



Opinión de
Expertos



Los

ANTIDEPRESIVOS

tricíclicos y la cefalea crónica

Dr. Francisco Javier Mena Barranco y Dra. Karla Gisela Pedroza Ríos

ELEMENTOS AUDIOVISUALES



Visite:

<https://hablemosdesaludmental.com.mx>

LOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS Y LA CEFALEA CRÓNICA



Dr. Francisco Javier Mena Barranco y Dra. Karla Gisela Pedroza Ríos



INTRODUCCIÓN

La cefalea está descrita recurrentemente entre las causas de atención más frecuentes en la consulta neurológica y en los consultorios del primer nivel de atención en todo el mundo. Algunos datos hacen patente este hecho; con base en algunos estudios, los porcentajes de afectación sobre la población general pueden variar. Se menciona en algunos estudios que hasta 90% de la población ha padecido cefalea en algún momento de su vida, 12% padece cefaleas recurrentes y 5% sufre cefaleas crónicas. De 90% a 95% de las cefaleas son primarias, es decir, no se logra establecer una causa orgánica subyacente.¹



Las cefaleas se pueden clasificar de varias maneras; en la más reciente clasificación se describen más de 200 tipos y también se pueden clasificar en función de su duración y su frecuencia.¹

DIFERENCIACIÓN DE LAS CEFALEAS

Dada la enorme cantidad de tipos de cefaleas, el médico de atención primaria debe conocer los criterios para su atención básica y la referencia a otros niveles de atención; se deben considerar las posibles causas y con ello sustentar la intervención de otro personal de salud. Con el paciente de primera vez debe procederse con mayor acuciosidad clínica, ya que es cuando deben ponderarse los principales motivos de una cefalea secundaria, situación que sugiere sea manejado el caso por especialidades neurológicas; por ejemplo, si se tiene un primer episodio de cefalea con aura, una cefalea crónica diaria que cambia sus características, una migraña con auras atípicas o prolongadas, la cefalea que aparece por primera vez en mayores de 45 a 50 años, neuralgias faciales, cefalea por abuso de analgésicos y mal controlada a pesar de la medicación, cefaleas recurrentes por estímulo específico y cefalea hipócnica (que ocurre durante el sueño).

Otra situación frecuente y trascendente es la presentación súbita e intensa del dolor de cabeza, que debe motivar al médico a reconocer si hay criterios de derivación a urgencias, y se deben incluir: cefaleas de presentación aguda de etiología no aclarada, la aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea, alteraciones del nivel de conciencia y la persistencia de la cefalea tras la administración del tratamiento adecuado, por un tiempo que pueda determinarse como suficiente.²

CEFALEA TENSIONAL

Con base en lo anterior, es pertinente abordar un rubro sobre la cefalea que -si bien muy frecuente- no desmerece una seria consideración clínica: la cefalea tensional (CT), considerada como el trastorno neurológico más prevalente en todo el mundo. Regularmente se caracteriza por dolores de cabeza recurrentes de intensidad leve a moderada, con localización bilateral, opresiva y que no se agrava por la actividad física. Para su diagnóstico se incluyen parámetros básicos, así como el historial clínico de presentación de la cefalea y la exclusión de diagnósticos alternativos, con criterios proporcionados por la Clasificación Internacional de Trastornos del Dolor de Cabeza (ICHD, por sus siglas en inglés), en su tercera edición de 2018.³ Esta organización subclasifica a la CT en tres tipos, ello con base en la frecuencia de la cefalea: episódica o infrecuente (< 1 día/mes en promedio o < 12 días/año); frecuente, dolor de 1 a 14 días/mes o ≥ 12 y < de 180 días/año; y crónica, con cefalea de ≥ 15 días/mes o ≥ 180 días/año (**Cuadro 1**).⁴

Si bien la etiología de la CT se mantiene sin una definición clara, parece probable que algunos mecanismos periféricos sean responsables en la génesis del dolor manifiesto, mientras que la sensibilización central puede estar involucrada en la transformación de una cefalea episódica a crónica (**Figura 1**).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

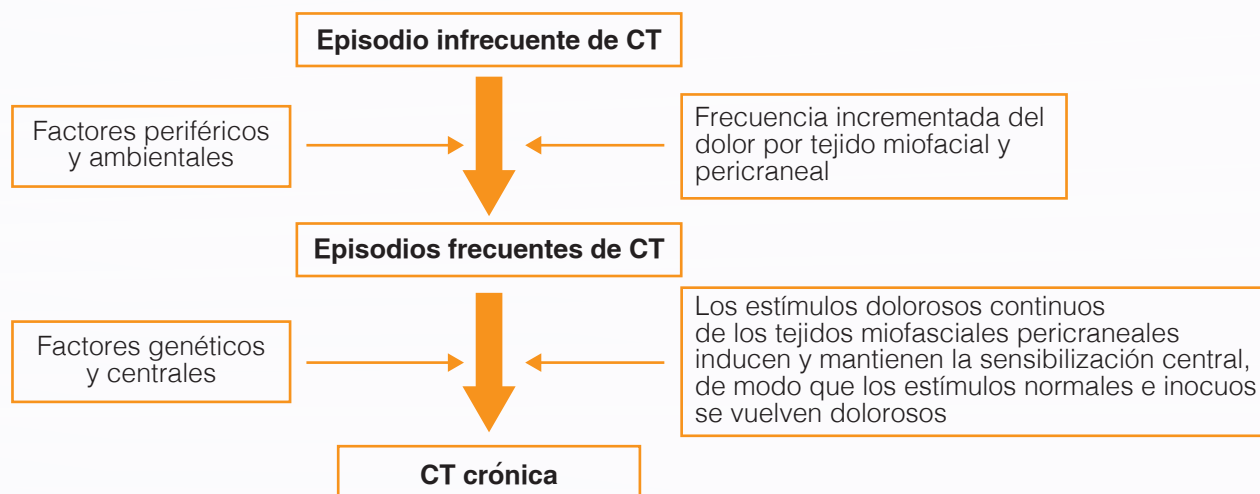
El diagnóstico de CT se establece con base en el historial clínico y la exclusión de otras condiciones que

Cuadro 1. Criterios de diagnóstico para la cefalea tensional (ICHD-3)⁴

CT Infrecuente (a) o frecuente (b)	CT crónica
<p>A. Al menos 10 episodios de dolor de cabeza (a) llenando criterios B-D.</p> <p>B. Al menos de 30 minutos a 7 días.</p> <p>C. Al menos dos de las siguientes características: bilateral, opresivo (no pulsátil), dolor moderado o intenso. No agravada por actividades físicas habituales (caminar o subir escaleras).</p> <p>D. Las siguientes: sin náusea ni vómito, sin fono o fotofobia.</p> <p>E. No se explica mejor por otro diagnóstico de ICHD-3.</p>	<p>A. Presente \geq 15 días/mes o en promedio $>$ 3 meses (\geq 180 días/año), llenando criterios B-D.</p> <p>B. Al menos por horas o días sin remisión.</p> <p>C. Al menos dos de las siguientes características: bilateral, opresivo (no pulsátil), dolor moderado o intenso. No agravada por actividades físicas habituales (caminar o subir escaleras).</p> <p>D. De las siguientes no más de una: foto o fonofobia o náusea leve. Náusea moderada o grave, sin vómito.</p> <p>E. No se explica mejor por otro diagnóstico de ICHD-3.</p>

ICHD-3: Criterios diagnósticos de migraña
Modificado de: Bhoi SK, et al. Neurol India 2021;69:S116-23.

Figura 1. Fisiopatología de la cefalea tensional crónica⁴



CT: Cefalea tensional
Modificado de: Bhoi SK, et al. Neurol India 2021;69:S116-23.⁴

pueden semejarla; debe sospecharse en personas que señalan dolor de cabeza leve o moderado, bilateral, opresivo (**Cuadro 2**). De modo clásico los pacientes describen una sensación opresiva o de “una liga apretada”, alrededor de la cabeza. Se deben establecer características en cuanto a intensidad, duración y periodicidad.



TRATAMIENTO

Cuando ya se tiene el diagnóstico clínico de la cefalea tensional (CT), se debe considerar en primera

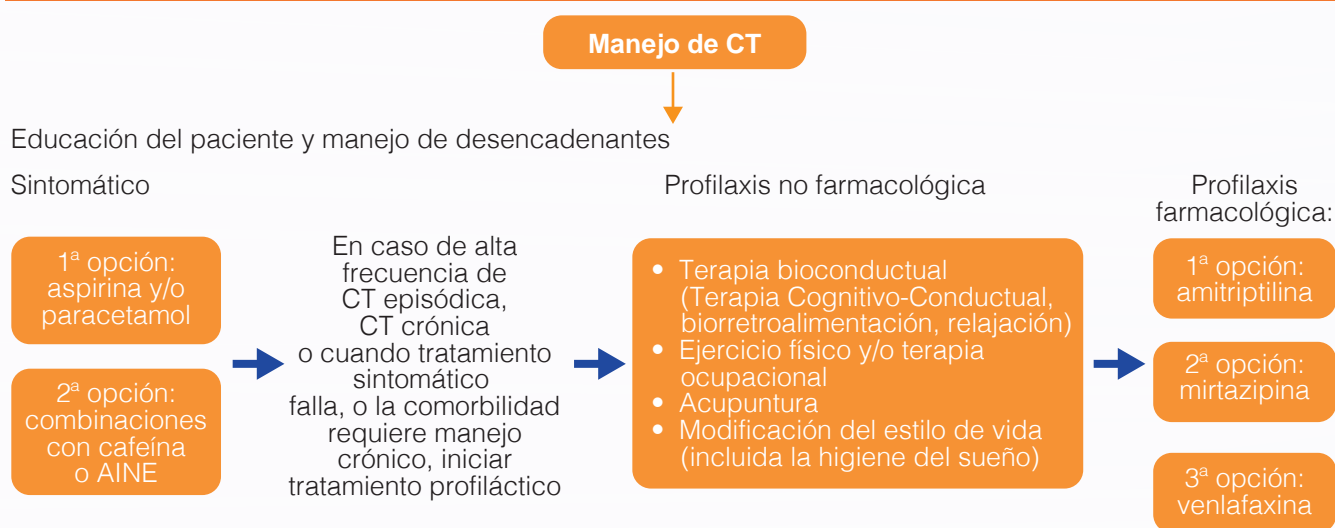
instancia, según las recomendaciones de la mayoría de las guías de práctica clínica, una educación al paciente en reconocer el diagnóstico y las causas que lo producen, además de medidas no farmacológicas como la biorretroalimentación (*biofeedback*), estimulación eléctrica transcutánea, acupresión, acupuntura, etc., aunque su respuesta en el control por sí solas es insuficiente en la mayoría de los casos. La terapia farmacológica se constituye entonces como el pilar del manejo clínico de la CT; esta se puede dividir en tratamientos agudos y preventivos. El uso y beneficios de los analgésicos simples se han basado en la evidencia y en su efectividad, por lo que son ampliamente considerados como los medicamentos de primera línea en el tratamiento agudo de la CT (**Figura 2**).

Cuadro 2. Causas de cefalea secundaria y datos de alerta (“banderas rojas”)⁵

Condición	Datos de alerta; cefalea que...
Masa ocupativa intracraneal	<ul style="list-style-type: none"> • empeora progresivamente • se provoca por estornudos, tos o ejercicio
Hematoma subdural	<ul style="list-style-type: none"> • se asocia con la pérdida de peso, de memoria o alteración de la personalidad • inicio en > 50 años • con síntomas neurológicos focales • deterioro de la memoria, consciencia o personalidad
Meningitis	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre inexplicable • Rigidez de nuca
Hiper o hipotensión intracraneana	<ul style="list-style-type: none"> • Se agrava por cambio de postura o por maniobras que aumentan la presión intracraneana
Hemorragia subaracnoidea	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca

Modificado de: Ashina S, et al. Nature reviews Dis Primers. ID:(2021)7:24. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2>.

Figura 2. Manejo de la cefalea tensional⁵



CT: cefalea tensional. **AINE:** antiinflamatorios no esteroideos

Modificado de: Ashina S, et al. Nature reviews Dis Primers. ID:(2021)7:24. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2>.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Para el caso de personas con episodios frecuentes o crónicos de CT, y si los analgésicos simples son ineficaces, mal tolerados o contraindicados, se recomienda el uso medicamentos, como los antidepresivos tricíclicos, en particular amitriptilina. A pesar de la prevalencia generalizada de la CT, así como de sus consecuencias, entre las que destaca la discapacidad funcional, social y laboral, se ha avanzado con pasos lentos hacia la investigación y sustentación en su utilización en este Siglo XXI, aunque existe evidencia sobre la eficacia de estos fármacos en revisiones sistemáticas y metaanálisis.⁶ Es posible que esto se deba principalmente a la

falta de atención y asignación de recursos por parte de los grupos de científicos, organismos de financiamiento, así como de la industria farmacéutica.⁷



Se han publicado varios estudios sobre la asociación de la cefalea con la depresión, independiente de la cefalea tensional. La atención por separado de la comorbilidad emocional puede mejorar las condiciones de respuesta al tratamiento de una manera significativa. Además, la duración de los síntomas y el

tratamiento pueden prolongarse tanto como se determine si el retiro del tratamiento provoca una fácil recaída en los síntomas. Estas condiciones de atención deben considerar también las implicaciones sociales de los pacientes y sus familias en el manejo a largo plazo con medidas no farmacológicas, que pueden incluir terapias psicológicas.⁷

En la actualidad, a la amitriptilina se le considera como el profiláctico más utilizado y eficaz para el tratamiento de la cefalea tensional. Desde 1964 ha sido el pilar en el tratamiento de los pacientes con CT y un importante número de estudios durante más de 50 años respaldan su uso. En general, la amitriptilina se tolera bien, si bien algunos de sus efectos secundarios -como sequedad de boca, somnolencia y aumento de peso- pueden presentarse durante su uso. Su mecanismo de acción en la prevención de la CT incluye: inhibición de la recaptación de serotonina, potenciación de los opioides endógenos, antagonismo del receptor NMDA y bloqueo de canales iónicos. El tratamiento debe iniciarse con una dosis baja (10 mg a 25 mg/día) y titularse en 10 mg a 25 mg semanales hasta que se observe un efecto terapéutico o aparezcan efectos secundarios.⁸

En el adulto mayor, la amitriptilina se posiciona en el primer lugar de prescripción de los antidepresivos tricíclicos (ATC), siendo de los medicamentos mejor estudiados en esta categoría. Se ha utilizado en una amplia gama de dosis diarias (10 mg a 150 mg/día) para la prevención de la migraña y otros tipos de cefaleas y hasta en población menor de edad, y la ya descrita eficacia de la amitriptilina en la prevención de CT crónica.⁹ En general, los ATC se deben utilizar por un tiempo no menor a 6 meses, y para su retiro se irán disminuyendo de manera progresiva para intentar prevenir la cefalea de rebote.¹⁰ En 50% de los casos, al retirar esta medicación, los pacientes pueden sufrir recaídas sintomáticas, por lo que su uso se mantiene por periodos largos e incluso durante años.¹

Aunque la literatura es abundante al respecto de la utilidad de la amitriptilina en el manejo de la cefalea tensional y para casos de migraña crónica, debe tomarse en cuenta que no todos los pacientes toleran sus potenciales efectos adversos o que se consiga solo una respuesta parcial del cuadro, por lo que cuando haya alguna situación que limite su uso, se recomienda un cambio, que puede ser la nortriptilina,⁶ o imipramina. Es un hecho que sobre esta última existe poca referencia en la literatura para usarse en casos de cefalea crónica (tensional o migrañosa) pero es posible que se considere como opción ante estos cuadros y bajo circunstancias específicas; incluso como terapia complementaria.¹¹

Retomando amitriptilina, López-Bravo *et al* analizaron y concluyeron que en el ámbito de la atención otorgada por médicos de primer nivel, es el fármaco más prescrito por este grupo de profesionales (54.8%),¹² y puede considerarse como una efectiva opción para el manejo de cefaleas con migraña derivadas o relacionadas a Covid-19, ya que las consultas que ha motivado -en modalidad de telemedicina- se han incrementado de manera significativa: de alrededor de 1,027 consultas otorgadas (95.6%), cefaleas en racimos fueron 16 (1.5%), cefalea tensional 7 (0.7%) y otras con 24 (2.2%).¹³ En este contexto es importante destacar una cefalea resultante de los tiempos actuales reportada por miembros de la Asociación Latinoamericana de Cefaleas (ASOLAC) y de la Asociación Mexicana de Cefaleas y Migraña (AMCEMIG):¹⁴ la provocada por el uso constante y repetido de mascarilla facial (cubrebocas), ya que se le señala -como una probabilidad dentro de la fisiopatogenia para que se active el dolor por mecanismos centrales; en estos casos puede ser necesario el uso a largo plazo de profilácticos, aunque actualmente sólo se justifica el uso de analgésicos simples. En un estudio recientemente publicado para el manejo integral de adultos con migraña crónica en México, la amitriptilina se establece como recomendación débil, con moderada calidad de la evidencia.¹⁵

En conclusión, al igual que en el resto del mundo, en el ámbito mexicano los ADT son recomendados para el manejo y prevención de la CT; la amitriptilina se señala como la primera elección para este objetivo en las Guías de Práctica Clínica vigentes.¹⁶ Sin embargo, en la práctica diaria pareciera que su uso no es tan amplio como se esperaría y los médicos en general se atienen a los beneficios de los analgésicos simples y combinados para el tratamiento de esta condición. Es posible que se requiera de mayor difusión sobre las ventajas y seguridad de los ATC y en particular de la amitriptilina, en beneficio de la población que padece de CT y en su prevención.



REFERENCIAS

1. Estrada-De la Viuda S, Escuredo-Bergua MT, Magán-Tapia P. Tratamiento de otras cefaleas agudas y crónicas y aspectos preventivos. FMC 2017;24:211-8.
2. Prieto-Albino L, Sánchez-Sánchez A. Criterios de alarma y protocolos de derivación y seguimiento en cefaleas. En: Extremadura JD ed. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Badajoz: 2015. p. 25-7.
3. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas. Cephalalgia 2018;38:1-211.
4. Bhoi SK, Jha M, Chowdhury D. Advances in the understanding of pathophysiology of TTH and its management. Neurol India 2021;69:S116-23.
5. Ashina S, Mitsikostas DD, Lee MJ, et al. Tension-type headache. Nature reviews Dis Primers. Article citation ID:(2021)7:24. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2>.
6. Jahangir S, Adjepong D, Al-Shami HA, Malik BH. Is there an association between migraine and major depressive disorder? A narrative review. Cureus 2020;12: e8551. doi: 10.7759/cureus.8551
7. Jackson JL, Mancuso JM, Nickoloff S, et al. Tricyclic and tetracyclic antidepressants for the prevention of frequent episodic or chronic tension-type headache in adults: A systematic review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2017;32:1351-8.
8. Powers S, Coffey CS, Chamberlin LA, et al. Prevalence of headache days and disability 3 years after participation in the Childhood and Adolescent Migraine Prevention Medication Trial. JAMA Network Open 2021;4:e2114712. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.14712
9. Berk T, Ashina S, Martin V, et al. Diagnosis and treatment of primary headache disorders in older adults. J Am Geriatr Soc 2018;66:2408-16.
10. Jensen RH. Tension-type headache – The normal and most prevalent headache. Headache 2018;58:339-45.
11. Mousavi SA, Mirbod SM, Khorvash F. Comparison between efficacy of imipramine and transcutaneous electrical nerve stimulation in the prophylaxis of chronic tension-type headache: a randomized controlled clinical trial. J Res Med Sci 2011;16(7): 923-927.
12. López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Vilorio-Alebesquea A, et al. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. Neurología 2017. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003>.
13. Chiang CC, Singh RH, Lalvani N et al. Patient experience of telemedicine for headache care during the COVID-19 pandemic: An American Migraine Foundation survey study. Headache 2021;00:1-6.
14. Marfil-Rivera A, Marfil-Garza BA, Fernández-Garza LE. Cefalea asociada con el uso de equipo de protección personal durante la pandemia de COVID-19: una encuesta internacional. Rev Neurol 2021; 73 (5): 151-164.
15. Vélez-Jiménez MK, Chiquete-Anaya E, San Juan Orta D et al. Comprehensive management of adults with chronic migraine: Clinical practice guidelines in Mexico. Cephalalgia Reports. Volume 4: 1-29.
16. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la cefalea tensional y migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, Instituto Mexicano del Seguro Social. 03/11/2016.



óy ÉÁPSULA



v ý É Éé ~

Anapsique®

Amitriptilina

en
**Profilaxis
de Cefalea
Tensional**

UNA BELLEZA

QUE CONTINUA VIGENTE

- Inicio: 12.5mg antes de dormir
- Mantenimiento: 12.5 a 100mg antes de dormir ¹

