

Cefaleas en los niños

Cuándo está indicado un procedimiento de diagnóstico completo?

Autor: Paul K. Winner, DO

E. Dr. Winner es co-director de Palm Beach Headache Center, West Palm Beach, Florida, y profesor asistente de medicina (neurología) de Nova Southeastern University College of Osteopathic Medicine, Ft. Lauderdale, Florida.



INTRODUCCION

Cuando un niño presenta cefaleas, los padres usualmente buscan atención médica para asegurarse que la causa no sea un tumor cerebral u otro problema serio. Muchos padres no se dan cuenta que no es poco común que las migrañas empiecen durante la infancia. Otros padres pueden darse cuenta que las migrañas forman parte de la historia de su familia pero no saben acerca de las variantes que causan temor, tales como tortícolis benigna. El Dr. Winner describe las apariciones infantiles de migraña y otras cefaleas y discute descubrimientos atípicos que requieren valoración posterior. También resume los métodos útiles en el reconocimiento y prevención de los ataques de cefalea.

Los síndromes de cefalea primaria no comunes, así como las enfermedades de cefalea secundaria en los niños pueden provocar ansiedad, no solamente en los pacientes o los padres, sino también en los médicos en ejercicio, quienes tienen que decidir qué grado de evaluación se requiere y cuál es el tratamiento apropiado. Una elaboración minuciosa de la historia, el examen físico, y cuando es apropiado, pruebas de diagnóstico, usualmente le permiten al médico distinguir las cefaleas primarias de las cefaleas derivadas de otro problema. Sin embargo, la evaluación de niños, especialmente aquellos menores de 10 años, requiere conocimiento y técnica especiales.

La información por parte de los padres es crucial en la obtención de la historia exacta de la cefalea. Las determinaciones importantes en la toma de la historia son si el niño experimenta más de un tipo de cefalea y qué nivel de incapacidad le ocasiona la cefalea. En el presente, no existe una escala de fácil uso para medir la incapacidad producida por las cefaleas en los niños. La severidad puede ser estimada, entonces, por las respuestas a preguntas específicas (ej. puede el niño tolerar el ver televisión o escuchar música cuando tiene cefalea? Se limita su participación en las actividades

extraescolares por la cefalea? Se afecta el desempeño escolar por las cefaleas? Qué tanto ha faltado el niño al colegio por causa de las cefaleas?).

Migraña

Las migrañas ocurren en el 4% al 5% de los niños en edad escolar.^{1,2} Entre los adultos con migraña, el 20% reportan que los síntomas comenzaron antes de los 10 años de edad y el 46% expresan que empezaron antes de los 20 años.³ En niños y niñas jóvenes, la frecuencia de la migraña es igual; sin embargo, después de la pubertad, la proporción de mujeres a hombres diverge hasta convertirse en cerca de 2:1.³ Se cree que la migraña es una alteración autosómica dominante heterogénea con penetración incompleta,⁴ lo cual puede ayudar a explicar por qué tantos niños y adolescentes se ven afectados.

Características del diagnóstico

La International Headache Society (Sociedad Internacional para la Cefalea) (IHS) provee criterios explícitos para el diagnóstico de la migraña⁵ (tabla 1). Sin embargo, los criterios IHS no caracterizan las cefaleas en los niños separadamente

Tabla 1.

Criterios de diagnóstico de la International Headache Society para la migraña, con revisiones propuestas para niños menores de 15 años de edad*

Sin Aura	Con Aura
1. Por lo menos 5 ataques de acuerdo con todos los criterios 2-4	1. Por lo menos 2 ataques de acuerdo con el criterio 2
2. La cefalea dura de 2 a 48 hr (1 a 48 hr)	2. Por lo menos 3 de las siguientes características: a. Uno o más síntomas reversibles de aura indicando disfunción focal cortical y/o disfunción del tronco cerebral b. Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente por más de 4 min, o se presentan 2 ó más síntomas en sucesión c. No hay síntomas de aura que duren más de 60 min. d. La cefalea sigue al aura dentro de los 60 min siguientes ⁵
3. La cefalea tiene por lo menos dos de las siguientes características: a. Localización unilateral (o bilateral, ya sea frontal o temporal) b. Calidad pulsátil c. Intensidad de moderada a severa d. Se agrava por la actividad física rutinaria	
4. Durante la cefalea, por lo menos uno de los siguientes signos está presente: a. Náuseas y/o vómito b. Fotofobia y (y/o) fonofobia	

*Revisiones propuestas (descritas en Winner y col.⁹) aparecen en itálicas. Adaptado del Headache Classification Committee of the International Headache Society.⁵

ni la pérdida de sensibilidad en los niños.⁶⁻⁸ Por consiguiente, se han propuesto criterios revisados para niños⁹ (tabla 1) y están siendo probados.

Ambos, tanto los criterios IHS como los criterios propuestos para los niños, requieren múltiples acometidas para el diagnóstico⁹, porque la primera migraña no siempre puede ser distinguida de una cefalea secundaria. Las cefaleas secundarias (y los signos acompañantes) se pueden producir por infección (temperatura elevada), contusión (historia o señales de trauma craneal), o neoplasia (deficiencias neuronales focalizadas reportadas o presentes en el examen). En los niños, especialmente en los menores, las cefaleas pueden durar tan poco como una hora, y son frecuentemente bilaterales (bifrontal o bitemporal).^{8,9} Las cefaleas en el área occipital son menos comunes y pueden tener una causa orgánica.

Los síntomas asociados constituyen una parte integral de la migraña y son esenciales en el diagnóstico; estos incluyen fotofobia, náuseas y vómito. La mayoría de las personas que la padecen, tanto niños como adultos, presentan náuseas. Todos los grupos de edad también reportan vómito, pero esto puede ocurrir mucho antes en el episodio de la cefalea en los niños. Los adultos con frecuencia experimentan tanto fotofobia como fonofobia, aún cuando los niños están más inclinados a tener la una o la otra.⁹

El diagnóstico de la migraña con aura requiere la presencia de uno o más síntomas neurológicos totalmente reversibles (visual, motor, o sensorial). Este hallazgo ayuda a distinguir la migraña de un trastorno orgánico progresivo, el cual requiere una evaluación diagnóstica posterior. El aura se desarrolla gradualmente durante por lo menos 4 minutos y usualmente dura de 20 a 30 minutos (pero puede durar tanto como 60 minutos).⁵ Un aura que es rápida en la aparición y de corta duración puede ser causada por un evento paroxístico.

Se han reportado anomalías electroencefalo-gráficas no específicas en las personas con migraña. Se cree que algunos de estos descubrimientos son variantes normales (ej. ondas de largo espectro de 14-Hz y 6-Hz), y otros pueden ser parte de un patrón rolándico benigno (espigas centrotemporales), los cuales frecuentemente no requieren tratamiento.^{10,11}

Los médicos pueden encontrar muchas presentaciones y variantes en niños con migraña, como se describe en los párrafos siguientes.

Migraña hemipléjica

La migraña de este tipo ocurre frecuentemente en los niños. Usualmente, la cefalea sigue a la hemiparesis, la cual dura de horas a días. Los ataques no son frecuentes y pueden estar acompañados por disartria, afasia y niveles alterados de conciencia que frecuentemente involucran sintomatología visual.⁵

La forma familiar de la migraña hemipléjica requiere ataques idénticos en un primer nivel relativo para establecer el diagnóstico. Esta es la primera forma de migraña que se debe enlazar a una causa genética —un punto de mutación en el cromosoma 19 que ha sido encontrado en el 50% al 60% de las familias que experimentan la sintomatología clínica.⁴ Debido a que la migraña hemipléjica puede ser activada por una lesión menor en la cabeza, algunas veces se hace referencia a ella como la “cefalea de futbolista”.

Migraña basilar

Este tipo se presenta más frecuentemente en adolescentes femeninas con una historia de migraña familiar positiva. Los síntomas del tronco cerebral, incluyendo disturbio visual bilateral, tinnitus, vértigo, y ataxia, son comunes. Cerca de la mitad

de los pacientes experimentan debilidad bilateral y parestesias, lo cual puede asustar tanto a los padres como a los pacientes.⁵

Migraña oftalmopléjica

Las cefaleas de este tipo pueden ocurrir por primera vez en bebés menores de un año de edad, aunque son más comunes en niños pequeños. Los ataques pueden durar desde 30 minutos hasta un mes. En el 80% de los casos, está involucrado el tercer par craneano.¹²

La migraña oftalmopléjica es un diagnóstico por exclusión. Los trastornos orgánicos que pueden provocar síntomas similares incluyen el tumor sinusal del seno esfenoidal, el síndrome Tolosa-Hunt (es decir, enfermedad idiopática granulomatosa del seno cavernoso o fisura orbitaria superior), aneurisma de la arteria carótida interna, y sinusitis crónica. Se debe realizar una neuro-imagen, preferiblemente imagen por resonancia magnética del cerebro, con o sin material de contraste, poniendo especial atención a la región del seno esfenoidal. Cuando se sospecha del síndrome Tolosa-Hunt, se debe obtener la velocidad de eritrosedimentación.

Variantes de la migraña

Tres condiciones relacionadas con la migraña son el vértigo paroxístico benigno, vómito cíclico, y tortícolis benigna.

Vértigo paroxístico benigno: Un síndrome periódico de la infancia de acuerdo con los criterios IHS, el vértigo paroxístico benigno ocurre más o menos mensualmente y desaparece a medida que el niño crece.¹² La presentación es la siguiente: el niño se pone pálido súbitamente, parece asustado y se agarra de algo para estabilizarse. Frecuentemente este episodio está acompañado de vómito y náuseas, y se puede notar nistagmus. Los ataques son muy cortos (usualmente de 1 a 2 minutos) sin pérdida de conciencia.

Todo lo que se requiere por lo general, es un seguimiento clínico. Si los ataques causan deficiencias residuales, no disminuye en tiempo o no siguen la presentación descrita, es recomendable realizar un reconocimiento completo.

Los pacientes que experimentan vértigo paroxístico benigno de la infancia tienen una historia familiar positiva de migraña. **Vómito cíclico:** La aparición de esta condición es usualmente entre los 4 y los 8 años de edad. Los episodios ocurren en intervalos regulares, en general mensualmente pero variando entre 15 y 60 días. La cefalea puede o no estar presente.

El vómito cíclico no es progresivo. Si la condición empeora, se sugiere realizar un examen completo, incluyendo reconocimiento gastrointestinal completo e imágenes de resonancia magnética del cerebro.¹²

Tortícolis benigna: La tortícolis benigna asusta en extremo a los padres quienes son los que la presencian cuando aparece por primera vez. Consiste en ataques recurrentes de ladeo de la cabeza, que empiezan usualmente antes que el lactante tenga un año de edad. Los episodios no tienen una causa aparente, y el niño puede parecer o no, estar enfermo. Frecuentemente la condición es de corta vida y desaparece espontáneamente.¹³

La habilidad para mover la cabeza a la posición media es un signo de buen pronóstico. Si la posición se arregla o si el ladeo de la cabeza es siempre para un lado, se sugiere investigar en forma completa para descartar una causa orgánica subyacente (ej. lesión posterior de la fosa).

Cefaleas de tipo tensional

La clasificación IHS utiliza el término cefaleas de "tipo tensional" en vez de uno de los términos tradicionales (ej. cefaleas por "contracción muscular", "tensión", o "estrés") y aplica una definición algo compleja para un diagnóstico preciso.⁵ Sin embargo, en general, una cefalea de tipo tensional consiste en una fuerte presión bilateral en cualquier zona del cráneo o de la región suboccipital. La cefalea es de intensidad leve a moderada, dura desde 30 minutos hasta varios días, no es palpitante, y no está acompañada por náuseas o vómito. No se agrava con la actividad física rutinaria pero puede estar acompañada ya sea por fotofobia o fonofobia.

La cefalea de tipo tensional puede ser difícil de diferenciar de la migraña en los niños, porque algunos síntomas (ej. fotofobia, fonofobia), se pueden superponer.

Cefaleas en racimo

Las cefaleas en racimo son muy inusuales antes de los 10 años de edad, aunque se encuentran raros reportes en niños tan pequeños como de 3 años de edad.^{14,15} Se encuentran con mayor frecuencia entre los 10 y los 20 años. Por consiguiente, aunque no constituyen un hallazgo común en niños pequeños, las cefaleas en racimo se deben incluir en el diagnóstico diferencial de las cefaleas primarias (ver recuadro).

Tratamientos y Métodos de Prevención

Una vez se haya hecho el diagnóstico de cefalea benigna, los médicos deben darse la oportunidad de revisar los mecanismos causantes con los padres y los pacientes, y ofrecer cuidados preventivos y de apoyo. Un enfoque completo utilizando tanto métodos farmacológicos como no farmacológicos usualmente es útil con los niños, especialmente evitando los ataques incapacitantes de la migraña aguda.

Los métodos no farmacológicos incluyen la eliminación de los desencadenantes conocidos y enseñanza de técnicas de

relajación y biorretroalimentación. Algunos estudios han reportado efectos beneficiosos del entrenamiento en la biorretroalimentación y la relajación en los niños; la frecuencia de los ataques se disminuyó considerablemente, tanto como en el doble de los adultos que recibieron entrenamiento similar.¹⁶ Las técnicas funcionan mejor en niños relativamente maduros (mayores de 9 años).

La terapia farmacológica incluye el uso de agentes abortivos apropiados y cuando sea necesario, de agentes profilácticos.

Terapia farmacológica abortiva

El tratamiento de las migrañas agudas en niños mayores de 12 años de edad es similar al tratamiento en adultos; en la mayoría de los casos, todo lo que se requiere es ajustar las dosis. Sin embargo, el tratamiento de migraña aguda en los niños menores de 12 años requiere modificación del enfoque para adultos.

Analgésicos: en niños menores de 6 años, cantidades limitadas de acetaminofén actúan bien y causan muy pocos problemas, puesto que las cefaleas son por lo general de corta vida y desaparecen con el sueño. En niños mayores, agentes como el acetaminofén, agentes anti-inflamatorios no esteroides (ej. ibuprofén), y compuestos analgésicos que contienen butalbital pueden ser útiles en ausencia de náuseas significativas. Es recomendable sostener una breve charla con los padres y pacientes acerca de la acción potencial de rebote de la cefalea inducida por los analgésicos, como una precaución contra el uso a largo término.

En niños menores de 15 años, se debe evitar la aspirina por su conexión con el síndrome de Reye.

Los opioides, como hidrocloreuro de meperidina y la codeína, usualmente se pueden utilizar en niños mayores de 6 años si se ejerce precaución, supervisión y monitoreo por parte del médico.

Agentes antimigrañosos: para migrañas agudas, e incapacitantes en niños, se han encontrado efectivas las inyecciones de dihidroergotamina mesilato o el sumatriptan succinato en aquellos de 6 años de edad y mayores (con dosis ajustadas al peso dependiendo de la edad).^{17,18} Recientemente, en un grupo de 302 pacientes de 12 años de edad y mayores, se encontró que el sumatriptan oral (25 mg) alivió la cefalea en 4 horas en 220 (73%) y alivió la incapacidad en 241 (80%).¹⁹ En el presente, estos medicamentos no tienen aprobación formal de la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Drogas de EU) para uso en niños y adolescentes, pero se están llevando a cabo estudios a este respecto.

Antieméticos: tanto los supositorios como las formas orales de antieméticos son útiles en los niños con migraña aguda

Qué son las cefaleas en racimo?

Las **cefaleas en racimo**, las cuales no tienen una causa conocida, son llamadas así por su patrón de ocurrencia. Usualmente llegan en grupos durante el curso de unas pocas semanas o meses, y después desaparecen por meses o aún años. Durante una crisis, las cefaleas usualmente ocurren al mismo tiempo, lo cual es frecuentemente al anochecer justo después de quedarse dormido pero pueden ocurrir varias veces durante el día, la noche o ambos. Los adultos jóvenes de sexo masculino se ven afectados con mayor frecuencia; después de la edad de 20 años, la proporción de hombre a mujer es cerca de 9:1.

El dolor de las **cefaleas en racimo** es extremadamente fuerte y sin palpitaciones. Es usualmente experimentada profundamente dentro y alrededor de un ojo, el cual se inflama y lagrimea. Con frecuencia, el mismo ojo es el afectado durante todos los episodios. El dolor se puede irradiar a la mejilla, región temporal y frontal, y es común la congestión nasal en el lado afectado. Por el contrario de los pacientes con migraña, quienes por lo general se tornan pálidos y de piel fría, los pacientes que experimentan cefaleas en racimo están frecuentemente enrojecidos y tienen una elevada temperatura en la piel del lado de la cara afectado.

Afortunadamente, el dolor de la **cefalea en racimo** usualmente dura menos de una hora. En algunos pacientes, desaparece de repente; en otros, se desvanece gradualmente.

acompañada por náuseas y vómito. El supositorio de hidrocloreuro de prometazina de 25 mg, con frecuencia es efectivo en niños menores, mientras en niños mayores se requiere una formulación de 50 mg. La proclorperazina se debe usar con precaución en niños por sus potenciales efectos colaterales extrapiramidales.

Terapia profiláctica farmacológica

En los niños que pierden altamente su asistencia al colegio, que no pueden utilizar los medicamentos abortivos o que los síntomas no dan respuesta a estos agentes, son necesarios los métodos preventivos. La edad juega un papel en la selección de los agentes profilácticos, como también lo hace en la selección de los agentes terapéuticos; las dosis deben ser individualizadas.

Bloqueadores Beta: Estos agentes han sido aprobados para la profilaxis de la migraña, y estudios cruzados en adultos han

demostrado su eficacia. En niños, un estudio paralelo encontró que el propranolol es efectivo, pero otros dos estudios encontraron que no era más efectivo que un placebo.^{12,20}

En el Palm Beach Headache Center, (Centro del dolor de cabeza de Palm Beach) de West Palm Beach, Florida, hemos obtenido excelentes resultados con bloqueadores beta, específicamente con hidrocloreuro de propranolol. En niños, iniciamos con una dosis entre 0.5 y 1 mg/kg dos veces al día y gradualmente la aumentamos hasta cuando haya una respuesta terapéutica o los efectos colaterales impidan mayor aumento. Con frecuencia, no se observa respuesta clínica durante varias semanas, demora que debe ser discutida con los padres y los pacientes.

Antihistamínicos: frecuentemente se usa hidrocloreuro de ciproheptadina (4 a 12 mg al día en dosis divididas o a la hora de acostarse), como un agente preventivo en niños pequeños. Sus efectos colaterales más comunes son mareo y aumento de peso.¹²

Antidepresivos: los efectos antimigrañosos de los antidepresivos tricíclicos parecen ser independientes de sus efectos antidepresivos. Para nuestra comodidad, se ha probado que el hidrocloreuro de amitriptilina y el hidrocloreuro de nortriptilina son efectivos. Sin embargo, se han reportado estudios no controlados de estos agentes en niños y el perfil de efectos colaterales (especialmente efectos cardíacos) limita su utilización como agentes de primera línea en los niños.¹²

Bloqueadores de canales de calcio: estudios doble-ciegos, controlados con placebo, utilizando nimodipino para prevenir las migrañas en los niños de 7 a 18 años, han hallado una reducción significativa tanto en la frecuencia como en la duración de los ataques.^{12,17,21}

Anticonvulsivantes: se han conducido estudios doble-ciegos, controlados, sobre la efectividad del valproato sódico en la prevención de las migrañas, pero solamente en adultos.^{12,22} Por consiguiente, este agente debe ser utilizado con precaución en los niños, especialmente en menores de 10 años. Los efectos colaterales potenciales de hepatitis tóxica y pancreatitis deben ser discutidos con la familia.

La efectividad del fenobarbital, el fenitoína, y carbamazepina, ha sido documentada en estudios anteriores, pero no se sabe si se incluyeron pacientes con ataques de migraña en la población estudiada.¹² Sin embargo, los anticonvulsivantes pueden ser efectivos en niños cuya condición es refractaria a otras terapias profilácticas.

Resumen

Las migrañas, las variantes de las migrañas, y otros tipos de cefalea se presentan frecuentemente por primera vez durante

la niñez; requieren seguimiento, y cuando sea apropiado, investigación posterior. El manejo de la migraña debe incluir la discusión de los propósitos, con los padres y los pacientes. Los medicamentos apropiados son limitados en los niños pequeños, pero los niños mayores y los adolescentes tienen más opciones, tales como los nuevos agentes agonistas de serotonina, los cuales se están estudiando para ser utilizados en este grupo de edad. La terapia preventiva, tanto no farmacológica como farmacológica, debe ser descrita a los pacientes y padres de modo que ellos comprendan las opciones disponibles si la cefalea reaparece.

Referencias

- Scheller JM. The history, epidemiology, and classification of headache in children. *Semin Pediatr Neurol* 1995;2(2): 105-8
- Bille B. Migraine in school children. *Acta Paediatr Scand* 1961; 51(Suppl 136):1-151
- Raskin NH. Migraine: clinical aspects. In: *Headache*. 2d ed. New York: Churchill Livingstone, 1988 41-98
- May A, Ophoff RA, Terwindt GM, et al. Familial hemiplegic migraine locus on 19p13 is involved in the common forms of migraine with and without aura. *Hum Genet* 1995;96(5) 604-8
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7) 1-96
- Gladstein J, Holden EW, Peralta L, et al. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993;33(9):497-500
- Congdon PJ, Forsythe WL. Migraine in childhood: a study of 300 children. *Dev Med Child Neurol* 1979;21:209-16
- Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, et al. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev Med Child Neurol* 1994;36(5):419-28
- Winner P, Martinez W, Mate L, et al. Classification of pediatric migraine: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1995; 35(7):407-10
- Swaiman KF, Frank Y. Seizure headaches in children. *Dev Med Child Neurol* 1978;20(5):580-5
- Young GB, Blume WT. Painful epileptic seizures. *Brain* 1983; 106(Pt 3):537-54
- Lewis DW. Migraine and migraine variants in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 1995;2(2):127-43
- Singer HS. Migraine headaches in children. *Pediatr Rev* 1994; 15(3):94-101
- Rothner D. Miscellaneous headache syndromes in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 1995;2(2):159-64
- Kudrow L. Cluster headache: mechanisms and management. Oxford, England: Oxford Univ Press, 1980
- Duckro PN, Cantwell-Simmons E. A review of studies evaluating biofeedback and relaxation training in the management of pediatric headache. *Headache* 1989;29(7):428-33
- Linder SL. Treatment of childhood headache with dihydroergotamine mesylate. *Headache* 1994;34(10):578-80
- Linder SL. Subcutaneous sumatriptan in the clinical setting: the first 50 consecutive patients with acute migraine in a pediatric neurology office practice. *Headache* 1996;36(7):419-22
- Winner P, Prensky A, Linder S, et al. Efficacy and safety of oral sumatriptan in adolescent migraines. Presented before American Association for the Study of Headache Scientific Meeting. San Diego: 1996 May
- Solomon GD. Pharmacology and use of headache medications. *Cleve Clin J Med* 1990;57(7):627-35
- Battistella PA, Ruffilli R, Moro R, et al. A placebo-controlled crossover trial of nimodipine in pediatric migraine. *Headache* 1990;30(5):264-8
- Hering R, Kuritzky A. Sodium valproate in the prophylactic treatment of migraine: a double-blind study versus placebo. *Cephalalgia* 1992;12(2):81-4