

Revisión sistemática sobre la eficacia de los diferentes tratamientos preventivos de migraña

Benito-León J, Morales-González JM, Collar JM.

[Tratamiento farmacológico preventivo de la migraña](#)

Med Clin (Barc) 2006; 126: 467-472.

PREGUNTA CLÍNICA

¿Cuál es la eficacia de los diferentes medicamentos que se utilizan para prevenir las crisis de migraña?

ANTECEDENTES

El impacto de la migraña, en términos de dolor, discapacidad y bienestar emocional es importante. Se recomienda tratamiento preventivo en el caso de PACIENTES QUE SUFRAN CRISIS FRECUENTES O MUY INVALIDANTES ([1](#)).

POBLACIÓN ESTUDIADA Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Pacientes de ambos sexos, mayores de 17 años, diagnosticados de migraña, procedentes de ensayos clínicos controlados (ECC), publicados en inglés o en español, desde 1966 hasta abril del 2004.

DISEÑO DEL ESTUDIO Y VALIDEZ

Se hizo una búsqueda de artículos sobre tratamientos para la migraña, en las bases de datos MEDLINE (entre 1966 y 2004), Embase Drug and Farmacology (entre 1980 y 2004) y en el Registro de Ensayos Controlados de Cochrane (hasta abril 2004). Los artículos fueron valorados por dos revisores independientes, y en caso de desacuerdo se consultaba a un tercer revisor. Fueron seleccionados artículos con puntuación de calidad = 3 o más en la escala de Jadad.

EFFECTOS MÁS IMPORTANTES MEDIDOS

Características de los pacientes incluidos en los estudios. Eficacia de los diferentes medicamentos utilizados para prevenir la migraña.

PRINCIPALES RESULTADOS

De 80 artículos seleccionados, se rechazaron 37. En todos los estudios seleccionados, la proporción de mujeres era superior a la de hombre, y en 30 de ellos el porcentaje superaba el 75%. En la mayoría se incluyeron migrañas de más de un año de evolución, diagnosticadas según los criterios de la Internacional Headache Society y con frecuencia de crisis superiores a dos episodios mensuales.

Medicamento	Dosis diaria (en mg)	Reduce n.º de crisis	Reduce duración	Reduce intensidad
Acetazolamida	500	No	No	No
Ácido acetilsalicílico	300 (tras 16 semanas)	No	No	No
Ácido graso omega-3	6000 (tras 4 meses)	No	No	No
Alfa-dihidroergocriptina	20	No	Sí	Sí
Bisoprolol	5-10	Sí	Sí	No
Candesartán	16	Sí	No	Sí (mejor respuesta a analgésicos)
Ciclandelato	1600	No	No	No
Citalopram	20 (tras 6 meses de tratamiento)	Sí	Sí	Sí
Feverfew (tanaceto)	100 (tras 60 días)	No	No	Sí
Fluoxetina	20-40 (tras 24 semanas)	Sí	No	Sí
Flunarizina	5-10	Sí	Sí	No
Gabapentina	1200-2000	Sí	Sí	Sí

Medicamento	Dosis diaria (en mg)	Reduce n.º de crisis	Reduce duración	Reduce intensidad
Histamina	1 ml, subcutáneo, e veces semana	Sí	No	Sí (mejor respuesta a analgésicos)
Lamotrigina	200	No	No	No
Lanepitant	200	No	No	No
Lisinopril	10 (tras 12 semanas)	Sí	Sí	Sí
Metoprolol	200 (tras 16 semanas)	Sí	No	No
Petadolex	50 (tras 12 semanas)	Sí	Sí	Sí
Propranolol	60-80 (hasta 180 mg)	Sí	Sí	Sí (mejor respuesta a analgésicos)
Riboflavina	400	Sí	Sí	Sí
Sertralina	50-100	No	No	No
Topiramato	100-200	Sí	Sí (tomando analgésicos)	Sí (mejor respuesta a analgésicos)
Toxina botulínica	25-50 U vía i.m.	Sí	Sí	Sí

Medicamento	Dosis diaria (en mg)	Reduce n.º de crisis	Reduce duración	Reduce intensidad
Valproato sódico	500- 1500	Sí	No	No
Vigabarina	2.000 (tras 12 semanas de tratamiento)	Sí	Sí	Sí

Se demostró la eficacia de la dosis para reducir la frecuencia y la duración, aunque no la intensidad. Las dosis han demostrado ser eficaces en cuanto a frecuencia, duración e intensidad, sin que se observen diferencias, entre ambas dosis, respecto a la tasa de respuestas. Topiramato, a dosis de entre 100 y 200 mg, demuestra reducir la frecuencia de crisis y mejora la respuesta a los analgésicos. Valproato sódico, a dosis de 1 g, es eficaz para reducir la frecuencia de las crisis, pero no la duración ni la intensidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No informados.

Estudio financiado por la beca 03/10008 de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Conclusión

El fármaco con mayor número de estudios (6 ECC) fue el topiramato, el cual ha demostrado ser mejor que el placebo en los seis trabajos seleccionados. Entre los betabloqueantes, el propranolol (dos estudios) y el bisoprolol (un estudio) han demostrado ser mejores que el placebo y el primero, en tres estudios, demostró efecto similar al valproato sódico, a la flunarizina y a la alfadihidroergocriptina. No se han demostrado superiores a placebo (cada uno de los fármacos con sólo un estudio) el acetilsalicílico oral, la acetazolamida, ácidos grasos omega-3, el ciclandelato, la lamotrigina, el lanepitant y la sertralina. La flunarizina resultó ser más eficaz que acupuntura. No se han encontrado estudios que analicen el punto de vista de los pacientes.

Comentarios

Esta revisión demuestra que existe la posibilidad de utilizar medicamentos para prevenir la migraña, con criterios de medicina basada en las pruebas (MBE), aunque la mayor parte de los medicamentos sustentan una recomendación en base a escasos ensayos clínicos controlados.

BIBLIOGRAFÍA

1. [Bigal ME, Krymchantowsky AV, Rapoport AM. New developments in migraine prophylaxis. Expert Opin Pharmacother. 2003;4:433-43.](#)

Revisado por Ana M^a Costa Alcaraz. Especialista en Medicina familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Nazaret. EINA/PV. Correo electrónico: anamc@ono.com

Fecha de publicación en C@P: 20/10/2006

[Esta sesión bibliográfica está también disponible en formato Microsoft Powerpoint](#)