

Cefalea en la infancia

Laura Toledo Bravo-de Laguna. Unidad de Neurología Infantil, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias (CHUIMI)

Alberto Florido Rodríguez. Centro de Salud de San José-Polígono de San Cristóbal

La cefalea en los niños es un motivo de preocupación y ansiedad en los padres y constituye unos de los motivos de consulta más frecuentes en Neurología Pediátrica y en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. Entre un 75 y un 90 % de los niños sufrirán algún episodio de cefalea a lo largo de la infancia.

La gran preocupación de los padres se debe al temor de que la causa sea una lesión ocupante de espacio, si bien hay estudios de neuroimagen en niños con cefaleas en los que el porcentaje de tumor como causa de la cefalea es mínimo.

La mayoría de las cefaleas en la infancia tiene un origen primario: fundamentalmente migrañas, cefaleas tensionales, o coexistencia de ambos tipos en un mismo paciente y en menor medida las cefaleas trigémino-autónomas. Entre las cefaleas secundarias hay que distinguir las asociadas a procesos que no son graves (enfermedades febriles banales o ejercicio) de las que son secundarias a procesos potencialmente graves (meningitis o tumores del SNC).

Para llegar a un diagnóstico y cumplir nuestro objetivo de diferenciar si es primaria o secundaria a un proceso potencialmente grave debemos utilizar las herramientas básicas de toda historia clínica: anamnesis detallada y exploración física completa. Y, posteriormente, si fuera necesario, realizaríamos pruebas complementarias.

Datos que deben ser investigados en la anamnesis:

- Tiempo de evolución. Cuanto mayor sea (meses, años) menos probabilidad de que sea secundaria a un proceso grave.
- Frecuencia, duración de los episodios, predominio horario o relación con el horario escolar.
- Se debe distinguir entre dolor agudo (asociación a fiebre, vómitos, sintomatología infecciosa ORL, etc.), dolor agudo recu-

rrente (migraña, cefalea tensional), cefalea crónica no progresiva (cefalea tensional crónica, migraña crónica, cefalea por abuso de analgésicos) y cefalea crónica progresiva (proceso expansivo intracraneal, hidrocefalia/malfuncionamiento valvular, hipertensión intracraneal idiopática).

Las cefaleas primarias suelen presentar dolor agudo-recurrente o crónico no progresivo generalmente, mientras que un dolor hiperagudo o crónico progresivo nos debe poner en alerta ante la posibilidad de una cefalea secundaria.

- Características y localización del dolor: continuo y opresivo en la cefalea tensional y pulsátil en la migraña. Se debe tener en cuenta que en los niños la migraña muchas veces no es hemicraneal.
- Síntomas acompañantes: fotofobia, fonofobia, vómitos, náuseas, parestesias, síntomas visuales, acúfenos, vértigos o déficits focales.
- Factores desencadenantes: falta de sueño o cansancio, ejercicio, algunos alimentos, estresantes psicosociales (familiar o escolar, *bullying*).
- ¿Cómo se alivia?: sueño, oscuridad, silencio, analgésicos, vacaciones o fines de semana.

En cuanto a los antecedentes familiares, preguntaremos por antecedentes de migraña.

En los antecedentes personales, preguntar por antecedentes de síndromes periódicos relacionados con la migraña (tortícolis paroxística en periodo de lactante, vértigo paroxístico, vómitos cíclicos, migraña abdominal).

Se debe investigar el uso de concomitante de fármacos (el metilfenidato puede originar cefalea). De igual manera, preguntaremos por el rendimiento escolar, cambios de humor, tristeza, irritabilidad, apatía.

Es necesario igualmente valorar la repercusión de la cefalea en las actividades de la vida

diaria, si genera absentismo escolar o en las actividades extraescolares. Existen escalas de valoración específicas para la migraña en pediatría, destacando la PedMidas (figura 1).

En los últimos 3 meses:

¿Cuántos días **completos** ha faltado al colegio?

¿Cuántos días **parciales** ha faltado al colegio?

¿Cuántos días no ha rendido bien en el colegio por el dolor de cabeza?

¿Cuántos días no ha podido hacer las tareas en casa por el dolor de cabeza?

¿Cuántos días no ha podido jugar, hacer deporte o salir por el dolor de cabeza?

¿Cuántos días ha participado peor al jugar o hacer deporte por el dolor de cabeza?

No se han de duplicar las respuestas en las 3 primeras preguntas. Las respuestas han de ser obligatoriamente numéricas (no son respuestas válidas: ocasionalmente, a veces, etc.)

RESULTADOS: correlación puntuación – gravedad de la migraña

0-10	MUY LEVE
11-30	LEVE
31-50	MODERADA
>50	GRAVE

Si > 21: valorar tratamiento profiláctico

Figura 1. Cuestionario de valoración de calidad de vida y escala PedMidas. Validada para niños de 4 a 18 años con migraña.

Exploración física y neurológica

Debe ser completa, incluyendo la piel (manchas café con leche, acrómicas, angiomas faciales que orientarían síndromes neurocutáneos) y fondo de ojo para descartar papiledema.

Signos de alarma

- Focalidad neurológica
- Alteración del nivel de conciencia
- Cambios de carácter
- Cambios en el rendimiento escolar
- Papiledema o hemorragia retiniana
- Fiebre asociada a signos meníngeos
- Vómitos persistentes
- Edad inferior a tres años
- Macrocefalia
- Derivación ventrículo-peritoneal
- Manchas hipocromas o café con leche
- Retraso en el crecimiento/pubertad precoz
- Cefalea con las siguientes características: aguda o hiperaguda sin causa clara, crónica progresiva, unilateral, siempre del mismo lado, matutina diaria, que despierta por la noche, desencadenada con el ejercicio, desencadenada con Valsalva, cambios no aclarados en la cefalea

Signos de hipertensión intracraneal

- Extraídos de la anamnesis: vómitos persistentes. Aumento de la cefalea con la deposición o tos. Cefaleas durante el sueño o al despertar. Cambios de carácter, confusión. Localización fija o persistente. Incremento progresivo en intensidad o en frecuencia. Asociación a crisis convulsivas.
- Extraídos de la exploración: letargia, estupor. Trastorno del movimiento, especialmente ataxia. Rigidez nuchal. Diplopia. Alteración del crecimiento.

Exámenes complementarios

La neuroimagen es el examen más solicitado, siendo de preferencia la resonancia magnética (RM) cerebral, aunque con menor disponibilidad en los servicios de urgencias frente a la tomografía computarizada (TC) cerebral.

En otros casos concretos puede ser necesaria analítica general para descartar procesos infecciosos, anemia, enfermedad celiaca (existe asociación con la migraña), entre otras entidades.

Tratamiento

La base del tratamiento de la cefalea aguda moderada-intensa es el farmacológico (paracetamol, ibuprofeno o naproxeno) junto con el reposo. En los episodios de intensidad leve-moderada puede ser suficiente con reposo precoz. El tratamiento profiláctico debe considerarse en cefaleas recurrentes de frecuencia elevada o en cefaleas crónicas primarias (tabla I). En el caso de la migraña, se recomienda a partir de 3-4 episodios incapacitantes al mes, o tendencia a estados migrañosos.

Es importante la identificación de los posibles desencadenantes de migraña o cefaleas tensionales, para incidir en ellos. Se debe recalcar la importancia de buenos hábitos de sueño, actividad física y alimentación, pues algunos alimentos como chocolate, quesos curados, alimentos con glutamato, frutos secos, y lácteos pueden ser desencadenantes de migraña.

Caso clínico

Motivo de consulta. Niña de 10 años remitida por cefalea de tres años de evolución.

Anamnesis. La cefalea es holocraneal, ocasionalmente unilateral, no precedida de aura. Se acompaña en algunos episodios de náuseas, vómitos y fotofobia. No tiene preferencia horaria. Refiere intensidad moderada, en varias ocasiones hay que recogerla del colegio. En dos ocasiones la ha despertado por la noche. La frecuencia es de 2-3 episodios mensuales aunque variable, ha aumentado en frecuencia en los últimos meses, coincidiendo con la pandemia por SARS-CoV-2, refiriendo un episodio semanal. No lo relacionan con alimentos ni con el ejercicio. Mejora parcialmente con ibuprofeno, pero sobre todo con el sueño, suele despertarse sin la cefalea. La duración es de horas. No cambios de carácter, tristeza ni disminución del rendimiento escolar.

Antecedentes personales. Embarazo de 40 SEG de curso normal. Parto normal. Sin problemas en periodo neonatal. Desarrollo psicomotor y de lenguaje normal. Rendimiento escolar normal.

Antecedentes patológicos. Usa gafas por hipermetropía desde los siete años. Asmática sin tratamiento de base.

Antecedentes familiares. Madre con migraña. Padre y hermano mayor sanos. Resto sin interés.

Exploración física general y neurológica. Normal. Atenta, colaboradora, lenguaje fluido y adecuado. No dismorfias ni discromías. Pares craneales normales. Fuerza, tono, tropismo y reflejos osteotendinosos normales. Cerebelo normal, no ataxia, no temblor ni dismetría. Marcha normal. Romberg negativo. Fondo de ojo normal.

Impresión diagnóstica. Se trata de una cefalea mixta, migraña sin aura y tensional.

En cuanto a la necesidad de exámenes complementarios, no existen signos de alarma salvo el aumento de frecuencia en los últimos meses, no siendo imprescindible la realización de estudios de neuroimagen.

Se hace uso de la escala Ped-Midas, presentando una puntuación total de 28 (leve), pero estando indicado el uso de tratamiento profiláctico (puntuación > 21).

Tratamiento

- Medidas no farmacológicas: hábitos de sueño, dieta, ejercicio

- Analgesia y reposo precoz en episodios migrañosos
- Profilaxis con flunarizina: 5 mg por la noche durante al menos tres meses, recomendamos suspender en las vacaciones de verano

Bibliografía

1. Lateef TM, Merikangas KR, He J, Kalaydjian A, Khoromi S, Knight et al. Headache in a national sample of American children: prevalence and comorbidity. *J Child Neurol* 2009; 24:536-543
2. Gurkas E, Karalok ZS, Taskin BD, Aydogmus U, Yilmaz C, Bayram G. Brain magnetic resonance imaging findings in children with headache. *Arch Argent Pediatr* 2017; 115: e349-355
3. Olsen J, Bendtsen L, Dodick D, Ducros A, Evers S, First M et al. III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión beta marzo. International Headache Society 2013, pp. 23-57
4. Eiris Puñal J. Cefaleas en la edad pediátrica. En: AEPap. Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, 2016:113-128

Tabla I. Fármacos y dosificación para el tratamiento de la cefalea

Fármaco	Posología	Observaciones
Tratamiento de cefalea aguda		
Ibuprofeno	10 mg/kg dosis oral (cada 6 h si precisa)	Cefaleas agudas, primarias y secundarias. De elección en migraña
Paracetamol	10-15 mg/kg dosis oral (cada 6 h si precisa)	Cefaleas agudas, primarias y secundarias
Sumatriptán	10(20) mg dosis nasal (máximo 2 dosis en 24 h)	Migraña. Único triptán con uso aprobado en edad pediátrica (nasal, 10 mg) en > 12 años. Contraindicado en migraña acompañada o complicada
Naproxeno	10mg/kg dosis (cada 6 h si precisa)	De elección en migraña si no responde al Ibuprofeno
Dexketoprofeno	25 mg/kg dosis (cada 8 horas si precisa)	Indicado en > 12 años
Metamizol	20-40 mg/kg dosis oral, i.v. o rectal (cada 6 horas si precisa: máximo 2 g/día)	De elección si no responde a los anteriores
Profilaxis de la migraña		
Propranolol	1-2 mg/kg/día (2 dosis)	Contraindicado en asma-broncoespasmo, arritmias cardiacas (QT largo), diabetes y deportistas de alta competición
Flunarizina	5-10 mg día (dosis única nocturna)	Único fármaco con nivel de evidencia clase I en profilaxis de migraña. Orexígeno
Topiramato	50-100 mg/día (dosis única nocturna)	Posibles efectos adversos cognitivos. Anorexígeno
Valproato sódico	10-20 mg/kg/día (1-2 dosis)	Contraindicado en mujeres adolescentes por riesgo de fetopatía en caso de embarazo
Amitriptilina	10-50 mg /día (dosis única nocturna)	También puede ser útil para cefalea tensional crónica. Contraindicada en arritmias cardiacas (QT largo) y glaucoma
Ciprohepadina	4-8 mg/día (2-3 dosis)	Orexígeno, posible somnolencia