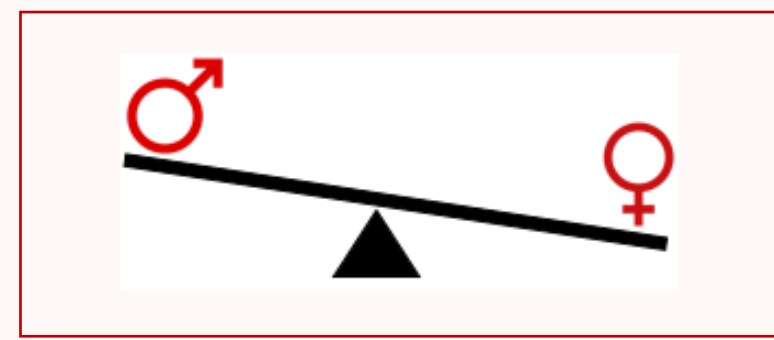
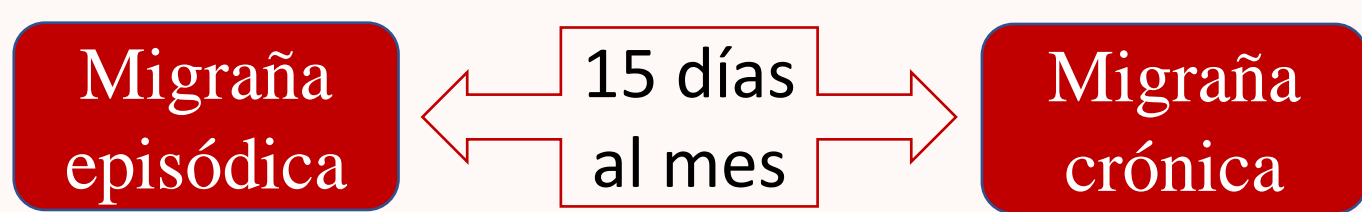


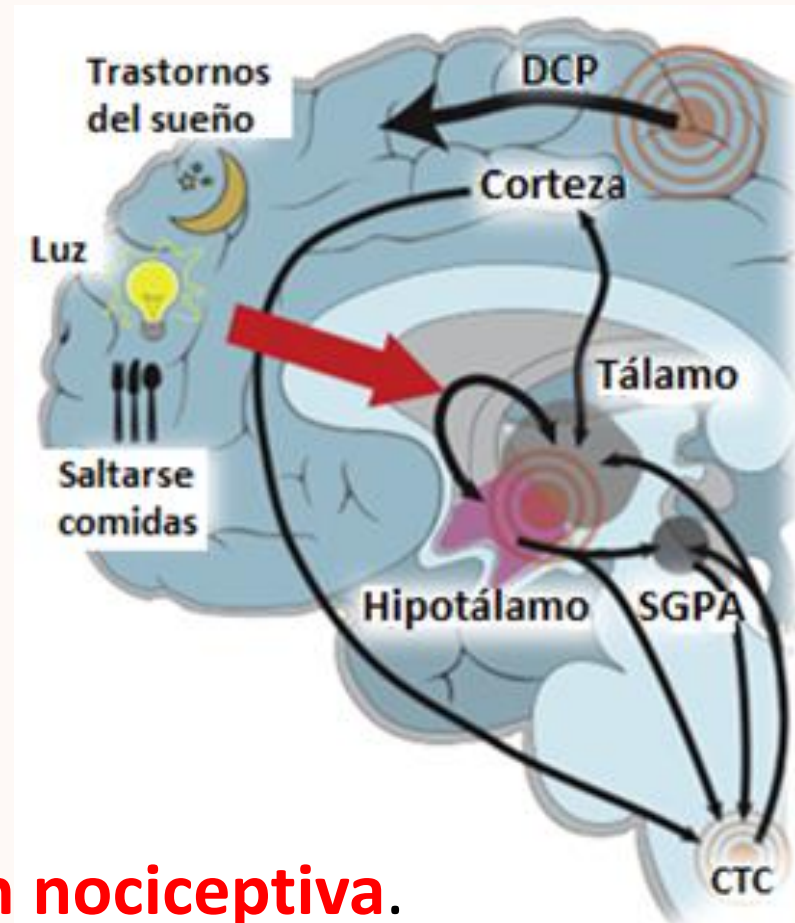
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La migraña se encuentra entre los tipos de cefalea primaria más comunes y está clasificada como la **8ª enfermedad** en cuanto a **impacto negativo** en la calidad de vida. Se define como cefaleas recurrentes que se manifiestan en ataques de entre 4 y 72 horas, con localización unilateral, de carácter pulsátil e intensidad severa o moderada. Además, se agrava con el movimiento y se asocia con náuseas, fotofobia o fonofobia.



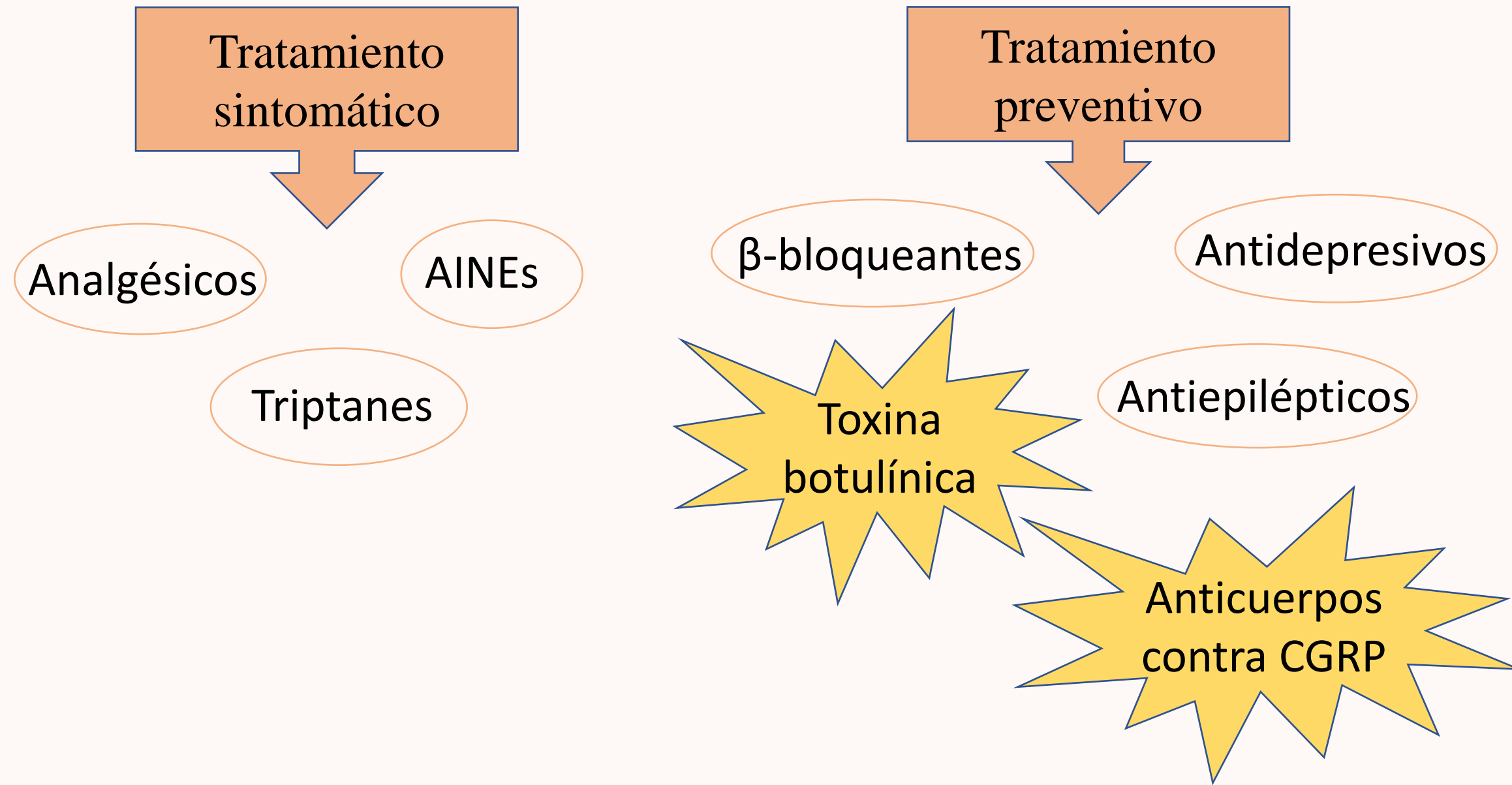
Fisiopatología

Figura 1. Factores como trastornos del sueño, la luz o saltarse comidas pueden desencadenar migraña. El hipotálamo activa al sistema trigeminovascular por medio de la depresión cortical propagada (DCP) y la activación del locus coeruleus y el núcleo dorsal del rafe. Desde el complejo trigeminocervical (CTC) la información viaja al tálamo y a la corteza. SGPA: Sustancia gris periacueductal.



La estimulación repetida conduce a **sensibilización nociceptiva**.

Tratamiento general



OBJETIVO

Explorar las terapias farmacológicas más novedosas en la prevención de la migraña: la toxina botulínica tipo A y los anticuerpos monoclonales contra el CGRP, valorando también su posicionamiento terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed y Google Scholar, y además se han consultado guías oficiales de práctica clínica, fichas técnicas e informes de posicionamiento terapéutico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Toxina botulínica tipo A (Botox®)

- ✓ Indicada en la prevención de la **migraña crónica** tras respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a al menos 2 tratamientos preventivos.
- ✓ **Tratamiento precoz** → Mejor respuesta al tratamiento.

Mecanismo de acción:

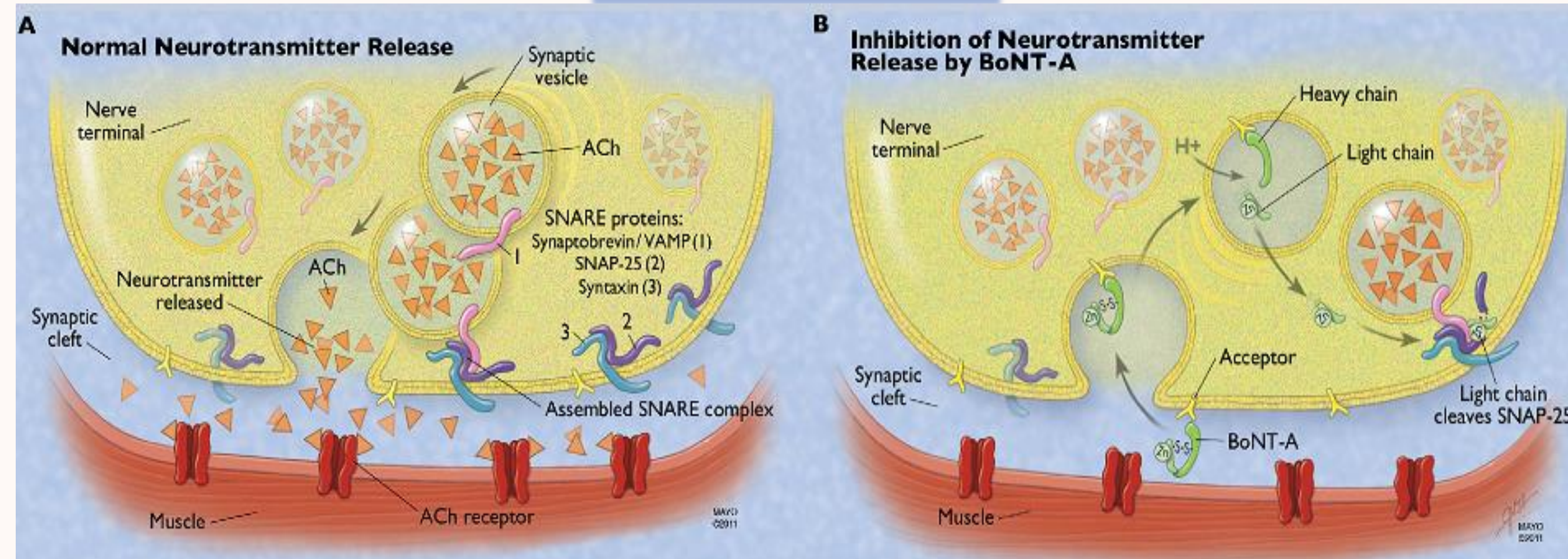


Figura 2. Mecanismo de acción de la toxina botulínica (BoNT-A) en la unión neuromuscular.

- ✓ **Administración:** Inyecciones intramusculares en la cabeza y el cuello, con un intervalo recomendado de 3 meses.
- ✓ Mínimo 3 ciclos. No hay consenso sobre cuánto se debe mantener el tratamiento.
- ✓ **Eficacia:** tasas de respondedores >60%.
- ✓ **Seguridad:**
 - Tasa de abandono debido a efectos adversos: 3,4%.
 - Efectos adversos más frecuentes: dolor cervical, debilidad muscular, sensación de rigidez muscular y ptosis palpebral.

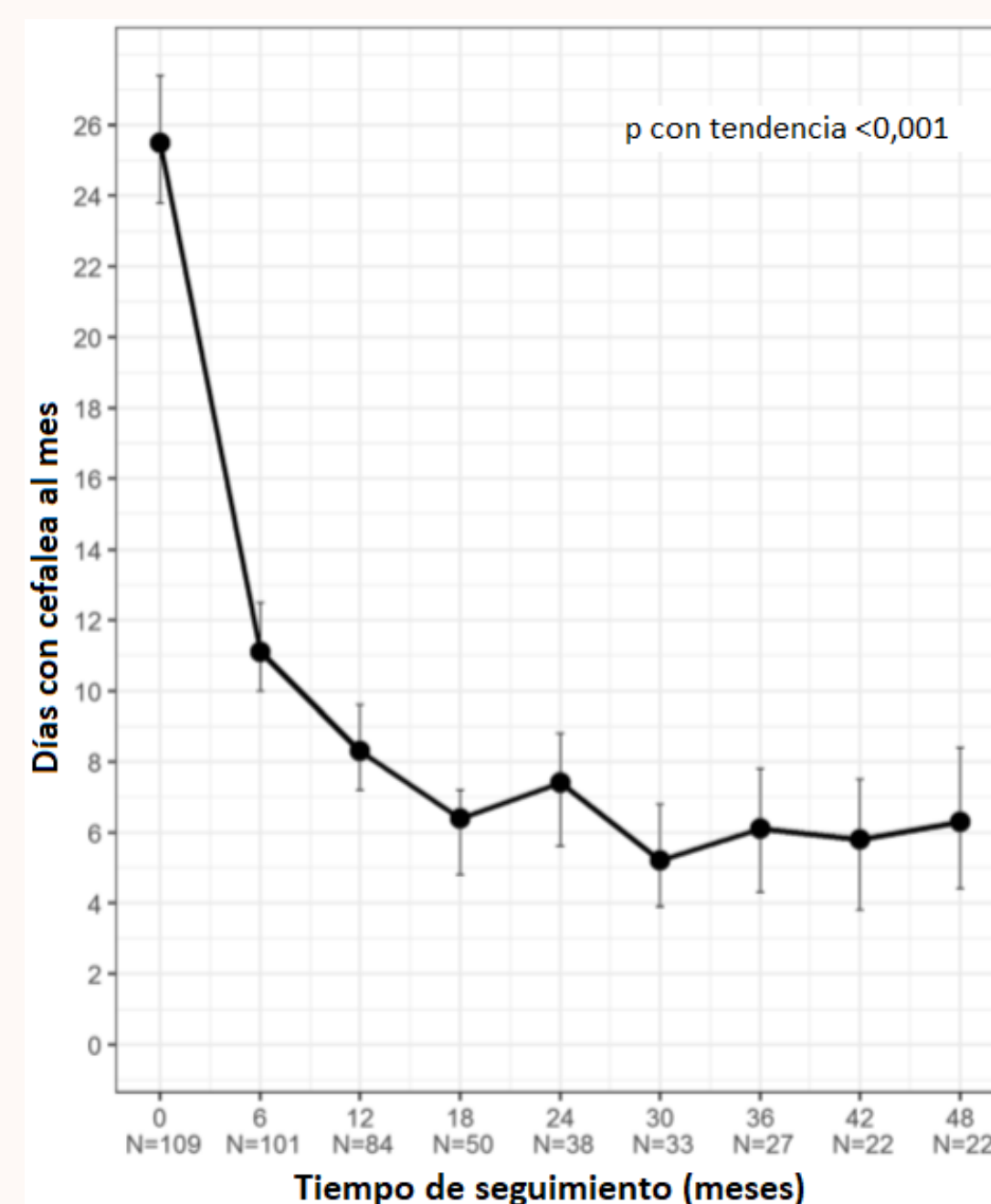


Figura 3. Gráfica de la media de días con cefalea al mes antes de empezar el tratamiento (0) y hasta los 48 meses, a intervalos de 6 meses.

Anticuerpos monoclonales contra el CGRP

- ✓ El CGRP es la molécula que se ha implicado con mayor consistencia en la activación del sistema trigeminovascular, es un potente vasodilatador y facilita la nocicepción.
- ✓ Anticuerpos indicados en la prevención de **migraña episódica y migraña crónica**, aunque en España solo se encuentran financiados **erenumab** y **galcanezumab** (tras 3 o más fracasos de tratamientos preventivos).

Principales diferencias entre los distintos anticuerpos contra el CGRP:

	Diana	Administración	Pauta posológica
Erenumab (Aimovig®)	Receptor	Subcutánea	70 mg/mes 140 mg/mes
Galcanezumab (Emgality®)	Ligando	Subcutánea	Dosis de carga inicial 240 mg + 120 mg/mes
Fremanezumab (Ajovy®)	Ligando	Subcutánea	225 mg/mes 675 mg/trimestre
Eptinezumab (Vyapti®)	Ligando	Intravenosa	100 mg/trimestre 300 mg/trimestre

- Vida media larga.
- No atraviesan barrera hematoencefálica.
- Son hidrolizados a pequeños péptidos o aminoácidos.
- Rápido comienzo de acción.

- ✓ **Eficacia:**
 - Tasas de respondedores alrededor del 60% en tratamiento prolongado.
 - Subgrupos de pacientes "hiperrespondedores".

- ✓ **Seguridad:**
 - Tasa de abandono debido a efectos adversos: <4%.
 - Reacciones adversas más frecuentes: reacciones en el lugar de inyección. Algunos casos de reacciones de hipersensibilidad.
 - Seguridad a largo plazo → Preocupación por el papel vasodilatador del CGRP.

- ✓ **Inmunogenicidad:** aparición de anticuerpos anti-fármaco, algunos de ellos con actividad neutralizante *in vitro*, sin consecuencias en la eficacia o la seguridad.

Posible uso de los nuevos preventivos en el embarazo y la lactancia

- ✓ **Toxina botulínica:**
 - Clasificada en la categoría C de la FDA.
 - Podría considerarse su uso en pacientes refractarias que ya estaban siendo tratadas.
- ✓ **Anticuerpos monoclonales contra el CGRP:**
 - Aún no están clasificados por la FDA.
 - **Uso desaconsejado** por posible desarrollo de eclampsia.

- ✓ **Toxina botulínica:**
 - Su uso se considera seguro.
- ✓ **Anticuerpos monoclonales contra el CGRP:**
 - Podría considerarse su uso pasados unos días tras el parto.

CONCLUSIONES

La migraña empeora notablemente la calidad de vida y muchos pacientes requieren un tratamiento preventivo, campo en el que son necesarias nuevas terapias.

❖ **Toxina botulínica:** se espera una mejora de su posicionamiento terapéutico. Parece recomendable mantener el intervalo de 3 meses entre inyecciones, así como el mantenimiento del tratamiento mientras perdure la respuesta al mismo.

❖ **Anticuerpos monoclonales contra el CGRP:** la mejora de su posicionamiento terapéutico aún se ve lejana en el tiempo. En definitiva, el tratamiento preventivo de la migraña puede cambiar en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

