

# Características clínicas de la migraña en la población general colombiana

## *Clinical features of migraine in a general population of Colombia*

Mauricio Rueda-Sánchez

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La falta de marcadores biológicos de la migraña hace que su diagnóstico dependa de las características clínicas.

**OBJETIVOS.** Para determinar las características clínicas de la migraña y comparar las diferencias de las características entre la migraña con y sin aura y la migraña crónica en una población universitaria colombiana, efectuamos un estudio de corte transversal mediante una entrevista semiestructurada de cefalea.

**RESULTADOS.** Las características de la población estudiada se ajustan a los criterios clínicos recomendados por la IHS. Únicamente describimos como factores significativos de variación las características del dolor y frecuencia en los pacientes con migraña crónica y la presencia de síntomas acompañantes diferentes a los consignados en la clasificación de la IHS.

**CONCLUSIONES.** No encontramos diferencias clínicas entre la migraña con y sin aura excepto por el aura. Aparte de la mayor frecuencia de crisis de migraña, la migraña crónica se asocia a dolor de tipo pulsátil, opresivo y picada.

**PALABRAS CLAVE:** migraña; síntomas; diagnóstico, población general.

(Mauricio Rueda-Sánchez. Características clínicas de la migraña en la población general colombiana. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:63-74).

### SUMMARY

**INTRODUCTION.** The diagnosis of migraine depends on the clinical characteristics because there is not a biological marker of the disease.

**OBJECTIVES.** To determine the clinical characteristics of the migraine and to compare the differences of the characteristics among the migraine with and without aura and the chronic migraine in a Colombian university population, we made a cross sectional study by means of a structured interview of migraine.

**RESULTS.** Features found in this population are according to clinical criteria recommended by IHS. The only significant different factors were the kind of pain and frequency in patients with chronic migraine and the presence of associated symptoms different from those included in the IHS classification.

**CONCLUSIONS.** We did not find clinical differences between the migraine with and without aura except for the aura. Apart from the higher frequency of migraine attacks, the chronic migraine associates to throbbing, dull and stabbing pain.

**KEY WORDS:** migraine; symptoms, diagnosis, general population.

(Mauricio Rueda-Sánchez. Clinical features of migraine in a general population of Colombia. *Acta Neurol Colomb* 2009;25:63-74).

---

Recibido: 2/05/09. Revisado: 05/05/09. Aceptado: 05/05/09.

Mauricio Rueda-Sánchez. Neurólogo clínico. Centro Médico Clínica Bucaramanga.

Correo electrónico: maorueda@hotmail.com

---

Artículo original

---

## INTRODUCCIÓN

Las características clínicas de la migraña ya han sido descritas (1-5); sin embargo la caracterización ha sido realizada en poblaciones clínicas o generales diferentes a las colombianas. Las características clínicas de la migraña pueden variar con el espectro de la enfermedad y ser diferentes en los pacientes que consultan al médico comparado a los pacientes en la población general; también pueden haber variaciones en las características en poblaciones de diferentes áreas geográficas. No existen marcadores biológicos que contribuyan al diagnóstico de la migraña lo cual hace que el diagnóstico sea clínico y dependa completamente de las características clínicas de la enfermedad.

A pesar de la importancia que tiene, no conocemos las características clínicas de la migraña en la población general colombiana. Para determinar las características clínicas de la migraña y comparar las diferencias de las características clínicas entre la migraña con y sin aura y la migraña crónica en la población general colombiana, efectuamos una entrevista semiestructurada de cefalea a todos los participantes de los estudios de validación del cuestionario diagnóstico de migraña (6) y de un estudio de cohorte de migraña y depresión en una muestra al azar de la población general de estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Pacientes:** el estudio se realizó en una muestra al azar de estudiantes de la Universidad Autónoma de Bucaramanga que fueron seleccionados para participar en dos estudios previos: la validación del Cuestionario Diagnóstico de Migraña y la Cohorte de Migraña y Depresión. Los estudios fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad y los estudiantes aceptaron su participación voluntaria.

**Diseño del estudio:** para determinar las características clínicas de la migraña en la población general, se realizó un estudio de corte transversal. Las personas seleccionadas al azar fueron citadas a una consulta con el médico neurólogo, quien realizó una entrevista semiestructurada de cefalea

y un examen físico para establecer el diagnóstico de migraña.

La Entrevista Semiestructurada de Cefalea consiste en una serie de 113 preguntas estructuradas entrevistando sobre datos demográficos y diferentes aspectos de la cefalea, tales como la edad de inicio, presencia de pródromo, tiempo de máxima intensidad, localización, calidad y severidad del dolor, síntomas asociados (tales como náuseas, vómito, sonofobia, fotofobia, rinorrea, inyección conjuntival, diarrea, estreñimiento, poliuria, insomnio, fatiga, anorexia, disminución de la libido, depresión y otros síntomas asociados), la duración de la migraña, la presencia de aura visual, sensitiva, motora, afásica y otros tipos de auras, la frecuencia de crisis de migraña en el último mes, el patrón de ocurrencia de las crisis de migraña, los factores precipitantes (incluyendo el calor, ejercicio, fatiga, estrés, comidas, ayuno, reducción de sueño, ingesta de alcohol, exposición a luz, ruidos u olores, medicaciones y orgasmo), los síntomas posteriores a la cefalea, la presencia de factores aliviantes (como reposo, oscuridad, sueño, aplicación de calor o frío o compresión de la cabeza), el efecto del ejercicio sobre el dolor, la cantidad de días laborales o académicos perdidos en los últimos 3 meses, la cantidad de días laborales o académicos en los cuales el rendimiento se redujo a más de la mitad en los últimos 3 meses, la cantidad de días de trabajo doméstico perdidos en los últimos 3 meses, la cantidad de días en los cuales el rendimiento en el trabajo doméstico se redujo a más de la mitad en los últimos 3 meses, la cantidad de días de recreación perdidos en los últimos 3 meses por causa del dolor, los antecedentes familiares, antecedentes personales (rinitis alérgica, asma, epilepsia, cardiopatía y color irritable) y el antecedente de consumo de analgésicos. Durante la entrevista el examinador pudo realizar preguntas complementarias para aclarar las respuestas del sujeto. Además se realizó un examen físico completo para establecer el diagnóstico de migraña con o sin aura y de migraña crónica.

Un neurólogo entrevistó y examinó a todos los pacientes y fue el responsable del diagnóstico final. Los criterios diagnósticos utilizados fueron los propuestos por la Sociedad Internacional de Cefaleas -IHS- (7). Fueron incluidos todos los pacientes que

---

cumplieron los criterios diagnósticos de migraña y se excluyeron a los pacientes con migraña probable. Cuando el paciente tenía más de un tipo de cefalea, las preguntas se dirigían a la cefalea causada por la migraña y los datos obtenidos se refieren únicamente a la migraña.

**Análisis de datos:** los datos fueron almacenados en una base de datos de Access 2000 de Microsoft directamente durante la entrevista. Las variables continuas son reportadas con la media y desviación estándar; las variables categóricas y ordinales son informadas como porcentajes con intervalos de confianza del 95%. Las medias se compararon mediante la prueba paramétrica para comparación de medias de ANOVA cuando los datos tenían una distribución normal, o la prueba de dos muestras de Mann-Whitney/Wilcoxon (prueba de Kruskal-Wallis para dos grupos) cuando los datos no tenían una distribución normal.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

De los 141 pacientes con migraña, 71 tienen migraña con aura, 61 migraña sin aura y 9 migraña crónica. Ciento nueve son mujeres; de ellas, 56 tienen migraña con aura, 44 migraña sin aura y 9 migraña crónica. La edad media no difiere entre hombres y mujeres ( $21.74 \pm 2.76$  vs.  $21.93 \pm 3.98$  años;  $p = 0.8092$ ).

### CARACTERÍSTICAS DE LA CEFALEA

#### Edad de inicio

La edad de inicio promedio es 14.0 años. No hay diferencia en la edad de inicio ( $p=0.8152$ ) entre los pacientes con migraña con aura ( $14.62 \pm 4.69$  años), migraña sin aura ( $15.11 \pm$  años), o migraña crónica ( $15.11 \pm$  años).

#### Localización del dolor

La mayoría de las cefaleas que afligen a los pacientes con migraña afectan ambos lados de la cabeza (74.5% IC 95% 66.4-81.4%) y esta diferencia se mantiene entre los diferentes tipos de migraña (Tabla 1); sin embargo una proporción importante

de pacientes informan cefaleas persistentemente derechas (16.3 % IC 10.6-23.5 %) o izquierdas (9.2% IC 5.0-15.3 %).

La cefalea se localiza en las regiones temporales, frontales y menos frecuentemente en la región occipital sin alcanzar diferencias significativas, tanto en los pacientes con migraña con o sin aura como en los pacientes con migraña crónica (Tabla 3). La localización en vértex o facial es más rara y ningún paciente presenta cefalea periorbitaria.

#### Calidad del dolor

La mayoría de los pacientes (121, 85.8 %) describen su cefalea como pulsátil, 47 como opresiva (33.3 %), 24 pacientes como una picada (17.0 %) y 2 pacientes como un corrientazo (1.4 %); varios pacientes describen más de un tipo de dolor.

La cefalea pulsátil está asociada a la migraña con o sin aura, mientras que la cefalea pulsátil, tipo presión y tipo picada está asociada a la migraña crónica; la cefalea tipo corrientazo ocurren con una frecuencia significativamente menor (Tabla 1).

#### Severidad del dolor

La severidad del dolor, medida en una escala de 0 a 10, es informada en promedio en  $7.75 \pm 1.54$  SD. El dolor de la crisis de migraña está asociado significativamente a una severidad moderada a intensa, el 62.4 % de los pacientes informan un severidad del dolor mayor de 8 puntos existiendo una diferencia significativa con puntajes inferiores. El mismo comportamiento de la severidad del dolor se observa al interior de cada tipo de migraña (Tabla 2).

#### Síntomas acompañantes del dolor

La sonofobia, fotofobia, anorexia, náuseas e insomnio acompañan las crisis de migraña en más de la mitad de los pacientes; otros síntomas acompañantes menos frecuentes son fatiga, pérdida de la libido, depresión, inyección conjuntival, vómito, malestar, constipación, poliuria, rinorrea y diarrea. No hay diferencias significativas en la frecuencia de estos síntomas en los diferentes tipos de migraña (Tabla 3).

**TABLA 1. LOCALIZACIÓN Y CALIDAD DEL DOLOR.**

Localización	Migraña	Migraña con aura	Migraña sin aura	Migraña crónica
Bilateral	74.5 (66.4-1.4)	73.2 (61.4-83.1)	73.8 (60.9-84.2)	88.9
Derecha	16.3 (10.6-23.5)	18.3 (10.1-29.3)	14.8 (7.0-26.2)	11.1
Izquierda	9.2 (5.0-15.3)	8.5 (3.2-17.5)	11.5 (4.7-22.2)	0
Frontal	27.7 (20.5-35.8)	35.2 (24.2-47.5)	21.3 (11.9-33.7)	11.1 (0.3-48.2)
Temporal	27.0 (19.8-35.1)	28.2 (18.1-40.1)	24.6 (14.5-37.3)	33.3 (7.5-70.1)
Occipital	13.5 (8.3-20.2)	14.1 (7.0-24.4)	9.8 (3.7-20.2)	33.3 (7.5-70.1)
Vértex	5.0 (2.0-10.0)	0	9.8 (3.7-20.2)	11.1 (0.3-48.2)
Facial	0.7 (0.0-3.9)	0	1.6 (0-8.8)	0
Periorbitaria	0	0	0	0
Calidad del dolor				
Dolor tipo pulsátil	85.8 (78.9- 91.1)	91.5 (82.5-96.8)	78.7 (66.3-88.1)	88.9 (51.8-99.7)
Dolor tipo presión	33.3 (25.6- 41.8)	29.6 (19.3-41.6)	34.4 (22.7-47.7)	55.6 (21.2-86.3)
Dolor tipo picada	17.0 (11.2- 24.3)	18.3 (10.1-29.3)	14.8 (7.0-26.2)	22.2 (2.8-60.0)
Dolor tipo corrientazo	1.4 (0.2- 5.0)	2.8 (0.3-9.8)	0	0
Los valores son dados en porcentaje (intervalos de confianza 95por ciento).				

### Aura

Los 71 pacientes con migraña con aura y 4 de los 9 pacientes con migraña crónica tienen síntomas neurológicos focales durante las crisis de migraña; todos tienen auras visuales y son menos frecuentes la afasia, amnesia, ptosis, o síntomas sensitivos. Ningún paciente informa síntomas motores (Tabla 4).

### Duración de las crisis

La duración media de las crisis de migraña es de  $12.64 \pm 16.02$  horas y no varía significativamente

entre los diferentes tipos de migraña ( $P = 0.2935$ ); la duración media de la migraña con aura es de  $14.39 \pm 17.80$ , de la migraña sin aura  $10.23 \pm 13.12$ , y de la migraña crónica de  $15.22 \pm 18.76$  horas.

### Frecuencia de las crisis

Los pacientes tienen un promedio de  $4.26 \pm 4.94$  días con cefaleas en el último mes. El promedio de días con cefalea es similar en pacientes con migraña con aura ( $3.44 \pm 3.02$ ) que sin aura ( $3.37 \pm 2.90$ ) pero significativamente mayor en los pacientes con migraña crónica ( $16.67 \pm 9.92$ ,  $p=0.0000$ ).

**TABLA 2.** SEVERIDAD DEL DOLOR EN LOS PACIENTES CON MIGRAÑA.

Severidad del dolor 0-10	Migraña	Migraña con aura	Migraña sin aura	Migraña Crónica
3	1 (0.7 por ciento)	0 (0.0 por ciento)	0 (0.0 por ciento)	1 (11.1 por ciento)
4	1 (0.7 por ciento)	1 (1.4 por ciento)	0 (0.0 por ciento)	0 (0.0 por ciento)
5	10 (7.1 por ciento)	2 (2.8 por ciento)	8 (13.1 por ciento)	0 (0.0 por ciento)
6	20 (14.2 por ciento)	4 (5.6 por ciento)	15 (24.6 por ciento)	1 (11.1 por ciento)
7	21 (14.9 por ciento)	13 (18.3 por ciento)	7 (11.5 por ciento)	1 (11.1 por ciento)
8	45 (31.9 por ciento)	27 (38.0 por ciento)	14 (23.0 por ciento)	4 (44.4 por ciento)
9	21 (14.9 por ciento)	8 (11.3 por ciento)	12 (19.7 por ciento)	1 (11.1 por ciento)
10	22 (15.6 por ciento)	16 (22.5 por ciento)	5 (8.2 por ciento)	1 (11.1 por ciento)

La severidad está calificada en una escala de 0 a 10. Los valores están expresados en el número de pacientes y porcentaje (por ciento).

### Patrón de las crisis de migraña

Las crisis de migraña tienen un patrón episódico, ningún paciente tiene dolor continuo; algunos pacientes presentan sus crisis exclusivamente entre semana, los fines de semana, de noche o en las tardes; el 5.5 % de las mujeres con migraña presentan un patrón menstrual (Tabla 5). No hay diferencias en el patrón de las crisis de migraña entre los diferentes tipos de migraña (Tabla 5).

### Síntomas posteriores a la cefalea

El 54.6 % de los pacientes reportan síntomas posteriores a la cefalea. La sensación de cansancio posterior a la cefalea es significativamente más frecuente que la irritabilidad y la depresión; la somnolencia es otro síntoma frecuente después de la cefalea en los pacientes con migraña (Tabla 6). Los pacientes con migraña con aura tienden a tener más cansancio posterior a la cefalea que los demás pacientes con migraña, sin que la diferencia alcance a ser significativa estadísticamente (Tabla 6).

### Efecto del ejercicio sobre la cefalea

El ejercicio físico habitual, como subir escaleras o cargar un peso, incrementa la intensidad del dolor en la mayoría de los pacientes durante las crisis de

migraña; es menos frecuente que no tenga ningún efecto sobre la intensidad del dolor y más raro que disminuya la intensidad del dolor (Tabla 7). El efecto del ejercicio sobre la intensidad de la cefalea no varía entre los diferentes tipos de migraña (Tabla 7).

### Incapacidad asociada a la migraña

La migraña causa una incapacidad laboral, académica, doméstica y social importante; los pacientes con migraña pierden en promedio en los últimos 3 meses  $1.18 \pm 3.56$  días de trabajo laboral o académico,  $2.47 \pm 4.73$  días de trabajo doméstico,  $1.11 \pm 2.20$  días de recreación por sus crisis de migraña; además ven reducida su productividad laboral o académica a menos de la mitad  $3.28 \pm 7.82$  días y su productividad doméstica  $2.21 \pm 4.85$  días en los tres últimos meses (Tabla 8). No hay diferencia entre los diferentes tipos de migraña en la incapacidad generada (Tabla 8).

### Antecedentes familiares de migraña

El 56% de los pacientes informan la presencia de migraña en la familia. El 57.8 % de los pacientes con migraña con aura tienen antecedentes familiares, comparados con el 54.1% y 44.4 % de los pacientes con migraña sin aura y migraña crónica.

TABLA 3. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES DE MIGRAÑA.

Síntoma acompañante	Migraña	Migraña con aura	Migraña sin aura	Migraña Crónica
Sonofobia	123 87.2% (80.6-92.3%)	65 91.5%(82.5-96.8%)	49 80.3%(68.2-89.4%)	9 100.0%
Fotofobia	112 79.4%(71.8-85.8%)	66 93.0%(84.3-97.7%)	39 63.9%(50.6-75.8%)	7 77.8%(40.0-97.2%)
Anorexia	90 63.8%(55.3-71.7%)	49 69.0%(56.9-79.5%)	34 55.7%(42.4-68.5%)	7 77.8%(40.0-97.2%)
Nauseas	77 54.6%(46.0-63.0%)	43 60.6%(48.3-72.0%)	28 45.9%(33.1-59.2%)	6 66.7%(29.9-92.5%)
Insomnio	76 53.9%(45.3-62.3%)	39 54.9%(42.7-66.8%)	30 49.2%(36.1-62.3%)	7 77.8%(40.0-97.2%)
Fatiga	58 41.1%(32.9-49.7%)	36 50.7%(38.6-62.8%)	18 29.5%(18.5-42.6%)	4 44.4%(13.7-78.8%)
Pérdida de la libido	53 37.6%(29.6-46.1%)	27 38.0%(26.8-50.3%)	19 31.1%(19.9-44.3%)	7 77.8%(40.0-97.2%)
Depresión	53 37.6%(29.6-46.1%)	26 36.6%(25.5-48.9%)	21 34.4%(22.7-47.7%)	6 66.7%(29.9-92.5%)
Inyección conjuntival	46 32.6%(25.0-41.0%)	26 36.6%(25.5-48.9%)	16 26.2%(15.8-39.1%)	4 44.4%(13.7-78.8%)
Vómito	44 31.2%(23.7-39.5%)	28 39.4%(28.0-51.7%)	13 21.3%(11.9-33.7%)	3 33.3%(7.5-70.1%)
Malestar 27.	39 7%(20.5-35.8%)	20 28.2%(18.1-40.1%)	15 24.6%(14.5-37.3%)	4 44.4%(13.7-78.8%)
Constipación	16 11.3%(6.6-17.8%)	6 8.5%(3.2-17.5%)	7 11.5%(4.7-22.2%)	3 33.3%(7.5-70.1%)
Poliuria	11 7.8%(4.0-13.5%)	8 11.3%(5.0-21.0%)	2 3.3%(0.4-11.3%)	1 11.1%(0.3-48.2%)
Rinorrea	11 7.8%(4.0-13.5%)	4 5.6%(1.6-13.8%)	6 9.8%(3.7-20.2%)	1 11.1%(0.3-48.2%)
Diarrea	6 4.3%(1.6-9.0%)	4 5.6%(1.6-13.8%)	2 3.3%(0.4-11.3%)	0 0.0%
Los valores están dados en número, porcentaje % (Intervalo de confianza 95%)				

## DISCUSIÓN

En este estudio se describen las características clínicas de la migraña en una población general colombiana. Los pacientes con migraña se quejan de episodios de dolor que comienzan alrededor de los 14 años y suelen ocurrir en forma episódica, ocasionalmente con un patrón fijo en las tardes, noches o

fin de semana y en algunas mujeres en relación con las menstruaciones. El dolor frecuentemente afecta ambos lados de la cabeza, ocasionalmente es exclusivamente derecha o izquierda y lo más frecuente es que sea frontal o temporal; el dolor es pulsátil en la mayoría de los pacientes, pero puede presentarse como dolor opresivo o picadas. La intensidad del dolor es severa, y generalmente se califica más de

8/10; igualmente, la intensidad se incrementa si el paciente realiza actividades físicas. Además del dolor, la crisis de migraña se acompaña de sonofobia, fotofobia, anorexia, náuseas e insomnio y ocasionalmente puede haber otros síntomas. Los pacientes con migraña con aura tienen fenómenos visuales acompañando a la cefalea, menos frecuentemente hay afasia, amnesia, ptosis, o síntomas sensitivos acompañando las auras visuales. La duración pro-

**TABLA 4.** FRECUENCIA DEL AURA.

Aura	Frecuencia	Porcentaje
Visual	75	100 por ciento
Afásica	2	2.6 por ciento
Ptosis	1	1.3 por ciento
Amnesia	1	1.3 por ciento
Sensitiva	1	1.3 por ciento
Motores	0	0 por ciento

medio de las crisis es de 12 horas y recurren en promedio 3 días al mes, pero los pacientes con migraña crónica presentan dolor en promedio 16 días al mes. Después de la crisis, la mitad de los pacientes quedan con sensación de cansancio, algunos con irritabilidad, depresión o somnolencia. Estas crisis hacen que los pacientes pierdan días de trabajo laboral o doméstico o que se reduzca el rendimiento del trabajo laboral o doméstico, además de perder actividades recreativas. No hay diferencias en las características clínicas de la migraña con y sin aura. Aparte de la mayor frecuencia de las crisis que caracteriza a la migraña crónica, el dolor tipo presión y picada está asociado a la migraña crónica.

Las características clínicas de la migraña pueden describirse en el orden cronológico de aparición (1). La primera característica clínica es la edad de inicio, la edad de inicio promedio de la migraña en este

**TABLA 5.** PATRÓN DE LAS CRISIS DE MIGRAÑA.

Patrón	Migraña	Migraña con aura	Migraña sin aura	Migraña Crónica
Episódica	98 69.5% (61.2-77.0%)	50 70.4% (58.4-80.7%)	43 70.5% (57.4-81.5%)	5 55.6% (21.2-86.3%)
Nocturna	11 7.8% (4.0-13.5%)	5 7.0% (2.3-15.7%)	5 8.2% (2.7-18.1%)	1 11.1% (0.3-48.2%)
Vespertina	8 5.7% (2.5-10.9%)	3 4.2%	5 8.2%	0
Menstrual	6 5.5% (2.0-11.6%)	4 5.6% (1.6-13.8%)	2 3.3% (0.4-11.3%)	0
Diurna	5 3.5% (1.2-8.1%)	2 2.8% (0.3-9.8%)	0	3 33.3% (7.5-70.1%)
Entre semana	4 2.8% (0.8-7.1%)	2 2.8%	2 3.3%	0
Fin de semana	2 1.4% (0.2-5.0%)			
Continua	0	0	0	0

Los valores están dados en número, porcentaje % (Intervalo de confianza 95%)  
El patrón menstrual se evaluó en 109 mujeres.

**TABLA 6. SÍNTOMAS POSTERIORES A LA CEFALEA.**

Síntoma	Migraña	Migraña con aura	Migraña sin aura	Migraña crónica
Cansancio	39 27.7% (20.5-35.8%)	27 38.0% (26.8-50.3%)	10 16.4% (8.2-28.1%)	2 22.2% (2.8-60.0%)
Somnolencia	29 20.6% (14.2-28.2%)	17 23.9% (14.6-35.5%)	9 14.8% (7.0-26.2%)	3 33.3% (7.5-70.1%)
Irritabilidad	16 11.3% (6.6-17.8%)	5 7.0% (2.3-15.7%)	9 14.8% (7.0-26.2%)	2 22.2% (2.8-60.0%)
Depresión	9 6.4% (3.0-11.8%)	4 5.6% (1.6-13.8%)	4 6.6% (1.8-15.9%)	1 11.1% (0.3-48.2%)
Los valores están dados en número, porcentaje % (Intervalo de confianza 95%).				

**TABLA 7. EFECTO DEL EJERCICIO SOBRE LA INTENSIDAD DEL DOLOR.**

Efecto del ejercicio				
Aumenta	99 70.2% (61.9-77.6%)	49 69.0% (56.9-79.5%)	44 72.1% (59.2-82.9%)	6 66.7% (29.9-92.5%)
Disminuye	4 2.8% (0.8-7.1%)	1 1.4% (0.0-7.6%)	2 3.3% (0.4-11.3%)	1 11.1% (0.3-48.2%)
No cambia	38 27.0% (19.8-35.1%)	21 29.6% (19.3-41.6%)	15 24.6% (14.5-37.3%)	2 22.2% (2.8-60.0%)
Los valores están dados en número, porcentaje % (Intervalo de confianza 95%)				

**TABLA 8. INCAPACIDAD GENERADA POR LA MIGRAÑA.**

	Días laborables perdidos	Días trabajo doméstico perdidos	Días productividad laboral reducida	Días productividad doméstica reducida	Días de recreación perdidos
Migraña	1.18 ± 3.56	3.28 ±7.82	2.47±4.73	2.21±4.85	1.11±2.20
Migraña con aura	1.10 ± 2.18	1.93 ±3.46	4.14 ±9.35	2.35 ±4.74	1.03 ±1.93
Migraña crónica	1.67 ± 2.65	6.89 ±7.11	5.22 ±11.78	0.89 ±1.36	1.67 ±2.12
Migraña sin aura	1.20 ± 4.80	2.44 ±5.30	2.00 ± 4.35	2.25 ±5.30	1.12 ± 2.50
Valor P	0.3781	0.0612	0.2701	0.6536	0.7166
Los valores están expresados en media ± desviación estándar					



---

estudio es menor que la reportada en la población general danesa (2), en poblaciones clínicas (8) y en migraña con aura no hemipléjica familiar (9). Esto puede ser explicado porque la población en donde se realizó el estudio es una población universitaria joven con un sesgo hacia una menor edad.

Otra característica del episodio de migraña es la localización del dolor. La localización de la cefalea en regiones temporales y frontales encontrada en este estudio es característica de la migraña (1). La localización de la cefalea de la migraña típicamente es hemicránea alternante derecha o izquierda y hace parte de los criterios diagnósticos de la IHS (7). La cefalea persistentemente unilateral se ha tenido en cuenta como una señal de alarma que indica la presencia de cefalea secundaria a patología local o cefalea en racimo (10) sin embargo, en este estudio una proporción importante de pacientes con migraña informan esta característica.

Una tercera característica del episodio de migraña es el tipo de dolor; el dolor pulsátil está presente con una frecuencia similar al 50-82% informada en series en la población general (2-4, 11, 12). El dolor de la migraña distintivamente es pulsátil y esta característica es parte de los criterios diagnósticos de la IHS (7). Un hallazgo notable es la asociación de la cefalea pulsátil a la migraña con o sin aura en contraste con la migraña crónica que está asociada a cefalea pulsátil, tipo peso y tipo picada.

Una cuarta característica del episodio de migraña es la intensidad del dolor moderada a severa; en este estudio, la mayoría de los pacientes califican la severidad del dolor en ocho o más puntos sobre diez; de hecho, la severidad es uno de los criterios con mayor valor predictivo en esta población (6). La severidad del dolor es un criterio diagnóstico de la migraña (7), y ha sido descrito como un síntoma sensible y específico de migraña (2-5, 8, 11, 13, 14).

Una quinta característica del episodio de migraña son los síntomas acompañantes. En este estudio el síntoma más frecuente fue la sonofobia, junto con la fotofobia tienen una prevalencia similar a la informada en estudios previos, sonofobia entre el 45 y 98% y fotofobia entre el 54 y 94% (2-5, 12, 15); la náuseas y el vómito ocurrieron con menor frecuencia que en otros estudios informados entre el 75 y 94% y entre el 40 y 67% respectivamente

(2-5, 8, 12, 15). Estos síntomas son parte de los criterios diagnósticos de migraña de la IHS (7); y en esta población las náuseas fueron el síntoma con mayor valor predictivo (6). Es llamativo que síntomas que no hacen parte de los criterios diagnósticos de la IHS, como insomnio, fatiga, pérdida de la libido, depresión e inyección conjuntival son más frecuentes que el vómito, aunque no se conoce su especificidad en el diagnóstico de migraña.

Una sexta característica del episodio de migraña es el aura. El aura más frecuente es la visual y cuando ocurren otros tipos de auras, éstas acompañan al aura visual; estos hallazgos coinciden con observaciones previas (3, 4, 9, 15, 16) y se debe reconsiderar el diagnóstico cuando ocurran otros tipos de auras sin aura visual acompañante (9).

Otra característica del episodio de migraña es el incremento del dolor por las actividades físicas habituales que es tenida en cuenta por los criterios diagnósticos de la IHS (7). La prevalencia de esta característica en nuestra población es mayor que la informada en una población clínica (5), pero menor que la reportada previamente en estudios en la población general (2, 4) no obstante mantiene un valor predictivo positivo alto (6).

Una octava característica del episodio de migraña es la duración de la cefalea, que puede variar entre 4 y 72 horas sin tratamiento según los criterios diagnósticos de la IHS (7). El promedio de duración en este estudio fue de 12 horas coincidiendo con el concepto que la mayoría de las crisis duran entre 4 y 24 horas (1-5, 8-9, 13).

Después del ataque de cefalea, los pacientes pueden continuar sintomáticos en la fase postdrómica. El 54.6 % de los pacientes continúan sintomáticos después que ha pasado la fase de dolor de la crisis de migraña. La prevalencia de estos síntomas es menor que la previamente reportada (1), aunque en este estudio puede haber un sesgo de memoria ya que la información fue recolectada retrospectivamente y no basada en un diario de cefalea. La sensación de cansancio es un síntoma frecuente en el postdromo (17) pero no había sido informada la asociación con la migraña con aura; la irritabilidad y depresión ya habían sido advertidas como síntomas postdrómicos de la migraña (17), sin embargo, en este estudio aparece la somnolencia como un síntoma postdrómico nuevo y relativamente frecuente.

---

Las crisis de migraña también se caracterizan por su naturaleza episódica. En este estudio el promedio de crisis de migraña en pacientes con migraña con o sin aura fue de 3 crisis en el último mes. Resulta muy difícil definir la frecuencia de crisis de migraña ya que es una característica muy variable aún dentro del mismo individuo; en poblaciones clínicas, el 50 % de los pacientes presentan entre uno y cuatro ataques al mes, el 15 % presentan unos pocos ataques al año y el 35 % hasta 3 ataques por semana (1), la frecuencia mediana de crisis de migraña en población clínica es de una crisis por semana (5); en la población general, la frecuencia de ataques es menor (1, 14); la frecuencia de las crisis de migraña puede ser un factor que influye en la decisión del paciente para consultar al médico y explicaría la mayor frecuencia en poblaciones clínicas. Por definición de la IHS, la frecuencia de las crisis de migraña diferencia a las migrañas con o sin aura de la migraña crónica (7).

Otra característica clínica de la migraña es el patrón con el que ocurren las crisis de migraña. En este estudio el inicio de la cefalea no tiene una relación horaria con una presentación episódica en la mayoría de las personas con migraña. La cefalea puede comenzar en la mañana al despertar, pero más comúnmente en las tardes o noche (1) e incluso se ha propuesto un tipo de migraña nocturna relacionado con el sueño REM (18), este patrón lo presenta solamente en el 7.8 %. Algunos pacientes presentan sus crisis de migraña durante el fin de semana (1.4 %); el sueño profundo o prolongado durante el fin de semana puede provocar una crisis de migraña; otro mecanismo que puede explicar este patrón es el consumo habitual de cafeína en el trabajo durante la semana con supresión de cafeína el fin de semana. El patrón menstrual se encuentra en el 5.5 % de las mujeres con migraña, una prevalencia inferior a la informada previamente (2-4, 19); se ha informado una asociación entre la menstruación y la migraña sin aura (2, 4, 19), con una prevalencia de migraña relacionada con la menstruación del 25 % en pacientes con migraña sin aura y del 8 % en mujeres con migraña con aura (2), sin embargo, en este estudio no se encontró diferencias en el patrón menstrual entre la migraña con aura y sin aura.

Además de las características descriptivas del episodio de migraña, la enfermedad genera incapacidad. El promedio de días laborales o académicos, días de

trabajo doméstico, y días de recreación perdidos, y los días de reducción de la productividad laboral y días de reducción de la productividad doméstica son comparables a la incapacidad previamente informada (20-23), en los cinco estudios, los pacientes con migraña pierden más días de trabajo doméstico que de recreación o trabajo pagado o académico. Un hallazgo llamativo en este estudio y compartido con los demás estudios realizados en Colombia es que la incapacidad generada por la migraña no tiene una distribución normal, lo que indica que hay pacientes muy incapacitados y pacientes con una incapacidad mínima sugiriendo que existen migrañas diferentes de acuerdo al grado de incapacidad. En este estudio además comparamos la incapacidad generada por la migraña con aura, migraña sin aura y migraña crónica y no encontramos diferencias, sin embargo, esto puede haber ocurrido por el pequeño tamaño de la muestra ya que se ha informado de la relación entre la frecuencia de crisis de migraña y la incapacidad (21); sin embargo, la relación entre la incapacidad, la frecuencia, intensidad y el índice de cefalea deberá establecerse en estudios futuros para dar una explicación a la falta de normalidad de la incapacidad generada por la migraña.

Otra característica semiológica de la migraña son los antecedentes familiares. La historia de migraña entre los familiares de primer grado ha sido informada en el 56 % de los pacientes con migraña (4, 12, 15), porcentaje que es idéntico al encontrado en este estudio.

No se encontraron diferencias entre la migraña con aura y sin aura en características como la edad de inicio, localización, calidad o severidad del dolor, síntomas acompañantes, duración, frecuencia o patrón de las crisis, efecto del ejercicio sobre la cefalea, incapacidad asociada a la migraña y antecedentes familiares. El 81 % de los pacientes con migraña con aura que consultan a una clínica tienen concomitantemente migraña sin aura (5), esta coexistencia de migraña con aura y sin aura puede diluir las diferencias clínicas entre las dos entidades, sin embargo en la población general, la coexistencia de las dos tipos de migraña es menor (2, 4).

Algunos estudios han encontrado diferencias clínicas entre la migraña con o sin aura (2, 3), que respaldan el concepto que la migraña con y sin aura

son entidades diferentes con diferentes genotipos. Asimismo, en un estudio de gemelos se observó que la migraña sin aura no incrementa el riesgo de migraña con aura y lo contrario, la migraña con aura no incrementa el riesgo de migraña sin aura en el gemelo par sugiriendo que la migraña con aura y sin aura tienen un sustrato genético diferente (24). Sin embargo, no se encontraron diferencias en las características clínicas entre dos genotipos de migraña asociada al cromosoma 19p13 y Xq24-28 y ambos genotipos pueden expresar ambos fenotipos de migraña con aura y sin aura (25).

La frecuencia de las crisis de migraña diferencia la migraña con aura de la migraña crónica (7), pero además en este estudio el dolor tipo presión y picada está asociado a la migraña crónica.

Este estudio tiene algunas fortalezas. La población estudiada es una muestra universitaria de la población general, lo cual no introduce sesgos de selección inherentes a las poblaciones clínicas, abarcando todo el espectro de severidad de la enfermedad; la muestra seleccionada proviene de una población universitaria con un nivel cultural alto que supone un mayor conocimiento sobre sus síntomas; y la caracterización de la migraña es realizada mediante una entrevista cara a cara, semiestructurada, extensa, realizada por un neurólogo que involucró un gran número de características de la enfermedad generando una alta calidad de los datos.

En conclusión, este estudio muestra las características clínicas de la migraña con aura, sin aura y crónica en una población general colombiana. No encontramos diferencias clínicas entre la migraña con y sin aura excepto por el aura. Aparte de la mayor frecuencia de crisis de migraña, la migraña crónica se asocia a dolor de tipo pulsátil, opresivo y picada.

## REFERENCIAS

1. Zagami AS, Rasmussen BK. Symptomatology of migraine without aura. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. *The Headaches*, Second edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 337-343.
2. Russell MB, Rasmussen BK, Fenger K, Olesen J. Migraine without aura and migraine with aura are distinct clinical entities: a study of four hundred and eighty-four male and female migraineurs from the general population. *Cephalalgia* 1996; 16:239-245.
3. Kallela M, Wessman m, Färkkilä M, Palitie A, Koskenvuo M, Honkaslaio M-L, Kaprio J. Clinical characteristics of migraine in a population-based twin sample: similarities and differences between migraine with and without aura. *Cephalalgia* 1999; 19:151-158.
4. Ramussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1992; 12:221-228.
5. Queiroz LP, Rapoport AM, Weeks RE, Sheftell FS, Siegel SE, Baskin SM. Characteristics of migraine visual aura. *Headache* 1997;37:137-141.
6. Rueda-Sánchez M, Díaz-Martínez LA. Validation of a migraine screening questionnaire in a Colombian university population. *Cephalalgia* 2004; 24:894-899.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 2004;24Suppl 1:1-160.
8. Davies PTG, Peatfield RC, Steiner TJJ, Bond RA, Rose FC. Some clinical comparisons between common and classical migraine: a questionnaire-based study. *Cephalalgia* 1991; 11:223-227.
9. Eriksen MK, Thomsen LL, Andersen I, Nazim F, Olesen J. Clinical characteristics of 362 patients with familial migraine with aura. *Cephalalgia* 2004; 24:564-575.
10. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Overview, Diagnosis, and Classification of Headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ., editors. *Wolff's Headache and other head pain*, Seventh edition. New York: Oxford University Press, 2001: 6-26.
11. Ramussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. A population-bases analysis of the diagnostic criteria of the international headache society. *Cephalalgia* 1991; 11:129-134.
12. Zencir M, Ergin H, Şahiner T, Kiliç I, Alkiş E, Özdel L, et al. Epidemiology and symptomatology of Migraine Among School Children: Denizli urban area in Turkey. *Headache* 2004;44:780-785.
13. Iversen HK, Langermark M, Anderson PG, et al. Clinical Characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. *Headache* 1990; 30: 514-519.
14. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salomon R, et al. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992; 12:229-237.
15. Rasmusen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15: 45-68.
16. Cologno D, Torrelli P, Manzoni GC. A prospective study of the headache phase in 32 migraine with aura patients. *Cephalalgia* 2002; 22:411-415.
17. Blau JN. Migraine postdromes: symptoms after attacks. *Cephalalgia* 1991; 11:229-231.
18. Dexter JD, Riley TL. Studies in nocturnal migraine. *Headache* 1975, 15:51-62.
19. Macgregor EA, Chia H, Vohrah RC, Wilkinson M. Migraine and menstruation: a pilot study. *Cephalalgia* 1990; 10:305-310.
20. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, Dowson A, Kolodner K, Liberman JN, et al. An international study to assess reli-

---

ability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Score. *Neurology* 1999;53:988-994.

21. Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'Keane V. Factors Associated with Burden of Primary Headache in a Specialty Clinic. *Headache* 2003;43:638-644.

22. Silva JA, Gómez B, Quintero R. Determinación del índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá. *Acta Neurol Coloma* 208;24:105-113.

23. Morillo LE, Alarcón F, Aranaga N, Aulet S, Chapman

E, Conterno L, et al. Clinical Characteristics and patterns of medication use of migraneurs in Latin America from 12 cities in 6 countries. *Headache* 2005; 45:118-126.

24. Russel MB, Ulrich V, Gervil M, Olesen J. Migraine without aura and migraine with aura are distinct disorders. A population-based twin survey. *Headache* 2002;42:332-336.

25. Lea RA, Hilton Da, MacMillian JC, Griffiths LR. An analysis of clinical characteristics in genetically linked migraine-affected pedigrees. *Cephalalgia* 2003;23:808-813.