

Preguntas frecuentes sobre la migraña.

Español

PREGUNTAS FRECUENTES.

¿Cefalea y migraña es lo mismo?

Cefalea significa simplemente dolor de cabeza. La migraña es un tipo de cefalea. Hay muchos tipos de cefaleas, pero las más conocidas son la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos o cefalea de Horton. Todas las cefaleas tienen unos criterios clínicos para su diagnóstico, que se basan fundamentalmente en la intensidad del dolor, en su localización, en su duración, y otros síntomas o características acompañantes.

¿Las cefaleas se relacionan con el sexo de la persona?

La prevalencia de las cefaleas varía con el sexo. La migraña es tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, en la población general, y esta prevalencia aumenta entre las personas que consultan en Neurología donde el 80% son mujeres. Las pacientes con migraña pueden tener crisis en el periodo menstrual, suelen empeorar con la toma de anticonceptivos hormonales, y suelen mejorar sus migrañas con la menopausia. En los hombres, la cefalea en racimos es tres veces más frecuente que en las mujeres.

¿Las migrañas se heredan?

No hay un gen que transmita la migraña, pero si hay una predisposición genética familiar en al menos el 60% de los pacientes afectados. En ocasiones los pacientes comentan que sus padres no padecen de migraña, pero si la padecía algunos de los abuelos, o de los tíos o de los primos. Hay una migraña especial, la llamada migraña hemipléjica familiar, que se caracteriza por acompañarse de una clínica motora en forma de hemiplejía transitoria y que está genéticamente determinada a través de mutaciones en el gen CACNA1A en el cromosoma 19.

¿Es lo mismo jaqueca que migraña?

Jaqueca es la forma popular en que se conoce a la migraña. Otras veces se le conoce como hemicranea, y que indica que es un dolor que afecta a una mitad del cráneo y que es la localización más típica del dolor de la migraña.

¿Qué es una migraña?

La migraña es un tipo de cefalea. Se diagnostica por criterios clínicos. Sus principales características son la de un dolor de horas de duración, de intensidad moderada-severa, con una cualidad pulsátil y un predominio hemicraneal, es frecuente la presencia de intolerancia a la luz y al ruido, y puede presentar náuseas y/o vómitos. Otra característica es el agravamiento con la actividad física.

¿Qué es un aura de migraña?

El aura es un síntoma neurológico que precede al inicio del dolor de la migraña. Suele durar entre 5 a 60 minutos. Las auras de la migraña pueden ser visuales (lucecitas, líneas en zig-zag, un espectro de fortificación, una zona oscura en el campo visual -llamada escotoma-), sensitivas (sensación de hormigueos en la mano y alrededor de la boca), del lenguaje (dificultad para expresarse), y motoras (pérdida de fuerza en un lado del cuerpo).

¿Qué son los pródromos de la migraña?

Los síntomas prodrómicos son aquellos que predicen que puede ocurrir una enfermedad. En el caso de la migraña los pacientes suelen referir en las 24 horas previas a una crisis, cambios en el humor con irritabilidad, falta de concentración, cansancio, bostezos, fotosensibilidad y cambios en el apetito con apetencia por los dulces.

¿Qué es una migraña de alta frecuencia y una migraña crónica?

Una migraña de alta frecuencia es aquella en la que los días de cefalea se sitúan entre 8 y 14 días al mes, durante al menos 3 meses consecutivos. Y la migraña crónica implica tener más de 15 días de cefalea al mes durante al menos 3 meses consecutivos. Por tanto, es muy importante que los pacientes se acostumbren a llevar un calendario de migraña donde anotará los días de cefalea, su intensidad y los analgésicos consumidos. El tratamiento precoz de la migraña es la mejor medida para evitar su cronificación.

¿Cuándo está indicado realizar una prueba de imagen en la migraña?

La migraña es un diagnóstico clínico. Se realiza con una historia clínica detallada identificando las características del dolor y realizando un diagnóstico diferencial con otros tipos de cefaleas tanto primarias como secundarias. En una migraña la exploración neurológica tiene que ser normal. Por tanto, el neurólogo solicitará una prueba en caso de no cumplir estrictamente los criterios diagnósticos o por presentar anomalías en la exploración neurológica, o la respuesta al tratamiento no es la esperable. Sin embargo, una resonancia magnética cerebral se indicará en el caso de una cefalea en racimos o cefalea de Horton y en las neuralgias del trigémino para identificar una causa orgánica responsable de la cefalea.

¿Cuándo está indicado realizar un electroencefalograma?

Epidemiológicamente la epilepsia es más frecuente entre los pacientes con migraña que en la población general, sin embargo, el estudio electroencefalográfico no está indicado en la valoración clínica de las cefaleas. En ocasiones los pacientes con migraña presentan un predominio de las auras, y en este caso se debe realizar un diagnóstico diferencial con la epilepsia y se solicitará un electroencefalograma.

¿Qué relación hay entre migraña y epilepsia?

La epilepsia es más prevalente entre los pacientes con migraña que en la población general, y aunque las cifras son dispersas, se puede considerar que la mediana de prevalencia de la epilepsia es de un 6% entre los pacientes con migraña, mientras que en la población general la prevalencia es menor del 1%. La migralepsia es un concepto clínico controvertido que hace referencia a las crisis epilépticas que ocurren durante un episodio de migraña.

¿Hay alimentos que provocan migraña?

Una relación entre ciertos alimentos y una crisis de migraña puede estar presente en el 10-20% de los pacientes con migraña. Los alimentos que más se han implicado son el chocolate, los frutos secos, el plátano, las fresas, el vino tinto (sulfitos), los quesos curados, edulcorantes artificiales (aspartamo), el glutamato monosódico (es un aditivo que se emplea como conservante de las comidas, y se relacionó con la cefalea tras una comida en un restaurante chino), la tiramina (presente en quesos como el feta, parmesano y queso azul). Cada paciente debe identificar si hay algún alimento que le pueda generar una crisis de migraña y evitarlo. No hay que olvidar que el ayuno también puede ocasionar una crisis de migraña.

¿Qué relación hay entre el déficit de DAO y la migraña?

Esta relación no está reconocida por la Sociedad Española de Neurología que ha emitido una nota informativa en este sentido.

Por el interés divulgativo, transcribimos la información que se registra en la página web de ADN-Institut sobre DAO y migraña. El déficit de DAO, también denominado intolerancia a la histamina o histaminosis alimentaria, es una alteración metabólica caracterizada por una disminución en la capacidad de degradación de la histamina procedente de la dieta. Se debe a una disminución en la actividad de la enzima diaminooxidasa (DAO), encargada de metabolizar la histamina. Se calcula que el déficit de DAO afecta al 12% de la población, con una mayor prevalencia en mujeres. En las personas con una actividad normal de DAO, la histamina de los alimentos es degradada rápidamente, pero aquellas que tienen una disminución en la actividad de esta enzima acumulan altos niveles de

histamina en sangre (histaminosis). Esto aumenta la probabilidad de presentar efectos adversos como migraña, síntomas gastrointestinales, piel seca o atópica o fatiga crónica, entre otros. El déficit de DAO es el principal responsable de la migraña alimentaria.

A partir de un test simple y no invasivo, las personas que sufren migraña pueden conocer si esta dolencia es debida a un trastorno en la metabolización de la histamina presente en ciertos alimentos ricos en esta sustancia como por ejemplo los embutidos, leches y derivados lácticos, alimentos precocinados y bollería industrial, entre otros.

¿Qué relación hay entre la migraña y la menstruación?

La migraña puede guardar una relación con el periodo menstrual de dos maneras. La primera es que durante el ciclo menstrual las migrañas sean más frecuentes o intensas, y la segunda es que la migraña se presente exclusivamente durante el período menstrual (es la migraña catamenial). La migraña puede ocurrir premenstrual, durante el menstruo y postmenstrual. No hay diferencias clínicas entre la migraña menstrual y la migraña fuera del ciclo, pero si es habitual que sean más intensas y con menos respuesta a los tratamientos analgésicos.

¿Es cierto que dejaré de tener migrañas en la menopausia?

La norma es que el 70% de las mujeres experimentarán una mejoría o un cese de sus migrañas en la fase de menopausia. Evidentemente si la migraña tenía una alta influencia menstrual y ovulatoria estos factores quedan ahora eliminados. Algunas mujeres pueden experimentar una cronificación de la migraña, es decir, la intensidad de la migraña se reduce, pero la cefalea ocurre más a diario. También conocemos algunos casos de cefalea de perfil migrañoso que se han iniciado en la postmenopausia. Finalmente, recordar que la terapia hormonal sustitutiva para el control de los síntomas de la menopausia y de la osteoporosis también se ha relacionado con la migraña.

¿Puedo tomar anticonceptivos con hormonas -“la píldora”- si tengo migraña?

Está bien reconocido que los anticonceptivos hormonales empeoran la migraña, tanto la frecuencia como la intensidad de la crisis. No obstante, un 30% de las mujeres no refieren este empeoramiento con los anticonceptivos. Siempre debe usarse el anticonceptivo con la menor dosis de estrógeno posible. Evidentemente si la indicación del empleo es como anticonceptivo y se produce un agravamiento de la migraña, este debería ser retirado, aunque es una decisión compartida con la paciente. Si la indicación es por un problema ginecológico (endometriosis, dismenorrea, metrorragias) y su uso es obligatorio para el control de la patología, el neurólogo buscará el método más eficaz para intentar controlar la migraña.

¿Qué puedo usar para tratar la migraña si estoy embarazada?

Siempre en el embarazo hay que buscar el equilibrio entre el riesgo y el beneficio de los tratamientos. Consensuar los tratamientos con el obstetra es la mejor práctica médica. Medidas no farmacológicas como el reposo a oscuras y en silencio y con el empleo de frío local pueden resultar de alivio. Analgésicos como paracetamol o el metamizol pueden ser empleados durante el embarazo, y también los antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, naproxeno) con seguridad hasta el segundo trimestre de la gestación. El sumatriptán es un tratamiento específico para la migraña sin aparente riesgo para su uso en la gestación. Una pauta corta de prednisona también podría valorarse. Si precisáramos emplear un tratamiento preventivo por una alta frecuencia de migrañas incapacitantes, si no hay contraindicaciones, el propanolol es el indicado.

¿Hay un riesgo entre tener migraña y los ictus cerebrales?

La migraña se ha identificado como un factor de riesgo independiente para la ocurrencia de un ictus isquémico. Estamos hablando de incidencias muy bajas, no hay que generar temor, pero una mujer debe estar informada de los riesgos que se asumen con el uso de los anticonceptivos. Esta relación es más relevante en mujeres y en presencia de migraña con aura. El riesgo de ictus aumenta en presencia de otros factores asociados, de forma que se incrementa más de 3 veces en las pacientes con migraña con hábito tabáquico y más de 4 veces en las que consumen anticonceptivos orales (y a mayor dosis de estrógenos contenidos en la

píldora anticonceptiva, mayor riesgo de ictus). Otro concepto es el infarto migrañoso que es el que ocurre durante una crisis de migraña, y que suele ocurrir en mujeres menores de 45 años y que combinan el hábito tabáquico y el uso de anticonceptivos. Hay otra patología que se ha identificado como más prevalente en los pacientes con migraña y que son las disecciones arteriales, y que pueden dar lugar a la ocurrencia de un ictus. Finalmente, comentar que los anticonceptivos hormonales se han relacionado con un mayor riesgo de presentar una trombosis venosa -incluida la cerebral-, y este riesgo se ha relacionado con un déficit en algún factor de la coagulación, y que debe estudiarse antes de la prescripción de los anticonceptivos.

¿Puedo tomar cualquier calmante para aliviar mi migraña?

En principio si puede, pero siempre con la supervisión de su médico de atención primaria. El dolor de la migraña suele ser una intensidad moderada o grave, y los analgésicos que están más indicados son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), entre los que se encuentran el ibuprofeno, el diclofenaco, el naproxeno y el dexketoprofeno. Lo importante es tomar el analgésico al inicio del dolor, ya que si la migraña ya está instaurada la respuesta a la medicación es parcial. Si la cefalea es de intensidad severa el mejor tratamiento sintomático son los llamados triptanes. Lo que siempre se debe evitar son los fármacos que combinan analgésicos y la toma de medicación opiácea. Hay que evitar el abuso de los analgésicos ya que se ha relacionado con la cronificación de la migraña.

¿Qué son los triptanes?

Los triptanes son un grupo de medicamentos específicos para el tratamiento de la migraña. Son los de mayor eficacia. Son también medicamentos seguros, y sólo se contraindican en los pacientes con cardiopatía isquémica, con antecedentes de ictus o con hipertensión arterial mal controlada. Además, no se recomiendan en unos tipos especiales de migraña como son la hemipléjica familiar y la migraña basilar. Como efectos adversos frecuentes está una sensación transitoria de malestar torácico. Los principios activos son el sumatriptán (Imigran), zolmitriptán (Zomig), razatriptán (Maxalt), almotriptán (Almogran), eletriptán (Relert), naratriptán (Naramig) y frovatriptán (Forvey). Zomig y Maxalt tienen una formulación “flas” que permite su utilización sublingual, útil en el caso de presentar náuseas o vómitos, al igual que las formulaciones intranasales de Imigran y Zomig.

¿Puedo tomar Hemicraneal o Cafergot?

Son medicamentos indicados para el tratamiento de la migraña. Son de la clase farmacológica conocida como ergóticos, ya que contienen ergotamina, una sustancia que produce vasoconstricción arterial, y por esta posible complicación no debe abusarse de ellos. Para migrañas muy esporádicas es una opción de tratamiento sintomático, pero no deben emplearse como tratamientos preventivos. No se pueden combinar con la toma de los triptanes. Siempre bajo prescripción médica, la dosis inicial es de 2 comprimidos, y luego 1 comprimido cada hora hasta un máximo de 6 comprimido/día, y sin exceder de 10 comprimidos/semana.

¿Cuándo debo tomar un tratamiento preventivo?

En general los tratamientos preventivos de la migraña se recomiendan cuando hay más de tres episodios de migraña invalidantes por la intensidad y duración del dolor al mes. Los tratamientos preventivos más usados son el propranolol, la amitriptilina, la flunaricina, y el topiramato. La elección de los mismos va a depender de la presencia de otras patologías o comorbilidades que pueda tener la persona con migraña (hipotensión, asma, bradicardias, obesidad, anorexia, depresión, cálculos renales, glaucoma, fibromialgia). Una vez instaurados se suelen mantener durante unos 6 meses para ver la evolución. El objetivo realista de su empleo es conseguir al menos una reducción superior al 50% en los días de cefalea, y también de la intensidad de la misma. En ocasiones se precisa mantenerlos durante años para controlar la frecuencia de las migrañas.

¿Cuándo me pueden prescribir el tratamiento con Botox?

Botox es el nombre comercial de la toxina botulínica que está aprobada para el tratamiento de la migraña crónica. Su administración es hospitalaria en las consultas de Neurología, en forma de inyecciones subcutáneas en varios puntos dispersos por el cuero cabelludo. Salvo dolor en algún punto de inyección es un tratamiento bien tolerado. Al menos el 50% de los pacientes con migraña crónica son respondedores al Botox. Si la migraña es de alta frecuencia, y no ha respondido a los preventivos habituales, la opción de tratamiento son los anticuerpos monoclonales contra el CGRP.

¿Qué son los anticuerpos monoclonales para la migraña?

Son un tratamiento muy específico para la prevención de la migraña. Se basan en bloquear la acción de una sustancia implicada en el desarrollo de la migraña conocida como CGRP. Están aprobados para el tratamiento de la migraña a partir de al menos 4 días de cefalea al mes, pero a día de hoy sólo se financian para aquellos pacientes que tienen 8 o más días de migraña al mes. Por lo tanto, se está indicando actualmente en la migraña episódica de alta frecuencia y en la migraña crónica. La administración es subcutánea, con una inyección mensual. Además de pequeñas molestias locales, el estreñimiento es el efecto adverso más frecuente (10% de los pacientes tratados). Una precaución especial hay que poner con los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica. Los principios activos con erenumab (Aimovig), galcanezumab (Emgality) y fremanezumab (Ajovy).

¿Hay terapias no farmacológicas para el tratamiento de la migraña?

Dada la influencia del estrés como factor desencadenante de las crisis de migraña, las terapias cognitivo-conductuales, fundamentalmente las de biofeedback y relajación, son de utilidad en la disminución de los días de cefalea en los pacientes con migraña crónica o de alta frecuencia. La acupuntura es otra de las técnicas más usadas en la migraña que intenta inactivar los puntos gatillo miofasciales. Sin embargo, no se dispone de evidencia científica concluyente sobre el uso de esta técnica para mejorar los síntomas de la migraña. Una variación sería la colocación del piercing en la oreja, que utiliza el conocimiento de la acupuntura, de forma que con el piercing se destruye el punto que se estimula en la acupuntura para aliviar la cefalea. La neuromodulación no invasiva es un campo creciente en el tratamiento de la migraña, consiste en aplicar corrientes eléctricas o magnéticas a través de la piel y podrían utilizarse tanto para el tratamiento sintomático agudo como para la prevención a largo plazo. Un dispositivo de neuromodulación es CEFALY que funciona a través de la estimulación eléctrica externa del nervio trigémino con el objetivo de desensibilizar el nervio trigémino a lo largo del tiempo. Suplementos alimenticios como el magnesio, la riboflavina y la coenzima Q10 también han demostrado alguna eficacia. El tratamiento con oxígeno hiperbárico podría ser de utilidad en los pacientes con migraña crónica, para disminuir los días de migraña.

English

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS.

Are headache and migraine the same?

Headache simply means head pain. Migraine is a type of headache. There are many types of headaches, but the best known are migraine, tension-type headache, and cluster headache (also called Horton's headache). All headaches have clinical diagnostic criteria, which are mainly based on the intensity of the pain, its location, its duration, and other accompanying symptoms or features.

Are headaches related to sex?

The prevalence of headaches varies by sex. In the general population, migraine is three times more common in women than in men, and this prevalence increases among people seen in Neurology clinics, where 80% are women. Women with migraine may have attacks during the menstrual period, migraines usually worsen with hormonal contraceptives, and they tend to improve with menopause. In men, cluster headache is three times more frequent than in women.

Is migraine inherited?

There is no single gene that transmits migraine, but there is a familial genetic predisposition in at least 60% of affected patients. Sometimes patients report that their parents do not have migraine, but a grandparent, aunt/uncle, or cousin does. There is a particular type of migraine—familial hemiplegic migraine—characterized by transient motor symptoms in the form of hemiplegia, which is genetically determined by mutations in the CACNA1A gene on chromosome 19.

What is a migraine?

Migraine is a type of headache. It is diagnosed clinically. Its main features are pain lasting hours, of moderate–severe intensity, with a pulsating quality and a predominantly unilateral (hemicranial) location; light and sound intolerance are common, and nausea and/or vomiting may occur. Another characteristic is worsening with physical activity.

What is a migraine aura?

Aura is a neurological symptom that precedes the onset of migraine pain. It usually lasts between 5 and 60 minutes. Migraine auras can be visual (sparkles or small lights, zigzag lines, a fortification spectrum, a dark area in the visual field—called a scotoma), sensory (tingling in the hand and around the mouth), language-related (difficulty expressing oneself), or motor (weakness on one side of the body).

What are migraine prodromes?

Prodromal symptoms are those that predict a disease may occur. In migraine, patients often report, in the 24 hours prior to an attack, mood changes with irritability, lack of concentration, fatigue, yawning, photosensitivity, and appetite changes with a craving for sweets.

What are high-frequency migraine and chronic migraine?

High-frequency migraine is when headache days are between 8 and 14 days per month for at least 3 consecutive months. Chronic migraine means having more than 15 headache days per month for at least 3 consecutive months. Therefore, it is very important for patients to get used to keeping a migraine diary in which they note the days with headache, its intensity, and the painkillers taken. Early treatment of migraine is the best way to prevent chronification.

When is neuroimaging indicated in migraine?

Migraine is a clinical diagnosis. It is made with a detailed clinical history identifying the characteristics of the pain and performing a differential diagnosis

with other types of primary and secondary headaches. In migraine, the neurological examination must be normal. Therefore, the neurologist will order a test if strict diagnostic criteria are not met, if there are abnormalities on neurological examination, or if the response to treatment is not as expected. However, a brain MRI is indicated in cases of cluster headache (Horton's headache) and in trigeminal neuralgia to identify an organic cause of the pain.

When is an electroencephalogram (EEG) indicated?

Epidemiologically, epilepsy is more common among patients with migraine than in the general population; however, EEG is not indicated in the routine clinical evaluation of headaches. Sometimes migraine patients have predominantly aura symptoms; in that case, a differential diagnosis with epilepsy should be made and an EEG requested.

What is the relationship between migraine and epilepsy?

Epilepsy is more prevalent among patients with migraine than in the general population, and although figures vary, the median prevalence of epilepsy can be considered around 6% among patients with migraine, whereas in the general population it is less than 1%. "Migralepsy" is a controversial clinical concept referring to epileptic seizures that occur during a migraine episode.

Do certain foods trigger migraine?

A relationship between certain foods and a migraine attack may be present in 10–20% of migraine patients. The foods most implicated are chocolate, nuts, banana, strawberries, red wine (sulfites), aged cheeses, artificial sweeteners (aspartame), monosodium glutamate (an additive used as a food preservative that was linked to headache after a meal in a Chinese restaurant), and tyramine (present in cheeses such as feta, parmesan, and blue cheese). Each patient should identify any food that might trigger a migraine attack and avoid it. Do not forget that fasting can also precipitate a migraine attack.

What is the relationship between DAO deficiency and migraine?

For public information purposes, we transcribe the information recorded on the

ADN-Institut website about DAO and migraine. DAO deficiency, also called histamine intolerance or food histaminosis, is a metabolic disorder characterized by a decreased ability to break down histamine from the diet. It is due to a decrease in the activity of the enzyme diamine oxidase (DAO), which is responsible for metabolizing histamine. It is estimated that DAO deficiency affects 12% of the population, with a higher prevalence in women. In people with normal DAO activity, histamine from food is rapidly degraded, but those who have decreased activity of this enzyme accumulate high levels of histamine in the blood (histaminosis). This increases the likelihood of adverse effects such as migraine, gastrointestinal symptoms, dry or atopic skin, or chronic fatigue, among others. DAO deficiency is the main cause of dietary migraine.

With a simple and non-invasive test, people who suffer from migraine can find out whether their condition is due to a disorder in the metabolism of histamine present in certain histamine-rich foods such as cured meats, milk and dairy products, precooked foods, and industrial baked goods, among others.

What is the relationship between migraine and menstruation?

Migraine may be related to the menstrual period in two ways. The first is that during the menstrual cycle migraines are more frequent or more intense, and the second is that migraine occurs exclusively during the menstrual period (catamenial migraine). Migraine can occur premenstrually, during menstruation, and postmenstrually. There are no clinical differences between menstrual migraine and migraine outside the cycle, but they are usually more intense and less responsive to analgesic treatments.

Is it true that I will stop having migraines after menopause?

Generally, 70% of women will experience an improvement or cessation of migraines during menopause. Obviously, if migraine had a strong menstrual and ovulatory influence, these factors are now eliminated. Some women may experience chronification of migraine—that is, migraine intensity is reduced, but headache occurs more daily. We also know of some cases of migraine-like headache that began in the postmenopausal period. Finally, remember that hormone replacement therapy for controlling menopausal symptoms and osteoporosis has also been associated with migraine.

Can I take hormonal contraceptive if I have migraine?

It is well recognized that hormonal contraceptives worsen migraine, both in terms of frequency and attack intensity. However, 30% of women do not report this worsening with contraceptives. The contraceptive used should always contain the lowest possible estrogen dose. Obviously, if the indication is contraception and migraine worsens, it should be withdrawn, although this is a shared decision with the patient. If the indication is for a gynecological problem (endometriosis, dysmenorrhea, metrorrhagia) and their use is necessary to control the condition, the neurologist will seek the most effective method to try to control migraine.

What can I use to treat migraine if I am pregnant?

During pregnancy, one must always balance the risks and benefits of treatments. Agreeing on treatments with the obstetrician is best practice. Non-pharmacological measures such as resting in the dark and quiet and applying local cold can provide relief. Analgesics such as paracetamol (acetaminophen) or metamizole can be used during pregnancy, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) such as ibuprofen and naproxen can be used safely up to the second trimester. Sumatriptan is a specific treatment for migraine with no apparent risk for use during pregnancy. A short course of prednisone could also be considered. If a preventive treatment is needed due to a high frequency of disabling migraines, and if there are no contraindications, propranolol is indicated.

Is there a risk between having migraine and having strokes?

Migraine has been identified as an independent risk factor for ischemic stroke. We are speaking of very low incidences, and there is no need to generate fear, but a woman should be informed of the risks involved with contraceptive use. This relationship is more relevant in women and in the presence of migraine with aura. Stroke risk increases when other factors are present: it is more than tripled in patients with migraine who smoke and more than quadrupled in those who use oral contraceptives (and the higher the estrogen dose in the pill, the higher the stroke risk). Another concept is “migrainous infarction,” which occurs during a migraine attack and usually affects women under 45 who both smoke and use

contraceptives. Another condition identified as more prevalent among patients with migraine is arterial dissection, which can lead to stroke. Finally, hormonal contraceptives have been associated with a higher risk of venous thrombosis—including cerebral venous thrombosis—and this risk has been linked to a deficiency in some coagulation factor, which should be investigated before prescribing contraceptives.

Can I take any painkiller to relieve my migraine?

In principle, yes—but always under the supervision of your primary care physician. Migraine pain is usually of moderate or severe intensity, and the most indicated analgesics are nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), including ibuprofen, diclofenac, naproxen, and dexketoprofen. The important thing is to take the analgesic at the onset of pain, since once the migraine is established, the response to medication is only partial. If the headache is severe, the best symptomatic treatment is the so-called triptans. One should always avoid medications that combine analgesics and avoid taking opioid medication. Analgesic overuse should be avoided, as it has been linked to migraine chronification.

What are triptans?

Triptans are a group of medications specific for the treatment of migraine. They are the most effective. They are also safe medications, and are only contraindicated in patients with ischemic heart disease, a history of stroke, or poorly controlled high blood pressure. In addition, they are not recommended in certain special types of migraine such as familial hemiplegic migraine and basilar migraine. A common adverse effect is a transient sensation of chest discomfort. The active ingredients are sumatriptan (Imigran), zolmitriptan (Zomig), rizatriptan (Maxalt), almotriptan (Almogran), eletriptan (Relert), naratriptan (Naramig), and frovatriptan (Forvey). Zomig and Maxalt have an orodispersible (“flash”) formulation that allows sublingual use—useful in cases of nausea or vomiting—as do the intranasal formulations of Imigran and Zomig.

Can I take medicines containing ergotamine and caffeine?

These are medications indicated for the treatment of migraine, always under medical prescription. They belong to the pharmacological class known as ergotics, as they contain ergotamine, a substance that produces arterial vasoconstriction; because of this potential complication, they should not be overused. For very occasional migraines, they are an option for symptomatic treatment, but they should not be used as preventive treatments. They must not be combined with triptans.

When should I take a preventive treatment?

In general, preventive treatments for migraine are recommended when there are more than three disabling migraine episodes per month considering the intensity and duration of pain. The most commonly used preventives are propranolol, amitriptyline, flunarizine, and topiramate. The choice depends on the presence of other conditions or comorbidities the person with migraine may have (low blood pressure, asthma, bradycardia, obesity, anorexia, depression, kidney stones, glaucoma, fibromyalgia). Once started, they are usually maintained for about 6 months to evaluate evolution. A realistic goal is to achieve at least a >50% reduction in headache days as well as in intensity. Sometimes they need to be maintained for years to control the frequency of migraines.

When can I be prescribed treatment with Botox?

Botox is the brand name of botulinum toxin, which is approved for the treatment of chronic migraine. Administration is hospital-based in Neurology clinics, via subcutaneous injections at several points across the scalp. Apart from pain at some injection sites, it is a well-tolerated treatment. At least 50% of patients with chronic migraine respond to Botox. If migraine is high-frequency and has not responded to usual preventives, the treatment option is monoclonal antibodies against CGRP.

What are monoclonal antibodies for migraine?

They are a very specific treatment for migraine prevention. They work by blocking the action of a substance involved in the development of migraine pain

known as CGRP. They are approved for the treatment of migraine starting from at least 4 headache days per month, but as of today they are only reimbursed for patients who have 8 or more migraine days per month. Therefore, they are currently being indicated for high-frequency episodic migraine and chronic migraine. Administration is subcutaneous, as a monthly injection. In addition to minor local discomfort, constipation is the most frequent adverse effect (10% of treated patients). Special caution is needed in patients diagnosed with ischemic heart disease. The active ingredients are erenumab (Aimovig), galcanezumab (Emgality), and fremanezumab (Ajovy).

Are there non-pharmacological therapies for the treatment of migraine?

Given the influence of stress as a trigger for migraine attacks, cognitive-behavioral therapies—mainly biofeedback and relaxation—are useful in reducing headache days in patients with chronic or high-frequency migraine. Acupuncture is another technique widely used in migraine that seeks to inactivate myofascial trigger points. However, there is no conclusive scientific evidence for its use to improve migraine symptoms. A variation is placement of an ear piercing, which draws on acupuncture knowledge such that the piercing destroys the point stimulated by acupuncture to relieve headache. Non-invasive neuromodulation is a growing field in migraine treatment; it involves applying electrical or magnetic currents through the skin and could be used both for acute symptomatic treatment and for long-term prevention. One neuromodulation device is CEFALY, which works via external trigeminal nerve stimulation with the goal of desensitizing the trigeminal nerve over time. Dietary supplements such as magnesium, riboflavin, and coenzyme Q10 have also shown some efficacy. Hyperbaric oxygen treatment could be useful in patients with chronic migraine to reduce the number of migraine days.

Português

PERGUNTAS FREQUENTES.

Cefaleia e enxaqueca são a mesma coisa?

Cefaleia significa simplesmente dor de cabeça. A enxaqueca é um tipo de cefaleia. Existem muitos tipos de cefaleias, mas as mais conhecidas são a enxaqueca, a cefaleia tensional e a cefaleia em salvas (também chamada cefaleia de Horton). Todas as cefaleias têm critérios clínicos para diagnóstico, baseados principalmente na intensidade da dor, na sua localização, na sua duração e em outros sintomas ou características associadas.

As cefaleias têm relação com o sexo da pessoa?

A prevalência das cefaleias varia conforme o sexo. Na população geral, a enxaqueca é três vezes mais comum em mulheres do que em homens, e essa prevalência aumenta entre as pessoas atendidas em Neurologia, onde 80% são mulheres. As mulheres com enxaqueca podem ter crises no período menstrual, geralmente pioram com o uso de contraceptivos hormonais e costumam melhorar na menopausa. Nos homens, a cefaleia em salvas é três vezes mais frequente do que nas mulheres.

As enxaquecas são hereditárias?

Não existe um único gene que transmita a enxaqueca, mas há uma predisposição genética familiar em pelo menos 60% dos pacientes afetados. Às vezes, os pacientes comentam que seus pais não sofrem de enxaqueca, mas algum avô/avó, tio/tia ou primo(a) sim. Existe um tipo especial de enxaqueca — a enxaqueca hemiplégica familiar — caracterizada por sintomas motores transitórios em forma de hemiplegia, geneticamente determinada por mutações no gene CACNA1A no cromossomo 19.

O que é uma enxaqueca?

A enxaqueca é um tipo de cefaleia. O diagnóstico é clínico. Suas principais características são dor com horas de duração, de intensidade moderada a severa, de qualidade pulsátil e com predomínio unilateral (hemicraniano); é comum a intolerância à luz e ao som, podendo ocorrer náuseas e/ou vômitos. Outra característica é o agravamento com a atividade física.

O que é uma aura de enxaqueca?

A aura é um sintoma neurológico que precede o início da dor da enxaqueca. Costuma durar entre 5 e 60 minutos. As auras da enxaqueca podem ser visuais (pontos de luz, linhas em zigue-zague, espectro de fortificação, uma área escura no campo visual — chamada escotoma), sensitivas (formigamento na mão e ao redor da boca), de linguagem (dificuldade para se expressar) e motoras (perda de força em um lado do corpo).

O que são pródromos da enxaqueca?

Os sintomas prodrômicos são aqueles que antecipam que uma doença pode ocorrer. No caso da enxaqueca, os pacientes costumam referir, nas 24 horas anteriores à crise, alterações de humor com irritabilidade, falta de concentração, cansaço, bocejos, fotosensibilidade e alterações do apetite com desejo por doces.

O que é enxaqueca de alta frequência e enxaqueca crônica?

Enxaqueca de alta frequência é aquela em que os dias de cefaleia ficam entre 8 e 14 dias por mês, por pelo menos 3 meses consecutivos. Enxaqueca crônica implica ter mais de 15 dias de cefaleia por mês por pelo menos 3 meses consecutivos. Portanto, é muito importante que os pacientes se habituem a manter um calendário da enxaqueca, anotando os dias com cefaleia, sua intensidade e os analgésicos consumidos. O tratamento precoce da enxaqueca é a melhor medida para evitar sua cronificação.

Quando está indicada uma neuroimagem na enxaqueca?

A enxaqueca é um diagnóstico clínico. Ele é feito com uma anamnese detalhada, identificando as características da dor e realizando o diagnóstico diferencial com outros tipos de cefaleia primária e secundária. Na enxaqueca, o exame neurológico deve ser normal. Assim, o neurologista solicitará um exame se não forem estritamente cumpridos os critérios diagnósticos, se houver anormalidades no exame neurológico ou se a resposta ao tratamento não for a esperada. No entanto, uma ressonância magnética cerebral está indicada nos casos de cefaleia em salvas (cefaleia de Horton) e nas neuralgias do trigêmeo para identificar uma causa orgânica responsável pela dor.

Quando está indicado realizar um eletroencefalograma (EEG)?

Do ponto de vista epidemiológico, a epilepsia é mais frequente entre pacientes com enxaqueca do que na população geral; contudo, o EEG não está indicado na avaliação clínica rotineira das cefaleias. Em algumas ocasiões, pacientes com enxaqueca apresentam predomínio de auras; nesse caso, deve-se realizar diagnóstico diferencial com epilepsia e solicitar um EEG.

Qual a relação entre enxaqueca e epilepsia?

A epilepsia é mais prevalente entre pacientes com enxaqueca do que na população geral e, embora os números variem, pode-se considerar que a mediana de prevalência de epilepsia é de cerca de 6% entre os pacientes com enxaqueca, enquanto na população geral é inferior a 1%. “Migralepsia” é um conceito clínico controverso que se refere às crises epilépticas que ocorrem durante um episódio de enxaqueca.

Existem alimentos que provocam enxaqueca?

Uma relação entre certos alimentos e uma crise de enxaqueca pode estar presente em 10–20% dos pacientes. Os alimentos mais implicados são chocolate, frutos secos, banana, morangos, vinho tinto (sulfitos), queijos curados, adoçantes artificiais (aspartame), glutamato monossódico (aditivo usado como conservante

de alimentos, relacionado à cefaleia após refeições em restaurante chinês) e tiramina (presente em queijos como feta, parmesão e queijo azul). Cada paciente deve identificar se algum alimento pode desencadear crises e evitá-lo. Não se deve esquecer que o jejum também pode ocasionar enxaqueca.

Qual a relação entre deficiência de DAO e enxaqueca?

Para fins de divulgação, transcrevemos a informação registrada no site do ADN-Institut sobre DAO e enxaqueca. A deficiência de DAO, também chamada de intolerância à histamina ou histaminose alimentar, é uma alteração metabólica caracterizada por diminuição da capacidade de degradação da histamina proveniente da dieta. Deve-se a uma diminuição da atividade da enzima diaminoxidase (DAO), responsável por metabolizar a histamina. Calcula-se que a deficiência de DAO afete 12% da população, com maior prevalência em mulheres. Nas pessoas com atividade normal de DAO, a histamina dos alimentos é rapidamente degradada, mas aquelas com diminuição da atividade dessa enzima acumulam altos níveis de histamina no sangue (histaminose). Isso aumenta a probabilidade de efeitos adversos como enxaqueca, sintomas gastrointestinais, pele seca ou atópica e fadiga crônica, entre outros. A deficiência de DAO é a principal responsável pela “enxaqueca alimentar”.

Por meio de um teste simples e não invasivo, pessoas que sofrem de enxaqueca podem saber se a condição se deve a um transtorno na metabolização da histamina presente em certos alimentos ricos nessa substância, como embutidos, leite e laticínios, alimentos pré-cozidos e produtos de padaria industrial, entre outros.

Qual a relação entre enxaqueca e menstruação?

A enxaqueca pode se relacionar com o período menstrual de duas maneiras. A primeira é que, durante o ciclo, as enxaquecas sejam mais frequentes ou intensas; a segunda é que a enxaqueca ocorra exclusivamente durante o período menstrual (enxaqueca catamenial). A enxaqueca pode ocorrer no período pré-menstrual, durante a menstruação e no pós-menstrual. Não há diferenças clínicas entre a enxaqueca menstrual e a fora do ciclo, mas é comum que sejam mais intensas e com menor resposta aos analgésicos.

É verdade que deixarei de ter enxaqueca na menopausa?

Em geral, 70% das mulheres apresentam melhora ou cessação das enxaquecas na menopausa. Evidentemente, se a enxaqueca tinha grande influência menstrual e ovulatória, esses fatores ficam agora eliminados. Algumas mulheres podem experimentar cronificação da enxaqueca — isto é, a intensidade diminui, mas a cefaleia ocorre com mais frequência. Também conhecemos alguns casos de cefaleia com perfil enxaquecoso que se iniciaram no período pós-menopausa. Por fim, vale lembrar que a terapia hormonal de reposição, usada para controle dos sintomas da menopausa e da osteoporose, também tem sido associada à enxaqueca.

Posso tomar anticoncepcionais hormonais se tenho enxaqueca?

Está bem estabelecido que os anticoncepcionais hormonais pioram a enxaqueca, tanto na frequência quanto na intensidade das crises. No entanto, 30% das mulheres não referem esse agravamento com os anticoncepcionais. Deve-se sempre usar um contraceptivo com a menor dose possível de estrogênio. Obviamente, se o uso for como contraceptivo e ocorrer piora da enxaqueca, ele deve ser suspenso — decisão a ser compartilhada com a paciente. Se a indicação for por um problema ginecológico (endometriose, dismenorreia, metrorragias) e seu uso for necessário para controlar a patologia, o neurologista buscará o método mais eficaz para tentar controlar a enxaqueca.

O que posso usar para tratar a enxaqueca se estou grávida?

Na gravidez, deve-se sempre buscar o equilíbrio entre risco e benefício dos tratamentos. Definir os tratamentos junto com o obstetra é a melhor prática. Medidas não farmacológicas como repouso no escuro e em silêncio e aplicação de frio local podem trazer alívio. Analgésicos como paracetamol ou metamizol podem ser utilizados durante a gravidez, e também anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) como ibuprofeno e naproxeno com segurança até o segundo trimestre. O sumatriptano é um tratamento específico para enxaqueca sem risco aparente durante a gestação. Um curto esquema de prednisona também pode ser considerado. Se for necessário tratamento preventivo por alta frequência de enxaquecas incapacitantes, e se não houver contraindicações, o propranolol é o indicado.

Existe risco entre ter enxaqueca e ter AVC?

A enxaqueca foi identificada como fator de risco independente para acidente vascular cerebral isquêmico. Estamos falando de incidências muito baixas; não é para gerar temor, mas a mulher deve ser informada dos riscos associados ao uso de contraceptivos. Essa relação é mais relevante em mulheres e na presença de enxaqueca com aura. O risco de AVC aumenta na presença de outros fatores: ele se multiplica por mais de 3 nas pacientes com enxaqueca que fumam e por mais de 4 naquelas que usam contraceptivos orais (e quanto maior a dose de estrogênio na pílula, maior o risco de AVC). Outro conceito é o “infarto enxaquecoso”, que ocorre durante uma crise de enxaqueca e costuma acometer mulheres com menos de 45 anos que combinam tabagismo e uso de contraceptivos. Outra condição mais prevalente em pacientes com enxaqueca são as dissecções arteriais, que podem levar ao AVC. Por fim, ressalta-se que os contraceptivos hormonais se associam a maior risco de trombose venosa — inclusive cerebral — e esse risco tem sido relacionado à deficiência de algum fator de coagulação, que deve ser investigada antes da prescrição de anticoncepcionais.

Posso tomar qualquer analgésico para aliviar minha enxaqueca?

Em princípio, sim — mas sempre com supervisão do seu médico de família/atenção primária. A dor da enxaqueca é geralmente de intensidade moderada a grave, e os analgésicos mais indicados são os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), entre eles ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno e dexquetoprofeno. É importante tomar o analgésico no início da dor, pois, quando a enxaqueca já está instalada, a resposta à medicação é apenas parcial. Se a cefaleia for de intensidade severa, o melhor tratamento sintomático são os chamados triptanos. Deve-se evitar sempre os fármacos que combinam analgésicos e o uso de medicação opioide. O uso excessivo de analgésicos deve ser evitado, pois se relaciona com a cronificação da enxaqueca.

O que são os triptanos?

Os triptanos são um grupo de medicamentos específicos para o tratamento da enxaqueca. São os de maior eficácia. Também são medicamentos seguros e só são contraindicados em pacientes com cardiopatia isquêmica, histórico de AVC ou hipertensão arterial mal controlada. Além disso, não são recomendados em certos tipos especiais de enxaqueca, como a hemiplégica familiar e a basilar. Um efeito adverso comum é sensação transitória de desconforto torácico. Os princípios ativos são sumatriptano (Imigran), zolmitriptano (Zomig), rizatriptano (Maxalt), almotriptano (Almogran), eletriptano (Relert), naratriptano (Naramig) e frovatriptano (Forvey). Zomig e Maxalt possuem formulação orodispersível (“flash”), que permite uso sublingual — útil em casos de náuseas ou vômitos — assim como as formulações intranasais de Imigran e Zomig.

Posso tomar Hemicraneal ou Cafergot?

São medicamentos indicados para o tratamento da enxaqueca. Pertencem à classe farmacológica conhecida como ergóticos, pois contêm ergotamina, substância que produz vasoconstrição arterial; devido a essa possível complicaçāo, não se deve abusar deles. Para enxaquecas muito esporádicas, são uma opção de tratamento sintomático, mas não devem ser usados como preventivos. Não podem ser combinados com triptanos. Sempre sob prescrição médica, a dose inicial é de 2 comprimidos, seguida de 1 comprimido a cada hora até um máximo de 6

comprimidos/dia, sem exceder 10 comprimidos/semana.

Quando devo iniciar um tratamento preventivo?

Em geral, os tratamentos preventivos da enxaqueca são recomendados quando há mais de três episódios incapacitantes por mês, considerando a intensidade e a duração da dor. Os preventivos mais utilizados são propranolol, amitriptilina, flunarizina e topiramato. A escolha depende da presença de outras doenças ou comorbidades que a pessoa com enxaqueca possa ter (hipotensão, asma, bradicardia, obesidade, anorexia, depressão, cálculos renais, glaucoma, fibromialgia). Uma vez iniciados, geralmente são mantidos por cerca de 6 meses para avaliar a evolução. O objetivo realista é obter ao menos uma redução superior a 50% nos dias de cefaleia e também na intensidade. Em alguns casos, é necessário mantê-los por anos para controlar a frequência das enxaquecas.

Quando posso receber prescrição de tratamento com Botox?

Botox é o nome comercial da toxina botulínica, aprovada para o tratamento da enxaqueca crônica. A administração é hospitalar, nas consultas de Neurologia, por meio de injeções subcutâneas em vários pontos distribuídos pelo couro cabeludo. Salvo dor em algum ponto de aplicação, é um tratamento bem tolerado. Pelo menos 50% dos pacientes com enxaqueca crônica respondem ao Botox. Se a enxaqueca é de alta frequência e não respondeu aos preventivos habituais, a opção de tratamento são os anticorpos monoclonais contra o CGRP.

O que são os anticorpos monoclonais para enxaqueca?

É um tratamento muito específico para a prevenção da enxaqueca. Baseia-se em bloquear a ação de uma substância envolvida no desenvolvimento da dor na enxaqueca conhecida como CGRP. Estão aprovados para o tratamento da enxaqueca a partir de pelo menos 4 dias de cefaleia ao mês, mas, atualmente, só são financiados para pacientes que têm 8 ou mais dias de enxaqueca por mês. Portanto, têm sido indicados na enxaqueca episódica de alta frequência e na enxaqueca crônica. A administração é subcutânea, com uma injeção mensal. Além de pequenos incômodos locais, a constipação é o efeito adverso mais comum (10% dos pacientes tratados). Deve-se ter cuidado especial em pacientes com cardiopatia isquêmica. Os princípios ativos são erenumabé (Aimovig), galcanezumabe (Emgality) e fremanezumabe (Ajovy).

Existem terapias não farmacológicas para tratar a enxaqueca?

Dada a influência do estresse como fator desencadeante das crises de enxaqueca, as terapias cognitivo-comportamentais — principalmente biofeedback e relaxamento — são úteis para reduzir os dias de cefaleia em pacientes com enxaqueca crônica ou de alta frequência. A acupuntura é outra técnica muito utilizada na enxaqueca, buscando inativar pontos-gatilho miofasciais. No entanto, não há evidência científica conclusiva sobre seu uso para melhorar os sintomas da enxaqueca. Uma variação é a colocação de um piercing na orelha, que utiliza os conhecimentos da acupuntura, de modo que o piercing destrói o ponto estimulado na acupuntura para aliviar a cefaleia. A neuromodulação não invasiva é um campo em crescimento no tratamento da enxaqueca; consiste em aplicar correntes elétricas ou magnéticas através da pele, podendo ser utilizada tanto para o tratamento sintomático agudo quanto para a prevenção a longo prazo. Um dispositivo de neuromodulação é o CEFALY, que funciona por estimulação elétrica externa do nervo trigêmeo com o objetivo de dessensibilizá-lo ao longo do tempo. Suplementos alimentares como magnésio, riboflavina e coenzima Q10 também demonstraram alguma eficácia. O tratamento com oxigênio hiperbárico pode ser útil em pacientes com enxaqueca crônica para reduzir os dias de enxaqueca.