

Prevalencia de Cefaleas Primarias y Subtipos en un Grupo de Pacientes con Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

Luisa Fernanda Servioli,¹ Cristina Pérez,² Sandra Consani,³ Gabriel Maciel,⁴ Alejandro Fernández,³ Rosario Taroco,³ Alba Larre Borges,³ Alejandro Noria.*

¹Internista, Posgrado de Reumatología. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "1", Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

²Internista, Neuróloga, Jefe del Departamento de Neurología, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

³Internista, Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "1", Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

⁴Internista, Reumatólogo, Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "1", Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

* Docente del Departamento de Métodos Cuantitativos, Universidad de la República Oriental del Uruguay

Resumen

Objetivos. Conocer prevalencia global de cefalea y subtipos en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) y compararla con la población general.

Establecer en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) la relación entre cefalea y anticuerpos antifosfolípidos (aPL), actividad, otras manifestaciones neurológicas. Comparar la eficacia entre la segunda clasificación de la International Headache Society (ICHD-II), 2004, y la del American College of Rheumatology (ACR), 1999, para clasificar cefaleas en LES.

Métodos. Noventa pacientes fueron evaluados con un cuestionario basado en criterios de la ICHD-II. En pacientes con LES también se aplicó la clasificación de cefaleas del ACR. Prevalencia anual de cefalea y migraña se comparó con la de Uruguay.

Resultados. La prevalencia anual de cefalea en EAS fue similar a la población general (50,6% vs 58,4%). Fueron primarias 47 (52%): Tipo tensional 31 (34,4%), migraña 16 (17,8%), sin aura 13.

Se halló asociación significativa entre EAS y migraña, teniendo 2,87 más posibilidades de presentarla estos individuos que la población general (17,8% vs 6,2%, $P = 0,0001$). De 19 lúpicos con cefalea, relación con actividad: 1, aPL positivos: 13, otras manifestaciones neurológicas: 5. Aplicando la ICHD-II se diagnosticó el 100% de cefaleas en LES; con la clasificación del ACR se diagnosticó el 86%.

Conclusión. La prevalencia de cefalea fue similar a la población general. Predominaron las primarias, tipo tensional y migraña. La migraña fue más prevalente en las EAS. En LES no se demostró asociación entre cefalea y actividad, aPL, otros síndromes neuropsiquiátricos. La ICHD-II debería utilizarse en LES, y la clasificación del ACR debería revisarse.

Palabras clave: Cefalea tipo tensional, Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, migraña.

Prevalence of primary headaches and subtypes in a group of patients with Systemic Autoimmune Diseases

Summary

Objectives. Learn the global prevalence of headache and its subtypes in Systemic Autoimmune Diseases (SADs); compare it with the general population. In Systemic lupus erythematosus (SLE), to establish the relationship between headache and: antiphospholipid antibodies (APA), activity, other neurological manifestations.

To compare the efficacy between the second classification of the International Headache Society (ICHD-II), 2004 and the classification of the American College of Rheumatology (ACR) 1999 to classify headaches in SLE.

Methods. Ninety patients were evaluated with a questionnaire based on criteria of the ICHD-II. In patients with SLE the criteria of the ACR were also used. The annual prevalence of headache and migraine was compared with Uruguay's.

Results. The annual prevalence of headache in SADs was similar to the general population (50.6% vs. 58.4%).

Correspondencia: Dra. Luisa Fernanda Servioli, Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Sector Policlínicas, Hospital Maciel, 25 de Mayo 174, Montevideo, Uruguay. Teléfono (598) 2915 30 00, interno 2126. Email: lfservioli@hotmail.com

There were 47 primary headaches (52%): 31 tension type (34,4%), 16 migraines (17,8%), 13 without aura.

A significant association was found between SADs and migraine; these patients had a 2.86 times greater chance of presenting migraines than the general population (17.8% vs. 6.2%, $P = 0,0001$). In the case of the 19 patients with SLE and headache, there was a relationship with activity in 1 case, 13 were APA positive, 5 had other neurologic manifestations. Applying the ICHD-II criteria 100% of headaches were diagnosed in SLE, applying those of the ACR, 86%.

Conclusion. *The primary headaches predominated, with the same prevalence and subtypes (tension type and migraine) than in the general population. Individuals with SADs have a higher possibility of suffering from migraine. In SLE, no relationship was demonstrated between headache and activity, APA or other neuropsychiatric syndromes. The ICHD-II should be the one to be used in SLE patients, the ACR classification should be revised.*

Key words: *Tension type headache, Systemic Autoimmune disease, migraine.*

INTRODUCCIÓN

La cefalea es frecuente en las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS).^(1,2) Sin embargo, la relación con estas entidades es controvertida. Si forma parte del compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) o es marcador de actividad general de la EAS es discutido.⁽¹⁾

No existen suficientes datos acerca de la prevalencia global y tipos de cefalea en el conjunto de las EAS y por lo tanto no está claro si difiere de lo hallado en la población general.

En el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) la prevalencia y factores asociados con la cefalea han sido ampliamente estudiados, pero los resultados son variables, incluso contrapuestos, y los principales puntos siguen en discusión.⁽¹⁾

El objetivo principal de este estudio fue conocer la prevalencia global de cefalea y tipos de la misma en un grupo de pacientes con Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y compararlo con la población general. Los objetivos secundarios fueron establecer en los pacientes con LES la relación entre cefalea y anticuerpos antifosfolípidos (aPL), actividad de la enfermedad y otras manifestaciones neurológicas. También en pacientes con LES se comparó la eficacia entre los criterios de la segunda clasificación de la International Headache Society (ICHD-II) y los del American College of Rheumatology (ACR) para clasificar las cefaleas halladas en esta enfermedad.^(3,4)

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de EAS que consultaron en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Maciel, entre mayo de 2010 a mayo de 2011. De los pacientes con cefalea secundaria se incluyeron aquellos cuya cefalea se consideró provocada por actividad de la EAS a nivel del SNC; los pacientes con cefalea secundaria a otra causa que no fuera la EAS fueron excluidos del estudio. Esta investigación se realizó respetando las recomendaciones internacionales sobre investigación clínica (Declaración de Helsinki de 1975, revisión de 2000) de la Asociación Médica Mundial.

El diagnóstico de las diferentes EAS se realizó de acuerdo a los criterios de clasificación propuestos por el ACR para cada una de estas enfermedades.

Reumatólogos, médicos internistas y un neurólogo especialista en cefaleas realizaron historia clínica y examen físico a cada uno de los pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas dividido en tres partes. La primera incluyó: tipo de EAS, presencia de cefalea actual o previa y en el último año. La segunda parte incluyó preguntas relacionadas a las características de la cefalea, en caso de estar presente, como: presentación, duración, frecuencia, localización, carácter, intensidad, síntomas asociados, factores desencadenantes, otras manifestaciones neurológicas, relación temporal de la cefalea y/o cambio evolutivo en relación al diagnóstico de EAS. Esta sección también incluyó un interrogatorio dirigido a descartar causas de cefalea secundaria y resultados de paraclínica realizada con el mismo objetivo.

La tercera parte estaba dirigida a los pacientes con LES. Se registraron: relación cefalea-actividad de la enfermedad, respuesta de la cefalea al tratamiento del LES u otros fármacos, presencia de otros síndromes neuropsiquiátricos y de aPL.

Para el diagnóstico de cefalea y su clasificación se utilizaron los criterios establecidos por la ICHD-II en 2004.⁽³⁾ En los pacientes con LES también se aplicó la clasificación de cefaleas propuesta por el ACR en 1999 para esta enfermedad.⁽⁴⁾

Se consideraron causa de cefalea secundaria: la infecciosa, tóxico-farmacológica, abuso o privación de sustancias, causa metabólica, tumoral u otras lesiones estructurales del SNC, trauma, hipertensión arterial, causa vascular, neuralgias craneofaciales, patología ocular y de cráneo, otorrinolaringológica o dental, entre otras. En los pacientes con sospecha clínica de cefalea secundaria se realizaron: analítica sanguínea, Tomografía Computada o Resonancia Magnética (RM) y/o estudio del líquido cefa-

lorraquideo (LCR), fondo de ojo y/o consulta con otros especialistas, según cada caso.

La cefalea se consideró como secundaria a la actividad de la EAS a nivel del SNC si: no era clasificable como primaria según criterios de la ICHD-II, su inicio tenía relación temporal con el diagnóstico de la EAS, estaba presente en los brotes de la enfermedad y asociaba alteraciones estructurales del SNC en la RM y/o LCR anormal, en ausencia de otras causas.

La actividad del LES se determinó por el Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI). El diagnóstico de otros síndromes neuropsiquiátricos se realizó según la nomenclatura y definición de casos propuesto para el LES por el ACR (1999).⁽⁴⁾

En todos los pacientes con LES se indicó al menos una determinación de aPL: anticardiolipina, anticoagulante lúpico y β_2 -glicoproteína-I (β_2 GP-I).

La prevalencia anual de cefalea y migraña se comparó con la de la población de Uruguay, obtenida por Pérez C. *et al.*, mediante encuesta telefónica, en el período 2004-2005. En dicho estudio, que incluyó a todo el territorio nacional, se entrevistó a 727 personas (532 mujeres, 195 hombres) de entre 15 a 85 años de edad. La prevalencia global anual estimada de cefalea fue 58,4% y la prevalencia anual estimada de migraña fue 6,23%.⁽⁵⁾

En los casos de cefalea mixta cada tipo se consideró individualmente para el cálculo de la frecuencia correspondiente a cada tipo de cefalea.

Se aplicó estadística descriptiva (para distribución de frecuencias), tests no paramétricos (chi cuadrado) y medidas de riesgo relativo (razón de prevalencia).

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizaron los softwares: Excel, Epidat 3.1 y Epidata Analysis.

RESULTADOS

Se estudió a 90 pacientes: 81 mujeres (90%) y 9 hombres (10%). El promedio de edad fue de 46 años; rango: 17-89 años. La Tabla 1 muestra la distribución de pacientes según tipo de EAS. Los casos de vasculitis correspondieron a: Poliarteritis Nodosa,⁽²⁾ Síndrome de Churg-Strauss,⁽³⁾ Granulomatosis de Wegener,⁽²⁾ Arteritis de células gigantes,⁽²⁾ Arteritis de Takayasu,⁽¹⁾ vasculitis predominantemente cutánea,⁽¹⁾ vasculitis con compromiso cutáneo, hepático y del Sistema Nervioso Periférico.⁽¹⁾ Otras EAS incluidas fueron Síndrome Antifosfolípido Primario⁽¹⁾ y Artritis Psoriásica.⁽¹⁾ La coexistencia de LES y Sjögren fue la presentación predominante en el Síndrome de Solapamiento. La patología autoinmune más frecuente fue el LES, correspondiendo al 29% de los casos, seguido por el Síndrome de Solapamiento (19%), Artritis Reumatoidea (17%), Vasculitis (13%) y el Síndrome de Sjögren

Primario (SSP) (6%). El resto de las EAS aparecen con porcentajes inferiores al 5% cada una.

De los 90 pacientes estudiados, 50 manifestaron tener cefaleas (56%), mientras que 40 no la presentaron. Esto indica una prevalencia global de cefalea del 56% en este grupo de pacientes. La prevalencia de cefalea en el último año fue de 50,6% (45/89). En un paciente no se obtuvo este dato. Se comparó dicho valor con la prevalencia anual de cefalea en la población general, la cual no fue significativa (50,6% vs 58,4%, $p = 0,1729$).

Las frecuencias de los diferentes tipos de cefaleas halladas se detallan en la Tabla 2. Los porcentajes corresponden a cada tipo de cefalea, teniendo en cuenta que un mismo paciente pudo presentar más de un tipo (cefalea mixta).

Las cefaleas primarias se observaron en el 52% (47/90) de la población estudiada. Cuatro pacientes presentaron cefalea mixta: migraña sin aura y tipo tensional (3 con LES). La prevalencia de migraña fue de 17,8%. Se halló asociación significativa entre EAS y migraña, teniendo estos individuos 2,87 más posibilidades de presentarla que la población general (17,8% vs 6,2%, $P = 0,0001$; $RP = 2,87$; $IC\ 95\%: 1,69; 4,86$).

La cefalea secundaria a la actividad de la EAS a nivel del SNC se observó en el 2% de los casos (2/90). Estos pacientes eran portadores de Enfermedad de Behçet.

En la Tabla 1 se muestran las frecuencias absolutas de cefalea en los diferentes tipos de EAS.

Con respecto a la frecuencia de cefalea en el último año en pacientes con LES, 16 (64%) presentaron cefalea en dicho período, 9 pacientes no lo hicieron y en un caso no se obtuvo el dato. Este valor se comparó con la prevalencia anual de cefalea en la población general, no encontrándose diferencia significativa. La Tabla 2 detalla los tipos de cefalea hallados en esta enfermedad. Predominaron las cefaleas primarias, tipo tensional (46%) y migraña (23%).

Las Tablas 3 y 4 muestran, respectivamente, la relación hallada entre cefalea-aPL y entre cefalea-otras manifestaciones neurológicas, en el grupo de pacientes con LES. De los 19 pacientes lúpicos con cefalea, en uno ésta se presentó durante la actividad de la enfermedad, en 16 no tuvo relación con actividad y en 2 no se obtuvo este dato. No se demostró asociación estadísticamente significativa entre cefalea y aPL, actividad de la enfermedad u otras manifestaciones neurológicas en pacientes con LES. La Tabla 5 muestra la frecuencia de los tipos de cefalea hallados en pacientes con LES, comparando la ICHD-II y la clasificación del ACR. Aplicando los criterios de la ICHD-II se diagnosticó el 100% de las cefaleas en el LES, mientras que con la clasificación de la ACR se diagnosticó el 86%.

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA Y PRESENCIA DE CEFALEA

Enfermedad Autoinmune	Pacientes (%)	Casos con cefalea (% en cada EAS)
Les	26(28,9)	19(73)
Sd. Solapamiento	17 (18,9)	9 (53)
Artritis Reumatoide	15 (16,7)	7 (47)
Vasculitis	12 (13)	3 (25)
SSP	5(5,6)	4 (80)
Esclerosis Sistémica	4 (4)	2 (50)
Dermatopolimiositis	3 (3)	0 (0)
EITC	3 (3)	2 (66)
Enf. de Behçet	2 (2)	2 (100)
Conectivitis Mixta	1 (1)	1 (100)
Otras ^a	2 (2)	1 (50)
Total	90 (100)	50 (100)

^a Síndrome Antifosfolípido Primario, Artritis Psoriásica. EAS: Enfermedad Autoinmune Sistémica, LES: Lupus Eritematoso Sistémico, SSP: Síndrome de Sjögren Primario, EITC: Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo.

TABLA 3.
RELACIÓN ENTRE CEFALEA Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

	Anticuerpos Negativo	Antifosfolípidos* Positivo	Total de pacientes
Presencia de NO Cefalea	3	4	7
SÍ	4	13	17
Total de pacientes	7	17	24

* En 2 pacientes no se obtuvo el dato.

TABLA 2.
TIPOS DE CEFALEA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Tipos de cefalea [*]	Total de pacientes con EAS	Total de pacientes con cefalea	Pacientes con LES [*]
	n/90 (%)	n/50 (%)	n/26 (%)
N° de pacientes con cefalea	50 (56)		
1. Cefaleas Primarias.	47 (52)	47 (94)	18 (69)
Tipo tensional	31 (34)	31 (62)	12 (46)
Migraña	16 (17,8)	16 (32)	6 (23)
sin aura	13 (14)	13 (26)	5 (19)
con aura	3 (3)	3 (6)	1 (3,8)
Probable tipo tensional	2 (2)	2 (4)	2 (7,6)
Probable migraña sin aura	2 (2)	2 (4)	1 (3,8)
Otras ^a	0	0	0
2. Cefalea secundaria a la EAS.	2 (2)	2 (4)	0

^{*} En un paciente no se obtuvo el dato sobre el tipo de cefalea.

^aclúster, hipertensión endocraneana benigna, etc.

EAS. Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

TABLA 4. RELACION ENTRE CEFALEA Y OTRAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO				
		Cefalea		Total de pacientes
		Presente	Ausente	
Otros síndromes neurológicos	Ausente	14	5	19
	Presente	5	2	7
Total de pacientes		19	7	26

TABLA 5. FRECUENCIA DE LOS TIPOS DE CEFALEAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMPARANDO LA SEGUNDA CLASIFICACIÓN DE LA INTER- NATIONAL HEADACHE SOCIETY (ICHD-II) Y LA CLASIFICACIÓN DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR)	
Clasificación	
ACR	ICHD-II
Migraña sin aura: 5	Migraña sin aura: 5
Migraña con aura: 1	Migraña con aura: 1
Tipo tensional: 12	Tipo tensional: 12
Clúster: 0	Probable tipo tensional: 2
Cefalea por hipertensión intracraneana benigna: 0	Probable migraña sin aura: 1
Cefalea intratable, no específica: 0	
Sin clasificar: 3	Sin clasificar: 0

DISCUSIÓN

Este estudio aporta los primeros datos de cefalea en el conjunto de las EAS en Uruguay. Series comparables son escasas en la literatura, porque se ha investigado a la cefalea en alguna EAS en particular, pero no en el conjunto de estas enfermedades.

En el grupo de EAS estudiado, la prevalencia global de cefalea y los tipos hallados de la misma fue similar a lo descrito en la población general.^(1, 5-10) Predominaron

las primarias con respecto a las secundarias a las EAS, siendo las más frecuentes la tipo tensional y la migraña (la mayoría de éstas sin aura). Por lo tanto, se coincide con otros autores en que en ausencia de otras manifestaciones neurológicas éstas por sí mismas no justificarían más investigación y deberían tratarse como habitualmente.

Es de destacar la asociación encontrada entre las EAS y la migraña, teniendo estos individuos 2,87 más posibilidades de presentar este tipo de cefalea.

Hay que tener en cuenta al analizar este punto, primero, que la prevalencia de migraña reportada para la población de Uruguay⁽⁵⁾ podría estar subestimada, ya que es relativamente baja comparada con la de otros países de la región. Segundo, que no se encontraron en la bibliografía, para comparar este hallazgo, otros estudios sobre la frecuencia de la migraña en el conjunto de las EAS. La migraña ha sido estudiada en alguna conectivopatía en particular con resultados contradictorios. Lessa *et al.* encuentran una prevalencia de migraña de 52% en un grupo de pacientes con diversas EAS (grupo control), pero no incluye pacientes con LES.⁽¹¹⁾ Saip *et al.* no hallaron diferencia en la prevalencia de la migraña (14,9%) entre pacientes con Behçet y la población general turca, mientras que Borhani Haghghi *et al.* publican que ésta es más prevalente en pacientes iraníes con Behçet que en el grupo control.^(12,13) En su metaanálisis sobre cefalea en el LES, Mitsikostas D *et al.* concluyen que la prevalencia de todos los tipos de cefalea, incluida la migraña, no difiere de los controles, pero que esto requiere mayor investigación porque la migraña podría ser más frecuente.⁽¹⁾ Tjensvoll Ab *et al.* encontraron recientemente mayor prevalencia de migraña en pacientes con LES con respecto a un grupo control de sujetos sanos.⁽¹⁴⁾ En el SSP se ha descrito mayor prevalencia de migraña que en la población control.⁽⁶⁾ Esta variabilidad puede deberse a que faltan estudios controlados que incluyan mayor número de pacientes y que utilicen similar metodología e igual sistema de clasificación de las cefaleas.

La relación de la migraña con las EAS es controvertida. Se han observado aumentos en los ataques de migraña o su inicio, en estados de inmunidad alterada, incluidas algunas EAS,^(12, 15, 16) planteándose que la actividad inmunomediada de la enfermedad desencadenaría esta cefalea vascular en individuos susceptibles.^(6, 12)

De hecho, en este estudio, el 50% de las migrañas se iniciaron una vez diagnosticada la EAS coincidiendo con el debut de la enfermedad o en la evolución de la misma.

Las cefaleas secundarias a las EAS fueron infrecuentes (2%), pero de indudable importancia pronóstica y terapéutica. Estas cefaleas, de presentación clínica diferente, no cumplían con los criterios de la ICHD-II para clasificarlas como primarias. Se relacionaron temporalmente con la EAS, iniciándose en el debut de la enfermedad y acompañando a los brotes de actividad. Asociaron alteraciones estructurales del SNC en la RMN: lesiones focales de desmielinización en la sustancia blanca periventricular y subcortical bilateral con hiperseñal en T2, similares a las descritas en las EAS.⁽¹⁷⁾

Con estas características y descartadas otras causas que pudieran explicarlas, se clasificaron como “cefaleas atribuidas a otras enfermedades inflamatorias no infecciosas” [7.3.3 IHS] y se vincularon al compromiso neurológico de la EAS.

Se trató de dos pacientes portadores de Neuro-Behçet, destacando que la cefalea fue la única manifestación de compromiso parenquimatoso del SNC, lo que está descrito, si bien lo habitual es que el Neuro-Behçet asocie otras manifestaciones neurológicas.⁽¹²⁾

La ACR incluye a la cefalea como uno de los 19 síndromes neuropsiquiátricos vinculados al LES y como marcador de actividad en la escala SLEDAI.⁽⁴⁾ Ambos aspectos son discutidos porque no se ha confirmado la existencia de una “cefalea lúpica”.^(1, 18) Tampoco se ha encontrado un mecanismo patogénico particular que explique una eventual cefalea vinculada a la enfermedad ni se ha demostrado asociación entre ésta y lesiones del SNC, aunque con respecto a esto último sí se ha publicado una posible asociación en niños.⁽¹⁾

En este estudio la cefalea en pacientes lúpicos fue igual de prevalente que en la población general: no se halló un fenotipo diferente a las primarias ni se demostró asociación entre cefalea y actividad de la enfermedad u otras manifestaciones neurológicas. Aunque el número de pacientes con LES fue pequeño, similares hallazgos se describen en la bibliografía.^(1, 11, 19)

No se demostró asociación entre cefalea y aPL. Otros autores han obtenido iguales resultados,^(1, 20) mientras que en el estudio de Weder-Cisneros *et al.* la cefalea se asoció independientemente con los anticuerpos β_2 GP-I.⁽²⁾ Con

respecto a este punto, la relación más estudiada ha sido entre la migraña y los aPL.

La ICHD-II permitió tipificar todas las cefaleas halladas y amplió el espectro de fenotipos reportados en las EAS si se compara con otras series. Identificó cefaleas secundarias, lo que llevó a profundizar los estudios buscando su causa, incluida la inflamatoria autoinmune. La clasificación de la ACR aplicada a los pacientes con LES falló en tipificar el 14% de las cefaleas presentes. Ésta sólo incluye cinco categorías y no identifica cefaleas secundarias. Utiliza el término “intratable, no específica”, sin aclarar qué cefaleas deben ser incluidas en esta categoría.

En resumen, la prevalencia de cefalea y tipos de la misma fue similar en el grupo estudiado que en la población general. Predominaron las primarias, tipo tensional y migraña. La migraña podría ser más prevalente en pacientes con EAS. En LES no se halló asociación entre cefalea y actividad, otras manifestaciones neurológicas o aPL. Los resultados obtenidos cuestionan el término “cefalea lúpica” como manifestación neurológica del LES o su inclusión como marcador de actividad de esta enfermedad.

La ICHD-II debería ser la utilizada en los pacientes con LES y la clasificación de la ACR debería ser revisada.

Los resultados obtenidos en esta serie deben relativizarse debido a la imposibilidad de estudiar un mayor número de pacientes, sobre todo en lo referido a cada EAS en particular, y a que estos pacientes provinieron de un nivel terciario de atención.

La prevalencia global de cefalea está subestimada, ya que no se incluyeron pacientes con cefaleas secundarias a otras causas que no fueran las EAS, aunque la prevalencia de éstas hallada en otras series es realmente baja (2%).⁽¹³⁾

Nuevos estudios serán necesarios para confirmar si la migraña es más frecuente en las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y cuál es la causa de esta interesante asociación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Soporte financiero: Esta investigación no recibió apoyo financiero de ninguna fuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mitsikostas D, Sfikakis P, Goadsby J. A meta-analysis for headache in Systemic Lupus Erythematosus: the evidence and the myth. *Brain* 2004; 127:1200-1209.
2. Weder-Cisneros ND, Téllez Centeno JF, Cardiel MH, Guibert Toledano M, Cabiedes J, Velásquez-Paz AL et al. Prevalence and factors associated with headache in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Cephalalgia* 2004; 24:1031-1044.

3. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edn. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):1-160.
4. ACR ad hoc committee on neuropsychiatric Lupus nomenclature. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric Lupus syndromes. *Arthritis Rheum* 1999; 42:599-608.
5. Pérez C, Perna A, Riera F et al. Estudio de la prevalencia de la cefalea en Uruguay. En Internet: http://www.sociedadpanamericananeuroepidemiologia.org/cefalea_uruguay.pdf. (última consulta: mayo 2011).
6. Gokcay F, Oder G, Celebisoy N, Gokcay A, Sirin H, Kabasakal Y. Headache in primary Sjogren 's syndrome: a prevalence study. *Acta Neurol Scand*: DOI: 10.1111/j. 1600-0404.2008.00997.
7. Zarifoglu M, Siva A, Hayran O, et al. An epidemiologic study of headache in Turkey: a nationwide survey. *Neurology* 1998; 50(suppl 2):38.
8. Mitsikostas D, Gatzonis S, Thomas A, Kalfakis N, Ilias A, Papageoergiu C. An epidemiological study of headaches among medical students in Athens. *Headache* 1996; 36:561-564.
9. Gobel H, Petersen-Braun M, Soyka D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative simple on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1994; 14:97-106.
10. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, Sand T. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord - Trondelang Health Study (Head-HUNT-Youth), a large population - based epidemiological study. *Cephalalgia* 2004; 24:373-379.
11. Lessa B, Santana A, Lima I, Almeida JM, Santiago M. Prevalence and classification of headache in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Rheumatol* 2006 (Nov); 25(6):850-853.
12. Sabahattin Saip, Aksel Siva, Ayse Altintas, Asli Kiyat, et al. Headache in Behcet 's Syndrome. *Headache* 2005; 45:911-919.
13. Borhani Haghighi A, Aflaki E, Ketabchi L. The prevalence and characteristics of different types of headache in patients with Behcet 's Disease, a case-control study. *Headache* 2008; 48:424-429.
14. Tjensvoll AB, Harboe E, Goransson LG, Beyer MK, Greve OJ, Herigstad A, et al. Migraine is frequent in patients with systemic lupus erythematosus: a case-control study. *Cephalalgia* 2011 (Mar); 31(4):401-408.
15. Aykutlu E, Baykan B, Akman-Demir G, Topcular B, Ertas M. Headache in Behcet 's disease. *Cephalalgia* 2005; 26:180-186.
16. Empl M, Straube A. Primary headaches and the influence of inflammatory diseases of the CNS and their respective immunomodulatory therapy. *Schmerz* 2007 (Oct); 21(5):415-423.
17. Bicakci S, Ozbek S, Bicakci K, Aslan K, Kara B, Sarica Y. Recurrent headache and MRI findings in Systemic Lupus Erythematosus. *J Natl Med Assoc* 2008; 100:323-326.
18. Sfikakis P, Mitsikostas D, Manoussakis M, Foukaneli D, Moutsopoulos H. Headache in Systemic Lupus Erythematosus: a controlled study. *Br J Rheumatol* 1998 (Mar); 37(3):300-303.
19. Davey R, Bamford J, Emery P. The ACR classification criteria for headache disorders in SLE fail to classify certain prevalent headache types. *Cephalalgia* 2008; 28:296-299.
20. Bettero RG, Rahal MY, Barboza JS, Skare TL. Headache and Systemic Lupus Erythematosus: prevalence and associated conditions. *Arq Neuropsiquiatr* 2007 (Dec); 65(4B):1196-1199.