

# Cefaleas primarias: Guía de manejo en pediatría

J. Uberos Fernández  
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada (España)

## Guías de práctica clínica

### RESUMEN

*Se considera que el 10% de los niños entre 5 y 15 años pueden tener migraña. En la actualidad el diagnóstico de dolor migrañoso se hace sobre la base de los criterios publicados en el año 2004 por la International Classification of Headache Disorders. Estos criterios amplían la duración de los episodios dolorosos que pasan a ser de hasta 72 horas, y acortan a 1 hora el límite inferior de duración de los episodios, dado que en los niños los episodios dolorosos frecuentemente son de corta duración. Se conserva la valoración del carácter pulsátil del dolor que además se exacerba con el ejercicio físico.*

El dolor en las cefaleas puede ser de localización bifrontal o biparietal, la presentación en otras localizaciones como la occipital, puede requerir estudios de imagen adicionales. Los criterios de la Classification of Headache Disorders continúan valorando la asociación de la cefalea con sintomatología de tipo vagal, como palidez, náuseas o vómitos, y la exacerbación con la exposición a la luz.

El examen físico del paciente con cefalea debe incluir una valoración del tono muscular, pares craneales, percusión de senos paranasales y fondo de ojo. Si

durante el examen neurológico se sospecha la posibilidad de una cefalea secundaria, deben realizarse TAC o RNM.

A. D. Hershey y P. K. Winner (2), revisan los aspectos actuales del tratamiento de la migraña en pediatría, sobre estas bases se continúa considerando que el tratamiento debe encaminarse hacia el tratamiento de las crisis agudas y el tratamiento preventivo, en especial en aquellos casos con crisis de migraña muy frecuentes o especialmente incapacitantes.

### CLASIFICACIÓN

Las cefaleas primarias se clasifican en:

- Migraña sin aura o común.
- Migraña con aura.
- Migraña complicada.
- Cefalea tensional episódica.
- Cefalea tensional crónica.
- Cefalea primaria transformada en cefalea crónica diaria.
- Cefalea en racimos.

### GRADOS DE INTENSIDAD DE LAS CRISIS DE CEFALEA

- Grado 1: Permite desempeñar las actividades cotidianas con un pequeño esfuerzo.

- Grado 2: Permite desempeñar las actividades cotidianas con gran esfuerzo.
- Grado 3: No ha podido realizar las actividades cotidianas con gran esfuerzo.

### FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS DE CEFALEA

- Endógenos: Se incluyen en este apartado la hipoglucemia y los cambios hormonales en la adolescente.
- Exógenos: Se refiere al estrés, cambios meteorológicos, alteraciones cuantitativas del sueño, cambios del ritmo de vida y sólo rara vez alimentos o bebidas.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas que constituyen los pródromos se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Pródromos de cefalea.

Excitatorios	Inhibitorios
Irritabilidad	Lentitud mental
Hipereactividad física	Cansancio
Hiperactividad psicomotriz	Dificultad de concentración
Actitud obsesiva	Alteraciones del habla
Ingeniosidad	Disnomia
Bostezos	Debilidad muscular
Hiperosmia	Sensación de frío anormal.
Hipersensibilidad	Anorexia
Antojos por determinados alimentos	Estreñimiento
Hiperactividad intestinal	Distensión abdominal
Hiperactividad urinaria	
Sed	
Irritabilidad cutánea	

### DIAGNÓSTICO

La exploración neurológica debe centrarse al menos en los siguientes puntos:

- Estado mental.
- Signos meníngeos.
- Estudio oftalmológico.
- Estudio de nervio facial.
- Estudio de la lengua y paladar.
- Extremidades superiores: déficit motor, dismetrías.
- Extremidades inferiores: Fuerza, reflejos músculo-tendinosos profundos, dismetrías.
- Equilibrio.

Los criterios diagnósticos de la **migraña sin aura**, de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) incluyen:

- Historia de al menos 5 cefaleas que duren entre 4 a 72 horas y que el dolor tenga al menos 2 de las siguientes características:
  - Unilateral.
  - Pulsátil.
  - Intensidad grave o intermedia.
  - Aumento por la actividad física.
- Que exista al menos uno de los siguientes:
  - Náuseas o vómitos.
  - Fotofobia o fotofobia.

Los Criterios diagnósticos de la **migraña con aura** de la IHS incluyen tener dos o más cefaleas precedidas de aura. El aura ha de cumplir al menos tres de las siguientes características:

- Uno o más síntomas reversibles de localización cortical focal, de tronco cerebral o de ambos.
  - Desarrollo gradual durante mas de 4 minutos.
  - Duración no superior a 60 minutos.
  - La cefalea sigue al aura con intervalo libre de menos de 60 minutos.

**Tabla 2. Síntomas de aura en una cefalea.**

Aura visual clásica:	Escotomas centellenantes
	Fortificaciones espectrales
	Fotopsias y deslumbramientos
Aura sensitiva:	Parestesias contralaterales en labios
	Parestesias contralaterales en manos
	Dificultad para pronunciar
Alteraciones del lenguaje:	Disfasia
	Alexia afásica
Aura motora:	Debilidad motora contralateral
	Movimientos involuntarios anormales
Otras mas raras:	Confusión
	Ataxia, visión doble.

Los criterios diagnósticos de la **migraña basilar**, de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) incluyen criterios generales de migraña con aura mas al menos dos de los siguientes síntomas:

- Pérdida de visión en los dos campos visuales.
- Disartria.
- Vértigo.
- Hipoacusia.
- Acufenos.
- Diplopía.
- Ataxia.
- Parestesias o paresias bilaterales.
- Disminución del estado de alerta.

El estado de mal migrañoso exige una duración de la migraña de al menos 3 días y asociación de vómitos.

Los criterios diagnósticos de la **cefalea inducida por abuso de analgésicos** incluyen:

- Cefalea al menos 15 días al mes.
- Uso diario de uno o más analgésicos durante al menos tres meses.
- Mejoría tras el cese del analgésico y desaparición del dolor en 1 mes.
- Al menos uno de los siguientes criterios:
  - Consumo de 50 g de acetilsalicílico o su equivalente al mes.
  - Consumo de al menos 100 comprimidos al mes de analgésicos.
  - Uso de analgésicos narcóticos.

Los criterios diagnósticos de la **cefalea a tensión** incluyen:

- Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días.
- El dolor ha de tener al menos 2 de las siguientes características:
  - Calidad opresiva, no pulsátil.
  - Intensidad leve-moderada.
  - Localización bilateral.
- Ha de cumplir con las 2 características siguientes:
  - No acompañado de náuseas ni vómitos.
  - No presencia de fotofobia.
- Historia y exploración compatible con cefalea primaria.

Los criterios diagnósticos de la **cefalea en racimos** incluyen:

- Ataques de dolor intenso (al menos 10), unilateral, supraorbitario o sobre región temporal, que duran de 15 a 180 minutos (sin tratamiento).
- El dolor se acompaña de al menos uno de los siguientes síntomas:
  - Hiperemia conjuntival.

- Lagrimeo.
- Congestión nasal.
- Rinorrea.
- Sudación de frente o cara.
- Miosis.
- Ptosis.
- Edema palpebral.
- Frecuencia de los ataques desde 1, a días alternos, hasta 8 diarios. Cuando no existen periodos de remisión durante 1 año y/o las remisiones duran menos de 14 días hablamos de cefalea crónica en racimos.

### **TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS AGUDOS**

Para el tratamiento de las crisis migrañosas con o sin aura se recomiendan (3):

- Crisis leve-moderada: Analgésicos no esteroideos (AINE), si no mejoría en 2 horas triptanos.
- Crisis grave: Triptanes, nueva dosis de triptán y AINE vía parenteral.

En general se observa buena respuesta al tratamiento con AINE, diversos estudios han mostrado beneficio del ibuprofeno a 7.5-10 mg/Kg/dosis como medicamento de primera línea. Hallazgos del ensayo publicado por L. Damen y cols., (1) sugieren la utilización.

- Sumatriptan. P. W. Major cols., (4) demuestran la efectividad del sumatriptan en su formulación intranasal en el tratamiento de la migraña aguda en adolescentes.

- Los antagonistas de la dopamina como la proclorperazina y metoclorpramina han resultado útiles para disminuir los episodios migrañosos y actuar igualmente sobre los síntomas de náuseas y vómitos.

### **PROFILAXIS**

Las indicaciones del tratamiento preventivo de la migraña incluyen:

- Frecuencia superior a 3 crisis al mes.
- Ataques de intensidad severa que limitan la actividad cotidiana.
- Crisis que responden mal al tratamiento sintomático.
- Auras frecuentes sin cefalea posterior.
- Crisis de migraña con aura que resulta incapacitante.
- Intolerancia psicológica a las crisis de migraña.

Entre los factores a considerar para decidir instaurar tratamiento profiláctico de la migraña se encuentran:

- Padecimiento de más de 2-3 crisis por mes con incapacidad para desarrollar un ritmo normal de vida durante más de 3 días.
- Inefectividad de las medicaciones utilizadas para la crisis aguda o aparición de efectos secundarios a las mismas.
- Utilización de medicación abortiva de la crisis más de dos veces por semana.
- Migraña complicada (hemipléjica, con aura prolongada).

El objetivo de la terapia profiláctica de la migraña es mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la frecuencia de las crisis, severidad o duración. Se debe comenzar con fármacos que han demostrado mayor efectividad y menos efectos adversos, la duración del tratamiento debe ser de 6 meses, si en este periodo se observa respuesta favorable, disminuyendo las crisis, se puede considerar el tratamiento intermitente. S. Modi y D. M. Lowder (6) , revisan el tratamiento profiláctico de la migraña.

Varios grupos de medicamentos se han utilizado con estos propósitos, antidepresivos, betabloqueantes, anticonvulsivos, AINE, agentes bloqueantes de la angiotensina y bloqueantes de los canales del calcio.

- **Betabloqueantes:** El propranolol (80-240 mg/día, dividido en 3-4 dosis) ha demostrado su efectividad en al menos 60 ensayos clínicos; otros betabloqueantes como el atenolol han mostrado una efectividad similar al propranolol. Entre los efectos secundarios se han comunicado, fatiga, disminución de la tolerancia al ejercicio, náusea, insomnio y depresión. Su uso se contraindica en pacientes con asma, cardiopatías, de base, hipotensión o diabetes. Es el único grupo de medicamentos en el que existe suficiente evidencia para su uso en niños como profilaxis de la crisis de migraña, donde se han utilizado dosis de hasta 60 mg/día, observándose un NNT de 1.5.

- **Antidepresivos:** La amitriptilina (10-150 mg/día) es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad (OR: 2.4; IC 95%: 1.1-5.4) en los casos de migraña complicado; sin embargo en las migrañas simples el propranolol continua siendo la mejor elección. Entre sus efectos secundarios se han descrito somnolencia, ganancia de peso, síntomas anticolinérgicos como sequedad de boca. La utilización de otros antidepresivos como la fluoxetina en esta indicación no mejora los resultados obtenidos con amitriptilina. La amitriptilina se utiliza a dosis inicial de 0.25 mg/Kg/día, incrementándose progresivamente cada 2 semanas hasta 1 mg/Kg/día.

- **Anticonvulsivantes:** En niños se ha obtenido buena respuesta con el topiramato a dosis de 2-3 mg/Kg/día (máx. 200 mg). Otro fármaco anticomitial con indicación en la epilepsia refractaria, el levetiracetam, a dosis de 125-250 mg dos veces al día ha demostrado también utilidad en el trabajo publicado por G. S. Miller (5), como tratamiento preventivo de los episodios de migraña recurrente en niños. Existen suficientes evidencias de la utilidad del valproato (250-500 mg, dos veces al día) en la profilaxis de las crisis de migraña. En una revisión de la base de datos Cochrane se observa un NNT de 3.1 (CI 95%: 1.9-8.9). Gabapentina y Topiramato se han mostrado también

eficaces en esta indicación con un NNT similar al observado con valproato.

- **Antiinflamatorios no esteroides.** Se ha utilizado en naproxeno para la profilaxis de las crisis de migraña.

- Los antiserotoninérgicos, como ciproheptadina también han sido utilizados en la prevención de la migraña en niños a dosis de 0.4 a 0.8 mg/Kg/día.

- **Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.** Tanto el Candesartan (Atacand) como el Lisinopril se han mostrado efectivos en esta indicación.

- **Antagonistas de los canales del calcio.** La evidencia existente con diltiacem o nifedipino es pobre y los resultados obtenidos no permiten asentar este grupo de medicamentos para esta indicación.

## REFERENCIAS

1. Damen L, Bruijn JK, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW: Symptomatic treatment of migraine in children: a systematic review of medication trials. *Pediatrics* 2005, 116: e295-e302.
2. Hershey AD, Winner PK: Pediatric migraine: recognition and treatment. *J Am Osteopath Assoc* 2005, 105: 2S-8S.
3. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S: Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. *Neurology* 2004, 63: 2215-2224.
4. Major PW, Grubisa HS, Thie NM: Triptans for treatment of acute pediatric migraine: a systematic literature review. *Pediatr Neurol* 2003, 29: 425-429.
5. Miller GS: Efficacy and safety of levetiracetam in pediatric migraine. *Headache* 2004, 44: 238-243.
6. Modi S, Lowder DM: Medications for migraine prophylaxis. *Am Fam Physician* 2006, 73: 72-78.