



**CEFALEA EN EL NIÑO**





## Introducción

El dolor de cabeza es tal vez la dolencia más extendida en los países de la civilización moderna, según diversos cálculos estadísticos actuales es tan importante este problema que hasta el 76% de las mujeres y el 57% de los hombres tienen dolor significativo cuando menos una vez al mes y se sabe que alrededor del 90% de la población experimenta alguna vez dolor de cabeza en su vida. En los niños la frecuencia aumenta con la edad, de un 39% a los seis años, a un 70% alrededor de la adolescencia.

El dolor de cabeza constituye el ejemplo más frecuente del sufrimiento cotidiano, donde los recursos terapéuticos del personal médico se multiplican, al igual que los fracasos en el tratamiento. La cefalea es un síntoma de múltiples causas, que va desde problemas ambientales, sociales, emocionales, genéticos, dietéticos, orgánicos, etc. El dolor de cabeza requiere de cuidados y manejo médico calificados, así como una gran responsabilidad de parte del profesional de la medicina. Este debe armarse de sabiduría, calidez y experiencia, para aplicar sus conocimientos a la atención del paciente con arte y comprensión.

## Definición

### COMMITTEE *AD HOC* ON CLASSIFICATION OF HEADACHE 1962

Ataques recurrentes de cefalea con duración, intensidad y frecuencia variable.

Son comúnmente unilaterales en su inicio, asociados con anorexia, algunas veces con náusea y vómito.

Pueden ir precedidos ó asociados a alteraciones sensoriales, motoras ó cambios en el estado de ánimo.

Hay historia familiar frecuente.

**Bule(1962).**- Cefalea paroxística, separada por intervalos libres de síntomas y asociados con 2 de las siguientes cuatro alteraciones:

- 1.- Dolor unilateral
- 2.- Náusea
- 3.- Aura visual
- 4.- Historia familiar de migraña

**Presnky Sommer(1979).** Cefalea asociada con 3 de 5 síntomas:

- 1.- Dolor abdominal, náusea o vómito con la cefalea.
- 2.- Cefalea unilateral, pulsátil.
- 3.- Aura sensorial, visual o motor
- 4.- Remisión del dolor después de un periodo de descanso
- 5.- Historia familiar de migraña

**Presnky Sommer(1979).** Cefalea asociada con 3 de 5 síntomas:

- 1.- Dolor abdominal, náusea o vómito con la cefalea.
- 2.- Cefalea unilateral, pulsátil.
- 3.- Aura sensorial, visual o motor
- 4.- Remisión del dolor después de un periodo de descanso
- 5.- Historia familiar de migraña

### **Hockaday (1982).**

Propone que la cefalea recurrente, paroxística en el niño sea aceptada como MIGRAÑA siempre y cuando exista un retorno a la normalidad tanto física como mental y que hayan sido excluidas otras causas de cefalea de tipo orgánico.

## Migraña



La cefalea es unilateral, pulsátil e incapacitante

Inicio gradual

Duración de 4-72 hrs. en el adulto; 2-48 hrs. en el niño.

Bilateral 40% de los casos

Unilateral en el 60% de los casos

Un mismo lado 20%

Fenómenos asociados: Gastrointestinales, Cutáneos, Cardiovasculares, Neuropsicológicos.

### **Fenómenos Prodromicos**

Mentales: Depresión, euforia, irritabilidad, inquietud.

Neurológicos: Fotofobia, fonofobia, dificultad en la concentración.

Generales: Anorexia, retención de líquidos, constipación, diarrea.

### **Factores que Desencadenan o Agravan el Ataque**

- Menstruación
- Alimentos
- Bebidas
- Cambio de clima
- Tabaquismo
- Stress
- Fatiga
- Exámenes

### **Epidemiología**

Mujeres 19 % 20-64 años

Hombres 6 % 20-64 años

Niños

2.7% 7 años.

5 % 15años

Historia Familiar 70 - 90 % de los casos

### **Criterios Diagnósticos para Migraña con Aura**

A. Como mínimo 2 ataques cumplen con criterios de apartado B

B. 3 de las 4 siguientes características

1. Uno o más síntomas de aura reversible
2. Aura gradual durante más de 4 min.
3. Aura no mayor a 60 min.
4. Cefalea posterior al aura intervalo libre no mayor de 60 min.

C. Exploración física y neurológica normal.

D. Exclusión de alteración orgánica

### **Características clínicas**

Fase Prodrómica

Aura

Cefalea

Fase Postdrómica



### Criterios Diagnósticos para Migraña sin Aura

- A. 5 ataques que cumplen con los incisos B-D  
 B. Duración de 4 a 72 hrs.  
 C. Como mínimo 2 de lo siguiente:  
 1. Unilateral  
 2. Pulsátil  
 3. Moderada  
 4. Se agrava con actividad física  
 D. Durante la cefalea  
 1. Náuseas, vómito o ambos  
 2. Fotofobia y fonofobia  
 E. Exploración física y Neurológica normal, exclusión de alteración orgánica.

### AURA

Complejo de síntomas neurológicos que inician o acompañan el ataque, con duración de 5 a 20 min. como promedio. Pueden ser visuales, sensoriales o motores.

Fotopsia	Escotomas	Síncope
Visión o sonidos	Alucinaciones	Vertigo
Distorcionados	Parestesias	Metamorfosis
Hemiparesia	Afasia	Ataxia

### Formas especiales de migraña en el niño

#### Migraña hemipléjica y otros hemisíndromes

Manifestaciones clínicas de tipo motor o sensorial durante o después de una cefalea  
 Migraña de la arteria basilar (grado I,II,III)  
 Migraña Oftalmopléjica (III nervio Craneal)  
 Migraña Confusional  
 Síndrome de Alicia en el país de las maravillas  
 Migraña con estupor  
 Amnesia Global Transitoria

#### Equivalentes Mígranosos

**Variantes.**-Es una forma poco común, la cual sin embargo, reúne los criterios diagnósticos en un individuo con migraña.

**Equivalente.**- Es una disfunción transitoria episódica en un paciente con migraña, el cual puede remplazar al ataque migrañoso.

Un equivalente migrañoso es esencialmente una migraña sin cefalea.

Migraña sin dolor de cabeza  
 Migraña con síntomas viscerales  
 Migraña Abdominal  
 Vómito Cíclico  
 Síndrome de tortícolis espasmódica recurrente  
 Vértigo paroxístico benigno  
 Síndrome hemipléjico alternante

La mayoría de los médicos pediatras con experiencia reconocen estos casos de migraña después de varios años, de crisis de dolor abdominal inexplicado y que se prolonga por varias horas asociado con palidez, letargia, náusea, y quizás vómitos.

Estos cuadros progresivamente se remplazan por crisis de dolor de cabeza.

A lo que retrospectivamente el médico considera... *Caray* ..efectivamente tenía una migraña abdominal



A lo que retrospectivamente el médico considera... *Caray* ..efectivamente tenía una migraña abdominal Aunque la migraña y la epilepsia son enfermedades diferentes, las dos se consideran trastornos episódicos crónicos que tienen una naturaleza paroxística.

Tanto una como otra comparten características comunes, incluyendo cambios del estado de ánimo o del comportamiento, alteración de la conciencia, síntomas sensoriales o motores y auras.

### **Migraña y Epilepsia**

Otros factores fisiológicos y epidemiológicos que respaldan la asociación patogénica y/o genética entre epilepsia y migraña incluyen:

Se ha visto una gran incidencia de descargas epilépticas en los EEG de las personas migrañosas.

Una alta incidencia de fotosensibilidad tanto en los pacientes con migraña como en algunos pacientes con convulsiones (Incluso puntas y ondas lentas)

Alta incidencia familiar de cefalea migrañosa y convulsiones epilépticas en niños con ausencias. Sobre todo con migraña de inicio en la niñez.

Alta incidencia personal y familiar de migraña en los niños con epilepsia Rolandica benigna.

Mayor incidencia de epilepsia con pacientes con migraña (Prom. 5.9%) que en la población general (Aprox. 0.5%).

Los estudios epidemiológicos confirmaron la sucesión entre la migraña y la epilepsia.

En un gran estudio de epilepsia familiar, Lipton y col. (1994), encontraron que las personas con epilepsia tienen 2.4 veces mayor posibilidad de desarrollar migraña que sus familiares sin epilepsia.

Lipton y cols. Headache 1994.

### **Implicaciones Terapéuticas**

El tratamiento de las enfermedades concurrentes debe optimizarse de manera que la terapia sea globalmente eficaz, con mínimos efectos secundarios.

De esta forma, debe considerarse un solo fármaco que sea útil tanto para la migraña como para la epilepsia.

El valproato de sodio o Carbamazepina esta indicado para las convulsiones tipo parcial y generalizada, así como también para la profilaxis contra la migraña, y por eso representa una elección terapéutica comprensiva para pacientes con estas enfermedades concurrentes.

Se debe confirmar una historia positiva de epilepsia antes de dar tratamiento para la migraña con estos agentes.

### **Migraña y Enfermedad Afectiva**

La migraña se ha asociado con numerosos trastornos psiquiátricos y del comportamiento, incluyendo la depresión, ansiedad, enfermedad bipolar, y trastornos del pánico.

Los trastornos afectivos también son eventos episódicos, paroxísticos. Además, los cambios en el estado de ánimo o del comportamiento se asocian con dolor y puede ocurrir tanto en la migraña como en la depresión.

### **Equivalentes Migrañosos**

Migraña abdominal: un 16% del conjunto de los sujetos jaquecosos presentan durante los accesos o de forma aislada episodios diarreicos limitados.

En los niños suele aparecer un dolor abdominal de tipo no cólico que irradia a la espalda. Se han descrito cuadros recurrentes de náuseas acompañados de escotoma centelleante.



Lo más común es el cuadro conocido como vómitos cíclicos o vómitos acetónicos, en ocasiones tan intensos que obligan a rehidratación parenteral en medio hospitalario.

Este cuadro clásico en la pediatría, tiende a desaparecer sin que sepamos exactamente por qué.

RASKIN Y APPENZELLER, 1980.

La pseudoangina: consisten en una intensa precordialgia de aspecto anginoide, con real “angor animis”, de breve duración y de aparición nocturna durante el sueño, del que el sujeto emerge en un estado de temor lógicamente comprensible.

Esta forma especial de migraña, que es rara vez consultada con el neurólogo, se asocia ocasionalmente con taquicardias).

En nuestra experiencia lo hemos observado en conjunción con escotoma centelleante e historia familiar de migraña.

BROWN, 1977

Los vértigos: acompañante habitual de la migraña Vértebro-Basilar, es de frecuente presentación de forma aislada y con morfología clínica dependiente de la edad.

En el lactante se presenta como “tortícolis paroxístico”, presentando un niño en buena salud, una inclinación y rotación cefálica, no dolorosa y que se mantiene largo tiempo, con límites entre diez minutos y dos semanas.

Durante el episodio, El muchacho está normal y sin problemas.

En la edad preescolar, suele aparecer el cuadro conocido como “vértigo paroxístico benigno”, con episodios de duración fugaz en los cuales el sujeto es incapaz de mantener la postura por aparecer una brusca sensación de gira de los objetos.

Rara vez se acompaña de vómitos, por su breve duración. El cuadro suele recurrir de una a dos veces al mes y prácticamente nunca es diario y menos cotidiano.

Se detecta falta de respuesta a las pruebas laberínticas calóricas) factor que también se detecta en los sujetos afectados de Migraña Vértebro-Basilar). En el preadolescente aparece el llamado “vértigo benigno recurrente”, con episodios de duración de horas hasta un día de vértigo intenso con normalidad absoluta de los órganos de la equilibración.

PRATS y Col., 1978 EVIATAR, 1981

Tiende a afectar a las niñas en el período premenstrual.

Todos estos cuadros pueden cambiar en la edad adulta hacia una jaqueca, que también se obtiene con frecuencia entre sus antecedentes familiares.

Migraña complicada: especialmente frecuente en la pubertad y adolescencia, da lugar a diversos síndromes, ocasionalmente imbricados entre sí en ciertos pacientes. De entre ellos, la más frecuente es la **migraña Vértebro-Basilar**

Pérdida completa y transitoria de la visión afecta a un 20% de los casos y cefalea intensa con fotofobia y vómitos a un 75% En nuestra experiencia son frecuentes los trastornos de la motilidad ocular transitorios.

Se recogen antecedentes familiares de migraña en un 86% de los pacientes.

(LAPKIN y GOLDEN, 1978).

## Tratamiento farmacológico

### Agonistas y Antagonistas de la Serotonina

Los fármacos que afectan el 5-HT endógeno pertenecen a dos categorías principales: Primera, los antagonistas de los receptores 5-HT<sub>2</sub>; estos son de mayor utilidad en la profilaxis de la migraña. Segundo, los agonistas de los receptores 5-HT<sub>1</sub>.

El sumatriptan ha probado su efectividad en el tratamiento de la migraña aguda y en la cefalea en racimo.



### **Ergotamina**

En grandes dosis, la ergotamina es antagonista del 5-HT. La acción vasoconstrictora tanto de la ergotamina como de la dehidroergotamina es más marcada en el territorio carotídeo externo que en el interno.

### **Metilsergida**

Es un antagonista potente 5-HT. Reduce la frecuencia de migraña en más del 50 % en aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes y una tercera parte se queda libre de cefalea.

Aproximadamente el 10 % de los pacientes no pueden tolerar el fármaco debido a los efectos secundarios, fundamentalmente en el sistema gastrointestinal y cardiovascular.

Otro 30% tienen síntomas desagradables en forma de malestar epigástrico y calambres musculares.

### **Pizotifeno**

Al igual que la metilsergida produce vasoconstricción y es un antagonista del 5-HT, de la noradrenalina y de la histamina. No es tan efectivo como la metilsergida pero se utiliza ampliamente debido a la ausencia de efectos secundarios significativos. Las mejorías varían entre un 40 a un 70% con una dosis de 3mgs. por día.

### **Ciproheptadina**

Tiene un efecto similar anti5-HT y antihistamínico. Sin embargo, es menos efectivo que el pizotifeno y se utiliza mucho menos frecuentemente, sus efectos secundarios son casi idénticos a los del pizotifeno pero además inhibe la hormona del crecimiento en aproximadamente el 50 % de los pacientes y por lo tanto se debe de prescribir con precaución en niños y adolescentes.

### **Lisuride**

Es un antagonista 5-HT y su sitio principal de acción parece ser los vasos sanguíneos periféricos. Su utilidad fluctúa entre un 53 y un 61%, los efectos secundarios incluyen náusea, vómito, mareo, debilidad muscular y trastornos del sueño.

### **Amitriptilina**

Es un antidepresor tricíclico, puede bloquear la captación de monoaminas dentro del sistema nervioso central y tiene una selectividad específica hacia los receptores 5-HT.

Sin embargo, no se sabe con seguridad si esta o alguna otra propiedad del fármaco como lo es el efecto colinérgico, antihistamínico o anti-alfa-adrenoceptor, es la responsable de los efectos benéficos.

Es efectiva ya sea sola o en combinación con propanolol.

### **Sumatriptan**

Es un agonista específico de los receptores 5-HT<sub>1</sub> y se ha demostrado su selectividad constrictora sobre la arteria carotídea, incluyendo las anastomosis arteriovenosas.

Produce el mismo aumento en la resistencia vascular carotídea que la ergotamina, pero no aumenta la resistencia periférica total ni la presión sanguínea diastólica o disminuye la frecuencia cardíaca o el gasto cardíaco.

### **Antagonistas beta-adrenoceptores**

Los antagonistas beta-adrenoceptores (BAA) son efectivos en el tratamiento de la migraña. El bloqueo de los betareceptores de los vasos craneales evita la vasodilatación observada en las crisis de migraña.



Sin embargo, los BAA parece que poseen otras propiedades además del bloqueo beta. Hasta el momento, de todos los BAA probados para la prevención de migraña el propranolol, el metoprolol, el timolol y el atenolol son los más efectivos.

### **Propranolol**

Se ha observado una respuesta de mejoría en un 55 a un 81%. Una dosis de 1 mg. por kilo de peso corporal por día producía una protección significativa contra la recurrencia de migraña en el 73.5 % de los pacientes.

Metoprolol.

Timolol.

Atenolol.

### **Antagonistas de los Canales del Calcio**

Los antagonistas de los canales del calcio se han introducido en el tratamiento de la migraña en el supuesto de que previenen hipoxia de las neuronas cerebrales, contracción del músculo liso vascular Además de que inhiben las enzimas de pendientes del calcio que participan en la formación de los prostanoïdes.

**Flunarizina.**- Aparte de su capacidad para prevenir constricción vascular, la flunarizina previene hipoxia cerebral y es un receptor H1 y antagonista dopamínico, realmente se está de acuerdo que es cuando menos tan efectivo como el pizotifeno o el propranolol.

Aspirina

Paracetamol

Otros AINES

### **Inhibidores de la Monoaminoxidasa**

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) son inhibidores irreversibles dirigidos al sitio que atacan e inactivan el grupo flavina de la enzima monoaminoxidasa.

En el ambiente clínico, la inhibición máxima se obtiene en unos pocos días aunque puede tomar hasta dos semanas para restaurarse el metabolismo de las aminos después de la suspensión del medicamento.

### **Corticoesteroides**

Generalmente, los corticoesteroides no tienen lugar en el tratamiento de la migraña. Sin embargo, son efectivos en la prevención de la cefalea en racimo recurrente; estos están asociados con una elevación rápida de la histamina en la sangre total, la cual desaparece al final de cada crisis.

Sin embargo, se ha mostrado recientemente que esta elevación puede ser suprimida por prednisona o dexametazona

### **Litio**

El litio se utiliza solamente en el tratamiento de las cefaleas en racimo; su mecanismo de acción es desconocido, aparentemente produce una remisión en frecuencia en el 85% de los casos crónicos mientras que en los casos episódicos produce una remisión de alrededor de 68%.

Fármacos Misceláneos:

### **Fenotiazinas**

Dentro de las manifestaciones clínicas útiles de las fenotiazinas se incluye el efecto antiemético y antinauseoso, a través del bloqueo de los receptores de dopamina B2 de la sinapsis del sistema nervioso



central. Son estas dos propiedades las cuales han demostrado ser útiles en el tratamiento de la migraña aguda.

### **Fármacos Ansiolíticos/Hipnóticos**

Oxacepam  
Alprazolam  
Diazepam