CEFALEAS EN EL CLIMATERIO

Dra.Maria Teresa Goicochea
Especialista en Neurolía
Clinica de Dolor
FLENI

DIFERENCIAS ENTRE CEFALEAS Y MIGRAÑA

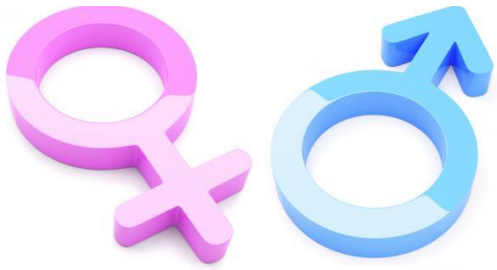
CEFALEA: dolor localizado en craneo

Migraña:

Criterios diagnósticos

A. Al menos cinco crisis[1] que cumplen los criterios B-D.
B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)[2,3].
C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
   1. Localización unilateral.
   2. Carácter pulsátil.
   3. Dolor de intensidad moderada o severa.
   4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras).
D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
   1. Náuseas y/o vómitos.
   2. Fotofobia y fonofobia.
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Prevalencia 48% 18%



La migraña es una cefalea primaria frecuente e incapacitante. Estudios epidemiológicos han documentado su alta prevalencia y enorme impacto socioeconómico y personal. Conforme al estudio *Global Burden of Disease Survey* 2010, es el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de incapacidad en el mundo.

Migraña con Aura:

Criterios diagnósticos

A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.
B. El aura comprende síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje, todo ellos completamente reversibles, pero no presenta síntomas motores, troncoencefálicos ni retinianos.
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
   1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período ≥ 5 min, y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
   2. Cada síntoma individual de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos[1].
   3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral[2].
   4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.
D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

CEFALEA TENSIONAL

Prevalencia en la población general 30 al 78%

Criterios:

Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.
Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Localización bilateral.
2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
3. Intensidad leve o moderada.
4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.

Ambas características siguientes:

1. Sin náuseas ni vómitos.
2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Cefalea Tensional:

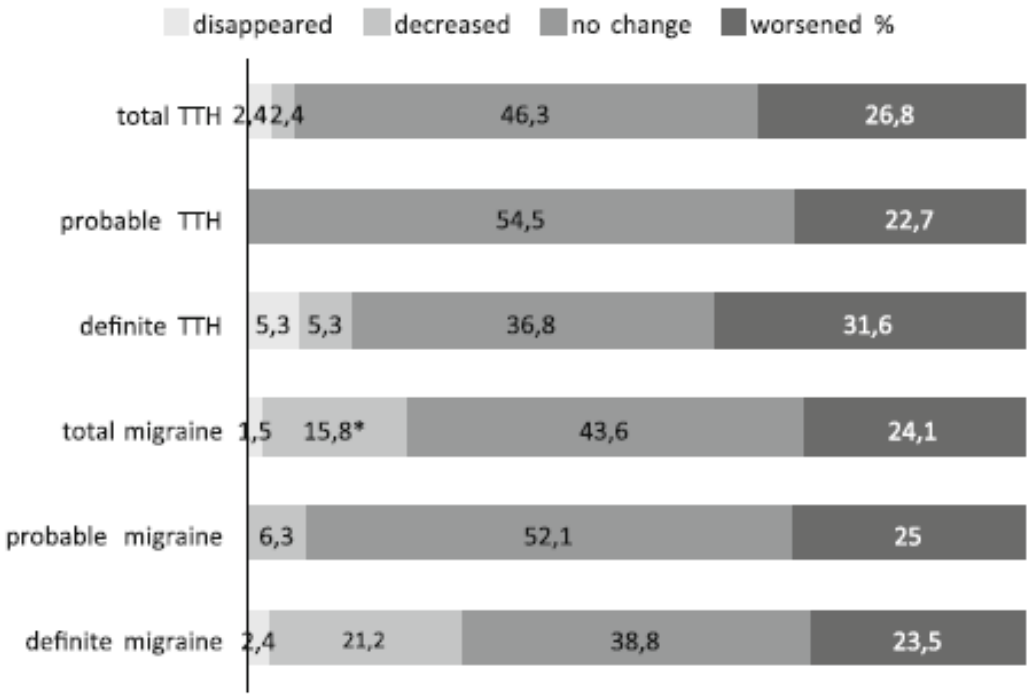
70% no cambia o empeora con la menopausia

Migraña: 2/3 pacientes puede mejorar en la menopausia

Neri I, Granella F, Nappi R, Manzoni GC, Facchinetti F, Genazzani AR (1993) Characteristics of headache at menopause: a clinico-epidemiologic study. Maturitas 17:31–37

Impact of sex hormonal changes on tension-type headache and migraine: a cross-sectional population-based survey in 2,600 women

J Headache Pain (2012) 13:557–565



*p=0.046 compared to TTH total

(Pearson chi-square, Yates's continuity correction and Fisher's exact tests were used where appropriate)

Fig. 2 Course of headache during menopause

PARA RECORDAR....

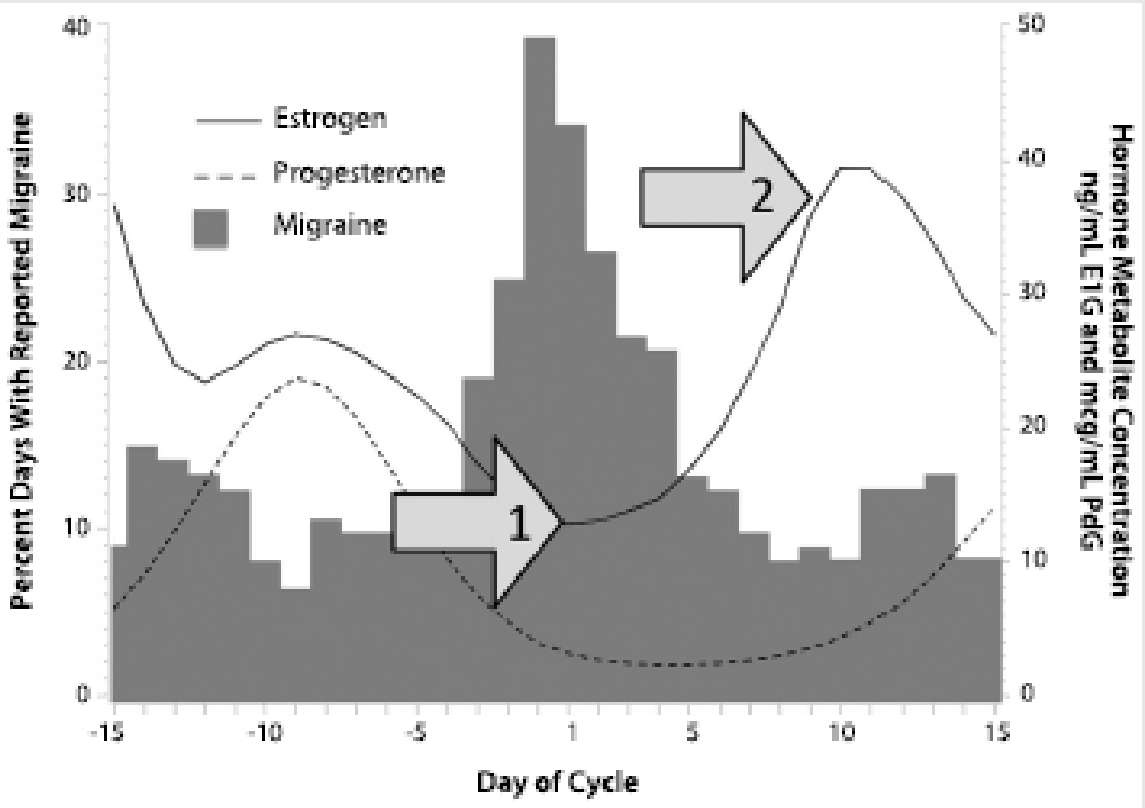


FIGURE 3-5 Inverse relationship between migraine incidence and estrogen levels.

1: Falling estrogen associated with high migraine incidence
2: Rising estrogen associated with low migraine incidence

E1G = estrone-3-glucuronide; PdG = pregnanediol-3-glucuronide.

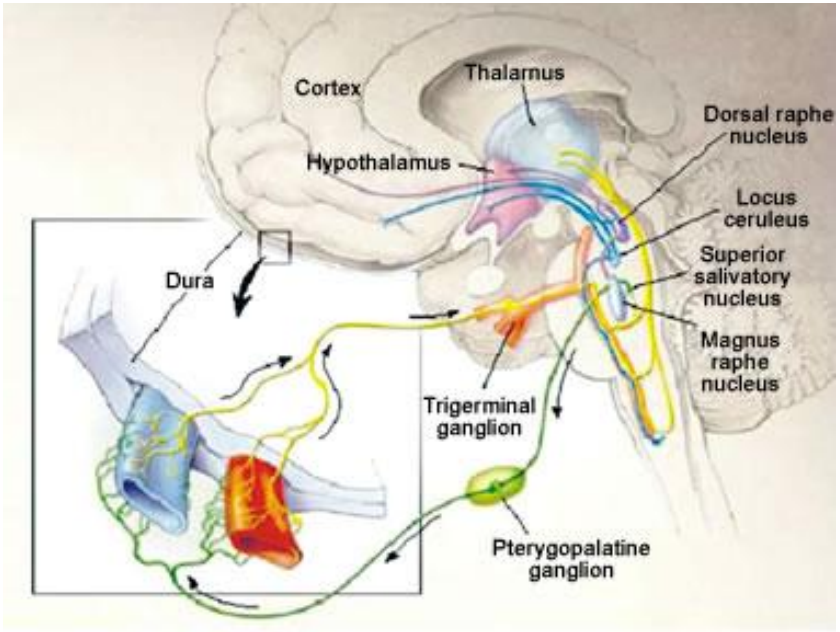
Adapted with permission from MacGregor EA, et al, Neurology.[10] © 2006 American Academy of Neurology. www.neurology.

Patofisiología

- 50% mujeres reportan asociación entre la migraña y la menstruación.
- Teoría de la “retirada estrogénica” como gatillo de migraña
- Perimenopausia se caracteriza por fluctuaciones erráticas de E y Pg
- Niveles de E más elevados perimenopausia ?

E

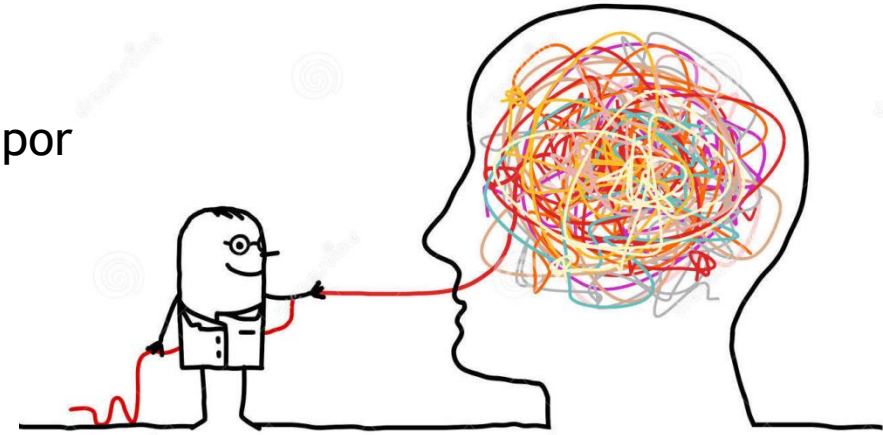
Aumenta producción de serotonina
Disminuye la recaptación
Disminuye la degradación



DIFERENCIA EN LOS ESTUDIOS

Con la manopausia mejoran las migrañas???

Experiencia clínica más que evidencia por
Estudios epidemiológicos



CAMBIOS EN EL CLIMATERIO

- Secreción errática de E
- Ciclo anovulatorios
- Deficiencia de Pg

Aumentar las migrañas
Iniciarlas

MacGregor EA. Menstruation, sex hormones, and migraine. *Neurol Clin* 1997;**15**:125–41

PRIMER CONSULTA EN PERIMENOPAUSIA

MacGregor A. Gynecological aspects of migraine. *Rev Contemp Pharmacother* 2000;**11**:75–90

Menopause International 2009; **15**: 82–86.

Table 1 Some of the STRAW + 10 criteria for staging reproductive aging in women

Menarche

Last menstrual period

Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	early	peak	late		early	late	early			late
					PERIMENOPAUSE					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)		3-6 years	Remaining lifespan

Neurol Sci (2015) 36 (Suppl 1):S79–S83

EVOLUCIÓN:

Perimenopausia temprana =premenopausia: 16.7%

Perimenopausia tardia: Aumentan las migrañas: 31%

Menopausia espontanea: Disminuyen :7%prevalencia

Menopausia quirúrgica: Empeora : 27%

Migraña sin Aura estaría más influenciada por las hormonas que la migraña con Aura

Mattsson P. Hormonal factors in migraine: a population-based study of women aged 40 to 74 years. *Headache* 2003;43:27–35

Sindrome prementrual se considera predictor de aumento de la migraña en la 2da etapa perimenopausia.

Mayor sensibilidad a las fluctuaciones hormonales

Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD, Wang PH (2003) Migraine prevalence during menopausal transition. Headache 43:470–478

Mayor predisposición a síntomas climatéricos y con ellos incremento de la migraña

Trast.del sueño

Depresión

Fettes I (1999) Migraine in the menopause. Neurology 53:S29–S33

- 404 M : prevalencia de migraña 34% premenopausia

postmenopausia 24%

Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al.: Symptoms in the menopausal transition: hormone and behavioral correlates. *Obstet Gynecol* 2008, 111:127–136.

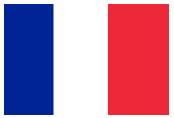
- 47 pac: 62 % mejora
- 18 % empeora
- 20 % NO cambia
- 17% NUEVO INICIO de migraña

RELACIÓN CON LOS SINTOMAS VASOMOTORES

- Cambios de humor
- Trastornos del sueño
- Irritabilidad
- Dificultades en la concentración
- Sofocones
- Sudoración nocturna

La migraña esta asociada a los síntomas de la menopausia???

- 1000 Clínica de menopausia:
- 85% cefaleas recurrentes
- 24% Migraña



of 28,118 French women suggested a significant association (HR, 1.11; 95% CI, 1.07–1.16; $P = 0.007$) [7••].

available studies are conflicting.[16,25,26] A population-based retrospective study of 728 Swedish women reported no association between the presence of migraine and menopausal symptoms.[25] Conversely, the results of a subsequent cohort study of 28,118 French women suggested that the risk of onset of any menopausal symptom was higher in subjects with a history of migraine (hazard ratio [HR], 1.11; 95% CI, 1.07–1.16; P=0.007).[26] Another study analyzed the association between menopausal vasomotor symptoms (hot flushes, night sweating) and migraine and found that subjects with either hot flushes (22% vs 16%; OR, 1.5; 95% CI, 1.0–2.2; P=0.044) or night sweating (28% vs 16%; OR, 2.1; 95% CI, 1.3–3.4; P=0.003) had a higher migraine prevalence than those without these symptoms.[16] The differences among

CEFALEAS Y TERAPIA HORMONAL

- El empeoramiento de la migraña con la menopausia es un predictor de empeoramiento con TRH

Mueller L. Predictability of exogenous hormone effect on subgroups of migraineurs. *Headache*. 2000;40:189–193.

Moreover, a retrospective study conducted on 451 female migraineurs found an association between self-reported worsening of headache on HRT and worsening of headache during menopause (67% vs 27%, $P<0.01$).[21]

MacGregor A. Effects of oral and transdermal estrogen replacement on migraine. *Cephalalgia*. 1999;19(2):124–125.

17 107 !!

ers – experienced migraine. Current HRT use was associated with higher risk of migraine than nonuse (OR, 1.42; 95% CI, 1.24–1.62), both for users of estrogen alone (OR, 1.39; 95% CI, 1.14–1.69) and users of estrogen plus progestin (OR, 1.41; 95% CI, 1.22–1.63). There were no significant differences in the risk of migraine headache in users of cyclic versus continuous doses of estrogens, and no dose–response relationship was reported.[29] Among 5,507 postmenopausal women

Misakian AL, Langer RD, Bensenor IM, et al. Postmenopausal hormone therapy and migraine headache. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003;12(10): 1027–1036.

42% aumento de riesgo de migrañas con TRH
TRH : > riesgo de migraña vs no uso TRH
E cíclico vs E continuo SIN diferencia significativa

DIAGNOSTICO: CLÍNICO

Antecedentes de cefaleas.
Características : tipo- localización
duración
intensidad
síntomas acompañantes: nauseas-vomitos-foto-fonofobia
Frecuencia
Relación con la mentruación
Relación con la medicación
Trastornos del sueño
Trastornos del ánimo

RE-ESTUDIAR:

- Dolor de diferentes características a las registradas por el paciente
- Dolor de reciente inicio
- Ex. Físico anormal
- Dolor súbito
- Dolor con Valsalva

TRATAMIENTOS: TRATAMIENTO AGUDO DE MIGRAÑA

- AINES
- Triptanes: Naratriptan,Sumatriptan,Zolmitriptan

- Miniprofilaxis: AINES o triptanes en 1ra parte perimenopausia
- E trasncutaneos 1.5mg (grado B de recomendción)

TRATAMIENTO

- Convensional: Neuromodulador diariamente Topiramato

Allais G, Sanchez del Rio M, Diener HC et al (2011) Perimenstrual migraines and their response to preventive therapy with topiramate. Cephalalgia 31:152–160

- Fluoxetina, paroxetina, velanfaxina, gabapentin

Migraine and the menopausal transition

Neurol Sci (2014) 35 (Suppl 1):S65–S69

TRATAMIENTO

- TRH se puede iniciar en la premenopausia tardia y 1eros años de la post menopausia.
- Preferente parche transdermicos y gel con estradios
- Se recomienda TRH continua para prevenir la deprivación E y los ataques de migraña

migraine. Because their long term harm to benefit balance has not been characterized, hormonal treatments are not first-line headache strategies for most women with hormonally associated migraine. They are most appropriate in women with migraine who have other medical indications for hormonal treatment and no contraindications to use. Such women include those under age 35 who have menstrual migraine without aura and desire contraception or treatment for endometriosis, or postmenopausal women with intolerable menopausal symptoms and no contraindications to estrogen replacement therapy,

Hormonal Management of Migraine Associated With Menses and the Menopause: A Clinical Review

Tratamiento con tibolona: disminuye las horas de discapacidad por migraña.

Nappi RE, Sances G, Sommacal A et al (2006) Different effects of tibolone and low-dose EPT in the management of postmenopausal women with primary headaches. Menopause 13:818–825

CEFALEA ATRIBUIDA A HORMONAS EXOGENAS (CEFALEAS 2RIA)

Criterios diagnósticos

A. Cualquier cefalea que cumple el criterio C.
B. Medicación habitual con una o más hormonas exógenas.
C. La causalidad queda demostrada mediante los dos criterios siguientes:
    1. La cefalea se desarrolla en relación temporal con el inicio del tratamiento con hormonas
    2. Uno o más de los siguientes:
        a) La cefalea empeora de manera significativa después de un aumento de la dosis hormonal.
        b) La cefalea mejora de manera significativa o remite después de una reducción en la dosis hormonal.
        c) La cefalea remite después de interrumpir el tratamiento con hormonas exógenas.
D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Table 2.—Selected Nonhormonal Treatment Strategies Studied for Hormonally Related Headaches

Nimesulide[102]
M-chlorophenylpiperazine[103]
Triptans [104–112]
Prostaglandin inhibitors[113,114]
Biofeedback[115,116]
Acupuncture[117]
Bromocriptine[118]
Magnesium[119]
Naproxen[120]
Ergonovine[121]
Aspirin-Acetaminophen-Caffeine[122]

Hormonal Management of Migraine Associated With Menses and the Menopause: A Clinical Review

CEFALEA HIPNICA

Criterios diagnósticos

A. Crisis de cefalea recurrentes que cumplen los criterios B-E.
B. Ocurre únicamente durante el sueño, y despiertan al paciente.
C. Se presentan ≥10 días al mes durante > 3 meses
D. Duración de ≥ 15 o más minutos y hasta 4 horas después de la interrupción del sueño.
E. Sin síntomas autonómicos craneales ni sensación de inquietud.
F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

CONCLUSIONES:

- Las flutuaciones estrogénicas impactan en las cefaleas
- Migraña es frecuente en la menopausia y puede agravarse hasta que llegue la postmenopausia
- Considerar frecuencia, e impacto en calidad de vida.
- Tratamiento agudo y preventivo standart de la migraña
- Si hay indicación de remplazo E se recomienda en forma transdérmica y bajas dosis