



**Año Global Contra el
Dolor de Cabeza
Octubre 2011 - Octubre 2012**

Migraña y cambios hormonales

Prevalencia de la migraña en mujeres

La migraña es un trastorno predominantemente femenino que afecta a 1 de cada 5 mujeres y a 1 de cada 13 hombres durante sus años reproductivos. Durante la infancia la migraña afecta por igual a niños y a niñas. En la pubertad, la incidencia de migraña sin aura aumenta en las mujeres; entre un 10% y un 20% de las mujeres padecen migraña durante el mismo año de su primer ciclo menstrual. A lo largo de los años reproductivos, la menstruación es uno de los factores de riesgo más relevantes para la migraña sin aura. La postmenopausia se asocia con una mejoría en la migraña.

Impacto

La Organización Mundial de la Salud reconoce la migraña como una de las principales causas de vida con una afección incapacitante; está en el puesto 12 de la clasificación para las mujeres, y en el 19 para los hombres. La incapacidad relacionada con la migraña moderada o severa es aproximadamente dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres e impide un buen desempeño en la escuela, en el trabajo y en casa, impidiendo además la participación en actividades sociales.

Migraña menstrual

Entre el 50% y el 60% de las mujeres que padecen migraña informan una asociación entre la migraña y la menstruación. El riesgo de migraña sin aura aumenta durante un periodo premenstrual de cinco días que empieza dos días antes del inicio del ciclo y se prolonga durante los 3 primeros días de la menstruación. En comparación con los demás días del ciclo menstrual, las mujeres son un 70% más susceptibles de padecer migraña en los dos días que anteceden al primer día del ciclo menstrual. El riesgo de migraña es más del doble el primer día de la menstruación y los dos días siguientes.

La Sociedad Internacional de Cefaleas reconoce dos tipos de migraña menstrual:

- Migraña relacionada con la menstruación: migraña sin aura que se da regularmente en o entre entre los días -2 y +3 desde el inicio del ciclo, con sucesivos ataques de migraña con o sin aura otras veces durante el ciclo.
- Migraña menstrual "pura": migraña sin aura que solamente se da en o entre los los días -2 y +3 desde el inicio del ciclo, es decir, sin otros ataques durante el ciclo.

Diagnóstico

Para que se confirme el diagnóstico, los ataques de migraña durante ese periodo entre dos días antes y tres días después del inicio del ciclo deben producirse en al menos dos de tres ciclos menstruales y establecer una relación que sea más que mera coincidencia. Basarse en los antecedentes para confirmar el diagnóstico puede resultar engañoso. Llevar durante 3 meses un diario para anotar los patrones de migraña puede revelar patrones predecibles asociados con la migraña menstrual y ayudar al diagnóstico.

Diferencias entre los ataques de migraña menstruales y no menstruales

Los ataques menstruales duran más y son más severos, más susceptibles de repetirse, presentan mayor resistencia al tratamiento y son más incapacitantes que otras migrañas que se producen en otros momentos del ciclo menstrual.

Fisiopatología

La migraña menstrual se asocia con el descenso natural de los estrógenos que se produce justo antes de la menstruación. La liberación de prostaglandinas asociadas con menstruaciones abundantes y dolorosas también se ha relacionado con la migraña menstrual.

Manejo

Si resulta eficaz, el tratamiento agudo puede ser suficiente para el control. Hay evidencia de eficacia, con una seguridad y tolerabilidad aceptables, para sumatriptán 50 mg y 100 mg, ácido mefenámico 500 mg, rizatriptán 10 mg y una combinación de sumatriptán/naproxeno de 85 mg/500 mg. Las estrategias profilácticas pueden reducir la frecuencia y gravedad de los ataques y hacer que el tratamiento agudo resulte más eficaz. Los ataques de migraña premenstruales predecibles pueden tratarse con profilaxis premenstrual con estradiol transcutáneo 1,5 mg, frovoatriptán 2,5 mg dos veces al día o naratriptán 1 mg dos veces al día. Los anticonceptivos constituyen un tratamiento de la migraña menstrual en las mujeres que también necesitan un método anticonceptivo eficaz.

Métodos anticonceptivos

Las mujeres sanas con migraña sin aura pueden usar anticonceptivos hormonales combinados hasta los 50 años. Durante el intervalo mensual de descanso hormonal, la retirada de los estrógenos puede aumentar el riesgo de migraña sin aura. Estos ataques se pueden prevenir cambiando a un tratamiento hormonal de ciclo largo o continuo. Las mujeres con migraña con aura no deben usar los estrógenos anticonceptivos por un mayor riesgo sinérgico de ictus isquémico. No es necesario comprometer una anticoncepción eficaz, porque los métodos a base de progestinas solo y no hormonales no se asocian a un riesgo mayor.

Embarazo y lactancia

Hasta un 80% de las mujeres con migraña experimentan menos ataques durante el embarazo en comparación con antes del embarazo, especialmente si la migraña se asociaba antes con la menstruación; en aproximadamente un 20% de las pacientes los ataques desaparecen por completo. La migraña en sí misma no afecta al embarazo. Sin embargo, es necesario controlar a las mujeres con migraña durante el embarazo, ya que hay un aumento de riesgo de trombosis arterial y venosa, preeclampsia e hipertensión gestacional. Por lo general, la lactancia se asocia con una mejoría sostenida en la migraña.

Menopausia y terapia de reemplazo hormonal

La migraña es un problema común durante la premenopausia debido a la fluctuación de los niveles de estrógenos. Las mujeres con síntomas menopáusicos, como sofocos y sudores, pueden beneficiarse de la terapia de reemplazo. La propensión a un efecto negativo en la migraña es menor con las formulaciones de reemplazo hormonal por vía no oral. La terapia de reemplazo hormonal combinada continua parece tolerarse mejor que la terapia combinada cíclica.

Referencias

- [1] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1–160.
- [2] MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin; in press.
- [3] MacGregor EA. Progress in the pharmacotherapy of menstrual migraine. Clin Med Insights Therapeutics 2011;3:245–73.
- [4] MacGregor EA. Migraine headache in perimenopausal and menopausal women. Curr Pain Headache Rep 2009;13:399–403.
- [5] MacGregor EA. Migraine and use of combined hormonal contraceptives: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care 2007;33:159–69.