

ORIGINAL

Cefaleas en la persona mayor: características de una serie de 262 pacientes[☆]

M. Ruiz, M.I. Pedraza, C. de la Cruz, J. Barón, I. Muñoz, C. Rodríguez, M. Celorio, P. Mulero, S. Herrero y A.L. Guerrero*

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

Recibido el 25 de marzo de 2013 ; received in revised form 21 de junio de 2013; aceptado el 30 de julio de 2013
Accesible en línea el 17 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Cefalea hípnica;
Cefalea tensional;
Clasificación
Internacional de
Cefaleas-2;
Epidemiología;
Personas mayores;
Migraña

Resumen

Introducción: Aunque la prevalencia de las cefaleas disminuye en las personas mayores (≥ 65 años), son causa importante de consulta, con particularidades diagnósticas y terapéuticas que es necesario conocer. Analizamos las características de este grupo etario en una consulta de cefaleas.

Métodos: Recogimos las variables demográficas y clínicas de los pacientes atendidos en una consulta de cefaleas de un hospital terciario (enero del 2008-mayo del 2012). Las cefaleas se codificaron según la Clasificación Internacional de Cefaleas, 2.^a edición (CIC-2).

Resultados: Doscientos sesenta y dos pacientes (189 mujeres, 73 varones) con ≥ 65 años fueron atendidos sobre un total de 1.868 (14%); 99 (68 mujeres, 31 varones, 5,3% del total) superaban los 75 años. Inicio de la cefalea tras los 65 años en 136 casos (51,9%). Se codificaron 362 cefaleas, el 23,8% en el grupo 1 de CIC-2 (migrañas) y el 28,7% en el grupo 2 (cefalea tensional). Se diagnosticaron 59 (16%) cefaleas secundarias; 26 (7,2%) se encuadraron en el grupo 13 (neuralgias) y 23 (6,4%) en el grupo 14 (no clasificables). En 38 casos (14,5%) había sobreuso de medicación sintomática. Entre las cefaleas típicas de esta edad identificamos 41 migrañas crónicas, 6 cefaleas hípnica, 4 neuralgias del occipital, 2 SUNCT, una cefalea cervicogénica, una cefalea primaria de la tos y 2 arteritis de la temporal.

Conclusiones: El porcentaje de personas mayores atendidas en una consulta de cefaleas es elevado. La cefalea tensional es la más frecuente en esta población. Cefaleas típicas de esta edad, como la cefalea hípnica o la neuralgia del occipital, están presentes.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

☆ Presentado parcialmente como comunicación oral en el LXIV Congreso de la Sociedad Española de Neurología, Barcelona, noviembre del 2012.

* Autor para correspondencia.

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

KEYWORDS

Hypnic headache;
Tension-type
headache;
International
Classification of
Headache
Disorders-2;
Epidemiology;
Elderly;
Migraine

Headache in the elderly: Characteristics in a series of 262 patients**Abstract**

Introduction: Although headache prevalence decreases in patients older than 65, headaches are a common complaint and their different clinical and therapeutic features must be understood. This article analyses the clinical characteristics of elderly patients treated in an outpatient headache unit.

Methods: We collected demographic and clinical data from patients treated in a tertiary hospital headache unit between January 2008 and May 2013. Headaches were codified according to the International Classification of Headache Disorders, 2nd edition (ICHD-2).

Results: Of a total of 1868 patients treated, 262 patients (14%, 189 women and 73 men) were older than 65 years. Ninety-nine (68 women, 31 men, 5.3% of the total) were over 75. Headaches began after the age of 65 in only 136 patients (51.9%). The 362 headaches were codified as follows: 23.8% as Group 1 (Migraine) and 28.7% as Group 2 (Tension-type headache). We diagnosed 58 (16%) secondary headaches; 26 (7.2%) were classified as Group 13 (Cranial neuralgias) and 23 (6.4%) in Group 14 (Other headaches). Symptomatic medication overuse was detected in 38 patients (14.5%). We also identified headaches considered typical in the elderly, including chronic migraine (41 cases), hypnic headache (6), occipital neuralgia (4), SUNCT (2), cervicogenic headache (1), primary cough headache (1), and giant cell arteritis (2).

Conclusions: Elderly patients were frequently treated in our outpatient headache unit. Tension-type headache was the most common diagnosis in this population. Geriatric headache syndromes such as hypnic headache or occipital neuralgia were also represented in our series.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La población española está envejeciendo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 17,33% de los ciudadanos tenían 65 años o más en el 2011 y la previsión es que este porcentaje sea del 20,35% en el año 2021¹. Las personas mayores son, pues, parte importante de nuestra sociedad y requieren frecuente atención sanitaria. Múltiples estudios epidemiológicos muestran que la cefalea es más frecuente en personas jóvenes y su prevalencia disminuye en edades avanzadas²⁻⁴. Pese a ello, la repercusión de las cefaleas en mayores es elevada^{3,5}.

La mayoría de las cefaleas diagnosticadas en personas mayores se engloban dentro de las primarias, principalmente migraña y cefalea tensional. La migraña, a partir de los 65 años, disminuye su frecuencia y cambia sus características, siendo más atípica y más frecuentemente acompañada de aura⁶⁻⁹. Las cefaleas secundarias, aunque siguen siendo más infrecuentes que las primarias, tienen mayor importancia en este grupo etario, representando el 15% del total de las cefaleas entre los mayores, frente al 1-6% que suponen en menores de 65 años¹⁰. Por tanto, la precaución necesaria ante la posibilidad de una causa subyacente potencialmente grave en esta población ha de aumentar¹¹.

Existen algunas cefaleas que son características y casi exclusivas de los ancianos, entre las que encontramos la cefalea hípnica y la secundaria a arteritis de células gigantes; son diagnósticos, por tanto, que deberemos tener presentes en estos pacientes¹².

Nuestro objetivo es describir las características de una serie de pacientes mayores atendidos en una consulta monográfica de cefaleas de un hospital terciario. Con ello pretendemos aportar datos epidemiológicos que ayuden a lograr un mejor conocimiento y, por tanto, mejor manejo de estos pacientes.

Pacientes y métodos

Durante un periodo de 4 años y 5 meses (enero del 2008 a mayo del 2012) registramos de forma prospectiva a todos los pacientes atendidos en la mencionada consulta. Se recogieron en primer lugar, datos demográficos (edad y sexo). Las cefaleas se codificaron, de acuerdo con la CIC-2¹³. Si el paciente reunía criterios para más de un tipo de cefaleas, todas ellas se consideraron y codificaron.

Asimismo se analizaron datos clínicos, como la edad de inicio de cada cuadro, el impacto de la migraña medido por la escala HIT-6 y los tratamientos sintomáticos y preventivos llevados a cabo con anterioridad a su derivación a la consulta de cefaleas. En función de las características de cada paciente, se indicaron las exploraciones complementarias consideradas necesarias en cada caso.

Comparamos la distribución de las cefaleas en este grupo con los pacientes menores de 65 años atendidos en dicha consulta durante el periodo de inclusión. Como medida central, en los resultados utilizamos la media, salvo al considerar la edad en que empleamos la mediana. Finalmente, analizamos la distribución de cefaleas en el subgrupo de pacientes con 75 años o más.

Resultados

Doscientos sesenta y dos pacientes (189 mujeres, 73 varones) con 65 años o más, de entre un total de 1.868 (14%) fueron atendidos por primera vez en la consulta durante el periodo mencionado. La mediana de edad era de 72 años (rango: 65-94).

Ciento cuarenta y nueve casos (56,8%) fueron derivados desde atención primaria y 70 (26,7%) desde una consulta general de neurología; en 35 pacientes (13,4%), se trataba

de interconsultas desde otros servicios y en 8 (3,1%) de casos atendidos sin cita, generalmente familiares de profesionales del hospital.

La mediana de la edad al inicio de la cefalea que motivó la consulta fue de 65,5 años (rango: 10-93). En 136 casos (51,9%), el inicio de esta cefalea tuvo lugar tras cumplir los 65 años.

La puntuación en la escala HIT-6 en estos pacientes era de $54 \pm 8,2$ (40-72) presentando un 44,4% de los casos un valor superior a 55.

El 90,5% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento sintomático para su cefalea mientras que solo en un 32,9% se había utilizado algún preventivo. Al 33,1% de las personas mayores de nuestra serie se les solicitó alguna exploración complementaria en la consulta monográfica de cefaleas, principalmente estudios de neuroimagen y analíticos, sobre todo determinación de la velocidad de sedimentación globular (VSG).

Entre los mayores, 99 (68 mujeres, 31 varones, 37,8%) tenían una edad de 75 años o más, lo que representaba el 5,3% de la muestra total.

En los 262 pacientes mayores de 65 años, se codificaron 362 cefaleas. Doscientos veinticinco (62,2%) se englobaron dentro de las cefaleas primarias (grupos 1 a 4 de la CIC-2), siendo los grupos más representados el 2 (cefalea tensional) con 104 cefaleas (28,7%) y el 1 (migrana) con 86 (23,8%). Cincuenta y ocho cefaleas (16%) se codificaron dentro de las secundarias (grupos 5 a 12), 26 (7,2%) en el grupo 13 (neuralgias craneales), 23 (6,4%) en el grupo 14 (otras cefaleas) y 30 (8,3%) en el apéndice de la Clasificación. Entre las cefaleas secundarias, las más frecuentes fueron las atribuidas a sustancias (39 casos), seguidas por las asociadas a traumatismos craneales (11 cefaleas). Solo las 3 cefaleas encuadrables en el grupo 6 (debidas a alteraciones vasculares) se pueden considerar secundarias a causas graves. Los porcentajes de cada grupo se recogen en la figura 1.

Las cefaleas consideradas típicas de la tercera edad también estuvieron presentes entre los diagnósticos de nuestra población de mayores. Así, atendimos 41 casos de migrana crónica, 6 cefaleas hípnicas, 4 neuralgias del occipital, 2 casos de cefalea neuralgiforme unilateral con

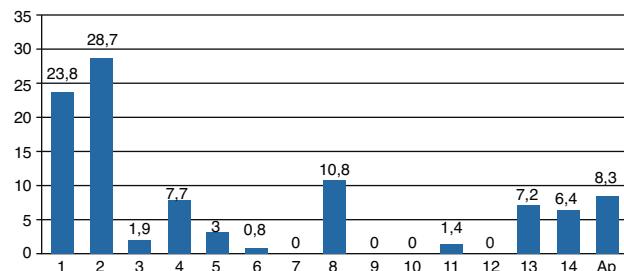


Figura 1 Porcentaje de las 362 cefaleas de acuerdo con los grupos de la CIC-2. Del 1 al 14, grupos de la CIC-2. Ap: apéndice; CIC 2: Clasificación Internacional de Cefaleas, 2.ª ed.

inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT, por sus siglas en inglés), una cefalea cervicogénica, una cefalea primaria de la tos y 2 cefaleas relacionadas con arteritis de la temporal.

Comparamos la distribución de cefaleas de la serie de mayores con las de los 1.606 pacientes (1.159 mujeres, 447 varones), menores de 65 años atendidos en esa misma consulta durante el periodo de inclusión. En ellos se codificaron 2.522 cefaleas, de las que 1.849 (73,3%) se incluyeron dentro de las cefaleas primarias, 290 (11,5%) en las secundarias, 86 (3,4%) en el grupo 13, 38 (1,5%) en el grupo 14 y 259 (10,3%) en el apéndice. En el grupo de jóvenes es menor el porcentaje de cefaleas tensionales, cefaleas secundarias, neuralgias y otras cefaleas (no especificadas o no clasificables) y mayor el de migrañas y cefaleas trigémino-autonómicas. La comparación entre jóvenes y mayores se recoge en la figura 2.

Finalmente, comparamos la distribución de las cefaleas en los más jóvenes entre los mayores (65-75 años) y en los considerados ancianos (75 años o más). Dentro de estos últimos, se codificaron 127 cefaleas, de nuevo la mayoría primarias (74, 58,3%). Llama la atención en el análisis de ambas poblaciones que en los ancianos destaca aún más el predominio de la cefalea tensional. La comparación completa por grupos diagnósticos de la CIC-2 se recoge en la figura 3.

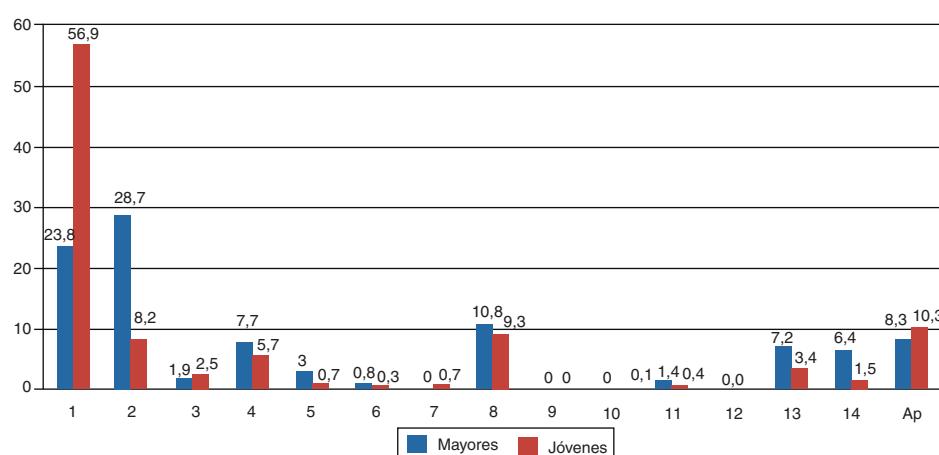


Figura 2 Comparación entre los porcentajes de cefaleas en jóvenes y mayores. Del 1 al 14, grupos de la CIC-2. Ap: apéndice.

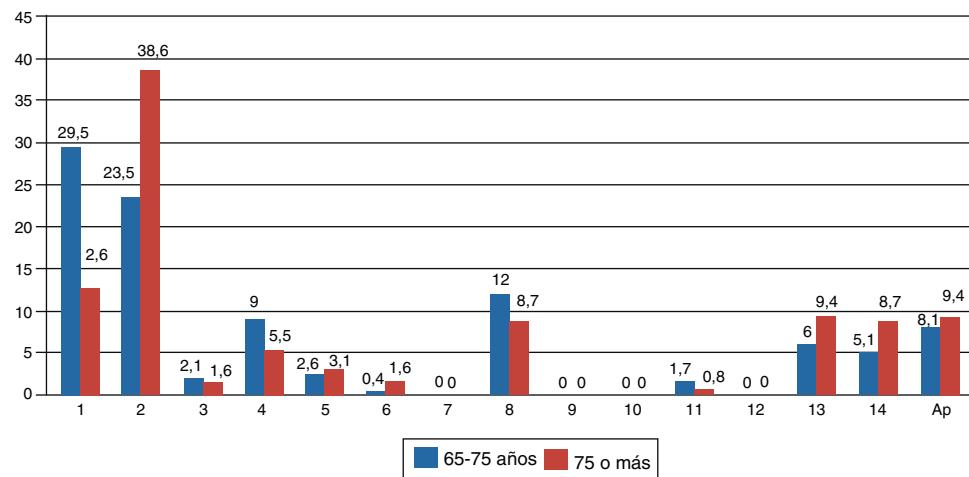


Figura 3 Comparación entre los porcentajes de cefaleas entre los grupos de pacientes 65-75 años y 75 años o más. Del 1 al 14, grupos de la CIC-2.

Ap: apéndice.

Discusión

Es conocido que la prevalencia de cefalea disminuye a edades avanzadas. En la revisión de estudios epidemiológicos europeos sobre cefaleas llevada a cabo por Stovner et al.², se muestra gráficamente este descenso en cada rango de edad, a partir de la edad adulta. Por ejemplo, estos autores calculan una prevalencia de cefalea a un año del 35% entre los 60 y 70 años, y de alrededor del 25% entre los 70 y los 80.

Sin embargo, y pese a ese descenso, la cefalea sigue siendo un problema importante entre los mayores; la mitad de esta población puede estar experimentando diferentes tipos de dolores de cabeza^{3,14-16} y uno de cada 5 mayores hacerlo de forma recurrente¹⁷.

En nuestro trabajo, el porcentaje de pacientes con 65 años o más atendidos en una consulta monográfica de cefaleas fue del 14%. Un estudio similar realizado en Italia muestra un porcentaje de mayores del 6,4%¹²; al no describir en este trabajo la procedencia de los pacientes, no nos atrevemos a proponer una causa de esta diferencia. Si resulta comparable el porcentaje de pacientes de 75 años o más que atendemos con las cifras de una consulta general de neurología en nuestro medio¹⁸.

La mayoría de los autores alertan sobre el mayor porcentaje de cefaleas secundarias dentro de las personas mayores^{3,11,19,20}. Son varias las causas propuestas de cefaleas secundarias en este grupo de edad; nuestros resultados coinciden con los de otros estudios al mostrar cómo el incremento de cefaleas secundarias en mayores respecto a jóvenes se debe sobre todo a los grupos 5 (cefalea atribuida a traumatismo craneal) y 8 (cefalea atribuida a una sustancia) de la CIC-2²¹⁻²³.

Las cefaleas secundarias de causa grave son infrecuentes en nuestra serie y solo en un tercio (33,1%) del total de pacientes atendidos se consideró necesaria la realización de exploraciones complementarias. Parece claro, por tanto, al menos en esta muestra, que la anamnesis y la exploración física son las bases fundamentales para el diagnóstico de cefaleas, también en este grupo etario.

La arteritis de células gigantes se considera una afección poco frecuente, con una incidencia entre 1-30/100.000 pacientes mayores de 50 años (3-16/100.000 en España)²⁴. La cefalea es el primer síntoma de esta enfermedad en casi la mitad de los pacientes, pero hasta en el 90% aparece a lo largo de la evolución de la enfermedad²⁵⁻²⁸. En nuestra serie, tan solo identificamos 2 casos de cefalea relacionada con arteritis de la temporal (0,76% del total de mayores de 65 años). Dentro de los criterios de derivación que hemos establecido en nuestra consulta de cefaleas con atención primaria, incluimos la necesidad de determinar la VSG en mayores de 50 años, como se recoge en las Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología²⁹. Por todo ello, probablemente estos pacientes son diagnosticados, tanto a causa de la cefalea como por otros síntomas acompañantes, en consultas de atención primaria o medicina interna, llegando a una consulta monográfica de cefaleas solo una minoría de ellos; el porcentaje del 0,62% de casos de cefalea relacionada con arteritis de la temporal en mayores de 75 años encontrado en una consulta general de neurología¹⁸ apoya esta hipótesis.

El diagnóstico más frecuente en nuestra serie ha sido el de cefalea tensional (28,7% de las cefaleas). Los estudios llevados a cabo para determinar la prevalencia de cefalea tensional en la población general han obtenido resultados muy variables, desde el 86,5% de prevalencia anual hasta el 11,5% de prevalencia a lo largo de la vida²¹. En cuanto a estudios más específicos, en el grupo de edad que nos ocupa se han establecido prevalencias anuales en edades por encima de los 50 años de entre el 16 y el 44%^{3,17,30-32}. En mayores de 75 años, la presencia de cefalea tensional es aún mayor^{12,18}, tal y como hemos comprobado también en nuestra serie. De acuerdo con estos resultados, y más teniendo en cuenta la abrumadora diferencia con el porcentaje de cefalea tensional en jóvenes, puede afirmarse que esta es una entidad típica de mayores.

El segundo diagnóstico más frecuente en nuestra población de personas mayores (23,8%) es el de migraña. Múltiples estudios epidemiológicos han mostrado que, tras un pico de frecuencia, bien unimodal o bimodal, entre los 20 y

50 años^{6,11,33}, se produce un descenso progresivo de la prevalencia de migraña en edades avanzadas. Al estudiar poblaciones de mayores de 65 años, las cifras de prevalencia anual de migraña están alrededor del 10%^{3,17}, porcentaje que aumenta con valores similares a los de nuestro estudio en una consulta monográfica de cefaleas¹². En los mayores de 75 años, como también comprobamos en nuestra población, los porcentajes siguen disminuyendo¹⁸.

En nuestra serie 41 pacientes (15,6%) reunían criterios diagnósticos de migraña crónica³⁴; la transformación de una migraña episódica en migraña crónica está bien documentada en pacientes mayores^{19,21,35,36}. Es importante señalar que la migraña cambia con la edad y eso puede dificultar el diagnóstico de esta entidad en pacientes mayores. Características como la pulsatilidad, la asociación de fotofobia y sonofobia, el empeoramiento con el ejercicio o la intensidad elevada van disminuyendo a lo largo de los años⁶. Por el contrario, son más comunes en los ancianos los síntomas autonómicos o la bilateralidad del dolor⁷. La importancia y la significación de la migraña con aura en pacientes mayores es aún un tema controvertido. Por un lado, es infrecuente que esta aparezca de novo por encima de los 65 años, pero, en los casos de inicio en edades medias de la vida, es más frecuente que se prolonguen en el tiempo los casos de migraña con aura debido al mantenimiento en edades avanzadas del mecanismo responsable de la depresión cortical propagada y la pérdida de la propensión a la inflamación neurovascular y, por tanto, al dolor^{6,9}. En nuestra serie, identificamos únicamente 3 pacientes con migraña con aura, iniciada solo en un caso después de los 55 años. No siempre es sencillo el diagnóstico diferencial a estas edades de un aura migrañosa con un episodio isquémico transitorio. Las alteraciones visuales y sensitivas con progresión de los síntomas son más sugerentes de aura, a diferencia de la instauración brusca de los eventos neurovasculares^{37,38}.

Dentro de las cefaleas primarias, la cefalea hípnica también estuvo presente en nuestra muestra, con 6 casos (1,7%). Aunque se considera infrecuente fuera de este rango de edad³⁹, tanto en nuestra experiencia como en la de otros autores se puede presentar antes de los 65 años⁴⁰.

El SUNCT es una entidad infrecuente, con una prevalencia de 6.6/100.000 y una incidencia anual de 1,2/100.000⁴¹. Se caracteriza por múltiples crisis diarias de dolor unilateral intenso, de corta duración (menos de 2 min), que afectan a la región periorbitaria y asocian sintomatología autonómica craneal homolateral. La edad de inicio se encuentra en torno a los 50 años³⁷. En nuestra serie, esta entidad aparece en 2 pacientes.

La cefalea cervicogénica es una entidad considerada típica de mayores que, por el contrario, aparece solo en un paciente de nuestra serie. Posiblemente, bastantes de estos pacientes acuden a las consultas de reumatología o traumatología; por otro lado, los criterios de la CIC-2 de esta entidad son muy estrictos; habrá que observar la prevalencia de esta cefalea con los criterios de la reciente tercera edición de la clasificación en la que se da menor importancia a la necesidad de la desaparición del dolor tras el tratamiento y mayor valor a la presencia de maniobras de provocación del dolor.

Nos llama la atención el incremento en nuestra población de mayores de 65 años del porcentaje de neuralgias (grupo

13 de la CIC-2) y, aun más, en mayores de 75 años. La neuralgia más representada en nuestra serie es la esencial del trigémino (8 pacientes).

También se incrementa en nuestros mayores el porcentaje de cefaleas incluidas en el grupo 14 (no clasificadas o no especificadas); así, al menos en nuestra población, cuanto mayor es la edad de los pacientes, más difícil resulta identificar o clasificar las cefaleas que presentan. Ello puede deberse a la mayor dificultad de la anamnesis en ciertos pacientes con deterioro cognitivo; quizás una mayor atención a las cefaleas en esta población permita describir otros síndromes típicos de mayores.

Como conclusión, la cefalea es un frecuente motivo de consulta neurológica en personas mayores. Aunque un sesgo de selección puede ser una de las limitaciones de nuestro estudio, estos resultados en una serie de cefaleas en personas de 65 años o más atendidos en una consulta monográfica muestran que las cefaleas primarias son las más frecuentes en este grupo etario, sobre todo la cefalea tensional. Hay un grupo de entidades, como la cefalea relacionada con el abuso de medicación, la migraña crónica o las neuralgias, que pueden considerarse, de acuerdo con nuestros resultados, típicas de estos pacientes. Su correcta identificación permitirá, en cada caso, ofrecer a nuestros mayores el tratamiento más adecuado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Una vez más, a Lourdes; sin su trabajo en la consulta de cefaleas, nada de todo esto hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. [consultado Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/censos2011/datos/cen11/datosresultados.htm>
2. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol. 2006;13: 333–45.
3. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferri N, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;70:377–81.
4. Miranda H, Ortiz G, Figueroa S, Peña D, Guzmán J. Prevalence of headache in Puerto Rico. Headache. 2003;43:774–8.
5. Fuh JL, Wang SJ, Lu SR, Tsai PH, Lai TH, Lai KL. A 13-year long-term outcome study of elderly with chronic daily headache. Cephalgia. 2008;28:1017–22.
6. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Age-dependent prevalence and clinical features of migraine. Neurology. 2006;67:246–51.
7. Martins KM, Bordini CA, Bigal ME, Speciali JG. Migraine in the elderly: A comparison with migraine in young adults. Headache. 2006;46:312–6.
8. Victor TW, Hu X, Campbell JC, Buse DC, Lipton RB. Migraine prevalence by age and sex in the United States: A life-span study. Cephalgia. 2010;30:1065–72.

9. Tai ML, Jivanadham JS, Tan CT, Sharma VK. Primary headache in the elderly in South-East Asia. *J Headache Pain*. 2012;13:291–7.
10. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57:1255–7.
11. Mateos Marcos V, Castro Vilanova MD, González Menacho J, Guerrero Peral AL, Mederer Hengstl S, Rufo Campos M, et al. Cefalea en situaciones especiales. En: Díaz Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 221–49.
12. Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F, Dainese F, Zanchin G. Headache in the elderly: A clinical study. *J Headache Pain*. 2004;5:36–41.
13. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalgia*. 2004;24(Suppl 1):9–160.
14. Walker RA, Wadman MC. Headache in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2007;23:291–305.
15. Junior AS, Krymchantowski A, Moreira P, Vasconcelos L, Gomez R, Teixeira A. Prevalence of headache in the entire population of a small city in Brazil. *Headache*. 2009;49:895–9.
16. Benseñor IM, Lotufo PA, Goulart AC, Menezes PR, Scazufca M. The prevalence of headache among elderly in a low-income area of São Paulo, Brazil. *Cephalgia*. 2008;28:329–33.
17. Camarda R, Monastero R. Prevalence of primary headaches in Italian elderly: Preliminary data from the Zabut Aging Project. *Neurol Sci*. 2003;24(Suppl 2):S122–4.
18. Pérez-Martínez D, Puente-Muñoz A, Anciones B. Cefalea en los muy ancianos (75 años y más): resultados de una serie consecutiva ambulatoria de 736 pacientes. *Neurología*. 2008;23:436–40.
19. Tonini MC, Bussone G. Headache in the elderly: Primary forms. *Neurol Sci*. 2010;31(Suppl 1):S67–71.
20. Tanganeli P. Secondary headaches in the elderly. *Neurol Sci*. 2010;31(Suppl 1):S73–6.
21. Manzoni GC, Stovner LJ. Epidemiology of headache. *Hand Clin Neurol*. 2011;97:1–22.
22. Russell MB, Lundqvist C. Prevention and management of medication overuse headache. *Curr Opin Neurol*. 2012;25:290–5.
23. Evers S, Marzinak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol*. 2010;9:391–401.
24. Borchers AT, Gershwin ME. Giant cell arteritis: A review of classification, pathophysiology, geoepidemiology and treatment. *Autoimmun Rev*. 2012;11:A544–54.
25. Solomon GD, Kunkel RS, Frame J. Demographics of headache in elderly patients. *Headache*. 1990;30:273–6.
26. Ward TN, Levin M. Headache in giant cell arteritis and other arteritides. *Neurol Sci*. 2005;26(Suppl 2):S134–7.
27. Nordborg C, Nordborg E, Petursdottir V. Giant cell arteritis epidemiology, etiology and pathogenesis. *APMIS*. 2000;108:713–24.
28. Gonzalez-Gay MA, Vazquez-Rodriguez TR, Lopez-Diaz MJ, Miranda-Filloy JA, González-Juanete C, Martin J, et al. Epidemiology of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum*. 2009;61:1454–61.
29. Sánchez del Río M, Caminero AB, Escudero J, Irimia P, Pozo P. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Díaz Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 19–41.
30. Schwaiger J, Kiechl S, Seppi K, Sawires M, Stockner H, Erlacher T, et al. Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in men and women aged 55–94 years (BruneckStudy). *Cephalgia*. 2009;29:179–87.
31. Crystal SC, Grosberg BM. Tension-type headache in the elderly. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13:474–8.
32. Kaniecki RG. Tension-type headache in the elderly. *Curr Treat Options Neurol*. 2007;9:31–7.
33. Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M, Fritzsche G, Oezyurt M, Kaelewinkel K, et al. Prevalence of primary headaches in Germany: Results of the German Headache Consortium Study. *J Headache Pain*. 2012;13:215–23.
34. Olesen J, Bousser MJ, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. Headache Classification Committee New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalgia*. 2006;26:742–6.
35. Landy S. Migraine throughout the life cycle: Treatment through the ages. *Neurology*. 2004;62(5 Suppl 2):S2–8.
36. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Studyhead. *Headache*. 2012;52:1456–70.
37. Bamford CC, Mays M, Tepper SJ. Unusual headaches in the elderly. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15:295–301.
38. Kurth T, Chabriat H, Bousser MG. Migraine and stroke: A complex association with clinical implications. *Lancet Neurol*. 2012;11:92–100.
39. Robbins MS, Lipton RB. Management of headache in the elderly. *Drugs Aging*. 2010;27:377–98.
40. Mulero P, Guerrero-Peral AL, Cortijo E, Jabary NS, Herrero-Velázquez S, Miranda S, et al. Cefalea hípica: características de una serie de 13 nuevos casos y propuesta de modificación de los criterios diagnósticos. *Rev Neurol*. 2012;54:129–36.
41. Williams MH, Broadley SA. SUNCT and SUNA: Clinical features and medical treatment. *J Clin Neurosci*. 2008;15:526–34.