

Las cefaleas en la consulta del pediatra de Atención Primaria: un reto

R. Merino Alonso de Ozalla

Pediatra. CS Dos de Mayo (Servicio Madrileño de Salud, Área 8). Móstoles, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:559-62

Rosa Merino Alonso de Ozalla, rosmer33339@auna.com

La cefalea es uno de esos temas que nunca perderán actualidad por ser un problema muy frecuente en todos los grupos de edad. Al ser un síntoma inespecífico prácticamente todo ser humano ha padecido cefaleas en alguna ocasión. La cefalea que acompaña a muchos procesos agudos y desaparece con su curación no suele plantear problemas diagnósticos, pero hace necesario descartar rápidamente una entidad potencialmente grave como una infección del sistema nervioso central, una hemorragia o un proceso expansivo intracraneal, cuya sola sospecha obliga a la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario.

El reto para el pediatra general aparece con aquellos niños que consultan por episodios de cefalea crónica o recurrente, ya que es necesario hacer el diagnóstico adecuado sabiendo que los exámenes complementarios necesarios son

muy escasos y de utilidad limitada, y que hay que derivar al neuropediatra o a otros especialistas sólo aquellos casos que realmente se puedan beneficiar de su intervención¹. La comunicación entre niveles asistenciales, por desgracia una asignatura aún pendiente en nuestro sistema sanitario, se hace aquí muy necesaria.

La prevalencia de la cefalea crónica primaria en los niños se calcula en un 5%, aunque probablemente esta proporción subestime la realidad ya que la mayor parte de los datos proceden de servicios hospitalarios de Neurología donde la muestra llega sesgada por varios factores¹⁻³. En una encuesta realizada en Alemania en 2004 a los padres de niños en edad preescolar, en una muestra no seleccionada (censal) sobre la prevalencia de dolor crónico o recurrente en sus hijos, se obtuvieron unas cifras del 3,6%

para la cefalea sola, del 33,2% para el dolor abdominal y del 48,8% para el dolor abdominal y cefalea asociados, siendo sólo un 14,4% los que no referían ningún tipo de dolor recurrente². En España se han hallado cifras de prevalencia de cefaleas infantiles de alrededor del 40%, de las que entre un 9,5 y un 29% pueden ser consideradas de tipo migrañoso³. Esto nos da idea de que el impacto de las cefaleas sobre la calidad de vida de los niños y adolescentes puede ser mucho mayor que el sospechado, llegando a constituir un auténtico problema de salud pública. Es de observación frecuente el niño que, viviendo en una familia con antecedentes de cefalea crónica o recurrente, padece también el problema pero no lo menciona o lo hace de pasada, asumiéndolo como algo normal en su vida. Un sistema como el nuestro, de cobertura universal, con revisiones de salud programadas a lo largo de la infancia y un buen sistema de registros, puede ser muy adecuado para hacer la estimación más aproximada posible.

Por otra parte, en muchas familias, el niño que se queja frecuentemente de dolor de cabeza puede causar marcada preocupación, ya que este hecho se asocia de modo más o menos consciente o explícito con enfermedades potencialmente graves. Para el niño, la cefa-

lea crónica puede afectar seriamente a su calidad de vida y a su rendimiento académico y también puede ser expresión de conflictos psicosociales con la carga de sufrimiento que conllevan. En cualquier caso, el pediatra tiene el deber de abordar diligentemente el problema y tratar de aplicar la solución adecuada en cada caso.

La historia clínica y la exploración física bien realizadas son los instrumentos diagnósticos fundamentales. Las pruebas complementarias deben ocupar un lugar secundario y en todo caso estar muy dirigidas.

Es preciso buscar antecedentes familiares, ya que son muy frecuentes, e interrogar sobre el tiempo de evolución del cuadro y su patrón de presentación. Con este propósito, es muy útil el registro de los síntomas en planillas diseñadas al efecto que recogen datos durante un periodo determinado de tiempo, en el cual el niño o sus padres anotan la fecha y una serie de características del cuadro, así como posibles desencadenantes y otros aspectos.

Siempre que sea posible, los síntomas deben ser descritos por el propio niño, ya que los padres pueden exagerarlos o minimizarlos o interpretarlos según sus propios prejuicios, aunque hay que tener en cuenta la opinión de los familia-

res y aclarar aspectos equívocos si queremos que nuestra actuación sea eficaz. En el niño pequeño o con dificultades para explicar lo que le pasa es más difícil sacar conclusiones; nos puede orientar la presencia de otros síntomas que suelen asociarse con las cefaleas recurrentes (dolor abdominal, palidez, irritabilidad, vómitos, crisis de vértigo, etc.).

Pocos síntomas tan frecuentes tienen una fisiopatología tan confusa, existiendo aún varias hipótesis patogénicas de tipo neurofisiológico, ninguna convenientemente demostrada. Y es que un síntoma tan genérico es difícil que tenga un origen unívoco. El hecho de no existir marcadores biológicos objetivables ha hecho necesario la elaboración de criterios diagnósticos consensuados por comités de expertos. En 1988 se publicaron los criterios para la clasificación de las cefaleas (*International Classification of Headache Disorders 1st Edition [ICDH-1]*) de la *International Headache Society (IHS)*⁴, que han sido universalmente aceptados y, desde entonces, se han convertido en un instrumento de trabajo común imprescindible para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación. Las cefaleas fueron clasificadas según su etiología, en el caso de las secundarias y según su fenomenología, en el caso de las primarias. En el año 2004 se publicó la versión revisada de es-

tos criterios (ICHD-2)⁵ con numerosos cambios sobre la versión anterior, aunque los criterios más importantes de los dos tipos más frecuentes de cefaleas primarias, la migraña y la cefalea tensional no sufrieron grandes cambios.

Los más de 200 tipos y subtipos de cefaleas primarias, secundarias y neuralgias craneales y faciales y otros tipos de cefalea, dan idea de lo complejo que puede llegar a ser el diagnóstico, unido a que en un mismo paciente puede presentarse más de un tipo de cefalea. De hecho, ya han surgido numerosas críticas a la nueva clasificación, a las que se añaden las controversias sobre su aplicabilidad en los niños^{6,7}, en los que los criterios necesarios para la asignación a uno de los dos tipos principales de cefaleas primarias se muestran bastante específicos pero poco sensibles, habiendo propuesto algunos autores la definición de criterios específicos para la infancia⁸. En el año 2006 se ha publicado una revisión de la anterior clasificación (ICHD-2R) pero con pocas modificaciones aplicables a los niños⁹. Aun con estas limitaciones, la nueva clasificación es considerada el mejor instrumento del que disponemos en la actualidad para, utilizando todos el mismo lenguaje, poder comprender y tratar las cefaleas, así como poder diseñar ensayos clínicos y estudios epidemiológicos¹⁰, re-

conociendo que esta clasificación es en realidad un proceso que con el tiempo y la investigación se irá depurando, añadiendo nuevas evidencias y conocimientos sobre esta serie de trastornos que pueden llegar a ser muy incapacitantes y que suponen una fuerte carga para la sociedad.

En cuanto al manejo de las cefaleas por el pediatra de Atención Primaria, hay que tener presente que los planes de tratamiento no siempre tiene que incluir medi-

camentos y en cambio pueden ser muy útiles los programas de gestión del estrés, la higiene del sueño y el ejercicio físico, así como el aprender a reconocer y a evitar los desencadenantes¹. Aunque en los niños la cefalea asociada al consumo de analgésicos y antimigrañosos es menos frecuente que en el adulto, también hay que tener presente esta circunstancia dada la ligereza con que se consumen estos fármacos entre los niños y adolescentes en nuestra sociedad de consumo.

Bibliografía

1. Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M, editores. Cefaleas en la infancia y la adolescencia. Madrid: Ergon; 2003.

2. Ostkirchen GG, Andler F, Hammer F, Pöhler KD, Snyder-Schendel E, Werner NK, et al. Prevalence of primary headache symptoms at school-entry: a population-based epidemiological survey of preschool children in Germany. *J Headache Pain*. 2006;7:331-40.

3. Artigas J, Grau R, Esclusa F, Canosa P, Moltó E. Prevalencia y características de la cefalea y la migraña en la infancia. *Rev Neurol*. 1998;26:368-71.

4. Daroff RB. New headache classification. *Neurology*. 1988;38:1138-9.

5. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 (Suppl 1):1-151. Disponible en http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

6. Ruangsuan S, Sriudomkajorn S. 375 childhood primary headache: clinical features, the agre-

ement between clinical diagnosis and diagnoses using the international classification of headache disorders in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 2007;90:1309-16.

7. Lima MM, Padula NA, Santos LC, Oliveira LD, Agapejev S, Padovani C. Critical analysis of the international classification of headache disorders diagnostic criteria (ICHD I-1988) and (ICHD II-2004), for migraine in children and adolescents. *Cephalalgia*. 2005;25:1042-7.

8. Olesen J, Baker MG, Freund T, di Luca M, Mendlewicz J, Ragan I, et al. Consensus document on European Brain Research. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2006;77(suppl.1).

9. Bigal M, Rapoport A, Sheftell F, Tepper S, Lipton R. The International Classification of Headache Disorders revised criteria for chronic migraine-field testing in a headache specialty clinic. *Cephalalgia*. 2007;27:230-4.

10. Olesen J, Steinert TJ. The International classification of headache disorders, 2nd edn (ICHD-II). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75:808-11.