

Cefaleas y migrañas infantiles

Atención especial

■ MICAELA PÉREZ ALCÁZAR • Farmacéutica comunitaria.

En este artículo se analizan la clínica, el diagnóstico y las opciones de tratamiento de las cefaleas y migrañas en la población infantil. Pese a tratarse de trastornos que deben ser manejados desde el principio por el pediatra, se colige de lo expuesto que la labor del farmacéutico comunitario en todo lo relacionado con la información sanitaria sobre la enfermedad y los medicamentos empleados en su abordaje terapéutico puede ser de gran utilidad.

Las cefaleas constituyen el problema neuropediátrico que más consultas ocasiona en la práctica sanitaria cotidiana. Aunque suelen ser más frecuentes a partir de los 5-6 años de edad, cerca del 30% de los niños ya ha sufrido algún episodio de dolor de cabeza antes de los 7 años y a los 15 ya lo ha padecido el 80% de los niños. Un 5% de esos episodios de dolor es de origen migrañoso y ocasional, además, una pérdida media de 7,8 días por curso escolar entre los 5 y los 15 años de edad.

MIGRAÑA

La migraña es el tipo de cefalea que afecta con mayor frecuencia a la población infantil. Es un dolor en la mitad de la cabeza (hemicraneal), con carácter pulsátil, que se inicia en la frente o la sien y puede abarcar el ojo, para extenderse hasta el otro lado de la

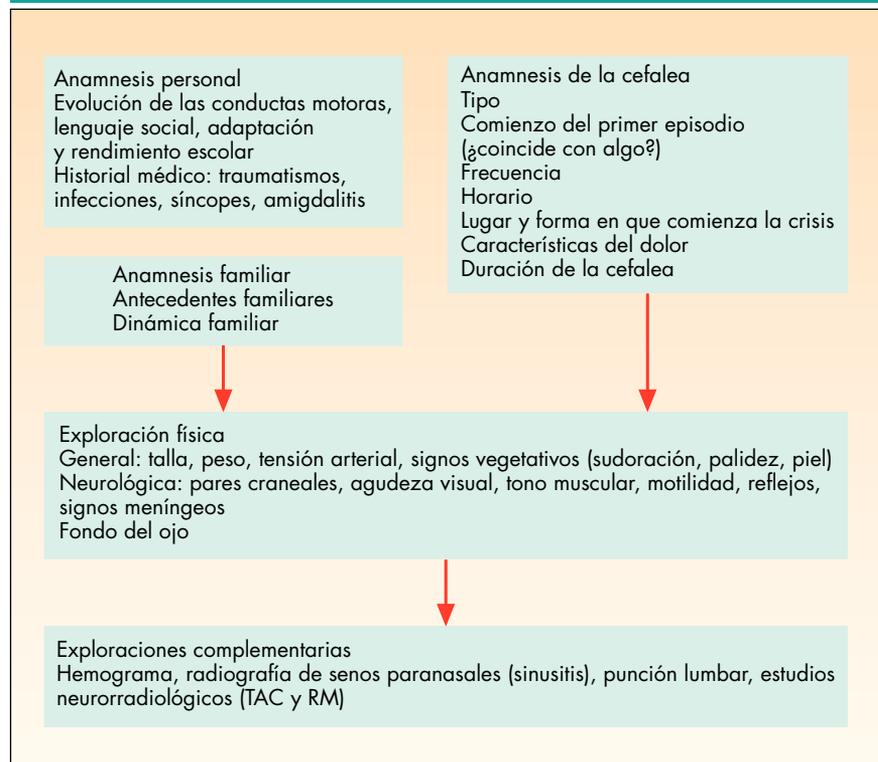


cabeza. En los niños a veces se suele asociar con una sensación de náuseas, dolor abdominal e intolerancia al ruido y a la luz. Suele haber un fuerte componente genético (en un 89% de los afectados).

Generalmente, la población infantil no padece migraña con aura previa

(síntomas neurológicos corticales que preceden a la cefalea, entre los cuales destacan las alteraciones visuales como destellos luminosos), pero algunos niños mayores describen micropsia (ven las cosas pequeñas) y después de dormir se despiertan como nuevos.

Fig. 1. Protocolo de actuación previo al diagnóstico de cefalea/migraña



Las crisis pueden durar de 30 minutos a varias horas; en ocasiones hasta tres días.

Otros tipos de migraña

En este apartado cabe hablar de la migraña abdominal y de la originada por una disfunción neurológica.

Migraña abdominal

Específica de la infancia, la migraña abdominal se caracteriza por una crisis de dolor abdominal recurrente o asociado a náuseas y vómitos. En este tipo de migraña suelen aparecer palidez, mareo, fiebre, cefalea migrañosa o dolor en las extremidades. Su prevalencia se estima en un 1,5% en los niños y en un 3,5% en las niñas de 3 a 11 años de edad y comienza a manifestarse a los 4 años. La duración media de cada episodio es de aproximadamente 13 horas. Suele estar asociada a la enfermedad celíaca.

Migrañas por disfunción neurológica

Hay migrañas relacionadas con una disfunción neurológica, que aparecen en niños aunque con poca frecuencia. Un ejemplo es la migraña oftalmopléjica (dolor retroocular severo, duración variable —desde horas hasta semanas—, diplopía, midriasis y exorofobia). Se sospecha que la provoca un edema de la carótida interna en el seno

cavernoso o de la arteria basilar. Parece tener buena respuesta el tratamiento con esteroides. No se recomienda administrar vasoconstrictores.

Otro ejemplo es la migraña basilar, que compromete estructuras como el tallo, el cerebelo, el lóbulo occipital y la parte inferior de los lóbulos temporales. Presenta manifestaciones como ataxia, vértigos, náuseas, defectos visuales y disartria.

El diagnóstico diferencial es amplio, e incluye epilepsias del lóbulo occipital, especialmente las benignas de la infancia, que se asocian a los vómitos y las cefaleas, tumores o trastornos psiquiátricos.

ETIOPATOGÉNESIS DE LA MIGRAÑA

En los últimos años se ha ido profundizando en la investigación sobre el mecanismo que subyace en la génesis de los ataques de migraña, pero su etiología no es aún bien conocida.

Las teorías fisiopatológicas son las que están cobrando mayor fuerza en la actualidad:

Teoría vascular

Según esta teoría, la migraña podría deberse a un cambio de calibre de las arterias intra y extracraneales con una

primera fase de vasoconstricción y una segunda fase de vasodilatación, causante de la cefalea pulsátil.

Teoría neurogénica del sistema trigeminovascular

Esta teoría presta atención a las fibras nerviosas amielínicas que rodean los vasos intra y extracraneales dependientes del nervio trigémino, que son las encargadas de la innervación algé-sica del cerebro (es el denominado sistema trigeminovascular). Existen estímulos químicos (serotonina, histamina, prostaglandinas, etc.) o físicos (excitación, etc.), que pueden activar el sistema trigeminovascular, liberándose en sus terminaciones nerviosas sustancia P y péptidos relacionados con el gen de la calcitonina (CGRP). Éstos provocan una desgranulación de mastocitos, liberando histamina y serotonina, que a su vez ocasionan una vasodilatación y exudación de plasma a los tejidos, con lo que aparece una inflamación que provoca la distensión de las arterias intra y extracraneales.

Se han descrito múltiples desencadenantes de estos estímulos, como el queso (rico en tiramina), el chocolate (rico en feniletilamina), los tomates, las cebollas, las naranjas y la comida china, por su alto contenido en glutamato monosódico.

También se barajan como estímulos relacionados la exposición a luces intensas y los períodos de tensión o estrés (competiciones, nerviosismo, etc.), así como los cambios de presión atmosférica.

Un detalle importante es que durante el sueño (fase REM) se frena la liberación de serotonina, lo que explicaría el hecho de que la migraña se alivie al dormir.

DIAGNÓSTICO

Un buen diagnóstico permite descartar patologías que pueden repercutir seriamente en la vida del niño y perfilar el tratamiento adecuado, logrando con ello la tranquilidad del niño y de su entorno familiar. El diagnóstico se basará en los siguientes apartados:

Anamnesis

La anamnesis (fig. 1) consiste en un cuestionario mediante el cual el pediatra pregunta por distintos aspectos de la cefalea (en los niños mayores podrá preguntar al niño y a los padres por separado, observando las reacciones de ambos):

– *Tiempo*. Es muy importante reseñar el tiempo que el paciente lleva padeciendo la cefalea y si coincidió con el comienzo de algo. Los dolores de

cabeza de más de tres meses de evolución raramente son producidos por una tumoración intracraneal. Si el comienzo de la cefalea coincide con problemas afectivos, de estrés, etc., puede tratarse de una cefalea de origen tensional.

– *Frecuencia* con la que se repite el dolor de cabeza. La migraña cursa con períodos recidivantes de cadencia variable, desde un episodio al año a uno cada varios días, mientras que las cefaleas tensionales y condicionadas por hipertensión intracraneal son diarias.

– *Horario*. Es de importancia el ritmo horario de las cefaleas. La cefalea tensional es continua o se incrementa con el transcurso del día, y es más intensa por las noches. Las cefaleas orgánicas pueden ser continuas, pero habitualmente son matutinas (comienzan al despertar y levantarse de la cama). La migraña ocurre a cualquier hora del día.

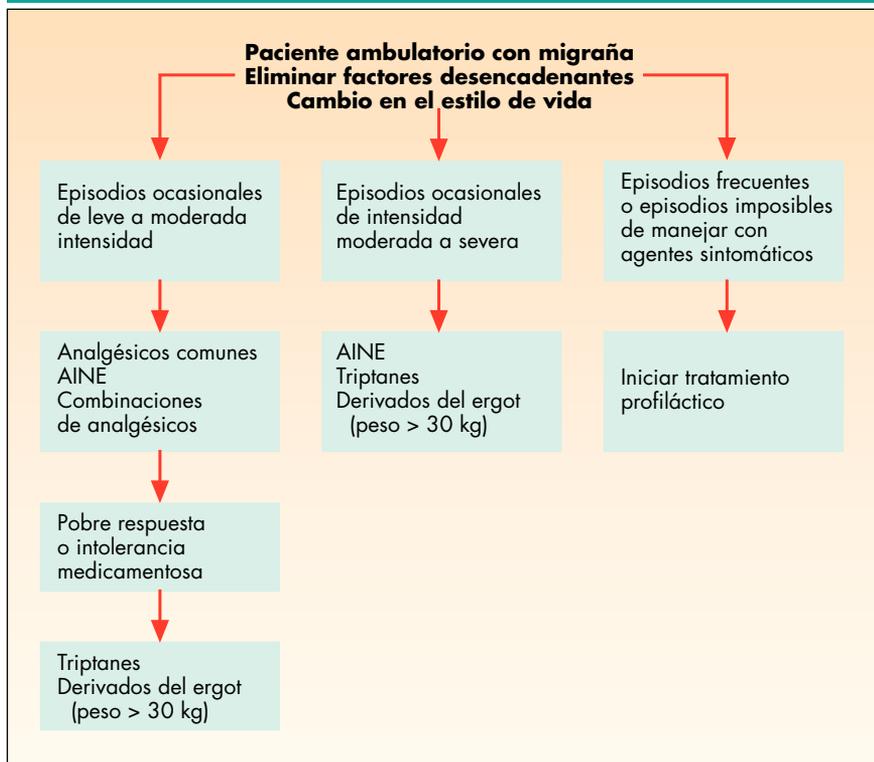
– *Localización*. La localización de la cefalea también reviste importancia. Así, una localización holocraneal y occipital es sugestiva de cefalea tensional, mientras que la migraña típica es hemicraneal y la tumoral suele tener una localización variable.

– *Características*. Las características del dolor de cabeza constituyen el dato más difícil de interpretar, por las limitaciones que suelen tener los niños para expresar sus sensaciones y molestias mediante palabras. Para facilitarles la descripción, se les pueden plantear diversas alternativas: ¿es como un peso, como si te apretaran la cabeza, pulsátil como el corazón, como un pinchazo, como un hormigueo?

– *Síntomas asociados*. Los síntomas asociados con el dolor de cabeza deben ser definidos por el niño o los familiares. En la cefalea tensional existen simultáneamente otros síntomas de ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño o mareos. La migraña se suele acompañar de náuseas, fofofobia y fonofobia y la cefalea orgánica puede inducir cambios en el comportamiento, tristeza y vómitos, que son típicamente matutinos y se producen al levantarse de la cama.

– *Antecedentes*. En cuanto a los antecedentes familiares, en la anamnesis se reseñarán todos los datos concernientes al embarazo, el parto, el período perinatal con sus posibles complicaciones, la evolución psicomotora de forma detallada, si existe algún retraso en el ámbito madurativo, psicoafectivo o del lenguaje, problemas en el rendimiento escolar y otras incidencias o circunstancias que puedan tener relación con las cefaleas, como los traumatismos craneoencefálicos.

Fig. 2. Protocolo de tratamiento de la migraña



Es importante explorar los antecedentes familiares de cefaleas, su recurrencia y, especialmente, el tipo de respuesta a la terapia que hayan podido seguir los afectados, ya que puede servir de guía para el inicio de una profilaxis o terapia específica.

**Cuanto más se prolonga
la sintomatología
de la crisis migrañosa,
más difícil resulta
suprimirla**

Exploración física

El pediatra realizará una detallada exploración clínica general, descartando posibles infecciones, sobre todo

de origen otorrinolaringológico, anomalías físicas que puedan relacionarse con la presencia de tumores cerebrales como manchas anormales en la piel, soplos cardíacos y movilidad cervical. También realizará una somatometría.

La exploración neurológica será detallada, comenzando por el perímetro cefálico, exploración de los pares craneales, así como asimetrías o signos clínicos focales neurológicos, valorando anomalías del tono, de la fuerza muscular, de los reflejos normales y patológicos, de la marcha, así como de la presencia de signos meníngeos. Se hará énfasis especial en la visualización del fondo del ojo para descartar un edema de papila o la desaparición de la excavación fisiológica que puede preceder al inicio de la borrosidad de los bordes papilares (sin olvidar que dos tercios de los niños menores de tres años con signos de hipertensión intracraneal pueden tener un fondo de ojo normal).

También se puede auscultar el cráneo en busca de soplos. El estudio de la esfera cognitiva y del lenguaje puede ser, asimismo, muy útil.

La punción lumbar y otros exámenes (hemograma, reactantes de fase aguda, bioquímica sanguínea) están condicionados por la sospecha de una causa infecciosa de la cefalea, como infecciones del sistema nervioso cen-

Fig. 3. Tratamiento en crisis migrañosas intensas

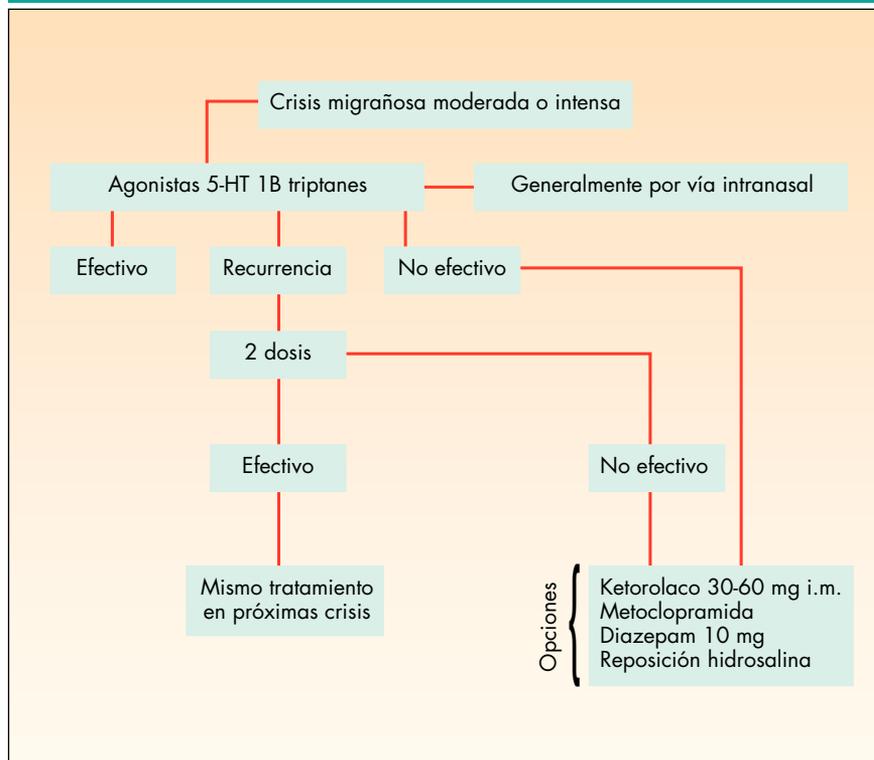
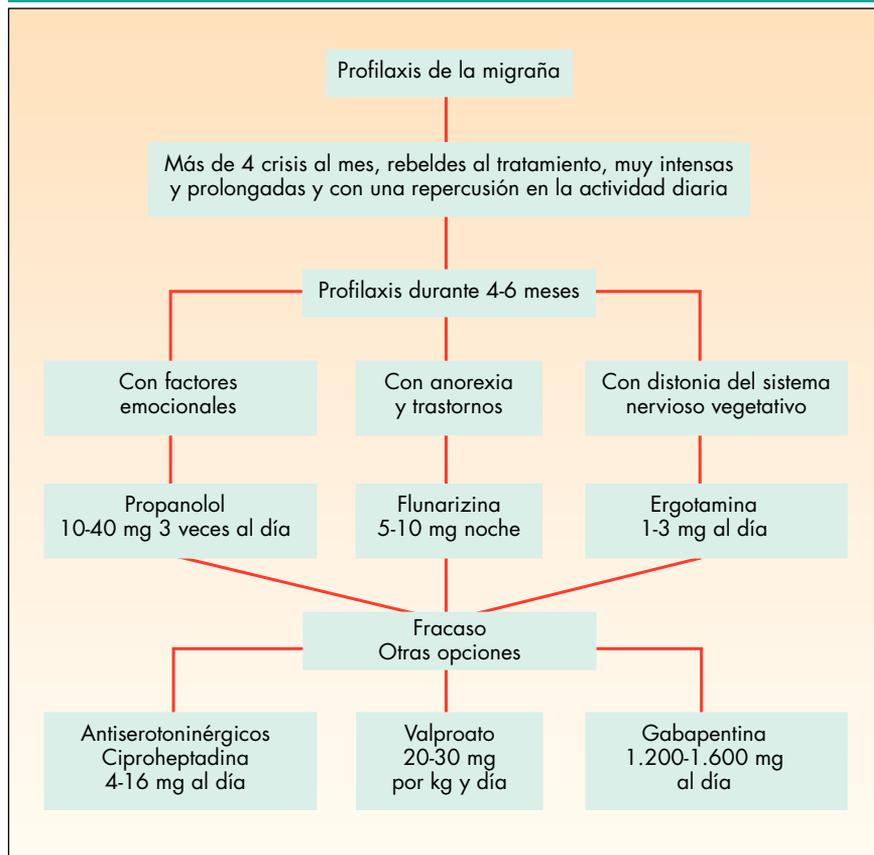


Fig. 4. Tratamiento empleado en casos de necesidad de profilaxis migrañosa



tral (SNC). La punción lumbar se considerará ante la sospecha de una meningitis, previa visualización del fondo del ojo normal.

TRATAMIENTO DE LAS CRISIS MIGRAÑOSAS

El tratamiento de las crisis migrañosas debe ser instaurado inmediatamente, porque cuanto más se prolonga la sintomatología, más difícil resulta suprimirla. En las crisis migrañosas leves, los fármacos más utilizados en pediatría son los analgésicos no esteroideos (AINE), entre los cuales los fármacos de elección son paracetamol e ibuprofeno, que pueden asociarse a antieméticos cuando existen náuseas o vómitos (fig. 2).

En cefaleas intensas que no han respondido a los medicamentos mencionados se ha utilizado ergotamina, asociada o no a cafeína, pero siempre en niños mayores de 10 años y de un peso superior a 30 kg.

El tratamiento con triptanes (sumatriptan, zolmitriptan, etc.), muy extendido en las migrañas de los adultos, dispone de escasa experiencia de uso y evidencia científica en pediatría, por lo que el médico deberá decidir sobre su utilización, en función de las necesidades concretas del paciente pediátrico.

Se han realizado estudios científicos en los que a 510 niños de entre 12 y 17 años se les administró placebo y sumatriptan en *spray* nasal de 5, 10 y 20 mg. Se registró un alivio de la cefalea en el 56% de los pacientes tratados con sumatriptan, frente a un 40 % de los tratados con placebo.

En otro estudio sobre 437 adolescentes que en un año tuvieron 3.000 crisis migrañosas, se administró sumatriptan intranasal en concentraciones de 10 y 20 mg, constatándose una mejoría en el 70% de los casos a las 2 horas de la administración. También hay estudios que afirman que el fármaco por vía oral no es tan efectivo.

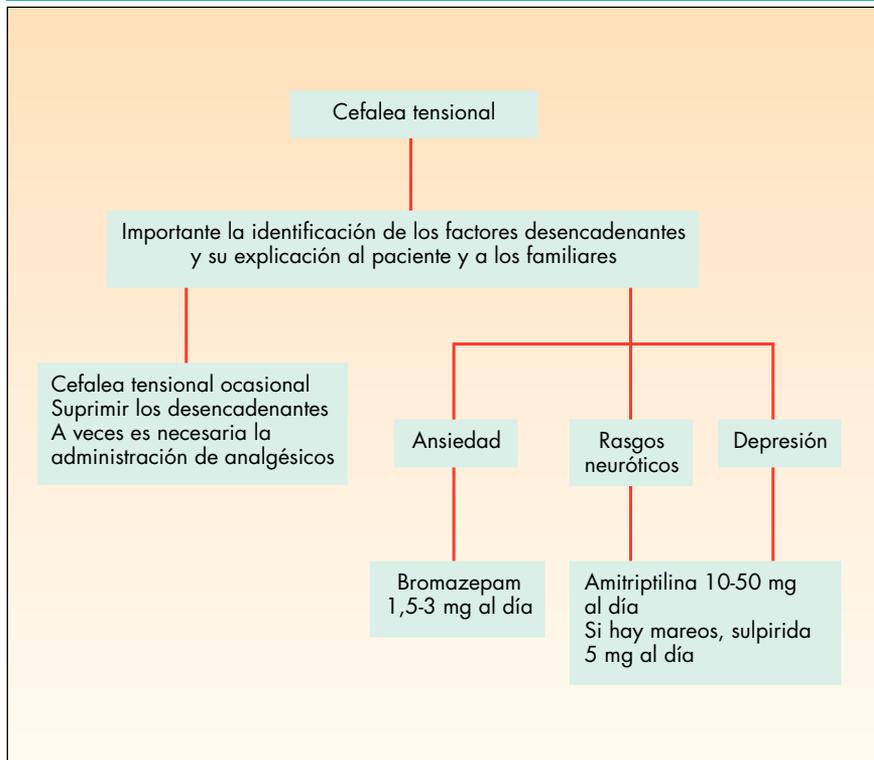
En casos de crisis migrañosas intensas y prolongadas se recurrirá a otros tratamientos indicados en la figura 3.

Profilaxis

El tratamiento profiláctico está indicado cuando las crisis de migraña son muy frecuentes (más de una a la semana o más de 4 veces al mes), cuando los pacientes son muy resistentes al tratamiento de las crisis agudas y cuando las crisis son de tal intensidad o duración que impiden la actividad de la vida diaria del niño.

Es importante eliminar los factores desencadenantes, cuando se han iden-

Fig. 5. Opciones de tratamiento de las cefaleas tensionales



Durante los dos o tres primeros meses puede ser necesario asociar un tratamiento farmacológico, cuyas características dependerán del predominio de la ansiedad y la existencia de rasgos neuróticos.

CEFALEAS ORGÁNICAS

Dentro de este grupo de cefaleas están las inducidas por el aumento o la disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo (hipertensión intracraneal benigna, hidrocefalia, fístula del líquido cefalorraquídeo, pospunción lumbar), por infecciones intracraneales (meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales), sarcoides, enfermedades inflamatorias, neoplasias intracraneales, etc.

El temor a que la cefalea esté condicionada por un tumor intracraneal es muy frecuente en los padres y aunque esa asociación sólo sucede en un 2% de los niños y de los adolescentes con cefaleas, dicha posibilidad convierte las cefaleas en situaciones clínicas de relativa urgencia.

Los síntomas más característicos de una cefalea orgánica en niños son:

- Dolor de cabeza nada más levantarse o dolor de cabeza que despierta al niño por la noche.
- Es muy común que el dolor de cabeza empeore al cambiar de postura.
- Son muy frecuentes los vómitos matutinos sin aparición de náuseas previas.
- Cuando se produce el vómito, hay una mejoría del dolor de cabeza.
- Los fármacos analgésicos no mejoran la cefalea.
- Hay un cambio de carácter en el niños, y es muy frecuente la tristeza, la visión borrosa, la inclinación de la cabeza, la rigidez en la nuca, el cansancio, etc.

El tratamiento dependerá del abordaje que los médicos decidan dar al problema que se halla en el origen del

Identificado con seguridad. No tiene sentido la supresión de determinados alimentos como el chocolate o las especias de manera rutinaria en todos los niños con migrañas, ni la prohibición de la actividad deportiva; sólo deberá restringirse en los niños en los que es evidente su relación directa con la crisis de migraña.

Los fármacos usados en la profilaxis migrañosa son: propanolol, flunaricina, ciproheptadina, ácido valproico y amitriptilina. Se escogerán según la condición clínica de cada paciente. Existen pocos estudios sobre sus resultados en niños y adolescentes (fig. 4).

CEFALEAS TENSIONALES

Las cefaleas tensionales son menos frecuentes en los niños que en los adultos, pero cada vez se diagnostican más en edad infantil, sobre todo en adolescentes. Como factores condicionantes se identifican los problemas emocionales, escolares, familiares o ambientales que inducen cuadros de ansiedad.

La cefalea es de carácter opresivo, con una intensidad leve; el dolor es bilateral y no suele empeorar con la actividad física ni ir acompañado de náuseas o vómitos.

En las cefaleas tensionales esporádicas suelen aparecer 10 o más episodios de cefalea en menos de 15 días al mes. En las crónicas, estos episodios tienen lugar en un período superior a 15 días al mes. Cada episodio tiene una duración que oscila desde 30 minutos a varios días.

Tratamiento de la cefalea tensional

La anamnesis previa será imprescindible para diagnosticar este tipo de cefalea, igual que en la migraña, haciendo hincapié en los factores que la condicionan, ya que para el tratamiento es fundamental la supresión de estos factores (fig. 5).

Tabla I. Indicaciones para la realización de una TAC o RM craneal

Presencia de signos neurológicos anormales en la exploración clínica: crecimiento inadecuado o incremento progresivo del perímetro cefálico
Hallazgos de focalidad electroencefalográfica o existencia de migraña y convulsiones, sobre todo en el mismo episodio
Migrañas con aura prolongada o si los signos neurológicos persisten cuando ya ha remitido el aura y el episodio doloroso
Cefalea intensa con lateralidad fija
Ausencia de respuesta a los analgésicos comunes
Cambios de comportamiento como disminución en el aprendizaje o progresión inadecuada
Despertar nocturno frecuente o cefalea presente al despertar

dolor, que puede ser muy diverso, por lo que su descripción completa no es viable en este artículo.

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO

Los niños suelen referirse a las cefaleas como «algo parecido a un corazón que les late en la cabeza». A juicio del especialista, cuando hay una historia clínica bien relatada y bien escuchada, y un examen neurológico para excluir signos de lesión cerebral, se puede hacer un diagnóstico, sin precisar pruebas de otro tipo. Sólo si aumenta la intensidad del dolor o éste se acompaña de un déficit neurológico, se realizará un escáner para descartar una causa orgánica, que es, lógicamente, lo que más suele preocupar a los padres. La tabla I resume las indicaciones para la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) o una resonancia magnética (RM) craneal.

Las cefaleas tensionales son menos frecuentes en los niños que en los adultos

El farmacéutico, como profesional de la salud, puede desarrollar una importante labor de información sobre las causas externas susceptibles de desencadenar una cefalea nerviosa o una migraña común, recomendar el uso de algún analgésico o AINE, dar pautas sobre estilos de vida saludables y aconsejar siempre la visita al médico si vuelve a repetirse un episodio. Es también cometido suyo asesorar sobre el correcto uso de los medicamentos específicamente prescritos por el médico para tratar o prevenir las crisis migrañosas, sus posibles efectos secundarios, interacciones, posología, etc., todos ellos aspectos de vital importancia para la obtención de resultados satisfactorios con el tratamiento. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Artigas J. Cefaleas en el niño. En: Neurología pediátrica. Madrid: Ediciones Ergón, 2000; p. 373-82.
- Campistol J. Cefaleas en Pediatría. En: Prandi F, editor. Pediatría práctica. Barcelona: Prous Science, 2000; p.103-23.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988;8(Supl 7):8-96.
- Hernández MA, Roig M. Migraña en la infancia: la cefalea en la edad pediátrica. En: Titus F, Acarín N, Dexeus S, editores. Cefalea. Madrid: Harcourt, 1999; p. 87-94.
- Smeyers P. Tratamiento profiláctico-preventivo de las cefaleas infantiles. Rev Neurol Clin 2001;2:320-34.