

CEFALEA CRONICA DIARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Daily chronic headache in children and adolescents

Montserrat Téllez de Meneses,¹ Miguel Tomas,¹ Ana Marco,²
Inmaculada Pitarch,¹ Pedro Barbero.³

¹Adjunto de Neuropediatría, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia;

²Médico Residente, de Neuropediatría. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia;

³Jefe de Sección Neuropediatría, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia.

RESUMEN. La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en edad pediátrica, tanto en Atención Primaria como en Servicio de Urgencias (entre un 1% y 2% de consultas en Urgencias). Gracias a la existencia de la clasificación de la International Headache Society (IHS), podemos realizar un diagnóstico más fiable del tipo de cefalea con el que nos encontramos y distinguir si se trata de una patología benigna o bien existe un proceso neurológico grave. Cuando una migraña o una cefalea de tipo tensional, modifica su intensidad y frecuencia, debemos plantearnos el diagnóstico de Cefalea Crónica Diaria. A pesar de la importancia y frecuencia de esta patología, se tiende a minimizar los efectos que tiene sobre la calidad de vida del paciente. La Cefalea Crónica Diaria (CCD), es una entidad clínica definida por la presencia frecuente de cefaleas (más de 15 días al mes, en un periodo de al menos 3 meses). La cefalea, es uno de los motivos más frecuentes de derivación a Neuropediatría, con un porcentaje que puede llegar hasta un 35%. El aumento de las condiciones de estrés, pueden explicar el incremento en su prevalencia.

Palabras Clave: Cefalea, Cefalea crónica, Trastornos de cefalalgia.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma común en la infancia, que puede manifestarse desde los primeros años de vida, aumentando su frecuencia en la adolescencia. Tradicionalmente se le dio poco interés por atribuirle a otros procesos propios de la infancia como infecciones, traumatismos o alteraciones emocionales. La importancia de la cefalea en la infancia es que puede ser la expresión clínica de un proceso grave, que requiere una actuación urgente, como puede ser un proceso tumoral. Es uno de los principales motivos de consulta y derivación a consulta de Neuropediatría, pudiendo alcanzar hasta un porcentaje del 35%. La cefalea constituye un motivo de consulta muy frecuente en la urgencia de un hospital, hasta un 1-2% de las consultas de urgencias. En muchas ocasiones el pediatra se ve obligado a remitir al especialista, sin que sea necesaria una atención especializada. Es importante una buena anamnesis y exploración física del niño para evitar en lo posible exámenes innecesarios y evitar en cierta medida la angustia familiar que conlleva. Supone el 3% de 3 a 7 años, 4-7% de 7 a 11 años y de un 8-23 % de 11-15 años con predominio en varones en la infancia y de mujeres en la pubertad. En pediatría la cefalea de tipo migrañoso y de tipo tensional son las más frecuentes.¹

La evaluación de un niño con cefalea puede ser complicada para obtener una historia clínica detallada. Cuando se presenta de forma recurrente y frecuente o con una in-

tensidad severa, puede interferir en la actividad cotidiana del niño. Datos como el nivel de ausencias al colegio puede orientarnos sobre la severidad de la cefalea. Las cefaleas en la infancia pueden interferir el rendimiento escolar, alterar su conducta e interrumpir actividades diarias.

La Cefalea Crónica Diaria, que en ocasiones resulta difícil de diagnosticar, por la menor capacidad de discriminar el tipo de dolor por los niños, provoca un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, influyendo en su actividad cotidiana, colegio, trabajo, alteraciones sueño, etc. Muchos pacientes con este tipo de cefalea quedan sin ser bien diagnosticados, puesto que la mayoría de ocasiones tienen antecedentes de otro tipo de cefalea sobre todo, migraña y cefalea tensional.

EPIDEMIOLOGÍA

En la infancia, el estudio de la epidemiología tiene limitaciones, tales como la expresión de los síntomas por parte del niño y la interpretación por el médico, siendo difícil la anamnesis, con la posibilidad de resultados incorrectos. La prevalencia de la cefalea infantil ha sido estudiada en distintos ámbitos. Estudios realizados en nuestro entorno, se obtuvo que para la edad de 3 a 15 años una prevalencia entre el 37.9-46.3% y de migraña entre el 4.4-11.1%.² Sillanpaa y colaboradores,³ realizaron un estudio en 1974 y 1996 en Finlandia sobre la prevalencia de las cefaleas en general y de migraña en particular en niños de 7 años, concluyendo que la cefalea había aumentado en los últimos 30 años de un 14.4% a un 51.1%.

Dirigir correspondencia a: M Téllez de Meneses, tellez_mon@gva.es

Declaración de Conflicto de Interés: Los autores no tienen conflicto de interés que declarar en relación a este artículo.

En trabajos publicados por Gardela y colaboradores⁴ y Artigas y colaboradores² se aplican diferentes criterios de clasificación, y coinciden en la gran prevalencia de cefalea en la infancia, con predominio del sexo femenino en todos los tipos de cefalea. La prevalencia en niños y niñas es igual antes de la pubertad, pero luego es tres veces más frecuentes en niñas que en niños.⁵ Aproximadamente el 90% de los niños migrañosos tienen historia familiar. Es posible que estos antecedentes tengan relación con una herencia poligénica multifactorial y se ha confirmado que cuando están presentes la cefalea es de comienzo precoz.⁶ A partir de estudios epidemiológicos se confirma que la Cefalea Crónica Diaria (CCD), es poco frecuente en la población adulta (prevalencia del 4.7%),⁷ y aparentemente rara en niños y adolescente (prevalencia entre el 0.2-0.9%).⁸

FISIOPATOLOGÍA

Se desconoce la fisiopatología exacta de las cefaleas primarias. Hasta el momento, los conocimientos sobre la fisiopatología de las cefaleas se basa en estudios en animales de experimentación y estudios funcionales durante los ataques de migraña. Estos estudios son de gran interés para entender el funcionamiento de las vías del dolor en voluntarios sanos⁹ El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP) como una “experiencia emocional y desagradable que se asocia con un riesgo potencial de daño tisular”. El dolor es una experiencia consciente y altamente subjetiva. En la percepción final del dolor van a influir múltiples factores que se encargan de modular y filtrar el impulso nociceptivo. Entre ellos se encuentran: Factores estructurales y químicos: enfermedades neurodegenerativas, alteraciones metabólicas; Cambios del estado anímico: depresión, ansiedad; Contexto social: creencias, efecto placebo; Estado cognitivo: hipervigilancia, nivel de atención.¹⁰

Todos estos factores se enmarcan dentro de una red neuronal de dolor. Los diferentes elementos de la red se activan dependiendo de las circunstancias individuales para facilitar o inhibir la señal nociceptiva. Tiene importancia en este sentido el concepto de “sistema descendente de dolor”, constituido por estructuras como la sustancia gris periacueductal, el núcleo cuneiforme o la médula ventromedial rostral. Una disregulación de este sistema descendente sería el responsable del dolor crónico o de la aparición del dolor espontáneo. Las estructuras implicadas en el dolor pueden ser: Extracraneales: arterias y venas de la superficie del cráneo, celdillas mastoideas y senos paranasales. Orbitas, músculos de cabeza y cuello; Intracraneales: arterias de la base del cráneo y la duramadre en la porción más basal del cerebro; El parénquima cerebral y la mayor parte de las meninges son insensibles.

La cefalea se puede producir por algunos de los mecanismos siguientes.¹¹ 1) Vasodilatación: como ocurre en las hipoglucemias, acidosis, fiebre, hipertensión arterial; 2) Inflamación: en procesos infecciosos como meningitis, oti-

tis, sinusitis; 3) Desplazamiento- tracción: en la hipertensión intracraneal, hidrocefalia obstructiva, hematoma epidural, subdural, absceso, rotura de aneurisma; 4) Contracción muscular: mecanismo de producción de cefalea tensional; 5) Teorías neuronales o neurogénica: aparecen tras comprobar que los mecanismos vasculares no justifican todos los fenómenos de las crisis de migraña.

Respecto a las migrañas, se conoce que existe un factor genético, con un patrón autosómico dominante en un número reducido de familias.¹² En cuanto a la fisiopatología de la Cefalea Crónica Diaria (CCD), se considera que el abuso de analgésicos, podría ser la causa y consecuencia de este tipo de cefalea, sobre todo en pacientes con antecedentes de migrañas. El abuso de analgésicos se relaciona más frecuentemente con migraña, y con la aparición años más tarde de Cefalea Crónica Diaria.¹³ Sin embargo se sugiere que puede existir susceptibilidad genética, debido a que hasta un 30% de pacientes con CCD la desarrollan de manera aislada, y a la ausencia de cefaleas en pacientes sin historia previa de cefaleas primarias que consumen analgésicos en otras patologías.¹⁴

Hay tres aspectos, en cuanto a la genética de la Cefalea Crónica Diaria (CCD): 1) Los factores genéticos que se asocian a las cefaleas primarias, que se transforman en Cefalea Crónica Diaria;¹⁵ 2) La predisposición genética a desarrollar Cefalea Crónica Diaria; 3) El papel de los factores genéticos en los procesos neurobiológicos.

La genética de la CCD, ha sido estudiada por Montana y colaboradores. Un estudio donde 11(16%), de 70 niños con CCD, tenían historia familiar de CCD en familiares de primer grado.¹⁶ No hay datos para ayudar a separar el papel de la influencia genética de factores de tipo ambiental. La genética de la CCD en niños necesita más estudios. En cuanto a estudios de neuroimagen, tras realización de Tomografía con Emisión de Positrones han mostrado que hay un aumento de depósitos de hierro en áreas periacueductal, en los dolores de cabeza crónicos como en la migraña que ya había sido descritos.¹⁷ La fisiopatología de la CCD es multifactorial, presenta una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos y trastornos del sueño.

CLASIFICACIÓN

En 1988, el Comité de clasificación de las cefaleas de la International Headache Society (IHS) publica la “clasificación y criterios diagnósticos de las Cefaleas”, siendo de referencia, si bien de difícil adaptación en niños. En 2004, se publica una segunda edición de dicha clasificación de la IHS. En esta clasificación se divide a las cefaleas en dos grandes grupos, por un lado las Cefaleas Primarias, que incluyen migraña, cefalea tensional, cefaleas trigeminales y otras cefaleas primarias. Por otro lado están las Cefaleas Secundarias a otra patología, como son las atribuidas a traumatismo craneoencefálico, trastorno vascular la infección, a trastorno psiquiátrico, trastorno intracraneal, no vascular, etc.

Las cefaleas infantiles también se han clasificado en base a su etiología y a su patrón temporal (Rothner 1983). En esta clasificación se diferencian las cefaleas en función de su evolución cronológica en: 1) Cefaleas Agudas: de duración inferior a 5 días y sin antecedentes de cefaleas previas; 2) Cefaleas Agudas Recurrentes: crisis de cefalea que ocurren periódicamente, con intervalos libres de síntomas; 3) Cefaleas Crónica no Progresiva: Cefaleas que duran más de 15-30 días con frecuencia e intensidad de los episodios similares, estables, con ausencia de signos neurológicos anormales; 4) Cefaleas Crónicas Progresivas: que duran más de 15-30 días con frecuencia diaria-semanal, con intensidad creciente signos neurológicos anómalos; 5) Cefaleas Mixtas: combinación de varios patrones en un mismo paciente. Esta clasificación es más práctica a la hora de manejar una cefalea en un Servicio de Urgencias.

CEFALEA CRÓNICA DIARIA ¿DÓNDE SE UBICA EN ESTA CLASIFICACIÓN?

Se considera Cefalea Crónica Diaria, a la presencia de cefalea durante más de 15 días al mes o más de 180 días al año. La clasificación de la International Headache Society (IHS) de 1988 trataba las cefaleas en función de las características clínicas de un episodio de cefalea., sin tener en cuenta la historia natural. Como la Cefalea de Tensión Crónica (CTC) era la única categoría de Cefalea Crónica Diaria (CCD), muchos pacientes quedaban sin diagnosticar. Muchos de estos pacientes habían tenido una historia previa de migraña episódica que había sufrido una transformación, con crisis más frecuentes y con atenuación de síntomas, como náuseas, fotofobia, axial como de la intensidad. La clasificación propuesta por Silberstein et al¹⁸ y parcialmente incorporada en la clasificación de la HIS de 2004, distingue cinco categorías dentro del concepto de Cefalea Crónica Diaria (Cuadro 1).

Migraña crónica (MC). Migraña transformada en Cefalea Crónica Diaria: son pacientes jóvenes con un historial de migrañas, que posteriormente comienzan con crisis diarias. Muchos pacientes con Migraña Crónica tienen diariamente o casi diario episodios de cefalea de baja a moderada intensidad.

Puede estar relacionado con abuso de analgésicos para el control de sus cefaleas.

Cefalea de tipo Tensional Crónica (CTC). Evoluciona a Cefalea Crónica Diaria. Aumenta la frecuencia del do-

lor hasta hacerse diarias. (Presente más de 15 días en un mes). La cefalea tensional suele ser bilateral.

Cefalea “Nueva” Persistente Primaria (CPDN). Evoluciona a Cefalea Crónica Diaria. Son pacientes que pueden determinar la fecha en que comienzan sus crisis, sin antecedentes de migraña ni de cefalea tensional. Se trata de cefaleas que aparecen abruptamente, son diarias y el dolor suele ser bilateral, de intensidad moderada, aunque también pueden presentar rasgos de migraña como dolor punzante, fotofobia asociada, unilateral. Puede que se trate de cambios inmunes por el virus Epstein Mar, con evidencias serológicas en el 90% de los pacientes. Las infecciones, principalmente por *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Streptococcus* y virus de Epstein Barr, pueden ser un desencadenante de la CPDN.¹⁹

Cefalea Hemicraneal Continua (CHC). Es una cefalea continua estrictamente unilateral, de una intensidad que varía de moderada a severa, acompañada de síntomas autotónicos y en ocasiones de migraña. Suele responder a Indometacina.

Cefalea por Abuso de Medicación. Este tipo de cefalea fue previamente descrito como cefalea de rebote a tratamiento con analgésicos, cefalea inducida por medicamentos y mal uso de los mismos para paliar el dolor. Actualmente se refiere a ella cuando una cefalea primaria, empeora con el tratamiento, a veces por abuso de dicha medicación. En la práctica la Cefalea por Abuso de Medicación aparece precedida por episodio de migraña o cefalea tensional, que ha sido tratada con frecuencia y con excesivas cantidades de medicación sintomática aguda. Algunos estudios la consideran como otro subtipo de Cefalea Crónica Diaria, si bien cada uno de los subtipos (migraña, tensional), pueden a la vez dividirse en abuso o no de medicación.

Se comprueba que los resultados son dispares, debido sobre todo a los distintos criterios de clasificación.²⁰ En estudios más recientes, en los que se utilizó como modelo la clasificación propuesta por Silberstein, predomina claramente el diagnóstico de Migraña Crónica. El estudio de Abu-Arara²¹, que utilizaba la clasificación de la HIS de 1988, identificó un 63.8% de los pacientes con cefalea tensional, pero más de 50% presentaban náuseas, fotofobia, síntomas claramente migrañosos. Pueden identificarse, por lo menos dos elementos que dificultan la clasificación de la Cefalea Crónica Diaria en niños: la dificultad de discriminar y definir el tipo de dolor por el niño y la posible modificación

Cuadro 1. Clasificación de las cefaleas (IHS).¹

	MC	CTT	CPDN	CHC	MOH
Num. Crisis	>15d/mes	>15d/mes	>15d/mes	>15d/mes	>15d/mes
Duración	>1mes	>3meses	>4h, continua, fluctuante	>3meses	2-3meses
Carácter. Cefalea	Unilateral, Pulsátil, Aum. Activ. física	Bilateral Opresiva Leve-Moderada No afecta activ, física	Sin historia de CTC o CM Bilateral. Opresiva.	Continua, con. Fluctuaciones. Unilateral. Leve-Moderada.	Uni/ Bilateral. Pulsátil/ Opresiva. Leve-moder-grave.

MC: Migraña Crónica. CTC: Cefalea Tensional Crónica. CPDN: Cefalea “ Nueva” Persistente Primaria. CHC: Cefalea Hemicraneal Continua. MOH: Cefalea por abuso de medicación.

de las características del dolor con la evolución hacia la cronicidad, que puede ser debido a que el mecanismo de producción del dolor es común en Cefalea Tensional Crónica y Migraña Crónica.

CEFALEA CRÓNICA DIARIA

En 1982, Mathew y colaboradores utilizan el término de Cefalea Crónica Diaria (CCD), para describir las cefaleas que presentan a diario algunos adultos.²² Posteriormente, doce años más tarde, Holden y colaboradores publican un trabajo con niños que presentaban Cefalea Crónica Diaria.²³ La Cefalea Crónica Diaria (CCD), viene definida como la presencia de cefalea durante más de 15 días al mes o más de 180 días al año.²⁴ Se estima que la prevalencia de la CCD, en adolescentes es del 1% y llega hasta un 4% en la población adulta.²⁵

La CCD no es un tipo de cefalea específica, se trata de un síndrome que abarca otras cefaleas primarias o secundarias. El término “crónico” en CCD, se refiere a la frecuencia de las cefaleas o duración de la misma. Estos tipos de cefaleas se caracterizan por ser prolongadas, de 4 o más horas. El término primaria CCD, se aplica cuando la frecuencia de la cefalea es de 15 días o más al mes durante más de 3 meses en ausencia de patología orgánica. Este tipo de cefalea afecta de forma negativa a la calidad de vida del paciente. Produce un impacto negativo incluso a nivel familiar y en la sociedad. Se manifiesta en el niño con absentismo escolar, no participación en actividades escolares, por lo cual es esencial un diagnóstico y manejo correcto de la Cefalea Crónica Diaria.²⁶

Aproximación diagnóstica: Historia clínica: es el punto más importante para llegar a un diagnóstico correcto. Las preguntas deben ser dirigidas al niño, y se puede completar con preguntas a padres. Se debe tener en cuenta la interacción entre el niño y padres, ya que refleja el ambiente familiar y la posibilidad de la existencia de algún conflicto familiar. Los niños y adolescentes responden de manera distinta al dolor; los más pequeños pueden manifestarlo en forma de rabietas, irritabilidad, llanto. Si este dolor se transforma en crónico, puede interferir de manera importante en la actividad cotidiana como jugar, colegio. Los adolescentes tienden a aislarse e incluso problemas de relaciones interpersonales. Se deben de realizar una serie de preguntas claves para conseguir un diagnóstico certero.

Examen Físico: Examen neurológico completo, pares craneales, fondo de ojo, sistema motor. Se debe descartar otros procesos tipo infecciones, articulación temporo-mandibular, musculatura cuello.

Neuroimagen: Los estudios de neuroimagen no se realizan de forma rutinaria, excepto cuando existen signos de alarma: signos de focalización, menores de 3 años, vómitos al despertar, cefalea crónica progresiva, cefalea aguda, signos meníngeos.

Electroencefalograma: Se plantea ante la posibilidad de que se trate de una posible epilepsia. No se realiza de rutina. En muchas ocasiones, requieren una valoración por psicólogo o psiquiatra.

Se debe realizar un **diagnóstico diferencial**, con otras causas de cefaleas secundarias, entre ellas enfermedades metabólicas, infecciones, hipertensión intracraneal, basculitas, cefalea post-traumática, etc.

MANEJO TERAPÉUTICO

Como medidas generales, se debe recomendar una serie de hábitos, que dado el ritmo de vida que requiere la sociedad actual, a veces son difíciles de seguir: patrón de sueño irregular, omisión de algunas comidas, excesiva actividad, irregularidad de horarios. El papel de los alimentos es muy controvertido. Varios estudios han demostrado que técnicas de relajación, han sido eficaces en el manejo a largo plazo del paciente con cefaleas. Se debe evitar factores desencadenantes y promover la regularización del estilo de vida.

En el manejo de la Cefalea Crónica Diaria, se deben tener en cuenta: Identificar el tipo de cefalea crónica diaria; descartar las causas sintomáticas de cefalea crónica con neuroimagen; evaluar el tratamiento. El tratamiento de la CCD es multifactorial, incluyendo terapia aguda, tratamiento preventivo, hábitos de conducta, terapia de relajación, e incluso intervención psicológica o psiquiátrica.²⁷ Se debe tener en cuenta de que subtipo de cefalea crónica se trata y si existe o no abuso de medicación, para plantear la pauta terapéutica.

El primer paso es identificar y tratar los factores que pueden influir, incluyendo estilo de vida, y que pueden desencadenar la transformación de la cefalea a CCD. La cefalea Crónica Diaria, especialmente la primaria se debe tratar de forma multidisciplinar. Familiares cercanos deben de involucrarse con el tema, ya que pueden contribuir en el tratamiento de la cefalea.²⁸ Cuando se asocia a trastornos de tipo psiquiátrico, se plantea si se deberían ser tratados antes o en conjunción con el tratamiento farmacológico de la cefalea. Si existe abuso de medicamentos, se debe realizar una retirada gradual del mismo.

Terapia Psicológica: Hay buena evidencia de la efectividad de las terapias psicológicas, especialmente la relajación y tratamiento cognitivo-conductual, reduciendo la severidad y frecuencia de la cefalea.²⁹ Este tipo de tratamiento debe ser ofrecido como alternativo al tratamiento farmacológico.

Otros tratamientos no farmacológicos: El sistema láser acupuntura ha sido efectivo en niños con cefaleas.³⁰

Tratamiento farmacológico: si es necesario por el impacto en la calidad de vida, la elección del fármaco no solo depende del subtipo de cefalea crónica, también de la presencia de condiciones asociadas como ansiedad, depresión o alteraciones psiquiátricas.

CONCLUSIONES

Con una prevalencia de al menos 1% en escolares, la Cefalea Crónica Diaria es una causa de dolor importante en la infancia. Un porcentaje clínicamente significativo confirma

haber tenido cefaleas frecuentes en la infancia y presentar una CCD en la edad adulta. Muchas condiciones, en especial psicológica y psiquiátricas son comorbilidades y contribuyen a una CCD primaria. Por ello una actitud multifactorial puede mejorar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis DW. Headaches in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2002;65(4):625-632.
2. Artigas J, Grau R, Esclusa F, Canosa P, Moltó E. Prevalencia y características de la cefalea y migraña en la infancia. *Rev Neurol*1998;26(151):368-371.
3. Sillanpaa M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches. Turing the first seven school years. *Headache*1983;23(1):15-9.
4. Gardela L, Pellido A, Tacon J. Estudio epidemiológico: cefaleas en la infancia *Rev Neurol Arg* 1999;24(1):7-13.
5. Arroyo HA. Cefalea en la infancia y adolescencia. Clasificación etiopatogénica. *Rev Neurol*2003;37(4):364-70.
6. Yusta Izquierdo A. Biológica bases de migraine. *Rev Clin Esp*2001;201(4):201-4.
7. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache*1999;39(3):190-6.
8. Abu-Arafeh I, Rusell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994;309(6957):765
9. Sanchez del Rio M. Estudios funcionales recientes: ¿Qué aportan al conocimiento de las cefaleas?. *Rev Neurol* 2010;50(8):449-452.
10. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron* 2007; 55(3):377-91.
11. Quintana Prada R. Cefaleas. En: Asociación Española de Pediatría (AEP). Serie: Protocolos de la AEP. 2ª ed. Madrid: Ergón, S.A.;2010. p. 271-279.
12. Rufo-Campos M. Fisiopatología de la migraña. *Rev Neurol Clin* 2001; 2(1):263-71
13. Diener HC, Katararva Z. Analgesic/ abortive overused and misuse in chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001; 5(6):545-50.
14. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby P. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics?. *Headache*2003;43(3):179-90.
15. Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, Pierangeli G, Zanigni S, Nicodemo M, et al. Family history for chronic headache and drug overuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*2009;49(3):412-18.
16. Montagna P, Cevoli S, Marzocchi N, Pierangeli G, Pini LA, Cortelli P, et al. The genetics of chronic headaches. *Neurol Sci*2003;24 (Supl 2): S51-6.
17. Welch KM, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine: cause or burden of illness? *Headache* 2001;41(7):629-637.
18. Silberstein SD., Lipton RB., Sliwinski M. Classification of Daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology*1996;47(4):871-5.
19. Hershey AD, Powers SW, Benti AL, Le Cates S, De Grauw TJ. Characterization of chronic daily headaches in children in a multidisciplinary headache center. *Neurology*2001;56(8):1032-7.
20. Gladstein J, Holden W. Chronic daily headache in children and adolescents: a 2-year prospective study. *Headache*1996;36(6):349-51)
21. Abu-Arafeh I. Chronic tension-type headache in children in adolescents. *Cephalalgia* 2001;21(8):830-6.
22. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache*1982;22(2):66-8.
23. Holden EW, Gladstein J, Trulsen M, Wall B. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache*1994;34(9):508-14.
24. Silberstein SD, Lipton RB, Salomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache*1994;34(1):1-7.)
25. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Chronic daily headache in adolescents: prevalence: impact, and medication overuse. *Neurology*2006;66(2):193-197.
26. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache. *Neurology* 2002;58(7):1062-1065.)
27. Dodick DW. Clinical practice: chronic daily headache. *N Engl J Med* 2006; 354(2):158-165
28. Seshia SS. Chronic daily headache in children and adolescents. *Can J Neurol Sci* 2004;31(3):319-23
29. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski A, Morley S. Psychological therapies for the managements of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*2009;15(2).
30. Gottschling S, Meyer S, Gribova I, Distler L, Berrang J, Gortner L, et al. Laser acupuncture in children with headache: a double-blind, randomized, bicenter, placebo-controlled trial. *Pain*2008;137(2):405-12.

ABSTRACT. Headache is a frequent cause for consultation in pediatric patients, both in primary care and emergency department (between 1% and 2% of consultations in ED). According to the classification of the International Headache Society (IHS), we can make a more reliable diagnosis about the type of headache we are dealing with and we can distinguish whether it is a benign condition or there is a serious neurological disease. When a migraine or tension-type headache changes its intensity and frequency, we must consider the diagnosis of Chronic Daily Headache. Despite the importance and frequency of this condition, people tend to minimize the effects on the quality of life of patients. Chronic Daily Headache (CDH) is a clinical entity characterized by frequent headaches (more than 15 days per month over a period of at least 3 months). Headache is one of the most frequent reasons for referral to Neuropediatrics, a rate that can reach 35%. Increasing stress levels may explain the increase in prevalence of having it.

Keywords: *Chronic headache, Headache, Headache disorders.*