

Cefaleas en el niño y el adolescente

Jaume Campistol
Servei Neurologia. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.

Resumen

La cefalea en la infancia constituye un motivo de consulta muy habitual para el pediatra. El enfoque diagnóstico de las cefaleas supone un reto importante y pasa siempre por un interrogatorio detallado de los síntomas, de un examen físico preciso incluyendo el examen neurológico básico, el fondo de ojo para descartar papiledema y finalmente del uso juicioso de las técnicas de exploración complementarias disponibles siempre en función de una hipótesis diagnóstica concreta. El pediatra debe conocer los síntomas guía de cada uno de los tipos de cefalea en la infancia y de las distintas opciones terapéuticas. Existen opciones terapéuticas para la fase aguda de la cefalea y en casos seleccionados deberá recurrir al empleo de tratamiento profiláctico en especial en la migraña y en algunos casos de cefalea tensional. Asimismo debe conocer cuando es preciso derivar un niño con cefalea al especialista en neuropediatría.

Introducción

La cefalea es la sensación de dolor o de malestar en la cabeza, especialmente en el cráneo, incluyendo el dolor que, originado en la cara, boca, oído o en la región cervical se irradia al cráneo. La cefalea es el síntoma clínico doloroso más frecuente durante la infancia, generalmente el primero que el niño es capaz de identificar y de expresar a sus padres y a su vez el que condiciona más consultas a lo largo de la vida. Se calcula que a los 14 años el 96% de los niños han padecido algún episodio de cefalea. Por otra parte cefaleas recurrentes se manifiestan en el 40% de niños menores de 7 años y en el 75% de los mayores de 15 años. La cefalea además puede repercutir negativamente en la calidad de vida del niño, con menor participación en actividades sociales, escolares, disminución del rendimiento escolar, aumento de los trastornos psicossomáticos. La tasa de absentismo escolar por cefaleas es de 7,8 días/año frente a 3,7 días/año cuando no hay cefaleas.

En los últimos años se ha observado un incremento de la incidencia de las cefaleas en varios estudios epidemiológicos, atribuyendo este hecho al aumento de las condiciones de estrés y ambientales a que son sometidos los niños. En general si las cefaleas no son severas o poco frecuentes suelen ser bien toleradas para el paciente, pero cuando se acompañan de otros síntomas neurológicos o bien, la frecuencia o intensidad de la misma aumenta, entonces motivan en primer lugar la consulta y valoración por parte del pediatra. En una serie consecutiva de 1080 pacientes menores de 18 años, atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu se constató que la mediana de edad era de 9,6 años y que solamente el 5,5% precisó ingreso hospitalario a causa de la cefalea. Destacando que el 57% padecía cefalea inespecífica, el 19% se asociaba a una virsisis, el 10% padecían migraña y el 5,1% sinusitis.

Patogénesis

El dolor de cabeza puede proceder de diferentes estructuras del cráneo:

Arterias y venas craneales o extracraneales, nervios craneales y espinales, meninges basales, músculos craneales o cervicales y estructuras extracraneales (cavidad nasal y senos, dientes, membranas mucosas, piel, tejido subcutáneo etc.). Por otra parte es conocido que el cerebro, la mayoría de meninges y los huesos del cráneo son poco sensibles al dolor.

Clasificación de las cefaleas

La *International Headache Society* (IHS) estableció y va modificando periódicamente la clasificación y criterios diagnósticos de las cefaleas. La clasificación no se adapta y no contempla el tipo y características de las cefaleas que presentan los niños pues las causas etiológicas son diferentes en niños y adultos. Es muy importante conocer la naturaleza de las cefaleas, la frecuencia, la intensidad y forma de presentación. Lógicamente el enfoque y la orientación serán

distintos si se trata del primer episodio de cefalea o bien se trata de cefaleas recurrentes o crónicas. Ante un primer episodio de cefalea, siempre deberemos considerarla como un síntoma y nunca como un problema neurológico.

Lógicamente después de descartar las causas más frecuentes mediante un interrogatorio exhaustivo donde probablemente ya podremos orientar la etiología de la primera crisis de cefalea; la exploración física solamente nos servirá para confirmar la sospecha diagnóstica. Es importante aplicar el cuestionario Ped MIDAS para valorar la repercusión de las cefaleas y disponer de un calendario de cefaleas.

Anamnesis y exploración física

La anamnesis como en la mayoría de patologías del sistema nervioso es capital; decía muy gráficamente Joint sobre las cefaleas "...si disponemos de 30 minutos para diagnosticar un dolor de cabeza, debemos emplear 29 minutos en la anamnesis" ciertamente es algo exagerado pero dice mucho a favor de lo importante de un buen interrogatorio frente a un paciente con cefalea .

En la anamnesis tienen que considerarse tres aspectos fundamentales:

- 1. Anamnesis familiar:** historia de migrañas, síncope, hipertensión arterial, cefaleas de tensión, trastornos psiquiátricos, epilepsia, neuroectodermosis o problemática crónica de cualquier tipo.
- 2. Anamnesis personal:** datos del embarazo, parto, período neonatal, desarrollo psicomotor, evolución de los aprendizajes, rasgos característicos, ritmo de sueño, práctica deportiva, rendimiento y adaptación escolar, dinámica familiar, relaciones sociales, ingesta de alcohol, drogas, tabaco e historial médico (traumatismos, infecciones de vías respiratorias altas o sistémicas, anemia, anorexia, convulsiones, síncope, trastornos vegetativos, toma de fármacos).
- 3. Anamnesis detallada de las cefaleas** que se concreta en una serie de preguntas clave y dirigidas a realizar frente a cualquier paciente con clínica, incluyendo los calendarios.

Con la información recogida con esta detallada anamnesis podremos sospechar el tipo de cefalea que padece el niño, lo que debemos confirmar mediante una exploración física.

La exploración tiene que comprender los siguientes aspectos:

1. Exploración física general

Somatometría: talla, peso, perímetro cefálico (especialmente en los niños más pequeños), también se deberá tener en cuenta la pérdida de peso desde el inicio cefaleas o la disminución en el rendimiento escolar.

Inspección: manchas acrómicas o decolor café con leche, alteraciones del cabello, facies ojerosa, palidez, cutis marmorata, evidencia de traumatismo, expresión facial de dolor o de tristeza.

Auscultación cardíaca, respiratoria y craneal (presencia de soplos)

Palpación abdominal

Signos vegetativos: sudoración, dermografismo, taquicardia

Tensión arterial

2. Exploración neurológica que debe incluir:

Pares craneales, visión y examen campimétrico, tono muscular, motilidad, coordinación, marcha, sensibilidad, reflejos cutáneos y tendinosos, signos meníngeos

3. Exploración del fondo de ojo

Valorando si existe edema papilar. Estos datos tienen un enorme valor frente a un paciente con cefalea pues ayudan a confirmar o descartar la presencia de una hipertensión endocraneal. Esta exploración debería ser realizada el pediatra ante cualquier niño con cefalea aguda o crónica. En caso contrario o en caso de duda deberá acudir con cierta premura al oftalmólogo para completar la exploración y valorar la agudeza visual.

Exploraciones complementarias

Con los datos de la anamnesis y de la exploración, se puede establecer la orientación diagnóstica con bastante precisión.

Las exploraciones complementarias, van a ser

innecesarias en la mayoría de casos

Lógicamente existen otros casos ya sea por los antecedentes, por los datos de la anamnesis o los hallazgos de la exploración física, en los que será imprescindible y urgente el realizar las exploraciones complementarias pertinentes:

- Hemograma, recuento y fórmula leucocitaria, si se sospecha un proceso infeccioso.
- Punción lumbar cuando existe meningismo, sospecha de infección intracraneal o de hipertensión endocraneal benigna. Es importante analizar el LCR y valorar la presión de apertura del LCR lumbar. Previo a la práctica de la punción lumbar se deberá realizar una neuroimagen para descartar una hidrocefalia obstructiva, edema cerebral, hemorragia intracraneal o un proceso expansivo. Durante la exploración se deberá tener especial cuidado por la posibilidad de herniación cerebelosa en el curso de la punción. Para ello el paciente deberá permanecer acostado durante la práctica de la punción lumbar al tiempo que se extraerá poco LCR y lentamente.
- Radiografía de senos paranasales, no de rutina, solo ante la sospecha de sinusitis.
- Rx de cráneo que en contadas ocasiones nos puede ayudar y permitir demostrar la presencia de calcificaciones, diástasis de suturas, efecto crónico de masa (aumento de impresiones digitales) o alteraciones en la silla turca.
- La TC/RM craneal son las exploraciones de elección si se sospecha un proceso expansivo intracraneal o ante la posibilidad de un aumento de la presión intracraneal. Lógicamente la RM tiene mayor definición para identificar y localizar un tumor, pero no siempre está disponible con inmediatez. Ante la sospecha de seudotumor cerebral nos ayudaran al diagnóstico a la vez que descartan otra patología.
- El EEG tiene poco valor frente a un paciente con cefaleas dada su baja especificidad y sensibilidad. Solamente en casos de duda migraña/epilepsia es aconsejable realizar el estudio EEG por un neuropediatra que conozca bien las estrechas relaciones entre la migraña y la

epilepsia y un neurofisiólogo que pueda interpretar adecuadamente los datos que ofrece el EEG.

- Valoración psicológica-psiquiátrica en algunos niños con cefalea tensional y problemática compleja ya sea familiar o personal.

Curiosamente son siempre la radiografía de senos y la consulta al oftalmólogo para descartar errores de refracción, los primeros pasos del pediatra para el estudio de los niños con cefaleas. Sin embargo ya hemos comentado con anterioridad que con un buen interrogatorio y examen físico estas dos posibilidades casi se pueden descartar.

Tratamiento de las cefaleas

El tratamiento va a depender, lógicamente, de la etiología de las cefaleas. La angustia que genera la posibilidad de que el niño padezca un tumor o una patología grave es notable y dificulta el enfoque y el manejo. Sin embargo la educación de los padres y del niño es muy importante para el abordaje del problema. También es interesante cuando se decida iniciar una terapia el explicarlo a ambos padres y al paciente si es capaz de comprenderlo, al tiempo que se le exponen los posibles desencadenantes de las cefaleas y la conveniencia de evitarlos o prevenirlos en lo posible. En muchos casos la primera consulta al especialista es terapéutica y las cefaleas desaparecen una vez identificado el problema, descartada una patología grave y tranquilizado el ambiente.

Cuando las crisis de cefalea son poco frecuentes, se recurre simplemente al tratamiento sintomático que se debe iniciar cuanto antes si la cefalea es intensa, con reposo y especialmente sueño reparador en un lugar tranquilo, oscuro y sin ruidos. Se emplea como analgésico paracetamol, (10-15 mg/kg/dosis) (< 3 gr/día), ibuprofeno (10-15 mg/kg/dosis) o incluso el ácido acetilsalicílico si no hay hipertermia asociada, especialmente en mayores de 10 años, a razón de 10-15 mg/kg/dosis. Cada paciente reacciona de forma distinta a uno u otro analgésico y ellos mismos conocen mejor que nadie su fármaco ideal. Si resultan ineficaces se recurre a los antiinflamatorios no esteroideos como naproxeno (2-5 mg/kg/8 horas), metamizol (20-30 mg/kg/dosis), propifenazona, indometacina (útil también en la cefalea por

ejercicio) o diclofenaco. Si aparecen vómitos se puede asociar metoclopramida (1-2 mg/kg por vía oral), clorpromazina (1 mg/kg por vía intramuscular), prometazina (1 mg/kg por vía oral) o domperidona, debe mantenerse en estos casos dieta absoluta, y cuando se aprecie mejoría, administrar pequeñas cantidades de líquidos azucarados y fríos, a cucharaditas. A partir de los 12 años en la cefalea aguda vascular no complicada puede emplearse sumatriptan por vía subcutánea, oral o intranasal (10-20 mg).

Cuando el niño padece más de 2 crisis al mes, estas no responden adecuadamente al tratamiento agudo, no toleran dicho tratamiento, o cuando las crisis aumentan progresivamente de intensidad o limiten la vida diaria, aparte de identificar/evitar los factores precipitantes se debe instaurar un tratamiento preventivo durante 4-6 meses con flunaricina, topiramato, amitriptilina, propranolol o ciproheptadina. Logicamente se debe seguir al paciente hasta la resolución/mejoría de los síntomas.

Bibliografía

- III Edición de la Clasificación internacional de cefaleas. Versión beta (marzo 2013). Cephalalgia, 2013 vol. 33(9), 629-808
- Grupo de trabajo. Protocolo para el manejo de la cefalea en Atención Primaria. Servicio Canario de salud. 07/06/2011.
- Campistol J, Lopez Casas J. Cefaleas en el niño y adolescente. Preguntas y respuestas. Ed Janssen Cilag, Madrid, 2007
- Campistol J. Cefaleas en Pediatría. Manual de Neurología para Pediatras. Campistol J Ed Panamericana Madrid, 2011.
- Acute treatment of migraine in children. UpToDate 2016
- O'Brien HL, Kabbouche MA, Kacperski J, Hershey AD. Treatment of pediatric migraine. Curr Treat Options Neurol. 2015; 17:326
- Hickman C., Lewis KS, Little R, Rastogi RG, Yonker M. Prevention for pediatric and adolescent migraine. Headache 2015;55: 1371-1381
- Di Blasi M, Arroyo H, Fejerman N. Cefaleas y Migrañas, en Fejerman N, Fernández-Álvarez E. Neurología Pediátrica 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2007.
- Fenichel G. Headache. In Fenichel G ed. Clinical Pediatric Neurology. A signs and symptoms Approach, 5th ed, PA Elsevier Saunders 2005;77-89.
- Campistol J, Campos J, Casas C, Herranz JL. Topiramate in the prophylactic treatment of migraine in children. J Child Neurol 2005; 20: 251-253.
- La cefalea en la infancia y la adolescencia. Protocolo de Pediatría de Asistencia Primaria coordinado con el Servicio de Neurología del Hospital Sant Joan de Deu. Bosch J, Alonso X, Campistol J. y cols. Servei Catala de Salut, 2016.

