



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E

"MIGRALEPSIA EN PACIENTES ADULTOS CON EPILEPSIA"

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

PRESENTA:
DR. RENE IGNACIO GONZALEZ GOMEZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. NOEL ISAÍAS PLASCENCIA ÁLVAREZ

MÉXICO D.F. 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dra. Aura Erazo Valle
Subdirectora de Enseñanza e Investigación
Centro Médico Nacional “20 De Noviembre” I.S.S.S.T.E

Dra. Lilia Núñez Orozco
Jefe del Servicio y Medico Adscrito al Servicio de Neurología
Centro Médico Nacional “20 De Noviembre” I.S.S.S.T.E

Dr. Noel Isaías Plascencia Álvarez
Asesor de Tesis y Médico Adscrito al Servicio de Neurología
Centro Médico Nacional “20 De Noviembre” I.S.S.S.T.E

Dr. René Ignacio González Gómez
Autor de Tesis

Número de registro:

Agradecimientos

A mi familia, en especial a mi hija Fátima Sofía, maestros y amigos

Índice	
I Introducción	6
II Antecedentes de migralepsia	8
III Objetivos	12
IV Material y métodos	12
V Variables	13
VI Resultados	16
VII Discusión	25
VIII Conclusiones	26
IX Bibliografía	27

INTRODUCCION

La migralepsia es una entidad nosológica que se caracteriza por la presencia de una crisis epiléptica durante un episodio de migraña con aura o hasta una hora después del mismo. La frecuencia de migraña reportada en la población epiléptica tiene una prevalencia del 8.4% al 23%. El objetivo principal del estudio fue determinar la frecuencia de migralepsia en pacientes adultos epilépticos que reciben atención en el CMN 20 de Noviembre ISSSTE. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, donde se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE en los últimos 5 años. La frecuencia encontrada de migralepsia en el CMN 20 de noviembre se encuentra dentro de los parámetros internacionales descritos, aunque en el extremo de prevalencia alta.

ABSTRACT

The migralepsia is a disease characterized by the presence of a seizure during an episode of migraine with aura or until an hour after this process occurs. The frequency of migraine reported in epileptic population has a prevalence of (QUITAR: the) 8.4% to 23%. The main objective of the study was to determine the frequency of migralepsia in adult epileptic patients who receive care in the CMN 20 Noviembre ISSSTE. A transverse; retrospective descriptive and observational study was conducted where clinical records of patients with a diagnosis of epilepsy were reviewed attended at the CMN 20 November ISSSTE in the last 5 years. The found frequency of migralepsia in the CMN 20 Noviembre is located within the international parameters described, although at the end of high prevalence.

ANTECEDENTES

La migralepsia es una entidad nosológica que se caracteriza por la presencia de una crisis epiléptica durante un episodio de migraña con aura o hasta una hora después del mismo. Esto fue descrito por primera vez por la International Headache Society en el 2004. ^[1]

La migraña y la epilepsia son patologías que se han tratado de relacionar desde hace más de 100 años sin llegar a comprenderse en su totalidad ^[2,3]. Jackson discutió el espectro de los trastornos y analizó su relación, mientras que Gowers llegó a la conclusión de que no existe relación entre ambas patologías ^[4].

Desde 1898 se han publicado diversas series en las que sólo se citan los síntomas comunes que tienen los pacientes con epilepsia o con migraña ^[5], sin embargo no se ha logrado establecer una relación entre sus causas ni su fisiopatología y seguimos sin conocer si el paciente con migraña es más susceptible a tener epilepsia que la población general o si los pacientes con epilepsia son más vulnerables a padecer migraña que la población general. En revisiones más recientes no se hace mención exacta de la relación entre ambas patologías ^[6].

La migralepsia se menciona por primera vez en 1960 para describir un caso de migraña oftálmica seguida de una crisis epiléptica típica ^[7], pero es hasta 2004 cuando se codifica el término de migralepsia en la "International Classification of Headache Disorders II (ICHD-II), la cual es definida como una crisis epiléptica que ocurre durante o hasta una hora después de un episodio de aura migrañosa ^[8]

La migralepsia se relaciona con cualquier tipo de epilepsia sin embargo los parámetros clínicos específicos para llegar a su diagnóstico se relacionan con aquellos individuos que presentan migraña con aura y posterior a ello desencadenan una crisis epiléptica.

La migraña y la epilepsia representan distintos desordenes de la familia neurológica, desordenes con constelaciones típicas y síntomas. La migraña se manifiesta por ataques recurrentes de dolor asociados a otros síntomas. La epilepsia es caracterizada por ataques recurrentes de síntomas positivos neurológicos, que pueden o no progresar con alteración del estado de alerta además de crisis convulsivas, entre otros síntomas.^[9]

La migraña y la epilepsia son los trastornos neurológicos más observados en los pacientes neurológicos. Un número de síntomas incluyendo letargia post-evento con pérdida de la conciencia, alteraciones visuales, vértigo, parestesia, hemiparesia y afasia pueden ser conjuntamente observados en ambas condiciones. La prevalencia de formas idiopáticas es más frecuente en la migraña que en la epilepsia.

La migraña tiene una prevalencia menor durante la infancia con picos en la edad adulta, siendo más frecuente en las mujeres y disminuye su prevalencia en la vejez, por el contrario en la epilepsia la incidencia es mayor en los extremos de la vida. En ambos padecimientos las formas monogénicas son infrecuentes; pero la transmisión familiar es más frecuente en la migraña.

La prevalencia de la epilepsia se encuentra en rangos de 0.5% en hombres y 1.0% en mujeres. La prevalencia de la migraña es alrededor del 12% (15-17% en mujeres y del 6% en hombres). Los datos sugeridos en la literatura establecen que la migraña y la epilepsia están relacionadas. Pueden ser observados en el mismo individuo más frecuentemente que lo esperado en las bases de la coincidencia de asociación al padecimiento.

En otros reportes de la literatura se menciona una prevalencia de la epilepsia en personas con migraña con rangos que van del 1 al 17% con una media de 5.9% sustancialmente más alto que la prevalencia de la población de epilepsia. Por otro

lado la frecuencia de migraña reportada en la población epiléptica tiene rangos de 8.4% a 23% ^[10,11]. Sin embargo otros estudios confirman esta asociación indicando que el riesgo de migraña es más de dos veces por arriba en personas con epilepsia que aquellas que no lo tienen.

En México no contamos con reportes estadísticos sobre la prevalencia de migralepsia.

Una fuerte asociación entre la migraña con aura y la epilepsia ha sido recientemente sugerida. Se muestra una prevalencia de migraña con aura del 30.4% con respecto a otras formas de cefalea primaria ^[12].

El cuadro clínico de la migralepsia se presenta con vómito, náusea, diarrea, cefalea con aura con una duración de hasta de 60 minutos, ceguera transitoria, disminución de la agudeza visual, fosfenos, flashes, alucinaciones geométricas que incluyen metamorfopsias, micropsias o macropsias; visión en mosaico, cacosmia, vértigo, confusión, con o sin alteración del estado de alerta, con o sin pérdida de la memoria de forma transitoria, letargia, despersonalización, parestesia, hemiparesia alteraciones de la sensibilidad, y afasia. Sin embargo se tienen documentadas alteraciones sensoriales y motoras de hemicara o un brazo así como alteración en el lenguaje o del tallo cerebral. Las alteraciones olfatorias se presentan en forma infrecuente con duración de 5 minutos a 24 horas. La ansiedad, deja vú, jamás vú son manifestaciones reportadas en pacientes con migraña, sin embargo estas pueden sobreponerse a síntomas relacionados a epilepsia del lóbulo temporal ^[13].

Es importante hacer notar que no todos los fenómenos de aura son específicos para cefalea o migraña, ya que se pueden presentar síntomas semejantes en enfermedades cerebrovasculares así como en epilepsia parcial ^[14].

En relación a la epilepsia se tiene documentado que el aura (crisis focal simple) precede al inicio de una crisis generalizada, en forma breve, incluso con sintomatología no típica, como la sensación de una descarga que va del epigastrio en forma ascendente hasta la cabeza con duración de segundos así como vértigo, alucinaciones, o fotofobia que se pueden acompañar de náusea, así como sensación de miedo ^[14].

La migralepsia se describe por primera vez en 1960, se utilizó este término para describir un caso de migraña oftálmica seguida de una crisis epiléptica típica ^[12], pero es hasta el 2004 cuando se codifica el término de migralepsia en la “International Classification of Headache Disorders II (ICHD-II), la cual es definida como una crisis epiléptica que ocurre durante o hasta una hora después de un episodio de aura migrañosa ^[1] [Tabla 1].

Tabla 1
<p>International Classification of Headache Disorders II (ICHD-II).</p> <p>Hemicránea epiléptica</p> <p>Criterios diagnósticos:</p> <p>Cefalea de duración entre segundos a minutos, con características de migraña, que cumple los criterios C y D</p> <p>El paciente está teniendo una crisis epiléptica de tipo parcial</p> <p>La cefalea se desarrolla sincrónicamente con la crisis y es homolateral a la descarga ictal</p> <p>La cefalea se resuelve inmediatamente tras la crisis</p> <p>Cefalea postcrisis</p> <p>Criterios diagnósticos:</p> <p>Cefalea con características de cefalea tensional o en un paciente migrañoso, que cumple los criterios C y D</p> <p>El paciente ha tenido una crisis epiléptica parcial o generalizada</p>

La cefalea se desarrolla en 3 horas tras la crisis

La cefalea se resuelve en 72 horas tras la crisis

Crisis comiciales desencadenadas por migraña (migralepsia)

Descripción: una crisis comicial desencadenada por un aura migrañosa

Criterios diagnósticos:

Migraña con criterios 1.2 Migraña con aura

Una crisis comicial que cumple criterios para un tipo de crisis epiléptica que ocurre durante un aura migrañosa o en la hora siguiente

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue determinar la frecuencia de migralepsia en pacientes adultos epilépticos que reciben atención en el CMN 20 de Noviembre ISSSTE, así como determinar la frecuencia de cefalea y los síntomas asociados a ella.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE en los últimos 5 años.

Se tomaron en cuenta como criterios de inclusión aquellos pacientes con diagnóstico de epilepsia, en base a los criterios de la ILAE. Hombres y mujeres de edad comprendida entre los 18 a 65 años que contaran con expediente clínico completo.

Se excluyeron a pacientes con alteración orgánica demostrable durante su tratamiento que simularan una migraña o una convulsión como: tumores cerebrales, desequilibrio hidro-electrolítico, alteraciones metabólicas o hipertensión intracraneal.

VARIABLES

Las variables estudiadas fueron:

--Grupo de edad:

Definición conceptual: años cumplidos al momento del estudio.

Unidades: pertenencia a algún grupo de edad.

GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE

Menos de 20 años

21 a 30 años

31 a 40 años

41 a 50 años

51 a 60 años

61 a 70 años

Después de los 71 años

Tipo de variable: se considera nominal al pertenecer al algún grupo de edad.

--Sexo:

Definición conceptual: Género.

Unidades. Masculino, femenino.

Tipo de variable: nominal dicotómica.

--Presencia de cefalea:

Definición: conceptual: Manifestación clínica de cefalea.

Unidades: presente o ausente.

Tipo de variable: nominal dicotómica.

--Sensaciones previas a la cefalea:

Definición conceptual: Manifestaciones clínicas que presenta previo a la migralepsia.

Unidades: responde a algún síntoma siguiente:

No tiene molestia

Sensación de dolor abdominal

Tiene mareos

Escucha voces

Sensación de lo ya vivido

Tipo de variable: nominal.

--Tiempo previo de aparición de síntomas relacionados:

Definición conceptual: tiempo transcurrido entre migraña y crisis convulsivas.

Unidades: responde a alguna de las respuestas siguientes:

Durante la cefalea se presenta la crisis convulsiva

Una hora después de las auras presenta la crisis convulsiva

Menos de 24 horas

24 a 48 horas

48 a 72 horas

Más de 72 horas

Tipo de variable: se considera nominal al pertenecer al algún intervalo de tiempo.

--Presencia previa de cefalea a la crisis convulsiva:

Definición conceptual: diagnóstico previo de migraña al diagnóstico de crisis epiléptica.

Unidades: positiva o negativa.

Tipo de variable: nominal dicotómica.

--Presencia previa de las crisis convulsivas a la cefalea:

Definición conceptual: diagnóstico previo de crisis convulsivas al de migraña.

Unidades: positiva o negativa.

Tipo de variable: nominal dicotómica.

--Presencia de Migralepsia:

Definición conceptual. Paciente con diagnóstico de migralepsia en base a los criterios establecidos en la ICHD-II (2004).

Unidades: presente, ausente.

Tipo de variable: nominal dicotómica.

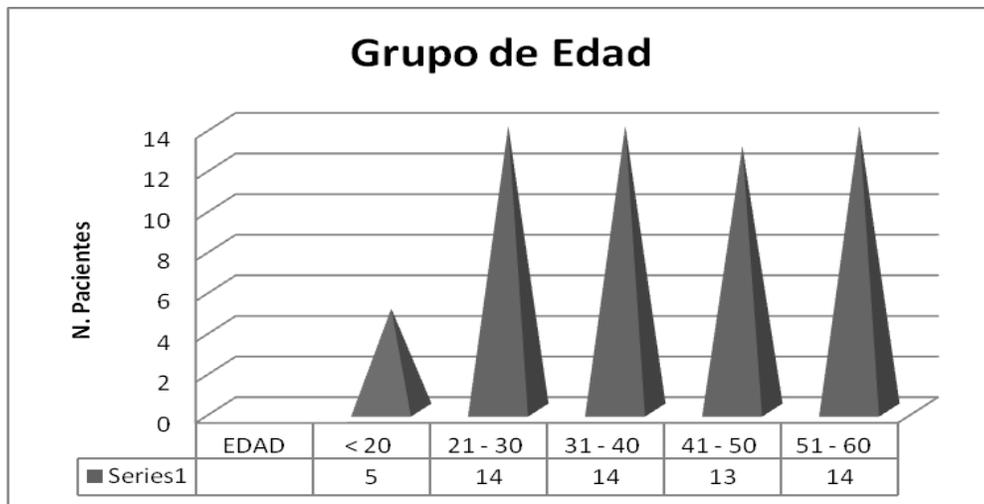
Los datos se analizaron por medios electrónicos donde se obtuvieron: frecuencias y porcentajes. Se presentaran los datos en cuadros y gráficas para su análisis.

El estudio se ajusto a los lineamientos de la declaración de Helsinki y enmiendas, así como al manual de Las Buenas Prácticas Clínicas. Se consideró un estudio sin riesgo según la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Humanos. El estudio se ajustó a los lineamientos establecidos por la institución para el manejo de la información contenida en el expediente clínico.

RESULTADOS

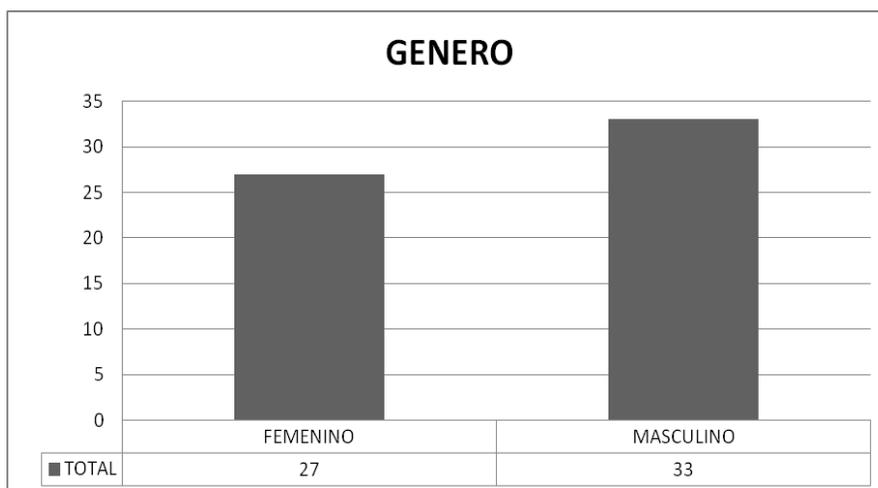
Se estudió un total de 60 pacientes con diagnóstico de crisis convulsivas, de los cuales la mayoría fueron mayores a 21 años (gráfica 1)

GRAFICA 1



Del total de pacientes 55% fueron de sexo masculino y 45% del sexo femenino. (Gráfica 2)

GRAFICA 2



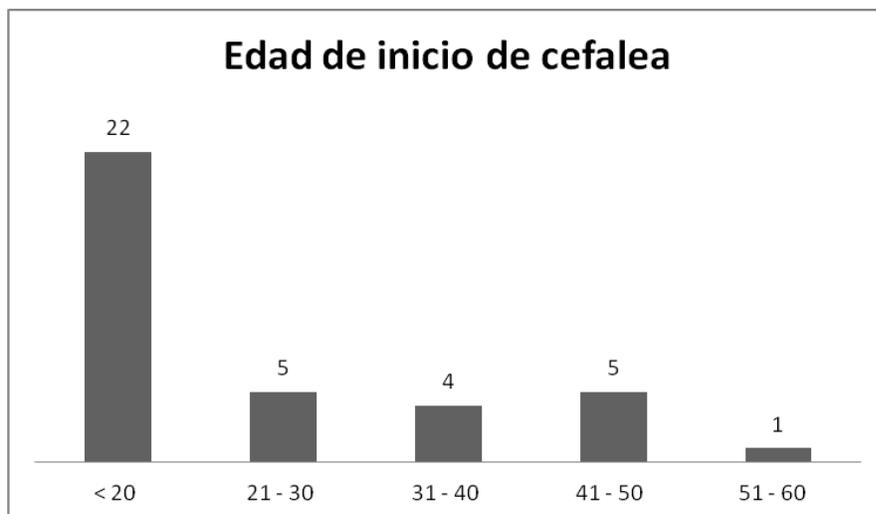
Del total de pacientes con crisis convulsivas el 62% (37 pacientes) refirieron haber tenido cefalea. (gráfica 3)

GRAFICA 3



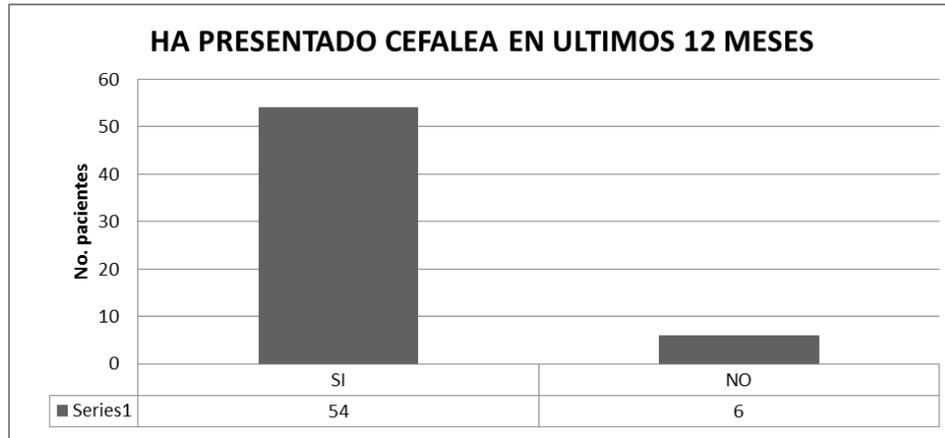
Del total de pacientes con cefalea el 60% (22) iniciaron antes de los 20 años.(gráfica 4)

GRAFICA 4



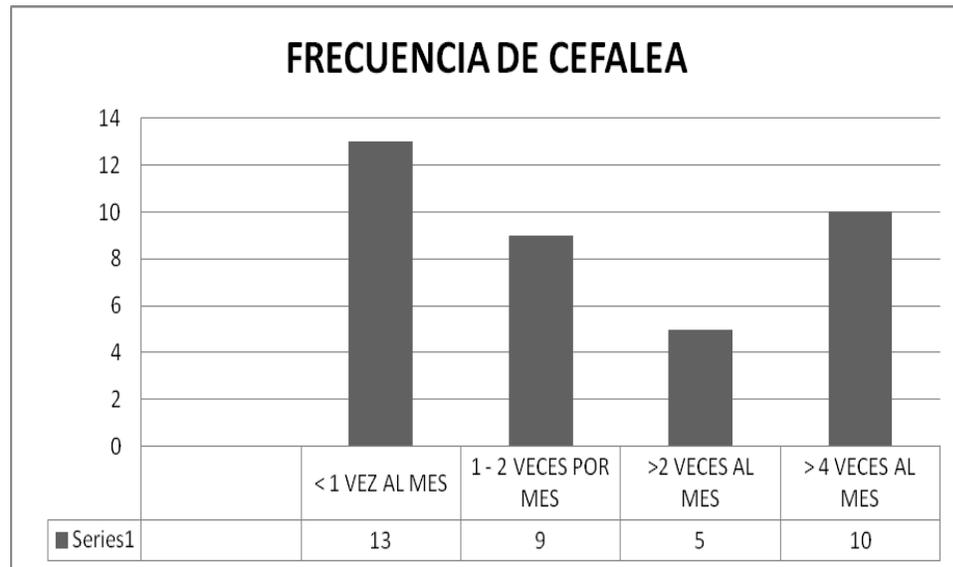
El 90% (54) pacientes refirieron haber tenido cefalea en los últimos 12 meses. (gráfica 5)

GRAFICA 5



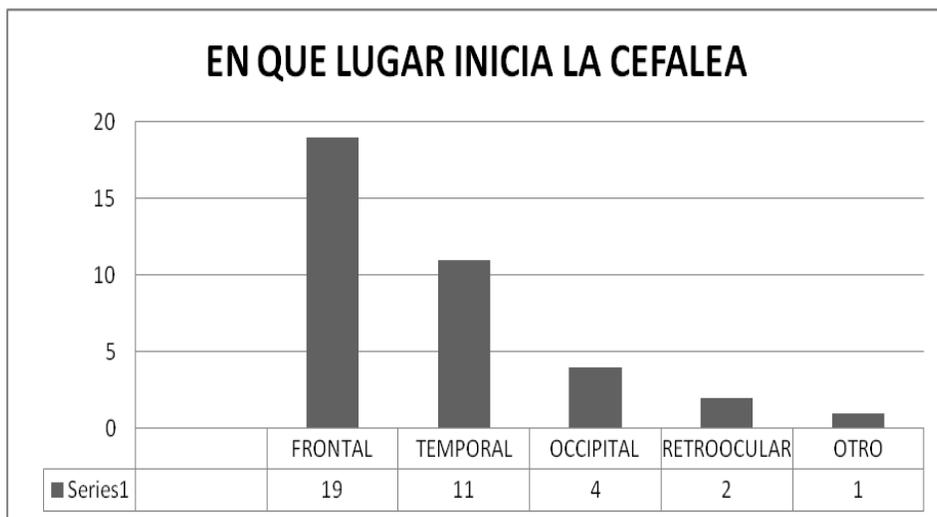
La frecuencia de cefalea por mes no presenta un tendencia clara pudiendo variar de 1 a más de 4 veces por mes. (gráfica 6)

GRAFICA 6



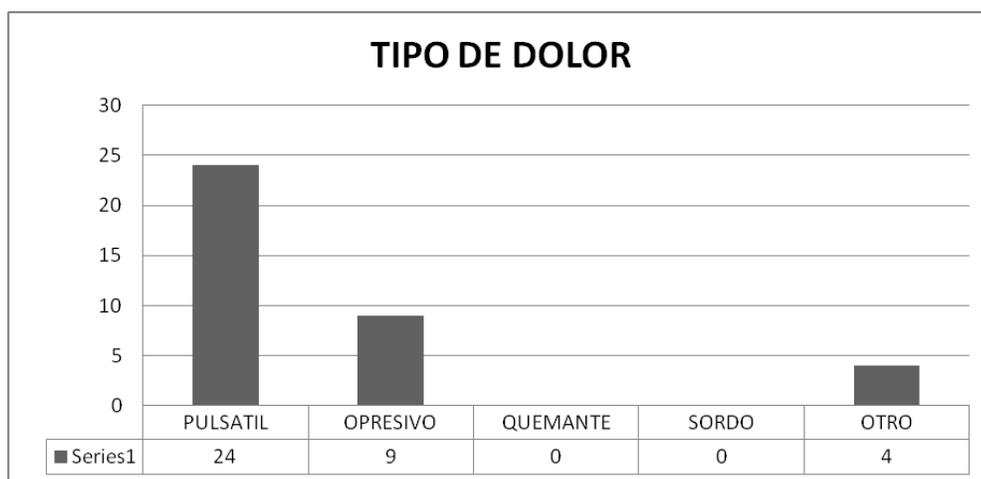
El tipo de cefalea más frecuente referido por los pacientes fue frontal en un 51% (19) y temporal en un 30% (11) . (gráfica 7)

GRAFICA 7



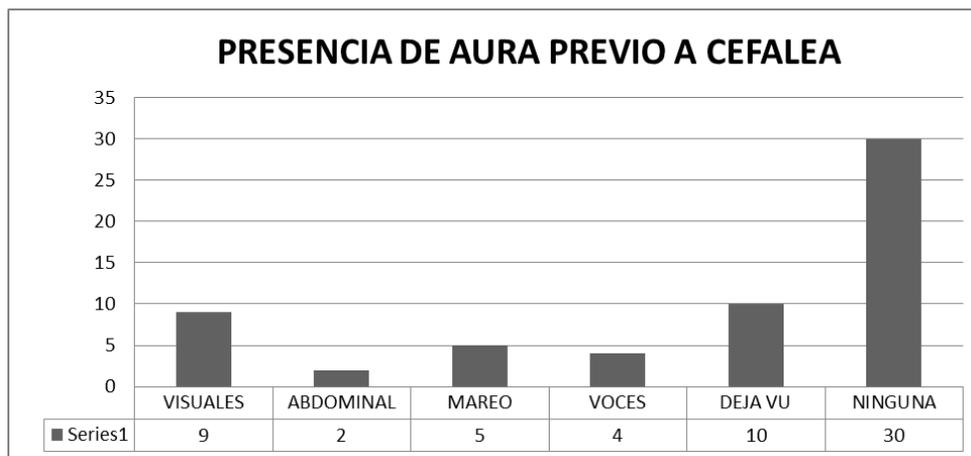
El tipo de dolor referido por los paciente fue pulsátil en un 65% (24) y opresivo en un 24% (9). (gráfica 8)

GRAFICA 8



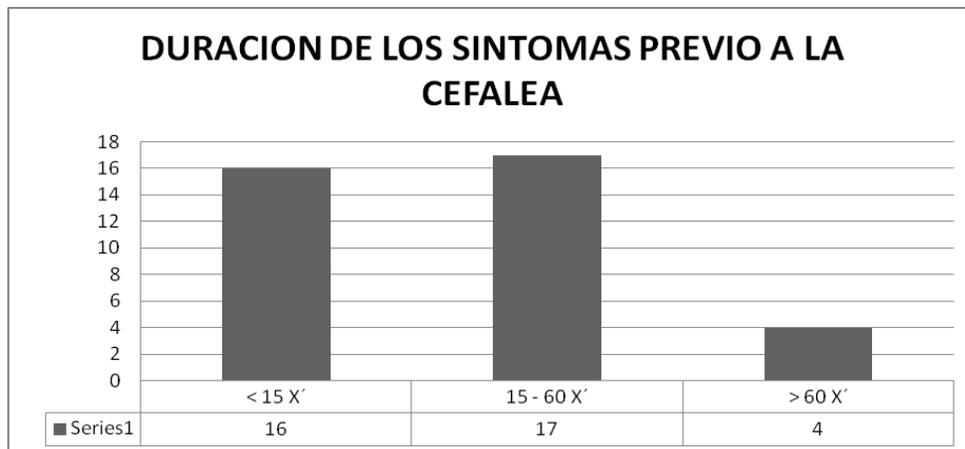
El aura se presentó en un 50% de los pacientes, siendo las manifestaciones más frecuentes el dejá vú (16.6%) y las alucinaciones visuales (15%). No se observó un patrón definido sobre la presencia de aura previa a la cefalea. (gráfica 9)

GRAFICA 9



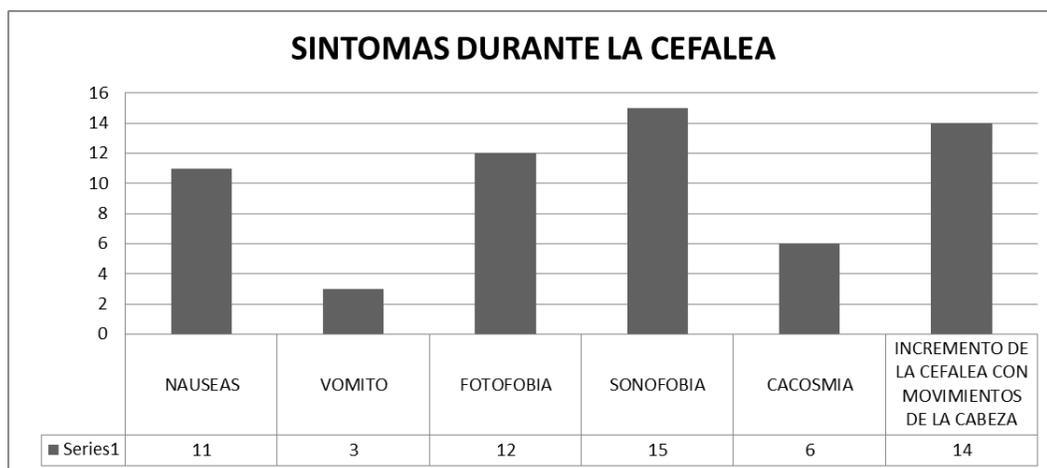
De los síntomas previos a la cefalea estos se presentan en el 43% (16) con una duración menor a 15 minutos y en el 26% (17) con una duración hasta de 60 minutos (gráfica 10)

GRAFICA 10



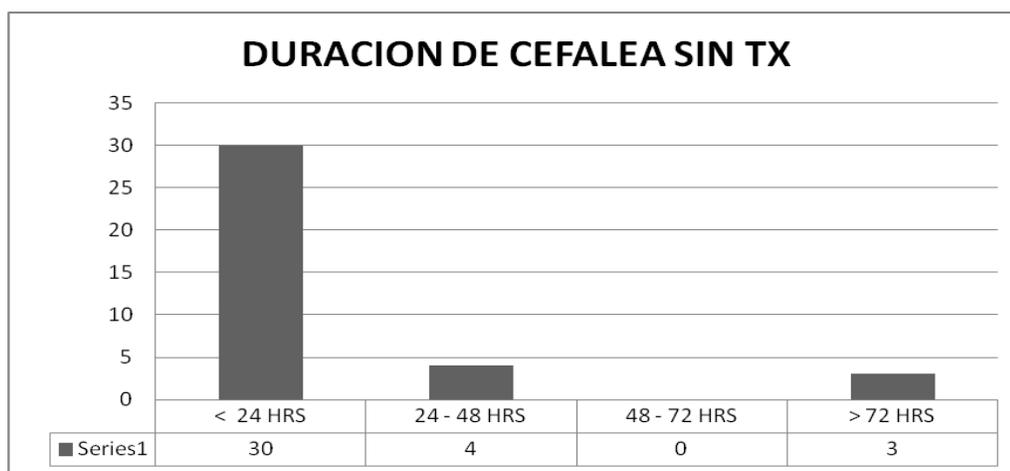
No hay una tendencia clara hacia algún síntoma presente durante la cefalea y algunos pacientes refieren más de un síntoma. Siendo los más frecuentes náuseas, fotofobia, sonofobia e incremento de la cefalea con el movimiento. (gráfica 11)

GRAFICA 11

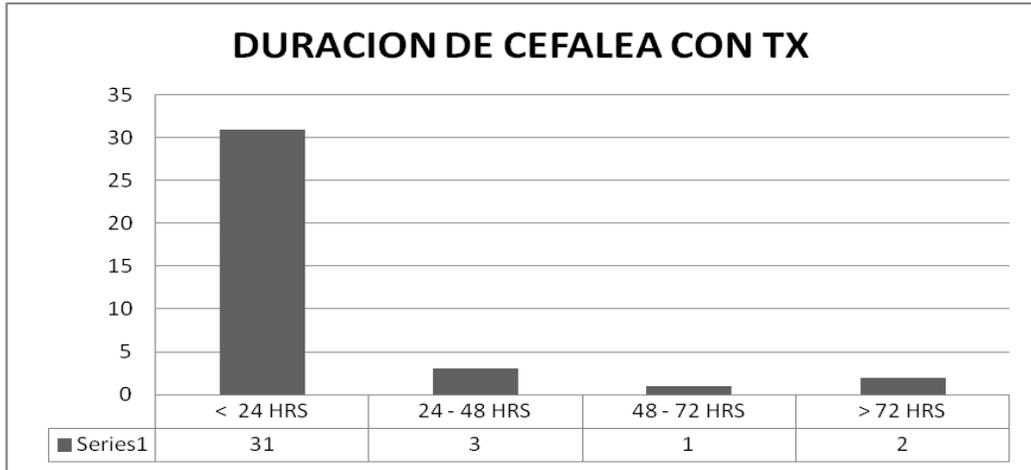


Se observó que la cefalea con tratamiento y sin él tienen una duración menor a 24 horas en la mayoría de los casos (81% y 84% respectivamente). (gráfica 12 y 13)

GRAFICA 12

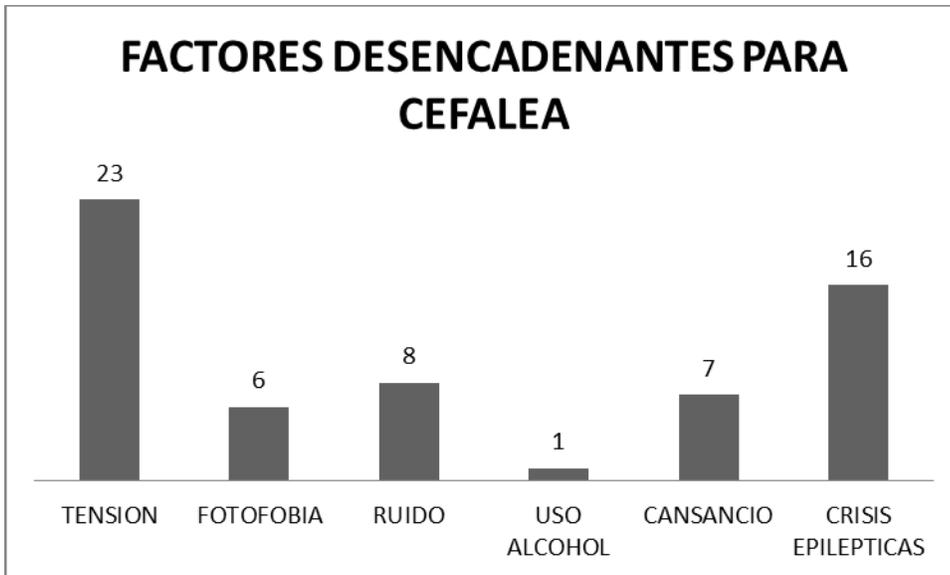


GRAFICA 13



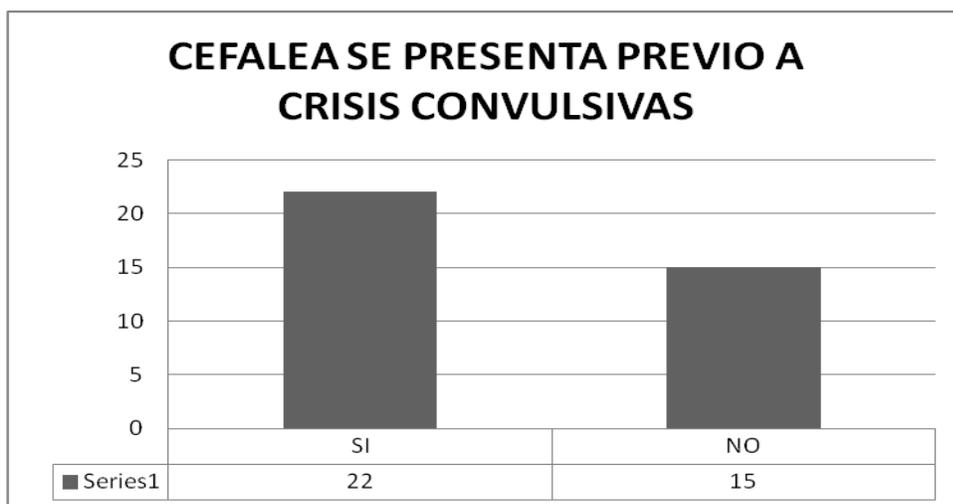
Los factores que con mayor frecuencia desencadenan la cefalea fueron tensión en el 62% y crisis epilépticas en el 43% (gráfica 14)

GRAFICA 14



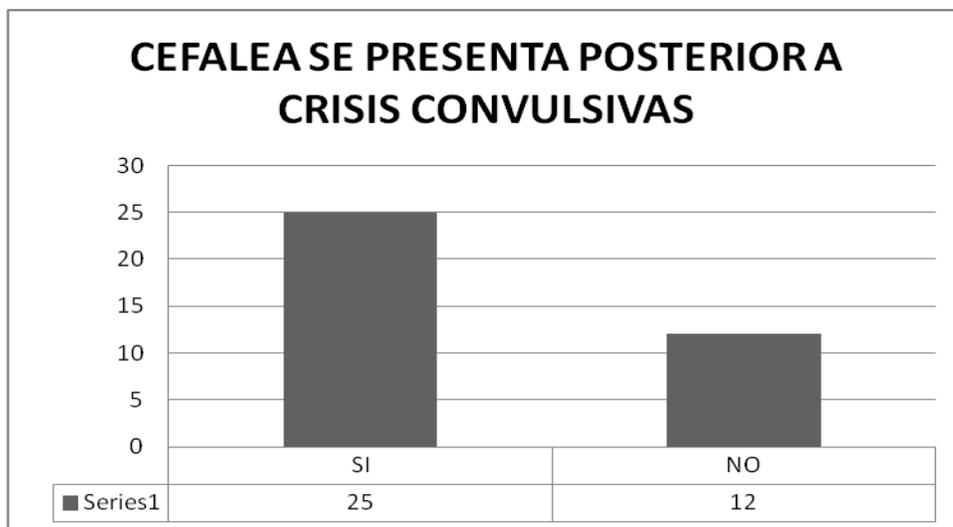
El 59% (22) de los pacientes refirió que la cefalea se presentaba antes de las crisis convulsiva. (gráfica 15)

GRAFICA 15



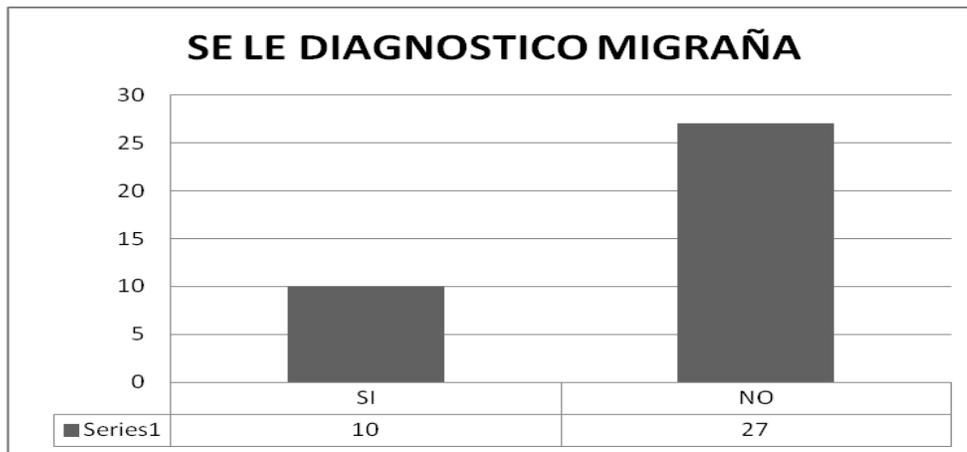
El 68% (25) de los pacientes manifesto que la cefalea se presentaba posterior a las crisis convulsivas (gráfica 16)

GRAFICA 16



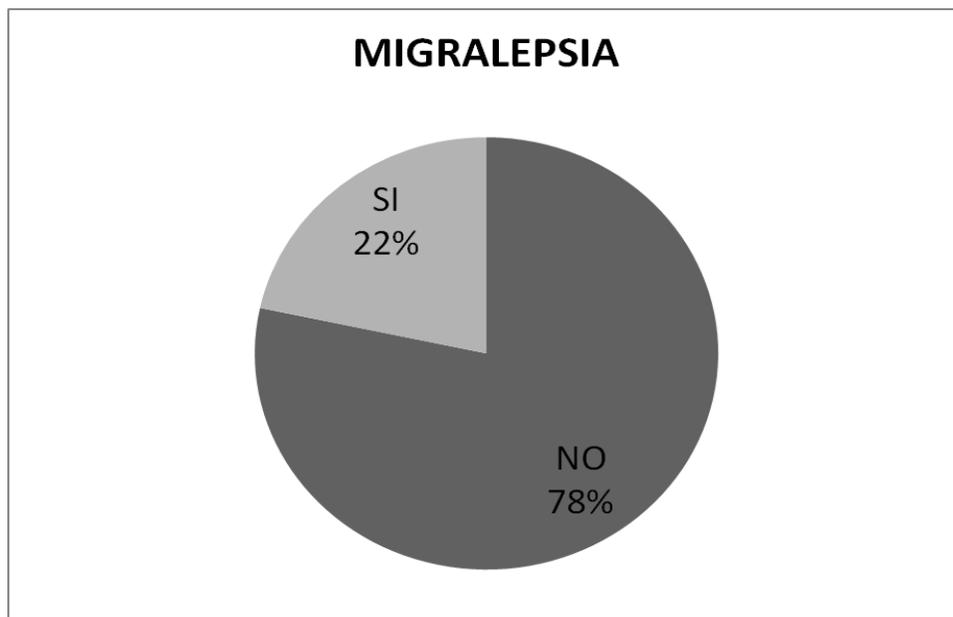
En el 73% (27) de los pacientes que refirieron cefalea no tenían diagnóstico de migraña previamente. (gráfica 17)

GRAFICA 17



Finalmente, de los 60 pacientes estudiados 37 (62%) refirieron cefalea y de estos; 13 pacientes (22%) cumplieron criterios para migralepsia. (Gráfica 18)

GRAFICA 18



DISCUSION

La frecuencia observada de migralepsia en el CMN 20 de noviembre se encuentra dentro de los parámetros internacionales, aunque en el extremo de prevalencia alta 22% contra 23% reportada por De Simone.

Se observó que el patrón de pacientes con cefalea fue en su mayoría pacientes mayores a 21 años, coincidiendo con el grupo de edad donde aparecen con mayor frecuencia las crisis de migraña. Se observó una tendencia no concluyente hacia el sexo masculino 55% y con inicio del padecimiento más frecuentemente antes de los 20 años (60% de pacientes).

Las crisis de cefalea se presentaron con una frecuencia por mes de 1 a más de 4 veces, localizada principalmente en región frontal y temporal y de tipo pulsátil y opresivo.

La cefalea observada presentó un aura de predominio deja vu y auras visuales, lo cual se ha reportado previamente en estudios internacionales. De los síntomas previos a la cefalea estos tienen una duración aproximada de los 15 a 60 minutos observándose más frecuentemente náuseas, fotofobia, sonofobia e incremento de la cefalea con el movimiento.

La cefalea con tratamiento y sin él tenía una duración menor a 24 horas en la mayoría de los casos y los factores que con mayor frecuencia desencadenan la cefalea fueron tensión y las mismas crisis convulsivas.

Con respecto a la relación temporal entre cefalea y crisis convulsivas un 59% de pacientes la presentan antes de las crisis convulsivas, y en el 68% posterior a ellas. Con lo que se espera que en los casos de migralepsia la cefalea se presente antes o después de la crisis convulsiva con una duración variable de hasta 24 horas.

La mayoría de los pacientes con cefalea y crisis convulsivas no se les había determinado un diagnóstico de migraña (73%), por lo tanto se desconocía el diagnóstico final de migralepsia. Por lo anterior podría haber una subestimación de migralepsia en los pacientes con crisis convulsivas debido a una subestimación en el diagnóstico de migraña.

CONCLUSION

-La cefalea en este estudio es común encontrarla en los pacientes con crisis convulsiva hasta en un 62%.

-La frecuencia observada de migralepsia en el CMN 20 es del 22% lo cual coincide con la prevalencia reportada en estudios previos.

-Es probable una subestimación de la frecuencia de migralepsia debido a una subestimación en el diagnóstico de migraña.

BIBLIOGRAFIA

- 01.-Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8:1–96
02. - Pace BP. JAMA 100 years ago: migraine and epilepsy. *JAMA* 1998; 279:1126.
- 03.- Enrique Otero Siliceo, Fernando Zermeño. The migraine-epilepsy syndrome. *Arch Neurocién (Mex)* Vol. 11, No. 4: 282-287, 2006.
04. - Tracey A. Milligan and Edward Bromfield. A Case of “Migralepsy”. *Epilepsia*, 46(Suppl. 10):2–6, 2005
05. - M.E. Bigal, a, b,* R.B. Lipton, a, c J. Cohen, a and S.D. Silbersteind. Epilepsy and migraine. *Epilepsy & Behavior* 4 (2003) S13–S24
06. - SK Veliolu, C Boz& M Özmenolu. The impact of migraine on epilepsy: a prospective prognosis study. *Blackwell Publishing Ltd Cephalalgia*, 2005, 25, 528–535
- 07- Lennox WG, editor. *Epilepsy and related disorders*. Boston: Little, Brown & Company; 1960
- 08.-The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 Suppl 1:9—160
- 09.- Sheryl R Haut, Marcelo E Bigal, Richard B Lipton Chronic disorders with episodic manifestations: focus on epilepsy and migraine *Lancet Neurol* 2006; 5: 148–57
- 10.- Marks DA, Ehrenberg BL (1993) Migraine related seizures in adults with epilepsy, with EEG correlation. *Neurology* 43:2476–2483
- 11.- R. De Simone, A. Ranieri ,E. Marano , L. Beneduce , P. Ripa , L. Bilo , R. Meo , V. Bonavita Migraine and epilepsy: clinical and pathophysiological relations de la revista *Neurol Sci* (2007) 28:S150-S155
- 12.- Piccinelli P, Borgatti R, Nicoli F et al (2006) Relationship between migraine and epilepsy in pediatric age. *Headache* 46:413–421
- 13.-Sacks O. *Migraine: understanding a common disorder*. Berkeley: Univ. of California Press; 1985
- 14.-So NK, Andermann F. Differential diagnosis. In: Engel J, PedleyTA, editors. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott–Raven; 1997. p. 791