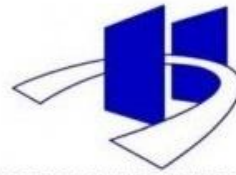




Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

BLOQUEO ANESTÉSICO OCCIPITAL COMO INICIO DE DETOXIFICACIÓN EN PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA Y USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN SINTOMÁTICA. MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ALGOMÉTRICA

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTOR:

Gonzalo Norberto Frías Martín (Alumno de Grado en Medicina)

TUTORES:

Dr. Ángel Luis Guerrero Peral (Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología HCUV.
Coordinador Grupo de Investigación INCEVAL)

Dra. Marina Ruiz Piñero (Investigadora en la Unidad de Cefaleas HCUV)

Valladolid, Julio de 2017

ÍNDICE

1. RESUMEN y palabras clave _____	1
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN _____	2
HIPÓTESIS _____	4
OBJETIVOS: _____	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS _____	5
A) DISEÑO DEL ESTUDIO: _____	5
B) SUJETOS DEL ESTUDIO _____	7
C) VARIABLES DEL ESTUDIO _____	8
D) INTERVENCIONES _____	8
E) LIMITACIONES DEL ESTUDIO _____	11
4. RESULTADOS _____	12
5. DISCUSIÓN _____	16
6. CONCLUSIONES _____	18
BIBLIOGRAFÍA _____	19
ANEXO I - CUESTIONARIO ALODINIA _____	20
ANEXO II – ESCALA ANALÓGICA VISUAL DEL DOLOR _____	21

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: El uso excesivo de medicación sintomática es una situación médica compleja. Se considera uno de los factores favorecedores de la cronificación de la migraña, al cual se llega por necesidad de paliar los síntomas de una cefalea mal controlada. Existen estudios que demuestran cambios en las vías nociceptivas tras el consumo continuo de analgésicos; de hecho, puede producirse una situación de tolerancia, habituación o dependencia.

Objetivos: Este estudio pretende evaluar la eficacia de un programa de detoxificación con bloqueo anestésico occipital en pacientes con migraña crónica y uso excesivo de medicación sintomática. Así como evaluar la modificación de sensibilidad mecánica determinada mediante algometría estática, determinar si existe correlación entre parámetros clínicos basales y respuesta al programa de detoxificación; y determinar si la evaluación de la sensibilidad a la presión mediante algometría estática se relaciona con la alodinia subjetiva evaluada a través de un cuestionario.

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico, longitudinal, observacional, prospectivo, abierto, no controlado con placebo. El centro donde se ha llevado a cabo es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. En este estudio se plantea un protocolo terapéutico específico para el manejo de los pacientes con uso excesivo de alguna de las medicaciones sintomáticas para el tratamiento del dolor y que presentan migraña crónica. De forma sistematizada, se ha utilizado el bloqueo anestésico como complemento al tratamiento habitual (basado en el protocolo del consenso de expertos publicado en 2016) para la cefalea por abuso de medicación sintomática. En estos pacientes, además del seguimiento clínico, se ha realizado una monitorización con algometría.

Resultados: En este momento 8 pacientes han completado la visita 5 del estudio llevada a cabo a las 8 semanas del inicio. Tras la realización de los 4 bloqueos anestésicos considerados en el protocolo, 3 pacientes (37,5%) habían presentado una disminución del número de días de cefalea de al menos un 50% con desaparición de la situación de uso excesivo de medicación sintomática.

Respecto a los resultados de la algometría, en 19 de los 21 puntos analizados la sensibilidad mecánica disminuyó en la realizada a las 8 semanas respecto a la basal. Sin embargo la puntuación en la escala de alodinia aumentó tras el tratamiento de detoxificación.

Conclusiones: Un programa de detoxificación con bloqueos anestésicos repetidos de nervio occipital puede ser eficaz en pacientes con migraña crónica y uso excesivo de medicación sintomática. La sensibilidad mecánica cefálica medida por algometría estática disminuye tras el tratamiento, sobre todo en pacientes respondedores. Aunque la serie es pequeña, no encontramos variables clínicas predictoras de la respuesta al programa, ni relación entre la alodinia y la sensibilidad mecánica medida por algometría.

PALABRAS CLAVE: Cefalea por uso excesivo de medicamentos; Migraña crónica; Detoxificación; Protocolo de consenso; Bloqueo anestésico occipital; Triptanes; Abuso de analgésicos.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de cefalea relacionada con el uso excesivo de medicación sintomática en la población general, ronda el 1-2%. Se trata de una situación que se da especialmente en pacientes con migraña y cefalea tensional (1). Se reconoció como entidad propia en la segunda edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC), publicada en el año 2004, que inicialmente exigía una clara relación temporal entre el uso de la sustancia y el dolor crónico.

En la actualidad, la cefalea por abuso de medicación sintomática se define como el *consumo durante 10 o más días al mes de ergotamínicos, triptanes u opioides, o el consumo durante 15 o más días al mes de paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos siempre que esta situación sea mantenida durante los tres meses previos, (CIC-3).*

Se trata de una patología con mayor prevalencia en el sexo femenino, probablemente relacionado con una mayor prevalencia de migraña en las mujeres; y, es más común en la edad media de la vida (1). Algunas circunstancias se han relacionado con una mayor

predisposición a sufrir cefalea por uso excesivo de medicación sintomática como son: el uso habitual de tranquilizantes, la presencia de ansiedad o depresión, el uso de analgésicos por otros motivos, la inactividad física o el tabaquismo (2).

El uso excesivo de medicación sintomática es una situación médica compleja. Se considera uno de los factores favorecedores de la cronificación de la migraña, al cual se llega por necesidad de paliar los síntomas de una cefalea mal controlada. Existen estudios que demuestran cambios en las vías nociceptivas tras el consumo continuo de analgésicos; de hecho, puede producirse una situación de tolerancia, habituación o dependencia.

Sin embargo, estudios poblacionales ponen de manifiesto que gran parte de los pacientes que sufren cefalea crónica diaria, en realidad, no consumen medicación sintomática en exceso.

BLOQUEO ANESTÉSICO

Los bloqueos anestésicos han demostrado ser beneficiosos en el manejo de múltiples cefaleas. Los estudios publicados hasta el momento presentan una metodología heterogénea, que ha llevado a la publicación de guías de expertos para unificar las indicaciones y técnicas, tanto a nivel nacional como internacional, en las que se recomienda su uso como tratamiento sintomático y preventivo.

En base a estos estudios, la guía consenso española sobre técnicas de infiltración anestésica de nervios pericraneales, publicada en abril de 2016, recomienda el uso del bloqueo anestésico de los nervios occipitales mayores para el tratamiento preventivo de la migraña crónica con un grado de recomendación B, nivel de evidencia II (3). Además, se trata de una técnica muy segura con reacciones adversas que ocurren con baja frecuencia y en su gran mayoría leves, predecibles y transitorias (3).

HIPÓTESIS

El uso de un programa de detoxificación basado en bloqueos anestésicos repetidos de nervios occipitales, podría hacer mejorar a pacientes con migraña crónica y uso excesivo de medicación sintomática, así como revertir la situación de uso excesivo de medicación.

La hipersensibilidad mecánica asociada a sensibilización central característica de la migraña crónica podría cambiar con este tratamiento. Dicho cambio podría detectarse con un cuestionario de evaluación de alodinia y mediante la realización de una algometría estática.

OBJETIVOS:

Objetivo principal

- Evaluar la eficacia de un programa de detoxificación con bloqueo anestésico occipital en pacientes con migraña crónica y cefalea atribuida a uso excesivo de medicación sintomática.

Objetivos secundarios

- Evaluar la modificación de la sensibilidad mecánica determinada mediante algometría estática en pacientes con migraña y uso excesivo de medicación sintomática tras someterse al programa de detoxificación.
- Determinar si existe correlación entre parámetros clínicos basales y respuesta al programa de detoxificación.
- Determinar si la evaluación de la sensibilidad a la presión mediante algometría estática se relaciona con la alodinia subjetiva evaluada a través de un cuestionario.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

A) DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio unicéntrico, longitudinal, observacional, prospectivo, abierto, no controlado con placebo. El centro donde se llevó a cabo el estudio es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se seleccionaron 50 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de migraña crónica recogidos en la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, desde la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

En la visita de *Screening* se comprobaron los criterios de inclusión y exclusión, se explicó al paciente en qué consistía el estudio y se firmó el consentimiento informado. Se pidió al paciente que llevara a cabo un registro prospectivo de sus días de cefalea. Además se realizó el estudio algométrico basal, y se completó el cuestionario de alodinia (**Anexo I**).

En la visita 1 se explica al paciente en qué consiste el programa de detoxificación que llevaría a cabo en los días posteriores. Se realizó el primer bloqueo anestésico, que se repitió semanalmente hasta completar 4 bloqueos (semanas 1, 2, 3).

El protocolo contempla la realización de visitas a las 8, 24 y 52 semanas para controlar la situación clínica, repitiéndose en todas ellas el estudio algométrico (**Figuras 1.1 y 1.2**).

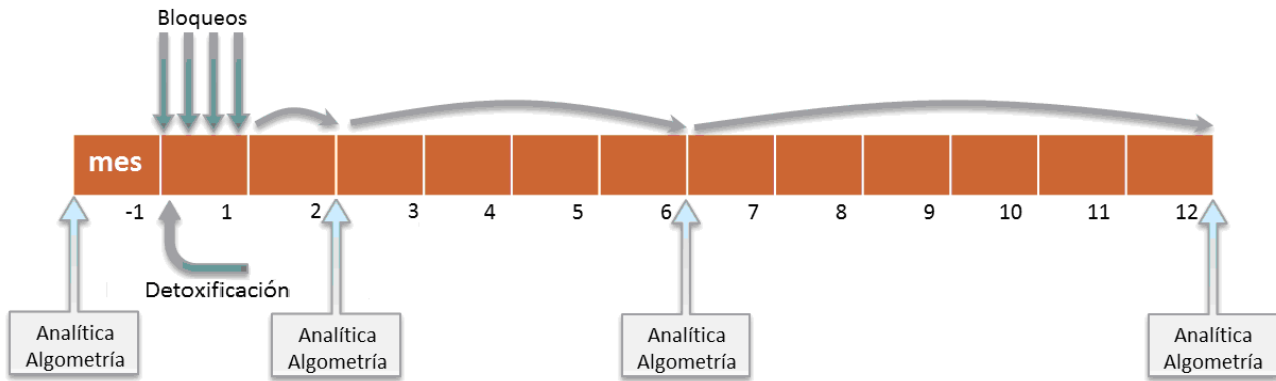


Figura 1.1._ Cronograma del estudio

Actividad – Nº visita	Screening	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7
Semana	-4	0	1	2	3	8	24	52
Consentimiento informado	✓							
Criterios inclusión/exclusión	✓							
Historia médica y farmacológica	✓							
Exploración física	✓							✓
Situación clínica	✓					✓	✓	✓
Calendario cefaleas		✓				✓	✓	✓
Programa detoxificación médico		✓						
Bloqueo anestésico		✓	✓	✓	✓			
Efectos adversos		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cuestionario alodinia	✓		✓			✓	✓	✓
Algometría	✓					✓	✓	✓

Figura 1.2._ Temporalización de las principales actuaciones del estudio

B) SUJETOS DEL ESTUDIO

Criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 80 años.
- Diagnóstico de migraña crónica según los criterios de la clasificación internacional de cefaleas (CIC-3) (4).
- Diagnóstico de cefalea por abuso de medicación sintomática según los criterios de la clasificación internacional de cefaleas (CIC-3) (4).

Criterios de exclusión:

- Alergia a anestésicos locales tipo amida.
- Embarazo.
- Abuso de alcohol o consumo de drogas.
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas graves (p. ej. cuadros psicóticos, depresión mayor).
- Antecedentes de cirugía o traumatismo en la región craneal o cervical.
- Enfermedades sistémicas graves concomitantes (p. ej. enfermedad neoplásica no controlada).
- Otros síndromes dolorosos crónicos (p. ej. fibromialgia).
- Tratamiento con bloqueos nerviosos, punciones secas o infiltraciones con toxina botulínica en los 3 meses previos.
- Indicación reciente, en los 3 últimos meses, de otras terapias farmacológicas (p. ej. antidepresivos) que puedan repercutir en la evolución de la migraña.
- Incapacidad de entender y cumplimentar un consentimiento informado, o de llevar a cabo un registro adecuado de las cefaleas.

C) VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables médicas:
 - Generales: edad, sexo, comorbilidades, tratamiento actual, tratamiento previo para la migraña (fármacos sintomáticos y fármacos preventivos).
 - Relacionadas con la migraña: años de evolución de la migraña, meses desde el inicio de la migraña crónica, tratamientos preventivos previos, tratamiento preventivo actual, cuestionario de alodinia (Anexo I), sensibilidad a la palpación de nervios occipitales mayores (5).
 - Calendario de cefaleas: días de dolor al mes, días de dolor de características migrañosas, días que precisa tratamiento sintomático, días que precisa tratamiento sintomático con triptanes, intensidad del dolor según escala verbal analógica (EVA) (**Anexo II**).

- Variables de seguridad:
 - Seguridad inmediata: aparición de efectos adversos (sí/no), intensidad del efecto adversos (leve/moderado/severo), aparición de alguno de los siguientes efectos adversos: cefalea, dolor localizado, sensación de quemazón, eritema cutáneo, eczemas, crisis epiléptica, insomnio, fatiga, alternación en la concentración, otros. Tolerabilidad y abandono de la intervención.
 - Seguridad tardía: aparición de efectos adversos (sí/no), cuáles.

D) INTERVENCIONES

PROTOCOLO DE DETOXIFICACIÓN

1. Diálogo abierto con el paciente; compromiso terapéutico.
 - a. Explicar al paciente la necesidad del abandono del uso excesivo de

medicación sintomática.

- b. Explicar los posibles síntomas por la retirada.
 - c. Disuasión del uso de medicación de forma anticipatoria por miedo al dolor.
2. Suspender el o los fármacos sobre los que exista una condición de abuso.
- a. En caso de analgésicos, antiinflamatorios, triptanes o analgésicos combinados con cafeína: suspensión de forma inmediata y brusca.
 - b. En caso de barbitúricos u opiáceos: descenso lentamente progresivo.
3. Modificar la terapia de rescate
- a. Antieméticos: Metoclopramida 10mg oral/8-24h durante 7 días
 - b. Analgésicos: Paracetamol 1gr/8-24h o Naproxeno 500mg/12-24h durante 7 días.
 - i. A partir del 7º día sólo podrán utilizar el tratamiento sintomático hasta un máximo de 4 días a la semana.
 - c. Tiaprizal 100mg/día en una o dos tomas durante la primera semana.
4. Optimizar el tratamiento preventivo:
- a. Si el paciente no toma ningún tratamiento preventivo, iniciarlo en este momento. El fármaco de elección será el Topiramato a dosis de 50-100mg/24 con ascenso lento las primeras semanas. En caso de ausencia de respuesta previa o contraindicación se optará por una alternativa: Nebivolol 5mg/24h, Flunarizina 5mg/24h, Amitriptilina 10-25mg/24h
 - b. Si el paciente ya realiza tratamiento preventivo con uno o más fármacos, y es eficaz, mantener sin cambios.
 - c. Si el paciente ya realiza tratamiento preventivo con uno o más fármacos, y no es eficaz, valorar la opción de retirar y/o cambiar el tratamiento médico.
5. Realización de bloqueos anestésicos occipitales.

PROTOCOLO DE BLOQUEO ANESTÉSICO

En las semanas 0, 1, 2, 3 y 4, se complementa el tratamiento médico oral con la realización de un bloqueo anestésico de ambos nervios occipitales mayores en todos los pacientes, independientemente de la existencia de sensibilidad a la palpación.

Utilizamos Lidocaína al 1% en todos los casos, en una dosis de 2.5cc en cada lado (dosis total por bloqueo y paciente de 5cc).

Los efectos adversos en este procedimiento son raros, y en cualquier caso leves. Se incluyen como potenciales complicaciones: reacciones alérgicas, alteraciones en la tensión arterial, síncope vasovagales, sangrado local, infección local.

PROTOCOLO DE ALGOMETRÍA

En la visita de *screening*, y las visitas de las semanas 8, 24 y 52 se lleva a cabo un estudio algométrico (algometría estática).

El algómetro de presión es un instrumento con un disco circular en el que aparecen las medidas de presión y una punta de goma de superficie circular de 1 cm cuadrado, lo cual permite transferir la presión a tejidos profundos (**Figura 2**).



Figura 2._ Algómetro de presión con punta de goma y transductor de fuerza

El umbral de dolor a la presión se mide en nuestro protocolo, en 21 puntos distribuidos en todo el cuero cabelludo. Las localizaciones y nomenclatura de estos puntos se basan en las posiciones estandarizadas de los electrodos en el electroencefalograma: 8 puntos

en la izquierda (Fp1, F3, F7, C3, T3, P3, T5 y O1), 8 puntos en la derecha (Fp2, F4, F8, C4, T4, P4, T6, O2) y 5 puntos en la curva media sagital (Fpz, Fz, Cz, Pz y Oz).

Este umbral del dolor se define como el mínimo de presión que causa discomfort en el punto que se está explorando. Se realizan 3 medidas consecutivas a intervalos de 30 sg en cada punto, y la media es la medida que se considera para su posterior análisis. (Figura 3.)

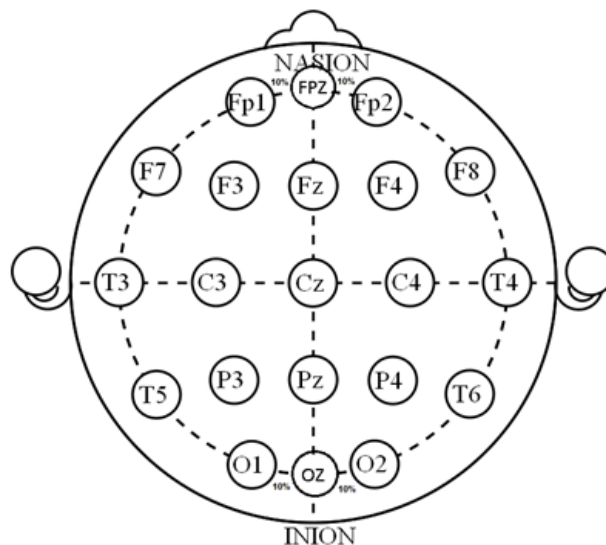


Figura 3._ Posiciones estandarizadas de los electrodos

E) LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de carácter exploratorio del que podrán surgir hipótesis para futuras líneas de investigación. Al tratarse de un estudio con un tamaño muestral mediano y unicéntrico, se podrían obtener resultados específicos de nuestra población que no se confirmasen en estudios independientes. La ausencia de grupo control podría llevar a una sobreestimación de la eficacia del tratamiento y, por otro lado, los valores de los biomarcadores no podrán ser evaluados como valor absoluto, sino que se estudiará su modificación con el tratamiento.

4. RESULTADOS

En este momento 8 pacientes han completado la visita 5 del estudio llevada a cabo a las 8 semanas del inicio; es decir, se ha cumplido el programa de detoxificación del estudio y se ha realizado la segunda algometría.

En este grupo de pacientes, 7 fueron mujeres y la edad en el momento de la inclusión era de $54,3 \pm 7,3$ (44 – 65) años. Estos pacientes llevaban $21,7 \pm 12,4$ (8 – 42) años con migraña, $100,5 \pm 133,1$ (12 – 420) meses con migraña crónica y $36,3 \pm 25,6$ (5 – 72) meses con uso excesivo de medicación sintomática. El tipo de fármaco del que abusaban eran triptanes en 2 casos, triptanes y AINEs en 1, opioides y AINEs en 1 y AINEs en los 4 restantes.

Este grupo de pacientes presentaba en el momento de la inclusión $28,7 \pm 2,3$ días de cefalea, una puntuación en la escala de severidad de la migraña (HIT-6) de $66,5 \pm 8,6$ (48 – 74) y una puntuación en la escala de alodinia de $6,2 \pm 3,5$ (1 – 10).

Tras la realización de los 4 bloqueos anestésicos considerados en el protocolo, 3 pacientes (37,5%) habían presentado una disminución del número de días de cefalea de al menos un 50% con desaparición de la situación de uso excesivo de medicación sintomática. Dentro de los respondedores estaban 2 de los 3 pacientes con uso excesivo de triptanes, la única paciente con uso excesivo de opiáceos se incluyó dentro de los no respondedores.

No se produjo ningún efecto adverso salvo algún ligero mareo en 3 de los bloqueos llevados a cabo.

Respecto a los resultados de la Algometría, figuran en la **Tabla 1**. En 19 de los 21 puntos analizados la media de los umbrales de dolor a la presión aumentaron en la algometría realizada a las 8 semanas respecto a la basal. Sin embargo la puntuación en la escala de alodinia aumentó tras el tratamiento de detoxificación ($7,2 \pm 3,1$ (3 – 12)).

Tabla 1. Comparación de frecuencias PRE- y POST- con escala de Alodinia

		PRE-detox	POST-detox
Nº de pacientes		8	
Sexo	Mujeres	7	
	Hombres	1	
Edad		54,3 ± 7,3	

DATOS

	PRE-detox	POST-detox
Alodinia	6,2 ± 3,5	7,2 ± 3,1

DATOS

	PRE-detox	POST-detox
Fp1	2,0 ± 0,5	2,1 ± 1,2
O1	2,2 ± 0,9	2,4 ± 1,3
Fp2	2,2 ± 1,1	2,1 ± 1,2
O2	2,5 ± 1,3	2,3 ± 1,2
T3	2,2 ± 0,8	2,4 ± 1,5
T4	1,9 ± 0,6	2,2 ± 1,0
F8	1,4 ± 0,7	2,0 ± 1,0
T5	2,0 ± 0,7	2,3 ± 1,9
CZ	2,0 ± 0,5	2,1 ± 0,7
P4	2,0 ± 0,6	2,5 ± 1,9
F3	1,9 ± 0,6	2,0 ± 1,1
F4	1,7 ± 0,8	2,1 ± 1,0
P3	2,0 ± 0,7	2,2 ± 1,6
T6	2,0 ± 0,7	2,6 ± 1,8
F7	1,8 ± 0,7	2,2 ± 1,4
PZ	2,0 ± 0,7	2,4 ± 1,2
FZ	2,2 ± 0,7	2,5 ± 1,1
FPZ	2,0 ± 0,9	2,1 ± 0,8
OZ	2,0 ± 0,7	2,3 ± 1,1
C3	2,2 ± 0,8	2,3 ± 1,2
C4	2,2 ± 1,0	2,4 ± 1,2

PRE-DETOXIFICACIÓN (BASAL)

POST-DETOXIFICACIÓN (8 SEMANAS)

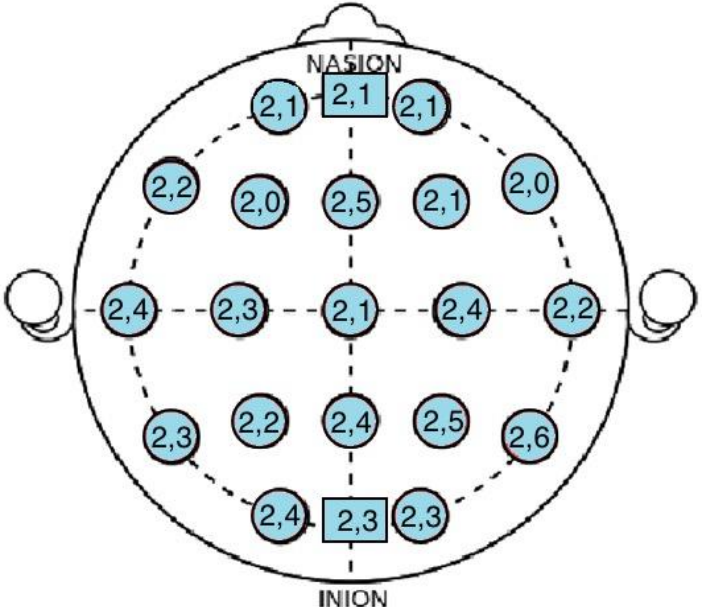
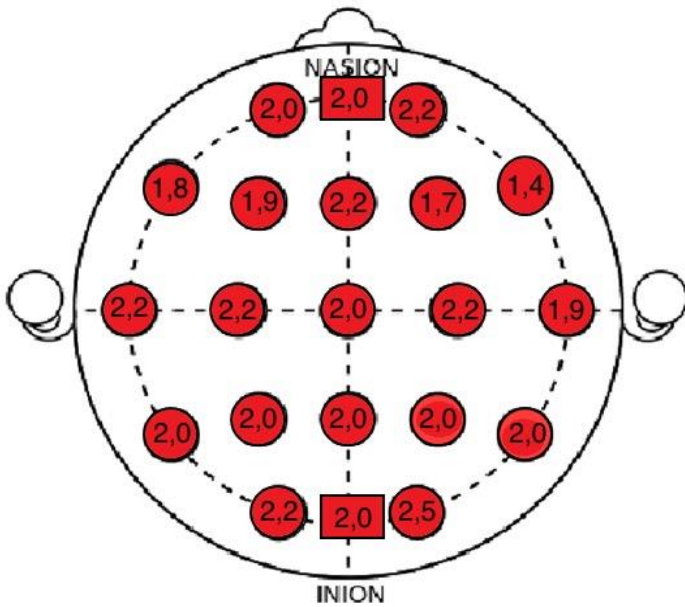


Figura 4: Representación del sistema 10-20 con la media obtenida en cada punto, en pacientes antes de someterse al programa de Detoxificación, (Basal)

Figura 5: Representación del sistema 10-20 con la media obtenida en cada punto, en pacientes después de someterse al programa de Detoxificación (Semana 8)

Se analizó si las distintas variables clínicas y algométricas valoradas eran diferentes entre los pacientes respondedores y no respondedores. Ninguna de las variables clínicas (sexo, edad, tiempo de evolución de migraña, migraña crónica o uso excesivo de medicación) difería significativamente entre respondedores y no respondedores (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación entre RESPONDEDORES y NO RESPONDEDORES

		NO RESPONDEDORES	RESPONDEDORES	p-valor
Nº de pacientes		5	3	NS
Sexo	Mujeres	7		
	Hombres	1		
Edad		56,0 ± 7,7	51,7 ± 7,2	NS
Años migraña		18,2 ± 13,6	27,7 ± 9,7	NS
Meses MC		124,8 ± 17,3	60,0 ± 12,0	NS
Meses uso excesivo medicación		27,0 ± 23,4	52,0 ± 25,0	NS
Escala Alodinia		5,8 ± 4,0	7,0 ± 3,0	NS
HIT-6		65,0 ± 11,8	68,7 ± 0,6	NS

Tabla 2. Comparación entre RESPONDEDORES y NO RESPONDEDORES (cont.)

ALGOMETRÍA			
	Dif. en NO RESPONDEDORES	Dif. en RESPONDEDORES	p-valor
Fp1	-0,45 ± 0,22	1,00 ± 0,94	NS
O1	-0,61 ± 0,63	1,60 ± 0,95	< 0,036
Fp2	-0,60 ± 0,59	0,64 ± 0,62	NS
O2	-0,94 ± 1,26	0,88 ± 0,52	< 0,031
T3	-0,53 ± 0,62	1,24 ± 0,96	NS
T4	-0,23 ± 0,46	1,04 ± 0,55	< 0,033
F8	0,03 ± 0,31	1,67 ± 0,58	< 0,025
T5	-0,63 ± 0,41	1,79 ± 2,09	NS
CZ	-0,57 ± 0,23	1,25 ± 0,02	< 0,010
P4	-0,37 ± 0,50	1,94 ± 2,09	NS
F3	-0,43 ± 0,24	1,08 ± 0,54	< 0,030
F4	-0,18 ± 0,27	1,24 ± 0,22	< 0,010
P3	-0,31 ± 0,41	1,26 ± 1,44	NS
T6	-0,06 ± 0,62	1,69 ± 1,77	NS
F7	-0,15 ± 0,18	1,16 ± 1,03	NS
PZ	-0,16 ± 0,54	1,26 ± 0,45	< 0,010
FZ	-0,18 ± 0,36	1,03 ± 0,26	< 0,002
FPZ	-0,18 ± 0,45	0,57 ± 0,51	NS
OZ	-0,26 ± 0,59	1,19 ± 0,29	< 0,040
C3	-0,18 ± 0,27	0,72 ± 0,69	NS
C4	-0,20 ± 0,29	0,75 ± 0,09	< 0,001

En cuanto a las variables algométricas, encontramos diferencias entre las diferencias del umbral de dolor a la presión en varios puntos analizados entre la población de respondedores y no respondedores.

5. DISCUSIÓN

La cefalea por uso excesivo de medicación sintomática se relaciona sobre todo con la migraña y con la cefalea tensional (cefaleas de origen central) en contra de lo poco común que es en las neuralgias epicraneales (cefaleas de origen periférico), lo cual va a favor de la existencia de una alteración en los sistemas de procesamiento del dolor centrales (6). Estudios neurofisiológicos, bioquímicos y de neuroimagen cerebral indican que existe una hiperexcitabilidad de las neuronas tanto a nivel cortical como a nivel del sistema trigeminal en estos casos. El incremento de la excitabilidad de las neuronas del ganglio trigeminal se conoce como sensibilización periférica, mientras el incremento de la excitabilidad del complejo trigémino-cervical se conoce como sensibilización central. Ambas circunstancias están implicadas en la aparición de alodinia cutánea durante el dolor (6).

Con respecto a su tratamiento, no existen dudas sobre la necesidad de la suspensión de medicación de la que el paciente abusa, aunque sí continúan en controversia aspectos sobre cómo hacerlo: ¿de forma brusca o progresiva?, ¿mediante ingreso o de forma ambulatoria?, ¿iniciar el tratamiento preventivo desde el principio o tras de la retirada del fármaco? (7).

Una revisión sistemática publicada en el año 2015 (10) en la que se analizaban casi 70 artículos, trataba de integrar toda la información científica disponible hasta el momento. Aunque existen estudios con resultados contradictorios, un mayor número de trabajos encuentra beneficios en asociar un tratamiento preventivo cuando se decide optar por el abandono precoz del fármaco sobre el que se abusa, frente a realizar el abandono sin preventivo o frente a usar preventivo sin abandono. En relación a qué fármaco preventivo sería recomendable, existe un buen grado de evidencia a favor del uso de la toxina botulínica y el topiramato; sorprendentemente la acupuntura y la nabilona (derivado de la marihuana) parecen tener también un papel reduciendo el consumo de fármacos abortivos del dolor. No hay, sin embargo, datos concluyentes sobre el ácido valproico.

La tercera edición de la “Guía Oficial de la Práctica Clínica en Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología” (8) recomienda la retirada del fármaco y el uso de tratamiento médico adyuvante para reducir los síntomas de privación, entre ellos antieméticos, ansiolíticos, analgésicos y si fuera preciso corticoides. Como fármacos preventivos

recomienda la Amitriptilina o la Tiaprida.

De forma más especificada se publicó un protocolo consensuado entre expertos que fue posteriormente puesto en práctica y se evaluó su eficacia en 376 pacientes (9). A los seis meses, dos tercios de los pacientes habían abandonado el fármaco sobre el que hacían abuso y cerca de la mitad habían reducido la frecuencia de sus cefaleas hasta cumplir criterios de migraña episódica. En este trabajo recomiendan igualmente el uso de antieméticos y analgésicos pautados los primeros días del cese de la medicación que se pretende suspender. Además, iniciar desde el principio un tratamiento preventivo, seleccionado según la comorbilidad del paciente y el perfil de efectos adversos del fármaco entre: propranolol, atenolol, metoprolol, ácido valproico, topiramato, flunarizina, amitriptilina, candesartán o toxina botulínica. A partir de la primera semana se restringe el uso de medicación sintomática a 2 días a la semana.

Incluso con todos los esfuerzos, cerca del 30% de los pacientes vuelven a la situación de abuso a los 6 meses del abandono de la medicación, 40% al año y 45% a los 4 años (10).

6. CONCLUSIONES

- Un programa de detoxificación con bloqueos anestésicos de nervios occipitales es seguro, y puede ser eficaz, en una población de pacientes con migraña crónica y uso excesivo de medicación sintomática.
- La sensibilidad mecánica cefálica medida por algometría estática disminuye tras un programa de detoxificación con bloqueos anestésicos de nervios occipitales. Esta diferencia se aprecia más claramente en pacientes respondedores.
- No encontramos correlación significativa entre los parámetros clínicos basales y la respuesta al programa de detoxificación a los 2 meses.
- No existe relación directa entre el resultado de la evaluación de la sensibilidad a la presión mediante algometría estática y la alodinia subjetiva evaluada a través del cuestionario, ya que la puntuación en la escala de alodinia aumenta en los sujetos respondedores a los 2 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Colás R, Muñoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology*. 2004 Apr 27;62:1338-42.
- 2- Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart JA. Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study. *The Nord-Trondelag Health Studies. Pain*. 2012;153:56-61.
- 3- Santos Lasaosa S, Cuadrado Pérez ML, Guerrero Peral AL, Huerta Villanueva M, Porta-Etessam J, Pozo-Rosich P, et al. Consensus recommendations for anaesthetic peripheral nerve block. *Neurologia*. 2016 Jun 22. pii: S0213-4853(16)30076-7.
- 4 -International Headache Society Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders:3rd edition beta. *Cephalalgia* 2013; 33: 629-808.
- 5- Lipton RB, Bigal ME, Ashina S, Burstein R, Silberstein S, Reed ML, et al; American Migraine Prevalence Prevention Advisory Group. Cutaneous allodynia in the migraine population. *Ann Neurol*. 2008 Feb;63:148-58.
- 6- Srikiatkachorn A, le Grand SM, Supornsilpchai W, Storer RJ. Pathophysiology of medication overuse headache--an update. *Headache*. 2014 Jan;54:204-10
- 7- Giamberardino MA, Mitsikostas DD, Martelletti P. Update on Medication-Overuse Headache and Its Treatment. *Curr Treat Options Neurol*. 2015 Aug;17:368.
- 8- Leira R, Domínguez C, Gómez M, Garrido JA, Sanahuja J. Cefaleas secundarias (I). En: Ezpeleta D, Pozo P. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. 1ª Edición. Madrid: Ediciones SEN; 2015. 198-199.
- 9- Tassorelli C, Jensen R, Allena M, De Icco R, Sances G, Katsarava Z, et al; the COMOESTAS Consortium. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. 2014 Feb 20;34:645-655.
- 10- Da Silva AN, Lake AE 3rd. Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache*. 2014 Jan;54:211-7.

ANEXO I - CUESTIONARIO ALODINIA

The 12-item Allodynia Symptom Checklist (ASC-12)

Cuando estás sufriendo una cefalea intensa, con qué frecuencia experimentas empeoramiento de tu dolor o sensación molesta en tu piel al hacer alguna de las siguientes acciones?

	No aplica (Puntos: 0)	Nunca (Puntos: 0)	Rara vez (Puntos: 0)	Menos de la mitad del tiempo (Puntos: 1)	Más de la mitad del tiempo (Puntos:2)
1. Peinar tu cabello					
2. Tirar del pelo hacia arriba (por ejemplo hacerte una coleta)					
3. Afeitarte la cara					
4. Usar gafas					
5. Usar lentillas					
6. Usar pendientes					
7. Usar collares					
8. Usar ropa ajustada					
9. Darte una ducha (cuando el agua toca tu cara)					
10. Apoyar tu cabeza o tu cara sobre una almohada					
11. Exposición al calor (por ejemplo: cocinar, lavarte la cara con agua caliente)					
12. Exposición al frío (por ejemplo usar una bolsa de hielo, lavarte los dientes con agua fría)					
Suma					
Puntuación total					

Interpretación:

- 0-2: sin alodinia
- 3-5: alodinia leve
- 6-8: alodinia moderada
- 9 o más: alodinia severa

ANEXO II – ESCALA ANALÓGICA VISUAL DEL DOLOR

