

Protocolos de Neurología

Cefaleas en la infancia

S. BALLESTEROS GARCÍA

Centro de Salud Perchera. Gijón

INTRODUCCIÓN

La cefalea, sensación de malestar o dolor en la cabeza, es un síntoma clínico muy común durante la infancia en los países desarrollados. Su prevalencia varía, según los diferentes autores, entre un 8-60%, aumentando con la edad, de forma que durante la adolescencia se presenta el momento de mayor incidencia. La prevalencia se ha ido incrementando a lo largo de las últimas décadas. El inicio del dolor se produce durante la infancia, pero éste persistirá a lo largo de la vida adulta.

La cefalea supone, por tanto, un motivo de consulta muy frecuente en la práctica clínica diaria, tanto en la consulta del Pediatra de Atención Primaria como en Urgencias Hospitalarias (2-6% de todas las visitas). Asimismo, ocasiona hasta un 20% de las derivaciones que se realizan a las consultas especializadas de Neuropediatría.

La cefalea tiene una gran importancia en el desarrollo de la vida diaria del niño debido a la disminución de la calidad de vida ocasionada por el dolor, al absentismo escolar y a la ansiedad que genera en su entorno familiar ante la sospecha de una enfermedad grave.

La "Clasificación Internacional de las Cefaleas" en su segunda edición del año 2004, divide las cefaleas en (a) *primarias*, como la migraña y la cefalea tensional, (b) *secundarias*, debidas a un problema de base en relación temporal

con la misma, como infecciones, neoplasias cerebrales, traumatismos, enfermedades sistémicas o problemas psiquiátricos y (c) un tercer grupo de *neuralgias faciales y craneales*.

La migraña es la cefalea más frecuente en la edad pediátrica. Afecta más a niños en edad prepuberal y a niñas en edad puberal. Se define como una cefalea recurrente que puede durar entre 1 y 72 horas, unilateral (aunque en los niños más pequeños suele ser bilateral), pulsátil, de intensidad moderada o severa, que se asocia con náuseas, fotofobia, fonofobia y se agrava con la actividad física.

Se divide en dos subtipos:

- Sin aura, más frecuente.
- Con aura o síntomas de focalidad neurológica, que preceden o acompañan a la cefalea.

El aura típica se manifiesta con alteraciones visuales (centelleos, pérdida de visión) y, en menor frecuencia, con alteraciones del lenguaje, parestesia o afasia, que no deben durar más de una hora. Se incluyen dentro de las migrañas:

- Los *vómitos cíclicos* (episodios recurrentes de vómitos y náuseas intensos asociados con palidez y letargia).
- La *migraña abdominal* (dolor abdominal recurrente de 1-72 horas de duración, de intensidad moderada a severa, que se asocia a náuseas, vómitos y síntomas vasomotores).
- El *vértigo benigno paroxístico de la infancia* (recurrentes y breves episodios de vértigo).

Correspondencia: S. Ballesteros García. Centro de Salud Perchera. Calle Oran s/n. 33211 Gijón
Correo electrónico: sonia.ballesteros@sespa.princast.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Dentro también de las cefaleas primarias, la cefalea tensional se describe como episodios de cefalea que duran entre minutos y días, caracterizados por ser bilaterales, opresivos, de intensidad leve o moderada, sin náuseas, pero que pueden presentar fotofobia o fonofobia. No se agrava con la actividad física. Actualmente, aumenta el diagnóstico de este tipo de cefalea en la infancia.

Dentro de las cefaleas secundarias se deben descartar las entidades que precisan tratamiento urgente, como meningitis, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural, o las cefaleas por hipertensión intracraneal (progresiva, intensa por las mañanas, asociada a náuseas y vómitos) fundamentalmente de etiología neoplásica, aunque es frecuente que se presente simplemente como una cefalea con aumento progresivo de severidad y frecuencia.

En los niños, la etiología de las cefaleas secundarias es más limitada que en los adultos, aunque son frecuentes, puesto que cualquier cuadro febril, sobre todo, las infecciones respiratorias, pueden ocasionar cefaleas. Las causas oculares son excepcionales como causa de cefalea, aunque el astigmatismo y la ambliopía pueden ocasionar cefaleas de tipo tensional.

DIAGNÓSTICO

En la evaluación de un niño con cefalea, una historia clínica detallada y sistemática realizada al niño y a su familia, junto con una exploración general, neurológica y un fondo de ojo, dan el diagnóstico en la mayor parte de los casos, precisando el uso de pruebas complementarias sólo en ocasiones muy precisas.

En la anamnesis realizada al niño y a los padres debe constar:

- Antecedentes familiares: más frecuentes en las cefaleas de los niños que en las de los adultos, llegando a estar presentes hasta en un 90% de los casos, con mayor incidencia en la línea materna. La herencia se considera multifactorial, originada por varios genes y factores ambientales.
- Antecedentes personales: toma de fármacos, alergias, dolores abdominales recurrentes, vómitos cíclicos, vértigo, epilepsia, alteraciones del sueño.
- Historia de la cefalea:
 - Momento de inicio, difícil de precisar en muchos casos, y su evolución en el tiempo.

- Periodicidad o frecuencia del dolor: intentar acotarlo en un periodo limitado de tiempo.
- Presencia de aura o síntomas previos a la cefalea, poco frecuentes en los niños.
- Localización del dolor y su irradiación: suele ser frontal; el dolor unilateral es muy poco frecuente en los niños.
- Calidad del dolor: en los niños viene definido por la alteración en su estilo de vida y el absentismo escolar.
- Los desencadenantes o factores precipitantes: en los niños suelen ser alimentos, emociones, conflictos familiares o sociales, traumatismos banales, ayuno, ejercicio físico y estrés.
- Síntomas acompañantes: gastrointestinales (vómitos, náuseas, dolor abdominal), vasomotores, mareos, alteraciones del carácter, trastornos del sueño.
- Relación con el sueño: es frecuente un estado de letargia y sueño post-crisis.
- Duración de las crisis: suelen ser cortas y con horario vespertino.
- Tratamientos utilizados previamente y su eficacia así como sus efectos secundarios.
- Circunstancias que alivien el dolor.

El siguiente paso en la evaluación del niño con cefalea es la realización de una exploración general y neurológica. Dentro de la exploración general debe incluirse:

- Medida del perímetro cefálico.
- Auscultación tanto cardio-pulmonar como del cráneo en busca de soplos.
- Tensión arterial.
- Signos vegetativos.
- Inspección en busca de manchas cutáneas, palidez y expresión facial del paciente.

En la exploración neurológica debe realizarse la evaluación de:

- Pares craneales
- Tono muscular, función motora, coordinación.
- Reflejos profundos.
- Sistemas sensoriales.
- La marcha.
- Estado mental del paciente.

La exploración se completa con el estudio del fondo de ojo, con el fin de determinar la posible existencia de un

edema de papila, siendo un elemento diagnóstico fundamental en el abordaje de la cefalea.

Con todos los datos extraídos de la historia y la exploración se llega al diagnóstico del tipo de cefalea, precisando el uso de pruebas complementarias sólo en pocos casos seleccionados. Actualmente, se considera que el uso de pruebas complementarias debe quedar limitado a cefaleas con determinadas características:

- Inicio de una cefalea frecuente y severa que previamente no tenía el paciente.
- Cambio en un patrón de cefalea.
- Cefalea que despierta durante el sueño.
- Cefalea diaria por las mañanas.
- Disfunción neurológica.
- Cualquier alteración en la exploración neurológica (signos de focalidad, de aumento de la presión intracraneal, alteración de la conciencia).
- Convulsiones.
- Cefalea unilateral persistente, siempre en la misma localización.
- Cefalea precipitada por el esfuerzo físico, maniobra de Valsalva o cambios posturales.
- Cefalea que no responde a los tratamientos adecuados.

Las exploraciones complementarias que están indicadas en el estudio de una cefalea son: pruebas de laboratorio, punción lumbar, electroencefalograma y las técnicas de neuroimagen: tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética (RM). Estas pruebas son de utilidad ante la sospecha de una lesión expansiva o un proceso intracraneal.

La TC se considera la prueba fundamental en la evaluación de una cefalea que se sospecha sea de base orgánica. Informa sobre el tamaño de los ventrículos, hidrocefalia, tumores, hemorragias y hematomas, malformaciones vasculares y abscesos. Es una prueba muy fiable y supone el test inicial a elegir.

La RM es de utilidad si se sospecha una alteración situada en la fosa posterior o si existen dudas diagnósticas en la TC. Ambas pruebas son normales en caso de cefaleas primarias.

La decisión de realizar estudios complementarios, en último término, depende de un buen juicio clínico por parte del pediatra, basado en condiciones individuales de cada paciente.

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico de cefalea se debe instaurar un tratamiento individualizado para cada paciente, siendo fundamental la percepción del dolor que tiene el niño y la afectación en la calidad de vida debido al dolor. El tratamiento de la cefalea debe conseguir de forma fundamental:

- Reducir la frecuencia, severidad y duración de la cefalea, así como el malestar ocasionado por la misma.
- Evitar fármacos mal tolerados, poco efectivos o que creen dependencia.
- Aumentar la calidad de vida del niño.
- Evitar una medicación intensa.
- Educar al paciente en el tratamiento de su enfermedad, para que mantenga un control personal sobre su cefalea.
- Reducir el estrés y los síntomas psicológicos ocasionados por la cefalea.

Es muy importante tranquilizar al niño y a su familia de la benignidad del proceso y de la naturaleza persistente del mismo, con un posible control de los síntomas debido al tratamiento, aunque transitorio en muchos casos. Este paso es muy importante para conseguir un tratamiento eficaz. El tratamiento se divide en dos grandes grupos: medidas generales y tratamiento farmacológico, dividiéndose éste a su vez en agudo y profiláctico.

Las *medidas generales* buscan educar al paciente y su familia para modificar los hábitos en su estilo de vida, reducir el estrés y evitar los factores precipitantes. Dentro de estas medidas destacan:

- Técnicas de relajación.
- Recomendar una buena higiene del sueño, puesto que el 25-40% de niños con cefalea presentan alteraciones en el sueño.
- Ejercicio (actividad física regular).
- Modificaciones en la dieta: en los niños parece que el queso, el chocolate y los cítricos actúan como desencadenantes de la cefalea. En la actualidad, esta relación ha sido poco demostrada y existen muchas controversias al respecto, por lo que no se recomiendan restricciones estrictas en la dieta que alterarían la vida diaria del niño. Sí se considera importante un régimen regular de comidas, con un aporte abundante de agua y eliminar aquellas comidas que el niño relacione directamente con el dolor, así como un consumo moderado de cafeína.

- Recomendar un uso adecuado del tratamiento farmacológico, evitando un consumo en exceso de analgésicos.

El *tratamiento farmacológico* se divide en dos tipos de fármacos: los utilizados en la fase aguda o sintomática de la cefalea y los que se utilizan como tratamiento preventivo.

En la fase aguda del tratamiento, los analgésicos más seguros y eficaces en los niños, según los diferentes estudios realizados, son el ibuprofeno, el paracetamol y el sumatriptan nasal (en mayores de doce años y adolescentes). Además de los fármacos, como primera medida se debe recomendar el descanso en un lugar tranquilo y oscuro.

El tratamiento debe iniciarse con un solo fármaco, lo más simple posible e ir aumentando la complejidad sino cede el dolor. El paracetamol (dosis de 10-15 mg/kg) y el ibuprofeno (dosis de 7,5-10 mg/kg) son efectivos en el tratamiento de las cefaleas, sobre todo, si se dan al inicio del dolor. Deben ser los primeros fármacos de elección para utilizar al inicio del tratamiento. Si los vómitos son frecuentes se debe asociar domperidona.

En niños mayores y adolescentes, si no es posible controlar el dolor con los fármacos de primera elección puede utilizarse el sumatriptan nasal (dosis de 5-20 mg); se ha demostrado bien tolerado, eficaz y seguro en este rango de edad. No existen datos suficientes acerca del uso del sumatriptan oral, por lo que no se recomienda su uso. En estos niños pueden usarse también los ergotamínicos (dosis de 1-2 mg) al inicio de la crisis, llegando a 4 mg al día.

Cuando la cefalea es resistente al tratamiento y empeora en forma de estatus migrañoso, requiere ingreso hospitalario con fluidoterapia y dexametasona intravenosa.

Se recomienda realizar un tratamiento profiláctico en los niños que presentan:

- Más de dos cefaleas incapacitantes al mes.
- Cefaleas complicadas.
- Cefaleas recurrentes sin buena respuesta al tratamiento o si no se tolera la medicación.
- Cefaleas con un aumento progresivo de la frecuencia o la intensidad del dolor.

Dentro de los fármacos utilizados para el tratamiento profiláctico, el más eficaz, según los diferentes estudios, es la flunarizina, aunque también se utilizan otros fármacos como el propanolol, la ciproheptadina, la amitriptilina, el valproato y el topiramato.

La flunarizina precisa un tiempo para ejercer su acción con dosis únicas nocturnas de 5 mg. Muy indicado en niños con trastornos del sueño o anorexia. Sus efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, aumento de peso y apetito.

La ciproheptadina se utiliza a dosis de 2-4 mg, 2-3 veces al día, provocando también un aumento del sueño y el apetito. El propanolol se recomienda en situaciones de ansiedad a dosis de 10 mg, 3 veces al día. Está contraindicado en niños con asma, depresión, hipotiroidismo o diabetes.

Se inicia el tratamiento con un solo fármaco a dosis bajas y se incrementa de forma progresiva hasta controlar el dolor, manteniéndose entre 3 y 6 meses como máximo.

En las cefaleas tensionales con síntomas asociados de depresión o cuando se superponen síntomas de migraña y de cefalea tensional son útiles los antidepresivos, como amitriptilina, a dosis de 10-25 mg en dosis única, o imipramina, y, en casos de ansiedad, el diazepam a dosis de 2,5 mg, dos veces al día, un máximo de tres meses. En estas cefaleas deben evitarse los fármacos que resulten adictivos.

En los niños que presentan mareos se puede añadir sulpiride.

CONCLUSIONES

La cefalea es un problema de salud muy frecuente en la infancia, que origina un número muy elevado de consultas en la práctica diaria debido a la ansiedad que supone, tanto para el niño como para su familia, ante la posibilidad de que se trate de un problema neurológico severo y por la influencia que tiene en la calidad de vida del niño.

El diagnóstico se realiza con una historia detallada y una exploración general y neurológica, precisando las técnicas de neuroimagen solo de forma ocasional.

En el tratamiento se debe incluir una modificación en el estilo de vida del niño y un uso adecuado de los fármacos, siendo el ibuprofeno, el paracetamol y el sumatriptan nasal los de elección. Tan importante como el tratamiento, es tranquilizar al paciente respecto a la benignidad del cuadro y educarlo para que sea capaz de controlar su dolor ante la recurrencia probable del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis DW. Toward the definition of childhood migraine. *Curr Opin Pediatr* 2004; 16: 628-633.

2. Lewis D, Ashwall S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Practice parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. *Neurology* 2004; 63: 2215-2224.
3. Durá T, Yoldi ME. Cefaleas agudas recurrentes: características clínicas y epidemiológicas. *An Pediatr* 2005; 62(2):141-146.
4. Domínguez M, Santiago R, Campos J, Fernández de Pés MJ. La cefalea en la infancia. Una aproximación diagnóstica. *An Esp Pediatr* 2002; 57(5): 432-443.
5. Gladstone JP, Dodick DW. Revised 2004 International Classification of Headache Disorders : New Headache Types. *Can J Neurol Sci* 2004; 31: 304-314.
6. Haedache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl.1): 8-152.
7. Hall GC, Brown MM, Mo J, Macrae KD. Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. *Neurology* 2004;62(4): 563-568.
8. Lewis DW, Kellstein D, Dahl G, Burke B, Frank LM, Toor S, et al. Children ibuprofen suspension for the acute treatment of pediatric migraine. *Headache* 2002;42(8): 780-786.
9. Medina LS, D'Souza B, Vasconcellos E. Adults and children with Headache: evidence-based diagnostic evaluation. *Neuroimaging Clin N Am* 2003: 13(2): 225-235.
10. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, Silberstein SD, Olesen J. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004; 63(3): 427-435.