

Estrategias de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Medicación para la Migraña

Existen diversas estrategias para la reversión del consumo excesivo de medicación para la migraña. En el presente estudio se compararon tres alternativas y, si bien las tres estrategias fueron similares en eficacia, la interrupción del tratamiento e inicio simultáneo de la terapia preventiva fue la que se asoció con mayor cantidad de días sin migraña a los 6 meses.



Fuente: JAMA Neurology

Título original: Comparison of 3 Treatment Strategies for Medication Overuse Headache: A Randomized Clinical Trial

Autores: Carlsen L y colaboradores

Institución: University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca

Introducción

El consumo excesivo de medicación para la migraña (CEMM) es un problema médico frecuente y difícil de resolver; se estima que en todo el mundo, alrededor de 60 millones de personas tienen CEMM. El CEMM se asocia con consecuencias muy adversas para los pacientes y la sociedad.

El CEMM se caracteriza por el incremento en la frecuencia de las cefaleas y en la utilización progresiva de medicación para el alivio a corto plazo; el resultado final es la cefalea crónica intratable. El exceso de medicación suele observarse en pacientes con migraña crónica y se considera uno de los principales factores de riesgo para la transformación de la migraña episódica en migraña crónica. El CEMM también puede ser consecuencia del abordaje inapropiado de la cefalea preexistente. La identificación de las estrategias terapéuticas más eficaces tiene importancia médica decisiva; sin embargo, este aspecto sigue siendo tema de debate.

En la actualidad se dispone de diversas opciones para el abordaje del CEMM; las guías europeas recomiendan las medidas educativas, seguidas de la indicación de medicación preventiva y la interrupción de los fármacos para el alivio agudo de la migraña. La interrupción del tratamiento se asocia con reversión de la migraña crónica a migraña episódica en alrededor del 70% de los enfermos. Las guías danesas recomiendan el abandono completo de los analgésicos durante 2 meses; el

tratamiento preventivo sólo debería indicarse después de ese período libre de terapia. En otros centros, en cambio, la terapia preventiva se inicia de manera simultánea con la interrupción gradual de la medicación utilizada de manera excesiva.

El objetivo del presente estudio fue comparar tres estrategias terapéuticas para el abordaje del CEMM: interrupción con inicio del tratamiento preventivo (estrategia A), la indicación de tratamiento preventivo sin interrupción de los fármacos (estrategia B) y la interrupción con la indicación posterior de terapia preventiva, en caso de necesidad (estrategia C).

Pacientes y métodos

La investigación tuvo diseño abierto y aleatorizado, e incluyó un seguimiento de 6 meses en el *Danish Headache Center*, Glostrup, entre octubre de 2016 y junio de 2019. Entre los 483 pacientes con CEMM derivados al centro en el período de estudio, 195 enfermos reunieron los criterios de inclusión de migraña o cefalea de tipo tensional. Los enfermos debían tener 18 años o más, debían ser aptos para el tratamiento ambulatorio, no debían presentar trastornos importantes físicos o psiquiátricos y no debían referir otras adicciones. Un total de 120 pacientes integraron la muestra final para los análisis.

Los participantes que reunieron los criterios de inclusión fueron aleatoriamente asignados (1:1:1) a 3 estrategias de intervención: interrupción más terapia preventiva (A), tratamiento preventivo sin interrupción (B) e interrupción con tratamiento preventivo opcional dos meses más tarde (C). El criterio principal de valoración fue el cambio en el número de días con migraña por mes, luego de 6 meses. Los cambios en los días por mes con migraña, la utilización de medicación para alivio del dolor a corto plazo, la intensidad del dolor, el número de sujetos que respondieron al tratamiento, los pacientes con conversión a migraña episódica y la desaparición del CEMM fueron criterios secundarios de valoración. El tratamiento preventivo pudo realizarse con metoprolol, lisinopril, candesartán, topiramato, amitriptilina, mirtazapina o toxina A onabotulínica.

Resultados

Un total de 120 pacientes comenzaron el protocolo y 102 pacientes lo completaron (43.9 años en promedio; 79.4% de sexo femenino). La cantidad de días por mes con cefalea se redujo en 12.3 (intervalo de confianza del 95% [IC 05%]: 9.3 a 15.3) en el grupo de interrupción más terapia preventiva, en 9.9 días (IC 95%: 7.2 a 12.6) en el grupo de terapia preventiva, y en 8.5% (IC 95%: 5.6 a 11.5) en el grupo de interrupción ($p = 0.20$).

No se observaron diferencias en la reducción de días con migraña por mes, la utilización de medicación para el alivio del dolor a corto plazo o la intensidad de las cefaleas entre los grupos. En el grupo de interrupción más terapia preventiva, 23 de 31 pacientes (74.2%) revirtieron de cefalea crónica a cefalea episódica, en comparación con 21 de 35 (60.0%) en el grupo de terapia preventiva, y con 15 de 36 (41.7%) en el grupo de interrupción ($p = 0.03$).

El 96.8% (30 de 31 pacientes) del grupo de interrupción más terapia preventiva presentó remisión del CEMM, en comparación con el 74.3% (26 de 35) en el grupo de terapia preventiva, y con el 88.9% (32 de 36) en el grupo de interrupción ($p = 0.03$).

Estos resultados se corresponden con probabilidades 30% más altas (*relative risk*: 1.3;

IC 95%: 1.1 a 1.6) de remisión del CEMM en el grupo de interrupción más terapia preventiva, en comparación con el grupo de terapia preventiva ($p = 0.03$).

Conclusión

Los resultados del presente estudio en pacientes con CEMM indican que las tres estrategias terapéuticas son eficaces para reducir el número de días por mes con migraña en el transcurso de 6 meses. Sin embargo, la interrupción de la medicación aguda con la indicación de terapia preventiva desde el inicio sería la alternativa más adecuada en estos enfermos, ya que se asoció con una reducción promedio del número de días por mes con migraña de 12.3 días. Debido a que las tres estrategias fueron eficaces, la hipótesis del estudio quedó rechazada. No obstante, las reducciones numéricas más importantes en los criterios de valoración se observaron en los enfermos asignados a la interrupción de la terapia analgésica y al inicio simultáneo de la terapia preventiva. La posibilidad de curación también fue más alta en este grupo.