

¿Abusamos del diagnóstico cefalea por abuso de medicación?

Una de las enseñanzas que te proporciona el transcurso de la vida es que te vas dando cuenta de que, en muchos aspectos, no es correcto ser dogmático. Según van apareciendo las canas, vas abandonando, al menos, algunos de esos conceptos tan tajantes que tenías de joven: no todo es negro o blanco. La experiencia como clínico está plagada de ejemplos. Recuerdo mis inicios de la residencia de neurología cuando a los pacientes con ictus se les prohibía consumir pescado azul. Alrededor de mi segundo año de residencia aparecieron los primeros datos que indicaban que ciertos componentes del pescado azul eran beneficiosos para la salud cardiovascular y recuerdo a mi adjunto (yo no lo hice, debía ya tener alguna cana) obligando a los pacientes con ictus a consumir casi compulsivamente chicharros, sardinas, etc. El paso de los años ha demostrado que ni una cosa ni otra: ni no comerlo es bueno, ni probablemente comerlo todos los días (sobre todo si no te gusta el pescado azul) ayude realmente a los pacientes con ictus. Otra de las «anécdotas» que tengo grabadas de aquella época es la «demostración» de la casi curación de la esclerosis múltiple por el tratamiento en cámara hiperbárica, que apareció en primera página del *New England Journal of Medicine*, revista que, si ahora tiene uno de los mayores impactos en el mundo de la medicina clínica, entonces era la auténtica Biblia.

Con estas premisas quiero decir que los dos excelentes cefalólogos que hacen sendos papeles contrapuestos en el debate tienen razón. Como bien apuntan, en el mundo de la migraña crónica cada paciente es un mundo y puede ser encuadrado en uno u otro concepto, totalmente discrepantes. Con lo único que no estoy de acuerdo, al menos no es mi experiencia, es con el tema de los jamones que dice Díaz-Insa: con las canas que ya peino y los pacientes que he tratado debería disponer de una jamonería, y no es así. Bueno, bromas aparte, ambos tienen razón, pero hemos de tomar cierto partido por uno u otro concepto. Por ejemplo, como comentaba arriba, muchos de nosotros seguro que no tenemos una postura tan tajante en política como la sosteníamos a los 20 o 30 años, pero al final hemos de decidirnos (en global) por una de las opciones a la hora de las votaciones. Mi opción aquí, con matices, es sin duda que en buena parte de los pacientes el abuso es una consecuencia de la migraña frecuente y no la causa real de su cronificación. Tiene razón Díaz-Insa cuando afirma que hay pacientes claramente abusadores, con una personalidad muy compulsiva, que toman ergóticos, opiáceos y/o analgésicos combinados en los que la relación causa-efecto parece ser consistente y que en ocasiones mejoran si conseguimos que realmente retiren los analgésicos. Pero, al menos en mi experiencia, por un lado, no todos estos pacientes mejoran tras dejar dos meses el tratamiento sintomático, y por otro, incluso estos pacientes pueden mejorar si se les trata con un preventivo oral o se les infiltra toxina botulínica pericraneal. Dicho esto, comparto más bien la opinión de Molina en el sentido de que existen argumentos que confirman que los analgésicos no son culpables en muchos casos. Él ha desgranado bien los argumentos, pero permítanme los lectores que los repase. Vemos migrañas crónicas en niños y adolescentes (y no de forma excepcional) y en la población general, pero no más de un tercio de los pacientes que cumplen los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) de migraña crónica abusan de analgésicos. Estos datos, en mi opinión, son solo compatibles con el hecho de que la migraña crónica sea una entidad biológicamente determinada; esto es, que al igual que hay pacientes con cefalea de tensión crónica o con cefalea en racimos crónica, determinado subgrupo de pacientes migrañosos van a presentar crisis con una alta frecuencia, *hagan lo que hagan o tomen lo que tomen*. Si la causa fuesen los analgésicos, estos pacientes no responderían

al tratamiento preventivo, pero todos vemos pacientes en la consulta que afortunadamente responden al tratamiento preventivo sin haber tocado previamente su pauta analgésica. No traen jamones, pero doy fe de que esto es así y hay varios estudios controlados que así lo han demostrado. Además, hay muchos pacientes que han intentado la retirada de analgésicos sin éxito durante dos o más meses o, y este es un aspecto que yo siempre pregunto en mi consulta, ¿cómo explicar por ejemplo que una paciente con migraña crónica que tome analgésicos a diario quede embarazada, decida no tomar analgésicos (durante el embarazo el dolor suele desaparecer, hecho que en este tipo de casos podría explicarse también por la retirada del tratamiento sintomático), pero en cuanto da a luz y sin tomar ningún analgésico desarrolla de nuevo su migraña crónica?

Podríamos poner más ejemplos que apoyan mi convencimiento de que el sustrato de estos pacientes es genético. La base genética de la migraña es compleja y probablemente multigénica, pero no tardaremos en disponer de datos definitivos en este sentido. Mi pronóstico es que se demostrará que estos pacientes tienen determinada carga genética, factores epigenéticos, como el uso de analgésicos aparte, que les predispondrá al desarrollo casi inevitable de una situación de migraña crónica. De lo contrario, ¿cómo explicar que la paciente de 16 años que acabo de ver esta mañana con una cefalea de corte migrañoso durante más de 15 días al mes sea la tercera generación, tras su madre y abuela materna, de migraña crónica en la misma consulta de cefaleas? Seguro que estos factores genéticos, que de momento desconocemos, tendrán mucho que ver con el desarrollo de comorbilidades como depresión, ansiedad o fibromialgia, que son tan frecuentes en estos pacientes con migraña crónica o frecuente.

Como médicos asistenciales que somos, incluso aunque tengamos claro que los analgésicos estén jugando un papel crucial, no es justo, necesario, pertinente ni bueno que desde la primera entrevista culpabilicemos solo a los analgésicos y, directa o indirectamente, a estos desafortunados pacientes de su situación, como con frecuencia se ha venido haciendo. Por su nefasta calidad de vida, requieren de toda nuestra comprensión y atención, que controlemos sus factores predisponentes y desencadenantes, que iniciemos tratamiento preventivo y, por último, que racionalicemos su tratamiento sintomático sin ser despachados con un lapidario diagnóstico de cefalea por abuso de analgésicos. Que así sea, querido editor.

Julio Pascual Gómez

Área de Neurociencias

Servicio de Neurología

Hospital Universitario Central de Asturias

Oviedo