

Nº 12 – 12 Enero 2026

EL MENSAJERO DE ASCLEPIO

FOLIA UNIVERSALIS



DOLORES DE CABEZA

Ramón Cacabelos



Hay enfermedades que no matan, pero desgastan la vida: la migraña es una de ellas. La sociedad la tolera mal porque no deja cicatriz visible; el paciente la padece mal porque cada crisis borra horas, proyectos, humor, trabajo y convivencia. Y la medicina, pese a los avances, todavía lucha con una paradoja: la migraña es extremadamente frecuente y, sin embargo, sigue infradiagnosticada, banalizada y subtratada.

La migraña no es “un dolor de cabeza fuerte”. Es una enfermedad neurológica con bases genéticas y neurobiológicas, donde el cerebro se vuelve temporalmente hipersensible y convierte estímulos cotidianos (luz, sonido, olores, movimiento, hambre, estrés) en amenaza. En la migraña, el dolor no es un simple síntoma: es una forma de funcionamiento cerebral que, durante horas o días, reorganiza la percepción y la conducta.

CONCEPTO Y SIGNIFICADO

La migraña es un trastorno neurológico primario caracterizado por ataques recurrentes de cefalea, a menudo pulsátil y de intensidad moderada a severa, que se acompaña de síntomas vegetativos y sensoriales: náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, osmofobia, fatiga, irritabilidad, enlentecimiento cognitivo y, en una proporción importante, aura (alteraciones neurológicas transitorias, sobre todo visuales o sensitivas). En términos humanos, la migraña es una experiencia de “cuerpo encerrado”: el mundo se vuelve demasiado brillante, demasiado ruidoso, demasiado rápido. Muchas personas describen la necesidad de oscuridad, silencio y quietud no como capricho, sino como un mecanismo de supervivencia.

La migraña no es una “exageración”, ni un “nerviosismo”, ni un rasgo de personalidad; no es solo vascular (aunque el componente neurovascular existe); no es sinónimo de cualquier dolor de cabeza: hay cefaleas tensionales, trigémino-autonómicas, secundarias (por infección, hemorragia, tumores, etc.) y otras.

EPIDEMIOLOGÍA: UNA PANDEMIA SILENCIOSA

La migraña afecta a una proporción enorme de la población. Estimaciones globales recientes sitúan el número de personas con migraña en el orden de más de mil millones; los análisis del GBD 2021 han estimado alrededor de 1.2 mil millones de personas con migraña en 2021.

Suele comenzar en la adolescencia o en épocas adultas tempranas y alcanza su máxima expresión en edades laborales. La desigualdad por sexo es llamativa: es más frecuente en mujeres, con una interacción evidente entre migraña y ciclos hormonales (menstruación, embarazo, perimenopausia) en un subgrupo relevante.

La OMS ha señalado que, según estimaciones globales recientes, la migraña se sitúa entre las principales causas de carga por discapacidad a nivel mundial. Por su parte, los análisis del GBD han destacado repetidamente la migraña como una de las principales causas de años vividos con discapacidad (YLD), con especial impacto en adultos jóvenes y mujeres.

Una parte sustancial del problema no es biológico sino sanitario: muchas personas no consultan; otras consultan y reciben el rótulo genérico de “cefalea”; otras terminan en un circuito de urgencias, analgésicos repetidos y frustración.

COSTES DE LA MIGRAÑA

Hablar de costes no es reducir el dolor a cifras: es demostrar, con lenguaje que entienden gestores y gobiernos, que la migraña no es un asunto privado. Es un problema macroeconómico y social.

Los costes se agrupan en: (i) Directos sanitarios: consultas, urgencias, pruebas, fármacos, hospitalizaciones. (ii) Directos no sanitarios: transporte, cuidados, terapias complementarias. (iii) Indirectos: absentismo, presentismo (trabajar rindiendo muy por debajo), pérdida de oportunidades, bajas prolongadas, jubilación anticipada. (iv) Intangibles: sufrimiento, deterioro familiar, ansiedad anticipatoria, pérdida de identidad laboral.



En Europa, el estudio *Eurolight* estimó costes anuales medios por persona con migraña en torno a €1.222, con predominio abrumador de costes indirectos (principalmente productividad), que llegaban a representar la gran mayoría del coste total.

Un análisis reciente sobre carga económica en España estimó que, dada su alta prevalencia, el impacto económico anual atribuible a migraña en 2020 podría situarse aproximadamente entre €10.394 y €14.230 millones, con un peso notable de la pérdida de productividad.

La migraña crónica no solo incrementa días de dolor: amplifica comorbilidades, consumo sanitario, sobreuso de medicación y deterioro funcional. Revisiones sobre países OCDE resaltan que el peso económico combina costes directos e indirectos con un componente intangible muy elevado.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

La clasificación de referencia es la ICHD-3 (*International Classification of Headache Disorders*).

- 1. Migraña sin aura:** La forma más común. El diagnóstico se apoya en la repetición de ataques con perfil típico (duración horas–días, dolor pulsátil, empeora con actividad, síntomas asociados).
- 2. Migraña con aura:** El aura son síntomas neurológicos reversibles, generalmente visuales (destellos, escotomas), sensitivos (hormigueos), o del lenguaje. Suele desarrollarse gradualmente y preceder o acompañar al dolor.
- 3. Migraña crónica:** Definida por cefalea en ≥ 15 días/mes durante >3 meses, con características migrañosas en ≥ 8 días/mes.
- 4. Migraña menstrual y otros subtipos:** En la clínica diaria destacan patrones hormonales (migraña relacionada con menstruación), vestibulares (vértigo), y cuadros raros (p. ej., hemipléjica) con fuerte interés genético.

FISIOPATOLOGÍA: CÓMO SE “FABRICA” UNA CRISIS MIGRAÑOSA

La fisiopatología moderna entiende la migraña como un trastorno de procesamiento sensorial y de modulación del dolor, con participación clave del sistema trigeminovascular y de mediadores como el CGRP.

El sistema trigeminovascular: la vía del dolor craneal. La inervación meníngea y vascular por ramas del trigémino y sus conexiones centrales constituyen una autopista biológica del dolor. Su activación puede inducir liberación de sustancias vasoactivas y proinflamatorias, sensibilización periférica y central y, en última instancia, la experiencia dolorosa amplificada.

El CGRP (*calcitonin gene-related peptide*) es un mediador central en la migraña: participa en vasodilatación, neuroinflamación y transmisión nociceptiva. La eficacia clínica de terapias dirigidas a CGRP (anticuerpos monoclonales) ha reforzado su papel causal/operativo en la cascada migrañosa.

También se estudian otras dianas (p. ej., PACAP, NO, 5HT), lo que sugiere que la migraña no es una única ruta, sino un conjunto de rutas convergentes.

La *cortical spreading depression* (depresión cortical propagada) es una onda de activación seguida de inhibición neuronal y glial que se desplaza por la corteza y se relaciona estrechamente con el aura. Puede, además, activar vías trigeminovasculares y contribuir al inicio del ataque.

En muchos pacientes, especialmente en casos de migraña frecuente o crónica, aparece sensibilización central: estímulos inocuos se perciben como dolorosos (alodinia), y el umbral del dolor baja. Este fenómeno explica por qué el ataque no es solo una suma de vasos y nervios, sino un estado funcional cerebral.



GENÉTICA DE LA MIGRAÑA: HERENCIA, RIESGO Y COMPLEJIDAD

La migraña es un ejemplo clásico de enfermedad compleja: no depende de un solo gen (salvo formas raras), sino de múltiples variantes genéticas de pequeño efecto, combinadas con el ambiente.

Migraña común. Estudios genéticos contemporáneos describen la migraña como un rasgo de arquitectura poligénica, con múltiples loci asociados y relaciones con vías neuronales, vasculares y de excitabilidad. Esto tiene dos implicaciones prácticas: (i) La predisposición puede existir sin historia familiar clara (por mezcla de variantes). (ii) El riesgo familiar puede ser fuerte sin que exista “un gen de la migraña” identificable.

Migraña hemipléjica familiar: En subtipos raros (migraña hemipléjica), mutaciones en genes relacionados con canales iónicos y excitabilidad neuronal ofrecen un modelo “más mendeliano”. Estos casos han ayudado a comprender mecanismos como la depresión cortical propagada y la hiperexcitabilidad.

A corto plazo, la genética es más útil para identificar subtipos raros, estudiar comorbilidades y mecanismos, y refinar predicción de respuesta en investigación. A medio-largo plazo, podría contribuir a una prevención más dirigida, pero conviene no vender “determinismo genético” donde hay probabilidad y no destino. En cualquier caso, todos los medicamentos para la migraña deberían ser prescritos de forma personalizada en base al perfil farmacogenómico de cada paciente.

DIAGNÓSTICO: EL ARTE CLÍNICO CON RIGOR CIENTÍFICO

La migraña se diagnostica por criterios clínicos validados (ICHD-3). No hay un análisis de sangre “positivo” ni una resonancia que “demuestre” migraña por sí sola. Las herramientas prácticas que mejoran la precisión son: (i) Diario de cefaleas (frecuencia, duración, intensidad, medicación, desencadenantes). (ii) identificación de patrón menstrual. (iii) Evaluación del consumo de analgésicos (riesgo de cefalea por sobreuso).

Señales de alarma (para descartar causas secundarias): un dolor de cabeza requiere evaluación urgente cuando es el “peor de la vida” y de inicio súbito, aparece con fiebre/rigidez de nuca, se asocia a déficit neurológico persistente, aparece tras traumatismo, y cambia radicalmente el patrón habitual.

TRATAMIENTO: AGUDO, PREVENTIVO Y ESTILO DE VIDA

La terapia moderna se basa en una idea simple: tratar la crisis y prevenir la recurrencia, evitando la cronificación y el sobreuso de medicación.

El tratamiento agudo (crisis) se hace con AINEs/analgésicos (en crisis leves-moderadas), triptanes (clase específica para migraña; idealmente precoz), y antieméticos si la cefalea se acompaña de náuseas y/o vómitos.

Principio clínico clave: cuanto antes se trate, mejor suele funcionar; pero el uso repetido y frecuente puede contribuir a cefalea por sobreuso.

Tratamiento preventivo: se indica cuando las crisis son frecuentes, prolongadas, incapacitantes o cuando hay migraña crónica. Incluye fármacos clásicos (según perfil del paciente) y tratamientos modernos: Terapias dirigidas a CGRP (anticuerpos monoclonales) como prevención, con evidencia de eficacia.

Intervenciones no farmacológicas (no son “alternativas”: son parte del tratamiento): (i) Regularidad de sueño. (ii) Comidas regulares (evitar ayuno). (iii) Hidratación adecuada. (iv) Ejercicio moderado (consistente, no heroico). (v) Manejo del estrés y técnicas de autorregulación. (vi) Higiene digital y sensorial (pantallas, luz intensa, ruido).



PERSPECTIVA PSICOLÓGICA: EL DOLOR COMO EXPERIENCIA Y COMO ANTICIPACIÓN

La migraña se asocia con mayor prevalencia de ansiedad, depresión y trastornos del sueño. La relación suele ser bidireccional: el dolor favorece la ansiedad; la ansiedad baja el umbral del dolor y empeora la migraña.

El miedo al ataque. Muchos pacientes viven con “ansiedad anticipatoria”: no es solo el ataque, sino la amenaza del ataque. Se evitan planes, viajes, cenas, compromisos; se reduce la vida para evitar el dolor. Esto puede ser tan incapacitante como el dolor mismo.

Terapias psicológicas útiles (cuando están bien indicadas): (i) Educación sanitaria (entender el proceso reduce el miedo). (ii) Terapia cognitivo-conductual y estrategias de afrontamiento. (iii) Técnicas de relajación, biofeedback (en algunos contextos). Estas intervenciones no “curan” la migraña por sí solas, pero sí pueden reducir su impacto y ayudar a recuperar control.

PERSPECTIVA SOCIAL: TRABAJO, GÉNERO Y ESTIGMA

El corazón económico del problema está en el presentismo: personas que acuden al trabajo pero rinden muy por debajo por dolor, hipersensibilidad y niebla cognitiva. Los estudios europeos han documentado pérdidas sustanciales de días productivos a lo largo del año en población trabajadora con migraña.

Sesgo de género. Dada su mayor prevalencia en mujeres, la migraña ha sufrido históricamente un sesgo cultural: se la ha asociado a “lo nervioso” o “lo hormonal” con desprecio. Un enfoque moderno exige llamar a esto por su nombre: sesgo sanitario.

PERSPECTIVA CULTURAL: CÓMO UNA SOCIEDAD INTERPRETA EL DOLOR

La migraña revela una tensión cultural: vivimos en una época que premia rendimiento continuo y penaliza pausas. La migraña obliga a parar. Por eso, muchas veces, se vive como “fallo moral” más que como enfermedad. El paciente aprende a ocultarla: apaga la luz, cancela, miente (“tengo un compromiso”), para no cargar con la sospecha de exageración.

En un sentido casi antropológico, la migraña es una enfermedad que confronta al ideal contemporáneo de disponibilidad total: recuerda que el cuerpo —y el cerebro— tienen soberanía.

HACIA EL FUTURO: PREVENCIÓN REAL Y MEDICINA DE PRECISIÓN

Las líneas prometedoras incluyen: (i) Mejor caracterización de subtipos (migraña como “familia de trastornos”). (ii) Nuevas dianas (además de CGRP) y combinaciones racionales. (iii) Modelos predictivos de respuesta terapéutica (clínicos + genéticos + biomarcadores). (iv) Estrategias poblacionales: reducir infradiagnóstico, educar en escuelas/empresas, y establecer rutas asistenciales efectivas.

La migraña es un trastorno neurológico común y discapacitante que combina biología (hiperexcitabilidad, trigeminovascular, mediadores como CGRP), herencia compleja y un fuerte componente de impacto psicológico, social y cultural. El tratamiento eficaz no se limita a “quitar el dolor”: consiste en reducir la carga global de la enfermedad, prevenir la cronificación y devolver al paciente algo esencial: la confianza en su propia vida.

Porque la migraña, cuando se instala, no solo ocupa la cabeza: ocupa el calendario. Y la medicina, cuando acierta, no solo alivia un síntoma: devuelve tiempo.



OPINIONES

Thomas Willis, médico y neuroanatomista, pionero de la neurología moderna, decía en su *Cerebri Anatome* (1664): “El dolor de cabeza surge cuando los nervios del cerebro se irritan y el espíritu animal se vuelve turbulento.” Aunque formulada en el lenguaje fisiológico del siglo XVII, esta observación resulta sorprendentemente moderna. Willis intuyó que el dolor de cabeza no era un fenómeno moral ni imaginario, sino el resultado de una alteración funcional del sistema nervioso. Su referencia a los “espíritus animales” puede reinterpretarse hoy como una metáfora temprana de la disfunción neuroquímica y de la hiperexcitabilidad cerebral que caracterizan la migraña.

El neurólogo británico **Edward Liveing** fue de los primeros en plantear en 1873, en su trabajo *On Megrim, Sick-Headache, and Some Allied Disorders*, que “la migraña no es una simple cefalea, sino una afección nerviosa que afecta a la totalidad del sistema.” Esta frase marca un punto de inflexión histórico. Liveing rompe con la visión reduccionista del dolor de cabeza como un fenómeno local y lo redefine como una enfermedad sistémica del cerebro. Su pensamiento anticipa la concepción actual de la migraña como un trastorno cerebral global, con manifestaciones sensoriales, cognitivas y emocionales.

Jean-Martin Charcot, neurólogo francés, fundador de la neurología clínica moderna, postuló en una de sus Lecciones Clínicas de 1887 en la Salpêtrière, que

“la migraña es una neurosis hereditaria que se manifiesta en crisis.” Charcot introduce dos ideas clave aún vigentes: la heredabilidad y la naturaleza episódica de la migraña. Aunque hoy el término “neurosis” ha sido superado, su intuición genética se confirma plenamente con los estudios modernos de arquitectura poligénica. La migraña no aparece por azar: se hereda una vulnerabilidad.

El padre del psicoanálisis, **Sigmund Freud**, en sus *Estudios sobre la histeria* (1895), decía: “El dolor corporal puede ser una forma en la que el psiquismo expresa un conflicto.” Freud no hablaba específicamente de migraña, pero esta frase ha sido históricamente aplicada —a veces de forma abusiva— al dolor de cabeza. Hoy sabemos que la migraña no es un conflicto psicológico, pero sí reconocemos que el estrés, la ansiedad y los factores emocionales pueden modular la frecuencia e intensidad de las crisis. La clave moderna es integrar lo psicológico sin culpabilizar al paciente.

El neurólogo y escritor británico **Oliver Sacks**, en su obra *Migraine* (1970), refería que “la migraña no es solo dolor; es una forma particular de experiencia neurológica.” Sacks devolvió dignidad intelectual y humana a los pacientes migrañosos. Esta frase resume una idea central: la migraña altera la percepción del mundo, del tiempo y del cuerpo. No se trata solo de nocicepción, sino de una reorganización transitoria de la experiencia consciente. Es una de las definiciones más elegantes y profundas jamás escritas sobre la enfermedad.

La *International Headache Society* (IHS) establecía en la *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-3) de 2018: “La migraña es un trastorno neurológico primario caracterizado por ataques recurrentes de cefalea y síntomas asociados.” Aunque técnica, esta definición tiene un enorme valor cultural: sitúa a la migraña en el territorio de la neurología formal y la libera definitivamente del prejuicio de enfermedad menor. Nombrar correctamente una enfermedad es el primer paso para tratarla con justicia.

El neurólogo, experto mundial en migraña, **Peter J. Goadsby**, en un artículo publicado en 2017 en el *New England Journal of Medicine* insistía: “La migraña es una enfermedad del cerebro, no de los vasos sanguíneos.” Esta frase resume el cambio de paradigma contemporáneo. Durante décadas, la migraña se explicó como un problema vascular. Goadsby sintetiza el consenso actual: el origen es cerebral, neuroquímico y de procesamiento sensorial, siendo los fenómenos vasculares secundarios. Es una frase breve con enorme impacto conceptual.

El neurocientífico, **Lars Edvinsson**, codescubridor del papel del CGRP en la migraña, afirmaba en un *Nature Reviews Neurology* de 2018: “La identificación del CGRP ha transformado nuestra comprensión y tratamiento de la migraña.” Esta opinión marca un antes y un después en la historia terapéutica de la migraña. Por primera vez, el tratamiento preventivo se dirige a un mecanismo biológico específico, validando décadas de sufrimiento de pacientes que habían sido tratados de forma empírica o insuficiente.



En el *Atlas of Headache Disorders* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), se señala: “La migraña es una de las principales causas de discapacidad en el mundo.” Esta frase tiene un peso político y social enorme. Al situar la migraña entre las grandes causas de discapacidad, la OMS obliga a reconsiderar prioridades sanitarias. La migraña deja de ser un problema privado para convertirse en un desafío de salud pública global.

En los diarios personales de la escritora **Virginia Woolf**, de 1930, se encuentra un interesante comentario: “La enfermedad hace visible el cuerpo de un modo que la salud jamás permite.” Aunque no se refiere exclusivamente a la migraña, esta reflexión describe con precisión la vivencia migrañosa. Durante una crisis, el cuerpo —y en especial la cabeza— ocupa todo el espacio de la conciencia. La migraña obliga a escuchar al cuerpo cuando la vida cotidiana suele silenciarlo.

El filósofo **Arthur Schopenhauer** enfatiza en *Parerga y Paralipomena* (1851): “La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada.” Aplicada a la migraña, esta frase explica por qué una enfermedad no mortal puede ser devastadora. El dolor recurrente erosiona proyectos, relaciones y sentido vital. La migraña demuestra que la salud neurológica es condición básica para la libertad personal.

La investigadora en salud pública **Joanne Green** apuntaba en *The Lancet Neurology* (2019): “El estigma es, en muchos pacientes con migraña, más doloroso que el propio dolor.” Esta afirmación introduce una dimensión ética fundamental. La incredulidad social, la minimización del sufrimiento y la sospecha de exageración generan un segundo nivel de daño. Combatir la migraña implica también combatir el estigma.

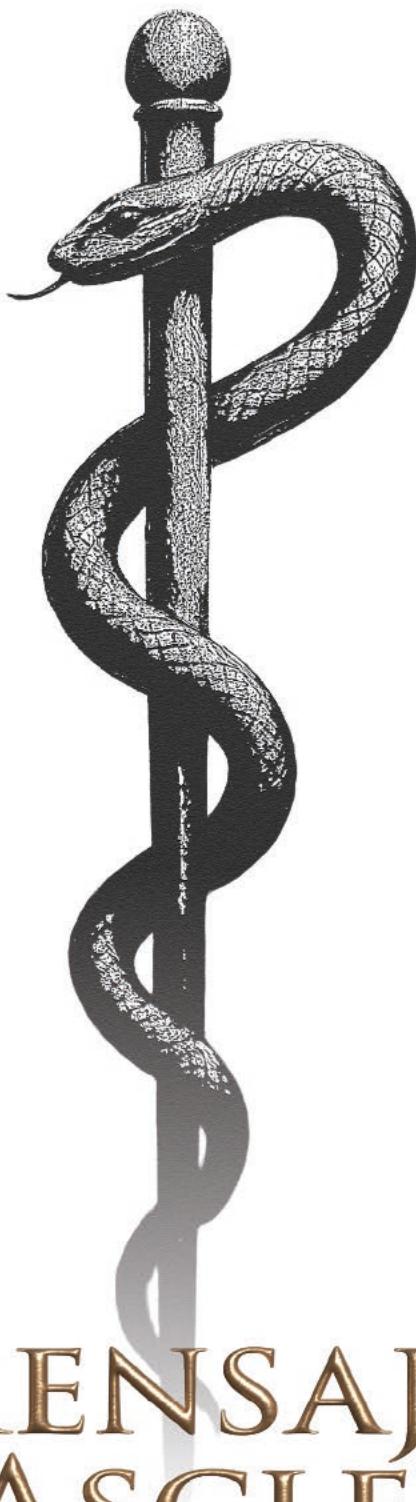
En la historia clínica de un paciente anónimo encontramos: “Cuando tengo migraña no me duele la cabeza: me duele el mundo.” Esta evocadora manifestación condensa con extraordinaria precisión la experiencia migrañosa. Resume mejor que muchos tratados científicos la hipersensibilidad sensorial, la necesidad de aislamiento y la vivencia existencial del ataque.

En *Civilization and Ethics* (1931), el médico y filósofo **Albert Schweitzer** dice:
“El sufrimiento humano pide comprensión antes que juicio.” Aplicada a la migraña, esta reflexión es casi un mandato ético. El paciente migrañoso no necesita ser examinado con sospecha, sino acompañado con conocimiento y empatía. La medicina moderna no solo debe curar: debe comprender.

Una reflexión médica contemporánea apunta: “La migraña no mata, pero roba tiempo; y el tiempo es la sustancia de la vida.” Esta reflexión sintetiza la carga real de la migraña. Cada crisis no solo produce dolor, sino horas, días y oportunidades perdidas. En términos humanos y sociales, pocas enfermedades explican tan bien cómo el sufrimiento se mide en tiempo robado.

Históricamente, la ciencia tiende a taxonomizar todo lo que toca, todo lo que es potencialmente medible y explicable. La filosofía y la psicología tienden a dar interpretaciones superficiales (o profundas) sumergidas en el magma del lenguaje. Puede que ambos enfoques sean necesarios -y complementarios- ; pero en el caso de la migraña, ninguno explica por qué el peso de la vida da dolor de cabeza.

RAMÓN CACABELOS
CATEDRÁTICO DE MEDICINA GENÓMICA



EL MENSAJERO DE ASCLEPIO

FOLIA UNIVERSALIS