

CEFALEAS CRÓNICAS

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La cefalea, incluyendo todas sus formas, es un trastorno enormemente frecuente, llegando a padecerlo en algún momento más del 90% de niños/as en edad escolar (1). La cefalea suele ser considerada en la práctica pediátrica más un síntoma que una enfermedad en sí misma. Generalmente se asocia a procesos concurrentes habitualmente banales (por ej. infecciones respiratorias), pero también puede ser señal de alarma de procesos graves (por ej. meningitis o procesos que cursen con hipertensión intracraneal). Su curso puede ser agudo, recurrente o crónico. La mayoría de las cefaleas del niño y del adolescente son tratadas por los pediatras de Atención Primaria o, en casos más específicos, recurrentes o graves, por los expertos en neuropediatría. Sólo en algunos casos se solicita la intervención del psiquiatra infantil.

Aunque existen numerosas clasificaciones de las cefaleas, resulta de gran utilidad clínica la propuesta por Rothner (2), que las divide en cuatro grandes grupos:

- 1.- Cefalea aguda: infecciones (generales, localizadas en estructuras cercanas o del SNC), hemorragias intracraneales, hidrocefalia aguda y otras.
- 2.- Cefalea aguda recurrente: cefalea tensional, migraña, hidrocefalia intermitente, cefalea benigna por ejercicio y tos, neuralgia del trigémino, hemicránea paroxística crónica, feocromocitoma, cefalea punzante aguda idiopática y cefalea en brotes.
- 3.- Cefalea crónica no progresiva: cefalea tensional crónica, por abuso de analgésicos, por Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño y por colapso ventricular por válvula hiperfuncionante.
- 4.- Cefalea progresiva: procesos expansivos intracraneales e hidrocefalia/derivación ventrículo-peritoneal.

La **cefalea tensional crónica** es el prototipo de cefalea crónica no progresiva y es, con mucho, el tipo en el que se solicita con más frecuencia la intervención del psiquiatra infantil. Nos referiremos a ella de aquí en adelante.

La cefalea tensional se define como un dolor de cabeza difuso, de distribución simétrica, con sensación de opresión en banda y constante (aunque en ocasiones se presenta de manera parcialmente pulsátil) (3). No suele acompañarse de náuseas ni vómitos, aunque la fatiga y el mareo son comunes. Pueden cursar con vértigo y

visión borrosa (3). Aunque con menor frecuencia que en la migraña, puede cursar con fotofobia y sonofobia. No son infrecuentes las cefaleas mixtas (4), en las que se superponen cefaleas migrañosas (que son el tipo de cefaleas más frecuentes en la infancia) (3) con cefaleas tensionales, lo que, evidentemente, dificulta el diagnóstico (5). Los criterios diagnósticos de la cefalea tensional crónica elaborados por la Internacional Headache Society (IHS) se detallan en la Tabla 2.

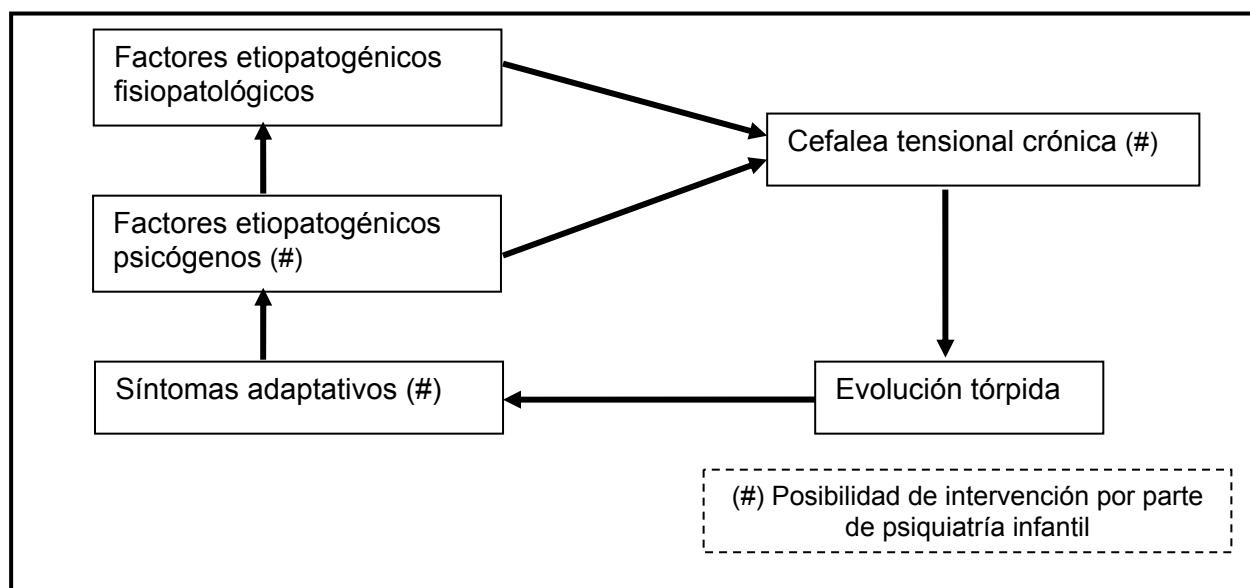
Los datos sobre prevalencia de la cefalea tensional no son homogéneos. Las cifras varían según los criterios diagnósticos aplicados, oscilando entre el 0.9% (6) y el 26% (7). Suele comenzar hacia los cinco años, aunque puede presentarse con anterioridad. Su frecuencia aumenta a los 12 años de edad, siendo a partir de entonces más frecuente en chicas (8, 9). La cefalea de inicio en la adolescencia frecuentemente cambia sus características clínicas a lo largo de su evolución, siendo más frecuente su mejoría en varones. En estudios de seguimiento a largo plazo se ha asociado la presencia de comorbilidad psiquiátrica en el inicio del cuadro con un peor pronóstico del curso de la cefalea (10). Aunque el mecanismo fisiopatológico del dolor no está definitivamente establecido (contracción muscular prolongada, vasoconstricción e isquemia, alteraciones en el sistema neuro-vascular del trigémino y alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica) (11), la participación de factores psicógenos está claramente establecida.

Como hemos dicho, la mayoría de las cefaleas del niño y del adolescente son tratadas por los pediatras de Atención Primaria o, en casos más específicos, recurrentes o graves, por los especialistas en neuropediatría. Sólo en determinados casos se solicita la intervención del psiquiatra infantil obedeciendo, generalmente, a dos grandes motivos:

1.- cefaleas de evolución crónica y tórpida que ocasionan síntomas adaptativos (ansiosos, depresivos, conductuales,...) derivados de las molestias y limitaciones (faltas a clase, por ejemplo) que la cefalea impone al niño. En estos casos, es muy frecuente que los niños hayan sido valorados previamente por diferentes especialistas, hayan sido sometidos a una mayor o menor cantidad de pruebas complementarias con resultados negativos y hayan presentado, en general, una escasa respuesta a los tratamientos prescritos.

2.- cefaleas en las que se infiere la existencia de factores psicológicos que pudieran ser relevantes en la etiología (16), expresión y cronificación de su clínica y/o para su tratamiento.

En la práctica habitual es muy frecuente que ambos motivos de consulta se hallen presentes de manera simultánea e interactuando entre sí.



Si en muchos trastornos psiquiátricos infantiles todavía es necesaria la unificación de criterios, aún lo es más en el tema que nos ocupa. Existen algunas diferencias entre los dos grandes sistemas de clasificación habitualmente utilizados (DSM y CIE). La DSM-IV-TR permite la ubicación de la cefalea tensional en el “Trastorno por dolor” y, dentro de éste, en el subtipo “Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y enfermedad médica” (codificando la enfermedad médica asociada en el Eje III), si se considera que tanto los factores psicológicos como las enfermedades médicas desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (12, 13). Igualmente permite su clasificación dentro del apartado de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica”, en “Factores psicológicos que afectan al estado físico” (Tabla 2), debiendo especificarse la naturaleza de dichos factores psicológicos (Trastorno mental, Síntomas psicológicos, Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento, Comportamientos desadaptativos, Respuesta fisiológica relacionada con el estrés u Otros factores). Como en el caso anterior, se debe codificar la enfermedad médica asociada en el Eje III (12, 14).

Por su parte, la CIE 10, en su propuesta de Clasificación Multiaxial para niños y adolescentes, excluye específicamente la cefalea tensional del “Trastorno por dolor persistente somatomorfo” (F45.4) (15). Sólo permite la clasificación de lo que denomina “cefalea psicógena” en el apartado de “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar” (F54),

debiendo codificarse la cefalea tensional en el Eje IV (Condiciones Médicas) con su código correspondiente (G44.2) (15).

TABLA 1.- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN

1.- Signos y síntomas de derivación desde los Servicios de Pediatría / Neuropediatría a los Servicios de Psiquiatría Infantil:

En aquellos casos de Cefaleas Tensionales Crónicas, definidas según los Criterios Diagnósticos de la IHS, en los que se detecten factores y alteraciones psicopatológicas que se consideren relevantes en el origen, mantenimiento, patoplastia y planificación terapéutica de la cefalea. Estos factores podrían agruparse en tres grandes categorías no excluyentes entre sí:

- 1.1.- Rasgos de personalidad/estilos de afrontamiento peculiares: niños ansiosos, sensibles, ordenados, perfeccionistas, autoexigentes y vulnerables (16).
- 1.2.- Alteraciones psicopatológicas primarias (trastornos bien definidos como tales o síntomas afectivos, ansiosos, conductuales,...) que puedan ser relacionados con el origen de la cefalea o que aparezcan como consecuencia de la cefalea y que, a su vez, actúen como factores mantenedores de la misma.
- 1.3.- Disfunciones familiares relevantes u otros estresantes ambientales relacionados con el origen y/o mantenimiento de la cefalea.

2.- Signos y síntomas de derivación desde los Servicios de Psiquiatría Infantil a los Servicios de Pediatría / Neuropediatría:

En aquellos casos en los que se detectaran signos de alarma de cefalea orgánica (3):

Referidos: cambio de las características de la cefalea previa, inicio reciente, interfiere con el sueño, matutina diaria, vómitos sin causa (sobre todo matutinos), crisis epilépticas, cambio de carácter, disminución del rendimiento escolar, retraso estado-ponderal, edad inferior a los cinco años, síntomas neurológicos, cefalea persistente localizada.

Recogidos: signos neurológicos anormales, síntomas visuales persistentes, edema de papila, manchas hipocrómicas o café con leche, fiebre/signos meníngeos, macrocefalia.

TABLA 2.- PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO (12)

A.- Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III).

B.- Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

- Los factores han influido en el curso de la enfermedad médica, como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o en el retraso de su recuperación
- Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
- Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona
- Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

Escoger nombre basándose en la naturaleza de los factores psicológicos (si hay más de un factor, indicar el más prominente):

- Trastorno mental que afecta a ... (indicar enfermedad médica)
- Síntomas psicológicos que afectan a ... (indicar enfermedad médica)
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afecta a ... (indicar enfermedad médica)
- Comportamientos desadaptativos que afectan a ... (indicar enfermedad médica)
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a ... (indicar enfermedad médica)
- Otros factores psicológicos no especificados que afectan a ... (indicar enfermedad médica)

CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA: Criterios Diagnósticos de la IHS (17)

- Frecuencia promedio de cefaleas mayor de 15 por mes durante más de 6 meses
- Características obligadas:
 - Ausencia de vómitos
 - No más de uno de los siguientes síntomas: náuseas, fotofobia o sonofobia
- Características (2 de 4):
 - Opresiva/en banda (no pulsátil)
 - Intensidad leve o moderada
 - Localización bilateral
 - No agravada por la actividad física

TABLA 3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (12)

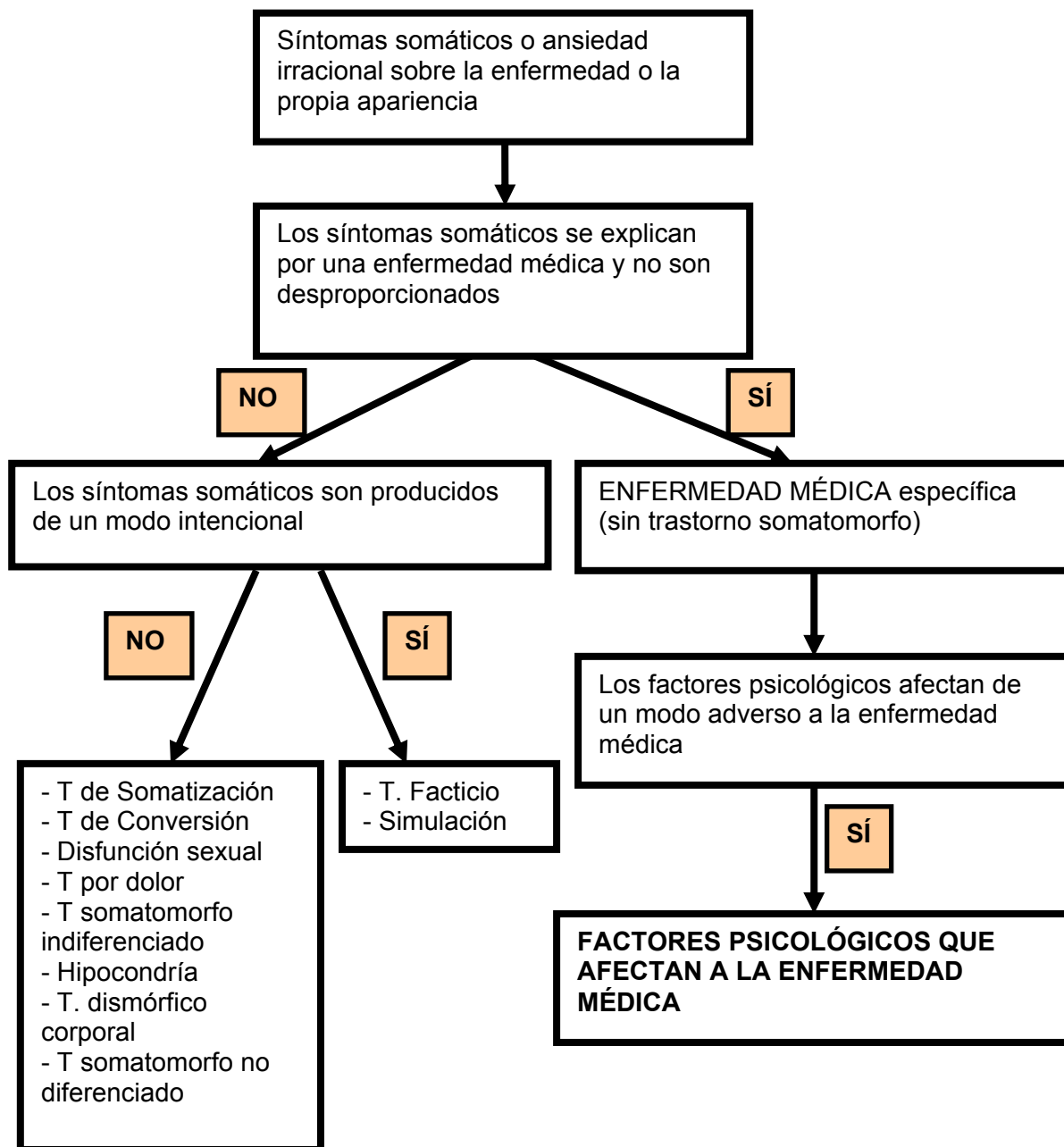


TABLA 4.- ALGORITMO TERAPÉUTICO

En general, salvo para el tratamiento de los episodios agudos de cefalea, existen pocos estudios sobre el tratamiento de la cefalea tensional en niños. Gran parte de las recomendaciones presentes en la literatura se derivan de la aplicación de los procedimientos terapéuticos utilizados en la población adulta.

Planificación del tratamiento:

1. Tratamiento de las crisis
2. Tratamiento preventivo
3. Tratamiento de la sintomatología asociada

1.- Tratamiento de las crisis:

Analgésicos simples (paracetamol, ibuprofeno, naproxeno) (3)

2.- Tratamiento preventivo:

No existen evidencias de la superioridad de uno u otro procedimientos. De hecho, frecuentemente se recomienda su utilización conjunta. En lo que sí existe consenso general es en la necesidad de aplicar medidas psicológicas como profilaxis.

A.- Tratamiento farmacológico

Se recomienda utilizar amitriptilina, habitualmente a dosis bajas, entre 10-50 mgrs/día. Raramente se precisan dosis superiores a 75 mgrs o 3 mgrs/kg/día (18, 19, 20).

B.- Tratamiento psicológico:

- psicoterapia cognitivo-conductual (21)
- técnicas de relajación (20, 22)
- biofeed-back (22, 23)
- abordaje y psicoterapia de los rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento que con frecuencia presentan estos niños (16)

3.- Tratamiento de los síntomas asociados de carácter adaptativo (depresivos, ansiosos, conductuales,...) si presentan una relevancia clínica significativa, según sus respectivos protocolos terapéuticos. Estos síntomas son frecuentes y se derivan de las molestias y limitaciones (interrupción de actividades cotidianas, ocio, asistencia a clase,...) que ocasiona la cefalea. En este sentido, suele ser necesaria una intervención familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Scheller, JM. The history, epidemiology, and classification of headaches in childhood. *Semin Pediatr Neurol* 1995; 2: 102.
- 2.- Rothner AD: Cefaleas. En: Swaiman KF (ed): *Neurología pediátrica*, vol. 1. Mosby, 1.996: 225-32.
- 3.- Camino R et al: Cefaleas, en Pérez-Navero JL y Camino R (eds): *Urgencias neuropediátricas*. Ergon, 2.005: 1-14.
- 4.- Seshia SS: Mixed migraine and tension-type: a common cause of recurrent headache in children. *Can J Neuro Sci*. 2004 Aug; 31 (3): 315-8.
- 5.- Zebenholzer, K, Wober, C, Kienbacher, C, Wober-Bingol, C. Migrainous disorder and headache of the tension-type not fulfilling the criteria: a follow-up study in children and adolescents. *Cephalalgia* 2000; 20: 611.
- 6.- Abu-Arefeh, I, Russell, G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994; 309:765.
- 7.- Sillanpaa, M, Piekkala, P. Prevalence of migraine and other headaches in early puberty. *Scand J Prim Health Care* 1984; 2: 27.
- 8.- Linet, MS, Stewart, WF, Celentano, DD, et al. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261: 2211.
- 9.- van der Wouden et al: Headache in adolescents in Dutch general practice. *Funct Neurol* 2000; 15 Suppl 3: 130.
- 10.- Guidetti, V, Galli, F. Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia* 1998; 18: 449.
- 11.- Bartleson, JD. Transient and persistent neurological manifestations of migraine. *Stroke* 1984; 15: 383.
- 12.- DSM IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, 2.002.
- 13.- Kaplan-Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Trastorno por dolor: 655-8. Waverly Hispánica SA, 2.004.
- 14.- Kaplan-Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Factores psicológicos que inciden en enfermedades médicas y medicina psicosomática: 822-50. Waverly Hispánica SA, 2.004.
- 15.- Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Panamericana, 2011; pp 116 y 136.
- 16.- De Dios JL: Trastornos somatomorfos, en Gutiérrez Jr y Rey F (coords): *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. SmithKline Beecham 2000.
- 17.- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.
- 18.- Holroyd, KA et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 2208.
- 19.- Tomkins, GE et al. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis (1). *Am J Med* 2001; 111: 54.
- 20.- Grazi L et al: Pharmacological behavioural treatment for children and adolescents with tension-type headache: preliminary data. *Neurol Sci*. 2004 Oct; 25, Suppl 3: S270-1.
- 21.- Penzien DB et al: Behavioral interventions for tension-type headache: overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache.
- 22.- Bussone, G et al. Biofeedback-assisted relaxation training for young adolescents with tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia* 1998; 18: 463.
- 23.- Arndorfer, RE, Allen, KD. Extending the efficacy of a thermal biofeedback treatment package to the management of tension-type headaches in children. *Headache* 2001; 41: 183.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Antilla P: Tension-type headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep.* 2004 Dec; 8 (6): 500-504.
2. Camino R et al: Cefaleas, en Pérez-Navero JL y Camino R (eds): *Urgencias neuropediátricas.* Ergon, 2.005: 1-14.
3. De Dios JL: Trastornos somatomorfos, en Gutiérrez Jr y Rey F (coords): *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente.* SmithKline Beecham 2000.
4. Rufo-Campos M: Tratamiento preventivo de las cefaleas. *Rev Neurol* 2001; 33 (3): 230-237.
5. Wober C et al: Clinical management of young patients presenting with headache. *Funct Neurol.* 2000; 15 Suppl 3: 89-105.