

Mesa Redonda

Actualización en Neurología

Cefaleas en la infancia

R. BLANCO LAGO, I. MÁLAGA DIÉGUEZ

ACG Pediatría. Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias

INTRODUCCIÓN

La cefalea representa el síntoma neurológico y el tipo de dolor más frecuente en la infancia⁽¹⁾, constituyendo uno de los principales motivos de consulta tanto en Atención Primaria como en las consultas de Neuropediatría.

Conocer bien los principales tipos de cefalea en la infancia, las opciones terapéuticas en cada uno de ellos, así como los datos de alarma que pudieran aparecer en estos pacientes, resultan clave para una buena praxis.

Ante una consulta por cefalea, de manera ideal debemos ser capaces de informar y tranquilizar a las familias, diagnosticar correctamente y aplicar las medidas terapéuticas necesarias evitando, en lo posible, exploraciones innecesarias. Diferentes autores y trabajos sugieren la posibilidad de desarrollo de problemas de índole psicológica/psiquiátrica en pacientes que en la infancia presentaron migrañas o cefaleas que no fueron tratadas de manera adecuada⁽²⁾.

La primera pregunta que debemos hacernos ante un niño con cefalea es si se trata de una cefalea primaria o bien secundaria a alguna causa. Las cefaleas secundarias son muy frecuentes en Pediatría, a menudo en relación con procesos infecciosos banales, como veremos posteriormente. Sin embargo, en ocasiones, la causa subyacente es grave o potencialmente grave para la integridad del niño (por ejemplo, si hay un proceso expansivo intracraneal) o bien se trata de un problema con solución relativamente sencilla (como un síndrome de apnea-hipopnea del sueño o el uso de determinados fármacos de manera crónica).

PROCESO DIAGNÓSTICO EN LA CEFALEA INFANTIL

Se basa en tres puntos: historia clínica, exploración física y pruebas complementarias, si se precisaran⁽¹⁾.

Historia clínica

Resulta crucial en la primera entrevista escuchar y hacer comprender a la familia y al niño que entendemos su preocupación. De la misma manera, la familia ha de ser consciente de la necesidad de contestar de manera veraz a todas las preguntas de la anamnesis, sin minimizar ni maximizar síntomas. Existen algunas preguntas fundamentales para la correcta anamnesis de una cefalea, que exponemos a continuación.

Aspectos cronológicos del dolor

- Duración: ¿desde cuándo presenta el dolor?
- Frecuencia de los episodios: detallar si aparecen también en fin de semana o en vacaciones, si muestran cierta periodicidad, especificar la frecuencia de los episodios en forma de episodios por semana, episodios por mes...; en este punto resultan de gran utilidad los calendarios de cefaleas.
- Duración de los episodios: especificar si minutos, segundos, horas, días...; existen episodios de cefalea de escasos minutos de duración, en ocasiones muy agudos, que también tienen su relevancia, como veremos.
- Progresión de los episodios: detallar si cada vez son más frecuentes, si no han cambiado ni en frecuencia ni en

Correspondencia: Raquel Blanco Lago. ACG Pediatría. Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Av. Roma, s/n, 33011 Oviedo, Asturias.
Correo electrónico: rablabul@hotmail.com

© 2017 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

intensidad en los últimos meses o si, por el contrario, cada vez son menos frecuentes.

- e. Horario: recoger la hora aproximada en la que aparece el dolor (mañana, tarde o noche) detallando si el dolor es capaz de interrumpir el descanso nocturno, es decir, si el niño se ha acostado sin dolor pero se ha despertado de madrugada por culpa del dolor.

Características del dolor

- a. Localización del dolor: describir si se localiza siempre en el mismo sitio o hay diferentes localizaciones, si es uni o bilateral, etc.
- b. Tipo de dolor: no todos los niños son capaces de explicarlo bien, pero siempre hay que preguntarle cómo describiría el dolor (como si “te latiera el corazón dentro de la cabeza”, como si “te pincharan”, como si te “apretaran la cabeza”...); en función de la edad del niño y nuestra destreza en la entrevista podremos distinguir si se trata de un dolor de características pulsátiles u opresivas. En muchas ocasiones el empleo de dibujos puede resultar útil. Los pacientes pueden plasmar en un dibujo una correa o cinta alrededor de la cabeza (podría ser una descripción de un dolor opresivo...).
- c. Intensidad del dolor: en este sentido resultan de utilidad el empleo de escalas (tipo PedMidas) que valoren la repercusión en la calidad de vida del niño. También pueden registrarse la intensidad en los calendarios de cefaleas, describiendo cada episodio como de intensidad leve, moderada o grave, por ejemplo. La presencia de una cefalea de intensidad leve que no interrumpe la actividad habitual del niño suele sugerir el diagnóstico de cefalea tensional, como veremos posteriormente.
- d. Tipos de cefalea: preguntar si el niño tiene más de un tipo de dolores de cabeza (muchos tienen cefaleas de tipo tensional y han tenido algún episodio esporádico de tipo migrañoso, pero que es el que ha motivado la consulta). Conviene registrar si existe más de un tipo de dolor.
- e. Presencia de aura: preguntar al niño si él aprecia algo antes de que aparezca el dolor de cabeza, si siente algo que le “advierta” que va a empezar con dolor. En ocasiones son los familiares los que nos lo explican (comentan que el niño refiere ver luces, etc.).
- f. Síntomas asociados al dolor: este punto resulta importante y no siempre la familia lo describe si no le preguntamos específicamente. Debe recogerse la presencia de sonofobia, fonofobia, osmofobia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensación de mareo... previos o concomitantes con la cefalea.

- g. Signos asociados: aquí suelen ser los padres los que nos describen si el niño se queda pálido, eritematoso, ojoso... antes o en el momento del dolor de cabeza.
- h. Actitud del niño ante el dolor: muchas veces preguntamos directamente al niño: “y... ¿tú qué haces cuando te duele la cabeza?”. La interrupción de su actividad habitual y la necesidad de tener que tumbarse y dormir suelen estar presentes en los pacientes migrañosos.
- i. Presencia de algo que mejore o empeore el dolor: por ejemplo, el movimiento empeora de manera típica las migrañas y el sueño las mejora. Las técnicas de relajación/respiraciones profundas y lentas mejoran las tensionales, etc.
- j. Presencia de algún desencadenante (*trigger*) del dolor: por ejemplo, cefaleas que aparecen solo durante la menstruación, o en periodos de estrés escolar, etc.

Otros datos a recoger en la anamnesis del niño con cefalea

No debemos olvidar preguntar si existen otros síntomas entre los episodios de cefalea, si el niño recibe alguna medicación crónica o es portador de alguna enfermedad. Debemos, así mismo, recoger antecedentes familiares de cefaleas/migrañas o cualquier enfermedad (neurológica o no) en familiares más próximos y no olvidar recoger si existen problemas durante el sueño (ronquidos, apnea, despertares frecuentes, movimientos extraños, etc.).

Como herramientas útiles para la historia clínica disponemos, entre otras, de:

- a. Calendarios de cefaleas: resultan de gran utilidad. Debemos molestarnos en explicar a padres/pacientes cómo cumplimentarlos de manera apropiada, ya que hay diferentes modelos y no siempre resultan sencillos de rellenar. Su correcta y detallada cumplimentación puede ayudarnos tanto a diagnosticar el tipo de cefalea, como a decidir cuál es el manejo más apropiado o si hay que solicitar alguna prueba complementaria (Tabla I).
- b. Escalas de repercusión en calidad de vida, como el PedMidas: exige importante compromiso de familia y niño para cumplimentar, pero resulta útil a la hora de decidir la necesidad o no de iniciar tratamiento profiláctico en una migraña, por ejemplo (Tabla II).

Exploración

Resulta fundamental realizar una exploración pediátrica general, incluyendo datos básicos como peso, talla y constantes habituales (frecuencia cardiaca, tensión arterial). La presencia de soplos, petequias, fiebre, hipertensión, visceromegalias o adenopatías exigirían estudios complementarios. Incluso otros datos como el estado de desarrollo sexual o

TABLA I. EJEMPLO DE CALENDARIO DE CEFALÉAS.

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Intensidad del dolor (1) leve; (2) moderado; (3) grave										
Más fuerte en un lado										
Como si me dieran golpes										
Como si me apretaran la cabeza										
Me impide la actividad habitual										
Aumenta con los esfuerzos físicos										
Con náuseas										
Con vómitos										
Me molesta la luz										
Me molestan los ruidos										
Dura aproximadamente (en horas)										
No voy a clase por el dolor de cabeza										
Antes del dolor he tenido sensaciones en la vista										
He tenido mareos										
Respuesta a los analgésicos (1) eficaz; (2) regular; (3) ineficaz										

TABLA II. PED MIDAS – CUESTIONARIO DE MIGRAÑA.

En relación a los últimos 3 meses

- Numere los días perdidos de colegio por dolor de cabeza
- Numere los días perdidos parcialmente de colegio por haber llegado tarde o salido antes por dolor de cabeza
- Numere los días en los cuales su rendimiento escolar ha estado disminuido por dolor de cabeza
- Numere los días en los cuales su rendimiento en las tareas de la casa ha estado disminuido por dolor de cabeza
- Numere los días en los cuales no ha podido participar de actividades recreativas y de deportes por dolor de cabeza
- Numere los días en los cuales ha podido participar de actividades recreativas y de deportes, pero que su capacidad ha estado disminuida por dolor de cabeza

Puntuación:

- 1 a 20: considerar tratamiento profiláctico.
- Igual o superior a 21: indicación de tratamiento profiláctico.

alteraciones en el crecimiento podrían sugerir algún tipo de patología del SNC.

La exploración neurológica detallada debe ser completa e incluir desde la presencia de discromías si existieran (manchas café con leche, manchas hipomelanóticas, angiomas...)

hasta cualquier alteración o asimetría en la misma (pares craneales, fuerza, tono, sensibilidad, propiocepción, reflejos, marcha y sus variantes, fondo de ojo...). Cabe señalar además la elevada coexistencia de cefaleas en niños con otras patologías que se siguen habitualmente en la consulta de Neuropediatría (síndrome de Tourette, TDAH, epilepsia...).

Como parte de la exploración neurológica sería recomendable realizar una valoración psicológica (en función de los recursos disponibles) que permita descartar problemas relacionados con el estado de ánimo, ansiedad o dificultades escolares.

Pruebas complementarias en la evaluación del paciente pediátrico con cefalea

Deben realizarse si así lo indican los datos recogidos en la anamnesis (presencia de criterios de alarma) o en la exploración neurológica (focalidad/alteración neurológica).

La RM craneal es la principal prueba complementaria en el paciente con cefalea en la edad infantil. La superioridad en definición sobre el TC, su idoneidad para el estudio de la fosa posterior y la ausencia de radiación constituyen sus principales ventajas. Por otro lado exige, en muchas ocasiones, la sedación del niño, además del consecuente consumo de recursos. Es por ello que existen una serie de criterios a

TABLA III. CEFALÉAS DE BREVE DURACIÓN EN PEDIATRÍA.

Headache type	Usual location	Usual duration	Usual intensity	Autonomic symptoms	Multiple daily attacks*	Usual therapy	Triggers	Possible secondary cause
Atypical migraine	F/T	< 1 hr	Mod/S	No	-	Tricyclics/ AED	Many	No
Cluster	Or/F/T	15-190'	Mod/S	+/-	+	O ₂ /triptans/ steroid	No	No
Paroxysmal hemicrania	F/Or/T/ occipital	min	Mod/S	+/-	+		No	Yes
SUNA/ SUNCT	Or/F/T	seconds-min	Mod/S	Prominent	+	Tricyclics/ AED	No	Yes
Idiopathic stabbing headache	None	seconds	Mod/S	-	+	AED/ tricyclics	No	Yes
Cranial neuralgia	Depends on type	seconds-min	Mod/S	-	+	AED	Drinking/ eating/brushing teeth/hair	Yes
Occipital neuralgia	Occipital/ neck	seconds-min	Mod/S	-	+	Analgesics/ AED	No	No
Thunderclap headache	None	min	S	-	-	Depends on cause	No	Yes
Nummular headache	Parietal	seconds-min	M/Mod	-	+	AED/ tricyclics	Palpation	No
Red ear syndrome	Ear/cheek	30-60'	M/Mod/S	-	+	Varies	Many	Yes
Numb-tongue syndrome	Occipital/ neck	seconds-min	M	-	-	Conservative	Head movement	Yes

AED: antiepileptic drug; F: frontal; M: mild; Mod: moderate; Or: orbital; S: severe; SUNA: short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms; SUNCT: short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing; T: temporal.

*This category denotes that multiple attacks within a day are not uncommon but does not connote that the attacks occur every day.

Tomado de: McAbee GN. A Review of Episodic and Chronic Pediatric Headaches of Brief Duration. *Pediatr Neurol.* 2014; 1-6 (6).

tener en cuenta antes de solicitarla. No existe un consenso unánime entre profesionales, pero sintetizamos aquí las indicaciones de neuroimagen (RM craneal, salvo situaciones de urgencia/sospecha de sangrado o hipertensión intracraneal aguda) en niños con cefalea, elaboradas por la Academia Americana de Neurología.

- Patrón temporal anormal: cefalea que va aumentando en intensidad y frecuencia con el tiempo, progresivas.
 - Cambios en el patrón habitual de la cefalea.
 - Alteración en la exploración.
 - Asociación con cualquier otra característica que sugiera disfunción neurológica (convulsiones, estigmas de síndrome neurocutáneo, alteración de la conciencia...).
 - En los equivalentes migrañosos (véase más adelante).
- Otros datos considerados de "alarma" que muchos autores

describen como indicadores para solicitar prueba de imagen son:

- La interrupción del sueño nocturno.
- La localización del dolor en región occipital.
- Cefalea desencadenada por esfuerzos.
- Cefalea de predominio matutino y asociada a vómitos.
- Cefalea en niño de edad inferior a 5 años.

Otras pruebas complementarias que pueden ayudarnos a identificar una causa para la cefalea y ayudarnos así a tratarla son:

- Electroencefalograma/videoencefalograma: no debe solicitarse de rutina (existe un porcentaje no desdéniable de la población infantil con anomalías inespecíficas del VEEG que no son epilépticos), sino cuando hay clínica sugerente de crisis epiléptica (episodios reiterati-

vos que incluyen desconexión del medio, automatismos, visión de luces...).

- b. Estudio del líquido cefalorraquídeo mediante punción lumbar: en el caso de existir datos que sugieren infección del SNC o en casos muy concretos/infrecuentes que sugieren enfermedad metabólica como causa de la cefalea.
- c. Otras pruebas, según clínica/anamnesis que pueden resultar de utilidad son estudios de videopolisomnografía en caso de sospecha de un síndrome de apnea-hipopnea del sueño, analítica si sospechamos algún proceso constitucional, infeccioso o tumoral; psicometría y valoración psicopedagógica si hay problemas de aprendizaje asociados, valoración por salud mental si sospechamos una cefalea tensional secundaria a estrés por acoso escolar o maltrato, etc.

Insistir en que son la anamnesis y la exploración detalladas las que indicarán necesidad o no de realizar o no algunas de las pruebas complementarias arriba señaladas.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS INFANTILES

Existe una clasificación oficial⁽³⁾ que es revisada con cierta periodicidad y puede resultar de utilidad, sobre todo en el paciente adulto. En el caso de la población infantil, quizás resulte más práctico emplear una clasificación basada en los tipos de cefaleas más frecuentes en este periodo de la vida. Así distinguiremos:

- Cefaleas primarias: el dolor de cabeza es el síntoma en sí, no responde a ninguna otra causa:
 - a. Migraña.
 - b. Cefalea tensional.
 - c. Cefaleas de corta duración.
 - d. Variantes migrañosas de la infancia.
- Cefaleas secundarias: en ellas la cefalea es síntoma de una alteración estructural, metabólica, infecciosa... identificable. Es un grupo amplio, en el que se incluyen las cefaleas secundarias a procesos infecciosos, tumorales, metabólicos, etc., como detallaremos a continuación.

Cefaleas primarias

Migraña infantil

Se define como una cefalea recurrente, de intensidad moderada-grave y que suele interferir en las actividades diarias. El dolor puede ser descrito como pulsátil o punzante y suele acompañarse de náuseas y/o vómitos, sono o fotofobia. La duración de los episodios puede ser variable (normalmente más de una hora) y su localización también

puede variar, no siendo condición diagnóstica en niños la localización unilateral⁽⁴⁾.

El concepto de migraña crónica (poco frecuente) hace referencia a aquellas cefaleas que están presentes durante 15 días o más al mes durante los últimos tres meses consecutivos. Para considerarse migraña crónica, al menos 8 de esos 15 episodios deben presentar características migrañosas

La migraña infantil presenta una elevada prevalencia en la población escolar (entre el 3,2-14,5% de los escolares), porcentajes muy variables en función del tipo de estudio o país donde se realiza^(5,6). El sexo femenino suele ser el más afectado y la historia familiar de migraña está presente en más de la mitad de los casos.

Existen otros criterios para el diagnóstico de migraña infantil, que no difieren en exceso de la definición anteriormente expuesta, estos son los enumerados por Prensky y Sommer, que consideran la migraña infantil como toda cefalea aguda recurrente con intervalos libres de síntomas, en los que aparecen, al menos, tres de los siguientes síntomas en relación con el dolor:

- a. Dolor abdominal.
- b. Náuseas.
- c. Vómitos.
- d. Localización unilateral.
- e. De tipo pulsátil.
- f. Mejoría con el sueño.
- g. Historia familiar de migraña.
- h. Aura migrañosa.

Migraña con aura

Se define como tal cuando un niño presenta, al menos, dos ataques que cumplan tres de las siguientes características:

- a. Uno más síntomas de aura (disfunción cortical o de tronco encéfalo transitoria) totalmente reversible.
- b. Al menos uno de esos síntomas de aura se desarrolla gradualmente en 4 minutos o dos o más síntomas ocurren sucesivamente.
- c. Los síntomas de aura duran entre 4 y 60 minutos.
- d. La cefalea sigue al aura en un intervalo igual o menor de 60 minutos.
- e. Se descarta una cefalea secundaria por anamnesis, exploración y en caso necesario, mediante pruebas complementarias.

Concepto de migraña complicada: es aquella en la que el aura se prolonga (hasta horas o días). En este tipo de migrañas los fármacos profilácticos de elección son los calcioantagonistas o los fármacos antiepilépticos (tratar de evitar los triptanes en estos casos).

TABLA IV. PRINCIPALES VARIANTES MIGRAÑOSOS DE LA INFANCIA Y SUS CARACTERÍSTICAS.

Variantes migrañosos	Tortícolis paroxística benigna (TPB/BP)	Vértigo paroxístico benigno (VPB/BPV)	Síndrome de vómitos cíclicos (SVC/CVS)	Migraña abdominal (MA/AM)
Edad inicio	Primer año	< 4 años	5 años	Escolares
Finaliza...	3-4 años	Escolar	Pubertad	Pasados 5 años > adolescencia
Clínica/Dco Criterios ICHD-3	A. Episodios recurrentes en preescolar que cumplen criterios B y C B. Cabeza inclinada hacia uno u otro lado (puede haber rotación leve) que cede espontáneamente en minutos-días C. Al menos uno de los siguientes: palidez, irritabilidad, náuseas, vómitos, ataxia D. Exploración neurológica normal entre episodios E. No atribuida otra causa	A. Al menos 5 episodios que cumplen criterios B y C B. Inicio súbito de vértigo, de intensidad máxima al inicio y resolución espontánea en minutos, no afectada conciencia C. Al menos uno de los siguientes: nistagmus, ataxia, vómitos, palidez, miedo D. Exploración neurológica normal + función vestibular y auditiva normales entre episodios E. NO atribuido a otra causa	A. Al menos 5 episodios de náuseas y vómitos intensos que cumplen criterios B, C B. Episodios estereotipados para cada individuo y que se repiten con periodicidad definida C. Deben cumplir todo lo siguiente: - Náuseas/vómitos al menos 4 veces por hora - Episodios duran > 1 h y como máximo 10 días - Episodios se separan unos de otros al menos 1 semana D. Asintomáticos entre episodios E. No atribuidos a otra causa	A. Al menos 5 episodios de dolor ABD, cumpliendo crits B-D B. Dolor con al menos dos de las siguientes características: - Localizado en línea media, periumbilical o mal definido - Dolor sordo - Intensidad moderada o grave C. Durante los episodios, al menos dos de las siguientes: anorexia, vómitos, náuseas, palidez D. Duran 2-72 h si no se tratan o si el tto. es insuficiente (dur mín 1h) E. Asintomático entre episodios F. No atribuidos a otra causa
Frecuencia episodios/ <i>trigger</i>	Hasta 2-3 veces/mes No <i>trigger</i>	Poco predecible No <i>trigger</i>	Predecible en cada niño (hasta 12/año) <i>Triggers</i> : infección, falta de sueño, estrés, menstruación	Estereotipados <i>Triggers</i> : viajes, grasas, falta de sueño, estrés, luces intermitentes
Tratamiento agudo	Sintomático	Solo si persiste clínica, sintomático	Sedación, antieméticos, triptanes, rehidratación IV	No evidencia. Triptanes
Profilaxis	Rara vez se recomienda	Rara vez se recomienda	Ciproheptadina, amitriptilina, CoQ ₁₀ , pizotifeno	Pizotifeno, amitriptilina, ciproheptadina, propranolol
Comentarios	A veces asocian posturas distónicas en EE, caderas (ceden con sueño)	En cualquier posición	Matutinos. A veces "aura" la noche previa Pueden asociar: sono/fotofobia, dolor abdominal, cefalea, diarrea. Metabólico, endocrino, dvo. (PPCC)	Variante SVC, relación con epilepsia abdominal (EEG) DD dolor abdominal crónico diario
En común	Historia familiar migraña o evolución a migraña; no alteración conciencia; Dco exclusión; exploración normal entre episodios; entidades pediátricas; RM Y EEG NORMALES; estereotipados; no asocian cefalea (salvo en SVC)			

Migrালেপ্সিয়া: término controvertido que ha venido a definir aquellos casos de duda sobre la naturaleza de los episodios de un paciente (aparentemente migrañosos *vs* epilépticos). Se podría definir como la presencia de crisis

epilépticas que aparecen durante ataques de migraña. La diferencia entre, por ejemplo, migrañas con auras visuales y epilepsias del lóbulo occipital no siempre resulta fácil. El videoelectroencefalograma puede ayudarnos en algunos

casos, pero en otros puede incluso generar más confusión ya que, como comentamos con anterioridad, un porcentaje de niños no epilépticos pueden mostrar anomalías en el electroencefalograma (más los que son migrañosos). Resulta clave en estos casos conocer muy bien la semiología típica de las diferentes epilepsias infantiles y hacer un seguimiento de los pacientes (no tratar el EEG, sino el paciente). El empleo de fármacos antiepilépticos como profilácticos migrañosos en estos pacientes constituye en ocasiones una solución práctica. Explicar todo a la familia, hacer una escrupulosa anamnesis, disponer de vídeos de los episodios, hacer un seguimiento apropiado... favorecerán un adecuado diagnóstico en estos casos.

Cefalea tensional en la edad pediátrica

Se trata de la cefalea más frecuente en niños (con pico de mayor incidencia entre los 8 y 12 años), la prevalencia en estas edades oscila entre el 1-72%, según diversos autores y países. La clínica que muestran estos pacientes es generalmente poco llamativa, pero persistente y con mala respuesta a muchos de los fármacos que se ensayan. Por otro lado, representa una importante fuente de morbilidad en estas edades y en ocasiones se manifiesta como único síntoma en un niño que puede estar pasando por una difícil o incluso grave situación (desde problemas de aprendizaje, pasando por acoso, abusos o malos tratos). En este tipo de cefaleas el estrés juega un papel fundamental, de tal modo que hasta en el 50% de los niños con cefalea tensional crónica se pueden identificar actores estresantes en su entorno o bien algún tipo de enfermedad crónica.

La cefalea tensional no siempre es fácil de diferenciar de las migrañas, aunque una adecuada anamnesis facilita esta tarea en gran medida. Se definen como episodios de cefalea de intensidad media-moderada, que no interrumpen la actividad habitual del niño ni empeoran con el movimiento. Suelen tener una localización bilateral y un carácter opresivo. La duración de los episodios es variable, desde media hora hasta varios días consecutivos. En ocasiones pueden asociar algún otro síntoma como foto o sonofobia o, más raramente (sobre todo en las de tipo crónico), náuseas o vómitos. Se clasifican en función de la duración de los episodios en tres grupos:

- Cefalea tensional infrecuente episódica: el niño ha presentado en el momento de la valoración, más de 10 episodios de cefalea de características tensionales, con una frecuencia aproximada de un episodio o dos mensuales.
- Cefalea tensional frecuente episódica: el niño ha presentado, durante un periodo igual o superior a 3 meses, cefalea con una frecuencia que oscila entre 2 a 15 días al mes.

- Cefalea tensional crónica: el niño ha presentado, durante un periodo igual o superior a 3 meses, episodios de cefalea con una frecuencia de más de 15 días al mes.

Cefaleas de corta duración

Se trata de un grupo de cefaleas que no siempre son correctamente identificadas y manejadas en la edad pediátrica. Como característica común tienen la escasa duración de los episodios de dolor (minutos, siempre menos de una hora), pero que pueden ser muy intensos y pluricotidianos. La importancia de reconocer este tipo de cefaleas radica en que algunas pueden ser secundarias a una lesión subyacente o bien pueden tener un tratamiento específico⁽⁶⁾. En la tabla III hemos resumido las principales características de cada una de ellas.

Variantes migrañosos

Bajo esta denominación común se engloban una serie de cuadros clínicos, específicos de la edad pediátrica, que se caracterizan por ser episodios paroxísticos reiterativos y estereotipados (siempre se desarrollan de la misma manera). Aparecen en niños con historia familiar de migraña o que van a desarrollar una migraña durante el transcurso de su vida⁽⁷⁾.

En la tabla IV se detallan las principales manifestaciones clínicas y edad propia de desarrollo de los variantes migrañosos más frecuentes, así como las recomendaciones terapéuticas en cada uno de ellos. Señalar que, tal y como aparece en la tabla, se trata de diagnósticos de exclusión, por lo que se recomienda excluir cualquier otra patología que pueda tener similar sintomatología. Es mandatorio por lo tanto, en estos casos, solicitar pruebas complementarias.

Cefaleas secundarias

Representan el grupo de cefaleas más frecuentes, en su gran mayoría secundarias a causas banales. No obstante, se debe mantener un alto índice de sospecha y solicitar pruebas complementarias ante la posibilidad de una hipertensión intracraneal como causa de la cefalea.

Como referíamos con anterioridad, en estos casos la cefalea es el síntoma de una alteración estructural, metabólica, infecciosa... identificable. En este grupo destacamos las siguientes categorías (véase Tabla V).

TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS EN LA INFANCIA

Para conseguir los mejores resultados y mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias resulta crucial

TABLA V. CEFALÉAS SECUNDARIAS. PRINCIPALES CAUSAS.

Cefaleas secundarias	
Infecciones ORL Infecciones respiratorias vías altas Sinusitis	Abscesos Meningitis
SAHS	Epilepsia
Post traumatismo	Errores congénitos del metabolismo
Malformaciones vasculares SNC Hidrocefalias Lesiones ocupantes de espacio	Iatrogenia Fármacos
Problemas psicológicos, problemas de aprendizaje, estrés	

TABLA VI. PRINCIPALES ANALGÉSICOS PARA USO EN FASE AGUDA ANTE PACIENTE CON CEFALEA.

Tratamiento migraña en fase aguda: AINES (+/- antieméticos)			
Principio activo	Dosis	Edad mínima para su uso	G.E.
Ibuprofeno (O)	10 mg/kg/dosis	6 meses	A
Paracetamol (O)	15 mg/kg/dosis		B
Sumatriptan (IN). Spray nasal: 10 / 20 mg	20-39 kg = 10 mg > 40 kg = 20 mg	5 años	A
(O). Comp. 25/50/100 mg	< 12 años = 50 mg > 12 años = 100 mg	8 años	
(SC). Inyección subcutánea: 4 mg/6 mg	0,06 mg/kg/dosis	6 años	
Rizatriptan (O)	< 40 kg= 5mg	6 años	
Zolmitriptan (O/IN)	> 40 kg=10 mg < 12 años = 2,5 mg > 12 años = 5 mg	6 años	
Ketorolaco (IV) Amp. 30 mg/ml (O) Comp. 10 mg	0,5 mg/kg/dosis (máx 30 mg) 1 mg/kg/dosis (máx 10 mg)	2 años	

(O): vía oral; (IV): vía intravenosa; (IN): vía intranasal; GE: grado de evidencia para su uso. Analgésicos: no + de 5 días al mes (o no más de 3 días/semana). Triptanes: limitados a 9 días al mes.

hacer entender a nuestros pacientes que necesitamos de su colaboración mediante la cumplimentación de calendarios u otros cuestionarios que cuantifican la repercusión en la calidad de vida. Un diagnóstico certero resulta fundamental para un adecuado manejo terapéutico.

Disponemos de una serie de medidas terapéuticas generales y otras más específicas en función del tipo de cefalea al que nos enfrentemos, como señalamos a continuación.

Tratamiento de la migraña infantil

1. Medidas no farmacológicas:

- a. Técnicas relajación, terapia cognitivo-conductual, biofeedback.

- b. Detectar y eliminar fuente de estrés.
- c. Eficacia demostrada⁽⁸⁾.
- d. Informar, educar, medidas generales básicas de higiene de sueño, alimentación y deporte.
- e. Involucrar al niño y a la familia. Ofrecer objetivos realistas.

2. Medidas farmacológicas:

- a. Tratamiento sintomático: respuesta rápida para que pueda volver a su vida habitual. Empleo de analgésicos por vía oral que permitan que el niño recupere su actividad. Detallamos los más habituales en la tabla VI. En caso de vómitos reiterados o persistencia del dolor puede ser necesario emplear la vía endovenosa.

TABLA VII. FÁRMACOS EMPLEADOS COMO PROFILÁCTICOS EN LA MIGRAÑA INFANTIL.

Fármaco	Dosis en estudios	Grado evidencia	Efectos adversos
Flunarizina	5 mg/d (2,5 > 5 > 10 mg/d)	A	Incremento de peso (20%) Somnolencia (10%), depresión (largo plazo)
Propranolol	60-120 > máximo 240 mg/d (dos dosis)	C A*	Contraindicado en asma/atopia
Ciproheptadina	2-8 mg/día (0,2-0,4 mg/kg/día)	C	Sedación, aumento apetito+
Amitriptilina	1 mg/kg/d (10-75 mg/d noche; incrementos de 0,25 mg/kg/d cada 2 semanas)	C	Ligera sedación, anticolinérgicos (boca seca, estreñimiento), peso+
Ác. valproico	15-40 mg/kg/d (250-1.000 mg/d en dos dosis o crono)	B A*	Apetito+, mareo, caída cabello, SOP, teratogenia. Monitorizar función hepática
Topiramato	1,4 +/- 0,7 mg/kg (2-4 mg/kg/d) (50-200 mg/d en dos dosis)	A	Cognitivos (12,5%), pérdida de peso (5,6%), sensoriales (2,8%). Revisar ACO

*Evidencia A en la US Guideline for efficacy and tolerability in adults. LEV: gabapentina, zonisamida: pocos datos. Migraña crónica: toxina botulínica A (también TPM, amitriptilina); SOP: síndrome de ovario poliquístico; ACO: anticonceptivos orales.

b. Tratamiento profiláctico: reducir frecuencia e intensidad de los episodios, siendo estas las principales indicaciones para su empleo⁽⁹⁾:

- Si los cambios en el estilo de vida y las medidas no farmacológicas no funcionan.
- Se registran más de 4 episodios al mes (> episodio/semana) o estos son muy duraderos.
- Los episodios son de intensidad al menos moderada, afectado a la calidad de vida del niño (Ped-MIDAS > 10).
- Hay pocos ensayos controlados sobre el empleo de este tipo de tratamiento en niños, existiendo controversia sobre cuál resulta de mayor utilidad. Se recomiendan iniciar a dosis bajas y mantener 4-6 meses. En la tabla VII se detallan los fármacos más empleados y sus características, así como el nivel de evidencia para su uso^(4,9-13).

Tratamiento de la cefalea tensional

1. Tratamiento en fase aguda: pueden emplearse analgésicos de tipo paracetamol, ibuprofeno o ácido acetil salicílico en los niños más mayores. No obstante, debemos insistir en evitar el abuso en el uso de los mismos (no más de 5 al mes) y hacer hincapié en las medidas profilácticas.
2. Tratamiento profiláctico: detallamos los fármacos que han sido ensayados con más frecuencia en la tabla VIII,

subrayando que no existe suficiente grado de evidencia científica sobre la mejoría de estos tipos de cefaleas con fármacos, encontrándose en muchos casos resultados mejores o al menos similares, pero sin efectos adversos, con el empleo de tratamientos no farmacológicas (técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, etc.).⁽¹⁴⁾.

COMENTARIOS

Las ideas fundamentales sobre la cefalea infantil se resumen en los siguientes puntos:

- La cefalea en la edad pediátrica es un motivo de consulta frecuente, cada vez más, algunos autores justifican esta tendencia al alza por cambios en el estilo de vida.
- Las claves para el correcto diagnóstico son: anamnesis detallada + exploración + calendario.
- El diagnóstico en la edad pediátrica resulta más complejo que adultos.
- El diagnóstico de cefalea puede cambiar a lo largo de la vida del niño, pudiendo pasar un paciente de tener una cefalea primaria a secundaria, o de tipo tensional a migrañosa (o viceversa). Re-evaluar, re-explorar y solicitar pruebas complementarias cuando estén indicadas.
- La cefalea tensional existe y es fuente de morbilidad. No siempre se identifica o trata correctamente.

TABLA VIII. TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL EN PEDIATRÍA.

Tratamiento farmacológico = NO evidencia			
Principio activo	Dosis	GE	Comentarios
Amitriptilina	Inicio 5-10 mg (0,25 mg/kg) (cama) Escalada de 5-10 mg/2 semanas Máx. 30 mg/día o 1 mg/kg/día	C/D	Ganancia ponderal Mareos, cansancio
Topiramato	Inicio: 25 mg/día en dos dosis (0,25 mg/kg/día) Escalada: en 12,5 mg cada 2 sem (100 mg/día o 1 mg/kg/día)	C/D	Cuando hay sobrepeso
Gabapentina	10-50 mg/kg en 3-4 dosis Posible combinación con amitriptilina	C/D	Cuando se precisa rápida mejoría
Melatonina	Escasos estudios, pequeña muestra		
Toxina botulínica A	Solo datos en adultos		
Tratamiento NO FARMACOLÓGICO = controversia, igual o mejores resultados			
Terapia/técnicas de relajación, <i>biofeedback</i> , terapia congitivo-conductual			
<i>GE: grado de evidencia.</i>			

ABREVIATURAS

- SNC: sistema nervioso central.
- RM: resonancia magnética.
- TC: tomografía computarizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. *J Headache Pain*. 2011; 12(1): 13-23.
- Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*. 2001; 322(7295): 1145.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33: 629-808.
- Green A, Kabbouche M, Kacperski J, Herhsey A, O'Brien H. Managing Migraine Headaches in Children and Adolescents. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016; 9(3): 477-82.
- Kernick D, Campbel J. Measuring the impact of headache in children: a critical review of the literature. *Cephalalgia*. 2009; 29(1): 3-16.
- McAbee GN. A review of episodic and chronic pediatric headaches of brief duration. *Pediatr Neurol*. 2014; 1-6.
- Rothner AD, Parikh S. Migraine Variants or Episodic Syndromes That May Be Associated With Migraine and Other Unusual Pediatric Headache Syndromes. *Headache*. 2016; 56(1): 206-14.
- Hershey AD. Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine. *Lancet Neurol*. 2010; 9(2): 190-204.
- Freitag FG, Shumate D. Current and investigational drugs for the prevention of migraine in adults and children. *CNS Drugs*. 2014; 28: 921-7.
- Abu-Arafeth I. Flunarizine for the prevention of migraine - a new look at an old drug. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54: 200-7.
- El-Chammas K, Keyes J, Thompson N, Vijayakumar J, Becher D, Jackson JL. Pharmacologic treatment of Pediatric Headaches. A meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2013; 167(3): 250-8.
- Peer Mohamed B, Goadsby PJ, Prabhakar P. Safety and efficacy of flunarizine in childhood migraine: 11 years experience, with emphasis on effects in hemiplegic migraine. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54(3): 274-7.
- Han SA, Yang EJ, Kong Y, Joo CU, Kim SJ. Effects of low-dose topiramate on language function in children with migraine. *Korean J Pediatr*. 2017; 60(7): 227-3.
- Eccleston C, Palermo T, de C Williams S, Lewandowski A. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Intervention Review*. The Cochrane Collaboration.