

Auras migrañosas sin cefalea con respuesta a topiramato

La migraña es una patología altamente prevalente. En ocasiones, el aura migrañosa sin cefalea se presenta en la práctica clínica. Cuando su frecuencia es alta, es necesario un diagnóstico diferencial con otros procesos. El topiramato –al igual que otros agentes antiepilépticos– ha mostrado su eficacia como anti-migrañoso, pero no hay grandes evidencias de su utilidad en la prevención del aura. Presentamos un caso de aura de alta recurrencia sin cefalea tratada con topiramato.

Mujer de 35 años de edad en cuyos antecedentes personales constaba un asma extrínseco intermitente (en tratamiento ocasional con inhaladores) y cefaleas recurrentes etiquetadas de migraña con aura en la adolescencia. Negaba el consumo de anticonceptivos orales y en los meses previos no había tomado ningún fármaco.

La paciente presentaba cuadros estereotipados de seis semanas de evolución, de inicio brusco, sin desencadenantes claros. Refería una borrosidad visual bilateral, seguida por escotomas centelleantes en ambos ojos, mareo con ocasional giro de objetos, acúfenos bilaterales, sensación de pérdida de conciencia y disestesias en ambas extremidades superiores. Los síntomas tenían carácter aditivo y solapado, con un decalaje de unos 3-5 minutos aproximadamente. La duración de cada episodio era de unos 20-30 minutos aproximadamente y su frecuencia era variable, entre 5-8 al día. La paciente negaba una cefalea posterior, movimientos tónico-clónicos de las extremidades o astenia, y permanecía asintomática tras ceder la clínica. Estos episodios ocurrían tanto en bipedestación como en sedestación.

La exploración física intercrítica fue normal, a excepción de un leve sobrepeso. Las pruebas realizadas (resonancia magnética, angiografía, electroencefalograma convencional y con privación de sueño) fueron normales o negativas. Se estableció la sospecha diagnóstica de una probable aura migrañosa de tipo basilar sin cefalea. Otras causas posibles (fenómenos hemodinámicos, hipotensión licuoral o ataques isquémicos transitorios de repetición) se excluyeron razonablemente por la clínica y las pruebas complementarias. La posibilidad de crisis epilépticas parciales se consideró, pero la ausencia de otros datos clínicos, la excesiva duración y la normalidad de las pruebas electroencefalográficas (incluso en el período crítico) nos llevaron a decantarnos por la primera opción como la más probable.

Al considerar la clínica y los antecedentes, se descartaron como opciones terapéuticas los betabloqueantes (por su proceso bronquial) y los antagonistas de calcio (por el riesgo de empeoramiento de su sobrepeso); además, la paciente no deseaba tratamiento con antiepilépticos. Se pautó un tratamiento con topiramato en dosis ascendentes. A los 10 días, la frecuencia de los episodios cayó a la mitad y quedó asintomática a las tres semanas, con

una dosis total de 125 mg/día. La paciente no mostró intolerancia al fármaco, a pesar de aplicarse un ritmo de escalada de dosis más elevado. Tras tres meses de tratamiento la enferma permaneció asintomática. Refería disestesias muy molestas en ambas extremidades inferiores y una pérdida de peso de unos 6 kg. Por ese motivo se rebajó la dosis de modo gradual hasta un total de 25 mg/día, sin que se presentaran nuevos episodios. Esta dosis se mantuvo tres meses más y posteriormente se suprimió por completo. No se produjeron recurrencias tras un mes y medio sin tratamiento. Además, en este intervalo de tiempo se atendió por primera vez a una sobrina de la paciente que contaba una clínica idéntica a la de la enferma seguida de cefalea vascular intensa de cuatro horas de duración, compatible con una migraña con aura basilar episódica.

En los últimos años, el empleo de fármacos antiepilépticos en la migraña se ha postulado como una alternativa eficaz en determinados casos [1]. La lamotrigina ha demostrado su eficacia en la prevención de la migraña y del aura migrañosa [2-4]. Algunos estudios abiertos con levetiracetam también han mostrado su eficacia [5,6].

El topiramato ha pasado a ser un tratamiento útil en la prevención de la migraña [7-10] y se han obtenido mejoras en la calidad de vida y la productividad del paciente [11]. Algunos ensayos clínicos que comparan la lamotrigina y el topiramato muestran la eficacia antimigrañosa de ambos [12].

A pesar de todo lo anterior, la eficacia del topiramato en la prevención del aura migrañosa en los diferentes estudios se ha considerado como ‘inconcluyente’ o ‘no evidenciada’ [13], mientras que la lamotrigina sí ha mostrado claros beneficios en este aspecto [14].

En este trabajo comunicamos un caso con una alta frecuencia de auras sin cefalea que remitieron con el topiramato. Aunque las evidencias recomiendan el uso de otros neuromoduladores, empleamos esta opción al considerar su efecto de pérdida de peso y su amplio mecanismo de acción [15]. Así, el topiramato actúa sobre los canales de calcio dependientes de voltaje y en los canales de sodio; ambos están implicados en la fisiopatología de la depresión cortical. Además, el topiramato bloquea parcialmente los receptores de glutamato (sustancia que puede activar los canales de sodio) [16].

Somos conscientes de que se trata de un caso aislado, pero consideramos que puede ser un primer paso para la puesta en marcha de estudios que avalen o desmientan la utilidad del topiramato en estos casos.

**A. Fernández-Díaz^a, J. Álvarez-Gutiérrez^a,
J. Isern-Longares^a, M.R. Andrés-Celda^a,
D. Pérez-Ruiz^a, C. Buelta-González^b**

Aceptado tras revisión externa: 25.06.08.

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital de El Bierzo. Ponferrada, León, España.

Correspondencia: Dr. Ángel Fernández Díaz. Servicio de Neurología. Hospital de El Bierzo. Avda. Médicos sin Fronteras, 7. E-24411 Ponferrada (León). E-mail: angel.puerta@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

- Lapml C, Buzath A, Klinger D, Neumann K. Lamotrigine in the prophylactic treatment of migraine aura-a pilot study. *Cephalalgia* 1999; 19: 58-63.
- Lapml L, Katsarava Z, Diener HC, Limmroth V. Lamotrigine reduces migraine aura and migraine attacks in patients with migraine with aura. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 1730-2.
- D'Andrea G, Nordera GP, Allais G. Treatment of aura: solving the puzzle. *Neurol Sci* 2006; 27 (Suppl): S96-9.
- Pascual J, Caminero AB, Mateos V, Roig C, Leira R, García-Monco C, et al. Preventing disturbing migraine aura with lamotrigine: an open label study. *Headache* 2004; 44: 1024-8.
- Brighina F, Palermo A, Aloisio A, Francolini M, Giglia G, Fierro B. Levetiracetam in the prophylaxis of migraine with aura: a 6-month open-label study. *Clin Neuropharmacol* 2006; 29: 338-42.
- Pakalnis A, Kring D, Meier L. Levetiracetam prophylaxis in paediatric migraine –an open label study. *Headache* 2007; 47: 427-30.
- Brandes JL, Saper JR, Diamond M, Couch JR, Lewis DW, Schmitt J, et al. Topiramate for migraine prevention: a randomized control trial. *JAMA* 2004; 291: 965-73.
- Silberstein SD, Neto W, Schmitt J, Jacobs D. Topiramate in migraine prevention: results of a large controlled trial. *Arch Neurol* 2004; 61: 490-5.
- Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, Freitag FG, Bigal M, Saper J, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache* 2007; 47: 170-80.
- D'Amico D. Antiepileptic drugs in the prophylaxis of migraine, chronic headache forms and cluster headache: a review of their efficacy and tolerability. *Neurol Sci* 2007; 28 (Suppl): S188-97.
- Lofland JH, Gagne JJ, Pizzi LT, Rupnow M, Silberstein SD. Impact of topiramate migraine prophylaxis on workplace productivity: results from two US randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trials. *J Occup Environ Med* 2007; 49: 252-7.
- Gupta P, Singh S, Goyal V, Shukla G, Behari M. Low-dose topiramate vs. lamotrigine in migraine prophylaxis (the Lotolamp study). *Headache* 2007; 47: 402-12.
- Lapml C, Bonelli S, Ransmayr G. Efficacy of topiramate in migraine aura prophylaxis: preliminary results of 12 patients. *Headache* 2004; 44: 174-6.
- Chen WT, Fuh JL, Lu SR, Wang SJ. Persistent migrainous visual phenomena might be responsible to lamotrigine. *Headache* 2001; 41: 823-5.
- Forcadas-Berdusán MI, Fernandez-Maiztegui C. Nuevos fármacos antiepilépticos: topiramato. In: *Epilepsia*. Madrid: Ergon; 2003. p. 297-303.
- Peters O, Schipke CG, Hashimoto Y, Kettenmann H. Different mechanisms promote astrocyte Ca²⁺ wave and spreading depression in the mouse neocortex. *J Neurosci* 2003; 23: 9888-96.