimestre. En este caso se deberán realizar pruebas complementarias para descartar otra enfermedad neurológica: la visita al neurólogo valorará la necesidad de realizar una RNM y un electroencefalograma.

El principal problema con el que nos encontramos en una paciente con migraña es el tratamiento. Se considera que al menos un 30% de las pacientes migrañosas seguirá con crisis durante el embarazo, y que hasta en un 5% pueden ser invalidantes.

En estas pacientes hay que insistir más que fuera del embarazo en recomendar comidas no copiosas, ricas en hidratos de carbono y frecuentes, para evitar la hipoglucemia, que es un desencadenante bien conocido de las crisis de migraña. Es importante también mantener una buena hidratación y evitar el estrés excesivo, sobre todo en los trimestres primero y tercero. El embarazo sería una de las situaciones en las que merece la pena considerar las terapias no farmacológicas⁶.

Tratamiento de la gestación durante el embarazo

El tratamiento de la migraña se debe iniciar de forma precoz, se recomienda descansar en sitio oscuro y tranquilo, consumir líquidos y fármacos que a continuación enumeramos.

Tratamiento médico preventivo y sintomático en el embarazo y sus efectos secundarios.

Dentro del tratamiento preventivo:

- Indicamos tratamiento preventivo en pacientes con 3 o más crisis de migraña al mes⁷. Este criterio no es suficiente en caso de embarazo. Debemos exigir, además de

una frecuencia algo más elevada de las crisis, que estas no respondan bien a las medidas generales y a los fármacos sintomáticos.

Los fármacos de elección en el tratamiento de la migraña son los bloqueadores beta y el topiramato. Como segunda elección, en caso de intolerancia, contraindicaciones o no respuesta, se usa la flunaricina y el ácido valproico. No es infrecuente que nos planteemos utilizar dosis bajas de amitriptilina para el tratamiento preventivo de la migraña, sobre todo si hay un componente tensional asociado⁸.

Como bien es conocido por la amplia experiencia en mujeres epilépticas, el ácido valproico se asocia a defectos en el tubo neural y, por tanto, está contraindicado en pacientes gestantes o que estén planteando un embarazo⁹.

Sin embargo, el riesgo de malformaciones aumenta en politerapia y con dosis altas, y se reduce con la toma de ácido fólico.

Por tanto, en aquellas gestantes con migraña que hayan utilizado inadvertidamente al inicio del embarazo ácido valproico en dosis menores de 800 mg/día (lo normal en la migraña) y en monoterapia, la posibilidad de malformación fetal es muy baja (no llegaría a duplicar el 3% de riesgo de la población general).

Los triptanos (sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán) son agonista serotoninérgicos y provocan una vasoconstricción selectiva de los vasos craneales de la circulación carotídea dilatados e inflamados, efectos sobre las resistencias periféricas son nulos o muy pequeños. No se recomiendan su uso durante el embarazo por el riesgo de vasoconstricción periférica y ser de categoría C.

La amitriptilina puede utilizarse con tranquilidad, pero solo en el segundo trimestre del embarazo. Su uso en los trimestres primero y tercero se desaconseja, por el riesgo (bajo) de malformaciones fetales o por problemas durante el parto, respectivamente.

Los fármacos de elección son los bloqueadores beta, en concreto propranolol y metoprolol, no han demostrado un incremento en la tasa de malformaciones fetales. Es conveniente, tan solo, retirarlos 2-3 semanas antes del parto para evitar que induzcan bradicardia fetal¹⁰.

La lamotrigina no es eficaz en el tratamiento preventivo de la cefalea migrañosa, pero es el fármaco de elección para aquellas pacientes en las que queremos tratar solo el aura, bien por tener auras con frecuencia elevada o auras graves, por ejemplo, vertebrobasilares o afásicas^{11,12}.

La dosis recomendada para el tratamiento del aura es de 100 mg/día, por tanto, menor que la que utilizamos en epilepsia. El riesgo de malformaciones fetales es bajo para este fármaco y los problemas farmacocinéticos que nos plantea durante el embarazo la lamotrigina en epilepsia no son relevantes para el caso de la migraña.

Para el tratamiento sintomático de la migraña existen opciones no específicas, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y específicas (ergóticos y triptanos).

Los ergóticos están formalmente contraindicados, pues son abortivos y teratogénicos.

Dentro de los analgésicos, el paracetamol es el único fármaco de todos los que hemos comentado que tiene clase B, de ahí que sea el único que reciben muchas gestantes.

Puede por supuesto emplearse, pero recordando que es eficaz en no más del 10% de las crisis migrañosas.

La codeína no parece plantear problemas en la gestación, siempre y cuando la usemos puntualmente.

Los AINE han de evitarse en el tercer trimestre de la gestación por el peligro del cierre precoz del ductus. En los 2 primeros trimestres y administrados puntualmente, hay experiencia suficiente para afirmar que la aspirina y el ibuprofeno son razonablemente seguros y deberían ser el siguiente escalón en pacientes que no hayan respondido al paracetamol. En cuanto a la aspirina está contraindicada a dosis mayor a 200 mg por riesgo hemorrágico. Es mejor evitar otros AINE, para los que hay menos datos.

El sumatriptán no se puede utilizar en el embarazo (categoría C)^{13,14}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Correa A, Cragan JD, Kucik JE, Alverson CJ, Gilboa SM, Balakrishnan S, et al. Reporting birth defects surveillance data 1968-2003. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2007;79:65-186.
- Cunnington M, Ephross S, Churchill P. The safety of sumatriptan and naratriptan in pregnancy: What have we learned? *Headache.* 2009;49:1414-22.
- Pascual J, Aguirre JJ, García-Moncó JC, Seijo M. Migraña y cefalea de tensión. En: Mateos V, editor. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas (Comité *ad hoc* del Grupo de Cefaleas de la SEN). Barcelona: Prous Science; 2006. p. 36-7.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society., The International Classifications of Headache, disorders. *Cephalalgia.* 2004;24:1-160.
- Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K. Migraine disability assessment (MIDAS) scores: Relations to headache frequency, pain intensity, and headache symptoms. *Headache.* 2005;43:258-65.
- Eliana M, Jayme AM, Carlos MG. Headings during pregnancy in women with a prior history of menstrual headaches. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2005;63:18-22.
- Ciciarelli MC. Cefaléa e ciclo hormonal. En: Specialli JG, Silva WF, editores. Cefaléas. São Paulo: Lemos; 2002. p. 181-200.
- Scharff L, Marcus DA, Tuick DC. Cefalea durante el embarazo y en el post-parto: un estudio prospectivo. *Headache.* 1997;37:203-10.
- Stein C. Cefaleas en la primera semana del post-parto y su relación a la migraña. *Headache.* 1981;21:201-5.
- Raña-Martínez N. Migraña en la mujer. *Rev Neurol.* 2008;46:373-8.
- Loder EW, Massiou H. Especial problems in the headaches their management. En: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editores. The headaches. 3.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1091-7.
- Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al., Grupos de Estudio de Cefaleas. Guía de Recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. *Rev Clin Esp.* 2007;207:190-3.
- Gracia NM, Sánchez VM, Latorre JM, Ríos GC, Santos LS, Mauri JA, et al. Pacientes con cefalea y abuso de medicación. Indicadores de respuesta al tratamiento ambulatorio. *Rev Neurol.* 2009;49:225-30.
- Sevillano G, Manso CR, Cacabelos PP. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Rev Neurol.* 2007;45:400-5.