



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Migraña crónica y memoria

Autor/es

Alejandro Vilorio Alebesque

Director/es

Sonia Santos Lasaosa

Facultad de Medicina
2012

Introducción

El término ‘migraña crónica’ (MC) se incluyó en la segunda edición de la clasificación de las cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) de 2004 y sus criterios se revisaron en 2006^{1,2}. Previamente, Mathew había acuñado el término ‘migraña transformada’ y Silberstein et al desarrollaron los criterios clínicos que la definieron durante años, permitiéndose el diagnóstico de migraña transformada con o sin abuso de analgésicos^{3,4}. Hoy en día se considera que la MC es una complicación de la migraña^{1,2}. Se define por la presencia de cefalea 15 o más días al mes durante al menos tres meses, de los que al menos ocho deben cumplir criterios de migraña sin aura o responder a triptanes o ergóticos, en ausencia de abuso de medicación y no atribuibles a otra causa.

La migraña se asocia con un amplio espectro de procesos patológicos estadística y biológicamente relacionados. Muchas de estas comorbilidades, como varios trastornos psiquiátricos (principalmente ansiedad y depresión), cuadros de dolor crónico, ciertas enfermedades respiratorias y algunos factores de riesgo vascular, se encuentran con una frecuencia significativamente mayor en la MC que en la ME.

El concepto vigente de MC excluye a aquellos pacientes con abuso de analgésicos, aunque se discute si el abuso de analgésicos es la causa del dolor crónico (aunque es un tema a debate, no parece un factor ni necesario ni suficiente para la cronificación de la migraña, aunque sí un factor de riesgo), o el efecto lógico de padecer crisis de migraña frecuentes. Probablemente, en un futuro cercano se contemplará la MC con o sin abuso de medicación, una situación más que frecuente y aceptada en la práctica clínica habitual^{5,6}.

La MC se asocia con una mayor discapacidad, deterioro de la calidad de vida, y uso de recursos sanitarios que la migraña episódica (ME). La MC provoca una disminución de la productividad personal y laboral cuatro a seis veces mayor que la ME.

Un motivo frecuente de consulta de los pacientes con MC son las quejas cognitivas, principalmente déficits de memoria y atención, quejas que no se traducen en una interferencia real en la esfera social, laboral y familiar. Sin embargo condicionan una merma importante en su calidad de vida. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados de test cognitivos empleados en la práctica clínica habitual en una consulta de neurología de un grupo de pacientes diagnosticados de MC y un grupo control sin dicha patología.

Material y Métodos

Pacientes

Se ha realizado un estudio cognitivo de una muestra de pacientes con diagnóstico de MC valorados de forma consecutiva en una consulta monográfica de cefaleas para

determinar su rendimiento mnésico. De forma paralela se ha incluido en el estudio un grupo control sin antecedentes de migraña, apareado por edad y sexo.

Instrumentos cognitivos

Para la realización del estudio cognitivo, se seleccionaron los siguientes tests:

El miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC) es probablemente la prueba de cribado más comúnmente usada para demencia. Incluye ítems que evalúan diferentes funciones cognitivas (orientación, atención, comprensión y repetición del lenguaje, memoria diferida, cálculo y dibujo elemental). Permite discriminar personas con bajo rendimiento cognitivo (cribado de demencia) y efectuar su seguimiento a través del tiempo⁷.

El test de alteración de memoria (T@M) es una nueva prueba de cribado válida para el deterioro cognitivo leve amnésico (DCLa) y la EA probable. Es breve, fácil de administrar y de puntuar, y discrimina entre sujetos ancianos sanos y pacientes con DCLa y EA. Constituye un test de cribado de memoria global formado por cinco subtest: codificación, orientación temporal, memoria semántica, recuerdo libre y recuerdo facilitado. Sin embargo, la relación entre la puntuación en el T@M y los resultados en pruebas neuropsicológicas utilizadas ampliamente para valorar pacientes con DCLa y EA todavía sigue por determinar^{8,9}.

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuconstructivas, cálculo y orientación. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. El puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal¹⁰.

La Memoria de Trabajo (MT) se define como un subsistema de la memoria a corto plazo que permite un almacenamiento y procesamiento simultáneo de la información. Puede ser explorada junto con el MEC, añadiendo dos ítems suplementarios de 'fijación-memoria' a este examen clásico, permitiendo documentar con mayor seguridad la amnesia anterógrada precoz en el caso de que exista, y la capacidad de aprendizaje actual del sujeto¹¹.

Método

Se han pasado las cuatro herramientas cognitivas a 30 pacientes con diagnóstico de MC, reconociéndose también las siguientes variables: tiempo de evolución de MC, componente de abuso de analgésicos (criterios temporales: administración de analgésicos simples \geq 15 días al menos durante >3 meses; ergóticos, triptanos, opiáceos y combinaciones \geq 10 días al mes durante > 3 meses), y presencia subjetiva de quejas de falta de memoria. El grupo control ha sido formado por otros 30 sujetos sin antecedentes de MC u otro tipo de cefalea, apareado por edad y sexo con el grupo estudio. En ninguno de los grupos existía alguna comorbilidad que determinara una merma de su rendimiento cognitivo. Tras la recogida de datos, el análisis estadístico comparativo entre los resultados de las

puntuaciones de los test de ambos grupos se ha realizado mediante el programa SPSS 11, considerándose como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

Se ha analizado un total de 60 sujetos (9,9% varones, edad media 47,08 años) con 30 sujetos en cada uno de los grupos. El grupo caso constaba de 30 sujetos (3,33% varones, edad media 49,33 años), y el grupo control de otros 30 (6,67% varones, edad media 44,83 años), sin encontrar diferencias significativas en estas características entre ambos grupos. Dentro del grupo caso, el tiempo medio de evolución de la MC era de 4,47 años, presentaban quejas subjetivas de déficit mnésico el 63,3%, y cumplían criterios de abuso de medicación el 80%.

Al realizar el análisis comparativo entre los resultados de cada test entre el grupo caso y el control, se han encontrado diferencias significativas con puntuaciones más bajas de forma global en el grupo de pacientes con MC en los cuatro test realizados: MOCA test (24,16 vs 29), TAM (43,76 vs 48,8), MT (17,5 vs 24,26), y MEC (33,73 vs 34,93).

También se han comparado los resultados por subapartados del MOCA test y el TAM, existiendo diferencias significativas con peores puntuaciones en el grupo caso en todos los dominios, excepto en los apartados orientación e identificación del MOCA test y en orientación en el TAM, en los cuales no había diferencias significativas.

Por último, se han comparados los resultados de los test dentro del grupo caso, entre los que tenían quejas subjetivas de falta de memoria (19), y los que no (11), no encontrando diferencias significativas.

Discusión

La quejas cognitivas, principalmente los fallos de memoria, son una comorbilidad descrita ampliamente en la literatura sobre MC, así como una consulta muy habitual de estos paciente en la práctica clínica diaria. En una revisión reciente sobre trabajos publicados en los últimos 30 años en los que relacionaba la migraña con quejas cognitivas en estos pacientes, se concluía que la migraña conllevaba un mayor riesgo de déficits neuropsicológicos, principalmente en dominios de memoria (verbal, visual), y también en otros como la velocidad de procesamiento de información, atención, y funciones ejecutivas, sin poder determinar claramente unos procesos fisiopatológicos que lo explicaran, y destacando algunos factores de confusión, como el uso de fármacos analgésicos y profilácticos para la migraña, y la presencia de comorbilidades como la depresión¹². Nuestros resultados, en los que se han evidenciado peores puntuaciones en los test cognitivos en el grupo de pacientes con MC, independientemente de las quejas cognitivas que presentaran, orientan también en este sentido.

Es destacable también el dato de que el 80% de los pacientes con MC incluidos presentaban criterios temporales de abuso de analgesia. Como ya hemos visto, aunque

en la definición de la MC se excluyen los pacientes con abuso de analgésicos, actualmente es un asunto en tela de juicio al considerarse más una condición consecuente de la patología, siendo un factor muy habitual y aceptado en la práctica clínica. En la revisión citada se destaca el papel del tratamiento farmacológico como favorecedor de los fallos cognitivos, pudiendo extrapolarlo a nuestro trabajo, dado el alto porcentaje de abusadores de analgésicos entre nuestros pacientes; hay que tener en cuenta que dicha revisión abarca a toda migraña (ME y MC), y nuestro trabajo a la MC, en la que el componente de abuso de analgesia es más claro, por lo que este factor tendría incluso mayor importancia en nuestro estudio. Por otra parte, en nuestro trabajo no hemos analizado el tratamiento habitual tanto analgésico como profiláctico del grupo caso, que, como ya hemos visto, también podría influir en el rendimiento cognitivo de los pacientes; podría ser un punto de análisis interesante de cara a futuros estudios. En conclusión, son necesarios más trabajos para definir exactamente la influencia del tratamiento farmacológico sobre las quejas cognitivas de estos pacientes.

Por otra parte, es frecuente que los pacientes que padecen dolor crónico se quejen de un funcionamiento cognitivo deficiente, barajándose distintas hipótesis para explicar este fenómeno: el papel de los tratamientos para el dolor, la habitual comorbilidad depresiva en estos pacientes, o la existencia de una alteración del mecanismo atencional derivado del padecimiento de dolor crónico¹³. Los resultados que hemos obtenido están en consonancia con estos datos. Teniendo en cuenta que hemos analizado a un grupo de pacientes con un dolor crónico concreto, la MC, una pregunta lógica que nos podríamos plantear es si los déficits cognitivos en este grupo concreto son debidos a los distintos factores que se sugieren para explicarlos en los pacientes con dolor crónico, o también deberíamos buscar la respuesta, o por lo menos otro factor causal añadido, en un sustrato fisiopatológico propio de la migraña.

Por último, nuestros resultados, que permiten demostrar diferencias en el rendimiento cognitivo entre los pacientes con MC y la población sana, deben hacernos pensar que hay que conceder cierto valor a las quejas mnésicas que un alto porcentaje de pacientes con MC presentan. Estas consultas son frecuentes en este tipo de pacientes, siendo un aspecto en el que quizá no se profundice demasiado. Estos resultados deben concienciarlos para intentar tener más presente este punto en la práctica clínica habitual, de cara a plantear posibles terapias que mejoren el rendimiento cognitivo de estos pacientes, y en definitiva, su calidad de vida.

Conclusiones

El objetivo de este estudio ha sido demostrar objetivamente mediante test utilizados habitualmente en una consulta de neurología, las quejas cognitivas referidas por un alto porcentaje de pacientes de nuestro medio con diagnóstico de MC. Los resultados reflejan un menor rendimiento cognitivo en los test de estos pacientes respecto a un grupo control. Estos resultados son similares a los encontrados en otros trabajos publicados que demuestran el menor rendimiento cognitivo de los pacientes con migraña. Nuestro estudio tiene la particularidad de centrarse en la MC, donde factores como el abuso de analgesia y trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión tienen una prevalencia significativamente mayor que en la ME, por lo que deberían

tenerse aún más en cuenta, pudiendo proponerse de cara a futuros estudios discernir de forma más precisa la influencia de estos factores en el desarrollo de un menor rendimiento cognitivo y en su severidad, en esta entidad en concreto.

Bibliografía

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2 ed. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): S9-160.
2. Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalalgia 2006; 26: 742-6.
3. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. Headache 1982; 22: 66-8.
4. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. Neurology 1996; 47: 871-5.
5. Negro A, Martelletti P. Chronic migraine plus medication overuse headache: two entities or not? J Headache Pain 2011; 12: 593-601.
6. Carod-Artal F, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol 2012; 54: 629-37.
7. Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva-Díaz A. El miniexamen cognitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1979; 3: 149-53.
8. Rami L, Bosch B, Valls-Pedret C, Caprile C, Sánchez-Valle Díaz R, Molinuevo JL. Validez discriminativa y asociación del test minimental (MMSE) y del test de alteración de memoria (T@M) con una batería neuropsicológica en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 2009; 49 (4): 169-174.
9. Rami L, Molinuevo JL, Sánchez-Valle R, Bosch B, Villar A. Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 294-304.
10. www.mocatest.org
11. Pascual LF, Fernández T, Saz P, Lobo A, Morales F. Exploración de la memoria de trabajo con el miniexamen cognoscitivo. Rev Neurol 2000; 30 (1): 1-4.

12. Martins de Araújo C, Guimaraes Barbosa I, Aguilar Lemos SM, Barros Domíngues R, Lucio Teixeira A. Cognitive impairment in migraine. A systematic review. *Dement Neuropsychol* 2012 June;6(2): 74-79.
13. Esteve MR, Ramírez C, López-Martínez AE. Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8: 119-127.