



## MANEJO PRÁCTICO DE LAS CEFALEAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Amparo López Lafuente.**

Neuropediatría.  
Hospital San Pedro de Alcántara.  
Cáceres.

### RESUMEN

La cefalea puede ser el síntoma de una gran cantidad de enfermedades, desde una infección viral hasta una neoplasia intracraneal o una migraña, por lo que es un frecuente motivo de consulta en Atención Primaria. En este taller revisaremos mediante la exposición de varios casos clínicos las cefaleas más frecuentes de los niños y su manejo en Atención Primaria.

El objetivo de este artículo es incidir en las claves de diagnóstico y tratamiento de las cefaleas valoradas por los pediatras en Atención Primaria.

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, en urgencias y en neuropediatría, porque puede ser una manifestación habitual de enfermedades infecciosas, de procesos sistémicos, del SNC, o constituir una entidad en sí misma, y porque además es un síntoma que genera gran angustia y ansiedad familiar por temor a un proceso expansivo subyacente.

El pediatra de Atención Primaria es un eslabón fundamental muy importante en la atención de los niños con cefalea ya que atiende las primeras consultas y deberá orientar el diagnóstico, iniciar el tratamiento y en algunos casos derivar a Urgencias o a consulta de Neuropediatría.

### VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CEFALEA

#### ANAMNESIS

La historia clínica es la parte más importante de la valoración de un niño con cefalea, ya que nos permite realizar un diagnóstico correcto en la mayoría de los

pacientes. La anamnesis de la cefalea debe ser minuciosa, detallada y sistematizada. Es recomendable permitir que el niño relate de forma libre sus síntomas, pero a continuación debe obtenerse información con un interrogatorio estructurado dirigido al niño y a sus padres. El objetivo es dar respuesta a una serie de preguntas, especificadas a posteriori, para ayudarnos a catalogar el tipo de cefalea. A los niños pequeños les resulta más sencillo expresarse por medio del dibujo y nos pueden ofrecer detalles muy valiosos para la interpretación de las características de su cefalea. (Imagen I)



Imagen I. Dibujo de una niña de 4 años con migraña con aura visual

Interrogatorio en la cefalea:

1º ¿Tiene uno o varios tipos de cefalea? Si tiene dos debemos investigarlas de forma independiente.

2º ¿Desde cuándo padece la cefalea? Días, meses, años.

3º ¿Coincidió el comienzo con algo? Podemos identificar un factor físico (traumatismo) o psicológico (nacimiento de un hermano, separación de los padres, fallecimiento de alguien querido, cambio de residencia, etc) o no encontrar ningún motivo.



4º ¿Cuál es su patrón temporal? Es muy práctica la clasificación de las cefaleas de Rothner, que las divide según el perfil temporal en:



Agudo: episodio aislado de dolor sin historia previa de proceso similar.



Agudo recurrente: episodios agudos de dolor separados por intervalos libres.



Crónico no progresivo: dolor de presentación diaria o muy frecuente y con intensidad leve-moderada, no asociado a signos neurológicos anormales.



Crónico progresivo: cuando el dolor empeora evolutivamente, en frecuencia e intensidad, obligando a la sospecha de un proceso expansivo intracraneal.



Mixto: combinación de alguno de los anteriores, en especial agudo recurrente y crónico no progresivo.

5º ¿Cuál es su frecuencia? Las cefaleas tensionales son más frecuentes y se agrupan en días, la migraña no ocurre de forma diaria y cursa con episodios recidivantes con periodicidad variable.

6º ¿Cuánto dura? La cefalea tensional puede ser continua, la migraña dura entre 30 minutos y varias horas. La cefalea en racimos 30-60 minutos.

7º ¿Tiene un ritmo horario? La cefalea tensional suele ser vespertina. La migraña hasta la adolescencia también predomina vespertinamente. La HTIC es frecuentemente nocturna o matutina. La cefalea del síndrome apnea-hipopnea obstructiva del sueño predomina por la mañana.

8º ¿Hay factores desencadenantes o agravantes de las cefaleas? Algunos alimentos (chocolate, frutos secos, carnes condimentadas, comida china, cafeína, cítricos, etc), fármacos (metilfenidato, anticoncepti-

vos orales en adolescentes), el calor, el sol, el ejercicio físico, el sueño escaso, la menstruación, pueden desencadenar una migraña. El estrés, la ansiedad, la depresión, pueden desencadenar episodios tanto de migraña como de cefaleas tensionales.

9º ¿Hay síntomas prodrómicos? Pueden referir cambios de humor, letargia, irritabilidad, fatiga, bostezos, ansiedad.

10º ¿Dónde se localiza? La cefalea tensional puede ser bilateral, holocraneal, en banda. La migraña suele localizarse bifrontal o bitemporal, y menos frecuente hemicraneal. La cefalea en racimos es siempre unilateral. La cefalea occipital obliga a descartar una lesión estructural.

11º ¿Cuál es su intensidad? En la cefalea tensional suele ser leve-moderada, en la migraña moderada-severa y en la cefalea en racimos severa. Si despierta frecuentemente durante el sueño es un signo de alarma de patología intracraneal.

12º ¿Cuál es su carácter? En la migraña es típico el carácter pulsátil. Generalmente los niños tienen dificultades para definirlos, podemos ayudarlos, sin sugestionarlos en exceso, con explicaciones: "como un corazón" "como un tambor" "como martillazos" "como si me apretasen" "como un peso encima"; y a veces son muy gráficas sus dibujos.

13º ¿Existen síntomas acompañantes? Debe preguntarse de forma orientada si existen náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, palidez, ojeras.

14º ¿Existen auras? Visual, auditiva, somatosensorial, trastornos del lenguaje o del habla, inestabilidad, estado confusional. Típicas de las migrañas.

15º ¿Qué hace durante el episodio? La cefalea moderada obliga a interrumpir actividades; la cefalea severa obliga a interrumpir actividades y hace buscar sueño y reposo.

16º ¿Cómo se alivia el dolor? Los analgésicos, el sueño, el ambiente tranquilo suelen aliviar a la migraña pero no siempre responden las cefaleas tensionales.



17º Valoración de los antecedentes personales. Desarrollo psicomotor, existencia de asma, alergia, infecciones intercurrentes, HTA, epilepsia, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, fracaso escolar, TDAH.

18º Valoración de los antecedentes familiares. En el 78% de los niños con migraña se objetivan antecedentes familiares de migraña. En familias disfuncionales, cefalea crónica no progresiva.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Tras la anamnesis debemos realizar una exploración clínica y neurológica completa, incluyendo siempre perímetro cefálico, TA y fondo de ojo.

Debemos valorar el estado general, las constantes vitales (Tª, FC, TA), datos somatométricos (peso, talla, PC (importante medir el PC a cualquier edad pediátrica, su aumento nos puede dar pistas diagnósticas), inspeccionar la piel (petequias, equimosis, manchas hiper o hipocromas, ...), valoración ORL, articulación temporomandibular, auscultación cardiopulmonar, valoración abdominal. La mayoría de las causas de cefalea aguda se identificaran en esta primera exploración.

La exploración neurológica incluirá la valoración del estado de conciencia, la orientación, el habla (pueden alterarse en meningitis, encefalitis, hipertensión intracraneal de cualquier causa, en la migraña confusional), Fondo de ojo (el aprendizaje y entrenamiento del pediatra de AP en la exploración del fondo de ojo sería de gran utilidad en el manejo de la cefalea), examen de pares craneales, especialmente los oculomotores (sin olvidar una campimetría por confrontación manual), ROT, fuerza muscular, sensibilidad, coordinación, pruebas cerebelosas y deambulación.

Tras una anamnesis y exploración física minuciosa pueden diagnosticarse mas del 90% de las cefaleas, sin mediar exploraciones complementarias.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En función de la sospecha diagnóstica, en ocasiones se planteará la realización de un hemograma y bioquímica básica (proceso infeccioso, anemia), cribado toxicológico (intoxicación por CO, plomo) o marcadores de enfermedades del colágeno, etc.

La Radiografía de senos no está indicada. Exclusivamente la realizaremos si existe sospecha fundada de sinusitis como causante de la cefalea.

El EEG no está indicado de manera rutinaria en el estudio de la cefalea. Sólo se solicitará si la cefalea forma parte de un episodio con alteración o pérdida de conciencia.

Si sospechamos una infección del SNC, hemorragia subaracnoidea, HTIC, existe focalidad neurológica, remitiremos al paciente a urgencias para realización de TC cerebral y examen de LCR.

Si existe cefalea crónica progresiva remitir a la consulta de neuropediatría ya que es obligado un estudio de neuroimagen.

Si identificamos síntomas depresivos, ansiedad, etc, deberemos solicitar una valoración psiquiátrica.

Evaluación oftalmológica: si sospechamos que la cefalea es debida a defectos de refracción.

### MANIFESTACIONES DE ALARMA EN UNA CEFALEA se exponen en la Tabla I.

### CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS

Los criterios de la Internacional Headache Society (IHS) en su segunda edición, con modificaciones para la infancia, contribuyen eficazmente al diagnóstico específico de las cefaleas y son de consulta obligada. Pero para el manejo asistencial diario es de gran utilidad la clasificación de la cefalea según el patrón temporal propuesto por Rothner.

#### CEFALÉA AGUDA (Algoritmo I)

La cefalea aguda es un episodio de dolor agudo que se presenta en niños sanos sin



Tabla I. Manifestaciones de alarma en las cefaleas.

|   |
|---|
| <p><b>Signos muy sugestivos de proceso expansivo y/o HTIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración en la exploración neurológica</li> <li>Síntomas neurológicos persistentes</li> <li>Síntomas visuales permanentes</li> <li>Edema de papila</li> </ul> <p><b>Signos sospechosos de proceso expansivo y/o HTIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio en el patrón de cefalea previo</li> <li>Cefalea que despierta frecuentemente durante el sueño</li> <li>Cefalea diaria matutina</li> <li>Macrocefalia</li> <li>Manchas hipocromas o "café con leche"</li> <li>Cefalea y Crisis epilépticas periódicas, sobre todo de inicio focal</li> <li>Cefalea desencadenada por maniobras de Valsalva</li> <li>Síntomas neurológicos durante un episodio de migraña</li> <li>Cefalea unilateral siempre del mismo lado</li> <li>Cambio de carácter, apatía, tristeza, disminución del rendimiento escolar</li> <li>Debilidad, adelgazamiento, retraso del crecimiento</li> <li>Vómitos sin causa evidente, sobre todo si no coinciden con la cefalea</li> <li>Cefalea en menores de 5 años</li> <li>Cefalea de cualquier tipo que no mejora tras la primera visita</li> </ul> |
|---|

historia previa de cefalea. La presencia de fiebre y los hallazgos exploratorios, principalmente signos neurológicos y meníngeos, serán los datos claves para orientar el diagnóstico. Puede cursar con dolor agudo localizado o generalizado.

El **1º episodio de migraña** es una causa frecuente de cefalea aguda intensa, localizada o generalizada, asociada a veces a vómitos y afectación del estado general. (Es un diagnóstico de exclusión). Y el **traumatismo craneoencefálico** (TCE) también puede producir una cefalea aguda localizada o generalizada, inmediatamente y/o varios días después del traumatismo. La cefalea postraumática aguda es aquella que aparece en los 15 días tras sufrir el TCE y persiste menos de 8 semanas. Puede abocar a una cefalea crónica no progresiva.

Dentro de las causas de **cefaleas agudas localizadas** están la:

**Sinusitis aguda:** Dolor localizado en región maxilar o frontal. A veces es temporal y retroorbitario (seno etmoidal), u occipital y

en vértex (seno esfenoidal. En ocasiones se asocia a rinorrea purulenta, halitosis, tos vespertina o nocturna, fiebre y dolor en puntos sinusales.

**Otitis:** Dolor intenso en el oído. En niños pequeños no se localiza bien y se manifiesta por irritabilidad y signo del trago positivo.

**Anomalías oculares:** Muy infrecuente. Los errores de refracción (sobre todo hipermetropía y astigmatismo), estrabismo, glaucoma, dacriocistitis aguda, celulitis orbitaria, pueden producir dolor sordo frontal o retroorbitario tras esfuerzo visual prolongado (TV, lectura). La neuritis retrobulbar produce dolor sordo retroocular asociado a alteración visual.

**Afecciones dentales (caries, abscesos dentarios o maloclusión dental) y la disfunción articulación temporomandibular:** Dolor localizado a ese nivel y relacionado con la masticación.

**Neuralgia occipital:** Dolor localizado en región occipital y cervical superior relacio-



nado con la práctica de deportes, accidentes de coche o malformaciones craneocervicales. Cursa con dolor o hipersensibilidad en la región suboccipital y puede acompañarse de débil déficit sensitivo. En relación con contractura refleja cervical, mejora con relajantes musculares, analgésicos, antiinflamatorios e inmovilización con collarín cervical.

Dentro de las causas de **cefaleas agudas generalizadas**:

**Infecciones sistémicas:** Los procesos infecciosos febriles respiratorios y digestivos, generalmente virales, son la causa más frecuente.

**Infecciones del SNC:** Tanto las meningitis como las encefalitis cursan, a menudo, con cefalea. Además suelen presentar fiebre, vómitos, signos meníngeos y, a veces, signos de focalidad (paresias, crisis). La alteración del estado de conciencia es constante en las encefalitis.

**Fármacos, tóxicos, drogas y aditivos:** En relación con algunos fármacos (metilfenidato, anticonceptivos, vasodilatadores), tóxicos (monóxido de carbono, plomo), sustancias de abuso (cocaína, marihuana, alcohol), aditivos (nitritos, glutamato sódico). Pueden producir cefalea aguda o recurrente.

**Hipertensión arterial (HTA).** La cefalea se presenta en ascensos importantes de la presión arterial. La asociación de ansiedad, hipersudoración, taquicardia, palidez, náuseas y vómitos obliga a descartar un feocromocitoma.

**Postpunción lumbar.** No se relaciona con la cantidad de LCR extraído, sino con el desequilibrio entre pérdida y producción. A veces es muy intensa, se acompaña de vómitos y signos meníngeos, y mejora, típicamente, en decúbito y con analgésicos.

**ACV isquémico.** La cefalea acompaña o sigue al déficit neurológico focal. En la disección arterial puede precederlo en un 35% de los casos.

**Hemorragia subaracnoidea.** Por TCE, malformación arteriovenosa, cocaína o anfetaminas. El dolor suele ser holocraneal,

súbito y muy intenso. Puede asociar vómitos, meningismo y fotofobia. Excepcional antes de los 15 años.

**Disfunción autonómica:** hipoglucemia, síncope, postconvulsión, ejercicio intenso.

**CEFALEA AGUDA RECURRENTE** (Algoritmo II)

Comprende los episodios agudos de dolor de cabeza separados por intervalos libres. Las causas más frecuentes de cefalea aguda recurrente son la migraña y la cefalea tensional.

### Migraña.

Es la causa más importante de cefalea en edad pediátrica. Su prevalencia aumenta con la edad y se sitúa en el 8-23% a los 15 años. Predomina ligeramente en niños en edad prepuberal y en niñas posteriormente. En un 78% de los casos existe historia familiar. Entre los precipitantes, se encuentran el estrés, ejercicio, falta o exceso de sueño, menstruación, ayuno, TCE, tabaco, alcohol, fármacos (anticonceptivos, metilfenidato), y ciertos alimentos (chocolate, queso, cítricos, frutos secos, glutamatos, plátano, vainilla).

En ocasiones los padres refieren manifestaciones prodrómicas que preceden en horas o días a la cefalea y que recurren de forma estereotipada, como puede ser euforia, depresión, irritabilidad, letargia, bostezos y ansiedad por la comida o sed excesiva.

**Migraña sin aura:** Es la más frecuente (60-85%). Se caracteriza por ataques de dolor agudo, separados por intervalos libres, de intensidad moderada o grave, localización unilateral o bilateral, pulsátil, con fotofobia y sonofobia y síntomas digestivos. Generalmente mejoran con el sueño. (Tabla II).

El dolor aparece en cualquier momento del día, pero es preferentemente vespertino en los niños más pequeños y matutino en los adolescentes. La localización unilateral es más frecuente en niños mayores y adolescentes y la bilateral (bifrontal o bitemporal) en niños más pequeños. Su duración es de 1 a 72h. y en niños pequeños incluso inferior. Entre los síntomas asociados se incluyen



Tabla II.

|  |
|--|
| <p><b>CRITERIOS PEDIÁTRICOS PARA LA MIGRAÑA SIN AURA</b></p> <p><b>A. Al menos 5 crisis que cumplan los criterios B-C-D</b></p> <p><b>B. Duración de la cefalea de 1 a 72 horas</b></p> <p><b>C. Cefalea que tiene al menos 2 de las siguientes características:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localización unilateral-<i>bilateral</i></li> <li>2. Carácter pulsátil</li> <li>3. Intensidad moderada o severa</li> <li>4. ↑ de intensidad al subir escaleras o actividad similar física rutinaria</li> </ol> <p><b>D. Durante la cefalea, al menos 1 de las siguientes manifestaciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas y/o vómitos</li> <li>2. Fotofobia y fonofobia (<i>pueden deducirse de su conducta</i>)</li> </ol> <p><b>E. No se atribuye o ha sido excluido cualquier otro trastorno</b></p> |
|--|

náuseas, vómitos, dolor abdominal periumbilical, palidez cutánea y aspecto ojeroso. La fotofobia y sonofobia en los niños pequeños se deduce de su conducta.

**Migraña con aura:** La presentan el 14-30% de los niños. El aura son síntomas neurológicos deficitarios, de origen cortical o de troncoencéfalo, que preceden o acompañan a la cefalea. Se desarrollan gradualmente en 5-20 minutos y duran como máximo 60 minutos. En la clasificación de la IHS-2 se aceptan 6 subgrupos: 1º Aura típica con cefalea migrañosa. 2º Aura típica con cefalea no migrañosa. 3º Aura típica sin cefalea. 4º Migraña hemipléjica familiar. 5º Migraña hemipléjica esporádica. 6º Migraña tipo basilar.

**Migraña con aura típica.** La más frecuente es la visual, con fenómenos positivos (puntos, manchas de colores, líneas onduladas semejantes al arco iris, figuras redondeadas o geométricas, destellos de luz o espectros de fortificación). También pueden observarse fenómenos negativos (escotomas centellantes o fenómenos hemianópicos, cuadrantanópicos y ceguera completa). También micropsias, macropsias o metamorfopsias. Otras auras incluyen manifestaciones sensoriales, como parestesias o entumecimiento, o alteraciones del habla (disfasia). (Tabla III).

**Migraña con aura prolongada.** (antes migraña complicada). Es la migraña en que uno o más síntomas del

Tabla III.

|   |
|---|
| <p><b>MIGRAÑA CON AURA TÍPICA</b></p> <p><b>A. Al menos 2 crisis que cumplan los criterios B-C-D</b></p> <p><b>B. Aura consiste en al menos 1 de los siguientes, excepto debilidad muscular</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síntomas visuales totalmente reversibles, incluyen manifestaciones + (luces brillantes parpadeantes, manchas o líneas) y/o (escotomas, visión borrosa, pérdida de visión)</li> <li>2. Síntomas sensoriales totalmente reversibles, incluyen manifestaciones + (parestesias) y/o (hipoestesias)</li> <li>3. Alteraciones en el habla/disfasia completamente reversibles</li> </ol> <p><b>C. Al menos 2 de los siguientes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales</li> <li>2. Al menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente en un tiempo <math>\geq 5</math> minutos o 2 ó más síntomas de aura sucesivos en el mismo periodo</li> <li>3. Las auras duran <math>\geq 5'</math> y <math>\leq 60'</math></li> </ol> <p><b>D. La cefalea comienza durante el aura o siguiendo al aura con un IL &lt; 60'</b></p> <p><b>E. No se atribuye o ha sido excluida cualquier otra enfermedad</b></p> |
|---|



aura tienen una duración superior a los 60 minutos e inferior a una semana, y con neuroimagen normal. La mayoría de los pacientes se recuperan totalmente, pero unos pocos quedan con secuelas neurológicas secundarias a infarto cerebral.

**Migraña hemipléjica.** Migraña con aura incluyendo hemiparesia o hemiplejía de horas a días de duración, y generalmente, sobrepasa la duración de la cefalea. En la **familiar** al menos un pariente de primer o segundo grado presenta ataques idénticos. En la **esporádica** no hay antecedentes familiares.

**Migraña de tipo basilar.** Cursa con síntomas de aura atribuibles a la disfunción del tronco, el cerebelo y la región hemisférica cerebral posterior, como alteraciones visuales, diplopía, disartria, vértigo, acúfenos, hipoacusia, parestesias bilaterales y ocasionalmente alteración del nivel de conciencia. Dura entre varios minutos y 1h. y se continua de una cefalea preferentemente occipital. (Tabla IV)

### Complicaciones de la Migraña:

**Migraña Crónica:** Migraña que cumple los criterios de la migraña sin aura y que se presenta durante 15 días o más al mes durante más de 3 meses y que no puede ser atribuida a ninguna otra causa.

**Estatus Migrañoso:** Duración superior a 72h a pesar del tratamiento, sin incluir el periodo de sueño, y con intervalos sin cefalea menores de 4 horas.

### Cefalea tensional episódica.

Suele presentarse por encima de los 10 años y preferentemente en el sexo femenino. Hay dos subtipos dependiendo de la frecuencia del dolor: la episódica infrecuente (<1 día/mes) y la frecuente (=1 pero <15/mes) (ver tabla V). Tiene predominio vespertino y suele ir ligada a cansancio físico o estrés. Es un dolor sordo u opresivo, de intensidad leve-moderada y de localización holocraneal, en banda o en la nuca y ocasionalmente bitemporal o bifrontal. No se asocia a náuseas ni vómitos y no cursa conjuntamente con fotofobia y sonofobia. Dura entre 30 minutos y 7 días.

### Cefalea punzante idiopática.

Se caracteriza por ser una cefalea instantánea, como "un pinchazo", en zona periorbitaria, temporal o parietal, de forma aislada o en salvas y que van seguidos de intervalos asintomáticos de horas o días. Puede anteceder o coexistir con migrañas típicas. Debe excluirse el quiste coloidal de III ventrículo con una resonancia cerebral. Si es muy molesto se puede tratar con indometacina.

### Cefalea en acúmulos o en racimos.

Son raras pero pueden empezar en la adolescencia. Más frecuente en varones. El dolor es unilateral, periorbitario o en región temporal y puede acompañarse de hipermia conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración facial, miosis, ptosis y edema palpebral. El dolor es breve (15 a 180 minutos) e intenso, a menudo se inicia durante el sueño y puede ocurrir desde 1 vez/2 días hasta 8 veces/día.

Tabla IV.

#### MIGRAÑA DE TIPO BASILAR

- Mismos criterios que para la migraña con aura excepto:
  - **Aura consistente en  $\geq 2$  de los síntomas reversibles siguientes, pero sin debilidad motriz:**
    1. Disartria; 2. Vértigo; 3. Tinnitus; 4. Hipoacusia; 5. Diplopía; 6. Síntomas visuales simultáneos en campos temporal y nasal de ambos ojos; 7. Ataxia; 8. Disminución del nivel de conciencia; 9. Parestesias bilaterales simultáneas.
  - **Al menos uno de los siguientes:**
    - **Al menos uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en  $\geq 5$  min. y/o los diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión durante  $\geq 5$  minutos**
    - **Cada síntoma del aura dura  $\geq 5$  min. y  $\leq 60$  minutos**



Tabla V.

|  |
|--|
| <p><b>CEFALEA DE TIPO TENSIONAL EPISÓDICA INFRECUENTE</b></p> <p><b>A. Al menos 10 episodios con frecuencia &lt;1 día/mes (&lt;12 días/año) y que cumplan los criterios B-D</b></p> <p><b>B. La cefalea dura desde 30 min a 7 días</b></p> <p><b>C. La cefalea tiene <math>\geq 2</math> de las siguientes características:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localización bilateral</li> <li>2. Carácter opresivo (<i>no pulsátil</i>)</li> <li>3. Intensidad leve a moderada</li> <li>4. No agravada por la actividad física rutinaria</li> </ol> <p><b>D. Ambos de los siguientes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No náuseas ni vómitos (<i>puede haber anorexia</i>)</li> <li>2. No hay fotofobia o fonofobia o se presenta sólo una de los dos</li> </ol> <p><b>E. No atribuido a ningún otro trastorno</b></p> <p><b>FRECUENTE</b></p> <p><b>Mismos criterios que la infrecuente excepto:</b></p> <p><b>A. Al menos 10 episodios que se producen <math>\geq 1</math> día pero &lt;15 días/mes durante <math>\geq 3</math> meses (<math>\geq 12</math> y &lt;180 días/año)</b></p> |
|--|

### Hemicránea paroxística crónica.

Cefalea rara en la infancia (más frecuente en mujeres adultas), unilateral, intensa, sin náuseas ni vómitos. Son accesos frecuentes al día (+ de 5) y de breve duración (2-45 minutos) y mejoran espectacularmente con indometacina.

### Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño (SAOS).

Tenerla en cuenta en niños obesos, hipotónicos o con hipertrofia amigdalina. Produce síntomas diurnos consistentes en somnolencia, cefalea y déficit de atención.

### Cefalea tusígena.

Crisis de cefalea breve (<1 minuto) producida por un acceso de tos. Hay formas primarias y formas secundarias (tumor de fosa posterior o malformación craneocervical).

### Cefalea benigna desencadenada por el ejercicio.

Se trata evitando el desencadenante.

### Feocromocitoma.

Muy raro en niños. Episodios de cefalea pulsátil coincidentes con HTA, taquicardia, sudoración, palidez y ansiedad.

### CEFALEAS CRÓNICAS NO PROGRESIVAS (Algoritmo III)

Son cefaleas con episodios a diario o muy frecuentes, de intensidad leve o moderada, que no se asocian con síntomas de hipertensión intracraneal ni con signos neurológicos anormales.

### Cefalea de tensión crónica.

Ver cefalea de tensión episódica. Se diferencia por su presentación de más de 15 días al mes durante 6 meses o más de 180 episodios al año.

### Cefalea postraumática.

Es la cefalea que persiste más de 8 semanas tras un traumatismo y obliga a descartar un hematoma subdural o un quiste leptomeníngeo. Puede ser localizada o difusa, episódica o diaria, tensional o migrañosa.

### Cefalea por abuso de analgésicos.

El uso diario e indiscriminado de analgésicos en cefaleas persistentes puede inducir a cronificar el dolor. El tratamiento consiste en la supresión de los analgésicos, y en el periodo de deshabitación es eficaz la amitriptilina.



## CEFALEAS CRÓNICAS PROGRESIVAS (Algoritmo III)

Son cefaleas que empeoran en frecuencia e intensidad con el tiempo, obligando a la sospecha de un proceso expansivo intracraneal. Generalmente se presentan con un síndrome de hipertensión intracraneal (SHTIC) con manifestaciones clínicas variables según la causa, edad del niño y tiempo de evolución. En los lactantes los signos más frecuentes son fontanela abombada, diástasis de suturas, aumento del perímetro cefálico y ojos en sol poniente, junto con irritabilidad, letargia o rechazo de las tomas. En niños mayores, la cefalea matutina, el aumento de ésta con maniobras de Valsalva, los vómitos proyectivos, la diplopia (por afectación del VI par) y el papiledema (Imagen II).

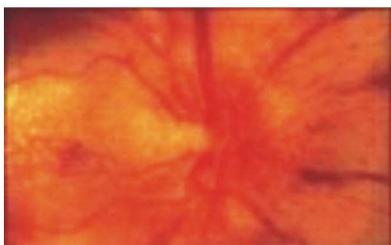


Imagen II. Papiledema

### Pseudotumor cerebri o HTIC idiopática.

Consiste en un síndrome de HTIC sin evidencia de infección, tumor o hidrocefalia. El diagnóstico es por la clínica + neuroimagen normal + aumento de presión en el LCR con citoquímica dentro de la normalidad. El tratamiento consiste en diuréticos y/o corticoides y a veces punciones lumbares de repetición.

### Tumor cerebral.

El dolor es difuso, poco intenso e intermitente y empeora con el ejercicio, la tos y los cambios posturales; suele asociar náuseas y vómitos. En el 65% despierta al paciente por la noche. La exploración neurológica y ocular suele estar alterada. El diagnóstico se basa en la neuroimagen. El tratamiento puede requerir cirugía, radioterapia y quimioterapia.

### Absceso cerebral.

Es más frecuente en niños con cardiopatías congénitas cianóticas, infecciones crónicas o inmunosupresión. Se manifiesta con cefalea, fiebre, papiledema y signos de focalidad neurológica. La resonancia es diagnóstica. La mayoría se tratan con drenaje quirúrgico y antibioterapia.

### Hidrocefalia crónica.

Síndrome debido a un aumento anormal de la cantidad de LCR en la cavidad craneal, lo que origina un incremento en la presión intracraneal y el consiguiente sufrimiento neurológico. Puede ser debido a una anomalía congénita (estenosis del acueducto de Silvio), a un tumor o a una hemorragia intracraneal. Se manifiesta con clínica de HTIC y se diagnostica por neuroimagen. El tratamiento es la implantación de una válvula de derivación y el etiológico.

### Hematoma subdural crónico.

Puede ser secundario a TCE por accidente, malos tratos o coagulopatía. La clínica incluye una cefalea progresiva asociada o no a vómitos y alteración del carácter. Puede cursar también con letargia y síntomas neurológicos focales. El diagnóstico es por la neuroimagen. Tratamiento: drenaje quirúrgico o derivación.

## CEFALEAS MIXTAS

Se trata de la combinación de varios patrones de cefalea en un mismo paciente. La asociación más frecuente es cefalea tensional y migraña. (Tabla VI).



Tabla VI. Diferencias entre migraña y cefalea tensional en la infancia.

|                         | MIGRAÑA   | CEFALEA DE TENSIÓN                        |
|-------------------------|---|---|
| Edad                    | 6-10 años   | 7-15 años                                 |
| Sexo                    | Varones (Mujer: 10-14 ñ)  | Femenino                                  |
| Localización            | Frontal, bitemporal, retroorbitaria, unilateral                 | Frontal u holocraneal                     |
| Horario                 | Variable: V <edad. M >edad                                      | Vespertino                                |
| Intensidad              | Moderada / Intensa  | Leve / Moderada                           |
| Calidad                 | Pulsátil  | Opresiva                                  |
| Asociada con            | Náuseas y/o Vómitos<br>Fonofobia y Fotofobia<br>Ojeras, palidez | Anorexia, mareo,<br>Fonofobia o Fotofobia |
| AURA                    | Puede tener   | NO  |
| Duración                | Horas: 1-72 h.  | Variable                                  |
| Antecedentes familiares | Frecuentes  | Posibles                                  |
| Analgésicos             | Eficaces  | Ineficaces                                |

## TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS

El tratamiento de las cefaleas hay que individualizarlo dependiendo del tipo de cefalea y de las características con las que cursa en cada caso particular. Se puede dividir en tres apartados:

### **Medidas generales y tratamiento no farmacológico**

-Tranquilizar a la familia y al paciente subrayando que con la anamnesis y exploración física hemos descartado otras causas de cefaleas que podrían tener una gravedad o tratamientos distintos.

-Explicarles la importancia de intentar identificar y evitar los factores que les favorecen o precipitan los episodios (recordárselo en cada visita).

-Mejorar los hábitos de sueño, favorecer un horario regular.

-Estimular una actividad física regular.

-Fomentar una conducta alimentaria saludable e hidratación adecuada. Buscar si existe relación ente el consumo de los alimentos supuestamente vinculados con la migraña (chocolate, queso, cítricos, comida china, etc) y la aparición de la cefalea, y si se encuentra evitarlos. Los estimulantes (caféina, té, colas) pueden precipitar las crisis por su efecto intrínseco o a través de la disrupción en el patrón de sueño o alteración del estado de ánimo. Evitar ayunos prolongados.

-Investigar y solventar factores estresantes como conflictos familiares, rechazo o acoso escolar, depresión, ansiedad, dificultades escolares o abuso físico, psicológico o sexual.

-Durante los episodios se debe instruir y aconsejar al niño a que se acueste en un lugar oscuro, fresco y sin ruidos ambientales (*el uso de paños fríos en la frente o en el cuello puede ser beneficioso*). En algunos niños y sobre todo en las cefaleas tensionales es efectivo el uso de técnicas de relajación.

-Hacer un calendario de cefaleas va a ser muy útil para objetivar la frecuencia, características de los episodios, sintomatología acompañante, los posibles factores desencadenantes y la respuesta a los analgésicos administrados.

### **Tratamiento farmacológico del episodio agudo de cefalea**

Los fármacos deben administrarse de forma precoz y a dosis eficaces. Los analgésicos usados más habitualmente incluyen ibuprofeno, paracetamol y ácido acetilsalicílico. Si no son eficaces se les puede asociar codeína. Los antieméticos además de mejorar la patología gastrointestinal comórbida potencian la acción de los analgésicos y AINEs. A partir de los 12 años, en episodios que no responden o que son severos se indica sumatriptan intranasal. (Tabla VII)



Es importante explicarles a los pacientes y sus familias que el uso "frecuente y excesivo" de cualquiera de los fármacos utilizados en la cefalea puede provocar una cefalea diaria por abuso de analgésicos o cefalea de rebote. Por lo tanto se debe intentar limitar su uso a menos de 3 veces a la semana para que el riesgo sea mínimo.

### **Tratamiento preventivo farmacológico en la migraña**

Los fármacos más empleados en la infancia son la flunaricina (bloqueante de los canales de calcio) y el propranolol (betabloqueante adrenérgico). La amitriptilina (antidepresivo tricíclico) se usa en el tratamiento de la migraña, la cefalea tensional, mixta y en la relacionada con abuso de analgésicos. (Tabla VIII)

Se considera indicado cuando los episodios afectan significativamente la calidad de vida del niño (PED MIDAS superior a 21. Tabla IX). Y en general cuando la frecuencia de los episodios es igual o superior

a 3 al mes, o aunque la frecuencia sea menor de 3/mes, si son crisis intensas e incapacitantes (vómitos incoercibles), o de duración prolongada (estado migrañoso) o asocian manifestaciones neurológicas focales.

Cualquier medicación que se utilice, debe iniciarse con dosis bajas y aumentarse lentamente. La duración media del tratamiento suele ser de 3 a 6 meses y la retirada se realiza de forma gradual para evitar el efecto rebote. Se pautarán nuevos ciclos posteriores según la evolución.

### **Tratamiento preventivo farmacológico en la cefalea tensional**

Los fármacos más empleados son los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina). Se indica en la cefalea tensional que precisa de analgésicos más de 8 días al mes. Si es eficaz se mantiene varias semanas y se retira paulatinamente. Pueden ser útiles pautas cortas de AINEs en caso de contractura muscular y ansiolíticos en caso de ansiedad asociada.

Tabla VII: Fármacos empleados en el tratamiento agudo de la cefalea.

| Fármaco   | Dosis   | Observaciones  |
|---|---|--|
| <b>Analgésicos/AINE</b>   |   |  |
| Ibuprofeno  | 10 – 15 mg / Kg / 6 – 8 h<br>(máximo 40 mg / Kg al día)   |  |
| Paracetamol   | 10 – 20 mg / Kg / 4 – 6 h   |  |
| AAS   | 10 – 20 mg / Kg / 6 – 8 h   | Evitarlo en niños febriles o si sospecha de trastorno metabólico   |
| Metamizol Magnésico   | 10 – 15 mg / Kg / 6 h   |  |
| Naproxeno   | 5 - 10 mg / Kg / 12 h   |  |
| <b>Opiáceo</b>  |   |  |
| Codeína   | 0,5 – 1 mg / Kg / 4 – 6 h   |  |
| <b>Antieméticos</b>   |   |  |
| Metoclopramida  | 0,1 - 0,5 mg / Kg / día / 8 h<br>(max 10 mg / dosis)  | Puede causar reacciones distónicas.  |
| Domperidona   | 0,3 mg / Kg / 8 h   |  |
| Ondasetron  | 4 mg <15 kg<br>8 mg >15 kg  |  |
| <b>Sumatriptan</b><br>(Triptanes: agonistas selectivos y potentes de la serotonina) | 10mg puff intranasal<br>Si resulta ineficaz, puede probarse 20mg<br>(max 2 dosis / 24 h)<br>(max 2 días / sem.) | >12 años. No administrar 2º dosis si no responde a la 1º dosis. Si responde pero recurre el dolor, puede administrarse una 2º dosis no antes de 2h.<br>CI en pacientes con cardiopatías congénitas, ACV isquémicos, HTA o insuficiencia hepática.<br>Evitarse en migrañas hemipléjicas, basílares o auras sin cefalea. |



Tabla VIII: Tratamiento farmacológico profiláctico en la migraña

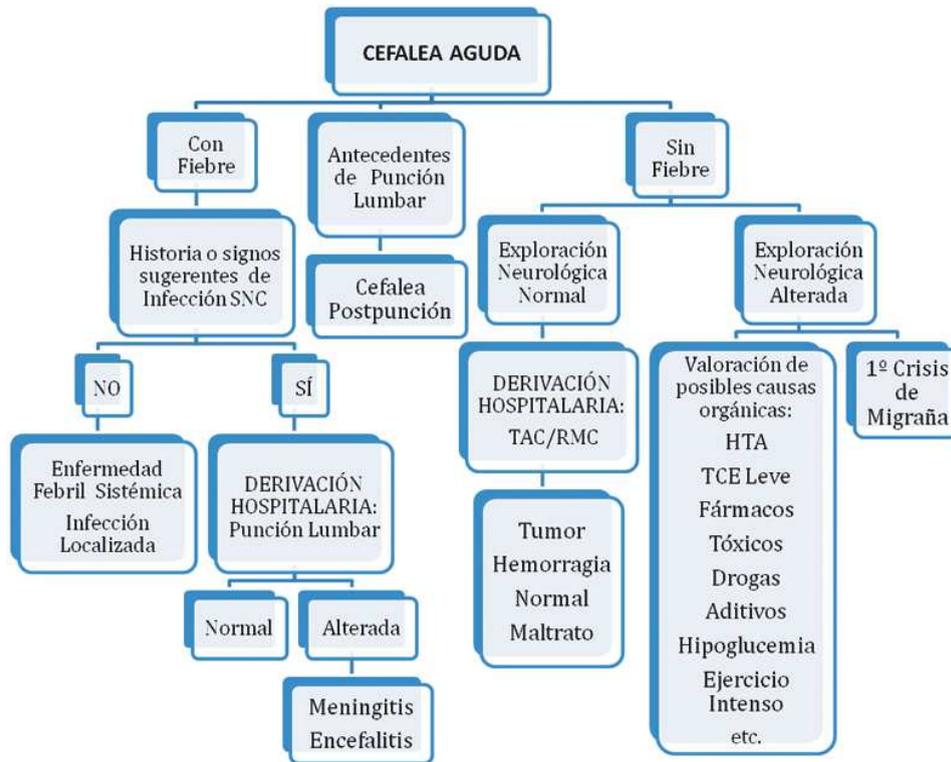
|                       | <b>Dosis</b>  | <b>Efectos secundarios</b>   | <b>Contraindicaciones</b>  |
|-----------------------|---|--|--|
| <b>PROPRANOLOL</b>    | Inicio a 0,5 – 1 mg / Kg / d<br>Máximo<br>20 mg / 8 h en <35kg.<br>40 mg / 8 h en >35kg.<br>2-3 dosis                                     | Astenia, cansancio,<br>insomnio, aumento de<br>peso, depresión   | Broncoespasmo,<br>arritmias cardíacas,<br>diabetes mellitus y<br>migraña complicada o<br>basilar |
| <b>FLUNARICINA</b>    | Iniciar a 2,5 mg al acostarse.<br>Aumentar a 5 mg   | Aumento peso,<br>somnolencia,<br>abdominalgia, depresión   | Depresión  |
| <b>CIPROHEPTADINA</b> | 0,2 - 0,4 mg / kg / día<br>3 - 4 tomas  | Aumento de peso,<br>somnolencia  | Broncoespasmo  |
| <b>AMITRIPTILINA</b>  | 0,25 - 0,5 mg / Kg / día<br>(10mg en toma nocturna)<br><br>Aumentar cada 4-6 semanas hasta<br>1 mg / Kg / día .<br>(máximo 50 mg / día)   | Sedación, mareos,<br>nauseas, aumento de<br>peso, estreñimiento, boca<br>seca.<br>(ECG basal y control con<br>dosis total. Valorar<br>alargamiento QT) | Arritmias cardíacas, IC<br>congestiva y<br>glaucoma.   |
| <b>VALPROICO</b>      | Inicio 10 mg / Kg; máximo 250 mg /<br>noche. 2 sem. Si precisa aumentar<br>a 500 mg / noche.<br>Dosis máxima 10 - 20 mg / Kg (2<br>dosis) | Aumento peso, temblor,<br>alopecia, plaquetopenia,<br>hepatopatía.   | Hepatopatías,<br>citopenias,<br>alteraciones ciclo urea<br>y enf. Mitocondriales.                |
| <b>TOPIRAMATO</b>     | Inicio 15 mg / noche;<br>Aumento semanal de 15 mg hasta<br>1-2 mg / Kg / día.   | Somnolencia, alteración<br>cognitiva, pérdida de peso,<br>parestesias...   |  |

Tabla IX. Cuestionario Pediátrico MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire)

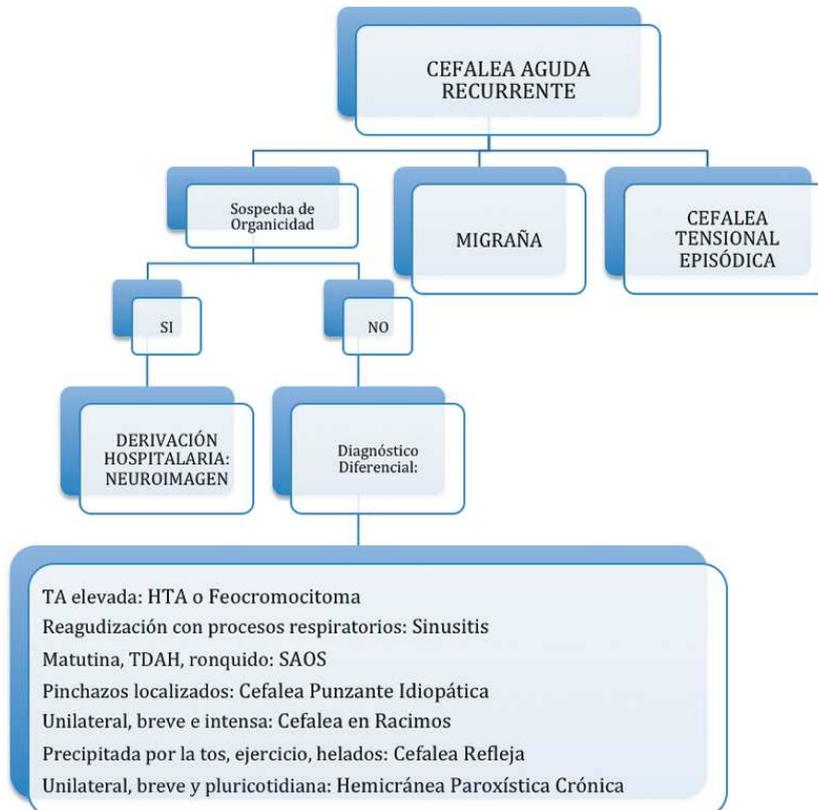
|   |
|---|
| <p><b>PED MIDAS CUESTIONARIO DE MIGRAÑA</b></p> <p><b>En relación a los últimos 3 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Numere los días perdidos de colegio por dolor de cabeza.</li> <li>· Numere los días perdidos parcialmente de colegio por haber llegado tarde o salido antes por dolor de cabeza.</li> <li>· Numere los días en los cuales su rendimiento escolar ha estado disminuido por dolor de cabeza</li> <li>· Numere los días en los cuales su rendimiento en las tareas de casa ha estado disminuido por dolor de cabeza.</li> <li>· Numere los días en los cuales no ha podido participar de actividades recreativas y de deportes por dolor de cabeza.</li> <li>· 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.</li> </ul> <p><b>Puntuación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 a 20 considerar tratamiento profiláctico.</li> <li>- igual o superior a 21, indicación de tratamiento profiláctico.</li> </ul> |
|---|



Algoritmo I: Orientación Diagnóstica de la Cefalea Aguda en la Infancia

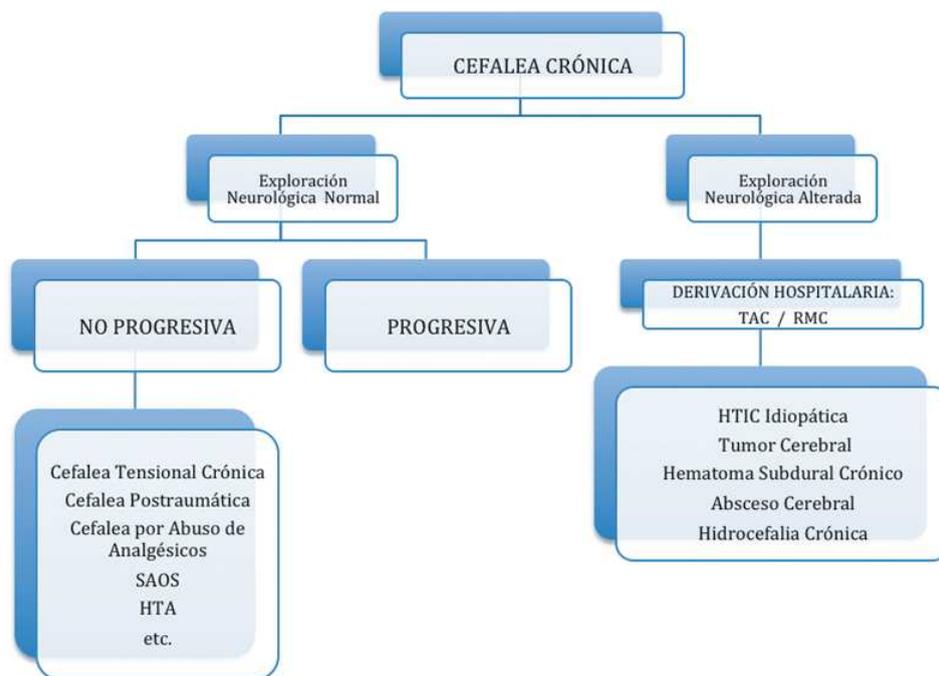


Algoritmo II: Orientación Diagnóstica de la Cefalea Aguda Recurrente en la Infancia





### Algoritmo III: Orientación Diagnóstica de la Cefalea Crónica en la Infancia



#### **Bibliografía.**

1. Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M. Cefaleas en la infancia y adolescencia. Madrid: Ergon; 2003.

2. Cazorla Calleja MR, Verdú Pérez A. Aspectos generales de las cefaleas en la infancia. En: Verdú, García, Martínez, eds. Manual de Neurología Infantil. 1ª edición. Madrid: Publi-med; 2008.

3. Eirís-Puñal J., Gómez-Lado C, Castro-Gago M. Cefaleas. An Pediat Contin. 2006;4(1):12-23.

4. González Gutiérrez-Solana L. En: García Peñas JJ, González Gutiérrez-Solana L, Ruiz-Falcó Rojas ML, editores. Manual de Urgencias en Neurología Infantil. Madrid, Gráficas Enar; 2005.

5. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates SL, Segers A, Kabbouche MA. Development of a patient-based grading scale for PedMIDAS. Cephalalgia. 2004; 24: 844-9.

6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International Classification of Headache Disorders, 2nd edn. Cephalalgia. 2004;24(Suppl. 1):9-160.

7. Howard Jacobs, MD; Jack Gladstein, MD. Pediatric Headache: A Clinical Review. Headache. 2012; 52(2):333-339.

8. Kara Stuart Lewis, MD. Pediatric Headache. Semin Pediatr Neurol. 2010;17:224-229.

9. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S; American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2004;63: 2215-24.

10. Rothner AD. Headache. En: Swaiman KF, Ashwal S, editors. Pediatric neurology. 3rd edition. St. Louis: Mosby-Year Book; 1999. p. 747-58.

11. Rothner AD. Headaches in children and adolescents: Update 2001. Semin Pediatr Neurol. 2001;8:2-6.

12. Verdú Pérez A, Cazorla Calleja MR. Cefaleas primarias infantiles. En: Verdú, García, Martínez, eds. Manual de Neurología Infantil. 1ª edición. Madrid: Publi-med; 2008.

13. Winner P, Rothner AD, editors. Headache in children and adolescents. London: BC Decker Inc.; 2001.