

# Tratamiento de las cefaleas en pediatría

M. Muñoz Albillos, J.L. Peña Segura\*, J. López Pisón\*

Servicio Pediatría; Hospital Obispo Polanco (Teruel). \* Sección Neuropediatría; Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34:63-68]

## INTRODUCCIÓN

Antes de comenzar con el tratamiento, se ha de tener en cuenta que partimos de una población con unas peculiaridades especiales: la población en edad pediátrica (0-18 años). Muchas veces, sobre todo en el grupo de edades más jóvenes, es difícil obtener datos de anamnesis detallados, y la sucesión cronológica de la sintomatología a veces también resulta complicada. Quizás esto no nos permita clasificar las cefaleas en los diferentes grupos definidos de cefaleas, pero no nos crea gran problema a la hora de programar el tratamiento, ya que en la mayoría de las cefaleas de la infancia responden a los tratamientos más habituales y además lo suelen hacer de forma más rápida y completa que en los adultos.

Iniciaremos el abordaje del tratamiento recordando una serie de normas o recomendaciones generales sobre el tratamiento de las cefaleas en su fase aguda:

1. Los analgésicos han de utilizarse de forma precoz, a ser posible antes de 30 minutos desde que se inició la clínica.
2. Se han de administrar a dosis óptimas; «al menos, con la primera dosis no quedarnos cortos», atajar el dolor antes de que se organice.
3. Emplear aquel fármaco que ya fue efectivo en las anteriores crisis. Reservar el resto para posibles episodios resistentes. En casos de historia familiar de migraña, interrogar sobre analgésicos eficaces en sus padres.

Estas tres medidas potenciarán su efecto de forma importante si se indica al paciente que ha de intentar encontrar un lugar donde pueda conciliar el sueño (es decir un lugar donde acostarse, sin ruidos, y con poca luz); esta medida es muchas veces la clave para que funcionen los analgésicos administrados y así se debe de informar a los pacientes.

## TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA, USO Y MANEJO DE ANALGÉSICOS

Entre los analgésicos de primera línea tenemos paracetamol, ibuprofeno y AAS (tan sólo contraindicado su uso en pediatría en algunos procesos febriles, por su relación con el síndrome de Reye).

Existen diferentes respuestas a los analgésicos en cada paciente. Antes de desechar un analgésico como útil se recomienda ensayarlo al menos en tres episodios diferentes. En la Tabla I se recogen las dosis y recomendaciones de uso.

Ante resistencia al dolor con la dosis óptima de un analgésico de primera línea, se pueden combinar entre sí los diferentes analgésicos de primera línea, de igual forma que lo hacemos para su uso como antitérmicos en los casos de hipertermias.

El uso de estos analgésicos es preferible que se haga sin asociaciones (sin cafeína, sin codeína), justificado por su relación en la génesis de las bien definidas cefaleas crónicas diarias por abuso de analgésicos. Aunque esta patología no sea muy frecuente en pediatría sí se debe de tener en cuenta; se trata de educar a estos pacientes con patología crónica en el buen uso de los analgésicos. Con esto no queremos contraindicar su uso; consideramos que de forma puntual pueden ser utilizados y recomendamos que, si se usan, se haga un registro de las veces que se ha precisado por mes (por ejemplo). Esto nos permitirá prevenir la posibilidad de caer en el círculo: cefalea, analgesia insuficiente, sigue cefalea, más analgesia y cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos.

Así pues, una medida primordial para el éxito del tratamiento farmacológico es la incuestionable mejoría y control de las crisis si logramos que el paciente se acueste en un lugar con poca luz y sin ruidos y consiga conciliar

**Correspondencia:** José Luis Peña Segura.

Sección de Neuropediatría. Hospital Miguel Servet.

Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. Teléfono: 976765500 Ext 3038. e-mail: jlpennas@salud.aragob.es

Recibido en julio de 2004. Aceptado para su publicación en agosto de 2004.

Tabla I. Analgésicos de primera línea en cefaleas en pediatría

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
PARACETAMOL	Apiretal Termalgin Efferalgan Febrectal	10-15	4-6 horas	• 500-1000 mg/dosis o 60 mg/kg/día • 4 g día	v.o. v.r.	Sol: 120 mg=5 ml o 100 mg=1 ml Cp: 250-500-650, 1000 mg Supos: 150-250-300-600 mg	Preferible sin codeína de rutina
	Proefferalgan	15-25			i.v.	i.v.: Hospital	
AAS	AAS Adiro Mejoral Aspirina	10-15	4-6 horas	• 4 g día	v.o. v.r.	Cp: 100-125-200-325-500 mg	Preferible sin cafeína de rutina
	Inyesprin Solusprin	15-25	4-6 horas	• 900-1800 mg/dosis	i.v.		
IBUPROFENO	Dalsy Algasdin Espidifen Neobrufen Nurofen Saetil	4-10	4-6 horas	• 40 mg/kg/día • 2,4 g/día • rectal 500/8 horas	v.o. v.r.	Comp: 200-400-600 mg Sup: 500 mg	Con arginina (espídifen) inicio efecto más rápido

un sueño reparador: Es fundamental para el control de la crisis: debe de esforzarse por encontrar ese lugar y conseguir dormirse. Si fuera necesario se podría asociar un ansiolítico de vida media corta.

Como alternativa a los analgésicos de primera línea tenemos otros analgésicos y AINES (Tabla II):

- Metimazol, analgésico no gastrolesivo y disponible vía parenteral.
- Naproxeno, especialmente indicado para las cefaleas relacionadas con el ciclo menstrual, episodio agudo y pautas de tratamiento preventivo.
- Ketorolaco, indicado en casos de cefaleas rebeldes y resistentes a otros tratamientos. Buena respuesta en migrañas basílicas. Disponible en vía i.m. e i.v.
- Diclofenaco, de similar indicación al Ketorolaco.
- Indometacina, indicada en cefaleas sensibles a este fármaco como la hemicránea paroxística, cefalea idiopática crónica y cefalea tras esfuerzo físico. Una característica peculiar de todas ellas es su clínica de localización periorbitaria, en forma de punzadas más o menos agrupadas y muy invalidantes en la mayoría de los casos.

## TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA, OTROS FÁRMACOS Y CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

En cuanto a los ergóticos (Tabla III), prácticamente están en desuso en los adultos. Los motivos son varios: contraindicaciones numerosas, efectos adversos incómodos y peligrosos, implicados en la patogenia de las cefaleas crónicas diarias por abuso de analgésicos, y existencia de alternativas más seguras. En pediatría tan sólo están indicados en mayores de 6 años y cuando fallan el resto de medidas. Recordemos que la mayoría de las cefaleas de la edad pediátrica se controlan con los analgésicos habituales utilizándolos de forma óptima y asociando el sueño reparador.

Los triptanes (Tabla III) han desplazado a los ergóticos en la población adulta. Diferentes estudios han demostrado su eficacia en el control de la crisis aguda. No están autorizados en menores de 12 años en España. En adolescentes entre 12 y 17 años de edad se recomienda Sumatriptan intranasal, 10 mg para administración en una fosa nasal. Si un paciente no responde a la primera dosis, no debe administrarse una segunda dosis para la misma crisis. Puede utilizarse para procesos posteriores. Si el

Tabla II. Otros analgésicos y AINES

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
NAPROXENO	Naprosyn Antalgin	10-20 mg/kg/día con alimentos	8-12 horas	• 1500 mg/día	v.o.	Cp y sobres: 500 mg Sup: 500 mg Antalgin, comp: 550 mg	
KETOROLACO	Droal Toradol	1 mg/kg/dosis única oral. 10 mg/6 horas con alimentos. inicial: 0,4-1 mg/kg seguido 0,2- 0,5 mg/kg/dosis	6 horas	• 40 mg/día • 7 días máximo	v.o.	Comp: 10 mg	
			6 horas	• 10-30 mg/4-6 h. • No más de 2 días • 60-90 mg/día	i.m. i.v.	Amp: 10-30 mg	
DICLOFENACO	Voltaren	2-3 mg/kg/día 50 mg/8-12 horas con alimentos. Sup: 100 mg noche. 75 mg/12 horas máx. 1-3 días	8-12 horas	• 150 mg/día	v.o.	Comp: 50 mg	
					v.r.	Sup: 100 mg	
					i.m.	Amp: 75 mg/3 ml	
INDOMETACINA	Inacid	0,3-1 mg/kg/dosis 25-50 mg/kg/8-12 h con alimentos.	8-12 horas	• 4 mg/kg/día o 150 mg/día	v.o.	Cap: 25 mg	

Tabla III. Ergóticos y triptanes

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
ERGOTAMIINA	Hemicraneal Cafergot	1-2 mg/30 min	30-60 min	• 6 mg/ataque o 10 mg/semana • ciclos separados 4 días al menos	v.o.	Grag: 1 mg	Llevar cafeína
	Hemicraneal Cafergot	1-2 mg/30-60 min	30-60 min	• 1/2 sup/30 min o 1 sup/hora • 3 sup/día • 5 sup/semana	v.r.	Sup: 2 mg	Cafeína
TRIPTANES: SUMATRIPTAN NARATRIPTAN	Imigran	10-(20 mg)	24 horas Si hizo algo de efecto se puede repetir en 24 horas	• 40 mg en 24 h.	v.n.	Pulveriz: 10-20 mg	No autorizado uso en menores de 12 años en España

Tabla IV. Procinéticos y protectores gástricos

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
DOMPERIDONA	Motilium	0,3 mg/kg/dosis 10-20 mg/6-8 horas Rectal: 30-60 mg/6-12 h.	8-12 horas	• 10-20 mg/8 horas	v.o. v.r.	Comp: 10 mg Susp: 5 mg/5 ml Sup infantil: 30 mg	
METOCLOPRAMIDA	Primperan	0,4-0,8 mg/kg/día	6-8 horas	• 10 mg/día	v.o. i.m. i.v.	Comp: 10 mg Sol: 5 mg/5 ml Amp: 10 mg/2 ml Amp: 100 mg/20 ml	diluir bien
FAMOTIDINA	Tamin	0,5 mg/kg/día	12-24 horas	• 40 mg/día	v.o. i.v.	Rapidis liotab 20-40 mg Comp: 20-40 mg Vial 20 mg/5 ml	
RANITIDINA	Zantac Coralen	4-5 mg/kg/día 2-4 mg/kg/día	8-12 horas 6-8 horas		v.o. i.v.	Amp: 50mg/5 ml Comp: 150 mg Comp: 300 mg	
OMEPRAZOL	Mopral	0,6-0,7 mg/kg/dosis antes de comida 20-40 mg/día	24 horas 24 horas		v.o. i.v.	Caps: 20 mg Vial: 40 mg/10 ml	

paciente ha respondido a la primera dosis pero los síntomas recurrentes, puede administrarse una segunda dosis en las 24 horas siguientes, siempre que exista un intervalo mínimo de 2 horas entre las dos. No deben administrarse más de dos dosis de Sumatriptan 10 mg intranasal en un período de 24 horas.

Si en los episodios previos se asocia sintomatología digestiva (náuseas, vómitos, dispepsias en general...) se recomienda asociar un antiemético lo más precozmente posible; con ello se favorece la absorción de los analgésicos que vamos a utilizar y aliviamos la sintomatología digestiva tan molesta ya de por sí. En caso de que se utilicen los antieméticos, se recomienda la Domperidona frente a la Metoclopramida, por el hecho de que atraviesa menos la barrera hematoencefálica y por tanto se aminoran los efectos extrapiramidales de este grupo de fármacos (Tabla IV).

Los protectores gástricos han de tenerse en cuenta por el poder gastrolesivo de los AINES y el estrés que puede generarse en cada caso. Éstos han demostrado su eficacia en la prevención de lesiones mucosas; sin embargo, su papel en la prevención de complicaciones graves no ha sido probada (Tabla IV).

Los ansiolíticos (Tabla V) se han de tener en cuenta para las cefaleas que no ceden y asocian un gran componente de ansiedad que no permite conseguir ese estado

de relajación tan necesario para controlar la crisis. La elección del más adecuado dependerá de cada paciente y de cada momento. El Bromazepan se utiliza como ansiolítico de duración intermedia. El Clorazepato es de vida media más larga y se emplea como ansiolítico y contribuye a conciliar el sueño. El Diazepan, de vida media larga, actúa como ansiolítico, sedante y relajante muscular. La indicación de utilizar uno u otro se hará de forma individualizada según sintomatología dominante en cada caso y en cada momento. Algunos autores los incluyen como asociación en el estatus migrañoso.

En el estatus migrañoso también se usa la Clorpromazina (Largactil) vía oral o IV: 0,5-1 mg/kg/6-8 horas. Máximo 25 mg dosis.

Los corticoides también son efectivos en los casos de estatus migrañoso. La Dexametasona es un corticoide sin efecto mineralocorticoide y por tanto útil en los procesos que necesitan nula retención hidrosalina (Tabla VI).

El oxígeno al 100% se indicará en los casos rebeldes a los tratamientos anteriores, se ha de usar en mascarilla a 6-8 lpm durante 15-30 min. Si es efectiva se evidencia en los primeros 10-15 minutos, pero si no si existe respuesta no se seguirá con la pauta dado que le puede resultar más molesto que beneficioso (mascarilla a 6-8 lpm origina molestia acústica importante).

Tabla V. Ansiolíticos

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
BROMAZEPAN	Lexatin	3-9 mg/día	8-12 horas	• Benzodiazepina de acción inmediata • Vm: 10-20 horas	v.o.	Caps: 1,5-3-6 mg	Ansiolítica, no sedación
LORACEPATO DIPOTÁSICO	Transilium	0,5 mg/kg/día 10-45 mg/día	8-12-24 horas 8-12 horas	• 1-2 mg /kg/día • 45 mg día • Benzodiazepina vida media larga • Vm: 30-48 horas	v.o.	Sobr pediatr: 2,5 mg Caps: 5-10-15 mg Comp: 50 mg	Ansiolítico
DIAZEPAN	Valium	10-30 mg/día	8-12 horas	• Benzodiazepina de vida media larga • Vm: 14-100 horas • Concentración pico: 1 horas en adultos, 15-30 min niños	v.o.	Comp: 5-10 mg	

Tabla VI. Corticoides

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis mg/kg/dosis	Intervalo dosis	Dosis máxima • por dosis • por día	Vías	Presentaciones	*
METILPREDNISOLONA	Urbason	0,5-1,7 mg/kg/día	6-8-12 horas	• 40 mg/día	v.o. i.m. i.v.	Comp: 4-16-40 mg Amp: 8-40-250 mg Vial: 20 mg	
DEXAMETASONA	Fortecortin decadran	Antiinflamatorio: 0,08-0,3 mg/kg/día Edema cerebral: 1,5 mg/kg/día	6-12 horas 6 horas	• Primera dosis: 10-20 mg máx. • Sigüientes dosis: 4 mg/dosis	v.o. i.m. i.v.	Comp: 1 mg (decadran 0,5 mg) Amp: 4 mg/1 ml Amp: 40 mg/5 ml	

### Tratamiento preventivo

Se han descrito un gran número de posibles desencadenantes de cefalea (Tabla VII). Se recomendará evitar los desencadenantes que hayan sido claramente identificados como tales por los pacientes.

### Tratamiento profiláctico

El objetivo es reducir las crisis en duración, intensidad y frecuencia. En general se plantea el tratamiento profiláctico cuando:

- Las medidas para controlar los episodios de crisis agudas fallan o no son suficientes.
- Las crisis sean muy frecuentes (más de 2-4 al mes).

-Las cefaleas sean muy intensas, duraderas o difíciles de controlar.

-Las crisis asocien manifestaciones neurológicas focales.

-Surjan efectos secundarios con los analgésicos habituales.

-Exista repercusión en su rendimiento escolar, preocupación de los padres...

La elección del medicamento profiláctico más adecuado se realizará de forma individualizada, teniendo en cuenta las características de cada paciente, su familia y entorno socio-escolar. A ser posible en monoterapia. Se analizarán los efectos secundarios de cada fármaco antes

**Tabla VII.** Desencadenantes involucrados en la cefalea

<b>Alimentos</b>	
Quesos curados	Tiramina
Nueces	Tiramina
Judías	Tiramina
Yogourt y productos fermentados en general	Lactosa
Lácteos	
Chocolate	Feniletilamina
Comida china	Glutamato
Salchichas	Nitratos
Alcohol	Etanol
<b>Ejercicio</b>	
<b>Estimulantes</b>	cafeína
<b>Psicológicos</b>	estrés
<b>Hipoglucemias</b>	
<b>Transtornos hormonales</b>	Ciclo menstrual
<b>Transtornos respiratorios</b>	Hipoxia-hipercapnia: vasodilatadores cerebrales.
<b>Otros: olores, luces intensas, sueño prolongado, clima...</b>	

de su indicación. Existe un amplio grupo de fármacos: betabloqueantes (Propranolol), bloqueantes de los canales del calcio (Flunarizina), antidepresivos tricíclicos (Ami-triptilina), antiserotoninérgicos (Ciproheptadina) y antimigrales (Carbamacepina, Ácido valproico, Topiramato y Gabapentina).

Se evaluará la respuesta al fármaco elegido pasados al menos dos meses del inicio del tratamiento (período mínimo de latencia para valorar efectividad del fármaco). Si resulta útil se debe de mantener al menos durante 6-9 meses.