

En conclusión, aunque es poco frecuente, la ACG se debe contemplar como posible causa de ictus en pacientes mayores de 50 años de edad, y su tratamiento debe ser precoz para evitar secuelas graves.

**I. Limas Baños<sup>a</sup>, M. Seijo-Martínez<sup>b</sup>**

*Aceptado tras revisión externa: 10.10.05.*

<sup>a</sup> Medicina de Familia. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>b</sup> Servicio de Neurología. Hospital do Salnés. Villagarcía de Arousa, Pontevedra, España.

Correspondencia: Dr. M. Seijo Martínez. Servicio de Neurología. Hospital do Salnés. Ande, 14. Rubiães. E-36619 Villagarcía de Arousa (Pontevedra). E-mail: mseijom@meditex.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo-Romero JM. Giant cell arteritis. *Postgrad Med J* 2003; 79: 511-5.
2. Rüegg S, Engelter S, Jeanneret C, Hetzel A, Probst A, Steck AJ, et al. Bilateral vertebral artery occlusion resulting from giant cell arteritis. Report of three cases and review of the literature. *Medicine* 2003; 82: 1-12.
3. Erro ME, Aymerich N, Gállego J, Olier J, Ayuso T, Lacruz F. Estenosis de arteria carótida interna y arteritis de células gigantes. *Neurología* 2003; 18: 409-12.
4. Levine SM, Hellmann DB. Giant cell arteritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14: 3-10.
5. Ronthal M, González RG, Smith RN, Frosch

- MP. Case 21-2003: a 72-year-old man with repetitive strokes in the posterior circulation. *N Engl J Med* 2003; 349: 170-80.
6. Belenguer-Benavides A, Vilar-Cambies C, Geffner-Sclarsky D. Enfermedad cerebrovascular como primera manifestación de arteritis de la temporal: presentación de tres casos y revisión de su patogénesis y tratamiento. *Rev Neurol* 2004; 39: 227-32.
7. Bahamonde D, Geffner-Sclarsky D, Roca-Villanueva B. Enfermedad cerebrovascular y arteritis de la temporal. *Rev Neurol* 2005; 40: 448.
8. Weyand CM, Goronzy JJ. Medium- and large-vessel vasculitis. *N Engl J Med* 2003; 349: 160-9.

## CARTAS AL DIRECTOR

### Papel del pediatra en el diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

He leído con interés su artículo recientemente publicado sobre el papel del pediatra de atención primaria en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) [1], lectura que me ha llevado a algunas reflexiones que me gustaría compartir.

Efectivamente el diagnóstico de TDAH en sus diferentes modalidades en un trastorno complejo y heterogéneo, en el que los propios especialistas seguimos teniendo dificultades para ponernos de acuerdo. Los estudios de prevalencia muestran cifras muy variables, influidas por el tipo de instrumento de detección que se utilice y el medio en donde se realice el estudio. A estos hechos hay que añadir la necesidad de un diagnóstico diferencial fino y cuidadoso con otros diagnósticos, que van desde cuadros de ansiedad hasta entidades tan graves como los trastornos generalizados del desarrollo, o el trastorno bipolar. El retraso en la detección de este último cuadro, por ejemplo, y la utilización de psicoestimulantes puede empeorar su pronóstico. Si a estos hechos unimos el de la gran comorbilidad con otros trastornos emocionales y/o conductuales, tendremos una perspectiva más clara de la complejidad del abordaje diagnóstico y terapéutico de estos cuadros [2].

Hay otra consideración importante, derivada de la práctica clínica. La mayoría de TDAH leves y moderados responden favorablemente al abordaje de tipo psicoterapéutico, sea individual, familiar o escolar, en un tiempo breve. La medicación queda reservada para los tratamientos combinados de los casos más graves, o aquellos en los que el abordaje de otro tipo haya fracasado [3,4]. Aquí hay una diferencia 'cultural' que es importante señalar: la tradición psiquiátrica europea es más rica en matices psicopatológicos, y está menos presionada por las compañías aseguradoras en la necesi-

dad de resultados inmediatos que la estadounidense. Esta situación se traduce en que nuestros colegas estadounidenses recetan en mayor medida que los europeos [5,6].

Los profesionales de salud mental estamos asistiendo con preocupación a un interés renovado de los laboratorios –que coincide con la aparición en el mercado de diferentes fármacos– por presentar la medicación como única alternativa válida en el tratamiento de los TDAH. Como resultado nos encontramos con un número creciente de niños y niñas en tratamiento con derivados anfetamínicos, efectivos, aunque no en todos los subtipos [7]; seguros a corto plazo [6], pero cuyos efectos secundarios a largo plazo siguen sin estar claros, ya que sólo se conocen datos de seguimiento de dos, tres años [8], y no tenemos evidencia para afirmar que no puedan causar problemas a más largo plazo. Muchos de estos niños que reciben medicación no han tenido oportunidad de conseguir otros tratamientos alternativos y eficaces. Por poner un ejemplo, en la mayoría de los casos, la falta de consistencia en los límites por parte de la familia desempeña un papel esencial en el mantenimiento del problema y la intervención es prioritaria en este campo.

Desde nuestra perspectiva como profesionales de la psiquiatría y psicología infantiles, el papel del pediatra de atención primaria es esencial para proponer reflexión antes que una actuación precipitada. Ante una demanda de una familia –o del colegio– preocupada por la excesiva movilidad y/o falta de atención de un niño, el pediatra de atención primaria debe valorar posibles alternativas diagnósticas, la gravedad del problema en los diferentes contextos y tomar la decisión de enviar o no a una consulta especializada de salud mental. La medicación no es en ningún caso indicación de primera elección en el ámbito de atención primaria. Primero, porque en los casos en que está indicada es necesario hacer un protocolo completo de evaluación, que incluye pruebas de tipo psicométrico y exploración del niño en consulta sin medicación. Segundo, porque la intervención de primera elección en la mayoría de los casos es psicoterapia de tipo cogniti-

voconductual, tanto con el niño, como con su familia y el colegio.

**S. Otero**

*Aceptado tras revisión externa: 28.09.05.*

Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Centro Hospitalario Padre Menni. Santander, Cantabria, España.

Correspondencia: Dra. Soraya Otero. Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Centro Hospitalario Padre Menni. Luis Vicente de Velasco, 1. E-39011 Santander (Cantabria). Fax: +34 942 344 251. E-mail: samijsa@mennisant.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Jiménez MC, López-Pisón J, Blasco-Arellano MM. El pediatra de atención primaria en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Planteamiento tras un estudio de población. *Rev Neurol* 2005; 41: 75-80.
2. Schachar R, Tannock R. Syndromes of hyperactivity and attention deficit. In Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry*. 4 ed. Oxford: Blackwell Science; 2002. p. 399-418
3. Remschmidt H, Global ADHD Working Group. Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 127-37.
4. Shah M, Cork C, Chowdhury U. ADHD: assessment and intervention. *Community Pract* 2005; 78: 129-32.
5. Hoagwood K. Medication management of stimulants in pediatric practice settings: a national perspective. *J Dev Behav Pediatr* 2000; 21: 322-31.
6. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. American Academy of Pediatrics Technical Report. *Pediatrics* 2005; 115: 749-57.
7. Rey JM. Lack of empirical data for the treatment of up to half of the children with ADHD ignored. *Pediatrics* [on-line]. URL: <http://pediatrics.aappublications.org>. Fecha última consulta: 10.07.2005.
8. Hechtman L, Greenfield B. Long-term use of

stimulants in children with attention deficit hyperactivity disorder: safety, efficacy, and long-term outcome. *Paediatr Drugs* 2003; 5: 787-94.

### Algunos aspectos de interés en las cefaleas de la infancia

Con mucho interés he leído recientemente en su revista el artículo de Tomás et al [1], que trata un problema muy frecuente en nuestras consultas médicas, por otro lado sin criterios consistentes que reflejen una uniformidad aceptable internacionalmente en relación con su clasificación, estudio y tratamiento: las cefaleas en pediatría.

Indiscutiblemente, el trabajo recoge los puntos esenciales que caracterizan la variabilidad en el tratamiento de esa enfermedad en la infancia en los hospitales estudiados, pero que reproduce las diferencias que puedan existir en cualquier parte donde se trate esta afección.

En este aspecto quisiéramos añadir algunos apuntes que podrían reforzar el objetivo de este trabajo, dirigido sin lugar a dudas a la determinación y cuantificación de los problemas que más afectan la uniformidad en el tratamiento de este relevante problema de salud.

La divulgación de temas como éste merece una mayor atención, ya que estos trastornos cada vez más importantes se conocen poco, incluso por gran parte del personal médico, especialmente para quienes no están familiarizados con el tratamiento diario del paciente pediátrico neurológico y que tienen que asistir en un momento dado a estos enfermos; me refiero al médico de Atención Primaria.

En primer lugar, en este trabajo se utilizó para clasificar a los pacientes pediátricos atendidos los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, International Headache Society) [2]; hay que tener en cuenta que se trata de una adaptación de esta clasificación —originalmente construida para pacientes adultos— para las edades pediátricas, ya que no se cuenta en la actualidad con un instrumento clínico de este tipo que sea específico para su uso en estas edades [3].

En este trabajo, además, los datos clínicos se recogieron de manera retrospectiva, con el inconveniente que representa para un trabajo de este tipo la subjetividad de cada investigador a la hora de enmarcar los datos clínicos en determinada categoría según la clasificación mencionada, lo que hace inevitablemente que la información recogida no sea del todo fiable.

En 1988, esta clasificación de cefaleas in-

cluyó en su estratificación las migrañas de la infancia, pero no consideró el resto de las variedades de eventos crónicos de este tipo, tan frecuentes en esa etapa de la vida y que son motivo de consultas frecuentes al personal especializado [4].

Debería considerarse por la IHS, en el futuro, la construcción y validación de criterios propios por esta entidad para las edades pediátricas.

Parece haber un acuerdo bastante uniforme en la mayoría de los comunicados consultados en que para lograr el estudio completo y un tratamiento eficaz de cada tipo de cefalea en el niño es necesario tener en cuenta los diferentes factores de riesgo asociados a cada paciente individualmente. Se señala con especial interés las condiciones comórbidas que representan situaciones de estrés y que se relacionan con: invalidez permanente, infecciones concomitantes, estados postraumáticos y posquirúrgicos de magnitud considerable, además de los trastornos psicopatológicos específicos asociados, aunque tal vez esto represente para la mayoría de los centros pediátricos un grupo selecto de casos [5-7].

En relación con el tema tan debatido de los estudios complementarios en los niños con cefalea, verdaderamente el mayor número de artículos consultados que abordan este tema señalan que, con un minucioso interrogatorio y un exhaustivo examen físico neurológico, la necesidad del uso de exámenes de neuroimagen se reduce considerablemente. En este sentido queremos añadir que la utilidad de estudios neurofisiológicos no se puede soslayar [8], que si bien es limitada, bien pudiera aliviar, al menos, el acuciante problema de la tensión y el impacto psicológico que se desencadenan habitualmente en la familia cuando no se indica algún tipo de estas investigaciones por el personal calificado consultado.

Respecto al tratamiento de la cefalea en las edades pediátricas, consideramos pertinente reflexionar en torno a las terapias de relajación, ya que, aunque no existen estudios consistentes que estimen y validen la efectividad de esta modalidad para estos fines, algunos la vaticinan como positiva [9].

Finalmente, queremos señalar que en la medida que avanzamos en el conocimiento de las bases fisiopatogénicas de este importante problema asistencial, se hace evidente la necesidad de su abordaje multidisciplinario, teniendo en cuenta la participación de factores no sólo biológicos, sino también psicológicos y ambientales en su aparición, y estos últimos determinan en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad [7,10]. La

ausencia de una concepción integral en el tratamiento y control clínico de estos pacientes conlleva a errores terapéuticos de considerable magnitud.

H.J. Lezcano-Ortiz

*Aceptado tras revisión externa: 05.09.05.*

*Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo, Granma, Cuba.*

*Correspondencia: Dr. Humberto Jesús Lezcano Ortiz. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Carretera Central Vía a Santiago de Cuba, km 1. Bayamo, Granma 85100. Cuba.*

### BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás M, García A, Martínez MA, Pérez A, Martínez B, Martínez FJ, et al. Variabilidad en el tratamiento de las cefaleas en las consultas de Neuropediatría de seis hospitales españoles. *Rev Neurol* 2005; 41: 17-21.
2. Olesen J. Headache. Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 1-96.
3. Wiendels NJ, Van der Geest MC, Neven AK, Ferrari MD, Laan LA. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 2005; 45: 678-83.
4. Abu-Arafah I. Chronic tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 2001; 21: 830-6.
5. Mack KJ. What incites new daily persistent headache in children? *Pediatr Neurol* 2004; 31: 122-5.
6. Yamamoto T, Narai S. A high incidence of scoliosis in children with tension-type headache. *Pediatr Int.* 2003; 45: 186-9.
7. Balottin U, Termine C, Nicoli F, Quadrelli M, Ferrari-Ginevra O, Lanzi G. Idiopathic headache in children under six years of age: a follow-up study. *Headache* 2005; 45: 705-15.
8. Steczkowska-Klucznik M, Krocicka S, Domaradzka E, Kacinski M. Endogenous potentials evoked by acoustic stimulus in children with idiopathic headache—preliminary report. *Przegl Lek* 2004; 61: 1240-3.
9. Grazi L, Andrasik F, Usai S, D'Amico D, Bussone G. Pharmacological behavioural treatment for children and adolescents with tension-type headache: preliminary data. *Neurol Sci* 2004; 25 (Suppl 3): 270-1.
10. Praisner B, Gergont A, Kacinski M. Psychological characteristics of children and adolescents with primary headache. *Przegl Lek* 2004; 61: 1228-34.