



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cefaleas en la adolescencia

Adriana Rocha Brito¹

Palabras-claves:

adolescentes,
cefalea,
trastornos de jaqueca.

Resumen

Cefalea es una de las quejas más comunes en la adolescencia y se puede presentar como una condición que incapacita, causando perjuicio sustancial en la calidad de vida de los individuos acometidos. La anamnesis cuidadosa y el examen físico detallado son esenciales para el diagnóstico correcto del tipo de cefalea. Se necesita diferenciar entre etiología primaria y sintomática, pues, en este caso, la conducta se dirige a la causa secundaria. La jaqueca y la cefalea del tipo tensión son cefaleas primarias y son las causas más frecuentes de queja de dolor de cabeza en los adolescentes. El tratamiento del adolescente con queja de dolor de cabeza recurrente o crónico debe tener el objetivo de reducir la frecuencia y la intensidad de las crisis, mejorando la calidad de vida de esos jóvenes. Todo adolescente con queja de cefalea debe ser acompañado cuidadosamente, especialmente aquellos que usan medicamentos profilácticos, buscando la seguridad del tratamiento suministrado. Este artículo busca contemplar importantes aspectos de la cefalea en los adolescentes.

¹ Neuropediatra y Profesora Adjunta de Pediatría de la Universidad Federal Fluminense.

Dirección:

Adriana Rocha Brito.

Hospital Universitário Antônio Pedro Departamento Materno-Infantil. Rua Marquês do Paraná, 303, Centro, Niterói, RJ, Brasil, CEP: 24033-900.

INTRODUCCIÓN

Cefalea es una de las quejas más prevalentes entre los adolescentes y se puede presentar como una condición que incapacita, causando perjuicio sustancial en la calidad de vida de los individuos acometidos.

Un análisis de estudios epidemiológicos realizados en los últimos 25 años en niños y adolescentes mostró que la prevalencia media global estimada de dolor de cabeza fue el 54,4% y la de la jaqueca fue del 9,1%¹.

La evaluación de 411 publicaciones sobre prevalencia de las cefaleas en la adolescencia relató que la misma crece con el aumento de la edad y que desde el 66 al 71% de los adolescentes entre 12 y 15 años de edad tienen al menos un episodio de cefalea cada tres meses, y desde el 33 al 40% tienen al menos uno por semana².

CAUSAS Y CLASIFICACIÓN

Hay más de 200 tipos de cefalea descritos en la Clasificación Internacional de las Cefaleas publicada por la Sociedad Internacional de Cefalea en 2013³. La anamnesis cuidadosa y examen físico detallado son esenciales para el diagnóstico correcto. En la anamnesis debemos conocer la duración de la queja, la frecuencia y duración del dolor, su localización, el tipo y la intensidad, los síntomas asociados, el historial familiar y los factores precipitantes y de alivio. El examen físico minucioso debe evaluar la posibilidad de una enfermedad sistémica y el examen neurológico es fundamental para excluir señales de irritación meníngea, señales neurológicas de localización o de hipertensión intracraneal.

La cefalea en adolescentes puede tener muchas causas, siendo relevante definir si estamos ante la cefalea primaria o sintomática, esta última secundaria a patologías definidas⁴. Las principales causas secundarias son infección del sistema nervoso central, infección sistémica, trauma craneano, hipertensión intracraneal, hemorragia, trombosis y embolia, neoplasia intracraneal, enfermedad intracraneal inflamatoria no infecciosa, cefalea atribuida al uso de una sustancia como alcohol, cocaína, alimentos y/o aditivos (como glutamato monosódico), uso excesivo de analgésicos o todavía la privación de cafeína o de alguna sustancia de uso crónico, la hipertensión arterial, el ayuno, además de disturbios en el cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes y boca³. No se observó ninguna asociación consistente entre el uso frecuente de aparatos electrónicos, extremadamente común en los adolescentes hoy día, y la prevalencia de los diversos tipos de cefalea⁵.

Las indicaciones para realización de examen de imagen son^{4,6}: cefalea grave de inicio reciente, aumento en la frecuencia y en la intensidad del dolor a lo largo del tiempo, cefalea que despierta al joven de madrugada o por la mañana, cefalea occipital, cefalea persistentemente unilateral, disfunción neurológica, examen neurológico alterado, coexistencia de crisis convulsivas, cambio de personalidad o problemas de

comportamiento reciente y cambio en la característica del dolor en paciente previamente diagnosticado con cefalea primaria.

Se recomienda al paciente que llene un diario, en el cual registre las principales características de cada episodio de dolor, permitiendo una evaluación más rigurosa de los síntomas presentados.

La jaqueca y la cefalea del tipo tensión son cefaleas primarias y las causas más frecuentes de queja de dolor de cabeza en los adolescentes.

La jaqueca es un tipo recurrente de cefalea y se clasifica en jaqueca común, con aura, crónica (aparece en ≥ 15 días por mes durante > 3 meses) y probable (carece de una característica para llenar todos los criterios de los subtipos anteriores). La jaqueca común exige la presencia de al menos 5 episodios de dolor con duración entre 2 y 72 horas y la presencia de 2 de las 4 características: localización unilateral, pulsátil, dolor moderado o grave o ser agravada por actividad física de rutina. Hay la asociación con náuseas y/o vómitos y/o fotofobia y fonofobia. Es importante recordar que la jaqueca en adolescentes es más frecuentemente bilateral, comparada a los adultos. En general, la cefalea unilateral surge al final de la adolescencia³. La jaqueca sin aura muchas veces tiene relación con la menstruación⁷.

Para el diagnóstico de la jaqueca con aura es necesaria la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas reversibles: visual (es lo más común), sensitivo, habla y/o lenguaje, motor, de tronco cerebral y retiniano, y al menos 2 de las 4 características: por lo menos un síntoma de aura alastrando gradualmente en 5 o más minutos y/o 2 o más síntomas que aparecen sucesivamente, cada aura individual durando de 5 a 60 minutos, al menos un síntoma de aura siendo unilateral y el aura es acompañada o seguida en 60 minutos por cefalea³.

La cefalea tipo tensión se divide actualmente en episódica poco frecuente (un mínimo de 10 episodios ocurriendo < 1 día por mes en promedio $\rightarrow < 12$ días por año), episódica frecuente (un mínimo de 10 episodios ocurriendo en 1 a 14 días en promedio, por > 3 meses $\rightarrow \geq 12$ días y < 180 días por año), crónica (ocurre en un periodo ≥ 15 días por mes en promedio, por > 3 meses $\rightarrow \geq 180$ días por año) y probable (en que falta una de las características necesarias para cumplir todos los criterios de uno de los subtipos anteriores), pudiendo estar asociada o no a aumento de la sensibilidad dolorosa pericraneal a la palpación manual. Las cefaleas episódicas duran de 30 minutos a 7 días, mientras la crónica dura horas o días, pudiendo ser continua.

Son necesarias al menos 2 de las 4 características para diagnóstico de cefalea tipo tensión: localización bilateral, sensación de presión o en apriete, intensidad ligera o moderada y no ser agravada por la actividad física de rutina. No hay presencia de náusea (excepto el tipo crónico que puede cursar con náuseas ligeras) y/o vómitos, pero puede estar presente fotofobia o fonofobia³.

Es importante alertar que en los niños y adolescentes las cefaleas primarias (jaqueca, cefalea tipo tensión episódica y, fundamentalmente, la cefalea tipo tensión crónica) son frecuentemente comórbidas a una serie de condiciones psiquiátricas, como disturbios del sueño, ansiedad y depresión, problemas de comportamiento, del aprendizaje, el trastorno del déficit de atención e hiperactividad, tics, que, si presentes, se deben tratar adecuadamente^{3,8}.

TRATAMIENTO

El tratamiento del adolescente con cefalea crónica o recurrente debe buscar la reducción de la frecuencia y de la intensidad de las crisis, con influencia benéfica en la calidad de vida de esos jóvenes.

El tratamiento de la cefalea secundaria debe ser dirigido a su causa de base.

El abordaje de la cefalea primaria⁹ debe tener en cuenta la identificación de factores desencadenantes, el tratamiento del dolor agudo y el uso de medicaciones preventivas, a pesar de que ni todos los pacientes necesitan de terapia farmacológica.

Los principales factores desencadenantes son ansiedad, depresión, fiebre, privación del sueño, saltar comidas, siendo así recomendado cambio en el estilo de vida, cuando necesario¹⁰.

Al momento del dolor se recomienda que el paciente se acueste en un ambiente quieto y oscuro e intente dormir, pues el sueño es el tratamiento más potente contra la jaqueca. Para el tratamiento sintomático, son prescritos analgésicos comunes como acetaminofeno, antiinflamatorios no esteroideos como ibuprofeno, las ergotaminas y los triptanos¹⁰. Evidencias a partir de estudios realizados en adolescentes sugieren que algunos triptanes son eficaces en el tratamiento de ataques de jaqueca aguda, como el sumatriptán, el zolmitriptán, el rizatriptán y el almotriptán^{6,11}.

Es preciso recordar que el uso excesivo de analgésicos puede conllevar la cefalea por abuso medicamentoso³ y el paciente debe ser informado en este sentido. Se debe considerar el uso de medicamento profiláctico cuando el adolescente presente más que 6 episodios al mes¹², ante cefaleas prolongadas y jaqueca que incapacita, que no responda adecuadamente a otros tratamientos¹⁰. Los medicamentos preventivos incluyen: bloqueadores de los canales de calcio (flunarizina), antihipertensivos (propranolol), antidepresivos (amitriptilina), antiépiléptico (valproato de sodio, topiramato y levetiracetam). La elección del medicamento debe tener en cuenta la presencia de comorbilidades asociadas¹³. Al iniciar tratamiento profiláctico, reevaluar su necesidad en intervalos de 6 a 12 meses¹⁴.

En la cefalea tensional es muy importante evaluar la presencia simultánea de ansiedad, depresión y estresores psicosociales. El abordaje terapéutico implica psicoterapia

y uso de medicamentos como acetaminofeno, ibuprofeno, relajantes musculares, ansiolíticos y antidepresivos.

Tratamientos no farmacológicos como *biofeedback* y técnicas de relajamiento^{15,16}, además de la terapia cognitivocomportamental¹⁶, son bastante útiles, principalmente en los adolescentes¹⁵ jaquecosos y con cefalea de tensión¹².

Los adolescentes con queja de cefalea deben ser acompañados cuidadosamente, especialmente aquellos en uso de medicamentos buscando la seguridad del tratamiento suministrado.

REFERENCIAS

1. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(6):341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0341-z>
2. Straube A, Heinen F, Ebinger F, von Kries R. Headache in school children: prevalence and risk factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(48):811-8. PMID: 24333367
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013;33(9):629-808. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0333102413485658>
4. Roser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: a frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics.* 2013;44(1):34-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332743>
5. Milde-Busch A, von Kries R, Thomas S, Heinrich S, Straube A, Radon K. The association between use of electronic media and prevalence of headache in adolescents: results from a population-based cross-sectional study. *BMC Neurol.* 2010;10:12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2377-10-12>
6. Swaiman K, Ashwal S, Ferriero DM, Schor NF. *Swaiman's Pediatric Neurology: Principles & Practice.* 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p.880-99.
7. Hershey AD. Perimenstrual headache in adolescence. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(5):474-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0288-5>
8. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, et al. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain.* 2013;14:79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1129-2377-14-79>
9. Bonfert M, Straube A, Schroeder AS, Reilich P, Ebinger F, Heinen F. Primary headache in children and adolescents: update on pharmacotherapy of migraine and tension-type headache. *Neuropediatrics.* 2013;44(1):3-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330856>
10. Matarese CA, Mack KJ. Management considerations in the treatment of migraine in adolescents. *Adolesc Health Med Ther.* 2010;1:21-30.
11. Evers S. The efficacy of triptans in childhood and adolescence migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(7):342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0342-y>
12. Termine C, Ozge A, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: therapeutic management. *J Headache Pain.* 2011;12(1):25-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10194-010-0256-6>
13. Kacperski J, Hershey AD. Preventive drugs in childhood and adolescent migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(6):422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-014-0422-7>
14. Aquino JHW, Fortes FM. Cefaleias na adolescência. *Adolesc Saude.* 2009;6(3):35-40.
15. Sartory G, Müller B, Metsch J, Pothmann R. A comparison of psychological and pharmacological treatment of pediatric migraine. *Behav Res Ther.* 1998;36(12):1155-70. PMID: 9745800 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00081-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00081-3)
16. Clinical answers: are nonpharmacological interventions for migraine effective in children and adolescents? *Evid Based Child Health.* 2013;8(3):754-8.