

ORIGINAL

Cefalea en jóvenes: características clínicas en una serie de 651 casos



M.I. Pedraza Hueso, M. Ruíz Piñero, E. Martínez Velasco, A. Juanatey García y A.L. Guerrero Peral*

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 24 de agosto de 2016; aceptado el 31 de octubre de 2016

Accesible en línea el 10 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Cefaleas primarias;
Cefaleas secundarias;
Jóvenes;
Migraña

Resumen

Introducción: La cefalea produce un impacto negativo sobre la calidad de vida de los jóvenes. Nuestro objetivo es analizar las características de esta población en una consulta monográfica de cefaleas (CMC) y evaluar la carga de las diferentes cefaleas codificadas según la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC).

Métodos: Durante un período de 6 años y medio, se han registrado los pacientes de edades entre los 14 y los 25 años atendidos en la CMC recogiendo de cada uno de ellos el sexo, pruebas complementarias y tratamiento utilizado previamente. Se llevó a cabo la comparación de las características de esta población con la de mayores de 25 años.

Resultados: Seiscientos cincuenta y un pacientes de entre 14 y 25 años fueron atendidos durante el período de inclusión; el 95,6% había recibido tratamiento sintomático y el 30,1% tratamiento preventivo. Setecientos cincuenta y cinco cefaleas fueron registradas, 80 fueron cefaleas secundarias, la mayoría codificadas en el grupo 8. El 77,2% de ellas fueron incluidas en el grupo 1, el 3,1% en el grupo 2, el 1,2% en el grupo 3 y el 5% en el grupo 4. El 0,6% de ellas fueron clasificadas en el grupo 13 y el 0,9% en el grupo 14. En 449 pacientes la puntuación del *Headache Impact Test* (HIT-6) mostró al menos un impacto moderado sobre la calidad de vida.

Conclusión: La mayoría de las cefaleas en jóvenes podrían ser codificadas de acuerdo con los criterios de la CIC. La migraña fue el diagnóstico más frecuente. Aunque la cefalea fue comúnmente asociada con impacto negativo en la calidad de vida, los tratamientos preventivos no fueron utilizados extensamente antes de ser derivados a la CMC.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gueneurol@gmail.com (A.L. Guerrero Peral).

KEYWORDS

Adolescents;
Primary headaches;
Secondary
headaches;
Young patients;
Migraine

Headache in young patients: Clinical characteristics of a series of 651 cases**Abstract**

Introduction: Headache has a negative impact on health-related quality of life in young patients. We aim to analyse the characteristics of a series of young patients visiting a headache clinic and estimate the burden of different types of headaches listed by the International Classification of Headache Disorders (ICHD).

Methods: We prospectively recruited patients aged 14 to 25 years who were treated at our clinic during a period of 6.5 years. We recorded each patient's sex, complementary test results, and previous treatment. We subsequently compared the characteristics of our sample to those of patients older than 25.

Results: During the study period, we treated 651 patients aged 14 to 25 years; 95.6% had received symptomatic treatment, and 30.1% had received preventive treatment. A total of 755 headaches were recorded. Only 80 were secondary headaches, most of which were included in Group 8; 77.2% were included in Group 1, 3.1% in Group 2, 1.2% in Group 3, 5% in Group 4, 0.6% in Group 13, and 0.9% in Group 14. According to Headache Impact Test (HIT-6) scores, headache had at least a moderate impact on the quality of life of 449 patients.

Conclusion: Most headaches in young patients can be classified according to ICHD criteria. Migraine was the most frequent diagnosis in our sample. Although headache was commonly associated with a negative impact on quality of life, most patients had received little preventive treatment before being referred to our clinic.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las cefaleas son una causa frecuente de quejas somáticas y un motivo de consulta médica habitual entre adolescentes y adultos jóvenes. Los tipos de cefalea descritos con más frecuencia en esta población son la migraña y la cefalea tensional^{1,2}. Es importante llegar a un diagnóstico correcto y lograr un manejo apropiado, ya que la cefalea en este grupo etario produce un impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto desde el punto de vista físico y mental, como social.

Estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, ansiedad y depresión, y pueden presentar una alteración de las relaciones con la familia y con los amigos, un aumento del absentismo escolar y un menor rendimiento académico³⁻⁵.

Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes jóvenes (entre 14 y 25 años de edad), atendidos en una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario. Además, pretendemos evaluar la presencia de cada tipo de cefalea codificada de acuerdo con los criterios de Clasificación Internacional de Cefaleas, en sus segunda y tercera ediciones (CIC-2 y CIC-3)^{6,7}.

Métodos

Durante un período de 6 años y medio, desde enero del 2008 hasta julio del 2016, se ha registrado de forma prospectiva a los pacientes con edades comprendidas entre los 14 y los 25 años atendidos en dicha Unidad. Debido a la organización de

nuestro sistema de salud, solamente son referidos a nuestra consulta pacientes mayores de 14 años, en la mayoría de las ocasiones desde el médico de Atención Primaria.

En cada paciente se han registrado las características demográficas (edad y sexo), la edad en la que se inició la cefalea, quién derivó al paciente, la necesidad de realización de pruebas complementarias durante el proceso diagnóstico en nuestra consulta y los tratamientos empleados con anterioridad a la derivación, tanto sintomáticos como preventivos.

Todas las cefaleas fueron codificadas de acuerdo con los criterios de la CIC-2, o de la CIC-3 después de la publicación de esta última; en las entidades que cambiaron sus criterios diagnósticos o su localización en la clasificación en el tránsito entre ambas ediciones, se reconsideró el diagnóstico adaptándolo a la CIC-3. Cuando un paciente cumplía criterios para más de un subtipo de cefalea, todas ellas eran registradas y codificadas.

Nosotros evaluamos el impacto negativo de la cefalea sobre la calidad de vida mediante el *headache impact test* (HIT-6)⁸.

Finalmente, comparamos los pacientes de entre 14 y 25 años (grupo 1) con aquellos mayores de 25 años atendidos en la misma Unidad de Cefaleas durante el período de inclusión (grupo 2).

Resultados

Incluimos a 651 pacientes (14,4%, 171 hombres y 480 mujeres) en el grupo 1 y 3.865 (85,6%, 1.013 hombres y 2.852 mujeres) en el grupo 2.

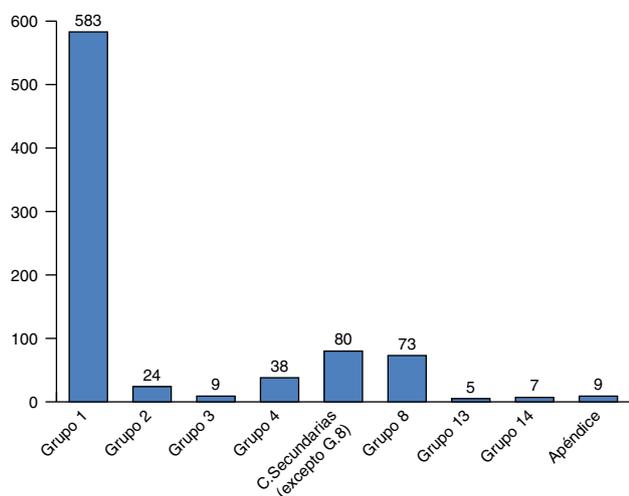


Figura 1 Cefaleas en jóvenes.

Entre los pacientes jóvenes, 399 (61,3%) fueron referidos desde atención primaria; 623 (95,6%) habían recibido previamente al menos un tratamiento sintomático, pero solo 196 (30,1%) habían usado fármacos preventivos, siendo los más empleados los betabloqueantes (39,8%) y los antagonistas de los canales de calcio (38,4%); por el contrario, entre la población de mayores, los preventivos más utilizados fueron los antidepresivos (46,2%) y los neuromoduladores (39%). En 463 casos (71,1%) no se requirió la realización de exploraciones complementarias durante el proceso diagnóstico en nuestra consulta.

En estos 651 pacientes se codificaron un total de 755 cefaleas. Entre ellas, 654 (86,6%) correspondían a cefaleas primarias (del grupo 1 al 4 de la CIC) y 80 (10,5%) a cefaleas secundarias (del grupo 5 al 12). Un total de 5 (0,6%) se incluyó en el grupo 13 (neuropatías craneales dolorosas), 7 (0,9%) en el grupo 14 (otras cefaleas) y 9 (1,1%) en el apéndice de la CIC. Los porcentajes de cada grupo se muestran en la figura 1.

Respecto a las cefaleas primarias, 583 (77,2% del total) fueron incluidas en el grupo 1 (migraña); llama la atención que entre los pacientes migrañosos jóvenes, 157 (26,9%) cumplían criterios diagnósticos de migraña crónica, en 73 de ellos con uso excesivo de medicación sintomática. En 94 casos (16,1%) la migraña se asociaba, al menos ocasionalmente, a algún tipo de aura.

Únicamente 24 cefaleas (3,1%) se codificaron dentro del grupo 2 (cefalea tensional), 9 (1,2%) en el grupo 3 (cefaleas trigémino-autonómicas) y 38 (5%) en el grupo 4 (otras cefaleas primarias). Desglosando estos datos, dentro de las cefaleas tensionales, 9 (37,5%) cumplían criterios de cefalea tensional crónica, 13 (54,2%) de cefalea tensional episódica frecuente y solo en 2 casos (8,3%) cefalea tensional episódica infrecuente. Dentro de las 9 cefaleas trigémino-autonómicas, 4 correspondían a cefalea en racimos y 4 a hemicránea continua. Finalmente, dentro del grupo de otras cefaleas primarias, las más representadas fueron la cefalea punzante primaria (22 casos) y la cefalea numular (14 pacientes)

Las cefaleas secundarias fueron menos frecuentes en nuestra serie y la mayoría de ellas (72, 9,5%) fueron incluidas

Tabla 1 Características de los pacientes del grupo 1 y 2

	Grupo 1 (14-25 años)	Grupo 2 (> 25 años)
Número de pacientes	651 (14,4%)	3.865 (85,6%)
Mujeres	480 (73%)	2.852 (73%)
Derivados desde	399 (61,3%)	2.598 (67,2%)
Atención Primaria		
No requirieron	463 (71,1%)	2.530 (65,4%)
exploraciones		
complementarias		
Tratamiento	196 (30,1%)	2.357 (60,9%)
preventivo		
Tratamiento	623 (95,6%)	3.670 (94,9%)
sintomático		
HIT-6 > 55 puntos	449 (68,9%)	3.396 (87,8%)

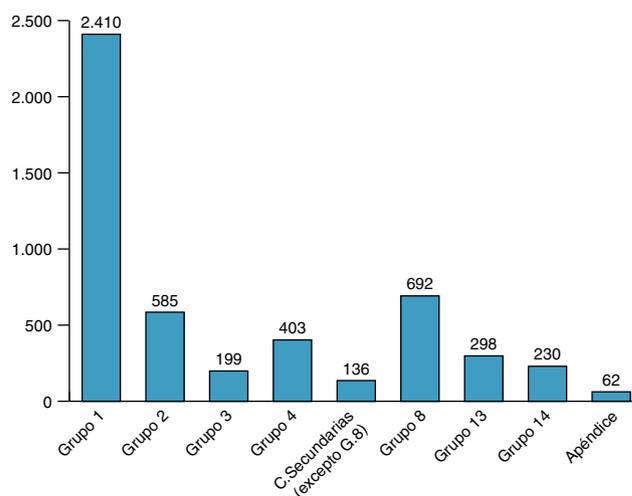


Figura 2 Cefaleas en mayores.

en el grupo 8 (cefalea atribuida al consumo de sustancias o a su retirada).

Respecto al impacto que producen las cefaleas sobre la calidad de vida, fue al menos moderado (HIT-6 > 55) en 449 pacientes (68,9%).

Las comparaciones entre las características de los pacientes de los grupos 1 y 2 así como entre sus cefaleas se muestran en la tabla 1 y la figura 2.

Discusión

La prevalencia de la cefalea en la gente joven aumenta en relación con la edad^{9,10}. En la literatura se pueden encontrar datos referidos a la cefalea en el colegio, en la adolescencia o en estudiantes universitarios, pero no sobre este grupo etario en general. Esta población frecuentemente presenta dolor con diferentes características que los adultos. Por ejemplo, la cefalea ocurre con más frecuencia por la mañana en relación con las actividades académicas y su duración es más breve. Los ataques tienen lugar con una frecuencia más alta pero de menor intensidad y muchos de los pacientes

pueden presentar remisiones espontáneas, sin precisar de tratamiento sintomático¹¹⁻¹³. Estas especiales características hacen difícil la aplicación de la CIC y, por ello, el llevar a cabo un buen diagnóstico del tipo de cefalea y un correcto manejo de la misma^{6,7}.

Estudios previos que evaluaban el impacto de la cefalea en gente joven mostraban que esta disminuye de forma considerable la calidad de vida de estos pacientes y la capacidad de relación con sus padres y compañeros. Las cefaleas podían ser, por tanto, un factor predisponente para enfermedades físicas y mentales^{2,3,5,12,13-17}. En esta importante etapa de la vida, estos pacientes presentan un mayor absentismo en el instituto o en la universidad, llevando a un menor rendimiento intelectual y, por lo tanto, a una peor formación académica^{4,5}. Nuestro resultados muestran que el porcentaje de pacientes con un impacto al menos moderado de su cefalea, aunque menor que en los mayores de 25 años, es elevado entre los pacientes jóvenes.

Al buscar la relación entre la cefalea y el estilo de vida, estudios previos han encontrado que baja actividad física, obesidad o tabaquismo fueron relacionados con cefaleas recurrentes¹⁷⁻¹⁹.

La distribución de la cefalea por género en nuestra serie (72% de mujeres) es comparable con la de los pacientes mayores (73%). Anteriores estudios han mostrado que, al terminar la edad escolar, las cefaleas son más comunes en el sexo femenino desde la adolescencia, y esta preferencia continua a lo largo de la vida^{9,10,13}.

Como era de esperar, la mayoría de las cefaleas de nuestro registro son primarias. El porcentaje de cefaleas encuadrables en el grupo 1 (migraña) es muy alto, tanto en jóvenes como en mayores. El porcentaje de migraña registrada en nuestra serie es mayor que el descrito previamente en adolescentes o en universitarios^{1,4,10,12}. Aunque son más frecuentes entre los niños, y no han sido considerados en nuestra serie, no hay que olvidar los síndromes periódicos, como migraña abdominal, vómitos cíclicos y el vértigo benignos paroxístico, considerados como precursores de la migraña^{9,10}.

Tampoco sorprende que el porcentaje de pacientes con migraña crónica sobre el total de migrañosos sea más elevado en los mayores, si bien el hecho de que más de la cuarta parte de migrañosos de menos de 25 años tengan una migraña crónica ha de llamar la atención sobre la presencia de esta entidad tan discapacitante en nuestros jóvenes.

En cuanto al resto de las cefaleas primarias, no nos sorprende que el porcentaje de cefaleas encuadrables dentro del grupo 2 (tensionales) y 3 (trigémico-autonómicas) sea superior entre los mayores de 25 años. La cefalea tensional es menos frecuente en nuestra serie de jóvenes que en otras publicadas con anterioridad. El hecho de que nuestra serie corresponda a una Unidad de Cefaleas de un hospital terciario, o que en series previas parte de los pacientes con migraña crónica hayan podido ser considerados como cefaleas tensionales, podrían explicar estas diferencias^{2,20}.

Dentro de los grupos 3 y 4 de la CIC, cefalea en racimos y cefalea primaria punzante aparecen en esta serie de la misma manera que en estudios previos¹⁰. Llamamos la atención sobre hemicránea continua y cefalea numular, entidades relativamente frecuentes en nuestro registro y que no son excepcionales entre los jóvenes^{21,22}.

Respecto a las cefaleas secundarias, estas son poco comunes en nuestra serie, y la mayoría de ellas fueron codificadas en el grupo 8 (cefaleas atribuidas al consumo de sustancias o a su retirada); si bien el porcentaje de cefaleas atribuibles al uso excesivo de medicación en los mayores de 25 años es mayor que en los jóvenes, nos preocupa el número de jóvenes en nuestra consulta que han recibido este diagnóstico. El uso excesivo de medicación sintomática y la escasa utilización de fármacos preventivos son un peligro claro en cuanto a futuras cronificaciones de las cefaleas de nuestros jóvenes²³.

Como también podría esperarse, la presencia de neuropatías dolorosas (grupo 13 de la CIC) y de cefaleas no clasificables (grupo 14) es testimonial entre nuestros menores de 25 años^{6,10,20}.

La mayoría de los pacientes, tanto en el grupo de los jóvenes como en los mayores de 25 años, fueron derivados desde Atención Primaria. Con esa procedencia similar de los pacientes no sorprende que los porcentajes de utilización previa de tratamiento sintomático y preventivo fueran comparables. Consideramos escaso el uso previo de medicamentos preventivos, especialmente cuando se considera el impacto negativo de la cefalea en nuestra población. Es conocido, y tendremos que seguir insistiendo en ese punto sobre todo con nuestros compañeros de primaria, que la ausencia de un tratamiento profiláctico apropiado conduce a un uso excesivo de medicación y en muchos casos a la cronificación del dolor, con un importante impacto sobre la calidad de vida^{3,17,18}.

En conclusión, la gran mayoría de las cefaleas en pacientes jóvenes pueden ser codificadas de acuerdo con los criterios de CIC. La migraña fue el grupo más representado en nuestra serie. Se debe insistir en la importante carga que puede suponer en este grupo etario la migraña crónica y el uso excesivo de medicación sintomática.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Unalp A, Dirik E, Kurul S. Prevalence and clinical findings of migraine and tension-type headache in adolescents. *Pediatr Int*. 2007;49:943–9.
2. Albers L, Straube A, Landgraf MN, Filippopoulos F, Heinen F, von Kries R. Migraine and tension type headache in adolescents at grammar school in Germany—burden of disease and health care utilization. *J Headache Pain*. 2015;16:534.
3. Langeveld JH, Koot HM, Loonen MC, Hazebroek-Kampschreur AA, Passchier J. A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalalgia*. 1996;16:183–96.
4. Smitherman TA, McDermott MJ, Buchanan EM. Negative impact of episodic migraine on a university population: Quality of life,

- functional impairment, and comorbid psychiatric symptoms. *Headache*. 2011;51:581–9.
5. Tonini MC, Frediani F. Headache at high school: Clinical characteristics and impact. *Neurol Sci*. 2012;33 Suppl 1:S185–7.
 6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):9–160.
 7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629–808.
 8. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6. *Qual Life Res*. 2003;12:963–74.
 9. Pogliani L, Spiri D, Penagini F, Nello FD, Duca P, Zuccotti GV. Headache in children and adolescents aged 6-18 years in northern Italy: prevalence and risk factors. *Eur J PaediatrNeurol*. 2011;15:234–40.
 10. Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: Diagnosis. *J Headache Pain*. 2011;12:13–23.
 11. 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;12:25–34.
 12. Bigal ME, Arruda MA. Migraine in the pediatric population-evolving concepts. *Headache*. 2010;50:1130–43.
 13. Kurt S, Kaplan Y. Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008;110:46–50.
 14. Lateef TM, Cui L, Nelson KB, Nakamura EF, Merikangas KR. Physical comorbidity of migraine and other headaches in US adolescents. *J Pediatr*. 2012;161:308–13.
 15. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel-Larsen T, et al. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: The Young-HUNT study. *J Headache Pain*. 2014;15:38–44.
 16. Stensland SO, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Zwart J-A, Dyb G. Recurrent headache and interpersonal violence in adolescence: the roles of psychological distress, loneliness and family cohesion: The HUNT study. *J Headache Pain*. 2014;15:35–43.
 17. Huguet A, Tougas ME, Hayden J, McGrath PJ, Chambers CT, Stinson JN, et al. Systematic review of childhood and adolescent risk and prognostic factors for recurrent headaches. *J Pain*. 2016;17:855–73.
 18. Pakalnis A, Kring D. Chronic daily headache, medication overuse, and obesity in children and adolescents. *J Child Neurol*. 2012;27:577–80.
 19. Robberstad L, Dyb G, Hagen K, Stovner LJ, Holmen TL, Zwart J-A. An unfavorable lifestyle and recurrent headaches among adolescents: The HUNT study. *Neurology*. 2010;75:712–7.
 20. Alp R, Alp SI, Palanci Y, Sur H, Boru UT, Ozge A, et al. Use of the International Classification of Headache Disorders, second edition, criteria in the diagnosis of primary headache in school children: Epidemiology study from eastern Turkey. *Cephalalgia*. 2010;30:868–77.
 21. Guerrero AL, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Mulero P, Miranda S, Peñas ML, et al. Nummular headache with and without exacerbations: Comparative characteristics in a series of 72 patients. *Cephalalgia*. 2012;32:649–53.
 22. Guerrero AL, Herrero-Velázquez S, Peñas ML, Mulero P, Pedraza MI, Cortijo E, et al. Peripheral nerve blocks: A therapeutic alternative for hemicrania continua. *Cephalalgia*. 2012;32:505–8.
 23. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*. 2011;152:2729–38.