

## Cefalea en la infancia



**N. Caballo Roig**

*Pediatra. Centro de Salud de Embajadores. Madrid.*

### PUNTOS CLAVE

- La cefalea es uno de los síntomas más frecuentes en las consultas de pediatría de atención primaria.
- La cefalea no es una enfermedad en sí misma sino la expresión de múltiples procesos, desde procesos víricos banales a tumores cerebrales.
- Los cuadros febriles debidos tanto a infecciones sistémicas (viriasis) como localizadas (otitis, sinusitis) son la causa más frecuente de cefalea aguda en la infancia.
- La causa más frecuente de cefalea crónica en la infancia es la migraña.
- Una buena anamnesis nos dará el diagnóstico en la mayor parte de los casos, necesitando pruebas complementarias únicamente en ocasiones muy concretas.
- Es de gran importancia diagnosticar las cefaleas de causa orgánica ya que, aunque poco frecuentes, son las más importantes desde el punto de vista pronóstico.
- Una buena información a los padres y al niño sobre el manejo de las crisis y prevención de las mismas es de gran ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente.

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma muy común durante la infancia. Su prevalencia varía según los distintos autores y aumenta con la edad. Entre el 38 y el 50% de los niños ha presentado un episodio de cefalea antes de los 7 años, y es durante la adolescencia cuando tiene su pico de mayor incidencia, alcanzando un 69% a los 14 años<sup>1</sup>. La incidencia acumulada de cefaleas en general es de entre el 31 y el 79%, y de entre el 4 y el 14% para las migrañas<sup>2</sup>.

La repercusión de la cefalea en la calidad de vida del niño es importante, ya que genera absentismo escolar y preocupación en su entorno familiar ante la sospecha de una enfermedad grave.

### DEFINICIÓN Y CONCEPTO

La cefalea no es una enfermedad en sí misma, sino la expresión de múltiples procesos con una gran variabilidad clínica y pronóstica, que van desde un cuadro catarral hasta una meningitis.

La cefalea se manifiesta con sensaciones dolorosas y desagradables que afectan a la cabeza desde la región frontal hasta la occipital, debido al estímulo de los receptores nociceptivos extracerebrales situados fuera del parénquima, ya que éste es indoloro<sup>3</sup>. Las estructuras sensibles al dolor son la piel, tejido celular subcutáneo, músculo, arterias extracraneales y algunas de la intracraneales, periostio, duramadre, senos venosos intracraneales, ojos, oídos, senos paranasales, nervios craneales y cervicales<sup>4</sup>. Los mecanismos a través de los cuales se produce el dolor son: inflamación (meningitis, sinusitis, otitis, enfermedad dental, traumatismo), tracción (hipertensión intracraneal, hidrocefalia obstructiva, hematoma intracraneal, tumor, cefalea postpunción), vasodilatación (fiebre, migraña, hipertensión arterial, hipoxia cerebral) y contracción muscular (cefalea de tensión)<sup>5</sup>.

En 1988, la International Headache Society (IHS) publicó los criterios para la clasificación de las cefaleas (*International Classification of Headache Disorders*, 1st edition, ICHD-1), que han sido universalmente aceptados. Las cefaleas fueron clasificadas en: *a)* **primarias**, como la migraña y la cefalea tensional, *b)* **secundarias**, debidas a un problema de base en relación temporal con la misma, como infecciones, neopla-

sias cerebrales, traumatismos, enfermedades sistémicas o problemas psiquiátricos, y c) un tercer grupo de **neuralgias faciales y craneales**. En el año 2004 se publicó la versión revisada (ICHD-2)<sup>4</sup> y en 2006 se ha publicado una revisión de la anterior clasificación (ICHD-2R), con pocas modificaciones aplicables a los niños<sup>6</sup> (tabla 1).

## CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA

### Cefaleas primarias

#### Migraña

Es la cefalea más frecuente en la edad pediátrica (supone el 44% de las cefaleas primarias). La prevalencia global de la migraña en la infancia oscila entre el 3,2 y el 10,6%, siendo a partir de la pubertad mayor en mujeres (5,6%) que en varones (3,5%). Entre los 6 tipos de migraña identificados por la IHS (tabla 2)<sup>7</sup>, la más frecuente durante la infancia es la *migraña sin aura* o *migraña común*, seguida de la *migraña con aura* o *migraña clásica*<sup>1</sup>.

La **migraña común** se caracteriza por:

- al menos 5 episodios de cefalea de 1 a 72 horas de duración;
- el dolor debe tener al menos 2 de las siguientes características: unilateral (frontal/temporal) o bilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa y empeora con la actividad física;

- se asocia con una de las siguientes manifestaciones: náuseas y/o vómitos, fonofobia y fotofobia.

La **migraña clásica** se diagnostica cuando presenta:

- dos o más episodios de cefaleas de 1 a 72 horas de duración precedidas de uno o más síntomas de aura reversible;
- aura en forma de, al menos, uno de los siguientes síntomas:
  - síntomas visuales completamente reversibles (escotomas centellantes, visión de puntos brillantes, reducción del campo visual, micropsias, macropsias),
  - síntomas sensitivos completamente reversibles (parestias, hipoestias),
  - síntomas disfásicos reversibles,
- al menos dos de los siguientes síntomas:
  - síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales,
  - al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente durante 5 minutos o más y/o diferentes síntomas del aura acaecen en sucesión durante 5 minutos o más,
- la cefalea se inicia durante el aura o a continuación, pero dentro de los siguientes 60 minutos, y ésta se caracteriza por ser unilateral, pulsátil, moderada o grave y aumenta con la actividad física<sup>7</sup>.

Los **síndromes periódicos de la infancia precursores de migraña**, antes denominados equivalentes migrañosos, incluyen:

Tabla 1. Tipos de cefalea según la International Headache Society

<b>Cefaleas primarias</b>
1. Migraña
2. Cefalea de tipo tensional
3. Cefalea "cluster" y otras cefalalgias trigémino-autonómicas
4. Otras cefaleas primarias
<b>Cefaleas secundarias</b>
5. Cefalea asociada a traumatismo craneal o cervical
6. Cefalea asociada a trastornos vasculares craneales o cervicales
7. Cefaleas asociadas a trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores)
8. Cefalea asociada al uso de "sustancias" o a su supresión
9. Cefalea asociada a infección intracraneal o no
10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos
11. Cefalea o dolor facial asociado a trastornos de cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales
12. Cefalea asociada a trastornos psiquiátricos
<b>Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas</b>
13. Neuralgias craneales y dolor facial de causa central
14. Otras cefaleas, neuralgias, dolor facial, central o primario

Disponible en [http://ihs-classification.org/en/0\\_klassifikation/](http://ihs-classification.org/en/0_klassifikation/)

Tabla 2. Tipos de migraña según la International Headache Society

<b>Migraña sin aura (común)</b>
<b>Migraña con aura (clásica)</b>
1. Aura típica con migraña
2. Aura típica con cefalea no migrañosa
3. Aura típica sin cefalea
4. Migraña hemipléjica familiar
5. Migraña hemipléjica esporádica
6. Migraña tipo basilar
7. Aura migrañosa sin cefalea
8. Con aura de presencia aguda
<b>Síndromes periódicos de la infancia que son comúnmente precursores de migraña</b>
1. Vómitos cíclicos
2. Migraña abdominal
3. Vértigo paroxístico benigno de la infancia
<b>Migraña retiniana</b>
<b>Complicaciones de la migraña</b>
<b>Migraña probable</b>

- vómitos cíclicos: episodios recurrentes de vómitos y náuseas intensos asociados con palidez y letargia;
- migraña abdominal: dolor abdominal recurrente de 1-72 h de duración, de intensidad moderada-severa, acompañado de náuseas y/o vómitos y síntomas vasomotores;
- vértigo benigno paroxístico de la infancia: recurrentes y breves episodios de vértigo<sup>8</sup>.

Los principales rasgos diferenciales de la migraña del niño respecto al adulto son:

- los antecedentes familiares son más frecuentes en la migraña del niño;
- la existencia de uno o varios factores desencadenantes también es más frecuente en los niños, tanto endógenos (hipoglucemia, cambios hormonales, emociones), como exógenos (alimentos, traumatismos banales, cambios meteorológicos)<sup>9</sup>;
- preferencia vespertina;
- los pródromos y el aura son menos frecuentes;
- la localización puede ser frontal;
- se acompaña de síntomas gastrointestinales (anorexia, vómitos, dolor abdominal) y vegetativos (palidez, enrojecimiento cutáneo);
- suele durar menos que en el adultos;
- suelen presentar letargia durante y después de la crisis de migraña<sup>8</sup>.

### Cefalea de tensión

Se describe como la ocurrencia de al menos 10 episodios de cefalea que cumplan los criterios siguientes:

- a) la cefalea dura entre 30 minutos y 7 días;
- b) debe tener al menos dos de las siguientes características:
  - dolor opresivo o como estiramiento muscular,
  - localización bilateral,
  - intensidad leve-moderada,
  - no empeora con la actividad física habitual (caminar o subir escaleras);
- c) ambos criterios:
  - no se acompaña de náuseas ni de vómitos,
  - puede haber fonofobia o fotofobia, pero no ambos.

La ICHD-2 (2004) define tres tipos de cefalea de tensión: infrecuente (menos de 1 episodio al mes), frecuente (de 1 a 15 episodios/mes) y crónica (más de 15 episodios al mes). Este tipo de cefaleas son menos frecuentes en niños que en adultos, aunque cada vez se diagnostican más en éstos, sobre todo en adolescentes<sup>10</sup>.

### Cefaleas secundarias

En los niños la etiología de las cefaleas secundarias es más limitada que en el adulto, aunque son frecuentes, puesto que cualquier cuadro febril puede ocasionar cefalea.

#### Cefaleas o dolor facial asociados a trastornos en cráneo, cuello, oído, ojos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales

Son las más frecuentes en atención primaria. Dentro de este grupo, las debidas a sinusitis y a problemas visuales, que son en las que más se piensa en atención primaria, realmente suponen sólo el 1-2% del total de las cefaleas.

La cefalea aguda por sinusitis se acompaña de secreción nasal, fiebre y tos diurna, y el dolor puede localizarse cerca del seno afectado.

Las cefaleas de origen oftalmológico están relacionadas con esfuerzos visuales prolongados, suelen ser vespertinas o nocturnas, son leves, opresivas, retrooculares o frontales, y mejoran con el descanso visual o cerrando los ojos. Están producidas por defectos de refracción o estrabismo y más raramente por neuritis óptica<sup>12</sup>.

#### Cefaleas por hipertensión intracraneal (cefaleas orgánicas)

Se incluyen en este grupo las cefaleas inducidas por:

- aumento o disminución del líquido cefalorraquídeo (LCR) (hipertensión intracraneal [HIC] benigna, fístula de LCR, punción lumbar),
- infecciones intracraneales (meningitis, abscesos cerebrales, encefalitis),
- neoplasias intracraneales y tumores benignos, y
- trastornos vasculares craneales (hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural).

La cefalea es el síntoma que aparece con mayor frecuencia en los tumores cerebrales (el 71% de los pacientes con un tumor cerebral presenta cefalea)<sup>11</sup>.

En la [tabla 3](#) se resumen las principales características clínicas de las cefaleas primarias más frecuentes (migraña y cefalea de tensión) y de las cefaleas más temidas (por HIC)<sup>1</sup>.

### DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico de la cefalea es igual al de cualquier otra entidad, aunque en este caso tiene gran importancia realizar una buena anamnesis. Conviene clasificarlas,

Tabla 3. Características diferenciales entre los tipos de cefaleas más frecuentes

	MIGRAÑA	CEFALEA TENSIONAL	CEFALEA ORGÁNICA
Edad de inicio	Infancia	Adolescencia	Variable
Frecuencia	1-30/año	Diaria	Diaria
Tiempo de evolución	Años	Meses	Semanas/meses
Desencadenantes	Diversos	Ansiedad/depresión	Hipertensión intracraneal
Localización	Frontal/hemicraneal	Occipital/holocraneal	Variable
Horario	Variable	Vespertino	Matutino
Intensidad	Moderada/intensa	Leve/moderada	Leve/moderada
Calidad	Pulsátil	Opresiva	Opresiva
Asociada con	Aura visual, náuseas/vómitos, fono/fotofobia	Ansiedad, mareo	Cambios de conducta, signos neurológicos
Duración	Horas	Constante	Diaria
Antecedentes familiares	Frecuentes	Posibles	No
Analgésicos	Eficaces	Ineficaces	Ineficaces

en función de su presentación y evolución, en cefaleas agudas (aisladas o recurrentes) y en cefaleas crónicas (progresivas o no progresivas)<sup>8</sup>.

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

- antecedentes familiares, que son más frecuentes en las cefaleas del niño que en las de los adultos, y hasta en el 90% en las migrañas (sobre todo en la línea materna);
- existencia de síncope, mareos y posibles conflictos familiares, escolares o de índole social;
- antecedentes personales sobre embarazo, parto, periodo neonatal, desarrollo psicomotor, rasgos de carácter y rendimiento escolar, así como problemas clínicos previos o simultáneos (traumatismos, infecciones de vías respiratorias altas, infecciones generales, convulsiones, toma de fármacos, ingesta de drogas).

La historia de la cefalea es lo más importante, y por ello la anamnesis debe realizarse de forma dirigida, para lo cual es aconsejable valerse de un cuestionario (tabla 4) que recoja información sobre los siguientes puntos:

- inicio de la cefalea;
- características: frecuencia, duración, intensidad, localización, calidad, momento de aparición, forma de comienzo, fenómenos asociados, ritmo horario;
- factores precipitantes, desencadenantes o agravantes;
- factores o fármacos que alivian el dolor<sup>3</sup> ([http://www.aepap.org/congresos/pdf/cuestionario\\_cefaleas.pdf](http://www.aepap.org/congresos/pdf/cuestionario_cefaleas.pdf)).

### Exploración

En la exploración general se valorará: fiebre, tensión arterial, soplos cardíacos, alteraciones de la piel, palpación de senos paranasales, examen de boca y mandíbula y sig-

nos de irritabilidad meníngea. Debe realizarse una exploración neurológica sistemática y ordenada: nivel de conciencia, signos de traumatismo craneoencefálico (TCE), fuerza y tono muscular, reflejos, marcha, sensibilidad, función cerebelosa y equilibrio y pares craneales. Valorar en el fondo de ojo el edema de papila, que es patognomónico de HIC<sup>2,12</sup>.

### Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias no deben realizarse de rutina, sino cuando la anamnesis y la exploración física así lo indiquen<sup>7</sup>.

Si existen datos de alarma como cefalea aguda refractaria al tratamiento, cefalea crónica de carácter progresivo, cefalea que altera el sueño, cefaleas provocadas por esfuerzos físicos, maniobras de Valsalva o cambios posturales, el hallazgo de signos neurológicos o cefaleas que se acompañan de vómitos en escopetazo o convulsiones, se debe realizar pruebas de neuroimagen (tomografía axial computarizada [TAC] o resonancia magnética nuclear [RMN])<sup>7</sup>.

Tabla 4. Anamnesis de la cefalea

1. ¿Tiene uno o varios tipos de dolor de cabeza?
2. ¿Cuándo empezó el dolor? ¿Lo relaciona con algo?
3. ¿Con qué frecuencia se produce la cefalea?
4. ¿Tiene un ritmo horario?
5. ¿Hay factores que la precipitan o empeoran?
6. ¿Nota algún síntoma antes de empezar el dolor?
7. ¿Cómo y dónde empieza la cefalea?
8. ¿Cómo es el dolor?
9. ¿Se asocia con algún síntoma? ¿Cuáles?
10. ¿Cómo afecta la cefalea a su actividad habitual?
11. ¿Se alivia con alguna circunstancia o fármaco?
12. ¿Cuánto tiempo dura la cefalea?

Si no existen signos de alarma, no tenemos datos suficientes para establecer un diagnóstico de cefalea, y ésta no repercute en la calidad de vida del niño, puede ser de ayuda pedir que el niño y los padres realicen un calendario de cefaleas ([http://www.aepap.org/congresos/pdf/calendario\\_cefaleas.pdf](http://www.aepap.org/congresos/pdf/calendario_cefaleas.pdf)).

En otros casos será necesaria la evaluación oftalmológica, psicopedagógica o psiquiátrica.

## MANEJO INICIAL

### Cefalea aguda

Duración inferior a 5 días, sin antecedentes previos.

- Con fiebre y/o alteración de la exploración neurológica: la meningitis o encefalitis son los primeros diagnósticos a descartar. Sin signos de alteración neurológica: las viriasis son la primera causa a considerar, también la sinusitis, otitis, amigdalitis, neumonía<sup>5,7</sup>...
- Sin fiebre, sin TCE previo y exploración neurológica normal: las crisis hipertensivas (secundarias a glomerulonefritis), episodios con disfunción autonómica (hipoglucemia, síncope, síndrome postpunción). También hay que investigar la toma de fármacos, drogas o aditivos. Si la exploración neurológica está alterada, se debe descartar etiología orgánica (tumores, hemorragias o malformaciones). Considerar que el debut de una migraña con vómitos y alteración del estado general puede cursar como un episodio agudo de cefalea.
- Sin fiebre, con antecedentes de TCE y exploración neurológica normal o alterada, debemos sospechar hemorragia subaracnoidea o cefalea postraumática, que puede ser difusa o localizada, inmediatamente o varios días después de la lesión<sup>5,12</sup>.

### Cefalea aguda recurrente

Episodios de cefalea que recurren periódicamente, con intervalos libres de síntomas.

- Con exploración neurológica normal: la migraña y la cefalea tensional, o su presencia combinada, representan el 90% de las consultas por cefalea. Las características clínicas del dolor, los factores precipitantes y agravantes, y la presencia o ausencia de antecedentes familiares suelen permitir un correcto diagnóstico. El tratamiento de la crisis migrañosa debe ser inmediato; además de un ambiente tranquilo, luces apagadas, en reposo y sin ruidos, se utilizarán analgésicos

menores como paracetamol (15 mg/kg/dosis, cada 4-6 h) o ibuprofeno (5-10 mg/kg/dosis, cada 6-8 h). No se han observado diferencias significativas en cuanto a eficacia<sup>13</sup>. Se pueden asociar con codeína (1 mg/kg/dosis) o cafeína si persiste la cefalea. La presencia de vómitos justifica el uso de metoclopramida (5-10 mg/dosis). En niños mayores de 6 años se usa ocasionalmente ergotamina oral o rectal (1-2 mg/dosis). El uso de sumatriptán nasal ha resultado efectivo para el tratamiento de la migraña en niños<sup>13</sup>.

Si la frecuencia de las crisis es de 3-4 episodios al mes y, por su intensidad, éstas alteran la calidad de vida del niño a pesar del tratamiento agudo, se puede iniciar profilaxis con topiramato (25 mg al día, aumentando la dosis en 8 semanas hasta 2-3 mg/kg/día, máximo 100-200 mg/día) o flunarizina (5 mg/día, dosis nocturna), valorando los posibles efectos secundarios de cada uno (incremento de peso, fatiga y somnolencia en el caso de la flunarizina y pérdida de peso y cambios en la capacidad de concentración en el caso del topiramato). El propranolol se considera fármaco de segunda elección. Es aconsejable mantener el tratamiento durante 6 meses y realizar una valoración clínica a los 3 meses (diario de cefaleas y seguimiento de posibles efectos adversos)<sup>14</sup>.

El tratamiento también debe incluir una serie de recomendaciones sobre higiene del sueño, del ejercicio físico y eliminación de factores desencadenantes<sup>2,12</sup> (<http://www.aeped.es/infamilia/temas/migraña.htm>).

- Con exploración neurológica alterada se debe derivar a la urgencia hospitalaria para descartar patología orgánica.

### Cefalea crónica

- No progresiva, duración de 15-30 días, siendo la frecuencia e intensidad de los episodios similar, estable y sin signos neurológicos anormales. Las más frecuentes son las cefaleas de tensión. El tratamiento comienza por identificar el o los factores desencadenantes para modificarlos en lo posible. Pueden utilizarse benzodiazepinas (bromazepan), si se asocia a ansiedad, y antidepresivos (amitriptilina) en caso de depresión<sup>9</sup>.
- Progresiva. Las cefaleas de >15-30 días de evolución, con intensidad creciente, precisan una evaluación inmediata para descartar patología orgánica<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herranz JL. Cefaleas. Mesa Redonda: Dolor en Pediatría. Bol. Pediatr. 2000;40:199-209.
2. Herranz JL, Argumosa A. Neuropediatría. Cefaleas. Bol. Pediatr. 2000;40:100-7.
3. Duque Fernández R. Actitud diagnóstica y terapéutica ante un niño con cefaleas. BSCP Can Ped. 2001;25:45-52.
4. Campos-Castelló J. San Antonio Arce V. Cefalea en la infancia. En: Asociación Española de Pediatría, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP. Neurología pediátrica. 2008:221-30.
5. Sainz Ruiz R, Martínez Mosquera JG, Pérez Gutiérrez E. Cefalea. En: Fernández-Cuesta Valcarce MA, editor. Las 50 principales consultas en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Trigraphis; 2008. p. 173-80.
6. Merino Alonso de Ozalla R. Las cefaleas en la consulta del pediatra de Atención Primaria, un reto. Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9: 559-62.
7. Cabrera López JC, Martí Herrero M, Toledo Bravo de Laguna L. Cefaleas en la infancia. Actualización y propuestas. Protocolos de relación entre Atención Primaria y Especializada. BSCP Can Ped. 2005;29:127-37.
8. Ballester García S. Cefaleas en la infancia. Protocolos de Neurología. Bol. Pediatr. 2006;46:244-8.
9. Uberos Fernández J. Cefaleas primarias: Guía de manejo en pediatría. Bol. SPAO 2007;1:14-18.
10. Aparicio Meix JM. Cefaleas y migrañas. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, editores. Pediatría Extrahospitalaria. 4.ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 645-50.
11. Artigas J. Cefaleas en el niño. En: Aparicio JM et al., editores. Neurología Pediátrica. Madrid: Ergon; 2000. p. 373-80.
12. Melian RM. Protocolo de Cefalea en el niño en Atención Primaria. Can Ped. 2008;32:203-14.
13. Ruiz-Canela Cáceres J, Juanes de Toledo B. Tratamiento sistemático de la migraña en niños: una revisión sistemática de los ensayos de medicación. Evid Pediatr. 2006;2:10.
14. García Lara NR, García Frías ME. Tratamiento preventivo para la migraña en niño: cuándo y cómo. Rev Pediatr Aten Prim. 2010;12:123-38.