



## Material Educativo de Cefaleas ¿Qué es la migraña?

Para un trastorno que afecta a una décima parte de nuestra población y es objeto de miles de conversaciones privadas cada día, es sorprendente que muy pocas personas - incluso médicos - pueden dar una respuesta coherente si se les pregunta: ¿Qué es la migraña?

La migraña es relativamente fácil de definir en términos clínicos. Se dice que uno tiene migraña si a través de su vida han ocurrido cinco o más ataques de dolor de cabeza no provocados que duraron de 4-72 horas, lo suficientemente graves como para restringir notablemente o incluso prohibir las actividades diarias rutinarias, y acompañados de náuseas o de sensibilidad a la luz y el sonido. Tenga en cuenta que la definición clínica de la migraña no requiere que el dolor de cabeza sea pulsátil ("latidos") o lateralizado a un lado de la cabeza: a pesar de que tales características son comunes en la migraña, están lejos de ser invariables. Tampoco el diagnóstico de la migraña requiere la aparición de síntomas de aura, visuales o de otro tipo, sólo el 20-25% de pacientes con migraña experimenta aura, y en esa minoría hay relativamente pocos que experimentan aura con todos y cada uno de los ataques. Por último, el dolor de cabeza de la migraña no tiene por qué ser intenso o incapacitante en cada ocasión; algunos ataques de migraña pueden no tener dolor de cabeza alguno (aura sin dolor de cabeza), y muchos ataques pueden implicar dolor de cabeza de intensidad leve y que se relaciona más a una cefalea de tipo tensión que lo que uno normalmente asocia con la migraña.

¿Qué causa la migraña? Por muchos años se creyó que los ataques de migraña surgían como consecuencia de cambios en los vasos sanguíneos que irrigan la cabeza y el cerebro; el aura era atribuido a la constricción de las arterias, con síntomas neurológicos causados por disminución del flujo sanguíneo y el dolor "latente, repugnante" de migraña atribuido a una dilatación compensatoria de esos y otros vasos sanguíneos.

Ahora creemos que la migraña es probablemente de origen genético y que el trastorno refleja una reacción de hipersensibilidad inducida genéticamente con participación de neuronas (células cerebrales) ubicadas

dentro del sistema nervioso central. Si una neurona preparada genéticamente se precipita por un cambio en el ambiente externo (por ejemplo, disminución de la presión barométrica) o el ambiente interno (por ejemplo, la caída repentina en los niveles de estrógeno), esa neurona se puede activar y, provocando a sus neuronas vecinas a participar, inducirán las vías en el cerebro que normalmente conducen dolor de cabeza a que despierten y produzcan los síntomas familiares de un ataque de migraña.

Como tal, la migraña es algo parecido a la epilepsia. Ambas condiciones reflejan cerebros que contienen neuronas que son anormalmente sensibles y, como en la migraña, la fuente de esta sensibilidad en la epilepsia puede ser genético. La migraña y la epilepsia son comorbilidades (es decir, si uno tiene migraña, uno es más probable que sufra de epilepsia que lo que normalmente se espera y viceversa). Consolidando aún más esta relación es el hecho de que varios de nuestros mejores medicamentos para la prevención de la migraña se desarrollaron para tratar la epilepsia (por ejemplo, valproato de sodio [Depakote] y el topiramato [Topamax]).

Tanto el tratamiento agudo como el crónico de la migraña por lo tanto, están destinados a estabilizar un cerebro preparado genéticamente que se ha convertido en forma aguda o crónica en un cerebro electroquímicamente inestable. Mientras que los vasos sanguíneos pueden jugar un papel importante en la secuencia de eventos fisiológicos que generan sintomatología migrañosa, parece ser el cerebro – y no los vasos sanguíneos – el que origina la migraña.

John F. Rothrock, MD  
Professor and Vice Chair  
Director, Headache Treatment and Research Program  
University of Alabama at Birmingham  
Birmingham, AL, USA

*Traducido por Luzma Cardona MD*