

## Repercusión de la migraña menstrual en la mujer de hoy

### Repercussion of menstrual migraine in the present-day woman

**Aldo Rodríguez Izquierdo<sup>I</sup>; Omayda Safora Enríquez<sup>II</sup>**

<sup>I</sup>Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia Profesor auxiliar. Hospital Pediátrico "Pedro Borrás Astorga".

<sup>II</sup>Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Profesora auxiliar. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias".

---

#### RESUMEN

Se realiza una revisión de varios trabajos relacionados con la repercusión y frecuencia de la migraña en la vida de la mujer, así como su relación con el evento menstruación y otros cambios hormonales. Se valoran las posibles causas, se detallan sus diferentes formas de presentación y se ofrecen diferentes opciones terapéuticas.

**Palabras clave:** Migraña, menstruación, cefalea migrañosa.

---

#### ABSTRACT

Authors make a review of some papers related to repercussion and frequency of migraine in the women life; as well as its relation to the menstruation and other hormonal changes. Potential causes are assessed signaling its different ways of presentation and offer therapeutical options.

**Key words:** Migraine, menstruation and migrainous headache.

## INTRODUCCIÓN

La migraña menstrual, es la que aparece entre los 3 días inmediatos y hasta los 3 días posteriores al inicio de la menstruación. Es diferente de los restantes dolores de cabeza, tanto desde el punto de vista fisiopatológico como de su cuadro clínico por la que requiere un tratamiento diferenciado con relación a los restantes tipos de migraña.<sup>1</sup>

La migraña afecta al 15 % de la población y ha sido considerada una "enfermedad de mujeres", por su alta prevalencia en el sexo femenino y por ser mucho más invalidante y difícil de tratar en la mujer que en el varón. Se relaciona con momentos especiales de la vida de la mujer como la menarquia, la menstruación, el embarazo y la menopausia. Aunque su prevalencia distribuida por sexos se va reduciendo con el paso de los años, la diferencia se mantiene, de tal manera que después de los 70 años la relación mujer/varón es de 2:5.<sup>2,3</sup>

La mayoría de las mujeres que padecen de cefalea migrañosa lo primero que hacen es acudir a su médico en la atención primaria en busca de ayuda profesional y consejería, en lugar de buscar la atención de un neurólogo u otro especialista.

El propósito principal de esta revisión es brindar más información a los médicos del nivel primario, ya sean ginecólogos o especialistas en Medicina General Integral, que normalmente atienden estos casos. Es indiscutible que la migraña trae aparejado un significativo costo económico, así como sufrimientos importantes que ocasionan una notable reducción de la calidad de vida y que pueden llevar a un deterioro social de la mujer.<sup>2,4,5</sup> Algunos quizás con una mentalidad más sexista opinan que muchas mujeres tienden a minimizar u ocultar los síntomas o malestares que les proporciona y no buscan tratamiento para tratar de minimizar el estereotipo femenino de "debilidad o emocional".<sup>6,7</sup>

## DESARROLLO

La migraña se puede presentar de diferentes formas:

- La clásica con aura.
- La común sin aura.
- Forma mixta.

Migraña clásica con aura: Representa solo una quinta parte de las cefaleas migrañosas. Se presenta de forma general con dolor intenso, habitualmente hemisférico, y a menudo se acompaña de uno o varios de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos y sensibilidad elevada para la luz, sonidos u olores.

Las mujeres con migraña casi siempre tienen una predisposición constitucional a sufrir estos ataques, así como, otras formas de cefalea primaria. Sobre esta sensibilidad, de forma espontánea o en respuesta a ciertos agentes, sobrevienen las crisis.<sup>4,8</sup>

El diagnóstico de la migraña es clínico, ya que no existen marcadores biológicos ni pruebas complementarias de utilidad para hacer un diagnóstico positivo.

Migraña con o sin aura: Localización unilateral, pulsátil, intensidad moderada o grave (altera o impide las actividades diarias). Se agrava con las actividades físicas de rutina (subir escaleras, caminar, etc.) Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos 1 de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, o ambos, fotofobia y fonofobia.

El diagnóstico diferencial más frecuente se plantea entre la crisis de migraña sin aura y la cefalea tensional. La primera es generalmente intensa, mientras que en la forma tensional acostumbra a ser compatible con la actividad diaria.

Es muy importante cuando valoramos la repercusión que pueda tener la menopausia sobre la migraña, debemos tener presente que el cambio hormonal acontece en un momento de la vida de la mujer en el cual la migraña lleva casi siempre un largo periodo de evolución, por lo que será frecuente observar una distorsión evolutiva de la dolencia debida a la iatrogenia que genera un inadecuado tratamiento.<sup>5,8</sup> Es bastante frecuente que el abuso de analgésicos, conlleve a que la migraña se convierta en una cefalea crónica continua que realmente ya no corresponde a una cefalea vascular, conceptualmente pura, sino que entra en el ámbito de la fármaco dependencia y los fenómenos de rebote por abstinencia.

Existen múltiples estadísticas al respecto, pero la mayoría coincide en que casi el 25 % de las mujeres en edad reproductiva presentan migrañas. Durante esos años, las mujeres se encuentran en el proceso de terminar sus estudios, construir sus familias y desarrollarse en sus respectivos trabajos. El hecho que este trastorno predomine entre ellas, trae aparejado afectaciones sociales, funcionales y económicas, lo que lo convierte en un asunto importante dentro del bienestar femenino.<sup>7-9</sup>

### **Cómo se produce la cefalea**

La cefalea de la migraña se debe a una estimulación anormal del sistema trigémino vascular (STV). Las neuronas del núcleo trigeminal terminan en las paredes de los vasos craneales, en estas terminaciones hay receptores presinápticos de serotonina del tipo 5-HT<sub>1</sub> y otros pos-sinápticos en la pared de los vasos. La depleción de serotonina en la crisis causa una falta de estimulación en estos receptores, lo que provoca una pérdida del tono vascular y permite que la terminación nerviosa libere péptidos algógenos. Los más importantes son el péptido relacionado con el gen de la calcitonina, la neuroquinina A y la sustancia P, que provocan la inflamación de la pared vascular, un aumento de su permeabilidad y edema. Esta inflamación estimula las terminaciones del STV y provoca el dolor de cabeza. Hay otros subreceptores 5-HT en el núcleo del trigémino, en las áreas corticales parieto-occipitales, y en los centros del vómito que explican la fotofobia.

Los estudios demuestran que entre las edades de 4 a 7 años, los varones tienen mayor probabilidad de sufrir migrañas. Sin embargo, ya hacia la pubertad, las niñas tienen tres veces mayor riesgo que los niños de padecer esta entidad.<sup>8-11</sup>

En los años reproductivos la migraña aumenta considerablemente después que aparece la menarquia. La menstruación es uno de los desencadenantes más comunes.<sup>8,9</sup>

Las migrañas menstruales normalmente se presentan sin aura (solo en un tercio de los casos se recoge el antecedente de percibir una luz brillante y destellante que la precede). Existen múltiples factores involucrados en el desarrollo de esta entidad,

---

entre ellos están los hormonales y otros factores bioquímicos: Ej las hormonas ováricas, secreción rítmica de aldosterona, secreción nocturna de melatonina, prolactina, actividad de las plaquetas, metabolismo del ácido araquidónico y prostaglandinas.

Los estudios sugieren que la causa de la migraña menstrual es un descenso en los niveles de estrógeno antes de la menstruación. La relación entre migraña y estrógenos se fundamenta en los siguientes hechos:

1. La migraña es más frecuente en mujeres.
2. La incidencia de migraña aumenta tras la menarquia.
3. Los anticonceptivos orales pueden influir en la historia natural de la migraña.
4. Frecuentemente los síntomas mejoran durante el embarazo.

Los estrógenos y progestágenos tienen potentes efectos sobre las neuronas serotoninérgicas y opioidérgicas centrales, modulando la actividad neuronal y la densidad de receptores. El desencadenante de la migraña suele ser la deprivación o caída de los niveles de estrógenos más que el mantenimiento de unos niveles sostenidamente elevados<sup>2,3,5</sup>

Las hormonas ováricas ejercen efectos sobre el tono vascular: los estrógenos inducen vasodilatación a través de los mecanismos mediados por el endotelio y por otros independientes, los progestágenos tienen efectos variables sobre el tono arterial incluyendo relajación del músculo liso arterial y la inducción de contracción de esas fibras.

Se habla de migraña menstrual (5 % - 8 % de todas las migrañas) pura cuando las crisis solo se producen 2 ó 3 días antes de comenzar la regla o 2 ó 3 días después de terminar esta.

Cuando ocurre entre los 2 días antes y el 3ro. del ciclo se considera como migraña menstrual y cuando ocurre entre 3 y 7 antes de la menstruación, más bien está incluida en el síndrome premenstrual.

Las causas de la migraña en este periodo están muy relacionadas con una respuesta de neurotransmisores exagerada o anormal a los cambios cíclicos normales en las hormonas ováricas. También se ha propuesto una relación con la dismodulación de la respuesta serotoninérgica, opioidérgica y dopaminérgica.

La migraña menstrual es más duradera que la migraña habitual y ocurre durante o después que caen los niveles de estradiol, o sea, después de la ovulación y antes de la menstruación. También se asocia con la dismenorrea debido a la secreción de prostaglandinas F2-alfa (PGF2-a) que es máxima durante la menstruación y estimula las contracciones uterinas causando dolor.

## **Embarazo**

La migraña no modifica la evolución del embarazo pero este sí suele mejorar la migraña entre un 55 a un 90 % de las mujeres que las padecen, durante los dos primeros trimestres del embarazo, aunque también puede empeorar al inicio de la gestación o manifestarse por primera vez durante este.<sup>3,11,12</sup>

El efecto beneficioso del embarazo sobre la migraña y el posible empeoramiento entre el tercero y el sexto día posparto, están probablemente relacionados con los altos y uniformes niveles de estrógenos que existen durante el embarazo y la rápida caída de los mismos en el posparto.

El episodio migrañoso pudiéramos decir que consta de varias fases:

1- El pródromo: Ocurre 12-24 h antes del ataque, es variable según el individuo, y puede manifestarse como fatiga, euforia o depresión, aumento del apetito, fotofobia, fonofobia e hiperosmia.

2- El aura: Se presenta en el 20 % de los casos, dura de 5 a 20 min y ocurre de 20 a 60 min antes del episodio migrañoso. El aura más común es el visual (fotopsias o escotomas), pero además se puede manifestar como parestesias, entumecimiento o paresias, disfasia o afasia.

3- El dolor de cabeza: La migraña es usualmente pulsátil y agravado por el movimiento. Suele acompañarse de náuseas en el 90 % de los casos, y a veces de vómitos.

En la migraña menstrual el aspecto número dos (el aura), casi nunca está presente y la fase prodrómica en ocasiones pasa inadvertida para la paciente y solamente al hablar con su médico es capaz de identificar estos episodios.

El tratamiento de esta migraña va dirigido principalmente a tratar de disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las crisis. Estas crisis menstruales tienen las mismas características que las no menstruales y responden de igual modo a los mismos tratamientos sintomáticos (AINEs y triptanes). Sin embargo, el tratamiento profiláctico de las crisis menstruales es más problemático y el índice de fracasos es mayor. Dicha profilaxis se suele hacer con el uso perimenstrual de aspirina o AINEs. (Naproxeno, Ibuprofeno, piroxican, Diclofenaco una semana antes). También se pueden usar fármacos profilácticos antimigrañosos clásicos (betabloqueantes o flunarizina), bien durante todo el mes o bien de modo perimenstrual, según los casos. En ocasiones, puede ser necesaria la terapia hormonal con estradiol peri menstrual a dosis baja, sobre todo en las mujeres en etapa perimenopáusia. (Pueden ser parches 3 o 4 días antes).<sup>3,5,13,14</sup>

En casos de migraña menstrual resistente a los medicamentos antes descritos se pueden ser utilizados otras drogas como: tamoxifeno (5-10 mg/d), bromocriptina (2,5-5 mg/d), danazol (200-600 mg/d), fluoxetina, hormona liberadora de gonadotrofinas (Gn-RH), reemplazo hormonal, agonistas y antagonistas opioideos, narcóticos (meperidina) y neurolépticos (clorpromazina).

Se deben reconocer y evitar los factores que agravan el episodio, como evitar el consumo de alcohol y de alimentos que contienen tiramina (quesos) o feniletilamina (chocolates), pérdida de horarios habituales de comidas y conciliar el sueño tardíamente.

Las técnicas de retroalimentación como respiración profunda, relajación muscular progresiva y visualización no son tan efectivas para reducir la migraña menstrual como para la migraña no menstrual.

Un estilo de vida saludable es útil como medida preventiva, sobre todo actividad física y ejercicios que contribuyen a disminuir el estrés.<sup>13,15-17</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fettes I. Menstrual migraine. Methods of prevention and control. Postgrad Med. 1997;101:67-70.
2. Targa C, Massons J. Estrategias terapéuticas en la migraña menstrual. Rev Neurol. 1995;23(Suppl. 2):226-31.
3. Silberstein SD, Merriam GR. Sex hormones and headache. En: Headache (Blue books of practical neurology). Goadsby PJ, Silberstein SD, eds. Butterworth-Heinemann; 1997. p. 143-73.
4. Kornstein SG, Parker AJ. Menstrual migraines: etiology, treatment, and relationship to premenstrual syndrome. Curr Opin Obstet Gynecol. 1997 Jun;9(3):154-61.
5. Vicente Herrero MT. Manual de cefalea para el médico. Minusvalía, incapacidad y accidentes de trabajo. Canarias: Editorial Lettera books; 2009.
6. Boyle CA. Management of menstrual migraine. Neurology. 1999;53(4 Suppl 1):S14-89.
7. Vicente Herrero MT. Guía con cabeza de la cabeza. Valencia: Editorial Carena editors; 2008.
8. Vicente Herrero MT. La migraña creencia arte y literatura. Publicaciones Bilbao: Editorial Lettera books; Febrero 2009.
9. Zavala Héctor, Saravia Bibiana. Migraña Clínica. Fisiopatogenia y tratamiento. Revista del hospital general de Agudo J.M Ramos. Buenos Aires, Argentina. 2004; IX(1). Disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar>
10. Berkomits Jonatthan. Dolores de cabeza y migraña. Barcelona: Ediciones Nowtilus S.L; 2009.
11. Titus Feliú, Pozo Patricia. Comprender la migraña. Amat Editorial. [consultado febrero 2009]. Disponible en: <http://www.amateditorial.com>
12. Pérez Pérez R, Fajardo Pérez M. Migraña: un reto para el médico general integral. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(1).
13. Tipos de cefalea o migraña. Asociación Española de pacientes con cefalea (AEPAC). [consultado febrero/2009]. Disponible en: <http://www.dolordecabeza.net>
14. Qué son las cefaleas tensionales. Asociación Española de pacientes con cefalea (AEPAC). [consultado agosto 2009]. Disponible en: [http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=86](http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86)
15. Qué desencadenan las migrañas y cefaleas. Asociación Española de pacientes con cefalea (AEPAC). [consultado abril 2009]. Disponible en:

[http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=86](http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86)

16. La terapia hormonal y la migraña. Asociación Española de pacientes con cefalea (AEPAC). [consultado abril 2009]. Disponible en:

[http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=54&Itemid=86](http://www.dolordecabeza.net/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86)

17. López Rodríguez, Rodríguez Ledo M del P. Migraña. Guías Clínicas. 2005; 33(5).

Recibido: 15 de mayo de 2010.

Aprobado: 3 de junio de 2010.

Dr. *Aldo Rodríguez Izquierdo*. Hospital Pediátrico "Pedro Borrás Astorga". Correo electrónico: [aroguez@infomed.sld.cu](mailto:aroguez@infomed.sld.cu)

**Nota editorial:** Considerando la fundamentación por escrito de ambos autores de esta revisión bibliográfica donde se expone que compartieron el trabajo de mesa, la redacción y la selección de la bibliografía, la dirección de la revista, a solicitud expresa de los autores ha considerado su publicación con crédito para ambos autores.

Dr. *C. Miguel Sarduy Nápoles*  
Secretario Ejecutivo de la Rev Cub Obstet Ginecol