

---

# Originales

---

KRANION 2004;4:17-20

## Comparación de la opinión del neurólogo y de los criterios IHS en la catalogación de las cefaleas inclasificables

A. CANO, E. PALOMERAS, M. FLORIACH, P. SANZ, P. FOSSAS

---

### RESUMEN

Desde la publicación en 1988 de la clasificación de la *International Headache Society* (IHS) los médicos de todo el mundo han dispuesto de una herramienta para clasificar de manera uniforme cualquier cefalea. El objetivo de este trabajo es estudiar qué motivos llevan a catalogar una cefalea como "inclasificable" y si sería conveniente o no intentar limitar este grupo. Han sido estudiados 1.882 pacientes. Diez de ellos presentaban cefaleas inclasificables según criterios de la IHS y 112 según la opinión del neurólogo. La mayoría de cefaleas consideradas inclasificables por el neurólogo se clasificaban según la IHS en los apartados de "probable migraña" y "probable cefalea tensional". En conclusión, en nuestro medio muy pocas cefaleas no pueden clasificarse siguiendo los criterios de la IHS.

**Palabras clave:** Cefalea. Clasificación. Inclasificable.

---

### SUMMARY

Since the publication in 1988 of the proposed revised classification of headache by the International Headache Society, neurologists have operational criteria for the diagnosis of headache disorders. The aim of this study is to know why a headache is classified as "not classifiable headache" and why or why not is an important objective to limit this group. 1822 patients were evaluated. Ten had a not classifiable headache when using the IHS criteria. If the neurologist criteria were applied, 112 fulfilled them. The most important group of the headaches that received the diagnosis of unclassifiable by the neurologist were classified of "probable migraine" or "probable tensional headache". In conclusion, a little number of headache were defined as "unclassifiable headache" with the IHS criteria.

**Key words:** Headache. Classification. Not classifiable.

---

Servicio de Neurología  
Hospital de Mataró  
Mataró (Barcelona)

---

#### Dirección para correspondencia:

Antonio Cano  
Hospital de Mataró  
Carretera de Cirera s/n  
08304 Mataró (Barcelona)  
Tel.: 93 741 77 38  
Fax: 93 741 77 38  
E-mail: acano@csm.scs.es

## INTRODUCCIÓN

Desde la publicación de la clasificación de la *International Headache Society* (IHS) en 1988 los médicos de todo el mundo han dispuesto de una herramienta muy útil para clasificar de manera uniforme cualquier cefalea<sup>1,2</sup>. Ya desde el principio se intuyeron las carencias que una clasificación rígida podía tener a la hora de catalogar una cefalea. La mayor parte de las discusiones desde entonces se han referido a la sensibilidad y especificidad para clasificar las principales cefaleas primarias<sup>3,4</sup>. Todo esto ha llevado a realizar una segunda edición de los criterios IHS para la clasificación de las cefaleas<sup>5</sup>. En ambas clasificaciones el último apartado se refería a aquellas cefaleas que no podían clasificarse. El objetivo de este trabajo consiste en analizar este subgrupo de cefaleas y estudiar por qué motivos una cefalea se califica de inclasificable y si deberíamos esforzarnos o no en recalificar estas cefaleas.

## MÉTODOS

Clasificamos las cefaleas de 1.822 pacientes consecutivos visitados ambulatoriamente según los criterios IHS y según la opinión del neurólogo que los visitaba. Se ha analizado el grupo de pacientes catalogados de cefalea inclasificable (CI). Si el neurólogo clínicamente clasificaría esta cefalea dentro de uno de los grupos de la IHS se han analizado qué criterios impedían realizarlo. Y al revés, también hemos analizado todos aquellos pacientes que el neurólogo catalogaba de inclasificables y sí podían clasificarse según la IHS. Para el resto de cefaleas que tanto el neurólogo como la clasificación IHS consideraban como inclasificables se han analizado las variables preponderantes (sexo, edad, historia familiar, inicio, localización, intensidad, síntomas asociados, duración, frecuencia y patología médica o psiquiátrica asociada) y en qué grado éstas podían explicar que la cefalea se catalogara así.

## RESULTADOS

Los 1.822 pacientes presentaban 2.075 cefaleas de uno u otro tipo según criterios IHS y 2.068 según el neurólogo que los vio. Los diagnósticos principales según la IHS y según el criterio neurológico quedan

reflejados en la tabla 1. Según el neurólogo que los visitó, 112 cefaleas se catalogaron de inclasificables (5%) mientras que según la clasificación IHS existían 10 (0,4%).

Las características de ambos grupos se describen en la tabla 2.

Las 10 cefaleas que la IHS califica de inclasificables también fueron así catalogadas por el neurólogo. De estos 10 pacientes, en 2 se carecía de datos necesarios para la clasificación y en 8 se trataba de fenómenos autolimitados (en 4 pacientes un solo episodio).

**Tabla 1. Clasificación de las cefaleas según la IHS y según el neurólogo**

Criterios IHS	Criterios	Neurólogo
Migraña sin aura	729	887
Migraña con aura	248	255
Probable migraña	311	50
Cefalea tensional	458	364
Otras	68	112
Cefalea en acúmulos	34	34
Cefalea inclasificable	10	112
Cefalea por abuso de sustancias	118	186
Cefalea por TCE	99	78
TOTAL	2075	2068

**Tabla 2. Características de las cefaleas inclasificables**

	Neurólogo	IHS
Sexo (H/M)	1/2,6	1/1
Edad	36,7±20	33±16
Historia familiar	45%	70%
Evolución en años	2,6	1
Localización		
Hemicraneal	24%	20%
Holocraneal	17%	30%
Localizada	59%	50%
Intensidad media	7,7±1,8	8,3±1,9
Náuseas	25%	0%
Vómitos	15%	0%
Fotofobia	28%	30%
Sonofobia	38%	30%
Frecuencia mensual	22	<1
Duración (horas)	35±41	41±49
Patología psiquiátrica asociada (ansiedad-depresión)	20%	40%
Episodio único	4	4

Naturalmente, las 102 cefaleas restantes catalogadas por el neurólogo como inclasificables sí consiguieron clasificarse con criterios IHS. Casi de forma idéntica caen en los grupos de migraña y de cefalea tensional, y entre ellos se reparten más del 90% de los diagnósticos, siendo destacable que más de la mitad corresponden a cefaleas clasificadas como probable migraña o probable cefalea tensional. Los principales diagnósticos se detallan en la tabla 3.

## DISCUSIÓN

La primera evidencia que se desprende del presente estudio es que el número de cefaleas catalogadas como inclasificables siguiendo los criterios IHS es verdaderamente muy pequeño en nuestro medio. Existen 2 motivos por los que las cefaleas se clasifican de CI. El primero (y obvio) es que no existan datos suficientes que permitan la clasificación y creemos que estas cefaleas no deberían llamarse inclasificables ni entrar en ningún tipo de clasificación hasta que no se dispusiera de los datos completos. En nuestro caso, este motivo es poco importante por las características de las cefaleas que llegan a nosotros. La práctica totalidad es derivada por los médicos de familia después de un tiempo de evolución muy prolongado, lo que limita el número de cefaleas de corta evolución o con episodios autolimitados. El segundo motivo es que las características de la cefalea no encajen dentro de ninguna de las clasificaciones. Este segundo motivo, que sería el importante, se da en muy pocas circunstancias en el caso de la clasificación IHS y más a menudo cuando la decisión de la clasificación depende del neurólogo. A nuestro modo de ver, o la IHS es muy laxa y permite clasificar casi cualquier dolor, o el neurólogo en este estudio ha sido demasiado rígido. Probablemente ambas afirmaciones son ciertas.

**Tabla 3. Clasificación según la IHS de las cefaleas catalogadas de inclasificables por el neurólogo**

1.1 Migraña sin aura	11%
1.6 Probable migraña	37%
2.1 Cefalea tensional (<1xmes)	3,5%
2.2 Cefalea tensional (1-14 episodios por mes)	7%
2.3 Cefalea tensional crónica	16%
2.4 Probable cefalea tensional	16%
Otras	9,5%

Por una parte, la IHS, en los grupos que suelen recoger mayor número de cefaleas (el "1", que corresponde a migraña, y el "2", que corresponde a cefalea tensional), incorpora la clasificación de "probable", a la que se han propuesto varias revisiones<sup>6</sup>. Es precisamente aquí, "probable migraña o probable cefalea tensional", donde se incluían más cefaleas calificadas por el neurólogo como inclasificables.

Por otra parte, el hecho de que una décima parte sea catalogada de migraña sin aura y una cuarta parte de algún tipo de cefalea tensional también evidencia que el neurólogo fue, o muy restrictivo para clasificar las cefaleas como migraña o cefalea tensional, o muy laxo para dar el apelativo de inclasificable. Esto queda patente en el hecho de que el grupo de CI del neurólogo incluye pacientes con náuseas/vómitos. Existen pocas cefaleas diferentes de la migraña que se acompañen de esta sintomatología y el neurólogo no las clasificaba así porque el resto de características no eran las típicas, seguramente por la coexistencia de 2 tipos de cefalea y de una mala discriminación durante la entrevista. La mayoría de pacientes que fueron catalogados así por el neurólogo presentaban 2 tipos de cefalea y se entremezclaban los signos y síntomas durante la entrevista. Así, podíamos tener cefaleas de poca intensidad pero acompañadas de náuseas. La mayoría de estos problemas de clasificación los resolvería el neurólogo con una entrevista más en profundidad, utilizando un diario donde se apuntaran las características de la cefalea, cuándo éstas aparecen o no estando sometido a realizar una clasificación para un estudio, sino atendiendo a un sentido más práctico.

Con todos estos datos podemos preguntarnos si debe preocuparnos el hecho de que existan cefaleas inclasificables. En nuestra opinión, la respuesta debe matizarse.

En primer lugar, de cara al manejo diario de los pacientes, no es un hecho preocupante, pues el número es muy pequeño y la IHS clasifica más del 99,5% de las cefaleas. Esto tiene una ventaja en relación con métodos más rígidos que impedirían realizar intentos terapéuticos ante cefaleas no clasificadas. Como la IHS clasifica prácticamente todas las cefaleas, consecuentemente, se pueden aplicar las terapias recomendadas. El inconveniente es que los grupos como "migraña" o "cefalea tensional" son muy laxos y de cara a realizar estudios serían pacientes probablemente muy variables. La solución es fácil, no es necesario modifi-

Tabla 4. Apartado C de los criterios de clasificación de la migraña sin aura y la cefalea tensional

Apartado C de los criterios diagnósticos	Migraña sin aura:	Cefalea tensional:
	<p>Como mínimo 2 de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Localización unilateral</li> <li>–Pulsátil</li> <li>–Intensidad moderada/severa</li> <li>–Agravación con la actividad física</li> </ul>	<p>Como mínimo 2 de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>–Localización bilateral</li> <li>–No pulsátil</li> <li>–Intensidad leve/moderada</li> <li>–No agravación con la actividad física</li> </ul>

car la IHS para ser más rígida, pero sí se puede, o recoger sólo pacientes que no estén en el grupo de “probable,” o admitir sólo aquellos pacientes que cumplan todas las características del apartado C de los criterios diagnósticos y no sólo 2 de las 4 (Tabla 4).

Por otra parte, el pequeño grupo de cefaleas inclasificable es necesario, porque engloba cefaleas que probablemente en el futuro sí sean una entidad. Es paradigmático el ejemplo del SUNCT (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing*), que en la clasificación de 1988 sería inclasificable y que en la de 2004 aparece dentro del grupo 3: *Cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias*.

En conclusión, el grupo catalogado como CI es muy reducido cuando se aplican los criterios IHS y no es necesario flexibilizar más la clasificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for the headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
2. Olesen J. The International Headache Society. Classification and diagnostic criteria are valid and extremely useful. *Cephalalgia* 1996;16:293-5.
3. Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria. *Neurology* 1994;44(Suppl 4):6-10.
4. Pajarón E, Lainez JM, Monzón MJ, et al. Validez de los criterios de clasificación de la *International Headache Society* para la migraña, cefalea de tensión episódica y cefalea tensional crónica. *Neurología* 1999;14(6):283-8.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2ª ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):8-151.
6. Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL, et al. Diagnosis of migraine: empirical analysis of a large clinical sample of atypical migraine (IHS 1.7) patients and proposed revision of the IHS criteria. *Cephalalgia* 2001;21:584-95.