

Cefalea en Niños: Experiencia en un Centro de Referencia

CRISTINA BRAVO M.¹, STELLA GUTIÉRREZ R.²,
ALICIA MATURANA V.³, PATRICIA FLORES M.³

1. Profesor Adjunto de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
2. Profesor Agregado de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
3. Posgrados de Pediatría.
Departamento de Pediatría, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

ABSTRACT

Headache in Children. The Experience of a Referral Center

Introduction: Headache is a common complaint in Pediatrics. **Objective:** To describe clinical characteristics of children referred for specialty evaluation of headaches, as well as diagnosis and management. **Methodology:** A descriptive, retrospective study of the charts of patients seen at a clinic between April 2006 and October 2007. Two classifications were used: International Headache Society (IHS), and Rothner's Scale. Percentages were calculated. **Results:** A total of 120 patients were seen. Forty-eight percent of them could be classified according to IHS criteria, 100% according to Rothner's Scale. Head CTScans were performed on 62% of patients, EEG on 18%, and specialty consultation performed on 74 of children. No further headache was seen on 62% of patients after evaluation. **Conclusions:** Pediatricians should use a semistructured clinical history to obtain an adequate diagnostic approximation, order tests appropriately and utilize consultations and evaluations properly.

(**Key words:** Headache, classification, Rothner, electroencephalogram).

Rev Chil Pediatr 2010; 81 (5): 409-417

RESUMEN

Introducción: La cefalea es un frecuente motivo de consulta en pediatría. **Objetivo:** Describir las características clínico evolutivas de los niños que fueron derivados por cefalea desde el primer nivel de atención, así como los diagnósticos y conductas adoptados. **Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes atendidos por cefalea en la policlínica de referencia entre abril de 2006 a octubre de 2007. Se utilizaron dos clasificaciones, la de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS) y la de Rothner. Se calcularon porcentajes. **Resultados:** Consultaron 120 pacientes. Según los criterios de la IHS se pudo clasificar al 48% mientras que

Trabajo recibido el 23 de marzo de 2010, devuelto para corregir el 20 de abril de 2010, segunda versión el 15 de junio de 2010, aceptado para publicación el 21 de julio de 2010.

Correspondencia a:
Cristina Bravo Migliaro
E-mail: cbravo@dedicado.net.uy

la aplicación de los criterios de Rothner clasificó al 100%. Se realizó tomografía de cráneo a 62% de los pacientes, electroencefalograma a 18% y consulta con especialista al 74% de los niños. El 62% no presentó más cefalea en la evolución. **Conclusiones:** El pediatra debe contar con una historia clínica semiestructurada para lograr una aproximación diagnóstica adecuada, tener presente las indicaciones formales de los exámenes y así racionalizar la solicitud de interconsultas y de exámenes paraclínicos.

(Palabras clave: Cefalea, diagnóstico, evolución).

Rev Chil Pediatr 2010; 81 (5): 409-417

Introducción

La cefalea es un motivo frecuente de consulta en pediatría. Genera dificultades diagnósticas y ansiedad en la familia y el equipo asistencial. En algunos centros es la principal causa de derivación a neuropediatra. Puede presentarse a cualquier edad aumentando su incidencia durante la adolescencia. A los 7 años, su prevalencia oscila entre 37 a 51% y a los 15 años, entre 57 a 82%. Antes de la pubertad predomina en varones, posteriormente en niñas^{1,2}.

El Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) es el único hospital pediátrico del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el Uruguay y es el centro de referencia nacional para la atención pediátrica del MSP.

La Policlínica Pediátrica General de Referencia (PPGR) del CHPR constituye un nexo desde el año 2001 entre el primer nivel de atención y el hospital. Los pacientes son referidos por pediatras del primer nivel de atención para tratar de resolver con los recursos clínicos y paraclínicos disponibles en el tercer nivel, los problemas del paciente. Es un sector especializado donde se realiza además el triage de pacientes derivados a especialidades con demanda insatisfecha como neuropediatría, neumología y gastroenterología según pautas establecidas³. La consulta por cefalea es un criterio de derivación a la PPGR dentro de las consultas a neuropediatría ocupando el cuarto lugar como motivo de consulta. La atención médica es realizada por pediatras y residentes de pediatría supervisados por docentes.

La cefalea puede corresponder a una patología grave aunque en la mayoría de los casos esto es poco habitual. Cuando el síntoma se presenta reiteradamente o su intensidad es

severa interfiere en la actividad escolar y altera la vida diaria familiar⁴.

La consulta de un niño con cefalea implica para los padres descartar enfermedad grave mientras que los niños buscan el alivio del dolor.

La anamnesis y el examen físico constituyen las herramientas más importantes para el diagnóstico etiológico. Los métodos paraclínicos (imagenología, electroencefalograma) se reservan para situaciones en que la anamnesis y el examen físico no son suficientes para resolver la causa de la misma o ante la presencia de signos de alarma⁵. Sin embargo, impresiona existir una falta de correspondencia entre el número de estudios de neuroimagen (NI) solicitados y los que se precisarían para descartar patología estructural. Este hecho obedece al temor médico de no diagnosticar una malformación vascular o un tumor. La prevalencia estimada de tumor cerebral es 0,01% cuando la cefalea como síntoma único, presenta una evolución mayor de 6 meses, es de tipo no migrañosa y el examen neurológico del niño es normal. Cuando se trata de una cefalea migrañosa con examen neurológico normal la prevalencia estimada es de 0,4%⁶.

El manejo clínico de la cefalea en la infancia demanda altos costos económicos directos (internación, exámenes, medicamentos, consultas) e indirectos (ausentismo escolar, impacto en la vida familiar y social) para el sistema de salud.

Los objetivos del presente trabajo fueron describir:

- Las características clínico evolutivas de los niños que fueron derivados por cefalea a la PPGR desde el primer nivel de atención.
- Los diagnósticos realizados y la conducta adoptada en los pacientes.

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo a partir de los registros de las historias clínicas de todos los pacientes de 6 a 14 años atendidos por cefalea en la PPGR entre el 1º de abril de 2006 al 1º de octubre de 2007, lo que constituyó la muestra de estudio.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, paraclínica realizada e interconsulta con especialista.

Se utilizó la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS), del año 2004 (2ª edición) que las divide en primarias, secundarias, neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial e incluye otras cefaleas no especificadas o no clasificadas en otra parte⁷. Este último grupo equivale al grupo de cefaleas no clasificables de la primera edición. Las categorías de migraña y cefalea tensional dentro de la cefalea primaria se ajustan a las definiciones clásicas^{8,9}.

Como complemento de la extensa clasificación de la IHS, y desde un punto de vista práctico, con la finalidad de definir el diagnóstico y la conducta en forma rápida, también se siguió la clasificación de A.D.Rothner⁹. Esta clasificación divide la cefalea según un criterio temporal de presentación en aguda, aguda recurrente, crónica progresiva, crónica no progresiva y cefalea mixta.

Para conocer la evolución clínica de las cefaleas luego de la consulta se llamó telefónicamente a los padres de los niños que consultaron entre los 6 a 12 meses posteriores a la primera entrevista y se interrogó la evolución y requerimiento de consulta por cefalea.

Se utilizaron promedios y medianas como medidas de tendencia central y porcentajes. Para comparar los diferentes tipos de cefalea en ambas clasificaciones con la solicitud de exámenes y derivación al especialista se utilizó el test de χ^2 .

Resultados

En el período comprendido entre el 1 de abril de 2006 y 1 de octubre de 2007 consultaron en la PPGR 3 585 pacientes de los cuales 120 (3%) correspondieron a niños con cefalea.

Su promedio de edad fue de 9 años, mediana de 10 con un rango de 6 a 14 años. El 51% correspondió al sexo femenino.

Según los criterios de la IHS, se identificaron 62 niños (52%) con cefalea primaria: 38 (61%) con cefalea tensional y 24 (39%) con migraña. En 58 niños (48%), no se pudo catalogar el tipo de cefalea en la consulta. Los resultados se muestran en la figura 1.

Según los criterios de Rothner los niños se clasificaron de la siguiente manera: 43 con cefalea aguda recurrente (36%), 58 con cefalea crónica no progresiva (48%) y 19 con cefalea crónica progresiva (16%). Los resultados se muestran en la figura 2.

De los 120 niños, se realizó tomografía de cráneo (TAC) a 75 (62%), EEG a 21 (18%) y se envió al especialista (oftalmólogo, psicólogo, otorrinolaringólogo, neuropediatra y traumatólogo) a 89 (74%). El especialista más consultado fue el oftalmólogo seguido por el psicólogo y/o psiquiatra. Las TAC y los EEG realizados fueron normales.

La solicitud de TAC, EEG y derivación al especialista según la clasificación registrada en la historia clínica se muestra en las tablas 1 y 2. El pedido de TAC se asoció más con el diagnóstico de migraña y cefalea no clasificable ($p < 0,05$).

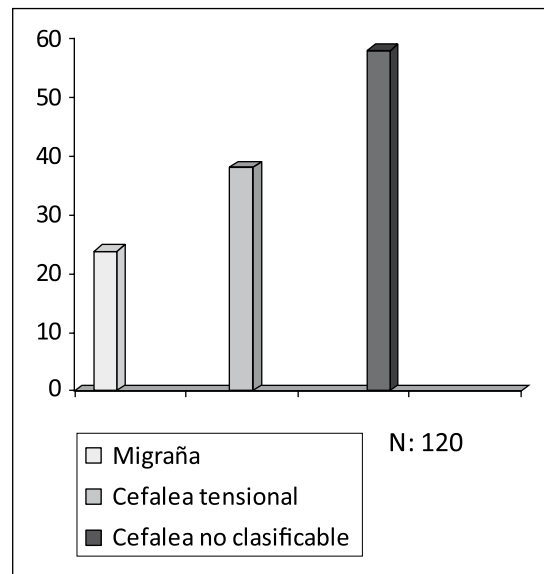


Figura 1. Tipos de cefaleas en los niños incluidos según los criterios de la clasificación de la IHS.

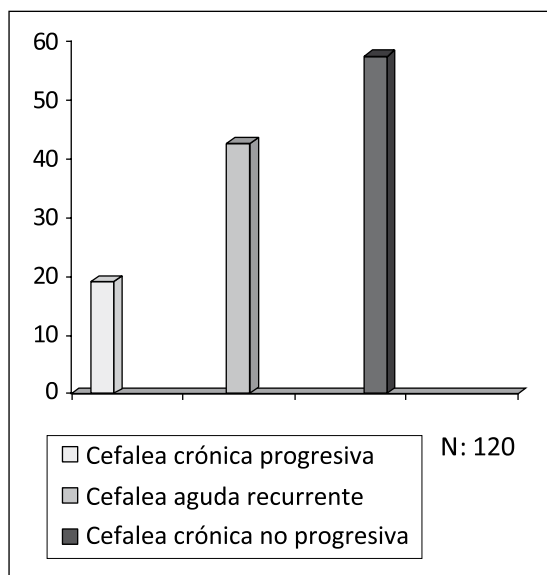


Figura 2. Tipos de cefaleas en los niños incluidos según criterios de la clasificación de Rothner.

Los niños derivados a especialista según los diferentes tipos de cefalea se muestran en la tabla 3. El oftalmólogo fue el más consultado en los casos de cefalea no clasificable y cefalea tensional para IHS y en la crónica progresiva según el criterio temporal de Rothner; el psiquiatra o psicólogo en la cefalea tensional de IHS y en la crónica progresiva y no progresiva de Rothner.

Los analgésicos utilizados en el tratamiento fueron dipirona e ibuprofeno, que habitualmente ya venían recibiendo por dolor.

Se realizó seguimiento telefónico a 60 niños (50%). El resto de los pacientes no se pudo localizar porque el número telefónico no correspondía más al que figuraba en la historia clínica. La población de pacientes que no se pudo ubicar tenía la misma edad y sexo que la población seguida. Con respecto al diagnóstico, los mismos fueron similares para la clasi-

Tabla 1. Derivación a especialista y solicitud de TAC de cráneo y EEG en niños según clasificación de IHS. N = 120*

	Niños con migraña n = 24	Niños con cefalea tensional n = 38	Niños con cefalea no clasificable n = 58	Total n = 120
Especialistas N (%)	12 (50%)	21 (55%)	43 (74%)**	76 (63%)
TAC de Cráneo N (%)	17 (71%)***	12 (31%)	46 (79%)***	75 (62%)
EEG N (%)	6 (25%)	6 (15%)	9 (15%)	21 (18%)

*Lectura vertical de la tabla. El total no suma 100% porque se asocian derivación a especialista y solicitud de exámenes simultáneamente en el mismo grupo de niños. ** χ^2 ($p < 0,05$). *** χ^2 ($p < 0,05$).

Tabla 2. Derivación a especialista y solicitud de TAC de cráneo y EEG en niños según clasificación de Rothner. N = 120*

	Niños con Cefalea Aguda Recurrente n = 43	Niños con Cefalea Crónica No Progresiva n = 58	Niños con Cefalea Crónica Progresiva n = 19	Total n = 120
Especialistas N (%)	18 (42%)	39 (67%)	19 (100%)**	76 (63%)
TAC de Cráneo N (%)	20 (46,5%)	38 (65%)	13 (68%)	75 (62%)
EEG N (%)	5 (11,5%)	13 (22%)	2 (14%)	21 (18%)

* Lectura vertical de la tabla. El total no suma 100% porque se asocian derivación a especialista y solicitud de exámenes simultáneamente en el mismo grupo de niños. ** χ^2 ($p < 0,05$).

Tabla 3. Derivación a especialista según los 2 sistemas clasificatorios. N = 120*

Especialista	Sociedad Internacional de Cefalea			Criterios de Rothner		
	Migraña	Cefalea Tensional	No Clasificable	Cefalea Aguda Recurrente	Cefalea Crónica No Progresiva	Cefalea Crónica Progresiva
	n = 24	n = 38	n = 58	n = 43	n = 58	n = 19
Oftalmólogo N (%)	9 (38%)	15 (39%)	35 (60%)	18 (42%)	22 (38%)	19 (100%)
Psiquiatra/Psicólogo N (%)	3 (13%)	8 (21%)	10 (26%)	5 (12%)	12 (21%)	4 (21%)
Neuropediatra N (%)	2 (8%)	0	7 (12%)	2 (5%)	0	7 (37%)
ORL N (%)	1 (4%)	4 (11%)	3 (5%)	1 (2%)	6 (10%)	2 (11%)
Traumatólogo N (%)	1 (4%)	1 (3%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (3%)	0

* Lectura vertical de la tabla.

ficación de Rothner pero con un predominio de cefalea tensional en los pacientes perdidos según la clasificación de IHS.

De los 24 niños con migraña, se contactaron 14: 2 no presentaron más dolor y el resto mantuvo los episodios; de los 38 niños con cefalea tensional, se contactaron 12: 7 no presentaron más dolor. De los 58 niños con cefalea no clasificable se contactaron 34: 28 no presentaron más dolor.

De los 43 niños con cefalea aguda recurrente, se contactaron 23: 12 (39%) no presentaron más dolor y de los 58 niños con cefalea crónica no progresiva se contactaron 26: 20 no presentaron más dolor. De los 19 niños con cefalea crónica progresiva, se contactaron 11: 5 no presentaron más dolor.

De los 60 niños captados, el 62% no presentó más dolor entre los 6 a 12 meses luego de la consulta y en los 26 niños clasificados como cefalea tensional o migraña, 34% no presentó más cefalea.

El 28% (17 niños) debió reconsultar por cefalea en los servicios de urgencia; 16 de ellos tenían TAC realizada.

Discusión

La prevalencia de cefalea es elevada en la infancia. Comienza habitualmente en la edad

escolar y aumenta durante la adolescencia⁴. La mitad de los pacientes controlados en esta policlínica presentaba una edad entre 10 a 14 años.

La cefalea como enfermedad global es similar en ambos sexos¹⁰ existiendo diferencias en la migraña donde predomina en el sexo masculino antes de la pubertad y en el femenino posteriormente. De los 24 niños diagnosticados como migraña (mediana de 10 años), 15 eran varones y 9 niñas.

Si bien la migraña y la cefalea tensional son los tipos de cefalea primaria más frecuentes en la infancia existen casos donde es difícil catalogar a la misma en particular en los niños pequeños¹⁰. El diagnóstico siguiendo los criterios de la IHS fue difícil en la mitad de los niños que se controlaron. Sesenta y dos de los 120 niños clasificados presentaron cefalea tensional (61%) y migraña (39%). La ausencia de algunos datos en la historia clínica impidió el diagnóstico del resto de los niños. Es una clasificación nosológica que exige el registro de muchas variables clínicas por lo que no se adapta a la modalidad de los trabajos clínicos retrospectivos. No se trata de que la historia clínica o el examen físico estuviesen mal realizados en la PPGR. El pediatra en algunos casos, no tiene como objetivo principal en primera instancia el diagnóstico nosológico de la cefalea sino la evaluación de la misma según

un criterio temporal que permite definir e implementar una rápida intervención. Su mayor preocupación es poder identificar al paciente que presenta una cefalea crónica progresiva o signos de alarma que orienten a una enfermedad grave intracraneana. Cuando se utilizó la clasificación de Rothner se pudo catalogar la totalidad de las cefaleas en la primera consulta. Esta clasificación es la más práctica y utilizada en pediatría para definir el diagnóstico e implementar una conducta rápida. Tanto la frecuencia como la intensidad de la cefalea, permiten asignar a todos los pacientes un determinado patrón temporal que orienta a determinadas etiologías. Sin embargo, es importante aumentar la precisión del diagnóstico de cefalea a nivel pediátrico, utilizando los criterios de la IHS mediante un interrogatorio dirigido siguiendo un cuestionario preestablecido que permita además comparar los resultados obtenidos con los de otros países.

Según la clasificación de Rothner, predominó la cefalea crónica no progresiva (48%) seguida de la cefalea aguda recurrente (36%). Dentro de las cefaleas crónicas no progresivas, la tensional ocupa el primer lugar, y dentro de las agudas recurrentes, la migraña es la más frecuente.

En nuestra serie predominó la cefalea crónica no progresiva (48%) seguida de la cefalea aguda recurrente (36%). Dentro del grupo de pacientes con cefalea crónica no progresiva, no se pudo conocer con exactitud, cuáles correspondieron dentro de ellas a cefalea tensional o migraña. En algunos casos al ser un trabajo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas, algunos datos no estaban registrados, en otros se planteaba la duda siendo difícil el diagnóstico. El pediatra debe conocer todos los elementos que se deben interrogar en la cefalea del niño y conocer su evolución posterior para poder efectuar un diagnóstico de certeza de cefalea tensional o migraña. La sintomatología de la cefalea tensional se caracteriza por dolor de intensidad leve o moderada que no impide la actividad habitual del niño ni empeora con el ejercicio, de tipo opresivo, holocraneano. Predomina al regreso de la escuela o liceo y está vinculada al cansancio. Desaparece en vacaciones a menos que

la causa de stress sea intrafamiliar. Los síntomas digestivos son raros¹¹. La sintomatología de la migraña en pediatría difiere además de la que se presenta en el adulto. En el niño no existe habitualmente la fase prodrómica, las crisis son más frecuentes y de menor duración, la topografía es bilateral (frontal o temporal), la intensidad es menor y predomina en la tarde, en el horario escolar o liceal. La acusofobia y fotofobia simultáneas son más raras pero los síntomas digestivos (vómitos y dolor abdominal) son más intensos y los episodios son más fácilmente controlables con la medicación analgésica habitual. A medida que el paciente se acerca a la adolescencia, las crisis se asemejan más a las del adulto: los episodios son más frecuentes, de intensidad y duración mayor y el control de la migraña se vuelve más difícil¹².

La TAC fue solicitada en el 62% de los pacientes, predominando la solicitud en aquellos pacientes con diagnóstico de migraña o de cefalea no clasificable según los criterios de la IHS. Sin embargo, cuando se siguieron los criterios de Rothner, se encontró que la solicitud de tomografías no predominó en ninguno de los grupos de esta clasificación. Esto puede mostrar el número innecesario de TAC que se están solicitando.

La realización de neuroimagen debe considerarse en aquellos niños que presentan examen neurológico alterado (signos focales, elementos de hipertensión endocraneana) convulsiones y ante signos de alarma que orienten a una cefalea secundaria tales como cambio de carácter, disminución del rendimiento escolar, falla de crecimiento, edad menor a 5 años, macrocefalia, manchas hipocrómicas o café con leche, síntomas visuales persistentes, cefalea que despierta frecuentemente en la noche y cefalea localizada. Varios estudios mencionan la presión familiar como motivo frecuente de solicitud. Además, deberá considerarse la realización de neuroimagen en aquellos casos de cefalea intensa de reciente comienzo o cambios en el tipo de la misma¹³. La solicitud de tomografía en la PPGR fue excesiva por lo que se deberá revisar esta conducta. Por otro lado, se trata de una población sesgada ya que en varios casos la indicación de TAC se realizó desde el primer nivel de atención. La solicitud

en exceso de TAC en pacientes en cuyos registros clínicos no había indicaciones formales para este estudio puede ser interpretada como efecto de la presión familiar sobre el pediatra. Esta opinión es compartida por Bestué¹⁴. Si el pediatra comenzara a realizar diagnóstico nosológico según los criterios de la IHS a partir de un cuestionario semiestructurado y tuviera en consideración las indicaciones de neuroimagen probablemente se descendería la cantidad de TAC innecesarias.

El EEG se realizó al 18% de los pacientes. El EEG se realiza cuando se sospecha que la cefalea corresponde a un episodio ictal como ser un aura migrañoso atípico o alteración o pérdida de la conciencia¹⁵. Su solicitud no se asoció a ningún tipo especial de cefalea.

El oftalmólogo fue el especialista más consultado, en particular en los casos de cefalea no clasificable y crónica progresiva. El pediatra posiblemente quiso descartar las causas oftalmológicas de cefalea o la presencia de edema de papila como signo de hipertensión endocraneana. Las causas de derivación fueron el control de agudeza visual y el fondo de ojo. Los defectos de refracción como causa de cefalea en los niños constituyen una sospecha frecuente del pediatra, si bien son muy poco frecuentes como etiología de la misma¹⁰. La agudeza visual forma parte de la evaluación pediátrica del niño así como también el fondo de ojo¹⁵. Sin embargo, sabemos bien que la realización del fondo de ojo no está muy incorporada en nuestro medio. El fondo de ojo forma parte del examen neurológico siendo su principal objetivo observar directamente el estado de las papilas ópticas (bien delimitadas o borrosas o edematosas), es decir si ellas traducen un aumento de la presión intracraneal. Resulta dificultoso en niños pequeños lo que justifica seguramente la valoración por el oftalmólogo. En los niños con tumores del SNC la alteración del fondo de ojo se observa en un 13% a 38% de los pacientes en el momento del diagnóstico. Esto depende entre otros factores de la topografía del tumor¹⁶⁻¹⁸.

El segundo especialista más consultado fue el psicólogo y/o psiquiatra siendo referido el 18% de los pacientes. A su vez esta derivación se asoció más a la cefalea tensional y a

la crónica no progresiva. El apoyo y evaluación psicológicos constituyen una herramienta primordial en todo tipo de cefalea. La cefalea tensional en especial, se encuentra directamente relacionada con factores psicógenos. Entre ellos el estrés crónico es considerado como desencadenante de la misma. La cefalea a su vez puede repercutir en la vida del niño, produciendo menor participación en actividades sociales, escolares y/o liceales, disminución del rendimiento académico y aumento de trastornos psicológicos. Si bien el pediatra debe considerar la presencia de estos elementos, en ocasiones puede ser necesaria la derivación a un psicólogo y/o psiquiatra quien evalúe y eventualmente actúe sobre el conflicto que genera y perpetúa la cefalea¹⁹.

El pediatra es un especialista capaz de poder realizar el diagnóstico nosológico de cefalea y poder derivar al paciente cuando sea necesario o solicitar la imagenología correspondiente. Es necesario también que el pediatra tenga acceso a recursos de educación médica profesional continua para mejorar su formación sobre todo en patologías de alta incidencia y prevalencia como son las cefaleas, así como aplicar protocolos que permitan estandarizar la anamnesis, examen físico y clasificación de estos pacientes. Las indicaciones para derivar al neuropediatra son: 1) cefalea crónica, anormalidades en el examen neurológico o cambios en el patrón de dolor; 2) mala respuesta al tratamiento de una cefalea vascular a nivel primario; 3) todo niño con cefalea y edad menor a 5 años¹⁶.

De los 60 pacientes a los cuales se realizó seguimiento telefónico, 23 niños (38%) continuaron con dolor y 17 (28%) reconsultaron en los servicios de urgencia, siendo mayor el porcentaje en los casos de migraña o cefalea aguda recurrente y cefalea crónica progresiva. Para la mayoría de los niños (62%), a los 6 a 12 meses de la consulta, el dolor había desaparecido. Ya sea la convicción demostrada por el pediatra o la tranquilidad familiar ante una TAC normal pueden explicar la buena evolución manifestada por estos pacientes. Se desconoce lo ocurrido en la evolución de la otra mitad de niños. El medio socioeconómico de esta población es causa habitual de difícil seguimiento. Brna y

col, encontraron que los pacientes portadores de cefalea tensional presentaban una remisión del dolor en el 47% de los casos a los 10 años y en el 52% a los 20 años mientras que sólo el 19% de los pacientes que presentaba migraña estaban asintomáticos a los 10 y 20 años²⁰.

Lainez y col, realizaron un seguimiento de 73 niños con migraña durante 40 años. El 46% de los adultos se encontraba libre de crisis mientras que el resto continuaba con migraña. Los patrones de presentación cambiaban al llegar a la adolescencia y a la vida adulta²¹.

Para una mejor aplicación práctica de los resultados obtenidos en esta serie el pediatra debe tener en cuenta el contexto en el que se llevó a cabo este estudio. Al tratarse de una revisión de casos clínicos realizada en un centro de referencia nacional, sus resultados no se pueden extrapolar directamente a lo que ocurre en una población pediátrica general, en donde la cefalea aguda de etiología viral es la más frecuente.

Conclusiones

La cefalea fue un motivo frecuente de consulta en pacientes entre 6 a 14 años, ocupando el cuarto lugar en la PPGR. El diagnóstico resultó difícil para el pediatra al seguir los criterios de la IHS, no así cuando aplicó la clasificación de Rothner. La cefalea predominante según los criterios de la IHS fue la cefalea tensional y según la clasificación de Rothner la cefalea crónica no progresiva.

La aplicación de la clasificación de Rothner se ajusta a la práctica pediátrica y permite clasificar en la primera consulta a todos los pacientes. En cambio los criterios de la IHS exigen un registro clínico más minucioso que se vería favorecido por la implementación de una historia clínica codificada para cefaleas. Debe destacarse la importancia de la historia clínica y del examen físico, incluyendo el fondo de ojo, para diferenciar las cefaleas primarias de las secundarias. Esto permitirá al clínico realizar el diagnóstico nosológico del niño con cefalea, racionalizar la solicitud de interconsultas, evitar la solicitud de exámenes paraclínicos innecesarios, así como mejorar la calidad asistencial.

El temor al error médico y la presión familiar probablemente fueron el motivo principal del exceso de interconsultas y de tomografías realizadas. A los 62 niños que se pudo realizar el seguimiento telefónico, la cefalea desapareció en el 62% de los pacientes.

Referencias

- 1.- *Bille B*: Migraine in schoolchildren. *Acta Paediatr Scand* 1962; 51 (suppl 136): 1-151.
- 2.- *Deubner DC*: An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 years old. *Headache* 1977; 17: 173-80.
- 3.- *Gutiérrez S, Caballero G, Akiki A, Cerisola A, Tanzi MN*: Cuándo derivar al niño al especialista. Procedente de 25º Congreso Uruguayo de Pediatría; 2005, oct. 30-nov.1º; Montevideo, Uruguay.
- 4.- *Arroyo HA*: Cefaleas en la infancia y adolescencia. Clasificación etiopatogénica. *Rev Neurol* 2003; 37: 364-70.
- 5.- *Kleinstauber K*: Abordaje de la Cefalea en niños. Preguntas y respuestas [en línea]. *Rev Ped Elec* 2005; 2 (1): 11-7. Obtenido de: <http://www.scielo.cl> [consulta: 21 feb 2010].
- 6.- *Medina L, Kuntz K, Pomeroy S*: Children with headache suspected of having a brain tumor: A cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies. *Pediatrics* 2001; 108 (2): 255-63.
- 7.- *Headache Classification Committee of the International Headache Society*: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 2004; 24 (suppl 1): 1-160.
- 8.- *Bravo C*: Cefaleas en la infancia. En: Delfino A, Scavone C, González G. *Temas de Neurología infantil*. Montevideo: BiblioMédica 2006; 35-54.
- 9.- *Rothner AD*: Migraine headaches in children and adolescents. En: Maria BL. *Current Management in Child Neurology*. Hamilton-London. BC Decker Inc 1999; 43-8
- 10.- *Hershey AD, Winner PK*: Pediatric migraine: recognition and treatment. *J Am Osteopath Assoc* 2005; 105 (4 Suppl 2): 2S-8S.
- 11.- *Sarioglu B, Erhan E, Serdaroglu G, Doering BG, Erermis S, Tutuncuoglu S*: Tension Type Headache in Children: a clinical evaluation. *Pediatr Int* 2003; 45: 186-9.
- 12.- *Bravo C, Delfino A*: Características clínicas de la migraña en la infancia. *Arch Pediatr Urug* 2004; 75 (1): 59-66.

- 13.- *Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D*: Practice parameter. Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2002; 59: 490-8.
- 14.- *Bestué M, García-Naya M, Samolaria L*: Motivos de solicitud de neuroimagen en las cefaleas primarias. *Rev Neurol* 2001; 32 (2): 127-30.
- 15.- *Chile. Ministerio de Salud*: Servicio de Salud Metropolitano Norte. Hospital de Niños Roberto del Río. Unidad de Neurología. Protocolos de normas de atención según niveles, con enfoque de integración de la atención. Cefalea en la infancia [en línea]. Santiago[Chile]: Hospital de Niños Roberto del Río, 2005. Obtenido de:<http://www.hrrio.cl>. [consulta: 21 feb 2010].
- 16.- *Wilne S, Collier J, Kennedy C, Koller K, Grundy R, Walker D*: Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2007; 8(8): 685-95.
- 17.- *Wilne S, Ferris RC, Nathwani A, Kennedy C*: The presenting features of brain tumors: A review of 200 cases. *Arch Dis Child* 2006; 91 (6): 502-6.
- 18.- *Maria BL, Menkes JH*: Tumors of the Nervous System. En: Menkes JH, Sarnat HB. *Child Neurology* 6ed. Philadelphia:Lippincott, Williams & Wilkins 2000; 787-858.
- 19.- *Hernández S, Roselló B, Mulas F, Morant A*: Cefaleas no migrañosas. Aspectos psicológicos de las cefaleas. *Rev Neurol Clin* 2001; 2 (1): 279-300.
- 20.- *Brne P, Dooley J, Gordon K*: The prognosis of Childhood headache. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 1157-60.
- 21.- *Lainez JM, Pacual A, Salvador A*: Evolución de la cefalea del niño en la edad adulta. *Rev Neurol Clin* 2001; 2 (1): 309-14.