

MIGRAÑA Y ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

Ana Robles (1), Santiago Valenzuela Sosa (2)

(1) Centro Médico Universidad Central del Este, Santo Domingo, República Dominicana

(2) Hospital Padre Billini, Santo Domingo, República Dominicana.

La asociación entre migraña y evento cerebrovascular agudo (ECVA) ha sido reconocida ampliamente desde los tiempos de Charcot. Esta relación implica un reto para el médico por la dificultad de deslindar la ocurrencia, la interrelación y la interdependencia de ambos trastornos, siendo por lo tanto, si no se está suficientemente advertido, extremadamente difícil el diagnóstico positivo y la exacta cuantificación del infarto migrañoso. El infarto migrañoso es raro, pero existen evidencias epidemiológicas indiscutibles de que la migraña está relacionada con un aumento en el riesgo de evento cerebro vasculares agudos (ECVA) independientemente del sexo. (1-4)

Además de los factores de riesgo establecidos, a la migraña se le atribuye aumentar de 3 a 4 veces la incidencia de ECVA isquémico en premenopáusicas. Independientemente de los casos

individuales de difícil manejo, el riesgo de ECVA se aumenta en fumadores pesados, con el uso de anticonceptivos orales (ACÓ), en presencia de hipertensión arterial sistémica y cuando hay historia de migraña con aura.(1-3)

Para el diagnóstico del infarto migrañoso se requiere tener el antecedente de migraña con aura y haber experimentado previamente síntomas de ACÁ, según los criterios de la International Headache Society (IHS).(5) En los casos de infartos migrañosos sin historial de aura o cuando el déficit neurológico no concuerda con el aura previo se debe ser cuidadoso al emitir un diagnóstico.

El papel de la migraña y su mecanismo como factor de riesgo de ataque cerebral aun no está claro. Debemos hacernos varias interrogantes: ¿Está ocurriendo la

migraña de manera circunstancial? ¿Está ocurriendo coincidentalmente con otros procesos que por sí mismos, son responsables de provocar ECVA? ¿Puede la migraña causar ECVA como factor independiente?. La migraña sería, en conclusión, un factor causal circunstancial, coincidente o independiente.

El prolapso de la válvula mitral parece tener más prevalencia en migrañosos que en poblaciones controles, por lo que se postula que la migraña asociada a ECVA es el resultado de embolias valvulares. También se reporta aumento en la prevalencia de foramen ovale patente en pacientes con migraña con aura, proponiéndose que la embolia paradójica puede ser el factor desencadenante de la disfunción cortical, de la migraña y del infarto cardioembólico.

La migraña se ha relacionado

además con los factores protrombóticos como el factor V, anticuerpos antifosfolípidicos, mutaciones del gen-protrombina y otros trastornos adquiridos de la coagulación, explicando el infarto migrañoso por el mecanismo de la trombosis arterial. La migraña inducida por disecciones arteriales, las arteriopatías crónicas debidas a ataques repetidos de migraña y la oligoemia del proceso migrañoso, han sido considerados como fuente potencial del infarto migrañoso. La conocida asociación de MELAS Y CADASIL, así como la ocurrencia de angiopatías no arterioscleróticas en ambos pueden ser indicios de la base genético-molecular de un infarto migrañoso típico.(6-8)

Las estrategias propuestas para el manejo preventivo y el tratamiento agudo del ECVA implican medidas basadas en el sentido común y líneas de manejo general: tratar la migraña, dejar de fumar, sobretodo en los pacientes que tienen 2 factores asociados como migraña con aura y anticonceptivos orales (ACÓ) y disminuir otros factores de riesgo vascular asociados.(6,9,10)

Los ergotamínicos y los triptanos deben usarse con cierta prudencia en pacientes con auras típicas o prominentes, y nunca en aura prolongada. Tampoco si ha habido historial previo de infarto migrañoso. Al propranolol se le ha atribuido el rol de promover infartos

migrañosos.

Los pacientes con migraña aguda y déficit neurológico focal deben ser tratados agresivamente con buena hidratación. Las nauseas y el dolor deben manejarse efectivamente con drogas no vasoconstrictoras. En los casos de pacientes normotensos, la presión arterial alta debe manejarse rápidamente pues la migraña produce un estado de disautorregulación que parece estar relacionado con encefalopatía hipertensiva o eclampsia y esta elevación de la TA teóricamente puede agravar el vaso espasmo cerebral.

Cuando hay un infarto migrañoso establecido hay riesgo aumentado de ECVA recurrente. En este tipo de paciente lo fundamental es la utilización de un agente efectivo para prevenir el ataque prolongado de la migraña severa, particularmente los antagonistas del calcio.(6)

Finalmente, el conocimiento de la íntima asociación que existe entre migraña y ECVA y la aceptación fruto de la aplastante evidencia basada en experiencia de que la migraña puede producir infarto cerebral (por mecanismos no muy esclarecidos aun), hacen que el diagnóstico certero y el manejo adecuado del infarto migrañoso se haya convertido en una prioridad en nuestra práctica neurológica cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henrich JB, Horowitz RI: A controlled study of ischemic stroke risk in migraine patients. *J Clin Epidemiol* 307:289, 1989
2. Tzourio C, Iglesias S, Hubert J-B. et al: Migraine and risk of ischemic stroke: a case-control study. *BMJ* 307:289,1993
3. Tzourio C, Tehindranarivelo A, Iglesias S, et al: Case-control study of migraine risk of stroke in young women. *BMJ* 310:830, 1995
4. Lipton RB, Stewart W. Prevalence and impact of migraine. In: *Advances in Headaches. Neurologic Clinics*
5. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain International Headache Society. *Cephalalgia*8:1, 1988.
6. Lance J, Goadsby P. Mechanism and Management of Headache. Oxford: Butterworth Heinemann, 1998:1-74.
7. Haan J, Terwindt G, Ferrari M. Genetics of Migraine. In: *Advances in Headaches. Neurologic Clinics* 1997,15(1):43-60
8. Nyholt DR et al. Familial typical migraine. Linkage to chromosome 19p13 and evidence for genetic heterogeneity. *Neurology* 1998;50:1428-32.
9. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al: Prevalence of migraine headache in the United States.: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 267:64, 1992
10. Oral contraceptives and stroke in young women. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. *JAMA*231:718, 1975