

Cefalea por abuso de medicamentos y sus marcadores clínicos.

Medication overuse headache and its specific clinical markers

Nelson Barrientos U.¹, Raúl Juliet P.², Alan Rapoport³, Philippe Salles G⁴, Anna Milán S.⁴, Paulina Meza C.⁴

Introduction: Clinical markers of medication overuse headache (MOH) are based on headache classification developed by the International Headache Society (IHS). This classification include only two criteria: frequency of headache days must be 15 or more days per month for at least three or more months; - and the number of days of overuse medication must be either 10 or 15 days per month depending on the type of medication. However, patients often have others distinct associated clinical markers, which are overlooked by most physicians during the initial evaluation. **Methodology:** This study is a prospective, longitudinal and observational study of 76 patients admitted to DIPRECA's hospital Headache Unit. They were all diagnosed with, MOH according to the criteria established by the his ICHD III beta.(1) Patients were given standard treatment including detoxification and preventive medications and followed for 6 months. Symptoms of interest were recorded in at each clinical monitoring visit and assessment scales such as Zung, MIDAS, HIT-6 were administered. Results: Overused medications included nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), triptans and ergots. The most significant clinical symptoms associated were: awaking in the morning with headache, awaking the patient at dawn by headache, attention difficulties, depression, cervical pain and myofascial pain syndrome. All symptoms significantly improved when treatment began, as did quality of life as measured by MIDAS and HIT-6 scales. **Discussion:** In evaluating patients with MOH consider both the ICHD III beta diagnostic criteria and the common and specific symptoms seen in most cases of MOH.

Keywords: medication overuse headache, chronic migraine, ICHD-III beta, depression, early morning awakening, quality of life, MIDAS, HIT-6.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2022; 60 (1): 26-39

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2021/09/07

Recibido: 2021/11/05

- ¹ Neurólogo de BIOMER. Profesor titular de Neurología de las Universidad de Santiago de Chile (USACH) y Universidad Diego Portales (UDP)
- ² Neurólogo del Servicio de Neurología del Hospital DIPRECAy Profesor y Jefe de Docencia de Postgrado de Neurología de la Universidad de Santiago de Chile (USACH)
- ³ The David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles. CA USA.
- ⁴ Ex residentes del Programa de Formación en Neurología USACH- Hospital DIPRECA, Chile.

INTRODUCCIÓN

La cefalea por abuso de medicamentos (CAM) es un subgrupo dentro de la cefalea crónica diaria (CCD), ocurre durante 15 o más días al mes, durando más de 4 horas por evento y ocurriendo por 3 o más meses, agregándose la característica de sobreuso de al menos un tipo de droga abortiva.⁽¹⁾

La cefalea crónica diaria tiene una prevalencia en Estados Unidos de 4-5% y la prevalencia de CAM es estimada en 1-2% de la población general, siendo más frecuente en mujeres. Si solo se toman en consideración centros especializados en cefalea, CAM puede ocurrir en sobre 70% de pacientes referidos⁽¹⁾. En una encuesta realizada por Rapoport se mostró que CAM se ha convertido en la tercera causa más común de cefalea en Estados Unidos.⁽³⁾

La CCD, tiene un alto impacto socioeconómico, especialmente cuando se asocia a CAM.

Un meta análisis de una serie de CAM reveló que los diagnósticos más frecuentes de cefalea al inicio fueron migraña en 65% cefalea tipo tensional en 27% y cefaleas mixtas u otros tipos en 8%, aunque otros estudios han definido la migraña como el tipo de cefalea más común que precede al CAM.⁽¹⁾

En Estados Unidos los tiptanes en conjunto con los opioides son las drogas de abuso más utilizadas, aunque este no parece ser el caso en otras poblaciones⁽¹⁾.

Independiente de la estrategia, los pilares del tratamiento son: la suspensión del fármaco de abuso, indicar tratamiento de apoyo farmacológico y no farmacológico, y prevenir recaídas.^(8,9)

La escala de MIDAS, que evalúa el impacto en calidad de vida, presenta puntuaciones 3 veces mayores en pacientes con CAM, comparado con aquellos que presentan migraña episódica^(1,5). Los pacientes con CAM presentan mayor riesgo de trastornos del ánimo y ansiedad^(19,20,21,22). Los trastornos

del sueño son también más frecuentes en pacientes con CAM que en pacientes con cefalea episódica⁽⁶⁾.

Entre las medidas consensuadas para el tratamiento de CAM se incluyen: educar a los pacientes a suspender el medicamento abusado (día 1), desintoxicar del medicamento con ayuda de un antiemético y analgésico (días 1-7), en la mayoría de los casos inicio de un medicamento preventivo entre los días 1-7, permitir tratamiento sintomático utilizando un medicamento distinto al abusado previamente y seguimiento clínico en un periodo de al menos 6 meses^(10,11).

Algunos de los medicamentos que han probado ser útiles como fármacos preventivos iniciados durante la terapia de desintoxicación son el ácido valproico^(11, 12, 13), topiramato^(11,14,15), toxina botulínica^(11,16) y quetiapina, esta última utilizada como coadyuvante a la etapa de desintoxicación⁽⁴⁾.

El éxito al desintoxicar un paciente con CAM se define como una reducción de los días de cefalea de al menos 50% luego de 3 meses. Se ha reportado una tasa de éxito de 72,4% en los primeros 6 meses. Algunos factores que parecen afectar los resultados son el elevado uso de medicamentos al inicio de la desintoxicación, volver a utilizar drogas previamente abusadas, falla en mejorar luego de 2 meses de tratamiento, fumar y uso de alcohol. Aunque las comorbilidades psiquiátricas no se relacionaron con recaídas luego de 1 año de tratamiento, los pacientes con menos historia de depresión y ansiedad tenían mejor resultado a los 4 años de desintoxicación^(2, 20, 21, 22). El tratamiento de CAM tiene sin dudas un impacto positivo sobre la calidad de vida de estos pacientes^(17, 18).

OBJETIVOS

En pacientes con diagnóstico de CAM, determinar la frecuencia de los siguientes síntomas: Despertar con cefalea matinal, despertar por cefalea en la madrugada, inatención,

depresión, dolor cervical y síndrome miofascial cervical. Describir la respuesta y evolución de estos síntomas, y su impacto sobre la calidad de vida, en relación al tratamiento de desintoxicación.

METODOLOGÍA

Este estudio contó con la aprobación previa del comité de ética e investigación del Hospital DIPRECA y el consentimiento informado de todos los pacientes que aceptaron participar del estudio, quienes permitieron el uso de los datos recopilados e información de su ficha clínica con fines de investigación, bajo protección de su identidad.

El presente consiste en un estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Se controlaron 76 pacientes consecutivos que consultaron espontáneamente y cumplían con los criterios propuestos por la IHS para el diagnóstico de cefalea por abuso de medicamentos. Ingresados a la unidad de cefalea del hospital DIPRECA entre febrero del 2014 y febrero del 2015, con seguimiento de los pacientes al primero, segundo, tercero y sexto mes luego de iniciado el tratamiento.

En la evaluación inicial se recopilaron, en un registro estandarizado, aspectos clínicos relevantes, que incluyendo entre otras, las siguientes variables: frecuencia de crisis, intensidad de crisis según escala visual análoga (VAS), medicamentos de abuso, despertar por cefalea en la madrugada, despertar en la mañana con cefalea, dificultad en la atención, dolor cervical y síndrome miofascial cervical. Para la evaluación de depresión se utilizó la escala de Zung, y el impacto en la calidad de vida se midió a través de las escalas HIT-6 y MIDAS.

El tratamiento de desintoxicación utilizado en la unidad de cefalea del Hospital DIPRECA consiste en la suspensión del medicamento en abuso, iniciando conjuntamente, y por un total de 3 meses, terapia farmacológica de apoyo. El primer mes

empleamos un tratamiento la mayor de las veces ambulatorio, con AINES inyectables distinto al fármaco abusado en caso de dolor intenso, no excediendo más de 2 ampollas (habitualmente diclofenaco 75 mg i.m), en segundo lugar Quetiapina 25 mg/día, y en tercer lugar tratamiento con Divalproato de Sodio 500 mg al día por 3 meses y/o Onabotulinum Toxin A pericraneal 100 UI cuando existe la posibilidad de su uso, este último limitado por su elevado costo, dentro de las 2 primeras semanas de inicio del tratamiento.

Durante el segundo y tercer mes de tratamiento se reemplazan los AINES inyectables por fármacos analgésicos orales en caso de necesidad, no excediendo 10 días de uso al mes, manteniendo el uso de quetiapina y divalproato en las mismas dosis.

Si la evolución es satisfactoria en la evaluación al tercer mes se decide el alta del tratamiento de CAM, manteniéndose el control periódico para el manejo de la migraña.

Para el análisis estadístico se utilizó como prueba no paramétrica el test χ^2 , y para los valores de distribución normal t de Student, con ayuda del programa SPSS.

RESULTADOS

En total 76 pacientes cumplieron los criterios diagnósticos de cefalea por abuso de medicamentos, todos aceptaron participar en el estudio, recibieron tratamiento de desintoxicación, y completaron los 6 meses de seguimiento preestablecidos. En la tabla n°1 y tabla n°2 se pueden observar las características demográficas y comorbilidades respectivamente, destacando el predominio de mujeres, el largo periodo abusando de analgésicos, en promedio 2 años, con casos de abuso de fármacos por más de una década, sólo 9 pacientes tenían antecedente de tratamiento de desintoxicación previa (11,8%), con infrecuente uso de fármacos preventivos. Dentro de las comorbilidades registradas

Tabla n° 1: características demográficas

Edad Promedio	41, 17 años (16-68)
Género Femenino	80,26 (61)
Migraña Sin Aura	100 (76)
Migraña Con Aura	2,7 (2)
Antec. Familiar de Migraña	68,42 (52)
Meses de Abuso (CAM)	23,9 (5-180)
Antecedente de desintoxicación CAM previa	11,84 (9)
Uso de preventivo	9,21 (7)
Uso previo de Botox	0 (0)

Tabla n° 2. Comorbilidades

Característica	% (N)	Característica	% (N)
Obesidad	10,5 (8)	Depresión	31,57 (24)
Sobrepeso	42,1 (32)	T. Ansiedad	11,84 (9)
IMC	24,8 (18-34)	Epilepsia	1,31 (1)
HTA	11,84 (9)	Sd. Vertiginoso	6,57 (5)
DM2	5,26 (4)	Insomnio	26,31 (23)
Dislipidemia	5,26 (4)	Piernas Inquietas	2,63 (2)
Hipotiroidismo	11,84 (9)	SAHOS	3,95 (3)
Cardiopatía coronaria	1,31 (1)	Tabaquismo	11,84 (9)

destaca el sobrepeso, obesidad y depresión.

Fármacos de Abuso

Dentro de los fármacos de abuso destacan en primer lugar los antiinflamatorios no esteroideos, incluyendo el Acetaminofeno o paracetamol (84,21%), seguido por ergotamínicos (35,52%) y triptanes (34,21%), siendo además frecuente las combinaciones de AINES con Ergotamínicos (14,47%) o Triptanes (15,78%). Destaca en este grupo de pacientes el bajo uso de opioides y barbitúricos. Esto posiblemente sea representativo de la realidad a nivel nacional de acuerdo a la experiencia clínica

del autor. En los gráficos n°1 y gráfico n°2 se observan el tipo de fármacos abusados por nuestros pacientes y sus combinaciones.

Frecuencia de crisis

Respecto a la frecuencia de crisis en la evaluación inicial nuestros pacientes reportaron en promedio 22.25 días de cefalea por mes (Rango entre 15 y 30 días), con reducción estadísticamente significativa respecto a la frecuencia inicial en el seguimiento al primer mes y a los 2, 3 y 6 meses (IC 95%, Paired simple test, $p < 0,001$), llegando hasta un mínimo promedio de 3,86 días con cefalea al tercer mes, diferencia mantenida al

Gráfico N° 1. Fármacos abusados

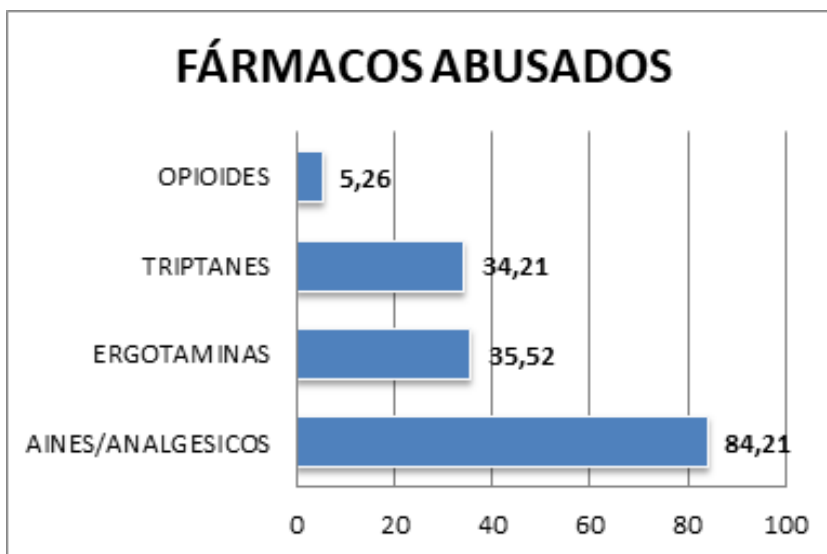
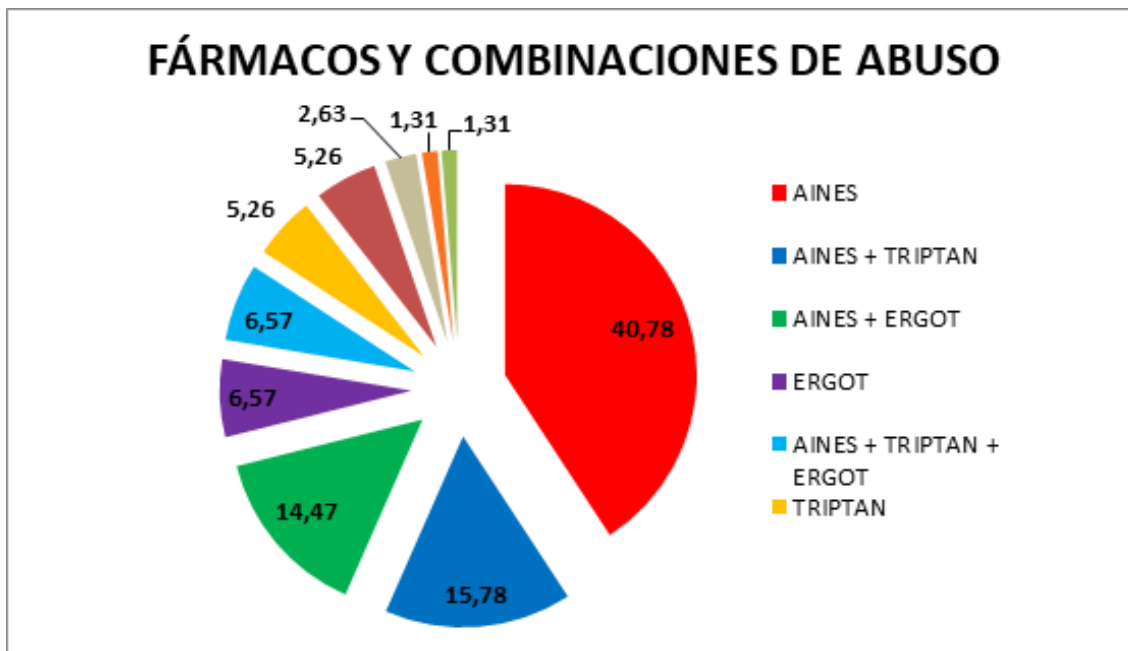


Gráfico N° 2. Combinación de fármacos



sexto mes, y sin diferencia al comparar estos últimos dos meses de seguimiento (IC 95%, paired simple test $p < 0,321$).

Es destacable al tercer mes de seguimiento solo 2 pacientes persistían con frecuencia de crisis mayor a 15 días por mes, y 9 pacientes se encontraban libres de crisis a los 6 meses.

En el gráfico n° 3 se puede observar la disminución en el promedio de crisis de cefalea.

Intensidad de la cefalea

Respecto a la intensidad de crisis, estimada con la escala visual análoga (EVA), hubo una caída progresiva en la intensidad del dolor durante las crisis de cefalea, destacando una intensidad basal media de 7,3 (DE 1,2) para un máximo de 10 puntos en la escala, disminuyendo a 3 puntos (DE 2,1) a los tres meses y 2,6 (DE 2,5) a los 6 meses, siendo esta disminución estadísticamente significativa respecto a la intensidad inicial (IC 95%, Paired simple test, $p < 0,001$) sin diferencias significativas al comparar el tercer y sexto mes.

En el gráfico n° 4 se puede observar la

disminución en el promedio de intensidad de la cefalea durante los 6 meses de seguimiento.

Síntomas acompañantes

En la primera entrevista se interrogó sobre la presencia de síntomas acompañantes en los 3 meses previos a la consulta, quedando en evidencia el gran número de pacientes con cefalea matinal al despertar (75 de los 76 pacientes), seguido de quejas como: despertar en la madrugada por cefalea, , dificultad en mantener la atención, depresión (evaluada a través de la escala de Zung abreviada), cervicalgia y síndrome miofascial cervical. La presencia de síntomas acompañantes previo al inicio del tratamiento está representado en el gráfico n°5.

Cefalea al despertar en la mañana

Como se observa en el gráfico n°5, la cefalea al despertar en la mañana fue, de los síntomas evaluados, el reportado con mayor frecuencia previo al tratamiento de desintoxicación, disminuyendo progresivamente la manifestación de este síntoma una vez iniciado el manejo de la CAM, reportado por

Gráfico N° 3. Promedio de frecuencia de crisis de cefalea durante el seguimiento.

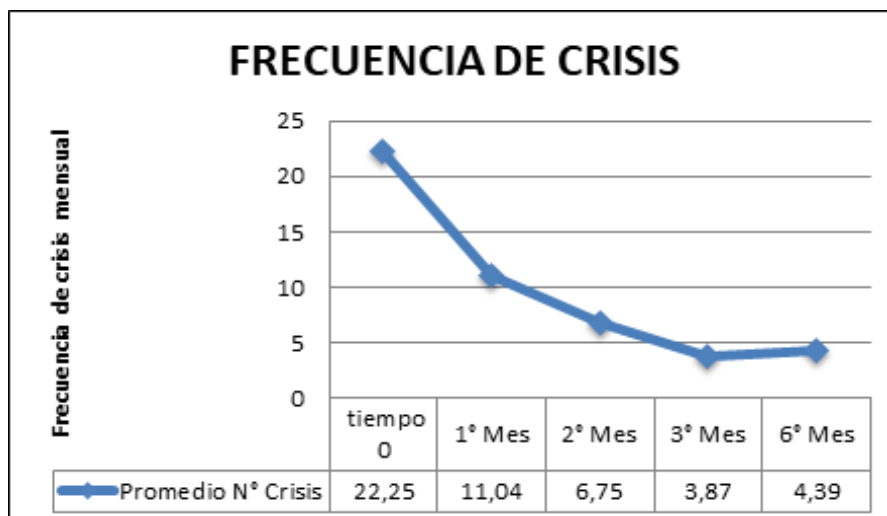


Gráfico N° 4. Intensidad promedio de la cefalea durante el seguimiento

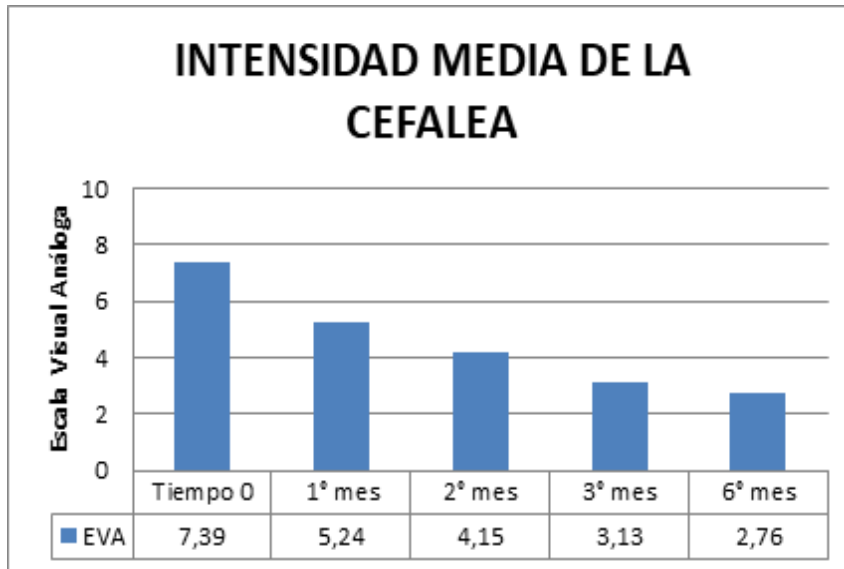
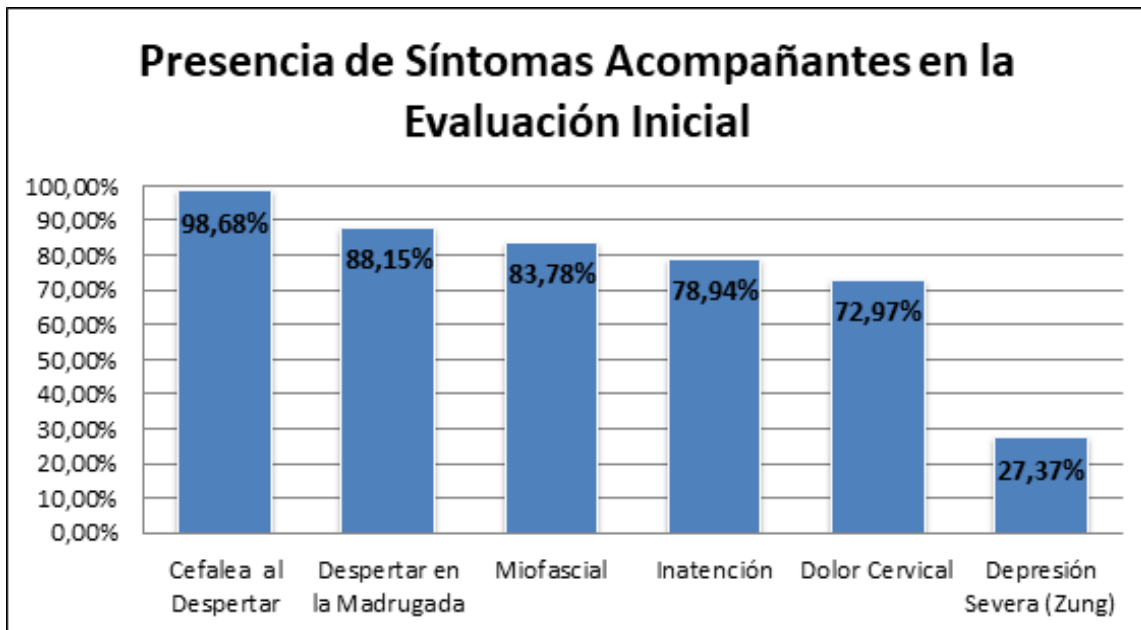


Gráfico N°5. Porcentaje de pacientes que reportaron síntomas asociados en la evaluación inicial



39 pacientes (50,66%) al mes, 24 (30,66%) a los 2 meses, 11 (14,66%) a los 3 meses y 16 pacientes (21,05%) a los 6 meses de seguimiento. Siendo significativa la diferencia al comparar su reporte a los 3 meses respecto a la evaluación inicial. ($\chi^2 p < 0,001$). Gráfico n°6.

Despertar en la Madrugada por cefalea

El despertar en la madrugada por cefalea es un síntoma frecuentemente reportado por los pacientes con cefalea por abuso de medicamentos, siendo en esta serie de pacientes el segundo síntoma en frecuencia, observado en el 87,2% en la evaluación inicial, desta-

cando también una mejoría importante con el manejo de la cefalea por abuso de medicamentos, llegando en muchos de los casos a la desaparición absoluta, siendo reportado en 18 pacientes (24%) al mes, 12 pacientes (16%) a los 2 meses y sólo 7 pacientes (9,21%) a los 3 meses de tratamiento, diferencia significativa al compararlo con el basal (test χ^2 , $p < 0,001$), y sin diferencia significativa entre los 3 y 6 meses de seguimiento (13 pacientes, 17,2%). Gráfico n°6.

Síndrome miofascial cervical

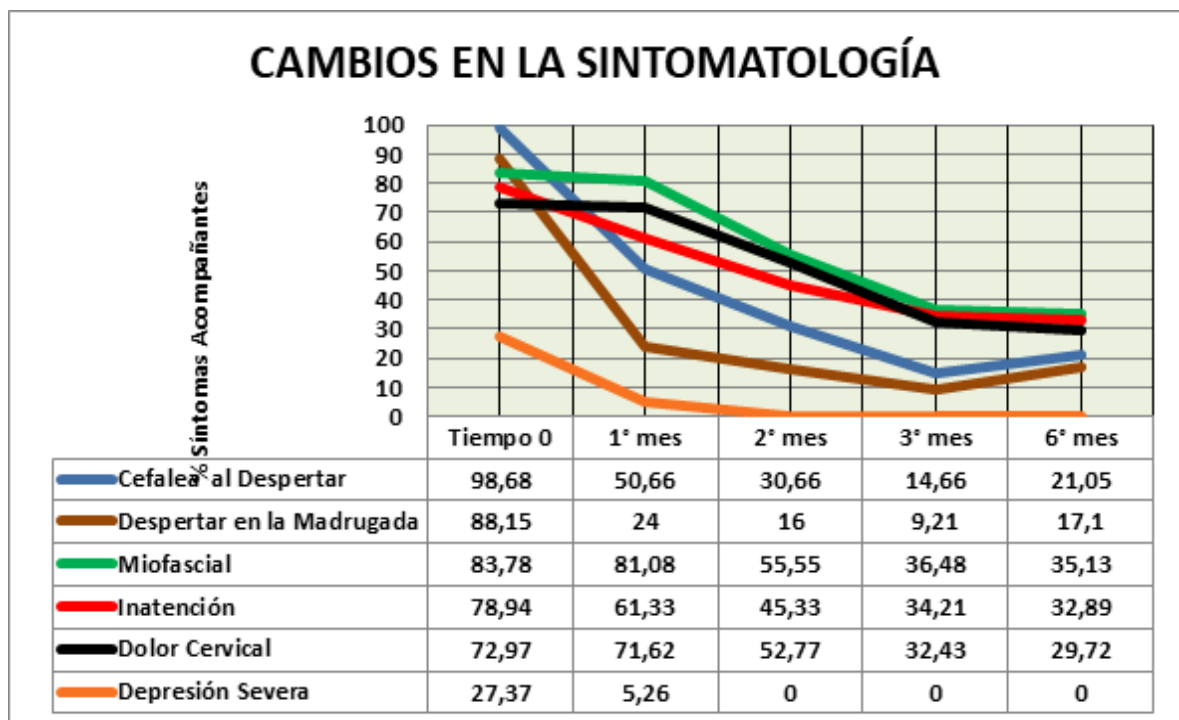
El síndrome miofascial cervical se trata de un trastorno no inflamatorio manifestado por dolor localizado y rigidez, con puntos gatillo que permiten su diagnóstico. Sus 3 componentes básicos: una banda palpable en el músculo afectado, puntos gatillo y un patrón de dolor referido, fueron evaluados clínicamente en cada paciente a través de la historia y examen físico para determinar su presencia. El dolor miofascial fue también

una característica frecuentemente reportada por estos pacientes: Al inicio 83,78% (61 pacientes), 81,08% (60 pacientes) al mes de seguimiento, 55,55% (40 pacientes) a los 2 meses, a los 3 meses 36,48% (27 pacientes) y a los 6 meses 35% (26 pacientes). Observándose una respuesta luego de iniciado el tratamiento. Diferencias estadísticamente significativas respecto al basal (IC 95% χ^2 : $p < 0,001$) Gráfico n°6.

Dolor Cervical

El dolor cervical como síntoma independiente de la presencia o no de síndrome miofascial, evaluado a través de la historia del paciente durante la entrevista es también un síntoma frecuente. En la evaluación previa al inicio del tratamiento 72,97% (54 pacientes) referían dolor cervical, observándose también una caída en durante el seguimiento. Al mes 71,62% (53 pacientes), 52,77% (38 pacientes) a los 2 meses, llegando a 32,43% (24 pacientes) y 29% (22 pacientes) a los 3

Gráfico N°6. Cambios en la sintomatología durante el seguimiento



y 6 meses respectivamente, gráfico n°5. Diferencias estadísticamente significativas respecto al basal (IC 95% χ^2 : $p < 0,001$)

Inatención

La dificultad en sostener la atención enfocada en una tarea es también frecuente entre estos pacientes. Para su evaluación se realizaron preguntas en relación a los 3 meses previos a la consulta: “¿Ha notado mayor dificultad para mantener la atención en tareas que demandan un esfuerzo mental sostenido?”, “¿Se distrae fácilmente por estímulos menores?”, “¿Ha notado mayor dificultad en finalizar trabajos o tareas lúdicas?”, “¿Ha tenido más olvidos de lo habitual”? Se consideró la presencia de inatención con la respuesta afirmativa de alguna de estas preguntas, de esta manera inicialmente 78,94% (60 pacientes) reportaron problemas de atención, al mes, 61,33%, a los 2 meses 45,33%, a los 3 meses 34,21% (26 pacientes) y 32,89% (25 pacientes) a los 6 meses de seguimiento. Diferencias estadísticamente significativas respecto al basal (IC 95% χ^2 : $p < 0,001$). Gráfico n°6

Depresión

Para la evaluación de depresión se utilizó la escala de Zung abreviada, validada en población sudamericana(23), que establece como punto de corte 20-22 puntos para depresión leve, 23-24 puntos depresión leve/moderada, 24-27 puntos depresión moderada y 28 o más puntos depresión severa.

En la evaluación inicial 41 pacientes presentaron puntaje de 24 o más puntos (53,9%) y 21 pacientes (27,37%) presentaron depresión severa (28 o más puntos), con un puntaje promedio de 24,41 puntos (DE 5,226).

Considerando solo el puntaje de corte para depresión severa en la escala Zung abreviada, a los 2, 3 y 6 meses ningún paciente caía en esta categoría.

Al mes el puntaje promedio fue de 20,11 (DE 4,61), a los 2 meses 18,49 (DE 4,82), a

los 3 meses 16,24 (DE 4,68) y a los 6 meses 16,71 (DE 5,61), estos últimos 3 valores bajo el punto de corte para depresión.

Al comparar los valores promedios entre los distintos meses, existe una diferencia estadística en todos respecto al basal (IC 95%; Test de muestras pareadas, Sig. 2-tailed $p < 0,000$), sin diferencia estadística entre el sexto y tercer mes ($p = 0,363$) Gráfico n°6.

Calidad de Vida

Para evaluar la calidad de vida se utilizaron las escalas MIDAS^(24, 25, 26) y HIT-6^(27, 28), ampliamente utilizadas y ya validadas con este propósito. Ambas escalas demostraron una pobre calidad de vida en la primera evaluación, previo al inicio del tratamiento de desintoxicación, y una caída en el grado de severidad de la en las evaluaciones posteriores al inicio del tratamiento de la CAM.

En el caso de la escala MIDAS, a mayor puntaje mayor es el grado de compromiso de la calidad de vida (Grado I: 0-5 puntos; Grado II: 6-10 puntos; Grado III: 11-20 puntos; Grado IV: 21 o más puntos). Esta escala se evaluó al inicio y a los 3 y 6 meses de seguimiento. El puntaje promedio del total de pacientes ($n=76$) en la evaluación inicial fue de 72,08 puntos (DE 60,58), cayendo a 14,39 (DE 13,33) y 11,96 (DE 18,51) a los 3 y 6 meses respectivamente, con una diferencia significativa al comparar el valor promedio basal con el de los 3 y 6 meses (IC 95%, Test de muestras pareadas, $p < 0,0001$), y sin diferencias entre el tercer y sexto mes (IC 95%, Sig. 2-tailed 0,106) Al clasificar el grado de severidad del compromiso de la calidad de vida se obtuvo que el 93,42% (71 pacientes) presentaban limitaciones severas y necesidades de tratamiento (Grado IV) al inicio del tratamiento, y solo un 15,4% (12 pacientes) caía en esta categoría a los 6 meses de seguimiento. Ninguno de los pacientes evaluados obtuvo puntajes para grado I en la escala de MIDAS (limitaciones leves y pocas necesidades de tratamiento) en la

evaluación inicial, sin embargo 25%(n=19) y 52,3%(n=39) calificaban como grado I a los 3 y 6 meses de seguimiento respectivamente. En el gráfico n° 6 pueden observarse los cambios obtenidos en la evaluación de esta escala durante el seguimiento.

Los resultados obtenidos con la escala HIT-6 son similares a los obtenidos con la escala MIDAS. La escala HIT-6 (headache impact test) categoriza los resultados según severidad en: Muy severo (60 o más puntos), severo (56-59), moderado (50-55) y leve o sin impacto (36-49).

El promedio del total de pacientes en la evaluación inicial del HIT-6 fue 65,5 puntos (DE 6,675), cayendo a 51,15 (DE 8,52) en la evaluación del primer mes, 45,75 (DE 9,75) al segundo mes, 41,3 (DE 10,48) a los 3 meses y 41,2 (DE 12,23) a los 6 meses, con diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados respecto al basal desde la evaluación al primer mes de seguimiento (Test de muestras pareadas, IC

95% sig. 2-tail; $p < 0,001$), con diferencias también significativas entre los meses de seguimiento 1,2 y 3($p < 0,001$), pero sin diferencia estadística al comparar el tercer y sexto mes ($p 0,175$).

Al categorizar a los pacientes de acuerdo al grado de severidad en la primera evaluación 81,58% (n=62) tenían puntaje “muy severo”, 7,8 (n=6) “severo” y 10,5 (n=8) “moderado”, destacando que ningún paciente cumplía puntaje para clase “leve o sin impacto en su calidad de vida”. Al igual que en la escala MIDAS se observa un progresivo aumento de pacientes en categoría leve o sin impacto (mejor calidad de vida) una vez iniciado el tratamiento, llegando a 65 (85,5%) y 63 (82,25%) el número de pacientes en categoría leve a los 3 y 6 meses respectivamente, con una caída importante en el número de pacientes con compromiso muy severo de la calidad de vida, llegando solo a 7 (9,2 %) los pacientes en esta categoría a los 3 meses.

DISCUSIÓN

Gráfico N°7. Puntaje MIDAS

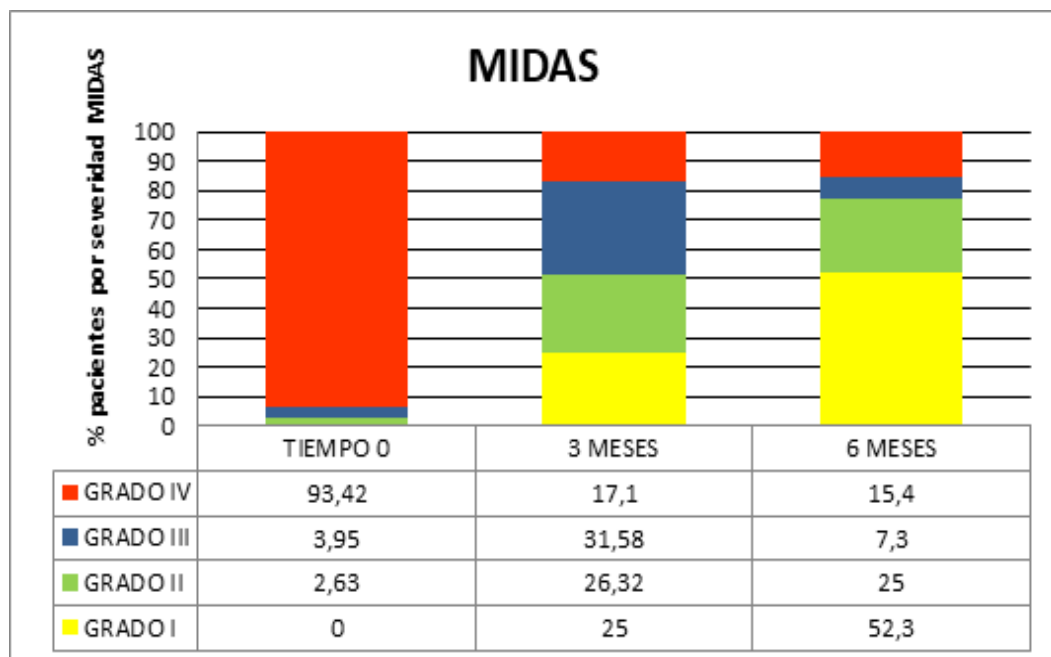
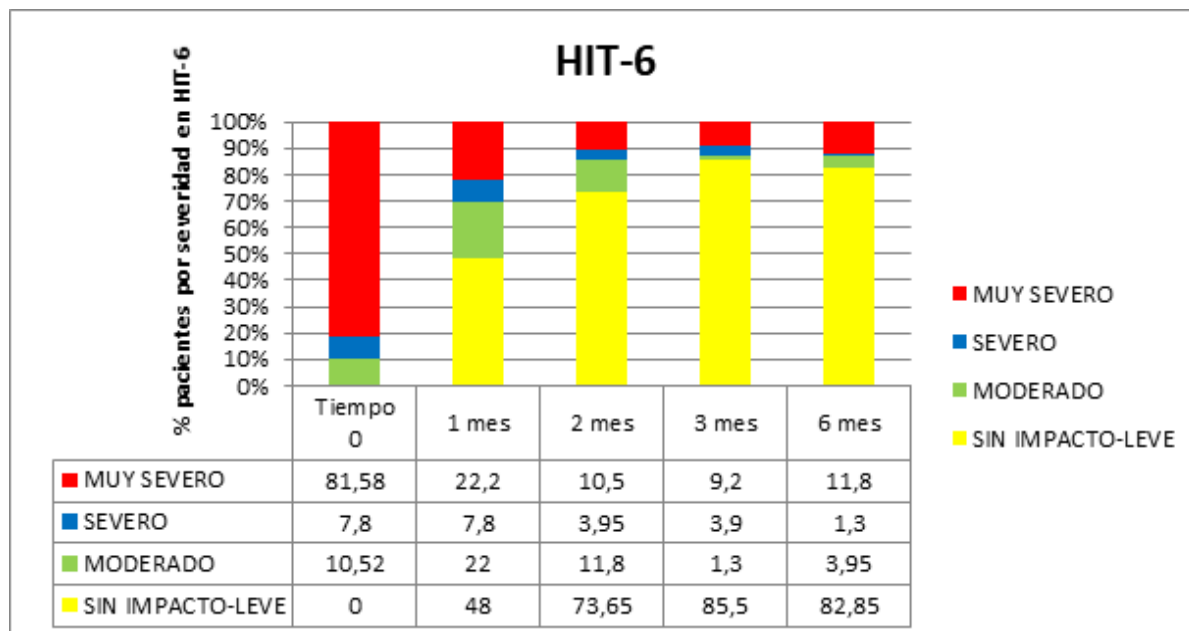


Gráfico N°8. Puntaje HIT



Tradicionalmente el diagnóstico de CAM hasta la actualidad se realiza en base a los criterios planteados por la clasificación de la IHS, que toma en cuenta básicamente el parámetro de frecuencia (más de 15 días por mes) y el parámetro de abuso de medicamentos, sin embargo en la práctica clínica los pacientes relatan otros síntomas adicionales, a saber: despertar en la madrugada por cefalea, despertar en la mañana con dolor de cabeza, depresión, inatención, dolor cervical y síndrome miofascial cervicobraquial, que a pesar de no estar incluidos dentro de los criterios de clasificación agregan una sólida ayuda para el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento de esta patología.

Este trabajo evidencia que los síntomas previamente descritos tienen una presencia muy alta, sobre el 80-90% de los pacientes, lo que consideramos de extrema importancia para reforzar los criterios de la IHS y conseguir una mayor precisión y utilidad en

el manejo de esta patología.

Existen situaciones específicas en que ayudan a plantear el diagnóstico precozmente, como por ejemplo en pacientes que abusando de medicamentos, presentan una frecuencia de crisis menor de 15 días al mes, pero que presentan los síntomas anteriormente descrito, lo que permite hacer el diagnóstico e iniciar precozmente el tratamiento. Lo mismo ocurre en pacientes con cefalea crónica que no cumplen con los criterios de abuso planteados por la IHS. El autor sugiere que algunos de los síntomas descritos debieran ser incluidos en próximas clasificaciones de cefalea por abuso de medicamentos.

Resumen

Introducción: Los marcadores clínicos de la cefalea por uso excesivo de medicación (CMA) se basan en la clasificación de las cefaleas desarrollada por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). Esta clasificación incluye sólo dos criterios: la frecuencia de los días de cefalea debe ser de 15 o más días al mes durante al menos tres o más meses; - y el número de días de uso excesivo de la medicación debe ser de 10 o 15 días al mes dependiendo del tipo de medicación. Sin embargo, los pacientes suelen tener otros marcadores clínicos asociados distintos, que la mayoría de los médicos pasan por alto durante la evaluación inicial. **Metodología:** Este estudio es un estudio prospectivo, longitudinal y observacional de 76 pacientes ingresados en la Unidad de Cefaleas del hospital DIPRECA. Todos ellos fueron diagnosticados de HMO según los criterios establecidos por su ICHD III beta.(1) Los pacientes recibieron un tratamiento estándar que incluía desintoxicación y medicación preventiva y fueron seguidos durante 6 meses. Se registraron los síntomas de interés en cada visita de seguimiento clínico y se administraron escalas de evaluación como Zung, MIDAS, HIT-6. **Resultados:** Los medicamentos sobreutilizados incluyeron antiinflamatorios no esteroideos (AINE), triptanes y cornezuelos. Los síntomas clínicos más significativos asociados fueron: despertar por la mañana con dolor de cabeza, despertar al paciente al amanecer por dolor de cabeza, dificultades de atención, depresión, dolor cervical y síndrome de dolor miofascial. Todos los síntomas mejoraron significativamente al iniciar el tratamiento, al igual que la calidad de vida medida por las escalas MIDAS y HIT-6. **Discusión:** Al evaluar a los pacientes con HMO, hay que tener en cuenta tanto los criterios diagnósticos de la ICHD III beta como los síntomas comunes y específicos que se observan en la mayoría de los casos de HMO.

Palabras clave: cefalea por abuso de medicación, migraña crónica, ICHD-III beta, depresión, despertares matutinos, calidad de vida, MIDAS, HIT-6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Da Silva AN, Lake AE. Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache*. 2014;54(1):211-217.
2. Katsarava Z, Obermann M. Medication Overuse Headache. *Curr Opin Neurol*. 2013 Jun;26(3):276-81.
3. Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, Cady R, Markley H, Weeks R, Saiers J, Fox AW. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache*. 1996;36(1):14
4. Brandes JL, Roberson SC, Pearlman SH. Quetiapine for migraine prophylaxis. *Headache*. 2002; 42:450-451
5. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. *Neurology* 2008; 71: 1821–28.
6. Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, et al. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006; 26: 1434–42.
7. Stefan Evers, Martin Marziniak. Clinical

- features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010; 9: 391–401
8. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment Espen Saxhaug Kristoffersen and Christofer Lundqvist
 9. Giamberardino MA, Mitsikostas D-D, Martelletti P. Update on Medication-Overuse Headache and Its Treatment. *Curr Treat Options Neurol*. 2015;17(8):37. doi:10.1007/s11940-015-0368-z.
 10. Smith JH, Schwedt TJ. Consensus treatment of medication overuse headache in Latin America and Europe. *Cephalalgia*. 2014;34(9):643-644. doi:10.1177/0333102414521512.
 11. Giacomozzi, Alex Rodrigo Espinoza et al. Latin American consensus on guidelines for chronic migraine treatment. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2013, vol.71, n.7 [cited 2015-09-24], pp. 478-486 .
 12. Coskun O, Ücler S, Cavdar L, Inan LE. Effect of valproic acid on withdrawal therapy in patients with overuse of chronic daily headache medications. *J Clin Neurosci*. 2007;14(4):334-339. doi:10.1016/j.jocn.2006.01.014.
 13. Sarchielli P, Messina P, Cupini LM, et al. Sodium valproate in migraine without aura and medication overuse headache: A randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(8):1289-1297. doi:10.1016/j.euroneuro.2014.03.010.
 14. H-C Diener et al. Topiramate Reduces Headache Days in Chronic Migraine: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Cephalalgia* July 2007 27: 814-823
 15. Mei D, Ferraro D, Zelano G, et al. Topiramate and triptans revert chronic migraine with medication overuse to episodic migraine. *Clin Neuropharmacol* 2006;29: 269–75.
 16. Silberstein SD, Blumenfeld AM, Cady RK, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: PREEMPT 24-week pooled subgroup analysis of patients who had acute headache medication overuse at baseline. *J Neurol Sci*. 2013;331(1-2):48-56. doi:10.1016/j.jns.2013.05.003.
 17. C. Ertsey, É. Csépany, G. Bozsik, et al. Headache Quality of life measured by the Comprehensive Headache-related Quality of life Questionnaire improves after successful detoxification of medication overuse headache. *Journal of the Neurological Sciences* 333 (2013) e481–e518
 18. Munksgaard SB, Jensen RH. Medication overuse headache. *Headache*. 2014;54(7):1251-1257. doi:10.1111/head.12408.
 19. Radat F, Creac’h C, Swendsen JD, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia* 2005; 25: 519–22.
 20. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211–7.
 21. Cupini LM, De Murtas M, Costa C, et al. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache* 2009; 49: 1005–13.
 22. Green MW. Headaches: Psychiatric Aspects. *Neurol Clin*. 2011;29(1):65-80. doi:10.1016/j.ncl.2010.10.004.
 23. Alberto Campo, Luis Alfonso Díaz, Germán Eduardo Rueda. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga. *Biomédica* 2006;26:415-423.
 24. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology* March

- 1, 2001 vol. 56 no. suppl 1 S20-S28
25. Fernández-Concepción, O., and L. Canuet-Delis. "Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes." *Rev Neurol* 2003;36:1105-1112.
26. Silva, José Adenis, Bladimir Gómez, and Ramón Quintero. "Determinación del índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá." *Acta Neurol Colomb* 24.3 (2008).
27. Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*. 2011;31(3):357-367. doi:10.1177/0333102410379890.
28. Gandek, B., Alacoque, J., Uzun, V., Andrew-Hobbs, M., & Davis, K. (2003). Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. *Quality of Life Research*, 12(8), 975-979.

Correspondencia a:
Nelson Barrientos
barrientosmendoza@gmail.com