



**CURSO ON-LINE**

**ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS**

**MÓDULO 4**

**TRATAMIENTO PREVENTIVO Y  
SINTOMÁTICO DE LAS CEFALEAS**



## SUMARIO

- 1. Tratamiento de la migraña episódica**
  - 2. Tratamiento de la migraña crónica**
  - 3. Tratamiento de la cefalea tensional**
  - 4. Tratamiento de las cefaleas trigémino-autonómicas**
    - 4.1 Cefalea en racimos**
    - 4.2 Cefalea hemicránea paroxística**
    - 4.3 Cefalea neuralgiforme de breve duración (SUNCT y SUNA)**
    - 4.4 Cefalea hemicránea continua**
- Bibliografía**



A la hora de elegir el tratamiento más indicado en cada paciente con cefalea, habrá que identificar si se encuentra en un episodio de crisis para el cual necesite un tratamiento sintomático o una situación más a medio plazo, planteando un tratamiento preventivo. Por ello, se expone por separado el tratamiento sintomático y el preventivo para cada tipo de cefalea primaria.

## **1. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA**

### **A. Tratamiento sintomático:**

Una vez establecido el diagnóstico de migraña, es importante explicar al paciente la tendencia a la recurrencia que tiene la enfermedad. También cobra relevancia la educación hacia la toma de medidas para evitar factores desencadenantes. Éstos son particulares en cada paciente, pero los 5 más frecuentes son: estrés, insomnio, cambios hormonales, ayuno y cambios atmosféricos.<sup>1</sup>



En un paciente con migraña, ya sea episódica o crónica, la toma de medidas preventivas sobre estos factores desencadenantes no controla la enfermedad por sí misma. El tratamiento sintomático, el que ayuda a paliar las crisis, debe plantearse en todos los casos. El objetivo de este tratamiento será recuperar la funcionalidad; y será individualizado para cada paciente. La mayoría de ellos no requerirán de tratamiento preventivo si el tratamiento sintomático está optimizado.



En la migraña existen tratamientos inespecíficos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o los analgésicos, tratamientos específicos como los triptanes, y adyuvantes como los antieméticos. Es importante no usar en exceso fármacos analgésicos como mórficos, codeína, tramadol, cafeína, paracetamol o AINEs por el riesgo de desarrollar **cefalea por abuso de medicación**, aquella en la que en más de 14 días al mes se utiliza un fármaco inespecífico o más de 9 días si es un triptán u opioide.<sup>2</sup>

A la hora de elegir el tratamiento sintomático es primordial valorar las comorbilidades y la experiencia previa de cada paciente con cada fármaco. Cuanto antes se administre el tratamiento, mayor será la eficacia. Es fundamental insistir en la **importancia del tratamiento precoz**. En caso de síntomas vegetativos importantes asociados habrá que tener en cuenta la vía de administración (oral versus intranasal, subcutánea, etc.) y el uso precoz de procinéticos o antieméticos.

### • Crisis leves de migraña

Para el tratamiento de las crisis leves, el paracetamol o el metamizol son fármacos considerados poco efectivos. En cambio, los AINEs poseen alta evidencia (I) para el control de este tipo de crisis; preferiblemente en combinación con metoclopramida o domperidona.<sup>3,4</sup> (Tabla 1)



**Tabla 1.**  
AINE recomendados para crisis de migraña

Fármaco	Dosis recomendada (vía de administración)
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg (vía oral)
Naproxeno sódico	550-1100 mg (vía oral)
Ibuprofeno	600-1200 mg (vía oral)
Diclofenaco sódico	50-100 mg (vía oral); 100 mg (vía rectal)
Dexketoprofeno	25-50 mg (vía oral); 50 mg (vía parenteral)

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.



En paciente diagnosticado de migraña episódica y sin comorbilidades, una buena opción sería usar ibuprofeno o naproxeno sódico al inicio de la crisis, junto con metoclopramida o domperidona, ya que tienen efecto sinérgico; y hacer hincapié en las medidas para evitar factores desencadenantes, si los tuviese

- **Crisis moderada-graves de migraña**

El tratamiento de elección son los **triptanes**,<sup>5-7</sup> fármacos agonistas selectivos de los receptores 5-HT 1B/1D/1F. Son tratamientos específicos y seguros. Sin embargo, al ser fármacos vasoconstrictores están contraindicados en pacientes con enfermedad coronaria, vascular periférica, cerebrovascular, e hipertensión arterial de mal control.<sup>8-10</sup> También tienen indicación en crisis leves refractarias al tratamiento convencional.

La elección personalizada del triptán depende de las características de las crisis de migraña. El fracaso a un triptán no condiciona que este grupo de fármacos no sea útil, dado que se puede aumentar dosis, cambiar de triptán o modificar la formulación galénica. Como se muestra en la **Tabla 2**, es importante identificar el “triptán ideal” para cada paciente.<sup>4</sup> El triptán se debe utilizar al inicio de la crisis de cefalea migrañosa. Cuanto antes mejor. Se puede utilizar de manera conjunta con AINEs. Se puede repetir la toma de triptán a las 2 horas del previo, pero máximo 2 dosis al día.

Los triptanes más utilizados en la práctica clínica habitual son:

- Sumatriptán 50 mg vía oral.
- Zolmitriptán 2,5 mg y 5 mg vía oral.
- Almotriptán 12,5 mg vía oral.
- Rizatriptan 10 mg vía oral.

En caso de pacientes con importante cortejo vegetativo o intolerancia oral, las formas intranasales o subcutáneas son una buena opción. Además, las formas intranasales tienen un efecto de acción rápido. Los triptanes con esta formulación galénica más utilizados son:

- Zolmitriptán 5 mg vía nasal.
- Sumatriptán 10 o 20 mg vía nasal o 6 mg vía subcutánea.



## ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

### MÓDULO 4

En caso de pacientes con importante cortejo vegetativo al inicio (náuseas, vómitos) o intolerancia oral, la formulación intranasal es una buena opción, entre ellas se podría optar por zolmitriptán 5 mg intranasal



Para las crisis de larga duración se puede utilizar frovatriptán 2,5 mg vía oral o eletriptán 20 mg o 40 mg vía oral, así como el naratriptán 2,5 mg vía oral, ya que su efecto es más mantenido. Para las crisis más invalidantes, puede optarse por un triptán de mayor rapidez de acción como rizatriptán 10 mg vía oral y eletriptán 20 o 40 mg vía oral.<sup>4</sup>

Una buena primera opción para un paciente con una crisis de migraña estándar podría ser utilizar un triptán junto a procinéticos.



**Tabla 2.**

Triptanes recomendados en función de las características del ataque de migraña<sup>4</sup>

Fármaco (vía de administración)	Indicación
Sumatriptán 50 mg (oral)	Crisis migraña estándar. Pacientes en riesgo de embarazo
Sumatriptán 6 mg (subcutánea)	Dolor importante resistente a vía oral y nasal
Sumatriptán 20 mg (nasal)	Crisis resistentes. Vómitos importantes
Sumatriptán 10 mg (nasal)	Niños y adolescentes
Zolmitriptán 2,5 y 5 mg (oral)	Crisis migraña estándar
Zolmitriptán 5 mg (nasal)	Crisis resistentes. Vómitos o náuseas importantes. Niños y adolescentes. <sup>11</sup> También niños y adolescentes además de ser el único nasal con indicación para cefalea en racimos
Naratriptán 2,5 mg (oral)	Crisis leves-moderadas de larga duración
Rizatriptán 10 mg (oral)	Crisis graves, de corta duración
Almotriptán 12,5 mg (oral)	Crisis migraña estándar. Niños y adolescentes
Eletriptán 20 mg y 40 mg (oral)	Crisis graves y larga duración
Frovatriptán 2,5 mg vía (oral)	Crisis leves-moderadas de larga duración

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.

### Manejo de crisis de migraña en Servicios de Urgencia de Atención Primaria u Hospitalaria

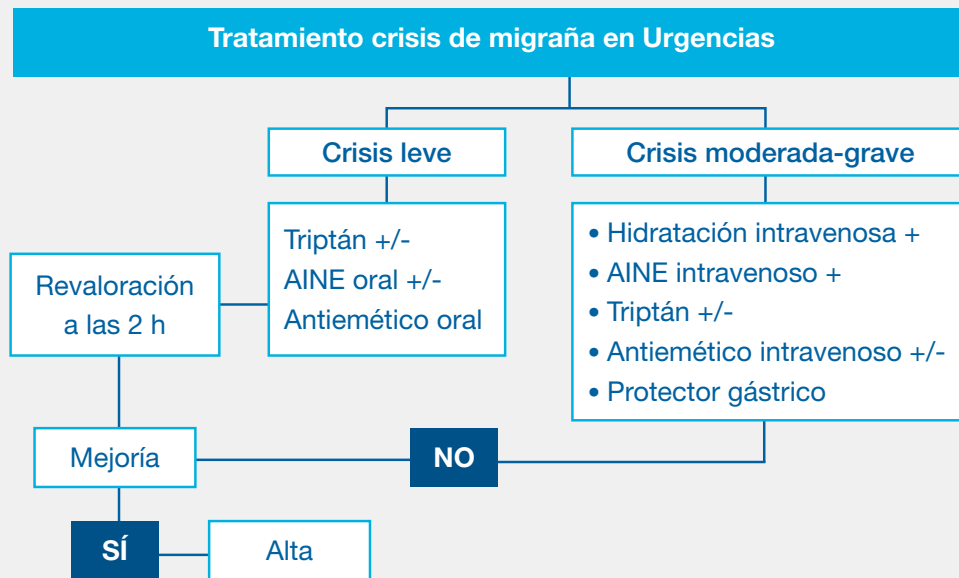
Si el paciente con migraña acude al servicio de Urgencias por una crisis de migraña, generalmente es porque ha sido refractaria a su tratamiento habitual. En otras ocasiones, son crisis leves o la primera vez que el paciente tiene una crisis de migraña.

Si la crisis es leve, se plantea el tratamiento descrito previamente. Si a pesar de ello, el paciente sigue con síntomas, o éstos son incapacitantes; se plantea hidratación abundante, y el uso de medicación intravenosa (desketoprofeno 50 mg vía intravenosa +/- metoclopramida 10 mg vía intravenosa). El triptán está indicado en esos casos, siempre que el paciente aún no lo haya utilizado y no existen contraindicaciones para su uso. **(Figura 1)** Si 2 horas después de haber iniciado el tratamiento, existe refractariedad al tratamiento se aconseja consultar con un neurólogo o iniciar tratamiento de status migrañoso.<sup>12</sup>

El estatus migrañoso es una condición en la que la crisis de migraña dura más de 72 horas y se acompaña de importantes náuseas y vómitos. El tratamiento utilizado se basa en uso de corticoides intravenosos con pauta descendente posterior, ácido valproico intravenoso o incluso bloqueos nerviosos selectivos. **(Figura 2)**



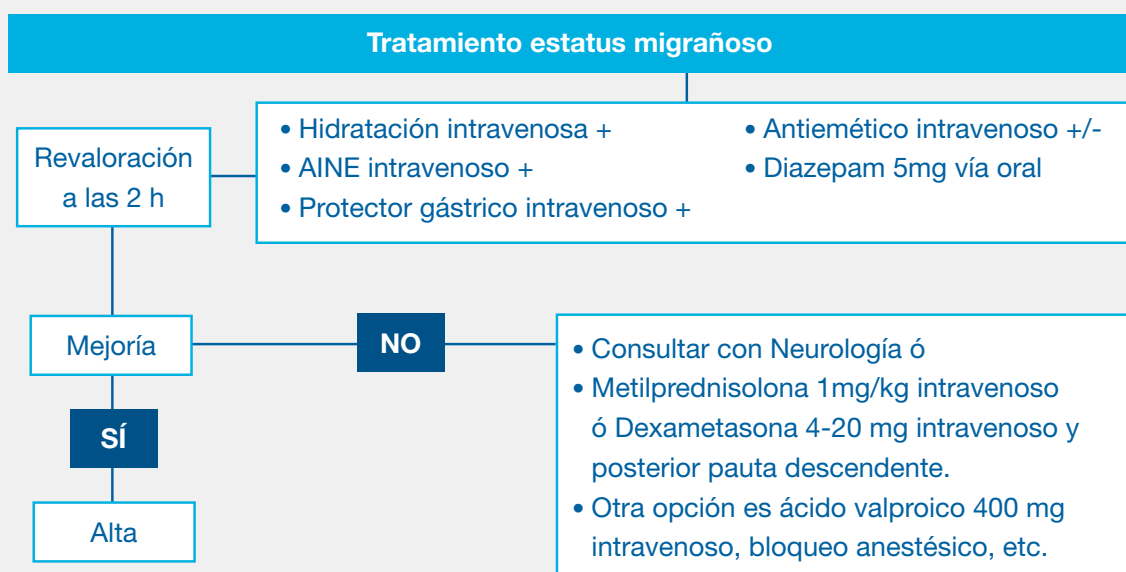
**Figura 1.**  
Recomendaciones de tratamiento de migraña en Urgencias



Adaptado de Pozo Rosich P, et al. Esquema Terapéutico en urgencias de las cefaleas primarias y neuralgias. En Guía Práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. 2016.



**Figura 2.**  
Tratamiento del estatus migrañoso



Adaptado de Pozo Rosich P, et al. Esquema Terapéutico en urgencias de las cefaleas primarias y neuralgias. En Guía Práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. 2016.



### B. Tratamiento preventivo:

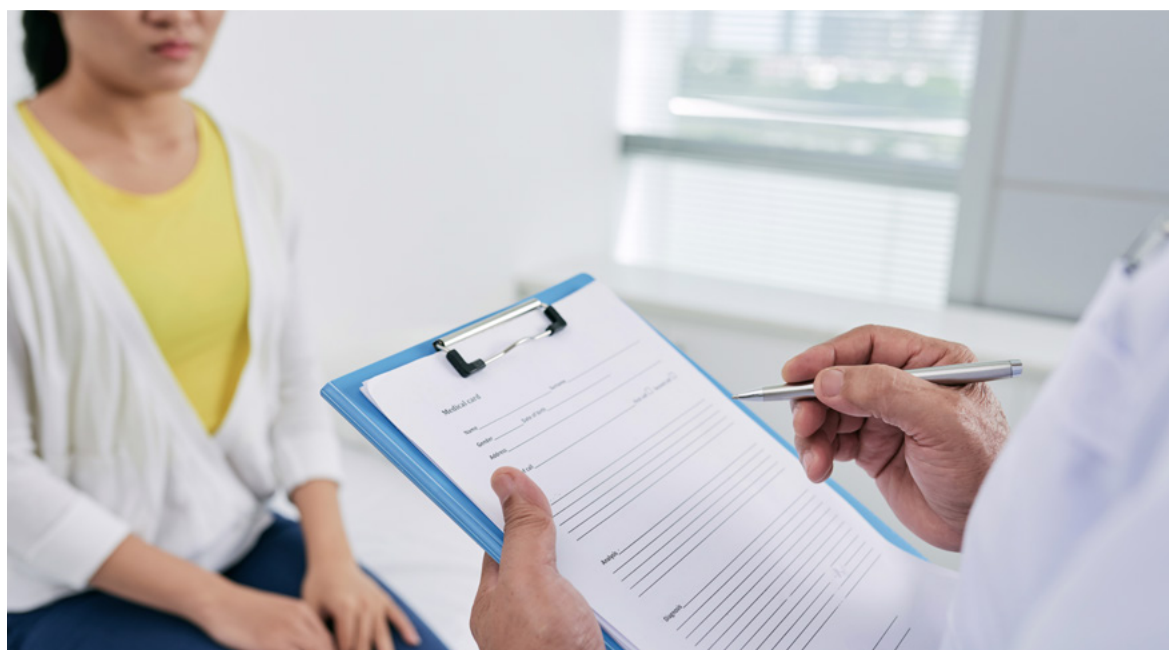
A la hora de iniciar el tratamiento preventivo de la migraña se deben tener en cuenta los siguientes puntos clave:

- El objetivo principal es reducir la frecuencia de crisis de migraña. También es importante hacer que las crisis sean más leves y reducir los días con cefalea.
- La dosis necesaria debe alcanzarse de manera paulatina.
- Para que un fármaco se considere ineficaz debe mantenerse mínimo 3 meses.

Los criterios de inicio de tratamiento preventivo en migraña episódica son:<sup>4</sup>

- 3 o más crisis de migraña al mes.
- Menos de 3 crisis al mes, pero son invalidantes.
- Pacientes que toman tratamiento sintomático más de 2 veces a la semana.
- Auras invalidantes o prolongadas.

No existe un tratamiento preventivo ideal ni por posología ni por eficacia. La **elección** de un fármaco preventivo en la migraña debe ser **individualizada**, según las comorbilidades o preferencias vitales sociales o familiares de cada uno, o la intolerancia a efectos adversos (ganancia de peso, temblor, rendimiento deportivo, etc.). En los ensayos comparativos entre distintos fármacos preventivos no ha habido diferencias significativas.<sup>4</sup>





Existen diversos grupos farmacológicos utilizados para el tratamiento preventivo de migraña episódica.

- **Beta bloqueantes:** son fármacos con alta eficacia para el tratamiento preventivo. Es importante conocer sus efectos adversos más comunes: bradicardia, disminución de rendimiento deportivo, mareo, náuseas, hipotensión ortostática, broncoconstricción, impotencia, etc. A veces estos efectos adversos podrían resultar beneficiosos en pacientes con comorbilidad y migraña con indicación de tratamiento preventivo: ansiedad, taquicardia, temblor esencial, etc. Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.
  - **Propranolol:** es el fármaco estándar, con un nivel de eficacia I.<sup>13</sup> La dosis mínima diaria eficaz es 40 mg, la recomendada diaria 60 mg y la máxima diaria 160 mg. Se puede utilizar cada 12 horas o cada 8 horas.
  - Nadolol: tiene un nivel de eficacia II. La dosis mínima eficaz diaria es 40 mg, la dosis recomendada diaria es de 60 mg y la máxima diaria de 160 mg. Se utiliza cada 24 horas.
  - Nebivolol: es un fármaco algo mejor tolerado que el propranolol, con una sola dosis diaria y con bajo riesgo de disfunción erectil. La dosis recomendada diaria es 5 mg cada 24 horas.
- **Neuromoduladores:** son fármacos ideados contra otro tipo de enfermedades en los que se ha demostrado que tienen eficacia para la prevención de migraña.
  - **Topiramato:** tiene un nivel de eficacia I. La dosis mínima eficaz diaria son 50 mg, la dosis recomendada diaria son 100 mg y la máxima diaria son 200 mg; dividido en 2 dosis. Tiene como efectos adversos más frecuentes pérdida de peso, temblor, parestesias y disminución de rendimiento cognitivo. Puede ser útil en pacientes con sobrepeso. Está contraindicado si nefrolitiasis o glaucoma. Puede disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales.<sup>14</sup> Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.
  - Zonisamida: no tiene el nivel de evidencia que el topiramato, pero tiene un mejor perfil de efectos secundarios.<sup>15</sup>
  - Ácido valproico: está contraindicado en pacientes en edad fértil. Tiene un nivel de evidencia I. La dosis mínima eficaz diaria son 300 mg, la dosis recomendada diaria son 500 mg y la máxima diaria 1500 mg, administrándose cada 12 u 8 horas. Produce hepatotoxicidad, tiene efecto teratogénico.<sup>16</sup> Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.
- **Antagonistas del calcio:** el único que tiene un nivel de evidencia I para el tratamiento preventivo de la migraña es la **flunarizina** y es el único utilizado en España. Es un fármaco cuya dosis mínima diaria eficaz es 2,5 mg, la dosis recomendada diaria es 5 mg y la



máxima diaria 10 mg, administrado cada 24 horas. Como efectos adversos más importantes destaca la depresión, parkinsonismo y aumento de peso. Puede ser especialmente útil en pacientes que padezcan de vértigos y migraña. Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.

- **Antidepresivos:** al igual que los neuromoduladores, son fármacos ideados para otro tipo de enfermedades, pero con un nivel de evidencia alto para el tratamiento preventivo de migraña.
  - **Amitriptilina:** es un antidepresivo tricíclico, con un nivel de evidencia I. La dosis recomendada diaria son 25 mg y la dosis máxima diaria son 75 mg, administrado cada 24 horas; cada paciente requiere una dosis individualizada, aumentándola progresivamente hasta que note sequedad de boca o somnolencia nocturna. Es especialmente útil en pacientes con insomnio, ansiedad, o depresión. Sus efectos adversos más comunes son la sequedad de boca, el estreñimiento, la somnolencia o el aumento de peso.<sup>17</sup> Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.
  - Venlafaxina: es un inhibidor dual con un nivel de evidencia de II. La dosis mínima diaria eficaz es 37,5 mg, la dosis recomendada diaria son 50 mg y la dosis máxima diaria son 75 mg, administrado cada 24 horas. Es especialmente útil en pacientes con coexistencia de depresión.<sup>18</sup> Se debe hacer un ascenso de dosis paulatino y según tolerancia.
  - Duloxetina: a dosis de 30-60 mg por la mañana.
- **Antihipertensivos:** pueden ser sustitutos de los betabloqueantes en algunos pacientes con HTA como comorbilidad. Su nivel de evidencia es II. Los más usados son el lisinopril y el candesartán.<sup>19,20</sup>
- **Otros tratamientos:**
  - Existen alternativas naturales para el tratamiento preventivo de migrañas episódicas con intensidad baja en las crisis, que tienen un nivel de evidencia II. Por ejemplo, el magnesio, la riboflavina o la melatonina.<sup>21,22</sup>
  - La toxina botulínica tipo A podría tener un efecto beneficioso en pacientes con migraña episódica de alta frecuencia que no toleren o respondan a preventivos orales.

En la **Tabla 3** se exponen los principales fármacos preventivos con sus dosis recomendadas.<sup>23</sup>



El fármaco preventivo de elección depende de las particularidades de cada paciente. Los fármacos que pueden considerarse de primera elección son los betabloqueantes y el topiramato; quedando por detrás de estos la flunarizina en pacientes jóvenes, la amitriptilina, el ácido valproico, lisinopril, candesartán, etc



**Tabla 3.**

Fármacos utilizados en tratamiento preventivo de migraña, con dosis recomendadas

Fármaco	Dosis mínima eficaz	Dosis recomendada	Dosis máxima	Intervalo
<b>Beta bloqueantes</b>				
Propranolol	40 mg/día	60 mg/día	160 mg/día	Cada 8 o 12 h
Nadolol	40 mg/día	60 mg/día	160 mg/día	Cada 24 h
Nebivolol	2,5 mg/día	5 mg/día	10 mg/día	Cada 24 h
<b>Neuromoduladores</b>				
Topiramato	50 mg/día	100 mg/día	200 mg/día	Cada 12 h
Zonisamida	75 mg/día	100 mg/día	150 mg/día	Cada 24 h
Ácido valproico	300 mg/día	600 mg/día	1500 mg/día	Cada 8 o 12 h
<b>Antihipertensivos</b>				
Lisinopril	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día	Cada 12 o 24h
Candesartán	8 mg/día	16 mg/día	32 mg/día	Cada 24 h
<b>Calcio antagonistas</b>				
Flunarizina	2,5 mg/día	5 mg/día	10 mg/día	Cada 24 h
<b>Antidepresivos</b>				
Amitriptilina	10 mg/día	25 mg/día	75 mg/día	Cada 24 h
Venlafaxina	37,5 mg/día	50 mg/día	75 mg/día	Cada 24 h

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.



## ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

### MÓDULO 4



**Tabla 4.**

Indicaciones, precauciones y contraindicaciones de los tratamientos preventivos de la migraña

Fármaco	Considerar en	Precaución por	Contraindicado si
Betabloqueantes	Hipertensión Ansiedad Temblor esencial	Hipotensión Fatiga Impotencia Diabetes Depresión	Insuficiencia cardiaca grave EPOC Asma Bloqueo AV de 2º o 3er grado Arteriopatía periférica grave Síndrome de Raynaud
Topiramato/ Zonisamida	Sobrepeso Epilepsia	Parestesias distales Pérdida de peso Síntomas cognitivos Disgeusia Depresión	Nefrolitiasis Embarazo Glaucoma Insuficiencia renal Alérgicos a sulfamidas
Ácido valproico	Epilepsia	Náuseas/vómitos Somnolencia Sobrepeso Temblor Alteración ciclo mensual Alopecia	Hepatopatía Trastorno metabolismo aminoácidos Mujer en edad fértil Embarazo Trombocitopenia Pancreatitis
Lisinopril	Hipertensión	Tos Fatiga Hipotensión Taquicardia refleja Insuficiencia renal	Estenosis bilateral de arteria renal Embarazo Angioedema previo
Candesartán	Hipertensión	Fatiga Hiperpotasemia Insuficiencia renal	Gota Estenosis bilateral arteria renal Hiperaldosteronismo Embarazo
Flunarizina	Adolescentes Bajo peso Ansiedad Insomnio Vértigos	Sobrepeso Depresión Somnolencia Galactorrea Síndrome parkinsoniano	Depresión Cardiopatía Parkinson Embarazo Lactancia
Amitriptilina	Depresión Ansiedad Insomnio	Somnolencia Estreñimiento Sequedad oral Retención de orina Síntomas cognitivos Palpitaciones	IAM reciente Glaucoma Embarazo Epilepsia Trastorno bipolar con manía Hiperplasia próstata
Venlafaxina	Depresión	Astenia Disfunción eréctil	Ideación autolítica Embarazo

Adaptado de Guerrero AL, et al. Tratamiento preventivo de la migraña. En Actualización en las opciones terapéuticas en cefalea. 2017.



## 2. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA

El concepto de migraña crónica ha evolucionado hasta los criterios actuales, como se ha mencionado en el módulo II:<sup>24</sup>

Es importante conocer que una tasa del 2,5% anual se transforma de migraña episódica a crónica.<sup>25</sup> Existen una serie de factores de riesgo relacionados con la cronificación de la migraña. Es importante conocerlos para poder actuar sobre los modificables.<sup>24</sup>

- Factores de riesgo no modificables: predisposición genética, intensidad elevada, sexo femenino, raza blanca, separación, estatus educacional o socioeconómico bajo, maltrato/abusos en la infancia, traumatismo craneal.
- Factores de riesgo modificables: frecuencia de crisis elevada, uso excesivo de medicación, obesidad, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, abuso de cafeína, estrés.



El abordaje de un paciente con migraña crónica es complejo, es necesario, para ello, recibir una adecuada educación sanitaria, negociar las expectativas terapéuticas e intentar modificar los factores de riesgo o desencadenantes.<sup>24</sup> Todas estas medidas deben ser implementadas junto al tratamiento médico.



### A. Tratamiento sintomático

Es similar al mencionado para la migraña episódica, teniendo aún más en cuenta las peculiaridades de cada paciente. El número máximo de días al mes con consumo de AINES es 14 y de triptanes 9. En caso de que se utilicen en exceso, es necesaria su retirada; que puede ser paulatina si son fármacos con poder adictivo (opioides, barbitúricos, etc.) o abrupta, como AINEs o triptanes.

### B. Tratamiento preventivo

Sólo existen dos intervenciones terapéuticas con un nivel de evidencia I, que son el topiramato y la toxina botulínica onabotulinumtoxinA.

- Entre el tratamiento farmacológico se pueden utilizar fármacos como el propranolol, el **topiramato**, el ácido valproico, la zonisamida y la flunarizina; con el mismo perfil de paciente que se comentó para la migraña episódica y mismas dosis.<sup>25-30</sup>
- Existen otras opciones terapéuticas para el tratamiento preventivo de la migraña crónica.
  - La **onabotulinumtoxinA** se aprobó en España en 2012, y se utiliza en pacientes con refractariedad a dos tratamientos preventivos, siendo al menos uno de ellos beta-bloqueante o topiramato; o pacientes en los que están contraindicados o no los toleran. Los ensayos clínicos han demostrado disminuir el número de días con cefalea y el uso de tratamiento sintomático.<sup>31-34</sup> Se realiza su inyección en diferentes localizaciones cráneo-cervicales según un protocolo específico.
  - El bloqueo anestésico del nervio occipital también puede ser empleado.<sup>35</sup>
  - Anticuerpos monoclonales frente al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina, recientemente aprobados en nuestro medio.

## 3. TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL

En todas las cefaleas primarias, pero en particular en la cefalea tensional es importante la comunicación con el paciente. Debe valorarse el uso de terapias no farmacológicas, e intentar hacerle comprender la naturaleza benigna de la enfermedad.

### A. Tratamiento sintomático

El tratamiento farmacológico de los episodios de cefalea tensional son los AINE: ibuprofeno, naproxeno, ketoprofeno; y también el paracetamol. Es importante advertir del uso cuidadoso de esta medicación para no desarrollar una cefalea por abuso de medicación.<sup>36</sup>



#### B. Tratamiento preventivo

Se basa en el uso de antidepresivos, con dosis generalmente inferiores a las utilizadas en trastornos psiquiátricos:

- **Amitriptilina:** tiene un nivel de evidencia I. Se recomienda usarlo 6 meses, con dosis mínima de 10 mg, dosis recomendada de 25 mg al día y dosis máxima de 75 mg al día, administrados cada 24 horas. Se puede utilizar en niños y adolescentes.<sup>37</sup>
- Nortriptilina: es utilizada en pacientes que no toleran amitriptilina. Su dosis mínima eficaz es de 10 mg al día, la dosis recomendada es de 50 mg al día y la máxima es de 100 mg al día, administrados cada 24 horas.
- Mirtazapina: tiene un nivel de evidencia I. La dosis mínima eficaz son 30 mg al día, la recomendada son 60 mg al día y la máxima son 90 mg al día, administrados cada 24 horas.<sup>38</sup>
- Los ISRS son menos eficaces, pero se prefieren en embarazo y lactancia debido a su menor efecto teratogénico (Categoría B).

**En el tratamiento sintomático de la cefalea tensional se debe utilizar paracetamol o AINEs, y antidepresivos tricíclicos para la prevención**



## 4. TRATAMIENTO DE LAS CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS

Al igual que en el resto de cefaleas, en las trigémino autonómicas el tratamiento se puede diferenciar en sintomático y preventivo.

### 4.1 CEFALEA EN RACIMOS

**El tratamiento de la cefalea en racimos tiene tres fases: el tratamiento sintomático, el tratamiento preventivo a corto plazo y el preventivo a largo plazo**

#### A. Tratamiento sintomático

Es el utilizado en las crisis de dolor.

- Triptanes: son el tratamiento de elección. Se puede utilizar sumatriptan 6 mg subcutáneo, zolmitriptán, en su formulación intranasal (5 mg).<sup>11</sup> Máximo dos dosis al día.<sup>39</sup>
- Oxígeno: el oxígeno a alto flujo con una mascarilla que cubra nariz y boca a unos 12-15 litros/minuto durante 15 minutos, tiene un nivel de evidencia I.<sup>40</sup>
- Lidocaína intranasal: se suele administrar 1 ml al 4-10% en la fosa nasal ipsilateral al dolor. Su efecto es rápido, pero menos eficaz que los triptanes.

#### B. Tratamiento preventivo

##### • Tratamiento preventivo de transición

Se debe iniciar cuando el paciente presente un período de dolor, a la espera del inicio de eficacia de los tratamientos preventivos que se utilizarán a largo plazo.

- Corticoides: se utiliza a dosis de 1 mg/kg/día durante 5/7 días y posterior descenso gradual de 10 mg cada 2-5 días. Generalmente se utiliza prednisona; pero si no es eficaz, se puede utilizar bolo de metilprednisolona 125 mg/día durante 3 días y posteriormente prednisona oral. Hay que tener precaución en hipertensos, diabéticos o con antecedentes de úlcera gástrica.<sup>41</sup>
- Bloqueo anestésico de ambos nervios occipitales: es eficaz, pero con una duración del efecto de pocos días; más limitada que los corticoides. Se puede añadir triamcinolona o butametasona en el bloqueo para asociar al efecto de los corticoides.



- **Tratamiento preventivo a largo plazo**

- **Verapamilo:** es el fármaco de primera elección, con evidencia I. Es eficaz, seguro y con baja tasa de interacciones. Sus principales efectos secundarios son estreñimiento, bradicardia o edema en miembros inferiores. Se administra por vía oral, a una dosis inicial de 80 mg cada 8 horas; siendo la dosis máxima 960 mg/día repartido en 3 tomas. A partir de 480 mg/día es necesario hacer controles electrocardiográficos.<sup>41</sup>
- Carbonato de litio: es un fármaco de segunda línea, dado que tiene más efectos adversos y menor eficacia. El tratamiento se inicia con 400 mg/24 horas cada 12 horas, aumentando progresivamente hasta obtener litemias en rango. Sus efectos adversos más frecuentes con temblor, diarrea o poliuria.<sup>42</sup>
- Topiramato: es un fármaco de segunda línea. Se utiliza con dosis entre 50 y 200 mg al día.
- Fármacos de tercera línea: ácido valproico, gabapentina o melatonina. También existen opciones quirúrgicas.

**El tratamiento preventivo de elección de la cefalea en racimos es el verapamilo, siendo necesario en la mayoría de los casos, hacer un tratamiento preventivo de transición con esteroides hasta el inicio de acción del verapamilo**

#### 4.2 CEFALEA HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA

La respuesta a **indometacina** es un criterio diagnóstico de la hemicránea paroxística, y es el único tratamiento absolutamente eficaz para ello. Se utiliza inicialmente 75 mg al día dividido en 3 tomas y durante 3 días. Si no es suficiente se puede aumentar la dosis a 150 mg al día dividido en 6 tomas durante otros 3 días. Si la respuesta es incompleta, se puede mantener la indometacina hasta que ceda el dolor. Es necesario utilizar profilaxis de úlcera gástrica. Si no hay respuesta a 150 mg/día de indometacina, el diagnóstico debe cuestionarse.<sup>41</sup> Se pueden utilizar otros AINEs o inhibidores de la COX-2, si no hay tolerancia a indometacina, pero sus resultados son peores en cuanto a la reducción del dolor.

**La respuesta terapéutica a 150 mg al día de indometacina es necesaria para el diagnóstico de hemicránea paroxística**



### 4.3 CEFALÉA NEURALGIFORME DE BREVE DURACIÓN (SUNCT Y SUNA)

No existe un fármaco con eficacia demostrada para este tipo de cefaleas. La respuesta más favorable se encuentra en series de casos.

El tratamiento de elección es la **lamotrigina**, con dosis inicial de 25 mg/día administrado cada 24 horas, con aumento progresivo hasta una dosis eficaz que varía entre 100 y 300 mg al día.<sup>43</sup>

Otras opciones terapéuticas varían desde la gabapentina a dosis de 800-2700 mg al día, el topiramato, que ha sido eficaz en el SUNCT a dosis de 50-300 mg al día, pero no en el SUNA. Existen también opciones quirúrgicas.

**El tratamiento de elección de las cefaleas neuralgiformes de corta duración es la lamotrigina**

### 4.4 CEFALÉA HEMICRÁNEA CONTINUA

El tratamiento de elección es también la **indometacina**, generalmente de manera indefinida. La dosis eficaz varía entre 50 y 300 mg al día, dividido en 3 dosis. Es necesario utilizar protector gástrico. La dosis se podrá ir modificando dependiendo de las fluctuaciones de la cefalea.



### BIBLIOGRAFÍA

1. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*. 2007;27(5):394-402.
2. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache*. 2015; 55 (1): 3-20.
3. Tfelt-Hansen P, Rolan P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the acute treatment of migraines. En: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. *The headaches*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006; 449-58.
4. Huerta M, Beltrán I, González C, Jurado C, Latorre G, Pascual J. Migraña Episódica. En Ezpeleta D, Pozo Rosich P, Viguera Romero J, Gago Veiga A, Santos Lasaosa S. *Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas*. Ediciones Luzán S.A., Madrid, 2015.
5. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PG. Oral triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet*. 2001; 358: 1688-75.
6. Ferrari MD, Goadsby PG, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia*. 2002; 22: 633-58.
7. Pascual J, Mateos V, Roig C, Sanchez-Del-Rio M, Jiménez D. Marketed oral triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review on efficacy and tolerability. *Headache*. 2007; 47: 1152-68.
8. Dodick D, Lipton RB, Martin V, Papademetriou V, Rosamond W, MaassenVanDenBrink A, et al. Consensus statement: cardiovascular safety profile of triptans (5-HT agonists) in the acute treatment of migraine. *Headache*. 2004; 44: 414-25
9. Johnston MM, Rapoport AM. Triptans for the management of migraine. *Drugs*. 2010; 70: 1505-18
10. Weatherall MW. Drug therapy in headache. *Clinical Medicine*. 2015; 15(3): 273-9.
11. Ficha técnica de Zomig 5 mg para pulverización nasal, extraída de: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65163/FichaTecnica\\_65163.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65163/FichaTecnica_65163.html)
12. Pozo Rosich P, Castrillo Sanz A, Fabregat Fabra M, Gago Veiga A, Torres Ferrús M. Esquema Terapéutico en urgencias de las cefaleas primarias y neuralgias. En *Guía Práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias*. Ediciones Luzán S. A., Madrid, 2016.
13. Linde K, Rosnagel K. Propranolol for migraine prophylaxis. *Cochrane database Syst Rev* 2017; 2: CD003225.
14. Limmroth V, Biondi D, Pfeil J, Schwalen S. Topiramate in patients with episodic migraine: Reducing the risk for chronic forms of headache. *Headache*. 2007; 47: 13-21.
15. Pascual-Gómez J, Gracia-Naya M, Leira R, Mateos V, Alvaro-González LC, Hernando I, et al. Zonisamida en el tratamiento preventivo de la migraña refractaria. *Rev Neurol (Barc)*. 2010; 50: 129-32.
16. Klapper J. Divalproex sodium in migraine prophylaxis: a dose-controlled study. *Cephalalgia*. 1997; 17: 103-108.
17. Couch JR. Amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine and chronic daily headache. *Headache*. 2011; 51: 33-51.
18. Ozyalcin SN, Talu GK, Kizitan E, Yucel B, Ertas M, Disci R. The efficacy and safety of venlafaxine in the prophylaxis of migraine. *Headache*. 2005; 45:144-52.
19. Stovner LJ, Linde M, Gravidahl GB, Tronvik E, Aamodt AH, Sand T, et al. A comparative study of candesartan versus propranolol for migraine prophylaxis: A randomised, triple-blind, placebo-controlled, double cross-over study. *Cephalalgia*. 2014; 34: 523-32.



## ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

### MÓDULO 4

20. Gales BJ, Bailey EK, Reed AN, Gales MA. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for the prevention of migraines. *Ann Pharmacother*. 2010; 44: 360-6.
21. Maizels M, Blumenfeld A, Burchette R. A combination of riboflavin, magnesium, and feverfew for migraine prophylaxis: A randomized trial. *Headache*. 2004; 44: 885-890.
22. Alstadhaug KB, Odeh F, Salvesen R, Bekkelund SI. Prophylaxis of migraine with melatonin: A randomized controlled trial. *Neurology*. 2010; 75: 1527-32.
23. Guerrero AL, García Azorín D. Tratamiento preventivo de la migraña. En *Actualización en las opciones terapéuticas en cefalea 2017*. Ediciones Luzán S. A., Madrid, 2017.
24. Guerrero AL, Díaz S, López L, Oterino A, Irimia P. Migraña Crónica. En *Ezpeleta D, Pozo Rosich P, Viguera Romero J, Gago Veiga A, Santos Lasasosa S. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas*. Madrid: Ediciones Luzán S.A.; 2015.
25. 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.
26. Bigal ME, Lipton RB. Concepts and mechanisms of migraine chronification. *Headache*. 2008;48:7-15.
27. Stovner LJ, Linde M, Gravdahl Gb, Tronvik E, Aamodt AH, et al. A comparative study of candesartan versus propranolol for migraine prophylaxis: A randomised, triple-blind, placebo-controlled, double cross-over study. *Cephalalgia*. 2013;34:523-32.
28. Diener H, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, et al. TOPMAT-MIG-201 (TOP-CHROME) Study Group. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2007;27:814-23.
29. Yurekli VA, Akhan G, Kutluhan S, Uzar E, Koyuncuoglu HR, et al. The effect of sodium valproate on chronic daily headache and its subgroups. *J Headache Pain*. 2008;9:37-41.
30. Pascual-Gómez J, Gracia-Naya M, Leira R, Valentín M, Álvaro-González IH, et al. Zonisamide in the preventive treatment of refractory migraine. *Rev Neurol*. 2010;50:129-32.
31. Gracia-Naya M, Ríos C, García-Gomara MJ, Sánchez.Valiente S, Mauri-llerda JA, et al. A comparative study of the effectiveness of topiramate and flunarizine in independent series of chronic migraine patients without medication abuse. *Rev Neurol (Barc)*. 2013;57:347-53.
32. Aurora SK, Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Silberstein SD, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia*. 2010; 30: 793-803.
33. Diener HC, Dodick DW, Aurora SK, Turkel CC, DeGryse RE, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia*. 2010; 30: 804-14.
34. Aurora SK, Winner P, Freeman MC, Turkel CC, DeGryse Re, et al. OnabotulinumtoxinA form treatment of chronic migraine: Pooled analyses of the 56-week PREEMPT clinical program. *Headache*. 2011; 51: 1358-73.
35. Inan LE, Inan N, Karadas Ö, Gül HL, Erdemoglu Ak, et all. Greater occipital nerve blockade for the treatment of chronic migraine: a randomized, multicenter, double-blind, and placebo-controlled study. *Acta Neurol Scand*. 2015;32:270-7.
36. Porta-Etessam J, Cuadrado Pérez ML, Esteve Belloch P, Hervás García M. Cefalea tipo tensión. En *Ezpeleta D, Pozo Rosich P, Viguera Romero J, Gago Veiga A, Santos Lasasosa S. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas*. Ediciones Luzán S.A., Madrid, 2015.
37. Jackson JL, Shimeall W, Sessums L, Dezee KJ, Becher D, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341:c5222.



## ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

### MÓDULO 4

38. Bendsten L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology*. 2004; 62:1706-11.
39. Law S, Derry S, Moore RA. Triptans for acute cluster headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 17 (7): CD008042.
40. Cohen AS, Burns B; Goadsby PJ. High-Flow Oxygen for Treatment of Cluster HeadacheA Randomized Trial. *JAMA*. 2009; 302(22): 2451-7.
41. Pareja JA, Caminero AB, Iniesta JA, Ordá CS, Santos Lasasaosa S. Cefaleas Trigémico-Autonómicas. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas 2015. Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN. pp. 131-48.
42. Stochino ME, Deidda A, Asuni C, Cherchi A, Manchia M, Del Zompo M. Evaluation of Lithium Response in Episodic Cluster Headache: A Retrospective Case Series. *Headache*. 2012 Jul-Aug;52(7):1171-5.
43. D'Andrea G, Granella F, Ghiotto N, Nappi G. Lamotrigine in the treatment of SUNCT syndrome. *Neurology*. 2001; 57: 1723–5.