

# **CEFALEAS INFANTILES**

Dra. Gemma Aznar  
Neuropediatría

# **1. Introducción**

## **1. Clasificación de las cefaleas**

## **2. Actitud ante una cefalea**

### **3.1. Diagnóstico**

### **3.2. Tratamiento**

- La cefalea es el **trastorno neurológico más prevalente** en Pediatría (14-25%).
- La prevalencia se ha triplicado en los últimos 20 años.

Puede ser síntoma de una enfermedad que afecta al Sistema Nervioso o de una Enfermedad Sistémica

**Motivo de consulta más frecuente,  
en el dispensario de Neuropediatría**

# **1. Introducción**

## **2. Clasificación de las cefaleas**

### **3. Actitud ante una cefalea**

**3.1. Diagnóstico**

**3.2. Tratamiento**

## CLASIFICACION

La Sociedad Internacional de Cefaleas formuló una Clasificación en 1988 (IHS-I) que posteriormente se ha actualizado (IHS-II) en 2004

*IHS: International Headache Society*

En Pediatría principalmente encontramos:

1. Cefalea tensional
2. Migraña
3. Cefalea mixta

# CLASIFICACION

## International Headache Society 2004

1. Migraña
2. Cefalea tensional
3. Cefalea en racimos y otras cefaleas trigeminales
4. Otras cefaleas primarias →
  - Cefalea punzante primaria
  - Cefalea primaria por la tos
  - Cefalea primaria por el ejercicio
  - Cefalea por ingestas sust. frías
  - Cefalea crónica diaria
5. Cefalea atribuible a TCE
6. Cefalea atribuible a problemas vasculares
7. Cefalea asociada a trastorno IC de origen no vascular
8. Cefalea atribuible al abuso o privación de sustancias

# CLASIFICACION

## International Headache Society 2004

9. Cefalea atribuible a procesos infecciosos
10. Cefalea atribuible a trastornos metabólicos
11. Cefalea o dolor facial asociado a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales
12. Cefalea atribuible a patología psiquiátrica
13. Neuralgias craneales
14. Cefaleas no clasificables

## CLASIFICACION

Desde un punto de vista PRACTICO, en la Cefalea Pediátrica, es útil seguir una clasificación basada en el patrón temporal de presentación y la intensidad del dolor.

1. Aguda
2. Aguda recurrente
3. Crónica no progresiva
4. Crónica progresiva
5. Mixta

*A.D. Rothner*



## 1. CEFALEA AGUDA

Episodio de cefalea que el paciente experimenta por primera vez.

La mayoría son benignas pero también puede ser el síntoma inicial de una enfermedad grave

Causas frecuentes:

- **Infecciones (no del SNC)** las más frecuentes
- Primer episodio de Migraña
- Sinusitis aguda
- Meningitis virales
- Cefalea tensional
- Disfunción valvular
- Tumor

## **1. CEFALEA AGUDA**

### **Otras causas de Cefalea aguda menos frecuentes:**

- \* Trastornos dentales
- \* Disfunción temporomandibular
- \* T. Oculares (queratitis, uveitis, glaucoma)
- \* Neuritis óptica
- \* Encefalopatía hipertensiva
- \* Hemorragia subaracnoidea, hematoma intracraneal, hemorragia intracraneal
- \* F: Metilfenidato, ranitidina, claritromicina
- \* Intoxicación por CO
- \* Cefalea postpunción lumbar

# 1. CEFALEA AGUDA

- Pueden suponer un difícil reto diagnóstico
- Pueden constituir una urgencia médica

Conducta expectante	Valoración urgente
Buen estado general No focalidad neurológica Proceso infeccioso en exploración	Afectación del estado general
	Focalidad neurológica
	Fondo de ojo anormal
	Signos meníngeos

## **2. CEFALEA AGUDA RECURRENTE**

- **Migraña**
- Cefalea tensional episódica
- Cefalea punzante idiopática
- Cefalea en racimos
- Neuralgia del trigémino
- Cefalea benigna desencadenada por ejercicio
- Postconvulsiones
- Feocromocitoma

## 2. CEFALEA AGUDA RECURRENTE

La **MIGRAÑA (M)** es la forma más frecuente

- Prevalencia en niños y adolescentes: 3-12%
- Puede durar toda la vida pero en un 40% de los casos suele remitir
- Características:
  - \* En general unilateral
  - \* Típicamente pulsante
  - \* Se acompaña con frec. de T. gastrointest.
  - \* Suele presentar fotofobia / sonofobia
  
- Suele durar varias horas
- Calma con el sueño
- Inicio aproximado: 7 años
- Suelen existir antecedentes familiares

## 2. CEFALEA AGUDA RECURRENTE

- Diferencias entre Migraña infantil y adulta:

- \* Menor duración de las crisis (1-72h)
- \* Localización: medial ó bilateral.  
Frontotemporal
- \* Con < frec refieren: fonofobia y fotofobia
- \* Con menos frecuencia se describe el dolor como pulsátil
- \* Con > frec. se agrava con la actividad física
- \* La sintomatología varia en gran número de pacientes entre M y TTH

**El niño suele acostarse en un lugar tranquilo y a oscuras**

## 2. CEFALEA AGUDA RECURRENTE

### Clasificación Migraña:

2.1. Migraña sin aura 60-85%

2.2. Migraña con aura 15-30%

- Migraña Basilar
- Migraña hemipléjica familiar

2.3. Síndromes periódicos infantiles

#### **Ausente en IHS-II 2004:**

- Síndrome Alicia en el país de las maravillas
- Tortícolis benigna paroxística
- Migraña confusional
- Migraña oftalmopléjica

## **2.1 MIGRAÑA SIN AURA**

- A. Por lo menos 5 ataques de las características B-D**
- B. Ataque de cefalea con duración de 1-72 horas**
- C. Cefalea por lo menos con dos de las siguientes características**
  - 1. Localización bilateral (frontal/temporal) o unilateral**
  - 2. Pulsátil**
  - 3. Intensidad moderada a grave**
  - 4. Agravamiento por actividad física**
- D. Durante la cefalea, por lo menos uno de los siguientes:**
  - 1. Nausea y/o vómito**
  - 2. Fotofobia y sonofobia**
- E. No atribuible a otro trastorno**

*Crterios diagnósticos IHS-II*



## **2.2 MIGRAÑA CON AURA**

**A. Por lo menos dos ataques que cumplan B-D**

**B. Aura consistente por lo menos en uno de los siguientes, sin afectación motora**

- 1. Síntomas visuales reversibles positivos o negativos**
- 2. Síntomas sensitivos reversibles positivos o negativos**
- 3. Alteraciones en el habla reversibles**

**C. Por lo menos dos de los siguientes**

- 1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensitivos unilaterales**
- 2. Al menos un aura que se desarrolle gradualmente en > 5 min y/o diferentes auras que ocurra seguidas en >5m**
- 3. Sin auras que duren más de 60 minutos**

**D. Cefalea con criterios B-D que se inicie durante el aura o tras ella (en máximo 60 min)**

*Criterios diagnósticos IHS-II*

## **2.2 MIGRAÑA CON AURA**

**A. Por lo menos dos ataques que cumplan B-D**

**B. Aura consistente por lo menos en uno de los siguientes, sin afectación motora**

- 1. Síntomas visuales reversibles positivos o negativos**
- 2. Síntomas sensitivos reversibles positivos o negativos**
- 3. Alteraciones en el habla reversibles**

**C. Por lo menos dos de los siguientes**

- 1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensitivos unilaterales**
- 2. Al menos un aura que se desarrolle gradualmente en > 5 min y/o diferentes auras que ocurra seguidas en >5m**
- 3. Sin auras que duren más de 60 minutos**

**D. Cefalea con criterios B-D que se inicie durante el aura o tras ella (en máximo 60 minutos)**

*Criterios diagnósticos IHS-II*

# Auras mas frecuentes



## **VISUALES**

- Escotoma binocular (77%)
- Distorsiones de los objetos (16%)
- Escotoma monocular (7%)
- Manchas, balones, colores, arco iris, síndrome de Alicia en el país de las maravillas

## **2.4 SINDROMES PERIODICOS INFANTILES (IHS-II)**

### **Vértigo Paroxístico Benigno**

Niños de 1-3 años.

Breves episodios de vértigo recurrente con ataxia

Refieren sensación de mareo y náuseas

Puede existir nistagmus y palidez

Mejora tras dormir

### **Síndrome de vómitos cíclicos**

Episodios recurrentes y severos de vómitos y náuseas intensas

Asociados a palidez y letargia

Duración variable: 1-5 días

Resolución completa de los síntomas entre ataques

## **2.4 SINDROMES PERIODICOS INFANTILES (IHS-II)**

### **Migraña Abdominal**

#### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS:**

- A. Al menos 5 ataques que cumplen criterios de B a D
- B. Crisis de dolor abdominal de 1 a 72 h
- C. El dolor abdominal tiene las siguientes características:
  - Peri umbilical o mal localizado
  - Descrito como un peso
  - Intensidad moderada a severa.
- D. Durante el dolor abdominal, al menos uno de los siguientes  
Anorexia, Nauseas, vómitos o palidez
- E. No atribuible a otra entidad

### **3. CEFALEA CRONICA NO PROGRESIVA**

Se incluye aquí la **Cefalea tensional crónica (TTH)**

- **Común en adolescentes. (Mujeres)**
- **Suele ser frontal, holocraneal. Opresiva**
- **Dolor continuo** pero puede ser pulsátil
- **Moderado, no suele interrumpir actividad habitual**
- **Raros: Anorexia, dolor abdominal, nauseas y vómitos**
- **Existen factores individuales, familiares sociales que precipitan esta cefalea:**

**Suelen ser niños muy exigentes consigo mismos**

**Su tolerancia a la frustración es baja**

**Investigar: Depresión, ansiedad, stres**

**Es la más frecuente y a la vez, la peor definida y peor estudiada**

## Criterios diagnósticos de Cefalea Tensional:

- A. Al menos 10 episodios previos de cefalea que cumplen las características B-D
- B. Cefalea de duración entre 30 min y 7 días
- C. Al menos 2 de las siguientes características de dolor
  - a. Dolor opresivo, no pulsátil
  - b. Intensidad mínima a moderada
  - c. Bilateral
  - d. No se agrava con las actividades físicas
- D. Dos de las siguientes
  - a. Sin náuseas ni vómitos (anorexia puede existir)
  - b. Fotofobia o sonofobia (pero no las dos)
- E. La anamnesis y exploración físico- neurológica no sugieren un trastorno orgánico subyacente

# **ETIOLOGIA CEFALEA TENSIONAL**

- **Por contracción muscular**
- **Ansiedad**
- **Depresión**
- **Somatización**
- **Reacción de adaptación**



# Cefalea crónica diaria

Afecta a: 2-4 % adolescentes mujeres  
0,8-2 % adolescentes varones

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS IHS-II

1. > de 15 días/ mes con cefalea
2. Cefaleas de > 3-4 horas de duración
3. El ciclo se repite más de 3 meses consecutivos

## Clasificación:

1. Cefalea tensional crónica
2. Migraña crónica
3. Cefalea diaria persistente
4. Hemicránea continua

Tratamiento: Complejo

# Migraña y Cefalea Tensional

## MIGRAÑA

## CEF. TENSIONAL

Unilateral	LOCALIZACIÓN	Bilateral
Pulsátil	TIPO DOLOR	Opresivo
Intermitente	FRECUENCIA	Intermitente o continuo
Presente	CAMBIO ASPECTO FISICO	Ausente
Sí	FOTOFOBIA	No
Sí	SONOFOBIA	No
Sí	NAUSEAS/VOMITOS	No
++/+++	INTENSIDAD	+//++
Posibles	SINTOMAS NEUROLOGICOS	Ausentes
Posible	AURA	Ausente
Sí	ANTECEDENTES MIGRAÑA	No

## **OTRAS CEFALEAS CRONICAS NO PROGRESIVAS**

- Cefalea de tensión
- Abuso de analgésicos
- Hiperfunción valvular
- Apnea obstructiva sueño
- Pseudotumor cerebral

#### **4. CEFALEA CRONICA PROGRESIVA**

Estos niños padecen un aumento gradual en la frecuencia y gravedad del dolor a lo largo del tiempo.

Debe sospecharse una **patología intracraneal**



**Estudio de Neuroimagen**

CAUSAS: **Hidrocefalia**

**Pseudotumor o tumor cerebral**

**Hemotoma subdural crónico**

**Absceso cerebral**

**Intoxicación por plomo**

**Malformaciones vasculares**

# Elevación de la Presión intracraneal y lesiones ocupantes de espacio

- Signos**
1. Defectos del campo visual: debido a lesiones que presionan las vías nerviosas ópticas (craneofaringioma)
  2. Anomalías de los nervios craneales: Diplopía, ES de nueva aparición, Parálisis nervio facial (lesiones pontinas). Lesión VI par (pues parte de su recorrido es intracraneal)
  3. Anomalías de la marcha
  4. Tortícolis
  5. Retraso del crecimiento: Craneofaringioma, lesiones hipotalámicas
  6. Edema de papila
  7. Soplos craneales (malformaciones arteriovenosas)

# Elevación de la Presión intracraneal y lesiones ocupantes de espacio

## HIPERTENSION INTRACRANEAL BENIGNA

- Existe un aumento de la presión intracraneal sin lesiones que ocupen espacio ni obstrucción al paso del LCR
- Característico de mujeres adultas con sobrepeso
- Raro en niños

# **1. Introducción**

## **2. Clasificación de las cefaleas**

### **3. Actitud ante una cefalea**

**3.1. Diagnóstico**

**3.2. Tratamiento**

## Actitud ante un niño con CEFALEA:

En la mayoría de los casos una **BUENA ANAMNESIS** junto a una **EXPLORACION CLINICA COMPLETA** son suficientes para orientar el diagnóstico y conducta a seguir

1. Historia clínica
2. Exploración física general
3. Exploración neurológica
4. Exploraciones complementarias



# • HISTORIA CLINICA

## 1. Antecedentes personales y familiares

### 2. Anamnesis

- Localización del dolor
- Tipo de dolor (opresivo, pulsátil, empeora al masticar,...)
- Intensidad, ha ido variando?
- Frecuencia
- Duración y tiempo de evolución
- Horario
- ¿Aura?
- Síntomas asociados: Nauseas, vómitos, anorexia, mareo,..
- Cambio de carácter, disminución del rendimiento escolar
- Factores que agravan o alivian el dolor.
- Puede continuar sus actividades habituales?
- Más de un tipo de cefalea?
- Desencadenantes (ocurre en algunas circunstancias especiales).
- Problemas emocionales o conductuales
- Fármacos utilizados, efectividad. Tóxicos?
- ¿A qué se atribuye por parte del niño y la familia?

Fundamental **dedicarle tiempo** y preguntar  
Primero al niño siempre que sea posible.  
Luego contrastar con los padres

La anamnesis nos ayuda a identificar el:  
**PATRON DE LA CEFALEA**

## MI GRAÑA

## CEF. TENSIONAL

Unilateral	<b>LOCALIZACION</b>	Bilateral
Pulsátil	<b>TIPO DE DOLOR</b>	Opresivo
Variable	<b>FRECUENCIA</b>	Variable
Si	<b>CAMBIO ASPECTO</b>	A veces
Si	<b>FOTOFOBIA</b>	No
Si	<b>SONOFOBIA</b>	No
Si	<b>NAUSEAS/VOMITOS</b>	No
++/+++	<b>INTENSIDAD</b>	+ / ++
Pueden	<b>SINT NEUROLOG. LEVE</b>	Ausentes
Puede existir	<b>AURA</b>	Ausente
Si	<b>ANTEC MIGRAÑA</b>	No

### **3. Exploración Física**

PC, peso, talla, TA, T<sup>a</sup>

Estado nutricional

Piezas dentarias

Articulación temporomandibular (dolor al masticar)

Musculatura cervical (tortícolis), rigidez nuca

Presión en senos (sinusitis)

➤ Exploración sistémica (piel)

➤ Agudeza visual

### **4. Exploración neurológica**

Signos de HTIC, estado conciencia (córtez cerebral)

PPCC (ES) (función e integridad cerebral), FO

Asimetrías sensitivas o motoras (vias asc y desc)

Tono muscular, ROTs (vias asc y desc)

Alt. coordinación, marcha (sist. cerebeloso y vestibular)

Anamnesis **no** detecta signos de alarma  
+  
Exploración físico neurológica Normal



Podemos informar de que no hay patología orgánica de base , no se trata de ningún tumor

Esta afirmación, es una de las intervenciones terapéuticas más potentes

*Donald Lewis The evaluation of Children and Adolescent with Headache. 2008*

## 4. Exámenes complementarios

**En la mayoría de cefaleas NO son necesarios**

- **Analítica, LCR:** La AAN no lo recomienda de rutina. Sólo en casos de cefalea asociada a fiebre será considerado por el Clínico
- **EEG:** La AAN no lo recomienda de rutina
- **Exploración Oftalmológica:** FO  
**Los problemas de refracción raramente dan cefalea intensa**
- **Neuroimagen (TAC/RM)**
  - SOLO si signos de aumento de presión intracraneal, focalidad neurológica, más convulsiones

**Proponer al paciente la realización de un:  
DIARIO DE CEFALEAS**

# The correlation between headache and refractive errors

Arsen Akinci, MD,<sup>a</sup> Alev Güven, MD,<sup>b</sup> Aydan Degerliyurt, MD,<sup>b</sup> Esin Kibar, MD,<sup>c</sup> Murad Mudu, MD,<sup>d</sup> and Mehmet Citirik, MD<sup>e</sup>

**Cefalea asociada a errores de refracción**  
(incluida en clasificación de cefaleas actual: IHS-II)

## Criterios para su diagnóstico:

- Error de refracción
- Cefalea frontal y en áreas orbitarias
- No existe al despertar
- Aparece tras tareas visuales forzadas

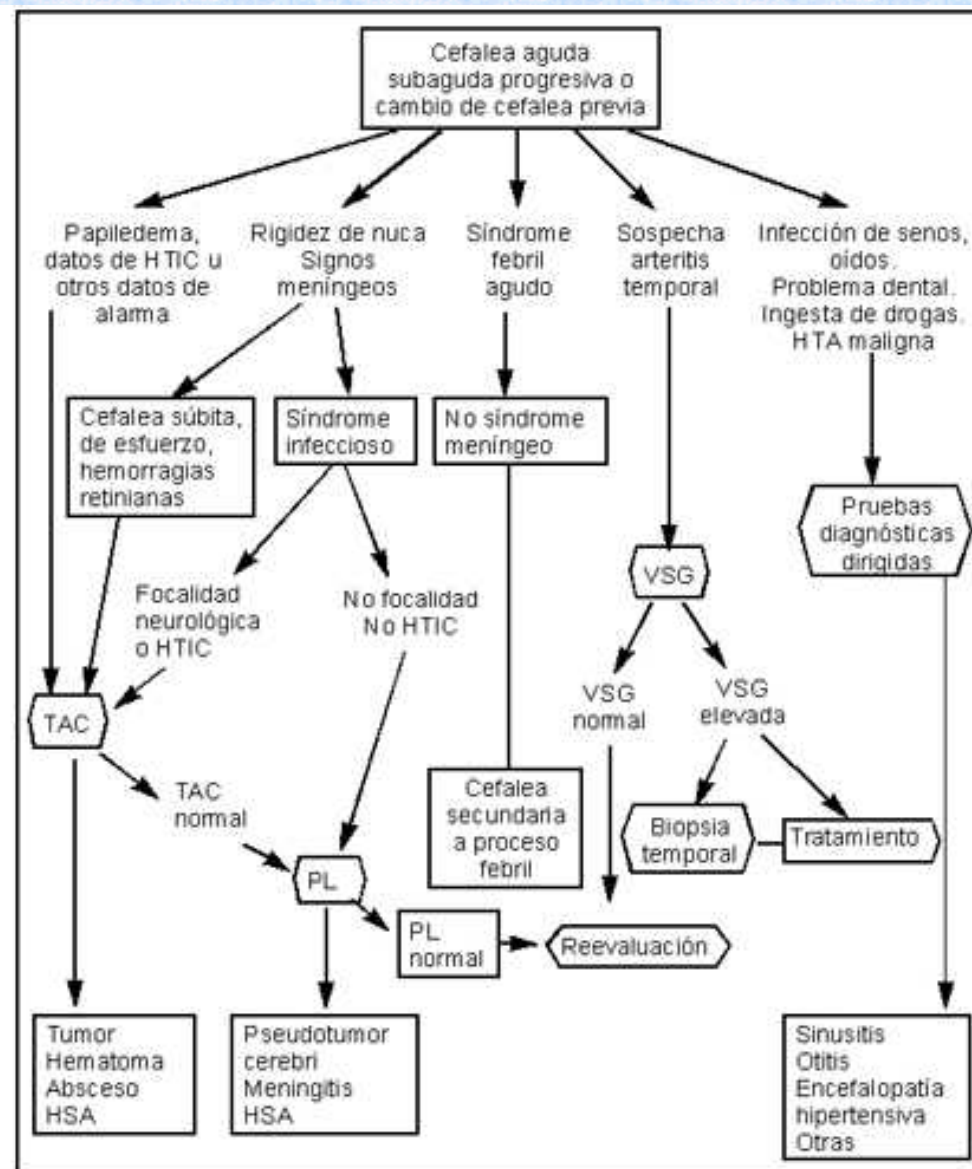
## INDICACIONES DE NEUROIMAGEN

- \* Cambio en el patrón de la cefalea
- \* Despertar nocturno frecuente por dolor
- \* Cefalea presente al despertar con signos HTIC
- \* Cambio de carácter o mal rendimiento escolar
- \* Cefalea intensa de inicio explosivo
- \* Cefalea subaguda/crónica **PROGRESIVA**
- \* Primer episodio de cefalea en edad muy temprana
- \* Cefalea asociada a:
  - Síntomas de HTIC y/o Infección SNC
  - Déficit neurológicos que no desaparecen, **PC**
  - Exploración neurológica anormal / Papiledema
  - Asociada a convulsiones
- \* **En dudas diagnósticas**



Los pacientes con un **TUMOR CEREBRAL** presentan **CEFALEA** en un **60%** de los casos, pero esta cefalea va asociada a otros síntomas y signos de aumento de la presión intracraneal y/o focalidad neurológica.

La cefalea es **raramente** el único síntoma de un tumor cerebral



**Diagrama para el diagnóstico de las cefaleas agudas o recientes progresivas.**

HTIC: hipertensión intracraneal; HSA: hemorragia subaracnoidea; VSG: velocidad de sedimentación globular; HTA: hipertensión arterial.

# TRATAMIENTO

1. Explicación y consejos detallados
2. Reforzar la adopción de hábitos de vida saludables

Hábito regular de sueño  
Horario regular de alimentación  
Evitar el ayuno  
Atención a precipitantes específicos (calor, ejercicio, aliment)

3. Informar a padres y niños que las cefaleas de repetición son frecuentes, y que no son peligrosas a largo plazo

4. Informar a los padres y niños como afrontar y controlar las cefaleas (**absentismo escolar**).

## OPCIONES:

- ✓ Apoyo psicológico: Reducir el stres, ansiedad
- ✓ Técnicas de relajación
- ✓ Analgésicos (tratamiento agudo)
- ✓ Valorar tratamiento mantenimiento (pedMIDAS)

# TRATAMIENTO AGUDO

<u>FARMACO</u>	<u>Dosis</u>	<u>Observaciones</u>
Ibuprofeno	5-10 mg/kg vo	De primera elección
Paracetamol	10-15 mg/kg vo 15 mg/kg ev	De primera elección
AAS	10-15 mg/kg vo	Evitar en enfermedad febril aguda
Metamizol	10-40 mg/kg vo, rectal 0,1 ml/kg ev	De segunda elección
Naproxeno	5-10 mg/kg vo	En niños > 10 a
Ketorolaco	0,2 mg/kg vo	En niños > 10a
Tramadol	0,5 mg/kg vo, ev	Agonista opioide Dolor grave
Ondasentrón	0,1 mg/kg ev	Uso hospitalario
Domperidona	1-2 mg/kg vo, rectal	
Metoclopramida	0,5 mg/kg/dia vo,ev (3d)	Ef 2ª: Distonia aguda

# TRATAMIENTO AGUDO Migrañas

Más efectivo cuanto más precoz

Aislamiento de ruidos

Reposo en cama a oscuras

# TRATAMIENTO AGUDO

## Triptanes

<b>Sumatriptan nasal</b>	<b>&lt; 40 Kg: 10 mg &gt; 40 Kg: 20 mg</b>	<b>&gt; 8-12a</b>
<b>Rizatriptan oral</b>	<b>5 mg</b>	<b>&gt; 12a</b>
<b>Zolmitriptan oral</b>	<b>2,5-5 mg</b>	<b>&gt; 12a</b>

## TRATAMIENTO PROFILACTICO

Antagonistas calcio	<b>FLUNARIZINA</b>	2,5-5 mg/noche
Beta-bloqueantes	<b>PROPRANOLOL</b>	1-2 mg/kg/día, 2 dosis
Antianorexígenos	<b>CRIPOHEPTADINA</b>	0,2-0,4 mg/Kg/día, 2-4 dosis
Antidepresivos	<b>AMITRIPTILINA</b>	1 mg/Kg/día, 1 dosis
Antiepilépticos	<b>TPM, VPA, CBZ, GBP</b>	Dosis < antiepilépticas

## **TRATAMIENTO DEL STATUS MIGRAÑOSO**

- ▶ Sumatriptán subcutáneo (0,06 mg/kg)
- ▶ Clorpromazina (1 mg/kg/día IM o IV)
- ▶ Dexametasona (1 mg/kg/día IM o IV)