

ACTUALIZACIÓN

Cefaleas por uso excesivo de medicamentos

Dr. León Adlerstein S.

Unidad de Neurología Hospital Roberto del Río

Departamento de Pediatría y Cirugía infantil, Facultad de Medicina, campus norte, Universidad de Chile

Resumen

Debido a que la cefalea es un síntoma frecuente de consulta en niños y adolescentes, es necesario considerar dentro del diagnóstico diferencial el consumo excesivo de medicamentos como causa o como factor de agravamiento de este síntoma. Se analiza la presentación clínica en niños y adolescentes, dado que no es una patología exclusiva del adulto. Se describe su tratamiento y prevención.

Palabras clave: Cefalea, analgésicos, cefalea crónica, cefalea rebote.

Introducción

El uso frecuente de medicamentos anti-jaquecosos puede empeorar el cuadro inicial del síndrome jaquecoso e incluso crear un nuevo tipo de cefaleas diarias. Variados términos han sido usados para describir este fenómeno, tales como: migraña crónica, cefaleas diarias, cefaleas inducidas por drogas, cefaleas por sobre uso de medicamentos, cefalea de rebote por uso de analgésicos, etc. El cuadro clínico puede variar dependiendo de la causa primaria de la cefalea y del tipo de medicamento que se esté usando en forma excesiva. Casi todos los medicamentos indicados para el tratamiento de cefaleas pueden provocar o agravar la causa inicial del síndrome jaquecoso como, ácido acetilsalicílico, acetaminofeno, drogas anti-inflamatorias no esteroideas, ergotaminas, opiáceos, triptanos, cafeína etc. Sin embargo, debe diferenciarse el cuadro agravado por el uso excesivo de estos medicamentos, del de cefaleas causadas directamente por ingestión de ciertas sustancias como los nitratos.

Definición

De acuerdo a la nueva clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas, publicada el

año 2004 en la revista Cephalalgia (1), la cefalea por uso excesivo de medicamentos (CEM), se define con los siguientes criterios:

- 1.- Cefaleas por 15 o más días al mes.
- 2.- Dolor bilateral, persistente, leve a moderado.
- 3.- Ingestión de medicamentos que incluye ergotaminas, triptanos y opioides por más de 10 días al mes o analgésicos por más de 15 días al mes, por un mínimo de 3 meses.
- 4.- Cefaleas desaparecen después del retiro de estos medicamentos.

Presentación clínica

Considerando globalmente la población, la prevalencia de CEM es de 1% (1), pero no hay datos en la población infantil.

El cuadro clínico es el resultado del uso excesivo de analgésicos, la mayoría en una combinación de estos con ergotamina, que se presenta como una cefalea crónica, holocranea, difusa, sin otros síntomas asociados, salvo con el uso de ergotamina en que se puede agregar un componente pulsátil. El cuadro de base es generalmente una migraña o una cefalea tensional o la combinación de estas. Las CEM secundarias al uso de triptanos presentan diferencias, pues pueden presentarse como cefaleas diarias tipo migrañas o simplemente pueden aumentar la frecuencia de ataques migrañosos clásicos. También se ha descrito un desarrollo más rápido y con dosis menores en CEM secundarias a triptanos.

La fisiopatología que explique el cuadro no es clara pero hay factores genéticos que predisponen a los pacientes. También la alteración en los receptores de 5-HT₁ (5-Hydroxytriptamina), donde actúan los triptanos (a nivel de corteza y tronco cerebral) y los analgésicos que actúan inhibiendo enzimas que sintetizan prostglandinas como ciclooxigenasa I y II, llevarían a una anormal regulación central y periférica. (2)

Presentación en niños

Hasta el año 1998 en que aparecen 2 publicaciones de CEM en niños, no se habían publicado series clínicas. D. Symon publicó 12 casos de "cefaleas por analgésicos" inducidas por analgésicos habituales como el paracetamol. Todos tenían una historia de cefaleas de 3 meses a 10 años de duración, las que habían aumentado en frecuencia a través del tiempo, recibiendo diariamente o frecuentemente analgésicos, 5 recibían sólo paracetamol, 6 paracetamol con codeína y 1 ibuprofeno. El retiro inmediato de los analgésicos fue exitoso en 8, en 3 persistieron cefaleas menos frecuentes y 1 retornó al uso excesivo de analgésicos. (3) Ese mismo año Vasconcellos publicó una serie de 30 niños de 5 a 17 años, con una media de 12 años, que presentaban cefaleas diarias y consumían analgésicos diariamente, diagnosticados como "cefalea de rebote por analgésicos" y que asistían a una clínica de cefaleas, representando el 30 % de los pacientes de esa clínica. La suspensión de los analgésicos y la administración, en gran parte de ellos, de amitriptilina para evitar síntomas de privación, disminuyó significativamente la frecuencia y severidad del cuadro clínico. (4)

Años más tarde, se publicó otra serie de 26 niños entre 12 y 18 años, con cefaleas diarias o casi diarias que ingerían analgésicos, de acuerdo a la frecuencia con que se presentaba el cuadro. De ellos, 21 tomaban acetaminofeno puro, 4 una asociación de acetaminofeno con cafeína y codeína, y un paciente un medicamento en base a aspirina, cafeína y codeína. A estos pacientes se les informó sobre el fenómeno de cefaleas inducidas por analgésicos y se les estimuló a suspender el uso de medicamentos. El retiro de estos llevó a una completa mejoría en 20, en 5 desaparecieron las cefaleas diarias pero persistieron con esporádicos episodios de migraña y en un caso persistieron cefaleas diarias. (5)

Tratamiento

Existe completo acuerdo que el único tratamiento es la suspensión de los medicamentos. En raras ocasiones se producen síntomas de privación en los niños, (más frecuente en los adultos), que consisten en náuseas, vómitos, hipotensión y taquicardia por varios días, y que pueden ser tratados con anti-eméticos, clonidina, beta bloqueadores e incluso corticoides. En un

trabajo en niños mencionado anteriormente, se usó amitriptilina para evitar cefaleas por retiro de medicamentos y síntomas de privación, con buenos resultados.

Conclusión

La Cefalea por uso excesivo de medicamentos se presenta en niños y adolescentes y no es solamente una patología del adulto. Aunque la mayoría de los pacientes usan analgésicos simples y aparentemente inofensivos, tales como acetaminofeno, desarrollan cefaleas diarias o casi diarias debido a su ingestión crónica, muchas veces inadvertida en una anamnesis rutinaria. La prevalencia de este cuadro es de aproximadamente 1% en la población general y puede llegar hasta en un 30% en clínicas especializadas de cefaleas. CEM puede ser causada por casi todos los anti jaquecosos que incluyen analgésicos, ergotamina, triptanos y medicamentos que contienen barbitúricos, tranquilizantes, codeína y cafeína.

La única estrategia para reducir la prevalencia de CEM es prevenir su desarrollo. Los pediatras y neurólogos pediatras que tratan niños con cefaleas, deben tener presente la posibilidad de que un aumento en la frecuencia y severidad de las cefaleas en un paciente particular podría deberse al abuso en la ingestión de medicamentos aun tan inocuos como el acetaminofeno. La educación constante de los padres y pacientes sobre el riesgo del uso de medicamentos anti jaquecosos es primordial.

Referencias.

1. Olesen J., Bousser M-G., Diener H. et al., for the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24(Suppl. 1): 1-160.
2. Limmroth V., Katsarava Z.: Medication overuse headache. Curr Opin Neurol 2004; 17: 301-306.
3. Symon D. Twelve cases of analgesic headache. Arch Dis Child 1998; 78: 555-556.
4. Vasconcellos E., Piña-Garza J., Millan E., Warner J. Analgesic rebound headaches in children and adolescents. J Child Neurol 1998; 13: 443-447.
5. Hering-Hanit R., Cohen A., Horev Z. Successful withdrawal from analgesic abuse in a group of youngsters with chronic daily headache. J Child Neurol 2001; 16: 448-449.