

MESA REDONDA. Protocolos de relación entre Atención Primaria y Especializada

CEFALEAS EN LA INFANCIA. ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTAS

J.C.Cabrera López, M. Marti Herrero, L. Toledo Bravo de Laguna

Unidad de Neuropediatría. Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma que se presenta a cualquier edad. En la infancia puede manifestarse desde los primeros años de vida. La importancia de este síntoma radica en que puede representar una patología de base seria, lo que es poco común, pero además cuando se presenta de manera recurrente y frecuente o con una intensidad severa es capaz de interferir el rendimiento escolar, y de alterar la conducta e incluso inhibir, interrumpir o impedir la actividad diaria.

La incidencia es similar en ambos sexos, aunque para la migraña se registra mayor proporción de mujeres en edad puberal y en varones durante los primeros años de la infancia^{1,11}. La cefalea de tipo migrañoso y de tipo tensional son las más frecuentes en Pediatría, y son las que trataremos esencialmente en este resumen. La cefalea constituye la primera causa de consulta en las unidades de Neuropediatría. En nuestro servicio con una atención aproximada de 125 consultas mensuales de primera visita registramos las cefaleas como motivo principal hasta en el 30% de los casos, aunque en los últimos años se aprecia un descenso relativo de la incidencia debido al espectacular incremento de las consultas por fracaso escolar y trastornos hiperactivos.

CLASIFICACIONES

Desde el punto de vista clínico podemos realizar una primera clasificación según la forma de presentación y evolución de la cefalea^{1,2}:

Correspondencia:

José Carlos Cabrera López
Unidad de Neuropediatría
Hospital Universitario Materno-Infantil
Avda. Marítima del Sur, s/n
35016 Las Palmas de Gran Canaria
e-mail: jo.cabrera@eresmas.net

A) **Cefaleas agudas:** es un suceso aislado sin historia de episodios similares. Se ve en la cefalea que acompaña a enfermedad febril, cefalea debida a estímulos fríos (bebidas frías, helados,...), por irritación meníngea (infección, hemorragia), cefaleas por hipotensión endocraneana, hipoglucemia, sinusitis, etc.

B) **Cefaleas agudas recurrentes:** cuando la cefalea recurre periódicamente. El paradigma es la migraña y todos sus tipos. La cefalea tipo tensional episódica y algunas cefaleas vasculares no migrañosas (malformaciones vasculares, aneurismas,...), disfunción temporomandibular,...

C) **Cefaleas crónicas no progresivas:** la frecuencia e intensidad de los episodios se mantienen estables en ausencia de signos neurológicos. El ejemplo es la cefalea tipo tensional, aunque también se ven en las cefaleas postraumáticas, cefaleas por trastornos visuales, en la sinusitis crónica.

D) **Cefaleas crónicas progresivas:** cuando persisten durante mucho tiempo, ya sea diaria o semanal, con tendencia a aumentar progresivamente en intensidad y con posible aparición de signos neurológicos. Se ven en las cefaleas asociadas a procesos expansivos y hipertensión endocraneana, cefaleas asociadas a procesos congénitos (Arnold-Chiari, platibasias), hematoma subdural crónico, intoxicación por plomo, aneurismas y malformaciones vasculares,...

Existen numerosas clasificaciones de las cefaleas aunque se ha impuesto la de la IHS (International Headache Society) de 1988. Identificaba 12 categorías mayores divididas en dos grupos: las cefaleas primarias (categorías 1-4) y las cefaleas secundarias (categorías 5-12) y un apartado para las cefaleas no clasificables (13). Inicialmente pensada para los adul-

tos se ha ido imponiendo también en pediatría si bien con algunos matices diferenciales. Estos criterios no siempre son aplicables a los niños pero son muy útiles para la presunción diagnóstica del tipo de cefalea. En el año 2003 un comité de expertos de la IHS presenta la 2ª edición de la clasificación internacional de cefaleas³, que se publica en el 2004. La nueva versión tiene 14 capítu-

los (una categoría nueva: cefalea atribuida a enfermedad psiquiátrica): cuatro para cefaleas primarias, ocho para las secundarias y dos para las neuralgias craneales (Tabla 1). Se aceptan 13 nuevas cefaleas primarias (Tabla 2) y 39 nuevas cefaleas secundarias. La nueva clasificación ha sido analizada por diferentes autores^{13,16} con una gran aceptación.

Tabla 1. Clasificación de la IHS (Resumida)

1. Migraña	2.2.1. Con contractura de los músculos pericraneales
1.1. Migraña sin aura (común)	2.2.2. Sin contractura de los músculos pericraneales
1.2. Migraña con aura (clásica)	2.3. Cefalea tipo tensional crónica
1.2.1. Aura típica con migraña	2.3.1. Con contractura de los músculos pericraneales
1.2.2. Aura típica con cefalea no migrañosa	2.3.2. Sin contractura de los músculos pericraneales
1.2.3. Aura típica sin cefalea	2.4. Cefalea tipo tensional probable
1.2.4. Migraña hemipléjica familiar	2.4.1. Cefalea tensional episódica infrecuente probable
1.2.5. Migraña hemipléjica esporádica	2.4.2. Cefalea tensional episódica frecuente probable
1.2.6. Migraña tipo basilar	4. Otras cefaleas primarias
1.2.5. Aura migrañosa sin cefalea	5. Cefalea asociada con traumatismo craneal y/o cuello
1.2.6. Con aura de presentación aguda	6. Cefalea asociada a trastornos vasculares craneales o de cuello
1.3. Síndromes periódicos de la infancia que son comúnmente precursores de migraña	7. Cefalea unida a trastornos intracraneales no vasculares
1.3.1. Vómitos cíclicos	8. Cefalea unida al uso de sustancias o su privación
1.3.2. Migraña abdominal	9. Cefalea unida a infección
1.3.3. Vértigo paroxístico benigno de la infancia	10. Cefalea unida a trastorno de la homeostasis
1.4. Migraña retiniana	11. Cefalea o dolor facial atribuido a trastornos de las estructuras craneales o faciales
1.5. Complicaciones de la migraña	12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico
1.5.1. Migraña crónica	13. Neuralgias craneales y dolor facial de causas centrales
1.5.2. Status migrañoso	14. Otras cefaleas, neuralgias craneales, o dolor facial primario o central
1.5.3. Aura persistente sin infarto	
1.5.4. Infarto migrañoso	
1.5.5. Convulsión desencadenada por migraña	
1.6. Migraña probable	
1.6.1. Migraña probable sin aura	
1.6.2. Migraña probable con aura	
1.6.3. Migraña crónica probable	
2. Cefalea tipo tensional	
2.1. Cefalea tipo tensional episódica infrecuente	
2.1.1. Con contractura de los músculos pericraneales	
2.1.2. Sin trastorno de los músculos pericraneales	
2.2. Cefalea tipo tensional episódica frecuente	

Tabla 2. Nuevas cefaleas primarias

Aura típica sin cefalea (1.2.3)
Vómitos cíclicos (1.3.1)
Migraña abdominal (1.3.2)
Migraña crónica (1.5.1)
Aura persistente sin infarto (1.5.3)
Convulsión desencadenada por migraña (1.5.5)
Migraña crónica probable (1.6.5)
Hemicrania paroxística episódica (3.2.1)
SUNCT (3.3)
Cefalea hípica (4.5)
Cefalea punzante idiomática (4.6)
Hemicrania continua (4.7)
Cefalea nueva persistente y diaria (4.8)

MIGRAÑA

Incidencia. Es la causa más frecuente de cefalea en pediatría. Los varones son más afectados antes de los 10 años, invirtiéndose esta relación después de esta edad. Afecta al 4-8% de los niños entre los 7 y 15 años. No obstante, en la práctica diaria se diagnostican menos del 20% de los casos existentes.

Definición. Vahlquist en 1955 y Bille⁴ en 1962 realizaron una gran contribución al proponer el diagnóstico de migraña ante toda cefalea periódica con ataques separados por intervalos libres de síntomas que cumplieran al menos dos de los siguientes criterios: 1) unilateralidad, 2) náuseas, 3) aura visual o de otro tipo, 4) migraña en los padres o hermanos. Otros signos y síntomas como cinetosis, vómitos cíclicos, dolor abdominal recurrente pueden observarse como antecedentes o en asociación a ella.

Etiopatogenia. Se cree que existe una predisposición hereditaria a la inestabilidad neurovasomotora sobre la que actuarían mecanismos físicos y/o químicos. El aura se debe a la vasoconstricción intracraneal y el dolor a la vasodilatación extracraneal que está mediada por la liberación de histamina, bradiquinina, etc. Esta respuesta vascular a fenómenos neuronales produce la información dolorosa que es

conducida a las zona cerebrales por las fibras trigeminales¹.

Factores desencadenantes: En todo caso tenemos que indagar posibles detonantes del dolor como el estrés, algunos alimentos (chocolate, frutos secos, comida china, perritos calientes, carnes muy condimentadas, ahumados, cola, alcohol), cambios hormonales, ruidos, traumatismos craneanos, clima frío, hipoglucemia, tabaco, sol, hambre,...

1.1 MIGRAÑA SIN AURA (COMÚN)

Es la más frecuente.

Criterios de la IHS para niños (2004)

A) Cinco o más ataques que cumplan los criterios B-D.
B) Duración: 1-72 h (sin tratamiento).
C) Características del dolor (al menos 2 de las siguientes): 1. Localización unilateral (frontal/temporal) o bilateral. 2. Pulsátil. 3. Intensidad moderada grave (reduce o impide la actividad diaria). 4. Aumenta con la actividad física.
D) Al menos una de las siguientes: 1. Náuseas y/o vómitos. 2. Fotofobia y fonofobia (se deduce de su conducta).
E) No atribuida a otro trastorno.

1.2 MIGRAÑA CON AURA (CLÁSICA)

Es más frecuente en el adulto. El aura precede a la cefalea, y a veces acompaña, o se sigue del aura. Se describen diferentes *tipos de aura*: visual (visión borrosa, escotomas, fopsias,...), auditivos, vértigo, mareo, parestesias,...

Criterios de la IHS: A) Al menos 2 ataques que cumplan los criterios B. B) Aura migrañosa que cumpla los criterios B y C para una de las subformas 1.2.1-1.2.6. C) No atribuido a otro trastorno.

TIPOS DE MIGRAÑA CON AURA

1.2.1 Aura típica con cefalea migrañosa: es la forma más frecuente de la migraña con aura. Se caracteriza por el aura típica (visual, sensorial y/o alteración del lenguaje) que se desarrolla gradualmente durante menos de 1 hora para remitir completamente y asociada a cefalea que cumple los criterios de 1.1. Migraña sin aura.

Se exponen los criterios de la IHS

A) Al menos 2 ataques que cumplan los criterios B-D.
B) Aura consistente en al menos uno de los siguientes, pero no debilidad motora: <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas visuales reversibles incluyendo elementos positivos (luces, líneas,...) y/o negativos (pérdida de visión,...) 2. Síntomas sensoriales reversibles incluyendo elementos positivos (pinchazos,...) y/o negativos (acorchamiento,...). 3. Trastornos disfásicos del lenguaje reversibles
C) Al menos dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales 2. Al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente durante 5 minutos o más y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión durante 5 minutos o más. 3. Cada síntoma dura entre 5 y 60 minutos.
D) La cefalea que cumple los criterios B-D para 1.1 Migraña sin aura comienza durante el aura o sigue al aura en 60 minutos.
E) No atribuida a otro trastorno.

1.2.2 Aura típica con cefalea no migrañosa: Cuando el aura típica no se asocia a cefalea que cumple los criterios de 1.1 Migraña sin aura.

1.2.3 Aura típica sin cefalea: Cuando el aura típica no se asocia a cefalea.

1.2.4 Migraña hemipléjica familiar: Migraña con aura incluyendo debilidad motora y por lo menos un familiar de primer o segundo grado con ataques idénticos.

1.2.5 Migraña hemipléjica esporádica: Cuando no hay parientes afectos.

1.2.6 Migraña tipo basilar: Cefalea occipital con signos de tronco cerebral: vértigo, tinnitus, diplopía, visión borrosa, ataxia, disartria, parestesias bilaterales, paresias bilaterales, depresión del sensorio, pérdida de conciencia, ptosis,...Se debe a vasoconstricción de la arteria basilar y de las arterias cerebrales posteriores. Diagnóstico diferencial: malformación cráneo, tumor de fosa posterior, tóxicos, encefalitis de tronco, enfermedades metabólicas,...

1.3 SINDROMES PERIÓDICOS QUE SON COMÚNMENTE PRECURSORES DE MIGRAÑA

Antes denominados equivalentes migrañosos. La IHS solo incluía el Vértigo Paroxístico benigno de la infancia y la hemiplejía alternante de la infancia.

1.3.1 Vómitos cíclicos: Ataques recurrentes y estereotipados de náuseas y vómitos, asociados a palidez y letargia.

1.3.2 Migraña abdominal: Episodios recurrentes idiopáticos de dolor en línea media abdominal que dura de 1-72 horas con normalidad entre los episodios. El dolor es de moderado a severo y se asocia a síntomas vasomotores, náusea y vómitos.

1.3.3 Vértigo paroxístico benigno: episodios breves de vértigo, palidez y nistagmos en niños de 2-6 años.

1.4 MIGRAÑA RETINIANA

Es un tipo de migraña complicada que cursa con alteraciones visuales transitorias de forma unilateral acompañando a una crisis de migraña, y en cuya patogenia juega un papel importante la vasooclusión retiniana.

1.5 COMPLICACIONES DE LA MIGRAÑA

1.5.1 Migraña crónica: Cefalea migrañosa que ocurre durante 15 o más días al mes y por lo menos 3 meses en ausencia de abuso de analgésicos.

1.5.2 Status migrañoso: cuando la cefalea migrañosa dura más de 72 horas.

1.5.3 Aura persistente sin infarto: Cuando los síntomas del aura persisten durante más de una semana sin que haya evidencia de infarto por neuroimagen. Ocurre en pacientes con migraña con aura, pero es poco frecuente.

1.5.4 Infarto migrañoso: Cuando uno o más síntomas del aura migrañosa se asocia con una lesión isquémica cerebral evidenciada en la neuroimagen.

1.5.5 Convulsión desencadenada por migraña: Cuando se produce una convulsión durante o en la primera hora después del aura migrañosa. Se describe en pacientes afectados de migraña con aura.

1.6 MIGRAÑA PROBABLE

También denominados trastornos migrañosos. Son cefaleas que no cumplen todos los criterios enumerados arriba de migraña sin/con aura.

1.6.1 Probable migraña sin aura: Los ataques de cefalea cumplen todos menos uno de los enumerados para la migraña sin aura 1.1.

1.6.2 Probable migraña con aura: Los ataques de cefalea cumplen todos menos uno de los enumerados para la migraña con aura 1.2.

1.6.3 Probable migraña crónica: Se trata de una migraña crónica en la que hay o ha habido en los últimos 2 meses abuso de medicación para la cefalea.

DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

Se establece en la primera visita en el 99% de los casos mediante una anamnesis y exploración neurológica cuidadosa. Nos basamos fundamentalmente en los criterios de la IHS, conociendo las particularidades diferenciales del niño y tras excluir otras causas.

Si estamos ante un cuadro de cefaleas agudas recurrentes con criterios clínicos de migraña no se recomiendan estudios adicionales.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

- 1) Evitar los factores desencadenantes.
- 2) Tratamiento del **ataque** migrañoso^{1,2,5,9,10}.

- Paracetamol 10 mg/Kg/6 h
- Ácido acetilsalicílico 10 mg/Kg/6 h en mayores de 10 años
- AINEs: Ibuprofeno 20 mg/kg/día, metamizol 10 mg/Kg/6 horas, naproxeno 11 mg/kg seguido de 2,75 a 5,5 mg/kg cada 8 horas
- Los ergotamínicos producen vasoconstricción periférica; el tartrato de ergotamina 0,5-1-2 mg/dosis por vía oral o rectal o subcutáneo, pudiendo repetirse cada 20 minutos hasta 4 veces; se indica en mayores de 6 años y adolescentes; la asociación con cafeína mejora su tolerancia y efectividad. Poco usados en los niños.
- Los triptanes son agonistas serotoninérgicos que han marcado un hito en el tratamiento de las migrañas. El Sumatriptán es el único triptán aprobado de momento para los niños mayores de 12 años. Se encuentra disponible por vía oral, subcutánea, y en spray nasal. Sólo ésta última forma intranasal ha demostrado beneficio en este grupo etario^{6,7,8,15}. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómitos, sofocos y en cardiópatas, espasmos coronarios.
- Si se asocian vómitos: Antieméticos. El más utilizado es la metoclopramida 5-10 mg/Kg/dosis 2 o 3 veces al día y a los 20 min. se indican los analgésicos. Domperidona 5-10 mg/kg/8 h

3) Status migrañoso: ingreso, sueroterapia, antieméticos, sedantes y ergotamina. Si no mejora: 40-60 mg. de prednisona unos días, o dexametasona 0,5 mg/kg/día/6 h

4) Profilaxis de la migraña

Indicaciones: Si presenta más de 2 ataques al mes o si los ataques son poco frecuentes pero prolongados o severos.

- Ciproheptadina 0,2 mg-0,4/kg/día/8 h durante 3 meses (Se puede repetir ciclo). Es antiserotoninérgico y bloqueante de los canales de calcio. Efectos secundarios: aumenta el apetito y peso, somnolencia, trastornos del aprendizaje, baja talla

- Betabloqueantes: acción central al inhibir los mecanismos mediados por los receptores beta1. El más usado es el Propanolol y se indica aproximadamente durante 1 año; bloquea los receptores beta de los vasos periféricos por lo que evita la vasodilatación que produce el dolor. Dosis: 1,5-3 mg/kg/día/ 8-12 h
- Bloqueantes de los canales de calcio: eficaces en la migraña con aura y en la cefalea agrupada. Flunaricina 5-10 mg por las noches, 3 meses
- Topiramato 1mg/kg/día cada 12 horas en la migraña refractaria. Es un antiepiléptico que también se indica en la migraña al ser un estabilizador neuronal con un mecanismo de acción múltiple
- Menos usados: Fenitoína, Fenobarbital, Valproato, amitriptilina, nicardipina

2. CEFALEA TIPO TENSIONAL

Resulta difícil de distinguir de la migraña sin aura, pero además puede coexistir con ella. Son precipitadas o asociadas con causas emocionales. Se denominaron cefaleas psicógenas o funcionales. Son cefaleas crónicas no progresivas, y en ocasiones cefaleas agudas recurrentes. Los niños señalan el dolor a punta de dedo, en la región occipital si tienen componente de contracción muscular, o de forma difusa, a veces holocraneal...siempre de forma inespecífica o de forma demasiado específica. El dolor dura semanas o fluctúa. Se cree que en la cefalea episódica están implicados mecanismos de dolor periférico, mientras que en la cefalea tipo tensional crónica los mecanismos del dolor son centrales. En la última edición se ha subdividido la episódica en infrecuente 2.1 y frecuente 2.2, y se añade un subtipo «probable» 2.4 que a su vez se subdivide en infrecuente 2.4.1 y frecuente 2.4.2.

2.1 Criterios de la cefalea tipo tensional episódica infrecuente

A) Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran menos de 1 vez al mes y menos de 12 días al año y que cumplan los criterios B-D.
B) La cefalea dura de 30 minutos a 7 días.
C) 2 o más de las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bilateral 2. Opresivo (NO pulsátil) 3. Intensidad leve o moderada 4. NO se agrava con la actividad física
D) Ambos criterios: <ol style="list-style-type: none"> 1. NO se acompaña de náuseas ni de vómitos. 2. Puede existir fotofobia o fonofobia PERO NO AMBAS.
E) No atribuido a otro trastorno

2.2 Criterios de la cefalea tipo tensional episódica frecuente

Cuando los episodios se presentan más de 1 día pero menos de 15 días al mes, y al menos 3 meses al año. El resto de los criterios son idénticos.

2.3 Criterios de cefalea tipo tensional crónica

Cuando los episodios se presentan más 15 días al mes o más de 6 meses al año. El dolor dura horas o puede ser continuo. El resto de los criterios son similares.

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos y por exclusión.

El tratamiento se apoya en una adecuada supervisión psicológica o psiquiátrica, evitar los factores desencadenantes (estrés, ansiedad), en el uso de analgésicos: A.A.S., paracetamol, naproxén; si contracción muscular: diazepam 0,1-0,3 mgs/kg/día. En ocasiones los antidepresivos tricíclicos como amitriptilina 10-25 mgs en dosis única nocturna, se usan en la profilaxis.

MANEJO DEL NIÑO CON CEFALEAS

Lo primero es realizar una cuidadosa **anamnesis e historia clínica** seguida de una **exploración física y neurológica completa**, que siempre ha de incluir el fondo de ojo.

La **anamnesis** debe ser dirigida y sistematizada: desde cuando duele, dónde duele, características del dolor (intensidad, unilateral o bilateral, pulsátil, factores que lo incrementan y atenúan,...), características del aura, síntomas asociados (náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, dolor abdominal, etc.). Haremos hincapié en la pesquisa de factores emocionales, especialmente en las adolescentes, así como de los factores aliviadores del dolor y de los factores desencadenantes.

La **exploración** habitualmente es normal en las cefaleas primarias, salvo en la migraña acompañada. No debemos olvidar la toma de la presión arterial, la auscultación del cráneo y el fondo de ojo. Debemos comprimir o percudir los puntos sinusales, examinar el aparato masticatorio y ORL, así como palpar los músculos pericraneales. En el examen neurológico debemos descartar focalidad y papiledema.

En este proceso diagnóstico estableceremos una primera clasificación atendiendo al patrón temporal de presentación (Figura 1). Veremos a continuación las causas más frecuentes de las cefaleas atendiendo a este criterio (Figura 2).

Si se trata de una **cefalea aguda** el primer elemento a considerar es si estamos ante un proceso infeccioso¹⁴ y actuaremos en consecuencia (radiografía tórax, punción lumbar, hemograma,...).

Si no es el caso consideraremos una lista posibilidades y realizaremos exámenes complementarios dirigidos (Figura 3).

- 1.- Hemograma y bioquímica: para descartar causas sistémicas como anemia, poliglobulia, hipoglucemias,...
- 2.- Control de la presión arterial de forma periódica.
- 3.- Interconsulta con Oftalmología: para descartar trastornos de refracción.
- 4.- Los estudios de neuroimagen (TAC craneal o RMN) deben restringirse a determinadas indicaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Indicaciones de Neuroimagen en la Cefalea

Cefalea crónica progresiva
Cefalea aguda que no cede
Edema de papila
Síndrome HTE
Signos de focalidad neurológica
Síncope
Soplo intracraneal
Durante el sueño o el despertar
Aumenta con la tos y la defecación
Aumenta con cambios posturales cefálicos
Vómitos en escopetazo
Convulsiones
Gran ansiedad familiar y del paciente

5.- interconsulta con Psicología: los niños con cefalea tensional y migraña deberán ser remitidos a la Unidad de salud mental para su control por la fuerte implicación de los factores emocionales en la génesis y desencadenamiento de la cefalea.

6.- Si no encontramos causa clara de la cefalea. Debemos solicitar ANA en primera instancia. El LES y otras colagenopatías presentan cefalea de características migrañosas en ocasiones.

7.- Descartar tóxicos y alergias alimentarias

Si se trata de una **cefalea aguda de presentación intermitente** (Figura 4) descartaremos hipertensión arterial con la toma seriada de la presión con el manguito adecuado para la edad del niño. Si no existe hipertensión estableceremos el diagnóstico de migraña o cefalea tensional en base a los criterios clínicos expuestos. En este caso no se recomiendan exploraciones complementarias^{9,10,12}. En ocasiones los síntomas hacen sospechar una malformación vascular, sobretudo en las cefaleas recurrentes severas con síntomas de localización: la angioRMN estaría indicada en estos casos.

Si se trata de una **cefalea crónica de carácter no progresivo** (Figura 5) valoraremos si existe o no contractura muscular, y estableceremos el diagnóstico de cefalea tensional crónica con contractura de los músculos pericraneales en base a criterios clínicos y por exclusión. Si no hay contractura valoraremos otras causas como la migraña crónica, alteraciones oftalmológicas, etc. y pediremos pruebas dirigidas.

- 1.- Radiografía de los senos paranasales: Para descartar sinusitis crónica. No se recomienda en la cefalea aguda dado que el diagnóstico de la sinusitis aguda es clínico.
- 2.- Hemograma y bioquímica.
- 3.- Control de la presión arterial.

Ante una **cefalea crónica progresiva** valoraremos en primer lugar si existe un síndrome de hipertensión endocraneana (HTE). El síndrome de HTE tiene las siguientes características: 1º cefalea matutina de intensidad leve a moderada, de breve duración (1 hora), referida en la región frontal o occipital, de carácter recurrente, varias veces en la semana; 2º vómitos en escopetazo, matutinos, no precedidos de náusea; 3º edema de papila; 4º aumento del perímetro cefálico en niños menores de 2 años; 5º ataxia; 6º fenómenos vegetativos; 7º retraso madurativo o deterioro; 8º trastornos del sensorio; 9º pares craneales: diplopía, estrabismo...; 10º convulsiones. En cualquier caso el estudio por neuroimagen es obligado (Figura 6). El tratamiento será etiológico y sintomático.

Si el niño llega al Servicio de Urgencias¹ debemos estar muy atentos a las siguientes situaciones: 1) Empeoramiento de la cefalea de comienzo agudo o asociada a síntomas neurológicos. 2) Cefalea subaguda que empeora en días o semanas. 3) Cefalea asociada a fiebre, náuseas y vómitos. 4) Cefalea con signos focales o papiledema. 5) Cefalea de etiología no evidente.

Una vez descartadas las cefaleas secundarias a procesos intracraneales, consideraremos los procesos extracraneales asociados a cefaleas, y finalmente llegaremos a las cefaleas primarias más frecuentes: las tensionales y las migrañosas.

Se decidirá su ingreso si sospechamos potencial gravedad o si el estado general no es bueno (Tabla 4).

Tabla 4. Criterios de ingreso hospitalario

Status migrañoso
Déficit neurológico
Infección SNC
Síndrome HTE
Cefalea intensidad severa y refractaria
TCE moderado y severo
Vómitos incoercibles

En la mayoría de los casos el seguimiento debe ser realizado por su pediatra en el Centro de Salud, con algunas excepciones (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios de derivación a Neuropediatría

Cefalea de etiología no aclarada
Cefalea crónica diaria
Síndrome HTE
Migraña refractaria
Cefalea tipo tensional refractaria
Disminución persistente agudeza visual
Signos focalidad neurológica
Migraña hemipléjica familiar y esporádica
Síncope

No hemos mencionado aún la indicación del EEG porque en ocasiones lo que conseguimos es complicar la información a los padres sobretodo si aparecen alteraciones irritativas. Se han descrito anomalías en proporciones tan variables que oscilan entre el 5 y el 70% de los casos. No existen estudios que demuestren su utilidad en el diagnóstico de migraña¹². En la actualidad no está indicado en el estudio de rutina de la cefalea.

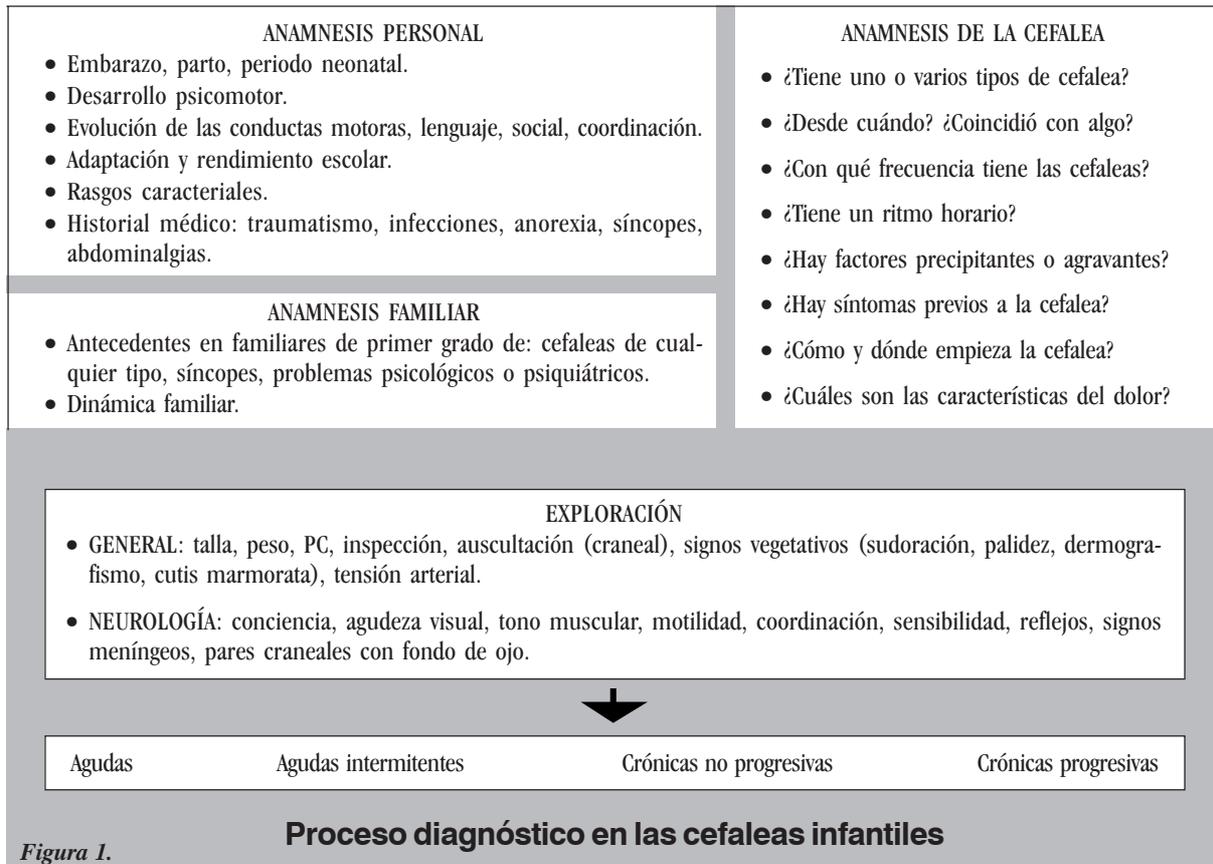


Figura 1.

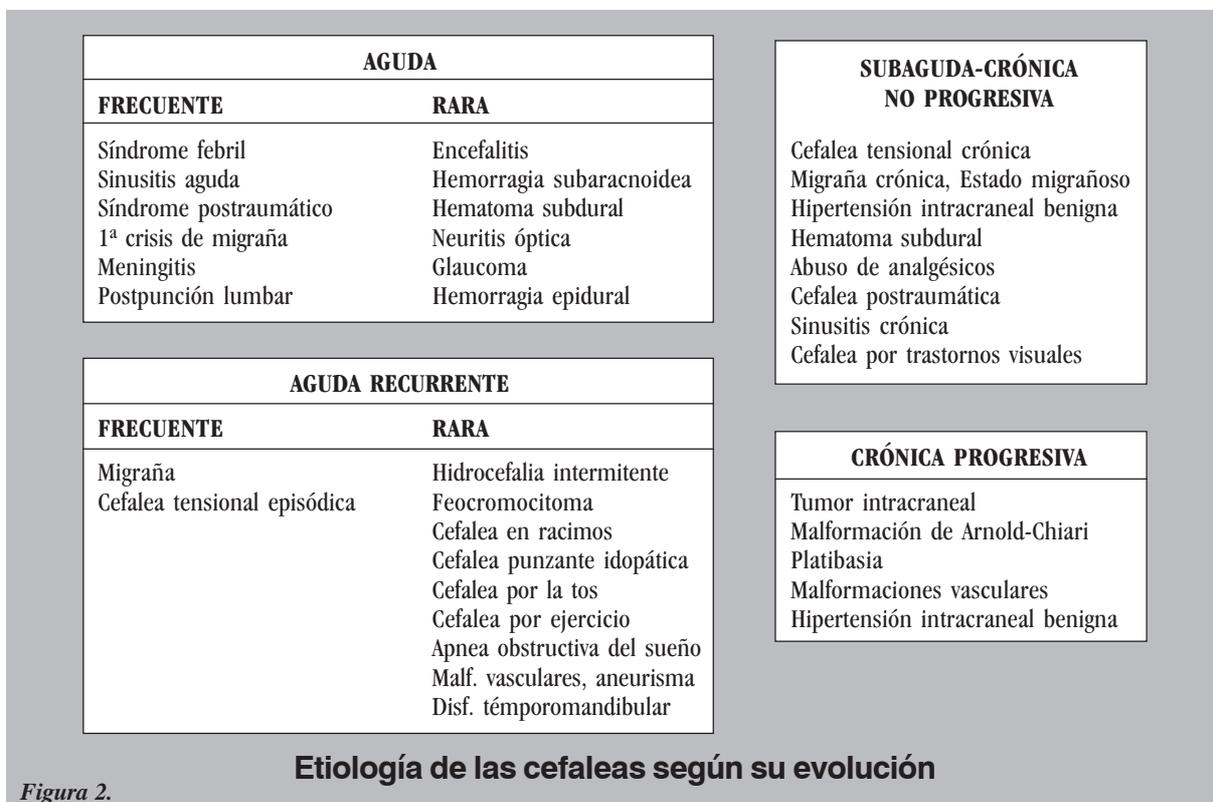


Figura 2.

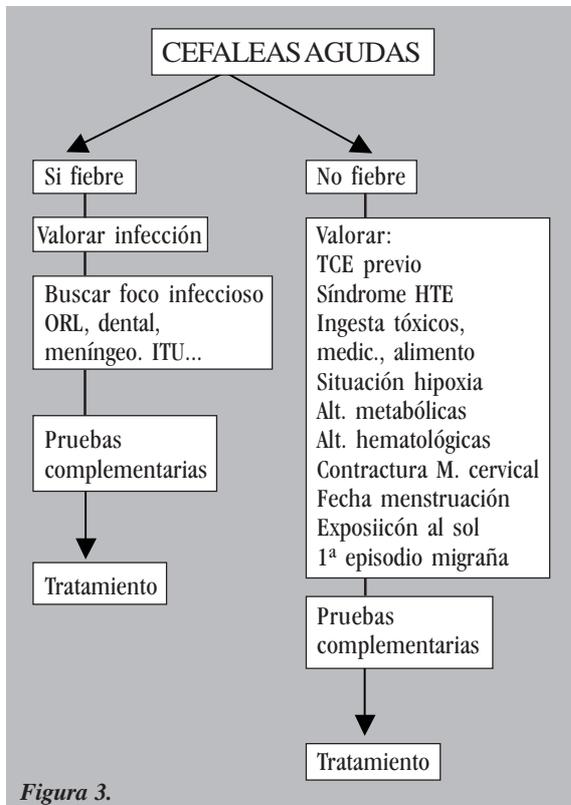


Figura 3.

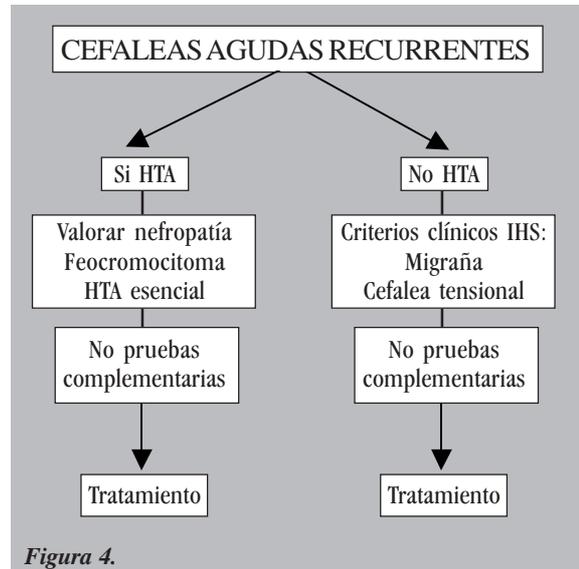


Figura 4.

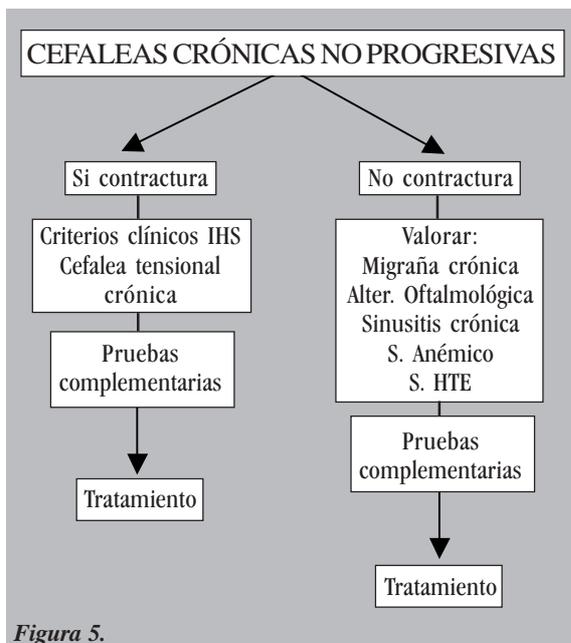


Figura 5.

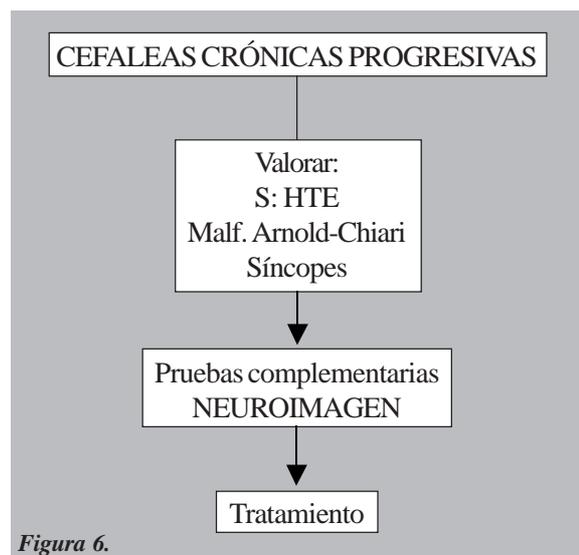


Figura 6.

CONCLUSIONES

La cefalea es un síntoma muy frecuente en la infancia que debe ser abordado por el Pediatra de Atención Primaria, y sólo en pocos casos remitido al Neuropediatra. Debemos conocer los criterios diagnósticos descritos por la IHS en su 2ª edición. Mediante la anamnesis se diagnostican el 99% de las migrañas. El fondo de ojo y la toma de la presión arterial forman parte de la exploración física. Inicialmente se debe clasificar la cefalea atendiendo al patrón temporal de presentación (aguda, aguda recurrente, crónica no progresiva y crónica progresiva). Las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña sin aura y la cefalea tipo tensional episódica, cuyo diagnóstico es clínico por lo que no son necesarias exploraciones complementarias. La neuroimagen debe limitarse a los niños con un examen neurológico anormal o cuando la historia clínica sugiere una afectación neurológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fejerman N, Fernández Álvarez, E. Neurología Pediátrica, 2ª edición. Ed Médica Panamericana; 1997. p. 599-611.
2. Lewis, DW. Headaches in Children and Adolescents. *Am Fam Physician* 2002; 65:625-35.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Second Edition. *Cephalalgia* 2004 (Suppl 1), 1-160.
4. Bille, B. Migraine in School Children. *Acta Paediatr Scand*, 1962; 51 Suppl 136:1-151.
5. Cabrera López JC, Martí Herrero M. Cefaleas en la infancia. *Pediatría Social y Preventiva*. ICEPS eds, 1999; 20-2.
6. Ueberall, MA. Intranasal sumatriptan for the acute treatment of migraine in children. *Neurology* 1999; 52:1507-10.
7. Winner P, Rothner AD, Saper J. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sumatriptan nasal spray in the treatment of acute migraine in adolescents. *Pediatrics* 2000; 106:989-97.
8. Ahonen K, Hamalainen ML, Rantala H, Hoppu K. Nasal sumatriptan is effective in the treatment of migraine attacks in children. *Neurology* 2004; 62:883-87.
9. Mulas Delgado F. Evaluación del niño con cefaleas. *An Esp Pediatr* 1996; (Supl 74): 64-6.
10. Campos-Castelló J. Cefaleas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Sociedad de Neurología Pediátrica. Tomo 1 p. 235-43.
11. Lee LH, Olness KN. Clinical and demographic characteristics of migraine in urban children. *Headache*. 1997, 37:269 76.
12. Lewis DW, Ashwal S, Dahl BS, Dorbad BS, Hirtz D, Premsky A, Jarjour I. Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2002, 59:490-98.
13. Olesen J, Lipton RB. Headache classification update 2004. *Current Opinion in Neurology* 2004, 17:275-82.
14. Martí Herrero M, Cabrera López JC. Protocolo de Actuación ante un Niño con Cefaleas en el Centro de Salud. *An Esp Pediatr* 1996; (Supl 74):67-8.
15. Lewis DW, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silbertein S. 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.
16. Gladstone JP, Dodick DW. Revised 2004 International Classification of Headache Disorders: New Headache Types. *Can J Neurol Sci* 2004; 31:304-14.