Migraña y estrogenos

Una mujer de 41 años de edad tiene migraña relacionada con la menstruación que está afectando significativamente su calidad de vida. Ella ha probado medicamentos antiinflamatorios no esteroideos sin alivio significativo. También ha oído que los anticonceptivos orales pueden ser útiles para el manejo de la migraña y pide su opinión ¿Cómo la aconsejarías?

La migraña relacionada con la menstruación (MRM) es indiscutible la condición incapacitante más común encontrada en la salud de las mujeres. Estas son más severas, más duraderas y más resistentes al tratamiento que aquellas que ocurren en otras partes del ciclo.[1,2] Y aunque los especialistas en medicina de dolor de cabeza son expertos en el diagnóstico de la migraña y prescriben una serie de fármacos antiepilépticos y otros preventivos contra la migraña, no se sienten cómodos con la manipulación a base de hormonas de estas «súper migrañas».

El desencadenante parece ser la depravación de estrógenos en las mujeres susceptibles, ya sea en el ciclo menstrual natural o como resultado de ciclismo en las píldoras placebo en un anticonceptivo hormonal combinado (AHC).

Un estudio poblacional encontró que el 39% de las mujeres experimentan dolores de cabeza con la menstruación y casi un tercio de estos dolores cumplen con los criterios establecidos para MRM.[2]

Diagnóstico

La migraña se diagnostica formalmente reuniendo por lo menos dos de cuatro características de la entidad: 1) dolor moderado a severo, 2) palpitaciones, 3) localización unilateral, y 4) intensificación del dolor de cabeza con la actividad. Dos serán suficientes para el asombro de los pacientes que creen erróneamente que la migraña debe ser severa o debe ser unilateral.

Además, los ataques deben tener por lo menos uno de los dos síntomas asociados: náuseas o fotofobia y fonofobia, la última generalmente diagnosticada por la preferencia simple para evitar la luz brillante o ruidos fuertes durante un ataque.

Sin tratamiento, las migrañas suelen durar de 4 a 72 horas. Un enfoque práctico y clínico para el diagnóstico es simplemente «dolores de cabeza incapacitantes episódicos».

Una historia estable de ataques con asociación menstrual predecibles confirmatorio. Tenga en cuenta que los síntomas de la tensión del cuello no descartan la migraña. Más bien, el dolor de cuello está mucho más comúnmente presente en el momento del tratamiento de migraña que las náuseas.

La eliminación de estos dolores de cabeza es relativamente fácil para el proveedor de cuidado de la salud de la mujer con experiencia, pero bastante difícil para la mayoría de los neurólogos cuya formación es generalmente completamente inadecuada en el manejo de las hormonas. El objetivo es eliminar la caída cíclica del estrógeno o minimizarla al equivalente de 10 μg de estrógeno o menos.

Estrategias preventivas específicas para MRM

1. Los regímenes de AHC de ciclo extendido pueden permitir largas suspensiones de la MRM. El sangrado de ruptura es el efecto adverso más común, pero tiende a disminuir con el tiempo. Es preferible dosificar los agentes Contraceptivos Hormonales Combinados (AHC) a la hora de acostarse para evitar nadires del estrógeno durante las etapas del sueño de rápido movimiento ocular, que se pueden asociar con la generación de la jaqueca. También es prudente evitar fármacos concomitantes que lleguen a aumentar la tasa de metabolismo hepático de los estrógenos (por ejemplo, altas dosis de topiramato), lo que resulta en una disminución más rápida de la concentración de estrógenos.

2. Cuando se usan regímenes de ciclo extendido que permiten hemorragias periódicas de deprivación, se necesita suplementación con estrógenos durante la semana de retiro para limitar la caída a 10 μg de etinilestradiol (EE) o menos. Por ejemplo, un producto de ciclo extendido de EE de 20 μg con 10 μg de EE en la decimotercera semana sería adecuado cuando se presenta.
3. Los anticonceptivos hormonales tradicionales de 21/7 o 24/4 pueden usarse con suplementos de estrógeno durante la semana del placebo. En un pequeño estudio abierto, las mujeres tomaron un CHC que contenía 20 μg EE en los días 1 a 21, seguido de 0,9 mg de estrógenos equinos conjugados en los días 22 a 28. Todas registraron al menos una reducción del 50% en la frecuencia de la migraña, con una reducción media del 78%.
4. Pueden crearse opciones parenterales utilizando un parche transdérmico EE / norelgestromina 20 μg o un anillo vaginal EE / etonogestrel de 15 μg. Con el enfoque anterior, recomiendo la adición de un parche de 0,1 mg EE en la semana de retiro para prevenir MRM; con este último, un parche de 0,075 mg de EE se puede utilizar en la semana después de la eliminación del anillo.
5. Suplementos de estrógenos dirigidos de forma menstrual: con contraindicaciones para el uso de AHCs. Algunas mujeres pueden ser candidatas para estrategias específicas tales como la administración perimetral de parches o geles de estradiol. Un estudio encontró que un parche de estrógeno de 0,1 mg (aplicado justo antes del inicio esperado de la menstruación y usado durante 7 días) era efectivo, pero no las dosis más bajas. Otros estudios informan que las dosis de 0,075 mg a 0,1 mg parche, crema o gel comenzando 5 a 7 días antes de la menstruación esperada y continuando durante el primer o segundo día de la menstruación son también útiles[5,6].

Con estrategias específicas, el tiempo es crítico; si el estrógeno se comienza demasiado pronto, la migraña se puede ver después del cese. El suplemento debe desaparecer cuando los niveles endógenos están subiendo. Con la eliminación exitosa de MRM, típicamente hay una reducción sustancial en la carga de dolor de cabeza, y la cefalea por uso de medicamentos.[7]

El objetivo es entonces que las migrañas episódicas aleatorias puedan ser rápidamente eliminadas en la etapa de dolor leve con un solo triptan de acción rápida.

Referencias

1. MacGregor EA, Hackshaw A. Prevalence of migraine on each day of the natural menstrual cycle. *Neurology*. 2004;63(2):351-353.
2. Couturier EG, Bomhof MA, Neven AK, van Duijn NP. Menstrual migraine in a representative Dutch population sample: prevalence, disability and treatment. *Cephalalgia*. 2003;23(4): 302-308.
3. Calhoun AH, Ford S, Pruitt AP. Presence of neck pain may delay migraine treatment. *Postgrad Med*. 2011;123(2):163-168.
4. Calhoun AH, Hutchinson S. Hormonal therapies for menstrual migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2009; 13(5):381-385.
5. MacGregor EA, Frith A, Ellis J, Aspinall L, Hackshaw A. Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising and falling estrogen. *Neurology*. 2006;67(12):2154-2158.
6. Shuster LT, Faubion SS, Sood R, Casey PM. Hormonal manipulation strategies in the management of menstrual migraine and other hormonally related headaches. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(2): 131-138.
7. Calhoun A, Ford S. Elimination of menstrual-related migraine beneficially impacts chronification and medication overuse. *Headache*. 2008;48(8):1186-1193.

Anne H Calhoun, MD, FAHS
Partner/Cofounder, Carolina. Headache Institute
Professor, Department of Anesthesiology
Professor, Department of Psychiatry
University of North Carolina, Chapel Hill

Conflicto de intereses

No tiene conflicto de intereses.