

# Cefalea por abuso de medicación: un diagnóstico en entredicho

S. Díaz Insa<sup>1</sup> y F.J. Molina<sup>2</sup>

**Kranion:** En los últimos años, la investigación relacionada con los mecanismos de cronificación de las cefaleas ha aportado mucha, sólida y valiosa información. Son muchos los frentes que están abiertos, desde la epidemiología hasta la neuroimagen, pasando por la neuropsicología y el análisis de la conducta. Los pacientes con cefaleas crónicas que toman medicación en exceso son habitualmente demasiado complejos como para simplificar la explicación de su cronificación en la toma de, por ejemplo, 10 o más dosis de un triptán al mes. ¿Es posible que la relación de causalidad sea la contraria? ¿Cefalea por abuso de medicación (CAM)? ¿Cefalea por uso excesivo de medicación? ¿Cefalea por necesidad de medicación? ¿Cefalea por árboles que no dejan ver el bosque? Tal vez se esté viviendo de las rentas de un dogma ya anticuado y sea preciso desaprender muchos de los conceptos que nos han enseñado y nosotros mismos hemos divulgado.

Se ha solicitado a S. Díaz Insa y F. J. Molina, expertos conocedores de los mecanismos de cronificación de las cefaleas, que debatan sobre estas y otras cuestiones. Se recuerda a los lectores que la revista *Kranion* es la que propone a los autores el tema a discutir y les sugiere qué postura adoptar. En consecuencia, los argumentos de los expertos pueden ser retóricos y no reflejar necesariamente lo que en realidad piensan.

**F. J. Molina:** En primer lugar, agradezco a David Ezpeleta, director de *Kranion*, su invitación para participar en este debate. Y más aún frente a contrincante tan destacado, como es mi estimado colega y paisano Díaz Insa, a quien sí puede aplicársele de verdad el calificativo de experto en este asunto. Así que me veo obligado a sostener este lance con un auténtico maestro, lo que aún me estimula más. Pero no se llamen a engaño: dejo a un lado las saluciones

y me apresto a hacer uso de todo el armamento de que dispongo para afrontar este ejercicio dialéctico.

Para empezar, confieso que he vivido... de lleno, desde mis primeros pasos en el mundo de la atención a los pacientes con cefalea, todo el camino que han recorrido nuestros conocimientos sobre el papel desempeñado por los fármacos en la cronificación de la migraña (y otras cefaleas, no lo olvidemos). Más que un camino ha sido un auténtico movimiento pendular –¡Qué raro!, en el ámbito de la ciencia nunca pasa esto–. Pero ¿estaba justificado este movimiento?

Al principio, se aseguraba que la causa principal –casi la única en la práctica– de que los dolores de cabeza se hicieran persistentes y discapacitantes era el abuso de fármacos, o la «adicción» a estos. Así que nos las teníamos que ver día a día con auténticos yonquis, aunque su aspecto fuera un tanto atípico. En gran medida mujeres de edad media, trabajadoras dentro y/o fuera de casa, enfrentadas a sus problemas cotidianos y en muchos casos a situaciones traumáticas, pese a lo cual no dejaban de luchar por salir adelante. Con esa intención buscaban nuestra ayuda, y a la luz de la corriente imperante, nuestra respuesta era que tomaban demasiados medicamentos para el dolor de cabeza y que si dejaban de hacerlo todo se solucionaría. Y además contábamos con la seguridad de que esto ocurriría en el plazo de dos meses, porque así nos lo aseguraba la segunda edición de la Clasificación Universal de las Cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). Así que una gran proporción de ellas (y ellos) se iban a casa con el diagnóstico de CAM.

La cefalea por abuso de medicación se erige como la cefalea secundaria más frecuente, ya que puede afectar a cerca del 2% de la población adulta, y es causa de al menos una tercera parte de todos los casos de cefalea crónica diaria. La palabra abuso, fruto una vez más de

<sup>1</sup>Unidad de Neurología  
Hospital Francesc de Borja  
Gandía, Valencia

<sup>2</sup>Servicio de Neurología  
Hospital Universitari Son Espases  
Palma de Mallorca

**Dirección para correspondencia:**

Samuel Díaz Insa  
E-mail: sdiazinsa@yahoo.es

una mala traducción del inglés, se extiende de boca en boca como un reguero de pólvora. Y al igual que, según Lamarck, la función hace al órgano, el vocablo hace al paciente, en este caso según el neurólogo, sobre todo el hispanohablante. Ciertamente se abusa del término, lo que da lugar a que haya pacientes que desconfíen o incluso se sientan culpabilizados. Sin excluir un uso torticero de este diagnóstico en algún caso. Y se plantean una y otra vez infinidad de preguntas sobre el mejor modo de tratar este problema: ¿en casa o en el hospital?, ¿es imprescindible la retirada de fármacos?, ¿esta debe ser brusca o gradual?, ¿deben recibir los pacientes terapia de sustitución de forma pautada o solo en caso de rebote?, ¿es necesario añadir un tratamiento preventivo?, en tal caso, ¿es inefectivo si no se retira antes la medicación sintomática?, ¿cuál es el más indicado?, ¿cuál es el mejor momento para iniciarlo?, ¿antes, durante o después de la retirada?, y así *ad infinitum*... Y las respuestas más repetidas son que existe un amplio debate sobre cuál o cuáles son las mejores estrategias de tratamiento y que faltan estudios de calidad que aclaren estas cuestiones con un grado de evidencia significativo.

Pero hete aquí que, como el niño del cuento de Andersen que reconoce la desnudez del emperador, algunos vislumbran que no todo encaja. De pronto, deben cambiarse los criterios diagnósticos y eliminar el periodo en que se produce la remisión tras suprimir el fármaco, porque resulta que no siempre ocurre. Nuevos estudios epidemiológicos avalan que son más los pacientes con cefaleas crónicas en la población general que no consumen fármacos en exceso. Ganan cada vez más peso otros agentes cronificadores, como los factores psicopatológicos, los trastornos del sueño o los acontecimientos vitales traumáticos, y se contempla que seguramente exista una predisposición genética a la cronificación. Una vez más se genera no poca confusión, la cual perdura. Y para intentar salir de ella, nadie mejor que Díaz Insa para ayudarnos a reencontrar el camino.

**S. Díaz Insa:** En primer lugar, agradezco a *Kranion* y en especial a su director, mi amigo David Ezpeleta, la oportunidad de ser partícipe de esta novedosa y atractiva forma de diálogo y debate; y a mi contrincante y, sin embargo, amigo, Molina, sus elogios exagerados; y a vosotros, lectores, vuestro interés en un tema que efectivamente me apasiona. Las preguntas planteadas en la introducción y la primera intervención dejan clara cuál debe ser mi postura en este ejercicio dialéctico, de modo que, sin más preámbulos, entremos al trapo...

De los pocos pacientes que pueden regresar a la consulta con un jamón como agradecimiento son aquellos a quienes hemos conseguido que retiren el fármaco de abuso que estaba condicionando una cefalea perpetuada en el tiempo. Esto es real, cierto e inapelable. La historia típica es la de una mujer, aunque tampoco son raros los hombres, con antecedentes de migraña, que lleva años, más de 20 o 30, otras veces muchos menos, con crisis cada vez más frecuentes, cefalea prácticamente a diario y

necesidad creciente de tomar medicación para mantener a raya su dolor. Generalmente toman dosis altas de ergóticos o mezclas de analgésicos con cafeína o ergóticos con cafeína. Muchas veces es necesario preguntar explícitamente cuantos paquetes de tal o cual marca compran y cada cuánto, porque no suelen referir espontáneamente las grandes cantidades de comprimidos que consumen.

Si seguimos las recomendaciones oficiales de la IHS y la escuela danesa de Olesen y Jensen<sup>1,2</sup>, quienes más publicaciones tienen al respecto, el simple hecho de retirar el fármaco, para lo que debemos ser muy persuasivos, va a conseguir a medio plazo una ostensible mejoría de la intensidad y frecuencia de la cefalea, incluso sin añadir preventivos. Convencer a los pacientes de que su estado se debe al abuso de medicación sintomática para las crisis y la consiguiente cefalea de rebote que implica su abstinencia es la clave del tratamiento. Si se tiene éxito, muchos pacientes, sobre todo los de más edad, incluso dejan de sufrir crisis de migraña. Sencillamente, son de los pocos pacientes que conseguimos «curar» en poco tiempo en nuestras consultas.

Por otra parte, disponemos de gran cantidad de evidencias científicas que señalan al uso de fármacos como el principal factor de riesgo para la cronificación de una cefalea, sobre todo en el caso de la migraña<sup>3,4</sup>. En todos los estudios publicados, tanto en pacientes provenientes de consultas de cefalea como en la población general, la *odds ratio* más elevada para la «transformación» de una migraña episódica en una cefalea de 15 o más días al mes (crónica, según los criterios de la IHS) es la que se relaciona con el consumo cada vez mayor de medicación analgésica para las crisis de migraña.

Así pues, tenemos evidencias epidemiológicas y evidencias clínicas en nuestra práctica diaria de que los fármacos en rango de sobreuso o abuso están relacionados con un empeoramiento de la cefalea de base, y que su retirada supone una clara mejoría clínica en estos pacientes. No entendemos, por tanto, el afán reciente de criticar esta aproximación teórica y terapéutica que tan buenos resultados viene demostrando desde hace décadas. Ahora se habla de obesidad, de síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), de traumas psicológicos infantiles y un largo etcétera como factores que influyen en la cronificación de una cefalea, pero numéricamente su peso estadístico es menor si se compara con las cifras que encontramos en relación con el abuso de medicación. Además, aún no se ha demostrado en ningún estudio que la corrección de alguno de estos «nuevos factores de riesgo» conlleve una mejoría en los pacientes.

Me temo que a Molina le va a ser muy difícil poder rebatir las enormes evidencias que confirman al sobreuso o abuso de medicación como el paradigma de la cronificación de la migraña. Es un punto que ha tenido, tiene y desgraciadamente tendrá gran importancia en los pacientes migrañosos más afectados. Siempre deberemos estar atentos al uso de medicación sintomática para que nuestros pacientes no empeoren clínicamente.

**F. J. Molina:** ¿Estás seguro de lo que dices, querido Samuel? Porque aunque por estas latitudes no se crían buenos jamonés, sí es abundante la provisión de sobrasadas, pero la verdad es que no es habitual recibirlas como premio solo por tratar una cefalea de rebote.

Describes perfectamente en tu respuesta lo que puede ser un caso claro de cefalea por sobreuso de medicación: una persona con antecedente de migraña sin aura episódica, que *per se* tiende a una frecuencia de crisis alta o relativamente alta, que en un momento dado comienza a tener crisis aún con mayor frecuencia y, lógicamente, recurre cada vez más a fármacos para aliviar sus dolores, quizá en parte por miedo a que las crisis invaliden sus actividades. Así que toma ergotamínicos y preparados que contienen un analgésico combinado con cafeína, codeína o tramadol, otros opiáceos e incluso triptanes. No está obesa, deprimida ni ansiosa. Es una persona emocionalmente estable, duerme perfectamente y no ronca. Solo toma un café cada mañana. Tiene un puesto de trabajo bien remunerado, una pareja estable a la que adora y con la que nunca discute y su vida ha sido y es una balsa de aceite. Desde luego, en un caso como este no parece haber duda; ¿o tal vez sí?

Si hacemos caso a la IHS y sus criterios para el diagnóstico de la migraña crónica (MC) y a la evidencia científica a la que haces alusión, cualquier paciente que cumpliera esos criterios pero tomara medicación en exceso tendría una cefalea por exceso de medicación, y por tanto tendría que mejorar con la simple retirada de esta. Está bien, si quieres también se le puede administrar algún antiinflamatorio para prevenir un síndrome de rebote (aunque de este modo ya estaríamos haciendo algún tipo de prevención). Pero bien sabes que esto no ocurre en muchos casos, a pesar incluso de que solemos hacer trampa y administramos tratamientos preventivos a la mayoría de estos pacientes: ¿Será que decimos una cosa y hacemos otra? Por tanto, el corolario lógico es que, al menos en ciertos casos, el consumo excesivo de medicación tiene que ser una consecuencia y no una causa de la cefalea crónica. Y a partir de esta premisa nace la controversia que nos distrae en este momento.

Así pues, llegamos adonde siempre: no todos los pacientes son iguales y, en este caso, tampoco todos los fármacos lo son. Una vez más nos vemos obligados a personalizar. Dices que tenemos gran cantidad de evidencias científicas que señalan al uso de fármacos como el principal factor de riesgo para la cronificación de una cefalea, sobre todo en el caso de la migraña. Dices también que existen evidencias epidemiológicas y clínicas en nuestra práctica diaria de que la retirada de los fármacos en rango de sobreuso se relaciona con «clara mejoría clínica en estos pacientes». Posiblemente te refieras, entre otros, al trabajo realizado en población general española en el que se estudió la evolución de 72 pacientes con cefalea por sobreuso de medicación tratados en Atención Primaria de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que fueron seguidos durante cuatro

años. Ciertamente, pasado ese tiempo, un 56% (40 pacientes) no abusaba de analgésicos y solo seis de ellos presentaban un patrón de cefalea crónica diaria<sup>5</sup>. Pero no olvides que fueron tratados según recomendaciones de nuestro grupo de estudio, que incluyen tratamiento preventivo de la cefalea de base en todos los casos, por lo que estos resultados están forzosamente sesgados.

Más sesgos. Lo cierto es que solo la tercera parte de los pacientes con MC en la población general cumplen criterios de sobreuso de medicación (Tabla 1), así que esto último no debe ser tan importante como argumentas y ni mucho menos lo principal. Se parte, pues, de una sobrevaloración del exceso de medicación en los estudios que reseñas, realizados en unidades o consultas especiales de cefaleas, en las que el porcentaje de pacientes que «abusan» de fármacos es mucho mayor<sup>6</sup>.

A estas alturas empiezo a intuir que en realidad me estás engañando y aparentas no estar de acuerdo conmigo, porque la bibliografía más reciente se empeña en darme la razón. Si el abuso de medicación es el principal factor cronificador, ¿por qué la mayor parte de los pacientes en la población general no abusan de fármacos?<sup>7</sup>. Solo puede haber dos motivos no excluyentes entre sí: porque existen otros factores que, solos o en combinación, tienen más peso que el exceso de fármacos, o porque la progresión de la migraña es consecuencia de la propia historia natural de la enfermedad en un subgrupo de pacientes, evolución que seguramente esté determinada por factores genéticos<sup>8</sup>. En definitiva, se nos está obligando a diagnosticar de cefalea por sobreuso de medicación a pacientes que en realidad tienen otro problema más grave.

Y finalmente, intentas persuadirme de que la simple suspensión de los fármacos sintomáticos es condición necesaria y, en muchos casos suficiente, para resolver el problema. Pero lo cierto es que menos de la mitad de los pacientes vuelven a tener después una forma episódica<sup>9</sup>, en muchos casos con tratamientos preventivos de por medio. Así pues, el sobreuso no parece suficiente por sí solo para la cronificación de la migraña<sup>10</sup>, aunque sí constituye un factor de riesgo, entre otros muchos. Determinar cuándo sería una causa y cuándo solo un factor de riesgo permitiría un diagnóstico más preciso y, lo que es más importante, aventurar un mejor o peor pronóstico. Y para ello, deberíamos tener en cuenta el perfil del paciente.

Porque los pacientes con MC tienen un perfil distinto al de aquellos con migraña episódica (ME). Y en esa línea también las pruebas abundan. Nuestro amigo Guerrero lo ha revisado y nos lo explica con claridad diáfana en su ponencia sobre MC publicada recientemente en *Revista de Neurología*<sup>11</sup>: la migraña de estos pacientes debuta antes, suelen tener mayores dificultades socio-económicas y familiares, sufren con mayor frecuencia trastornos psicopatológicos, como ansiedad y depresión, también otros cuadros dolorosos, y son más pródigos en factores de riesgo vascular como obesidad, hipertensión, diabetes, hiperlipemia o tabaquismo. Y está documentado que el control de los factores que favorecen la cronificación no necesaria-

**TABLA 1.** Criterios de sobreuso de medicación

Uso regular durante más de tres meses de una o más medicaciones sintomáticas:
– Ergotamina, triptanes, opioides o analgésicos combinados* $\geq 10$ días/mes
– Analgésicos simples†, AINE, cualquier combinación de los anteriores $\geq 15$ días/mes (cada uno de ellos por separado $< 10$ días/mes).

\*Preparados con dos o más sustancias en el mismo comprimido o supositorio.

†En nuestro medio, paracetamol y metamol.

mente deviene en un retorno hacia formas episódicas, incluido por supuesto el exceso de medicación<sup>12</sup>. Por lo tanto, si de verdad piensas lo que has escrito, espero haberte confundido con estos argumentos.

**S. Díaz Insa:** Desde 2004, todas las partes de las recomendaciones<sup>13,14</sup>, guías oficiales<sup>15</sup> o tratados<sup>16,17</sup> donde se habla de la CAM han sido de un modo u otro responsabilidad de quien escribe, de modo que no puedes decirme que solo recomiende la retirada de los fármacos como único modo de manejar a estos difíciles pacientes. No estamos hablando de eso. Estoy desde luego de acuerdo contigo en que no debemos permitir que los pacientes sufran más de lo necesario cuando abordamos la retirada de los fármacos de abuso, o mejor, de «sobreuso». Abogo, y lo he hecho siempre, por aliviarles el dolor con pautas de tratamiento desensibilizador, con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y neurolépticos suaves, y desde luego con tratamiento preventivo para su enfermedad de base desde el principio. Si esta deshabitación la hacemos por el motivo que sea en medio hospitalario, los tratamientos endovenosos muestran aún un mejor comportamiento, porque son más «desensibilizadores» que cuando se administran por vía oral.

Tampoco voy a discutir la existencia de la MC como entidad necesaria para poder diagnosticar a nuestros pacientes migrañosos cuando se complican en cuanto a frecuencia de crisis y en muchas ocasiones con una comorbilidad asociada evidente, que también debemos aprender a manejar de forma adecuada. Pero tampoco estamos hablando de eso, quizás en mi próxima réplica te proponga un acuerdo. Tú mismo en tu disertación afirmas que todos los pacientes no son iguales, y no puedo estar más de acuerdo. Lo que reitero es que el aumento del consumo de fármacos analgésicos, sea en combinaciones, ergóticos e incluso triptanes, es un marcador de que algo no va bien. Es un indicador que debe alarmarnos y nos debe obligar a una vigilancia estrecha y ampliar nuestro punto de mira terapéutico. Si llevamos al extremo tu razonamiento de que el aumento del uso de tratamientos sintomáticos es solo una consecuencia lógica de la cronificación o el empeoramiento de la enfermedad de base, podríamos caer en un nihilismo terapéutico que sería muy perjudicial para nuestros pacientes y para nuestro prestigio; y no queremos que eso suceda.

Aunque he de concederte que el abuso de fármacos ya no explica por completo todo el complejo proceso de cronificación de una cefalea, debemos reconocer que sigue siendo una piedra angular en el manejo de nuestros pacientes; ¿o es que en la práctica diaria no seguimos vigilando el aumento de uso de medicación y adoptamos actitudes encaminadas a evitarlo? Hay un artículo muy significativo en la literatura reciente, de Bigal, et al.<sup>18</sup>, a quien tuvimos la oportunidad de escuchar en la pasada reunión anual de la SEN durante la mañana del Grupo de Estudio de Cefaleas, en el que de una muestra de base poblacional se extrae la influencia en la cronificación de la migraña de los distintos fármacos usados como tratamiento sintomático, y si bien se llega a plantear que los AINE no serían los fármacos con más tendencia a cronificar la migraña, el resto de grupos terapéuticos sí están estadísticamente implicados en este proceso de cronificación, aunque no todos con el mismo peso. Insisto en que se trata de un estudio hecho en la población general, no una muestra de unidades de cefalea con los consabidos sesgos. La muestra del estudio es muy extensa y representativa de la población estadounidense. Los opiáceos (poco usados en nuestro entorno), los ergóticos y las combinaciones de fármacos resultan ser los tratamientos cuyo sobreuso redundan en una mayor probabilidad de cronificación de la migraña.

Muchos de los datos que aportas de la revisión de Guerrero<sup>11</sup>, todos ellos bien documentados y a tener en consideración, pueden ser también, a su vez, consecuencia, no causa, de la propia evolución de los pacientes con migraña: un dolor cada vez más crónico, con mayor uso o necesidad de uso de medicación, muchas veces a diario, puede implicar de forma secundaria la aparición de ansiedad y depresión al no poder los pacientes llevar a cabo las actividades lúdicas o laborales que se programan; los AINE en exceso producen hipertensión, la inactividad motivada por el persistente dolor, sedentarismo y obesidad, peores relaciones sociolaborales y, desde el punto de vista de relación sentimental, ruptura de parejas, aislamiento y un largo etcétera. Estoy de acuerdo en que todos estos parámetros deben tenerse en cuenta, pero sin olvidarnos del mal uso o abuso de fármacos para el dolor.

Mi argumento, por tanto, sigue siendo el mismo: tanto en la práctica clínica como en la literatura científica dedicada seguimos encontrando claros ejemplos de lo pernicioso que puede llegar a ser para nuestros pacientes, sobre todo en los migrañosos, el consumo excesivo de fármacos para sus crisis. Tampoco pretendo afirmar que sea el único factor que influye, en eso tienes razón, pero sigue siendo quizás el factor que más influye y un buen marcador de la evolución de los pacientes.

**F. J. Molina:** Brillante réplica, Samuel. Y no puedo estar más de acuerdo con la mayor parte de tus razonamientos. Llegado este momento es hora de recapitular, y dado que la ciencia tiende a quedarse corta a la hora de explicar la realidad, hemos de recurrir a ese constructo que se ha



dado en llamar consenso entre expertos (más apropiado sería usar el término estudiosos), con su buena dosis de pensamiento especulativo. Y para que dicho consenso sea verdaderamente efectivo, propongo plantearlo en una reunión o comisión *ad hoc* de nuestro grupo. Así podría dársele mejor fundamento y mayor alcance y no quedar en algo espurio (como el ideado durante nuestra transición política –«de aquellos polvos vienen estos lodos»–).

Entretanto, a partir de los argumentos que ambos hemos empleado, sí podemos avanzar algunas conclusiones y propuestas, por ejemplo las siguientes:

- Como bien dices, desterremos el término abuso para referirnos al uso excesivo de medicación sintomática. Aventurémonos incluso a imponer el barbarismo «sobreuso» (del inglés, *overuse*).
- El sobreuso de medicación sintomática constituye un factor de riesgo evidente para la cronificación de distintos tipos de cefaleas, fundamentalmente primarias, en primer lugar la migraña, seguida de la cefalea de tensión.
- De acuerdo con las pruebas disponibles hasta el momento, la cefalea por sobreuso de medicación afecta únicamente a pacientes con historia previa de cefalea. Aunque puede generarse como consecuencia del empleo de analgésicos para otras indicaciones por parte de estos pacientes<sup>19,20</sup>, comúnmente aparece cuando se utilizan para el tratamiento del propio dolor de cabeza. Con arreglo a estos datos, desarrollar una cefalea por sobreuso de medicación requiere como condición necesaria padecer otra enfermedad. Teniendo en cuenta esta premisa, resultaría cuanto menos respetable y debatible la idea de no otorgarle entidad independiente.
- Aunque *a priori* cualquier fármaco para el tratamiento sintomático puede dar lugar a este tipo de cefalea, no todos ellos tienen el mismo potencial. Los más proclives, por este orden, serían los opiáceos, la ergotamina, las combinaciones de analgésicos con opioides, cafeína o barbitúricos y los triptanes. Tras estos, el ácido acetilsalicílico, sobre todo en combinación, y finalmente otros AINE. Estos pueden tener incluso capacidad protectora.
- La cefalea por uso excesivo de medicación se diagnostica en exceso. Ciertamente, el sobreuso de medicación puede suponer en determinados casos el factor único, el más determinante o al menos el principal para la transformación de una cefalea episódica en crónica, pero tiende a sobrevalorarse. Existen otros factores cronificadores que han ido ganando peso a la luz de las investigaciones más recientes, sin olvidar los indicios de un trasfondo genético que puede facilitar la cronificación y que, posiblemente, la haga inevitable en algunos casos. Lo que no es óbice para que, al igual que otros factores, el sobreuso de medicación se deba prevenir y tratar. Y...
- Finalmente, un corolario que es consecuencia del tercer punto: dado que la cefalea por sobreuso puede

entenderse nosológicamente como una complicación de otras cefaleas, en especial de la migraña, ¿por qué no dejar a un lado discusiones bizantinas –quizá no tanto– y, simplemente, distinguir las subformas MC con y sin sobreuso de medicación?

Espero ansioso tu contestación antes de la despedida final, para la que reservo alguna punzada.

**S. Díaz Insa:** O sea, que te he convencido..., y tú también a mí, como no podía ser de otro modo cuando dos personas se escuchan. Creo que a los lectores les habrá sido útil contemplar nuestros puntos de vista, aparentemente dispares de entrada pero, a la postre, necesariamente convergentes.

Yo también me niego a llamar a mis pacientes con migraña de otro modo que no sea migraña. Si se quiere, pongámosle el calificativo de crónica y, cuando proceda, diferenciemos entre MC con sobreuso y sin sobreuso de medicación. Pero se trata de los mismos pacientes, generalmente con migraña de larga evolución y con múltiples factores, incluyendo los genéticos como bien dices, que han podido influir en la cronificación de su migraña. Adjunto la tabla que se incluyó en la reciente revisión de la Guía Oficial de la SEN para el Diagnóstico y Tratamiento de las Cefaleas 2011<sup>15</sup>, donde se explica el «nuevo» concepto de MC y los factores que pueden influir en su presentación (Tabla 2).

Puede observarse que el abuso de fármacos es uno de los factores que ayudan a cronificar la cefalea, sobre todo la migraña. Pero, efectivamente, no es el único, si bien en la práctica clínica es uno de los más importantes, junto con la frecuencia de crisis (evidentemente muy interrelacionado) y quizás la comorbilidad con rasgos ansiosodepresivos.

Estoy de acuerdo contigo en que a estos pacientes no les debemos llamar «abusadores», ni pensar que tienen una cefalea secundaria pura, como la vigente clasificación de la IHS<sup>21</sup> sigue reseñando. Son pacientes con migraña y su manejo, aunque más difícil, es similar al que debemos hacer en otras migrañas sin sobreuso de medicación. Todo esto no significa que me desdiga de mis anteriores argumentos a favor del abuso de medicación. Como siempre en medicina, nada tiene un valor absoluto y todo es relativo. Sigue habiendo pacientes cuyo sobreuso de fármacos explica por completo la cronificación de su migraña; son los que mejoran excepcionalmente si conseguimos que dejen de tomar los fármacos problema, pero cada vez vemos a menos pacientes de este tipo. Por tanto, te concedo que el sobreuso de fármacos no explica por completo la cronificación de la migraña, pero debes reconocer que sigue teniendo un peso que no debemos obviar a la hora de manejar a nuestros pacientes con MC.

**F. J. Molina:** «Oídas las razones de mi contertulio, porque conociese ser verdaderas, plúgome mucho; y dende en adelante mándese que no se hable más en esta materia y acuérdesese que en todos los documentos que se diesen

**TABLA 2.** Factores de riesgo estadísticamente relacionados con la cronificación de la cefalea, en general, y de la migraña en particular, que es el tipo de cefalea del que se dispone de más datos

No modificables	Modificables
Migraña	Elevada frecuencia de crisis
Intensidad grave	Obesidad
Sexo femenino	Abuso de medicación
Raza blanca	Abuso de cafeína
Separación	Eventos vitales estresantes
Estatus educacional o socioeconómico bajo	Depresión
Traumatismo/s craneal/es	Ansiedad
	Trastornos del sueño
	Frecuentes visitas médicas

Adaptado de Díaz Insa<sup>16</sup>.

fuesen nombrados todos mas el sello fuese uno, con las armas del Grupo de Estudio; y en ellos estén juntos los nombres de entrambos". (Adaptado de un texto de Hernando del Pulgar, siglo XV, cronista de los Reyes Católicos –no confundir con su coetáneo Hernán Pérez del Pulgar–).

Permítaseme la anterior licencia para expresar mi deseo de haber conseguido el mayor acuerdo posible con Díaz Insa. *A priori* no podría ser de otro modo, puesto que sus trabajos constituyen una de mis referencias principales en este campo. En ellas se asienta buena parte de mi postura en este debate. Quiero darle las gracias por este interesantísimo intercambio de opiniones, que espero sea provechoso para los lectores o, al menos, aliente su interés por el tema. Ojalá que en un futuro no demasiado lejano, el trabajo de los numerosos grupos dedicados en todo el mundo a la investigación en esta línea y el impulso de la neurogenética nos ayuden a clarificar más la cuestión y nos animen a echarle valor al asunto y desterrar la cefalea por sobreuso de medicación de la nosología como entidad independiente.

Para terminar, tengo que agradecer al prolífico director de *Kranion*, David Ezpeleta, que haya pensado en mí a la hora de planificar este encuentro en su revista. Y, por ende, al Grupo Juste por su apoyo a esta publicación.

Vale.

**S. Díaz Insa:** Todo está dicho. Creo, además, que este es el sentir de la mayor parte de los profesionales que en nuestro país nos dedicamos al manejo de pacientes con cefalea. El uso excesivo de medicación no es el único factor, ni mucho menos, que convierte a una migraña episódica en crónica, aunque sigue siendo importante y debe tenerse en cuenta a la hora de manejar a estos complejos pacientes.

Sería bueno que esta corriente de pensamiento, cada vez más arraigada entre nosotros, en la escuela americana y en otros lares, consiguiera hacer cambiar el concepto todavía «oficial» de la IHS de considerar la cefalea por «sobreuso» de medicación como una cefalea secundaria.

Son pacientes con una cefalea primaria, la mayoría de las veces migraña, que ven cronificado su dolor por multitud de factores, entre ellos el sobreuso de medicación, pero que muchas veces esto es solo un marcador de que algo no marcha bien y cada vez precisan de más fármacos para sobrellevar su dolencia, invirtiéndose la relación causal.

Ha sido muy enriquecedor mantener esta discusión con Molina, cuyas brillantes intervenciones han ayudado sobremedera a esbozar las líneas maestras de lo que puede ser un futuro consenso acerca de este controvertido asunto. Comparto también los agradecimientos a *Kranion*, su director y Juste por su empeño en mantener vivo este excelente foro de comunicación neurológica y debate, todo un logro en los tiempos actuales.

Que nuestras reflexiones sirvan para personalizar y optimizar la asistencia a los pacientes con cefalea menos afortunados. Todos y cada uno son distintos, tienen su pléyade de circunstancias y factores de riesgo futuros o consumados, y merecen nuestra más atenta comprensión, paciencia y profesionalidad.

Sea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Discontinuation of medication overuse in headache patients: recovery of therapeutic responsiveness. *Cephalalgia*. 2006;26:1192-8.
2. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Probable medication-overuse headache: the effect of a 2-month drug-free period. *Neurology*. 2006;66:1894-8.
3. Katsarava Z, Schneeweiss S, Kurth T, et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology*. 2004;62:788-90.
4. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache*. 2008;48:1157-68.
5. Colás R, Temprano R, Gómez C, Muñoz P, Pascual J. Patrón de abuso de analgésicos en la cefalea crónica diaria: un estudio en población general. *Rev Clin Esp*. 2005;205:583-7.
6. Katsarava Z, Manack A, Yoon MS, et al. Chronic migraine: classification and comparisons. *Cephalalgia*. 2011;31:520-9.
7. Pascual J, Mateos V, Gracia M, Láinez JM. Medication overuse headache in Spain. *Cephalalgia*. 2008;28:1234-6.
8. Bigal ME, Lipton RB. Migraine chronification. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13:314-8.
9. Bonavita V, De Simone R. Is chronic migraine a primary or a secondary condition. *Neurol Sci*. 2010;31(Suppl 1):S45-50.
10. Ashina S, Lyngberg A, Jensen R. Headache characteristics and chronification of migraine and tension-type headache: a population-based study. *Cephalalgia*. 2010;30:943-52.
11. Guerrero-Peral AL. Migraña crónica: manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*. 2012;54(Suppl 2):S21-9.
12. Manack A, Buse DC, Serrano D, Turkel CC, Lipton RB. Rates, predictors, and consequences of remission from chronic migraine to episodic migraine. *Neurology*. 2011;76:711-8.
13. Hernández Gallego J, Ezpeleta D, Díaz Insa S, Navarro A, editores. *Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2004*. Majadahonda (Madrid): Ed. Ergon, S.A.; 2004.
14. Mateos V, Díaz Insa S, Huerta M, Porta J, Pozo-Rosich P, editores y autores. *Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006*. Majadahonda (Madrid): Ed. Ergon, S.A.; 2006.
15. Díaz Insa S, editor. *Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011*. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología n.º 10. Barcelona: Ed. Prous Science, SAU (Thomson Reuters); 2011.
16. Díaz Insa S. Cefalea atribuida a la ingesta de una sustancia o a su supresión. En: Mateos V, Pareja JA, Pascual J, eds. *Tratado de cefaleas*. Madrid: Luzán 5, S.A. de ediciones; 2009. p. 595-630.
17. Díaz Insa S. Migraña crónica. En: V. Mateos Marcos, ed. *Migraña y otras cefaleas*. Barcelona: Masson Elsevier España, S.L.; 2011. p. 143-65.
18. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. *Neurology*. 2008;71:1821-8.
19. Wilkinson SM, Becker WJ, Heine JA. Opiate use to control bowel motility may induce chronic daily headache in patients with migraine. *Headache*. 2001;41:303-9.
20. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache*. 2003;43:179-90.
21. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):9-160.