

Cefalea en la infancia

Javier López Pisón

Exjefe de Sección Neuropediatría y Metabolismo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

RESUMEN

La cefalea es un síntoma muy inespecífico y motivo de consulta frecuente. El pediatra de Atención Primaria puede manejar la mayor parte de las cefaleas: realizar una adecuada anamnesis y exploración, identificar las cefaleas de causa no neurológica, las tensionales y migrañosas y sospechar las cefaleas secundarias de origen neurológico y conocer los criterios de indicación de neuroimagen y otros exámenes complementarios y de derivación a especialistas y Urgencias hospitalarias, así como aconsejar y controlar el tratamiento sintomático.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en las consultas de Pediatría y Neuropediatría y en los Servicios de Urgencias Pediátricas, y frecuente motivo de ingreso hospitalario: distintos niveles asistenciales, pero todos pertenecientes al mismo sistema sanitario. Son necesarias, en cada uno de estos niveles, estrategias consensuadas por los profesionales implicados en su manejo.

La cefalea es un síntoma muy inespecífico. Se revisa la cefalea recurrente y la cefalea aguda afebril. La cefalea febril obviamente precisa una orientación diagnóstica y terapéutica diferente.

Pueden ser causa de cefaleas recurrentes, siendo importante su identificación para un correcto tratamiento: patología bucodental, ansiedad, estrés, acoso escolar, SAOS y otros trastornos del sueño, diversas enfermedades sistémicas e hipertensión arterial, entre otras.

Son frecuentes las cefaleas tensionales y migrañosas; la diferenciación en edades pediátricas puede no ser fácil, y la actitud y manejo son los mismos, y un niño puede presentar ambos tipos de cefaleas a lo largo de la evolución.

Una historia clínica detallada, junto a una exploración física y neurológica, permitirán en la mayoría de los casos orientar el diagnóstico etiológico. La información se debe obtener tanto de los padres como del niño.

Desde el punto de vista diagnóstico, la mayor preocupación es la posibilidad de que esta se deba a una lesión estructural intracraneal. Estas lesiones se identifican mediante resonancia magnética (RM) cerebral, que tiene un gran valor diagnóstico excluyente de patología en pacientes que van a seguir presentando cefaleas en el futuro, situación habitual en las cefaleas recurrentes. La ausencia de hallazgos patológicos tranquiliza a los niños, padres y pediatras.

En las Áreas de Salud en las que el pediatra de Atención Primaria puede solicitar una RM cerebral, se evitan tiempos de espera en beneficio de la gestión y la actividad asistencial.

Entendemos de enorme importancia que los usuarios (en nuestro caso padres/tutores y niños), cuando pueden comprender, estén adecuada y rigurosamente informados de los problemas que presentan y sean partícipes en la toma de decisiones en cuanto a control y tratamiento. En el Hospital Miguel Servet de Zaragoza trabajamos con hojas de información que proporcionan información rigurosa y con “hojas de ruta” del seguimiento que se va a realizar, dirigidas tanto a los usuarios y como a los profesionales y pediatras de Atención Primaria, a los que pretenden corresponsabilizar. La hoja de información de cefalea recurrente se da y explica a las familias de niños con cefaleas recurrentes, con la condición de que tengan hecha o pedida neuroimagen (**Anexo I**). Disponemos de hojas de información de los hallazgos más frecuentemente encontrados al realizar una RM por cefaleas: quiste aracnoideo intracraneal (**Anexo II**), quiste de la pineal (**Anexo III**) y anomalía de Chiari I (**Anexo IV**).

Puede ayudar a la orientación diagnóstica, al seguimiento y valoración del tratamiento una hoja de control para rellenar por

Cómo citar este artículo: López Pisón J. Cefalea en la infancia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2024;17(1):52-9.

los padres donde se recojan las características de la cefalea: localización, intensidad, momento del día y factores precipitantes.

El pediatra de Atención Primaria puede manejar la mayor parte de las cefaleas en la infancia: debe realizar una adecuada anamnesis y exploración, identificar las cefaleas de causa no neurológica, las tensionales y migrañosas y sospechar las cefaleas secundarias de origen neurológico y conocer los criterios de indicación de neuroimagen y otros exámenes complementarios y de derivación a especialistas y Urgencias hospitalarias.

El pediatra de Atención Primaria debe aconsejar y controlar el tratamiento sintomático. La mayor parte de las cefaleas de los niños responden a una primera línea de tratamiento.

En algunas ocasiones se debe instaurar un tratamiento de fondo.

CAUSAS DE CEFALEA

Cefaleas de causa no neurológica

- **Enfermedades sistémicas:** muchas enfermedades sistémicas pueden manifestarse con cefalea (hipertensión arterial, anemia, leucemia, diabetes, arritmia o insuficiencia cardíaca o renal, hipo- o hipertiroidismo, infecciones...).
- **Trastornos visuales:** hipermetropía, astigmatismo. La cefalea suele ser vespertina y en la región ocular.
- **Patología bucodental:** caries, flemón dentario... originan un dolor más localizado. La disfunción temporomandibular genera dolores más difusos de predominio unilateral y suelen estar relacionados con hábitos parafuncionales como el rechinar dentario o ciertas posturas durante el sueño.
- **Patología ORL y de vías respiratorias altas:** sinusitis, mastoiditis, hipertrofia amigdalina... Su localización es habitualmente frontal u occipital, y se incrementa con las sacudidas de cabeza.
- **Problemas que causan hipercapnia nocturna:** hipertrofia amigdalina o adenoidea, SAOS, síndrome de hipoventilación central de Ondine... Pueden acompañarse de somnolencia y fatiga. La cefalea es de predominio matutino. El SAOS en niños de 2-5 años se relaciona con hipertrofia adenoamigdalina, y en niños mayores de 10-14 años, con obesidad.
- **Trastornos del sueño:** en general, cefaleas matutinas.
- **Ansiedad, estrés, acoso escolar.**

- **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH)** por la ansiedad que produce: deterioro de la autoestima, de la convivencia familiar y social...
- **Cefalea asociada a la ingestión de fármacos:** analgésicos, glucocorticoides, anticonceptivos orales, metilfenidato, ranitidina y claritromicina.
- **Abuso de analgésicos y fármacos:** la cefalea asociada a abuso de analgésicos es mucho menos frecuente en el niño que en el adulto.
- **Inhalación de monóxido de carbono:** los síntomas son bastante inespecíficos, pero generalmente incluyen cefalea. Habitualmente se afectan varios miembros de la familia. Se deben al uso de sistemas de calefacción o la combustión de coches en lugares mal ventilados.
- **Cefaleas desencadenadas por esfuerzo físico:** pueden responder a indometacina.
- **Intoxicación, alcohol, tabaco, drogas.**
- **Otras:** tos persistente, ayuno, ejercicio extenuante y estímulos fríos como un helado, ingesta de ciertos alimentos, aditivos (glutamato en comida China, nitritos).

Cefaleas recurrentes de causa neurológica primarias: sin alteraciones estructurales intracraneales ni hipertensión endocraneal (HTIC)

- **Migraña sin aura:** antecedentes familiares de migraña en el 90% de los casos. Puede haber antecedentes de dolores abdominales, vómitos cíclicos, vértigo paroxístico benigno... No es habitual en niños la migraña clásica con hemicránea pulsátil. Frecuente foto o fonofobia, la necesidad de reposo y su cese al dormir.
- **Migraña con aura:** oftalmopléjica, hemipléjica, basilar (disfunción de tronco con variables síntomas visuales, vértigo, ataxia, disartria, acufenos y alteración del estado de conciencia)
- **Cefaleas tensionales:** interviene la ansiedad, estrés, la fatiga, disgustos, personalidad...
- **Cefalea "funcional", somatomorfa o facticia.**
- **Otras** (*International Classification of Headache Disorders*): *cluster headache* o migraña en racimo o de Horton, neuralgia del trigémino y otras neuralgias craneales, cefalea crónica diaria (15 o más días al mes durante al menos 3 meses), cefalea punzante aguda (punzadas breves localizadas en la primera rama del nervio trigémino).

Cefaleas de causa neurológica por HTIC

Asocian habitualmente papiledema, salvo casos de muy corta evolución. Un signo indirecto frecuente es la paresia del VI

par o de otros pares craneales. Es importante sospechar, especialmente si se presentan por las mañanas, ante cefaleas persistentes, aunque no sean muy intensas, sobre todo en menores de 5 años y acompañadas de vómitos.

- **Tumor y absceso cerebral y proceso expansivo medular cervical:** pueden producir HTIC por hidrocefalia obstructiva (tumores de *línea media o fosa posterior*) o por *ocupación de espacio* (tumores hemisféricos voluminosos en general como para dar otros síntomas o focalidades en la exploración neurológica).
- **Hidrocefalia “normotensiva” descompensada.**
- **Pseudotumor cerebro:** cuadro relativamente frecuente, especialmente en niñas adolescentes, caracterizado únicamente por HTIC (papiledema, estrabismo, visión doble, cefaleas, vómitos...). En general, el origen es desconocido, aunque puede deberse a diversas causas: infecciones ORL, uso o retirada de corticoides, hiper- o hipovitaminosis A, empleo de algunos antibióticos, algunas alteraciones endocrinas... Habitualmente cede en semanas o meses, pero el edema de papila puede persistir más, con riesgo de afectación visual.
- **Otras:** craneosinostosis (muy raro o excepcional que produzca HTIC), saturnismo o intoxicación crónica por plomo, síndrome de Guillain Barré asociado a HTIC...

Cefaleas neurológicas con alteración estructural intracraneal sin HTIC

- **Proceso expansivo intracraneal,** rara cefalea si no es por HTIC y raro sin otros síntomas o focalidad neurológica.
- **Proceso expansivo medula cervical** sin HTIC, habitualmente acompañado de rigidez cervical o tortícolis rígida dolorosa.
- **Anomalía de Chiari I (Anexo IV).**
- **Ictus isquémico,** con déficit motor persistente, hemiparesia y/o anartria con o sin afasia.
- **Otras:** anomalías de la charnela craneocervical, malformación vascular intracraneal (raro sin otros síntomas o focalidades neurológicas), hemorragia subaracnoidea (habitualmente de inicio brusco y se acompaña de rigidez de nuca), hemorragia parenquimatosa cerebral (habitualmente de inicio brusco y acompañada de otros signos o síntomas: afectación del sensorio, focalidades neurológicas...), hemorragias epidural y subdural (muy raras espontáneas, sin antecedente de TCE), higroma subdural.

Otras cefaleas neurológicas

- **Cefalea poscrítica** (tras una crisis epiléptica; una cefalea matutina puede ser reveladora de crisis nocturnas desapercibidas) y **cefalea prodrómica de crisis epilépticas.**
- **Cefalea posconmocional:** pueden durar incluso años tras el TCE. Algunos defienden que se pueden evitar con reposo estricto durante 2 semanas tras una conmoción cerebral.
- **Cefalea tras punción lumbar:** relativamente frecuente. Puede durar varios días y acompañarse de rigidez espinal.
- **Disfunción valvular:** hipofunción o colapso ventricular por válvula hiperfuncionante. A considerar siempre en pacientes portadores de derivación ventricular.

ANAMNESIS

- **Antecedentes personales:**
 - Valorar la presencia de cualquier enfermedad sistémica que pueda asociar cefalea o complicaciones intracraneales: inmunodeficiencias, anemia, patología cardiaca, síndromes neurocutáneos...
 - Un evidente estancamiento en el desarrollo psicomotor o un claro deterioro en el rendimiento escolar pueden indicar organicidad en el niño con cefalea, si bien son situaciones excepcionales.
 - Valorar la personalidad del niño y la existencia de cambios recientes en su conducta, sueño, dieta o ejercicio.
 - Ingestión de fármacos, especialmente de reciente instauración.
 - Ante un traumatismo previo hay que valorar la posible relación causa-efecto.
- **Antecedentes familiares:** la migraña con frecuencia es hereditaria, como lo son algunos tumores y malformaciones vasculares.
- Los **síntomas acompañantes** pueden orientar la causa de las cefaleas no neurológicas:
 - La mucosidad y la rinorrea posterior se asocian a patología de vías respiratorias altas.
 - La cefalea asociada a disfunción temporomandibular se suele asociar a rechinar de dientes manifiesto, dolor que aparece durante el sueño o al despertar.
 - El ronquido es el síntoma principal del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), asociado a inquietud, fatiga, déficit de atención y escaso rendimiento escolar. La somnolencia diurna es más frecuente en el niño mayor y en el adulto.

- Las alteraciones en la visión nos van a orientar a trastornos de la refracción.
- Los niños con TDAH pueden tener cefalea tensional por tener a sus padres muy encima, dedicar demasiado tiempo a los estudios, deterioro de la convivencia familiar y social y falta de autoestima. En algunos casos pueden quejarse de cefalea para que les dejen en paz.
- Otros síntomas como fiebre, mialgias, anorexia y astenia se asocian a enfermedades sistémicas: infecciosas, anemia, leucemia...
- Es frecuente la asociación de síntomas vegetativos en las migrañas: náuseas, abdominalgias, fofobia y fofobia.
- Los vómitos matutinos son característicos de la hipertensión endocraneal.
- **Edad de inicio:** en niños menores de 5 años es mayor el riesgo de patología estructural.
- **Frecuencia y periodicidad del dolor:**
 - Aguda, como las asociadas a infecciones de vías altas.
 - Aguda y recurrente, episodios agudos de dolor separados por intervalos libres como en las migrañas.
 - Crónica no progresiva en las tensionales y psicológicas.
 - Crónica progresiva, característica de la hipertensión endocraneal (HTIC) y los procesos expansivos intracraneales.
- **Forma de presentación:** cefalea de aparición abrupta y de gran intensidad, sugiere hemorragia intracraneal; con frecuencia asociará meningismo.
- **Horario:** la cefalea en el SAOS y en la HTIC es típicamente matutina; las tensionales son de predominio vespertino. La cefalea por HTIC y por disfunción temporomandibular puede despertar al niño por la noche
- **Duración:** la migraña dura habitualmente de 1 a 3 horas en el niño pequeño y puede durar hasta 48-72 horas en el adolescente. La cefalea tensional puede durar todo el día.
- **Intensidad.**
- **Localización, irradiación:** el dolor local sugiere una cefalea extraneurológica (sinusitis, otitis, flemón dental...). Las migrañas en el niño no son habitualmente hemicraneales como en el adolescente y el adulto. La cefalea tensional suele ser bilateral. La localización siempre en el mismo punto orienta a alteración estructural en dicha zona. El dolor por disfunción temporomandibular se suele localizar en la zona del oído, irradiándose a zonas temporales, parietales o frontales.

- **Cualidad:** el dolor es generalmente pulsátil en la migraña, opresivo en la tensional.
- **Factores desencadenantes:** valorar si se produce o agrava por estrés, ejercicio, menstruación, consumo de alimentos o fármacos. Las migrañas pueden aparecer por ciertos alimentos, olores, la menstruación... Las migrañas y cefaleas tensionales por luces brillantes, ruidos, falta de sueño, estrés y actividades físicas extenuantes. El empeoramiento con las maniobras de Valsalva orienta a HTIC. El dolor asociado a disfunción temporomandibular se puede asociar a ciertos hábitos parafuncionales (comerse las uñas, comer chicle...).
- **Factores atenuantes:** la mejora en el periodo vacacional es frecuente en las migrañas y cefaleas tensionales. Los niños con migraña suelen mejorar con el silencio, la oscuridad y el sueño.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es normal en los niños con cefalea primaria.

En las secundarias, las alteraciones de la exploración física pueden orientar el diagnóstico (por ejemplo, dolor a la palpación en sinusitis).

En las cefaleas de causa neurológica estructural pueden existir alteraciones en la exploración neurológica, pero con frecuencia la exploración es normal.

Se debe realizar una exploración con especial atención a:

- Estado general y estado de conciencia.
- Constantes: temperatura, frecuencia cardiaca.
- Tensión arterial: descartar hipertensión arterial.
- Palpación de senos paranasales, cabeza y cuello.
- Otoscopia.
- Examen de boca y mandíbula.
- Examen de la piel en busca de manchas que puedan asociarse a síndromes neurocutáneos, petequias, palidez...
- Auscultación cardiaca.
- Agudeza visual y campimetría.
- Fondo de ojo (FO).
- Exploración neurológica. Las alteraciones neurológicas, particularmente la alteración del estado de conciencia, los trastornos de la oculomotricidad, la ataxia u otras focalidades neurológicas sugieren patología intracraneal, aunque también pueden aparecer en las migrañas con aura.

La pubertad precoz y las alteraciones del crecimiento pueden indicar una patología de línea media cerebral.

ESTUDIOS QUE REALIZAR

Dependiendo de la enfermedad sistémica que se sospeche, se valorará **hemograma, VSG, bioquímica general, metabolismo del hierro, hormonas tiroideas, marcadores de celiaquía y ECG**. Si existe sospecha de SAOS, **polisomnografía convencional** o **pulsioximetría nocturna domiciliaria**, y puede ser muy útil un **vídeo con audio** del niño de un periodo sintomático durante el sueño.

Radiografía de cráneo: no está indicada de forma rutinaria para el diagnóstico de sinusitis aguda no complicada; debe ser reservada a fracasos terapéuticos o sospecha de complicación; no se recomienda en menores de 6 años

RM cerebral: en la mayor parte de casos aporta mayor información y dada la ausencia de radiación ha sustituido en su mayoría a la TC. Su inconveniente es la necesidad de anestesia en niños menores de 6 años y mayores con déficits cognitivos o trastorno del espectro autista.

Aconsejable realización de RM ante:

- Cefaleas recurrentes que van a seguir presentándose.
- Si se va a instaurar tratamiento de fondo, se puede iniciar en espera de la RM.
- Cefaleas localizadas siempre en la misma zona.
- Cefaleas recurrentes no sintomáticas de patología ORL o bucodental en niños menores de 5 años.
- Patologías endocrinológicas asociadas: pubertad precoz, alteraciones del crecimiento. La RM cerebral se amplía a eje hipotálamo-hipófisis.
- Migrañas con aura.
- Síntomas sugestivos de Chiari I (**Anexo IV**). Si los síntomas son muy manifiestos, la RM (en este caso craneocervical) debe realizarse lo antes posible.

Cuando remitir a Urgencias para realizar neuroimagen prefiere/urgente:

- **Primer episodio o episodios previos similares sin imagen realizada y:**
 - Cefalea muy intensa, especialmente en menores de 5 años.
 - Afectación del estado general.
 - Meningismo por sospecha de hemorragia cerebral.
 - Focalidad neurológica clínica o detectada en la exploración física* (Código Ictus).

- Alteración del estado de conciencia (encefalopatía aguda).
- Papiledema u otros datos de HTIC, pese a FO normal
- Valorar si TCE previo.

- **Primer episodio sugestivo de migraña con aura*** (código ictus): estas situaciones habitualmente consultan directamente en Urgencias; si consultan en el Centro de Atención Primaria, requerirán remitir al Servicio de Urgencias hospitalario para la realización de una técnica de imagen, TC o RM según urgencia y disponibilidad, a la mayor brevedad posible. La RM cerebral es, en principio, la técnica de elección por su mayor resolución espacial y la ausencia de radiaciones ionizantes; sin embargo, su disponibilidad es difícil en el ámbito de la Urgencia, por lo que, si se precisa una técnica de imagen de forma inmediata, se realiza TC craneal.

*Ante el primer episodio de (probable migraña con aura) cefalea con instauración aguda de focalidad neurológica, especialmente déficit motor persistente (hemiparesia y/o anartria con o sin afasia), se debe activar el código ictus en las Áreas de Salud que dispongan de Código Ictus Pediátrico.

- **Otras razones para remitir a Urgencias hospitalarias:**
 - Hipertensión arterial y cefalea intensa, pues requeriría estudio y probablemente tratamiento al ser sintomática.
 - Paciente migrañoso o con cefalea recurrente ya conocido con dolor intenso que requiera tratamiento IV.

Valorar derivación a Neuropediatría:

- Cefaleas primarias que pueden beneficiarse de tratamiento de fondo, si el pediatra considera adecuado se inicie en neuropediatría. No es recomendable iniciar tratamiento de fondo sin neuroimagen realizada o solicitada.
- Casos de migraña simple o migraña con aura típica en niños mayores de 12 años que puedan precisar por su intensidad tratamiento con triptanes, si el pediatra considera adecuado se instaure en neuropediatría.
- Raros casos de ciertas migrañas con aura de evolución desfavorable.
- Alteraciones en la RM cerebral, en los casos que fue solicitada por el pediatra de **Atención Primaria (Anexos II, Anexo II, Anexo IV)**.

Valorar derivación a otros especialistas:

- **ORL:** si se sospecha SAOS o hipertrofia adenoideoamigdalina u otros procesos ORL complicados y/o con escasa respuesta terapéutica.

- **Oftalmología:** si existen alteraciones de la agudeza visual, dificultad en la realización de FO o fundoscopia duodosa.
- **Odontología:** sospecha de disfunción temporomandibular u otra patología bucodental.
- **Salud Mental:** si la cefalea puede estar relacionada con ansiedad, depresión o una patología psicósomática.
- **Otras:** la existencia de hipertensión arterial obliga a su estudio, habitualmente en las unidades de Nefrología.

TRATAMIENTO

Tratamiento sintomático

Recomendaciones generales de tratamiento de las cefaleas en su fase aguda:

- Los analgésicos han de utilizarse de forma precoz, a ser posible 30 minutos antes del momento en que se inició la clínica. El *más recomendado de inicio* es el ibuprofeno (5-10 mg/kg/6-8 h, máximo 40 mg/kg/día; adultos 400-600/6-8 h, máximo 2,4 g).
- Se han de administrar a dosis óptimas desde el principio.
- Emplear aquel fármaco que ya fue efectivo en anteriores crisis. Reservar el resto para posibles episodios resistentes. En casos de historia familiar de migraña, interrogar sobre analgésicos eficaces en los progenitores.

Estas tres medidas anteriores potenciarán su efecto de forma importante si se indica al paciente que ha de intentar encontrar un lugar donde pueda reposar e idealmente conciliar el sueño: un lugar tranquilo, sin ruidos y con poca luz. Esta medida es muchas veces la clave para que funcionen los analgésicos administrados.

Valorar tratamientos coadyuvantes:

- En casos de náuseas, vómitos o molestias abdominales, se aconseja tomar inmediatamente antes del analgésico un medicamento que mejore esos síntomas. Algunos autores recomiendan añadirlos en cefaleas rebeldes al tratamiento para favorecer la absorción de los analgésicos. En mayores de 12 años y con al menos 35 kg de peso, domperidona (10 mg hasta tres veces al día, con una dosis máxima de 30 mg/día). En menores de 12 años o 35 kg, ondansetrón preparación bucodispersable sublingual (2 mg si menos de 15 kg; 4 mg si 15-30 kg y 8 mg si superior).
- Ansiolíticos: algunos autores los asocian en el estatus migrañoso. Diazepam o clorpromacina.

- Si existe componente vertiginoso, valorar asociar sulpiride oral o i.v. (perfusión lenta) o dihidrocloruro de betahistina oral.

Ante una resistencia al dolor con la dosis óptima de un analgésico de primera línea, se pueden combinar entre sí los diferentes analgésicos de primera línea: ibuprofeno, paracetamol (10-15 mg/kg/4-6 h, máximo 60 mg/kg/día; adultos 0,5-1 g/6 h, máximo 4 g/día); metamizol (10-40 mg/kg/6-8 h; adultos 500 mg/6-8 h, máximo 6 g/día); ketorolaco (0,2 mg/kg/6 h, adultos 10 mg/6 h, *máximo 40 mg/día*), naproxeno (5-7 mg/kg/8-12 h, máximo 15 mg/kg/día; adultos 250 mg/6-8 h, máximo 1 g/día); dexketoprofeno (la dosis recomendada es generalmente de 12,5 mg/4-6 h, o de 25 mg/8 h; la dosis total diaria no debe sobrepasar los 75 mg); ácido acetilsalicílico (10-15 mg/kg/4-6 h; adultos 500 mg, máximo 4 g/día); indometacina; diclofenaco.

Ojo con el abuso de analgésicos, las cefaleas por abuso de analgésicos son frecuentes en adultos, aunque poco frecuentes en la infancia.

Otros tratamientos de la cefalea aguda

- **Corticoides i.v. en casos de estatus migrañoso.** La dexametasona es un corticoide sin efecto mineralocorticoide y, por tanto, útil en los procesos que necesitan nula retención hidrosalina.
- **Oxígeno al 100% durante 15-30 minutos.** Indicado en los casos rebeldes a los tratamientos anteriores, se ha de usar en mascarilla a 6-8 lpm durante 15-30 min. Si es efectivo, se evidencia en los primeros 10-15 minutos. Si no evidencia respuesta, retirarlo, pues puede resultar más molesto que beneficioso (la mascarilla a 6-8 lpm origina una molestia acústica importante).

Tratamiento agudo específico de la migraña. Triptanes

Agonistas centrales selectivos del receptor de la 5-hidroxi-triptamina. Aceptados en migrañas en mayores de 12 años. Indicados solo en casos de diagnóstico establecido de migraña simple o migraña con aura típica; no deben darse en otras cefaleas ni en otras migrañas con aura. Si no es efectiva una primera dosis, no se aconseja repetir una nueva dosis en el mismo episodio. Si se produce un efecto parcial o recurre la cefalea, se puede repetir la dosis pasadas al menos 2 horas (máximo 2 administraciones/día). No está aconsejado su uso en pacientes con hipertensión arterial, enfermedad renal grave, enfermedad cardiaca o accidentes cerebrovasculares.

Tratamiento de fondo

Es conveniente llevar unos hábitos de vida saludables, principalmente en cuanto a la higiene del sueño y a la realización de una actividad física regular, así como evitar situaciones de estrés.

No se recomienda la exclusión de alimentos de la dieta, salvo que se haya relacionado alguno directamente como desencadenante de los episodios.

La decisión de instaurar un tratamiento de fondo se toma de forma consensuada con la familia y con el niño, valorando la intensidad de las cefaleas y, especialmente, su frecuencia y su repercusión sobre la actividad diaria; el niño y sus padres son los que mejor saben la intensidad, la frecuencia y la repercusión

de las cefaleas, por tanto, tienen derecho a buscar el beneficio del tratamiento profiláctico, si así lo consideran. Se debe reevaluar su tolerancia en aproximadamente 1 mes, e intentar su retirada periódicamente tras 3-6 meses, preferentemente en periodos vacacionales.

Los fármacos más utilizados son: propranolol, antagonistas del calcio (flunaricina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), valproato, topiramato, zonisamida y gabapentina.

Hay que tener en cuenta las características de cada paciente para encontrar el mejor perfil farmacológico. Por ejemplo, para un paciente que asocia sobrepeso, puede ser recomendable comenzar con topiramato, mientras que, si asocia proceso depresivo, la amitriptilina sería lo más indicado.

CUADERNO DEL PEDIATRA

- La cefalea es un síntoma muy inespecífico, motivo de consulta frecuente.
- Entre las cefaleas de causa no neurológica están diversas enfermedades sistémicas, hipertensión arterial, trastornos visuales, patologías bucodentales, ORL y de vías respiratorias altas, SAOS y trastornos del sueño, y situaciones de ansiedad y estrés como acoso escolar y TDAH.
- Son frecuentes las cefaleas tensionales y migrañosas; la diferenciación en edades pediátricas puede no ser fácil, y la actitud y manejo son los mismos. Un niño puede presentar ambos tipos de cefaleas a lo largo de la evolución.
- La mayor preocupación en el niño con cefalea recurrente de causa no identificada es la posibilidad de que esta se deba a una lesión estructural intracraneal. Estas lesiones se identifican mediante RM cerebral.
- Está indicada la realización de RM ante cefaleas recurrentes: si están localizadas siempre en la misma zona, en niños menores de 5 años no sintomáticos de patología ORL o bucodental y en migrañas con aura.
- Recomendaciones generales de tratamiento de las cefaleas recurrentes en su fase aguda: analgésicos de forma precoz y a dosis óptimas desde el principio e intentar encontrar un lugar tranquilo, sin ruidos, y con poca luz donde pueda reposar e idealmente conciliar el sueño. En casos de náuseas, vómitos o molestias abdominales, se aconseja inmediatamente antes del analgésico un medicamento que mejore esos síntomas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abad MA, Abad C, Díaz del Campo P, Díaz E, Gracia J, Machín M, *et al*; Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en la Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y en la Adolescencia en Atención Primaria. En: Madrid.org [en línea] [consultado el 19/03/2024]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017281.pdf>
- Bonthius DJ, Hershey AD. Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies. UptoDate [en línea] [consultado el 19/03/2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/headache-in-children-approach-to-evaluation-and-general-management-strategies>
- Edgeworth J, Bullock P, Bailey A, Gallagher A, Crouchman M. Why are brain tumours still being missed? Arch Dis Child. 1996;74:148-51.
- Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and Symptom Patterns in Children Presenting to a Pediatric Headache Clinic. Headache. 1993;33:497-500.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
- 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(12):2215-24.

- Martínez Campos L, Alpañil Ballesteros R, De la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artgao F, *et al*. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:330.e1-12.
- Maytal J, Bienkowski RS, Mahendra P, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics*. 1995;96:413-6.
- Viswanathan V, Bridger SJ, Whitehouse W, Newton RW. Childhood headaches: discrete entities or continuum? *Dev Med Child Neurol*. 1998;40:544-50.
- Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C, Amminger GP, *et al*. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia*. 1995;15:13-21.