

Cefaleas en la urgencia pediátrica

A.M.^a Grande Tejada, M.^aJ. Fernández Reyes,
M. García Reymundo, P. Martín-Tamayo Blázquez
Hospital Materno Infantil de Badajoz

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la cefalea es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en la práctica clínica habitual en las unidades de neuropediatría, atención primaria y urgencias hospitalarias en la edad pediátrica, debido a la elevada carga de ansiedad familiar y personal que supone.

La incidencia real de la cefalea es difícil de calcular, los datos varían entre las distintas series clínicas entre el 4-20% en los niños en edad preescolar y del 28-50% en la edad escolar⁽¹⁾.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALEAS

Los criterios de la IHS (Internacional Headache Society) en su segunda edición (ICHD) del 2003, son muy eficaces para realizar un diagnóstico específico de la cefalea.

Para el manejo asistencial diario, tiene mayor utilidad la clasificación propuesta por Rothner (1983), quien divide las cefaleas de acuerdo a un patrón temporal de presentación y según la intensidad del dolor⁽²⁾ (Figura 1 y Tabla I).

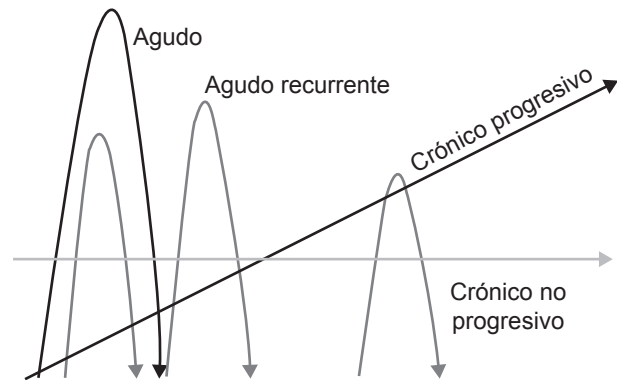


Figura 1. Patrón temporal de las cefaleas según Rothner.

Cefaleas agudas generalizadas

- Infecciones sistémicas: acompañando a procesos febriles respiratorios y digestivos.
- Infecciones del sistema nervioso central (SNC): encefalitis, meningitis.
- Posconvulsiones: difusa y suele ceder tras el sueño. No aparece tras otros tipos de pérdida de conciencia.

Tabla I. Clasificación de las cefaleas de Rothner (1983)

1. Cefaleas agudas	Agudas generalizadas Agudas localizadas
2. Cefaleas agudas recurrentes	Migraña De tensión episódica Hemicránea paroxística crónica Síndromes periódicos en la infancia que pueden preceder o acompañar a la migraña Cefaleas de breve duración
3. Cefalea crónica no progresiva	Cefalea de tensión crónica Cefalea postraumática
4. Cefalea crónica diaria	
5. Cefaleas crónica progresiva	

- Pospunción lumbar: ocasionalmente muy intensa, se acompaña de vómitos y signos meníngeos y mejora con reposo en decúbito y analgésicos.

- Traumatismo craneoencefálico (TCE): inmediatamente o varios días después de TCE. Puede abocar a una cefalea crónica no progresiva.

- Tóxicos: monóxido de carbono (CO), plomo. Sustancias de abuso: cocaína, alcohol, marihuana.

- Fármacos: metilfenidato, vasodilatadores, psicotorpos.

- Aditivos: glutamato sódico, nitritos.

- Hipoglucemia: habitualmente opresiva. Asocia otros síntomas de hipoglucemia.

- Hipertensión arterial (HTA): si la cefalea por HTA se acompaña de otros síntomas vegetativos y se producen varias crisis hay que descartar el feocromocitoma.

- Accidente cerebrovascular (ACV) isquémico: acompaña o sigue al déficit neurológico. En la disección arterial puede precederlo en un 35% de los casos.

- Hemorragias: especialmente subaracnoidea (rotura de malformación AV, traumatismo craneal). Suele ser holocraneal, súbito y muy intenso.

- Colagenopatías: la cefalea es una manifestación más dentro de la enfermedad multisistémica.

- De esfuerzo: suelen ser intensas, pulsátiles y durar de minutos a horas. Habitualmente subsidiarias de tratamiento sintomático, en casos graves puede requerir indometacina.

Cefaleas agudas localizadas

- Sinusitis. Poco frecuente. Asociada a otra sintomatología, rinorrea, tos vespertina o nocturna, fiebre y dolor en puntos sinusales.

- Otitis. Habitualmente dolor intenso en el oído o irritabilidad en lactantes.

- Anomalías oculares. Muy poco frecuentes. Sugeridas por un dolor sordo frontal o retroorbitario tras esfuerzo visual prolongado. En relación con estrabismo, errores de refracción, glaucoma o inflamación-infección de los anexos oculares.

- Afecciones dentales. En relación con caries, abscesos o maloclusión dental.

- Neuralgia occipital. De localización occipital y cervical superior y relacionada con deportes, accidentes de tráfico o malformaciones craneocervicales. Puede acompañarse de un leve déficit sensitivo.

En relación con contractura refleja cervical, mejora con relajantes musculares, analgésicos y antiinflamatorios.

- Disfunción de la articulación temporomandibular. Dolor a nivel de dicha articulación, relacionado con la masticación.

Cefaleas agudas recurrentes

Migraña

Es la causa más frecuente de cefalea primaria en la edad pediátrica. Su prevalencia es difícil de calcular y varía según las series entre el 1,4% antes de los 5 años y entre el 8-23% hasta los 15 años. Lo que sí está claro es que hay un aumento progresivo dependiente de la edad⁽³⁾. A edades tempranas se da igual en ambos sexos y a medida que avanza la edad hay un claro predominio femenino.

En 1998, el comité de clasificación de las cefaleas de la IHS estableció la existencia de siete entidades relacionadas con la migraña, especificando unos criterios diagnósticos precisos⁽²⁾.

Criterios pediátricos para la migraña sin aura (ICHD-2)

A. Al menos cinco episodios que cumplan los criterios B-D.

B. Cefalea de 1-72 horas de duración.

C. Al menos dos características:

- Unilateral o bilateral.

- Pulsátil.

- Intensidad moderada a severa.

- Se agrava con la actividad física.

D. Al menos uno de los siguientes síntomas:

- Náuseas y/o vómitos.

- Fotofobia y fonofobia.

E. No atribuible a otro trastorno.

Criterios pediátricos para la migraña con aura (ICHD-2)

A. Al menos dos crisis que cumplan los criterios B-D.

B. Aura con al menos una de las siguientes características, excepto debilidad muscular:

- Síntomas visuales completamente reversibles, incluyendo manifestaciones positivas (luces parpadeantes, manchas o líneas) y/o negativas (pérdida de visión...).

- Síntomas sensoriales completamente reversibles.

- Alteraciones en el habla/disfasia completamente reversibles.

C. Al menos dos de los siguientes:

- Síntomas visuales homónimos y/o síntomas visuales unilaterales.

- Al menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente en un tiempo ≥ 5 minutos o 2, o más síntomas de aura sucesivos en el mismo período.

- Cada síntoma ≥ 5 minutos y ≤ 60 minutos.

D. Este criterio determina el subdiagnóstico de migraña con aura típica:

- Aura típica con cefalea migrañosa. Una cefalea que cumpla los criterios B-D para migraña sin aura comienza durante el aura o sigue a ésta en los 60 minutos siguientes.

- Aura típica con cefalea no migrañosa. Una cefalea que no cumpla los criterios B-D para migraña sin aura o sigue a ésta en los 60 minutos siguientes.

- Aura típica sin cefalea. Sin cefalea durante el aura ni en los siguientes 60 minutos.

En la clasificación de la IHS-2 se aceptan 6 subgrupos:

- Aura típica con cefalea migrañosa.
- Aura migrañosa sin cefalea.
- Migraña tipo basilar.
- Migraña hemipléjica familiar.
- Cefalea de tensión episódica.
- Hemicránea paroxística crónica.

Los criterios de la IHS, con alta especificidad para el diagnóstico de cefaleas, han sido contrastados con el diagnóstico clínico neurológico infantil (Maytal *et al.*, 1997), y con las pautas clásicas establecidas por Prenskey y otros (Artigas *et al.*, 1999; Forsyth y Farell, 1999). Estos estudios confirman los criterios de Prenskey como aquellos con mayor sensibilidad diagnóstica para la cefalea en la infancia⁽³⁾.

Criterios de Prenskey

Cefalea recurrente con intervalos libres más tres de los siguientes:

- Dolor abdominal.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Pulsátil.
- Mejoría con el sueño.
- Historia familiar.
- Aura.

Cefalea de tensión episódica:

criterios diagnósticos de la IHS⁽³⁾

Al menos 10 episodios de cefaleas que cumplan los criterios expuestos a continuación.

- Número de cefaleas < 180 /año (15 días/mes).
- Duración entre 30 minutos y 7 días.
- Por lo menos dos de las siguientes características:

- Carácter opresivo.
- Intensidad leve-moderada (es limitante, pero no invalidante).

- Localización bilateral.

- No se agrava con el esfuerzo físico.

- Las dos siguientes:

- Ausencia de náuseas y vómitos, aunque puede presentar anorexia.

- No asocia fotofobia o fonofobia o únicamente una de ambas.

- Por lo menos uno de las siguientes:

- La historia clínica y los exámenes efectuados no sugieren ninguna enfermedad.

- La historia clínica y las exploraciones efectuadas sugieren una enfermedad, pero ha sido excluida por los exámenes convenientes.

- Existe una enfermedad, pero la cefalea no ha aparecido por primera vez en presencia de la enfermedad.

Se diferencian dos tipos: frecuente e infrecuente (ocurrencia de menos de un episodio al mes).

Hemicránea paroxística crónica

Es rara en la edad pediátrica. Se trata de una cefalea unilateral, no acompañada de náuseas, ni vómitos, que cursa con accesos frecuentes de dolor muy intenso a lo largo del día, y habitualmente de breve duración (2-45 minutos). Se caracteriza por la excelente respuesta a la indometacina.

Síndromes periódicos en la infancia

que pueden preceder o acompañar a la migraña

- Vértigo paroxístico benigno.
- Tortícolis paroxística benigna.
- Vómitos cíclicos.
- Migraña abdominal.

Cefaleas de breve duración

- Cefalea punzante idiopática.
- Síndrome de cuello-lengua.

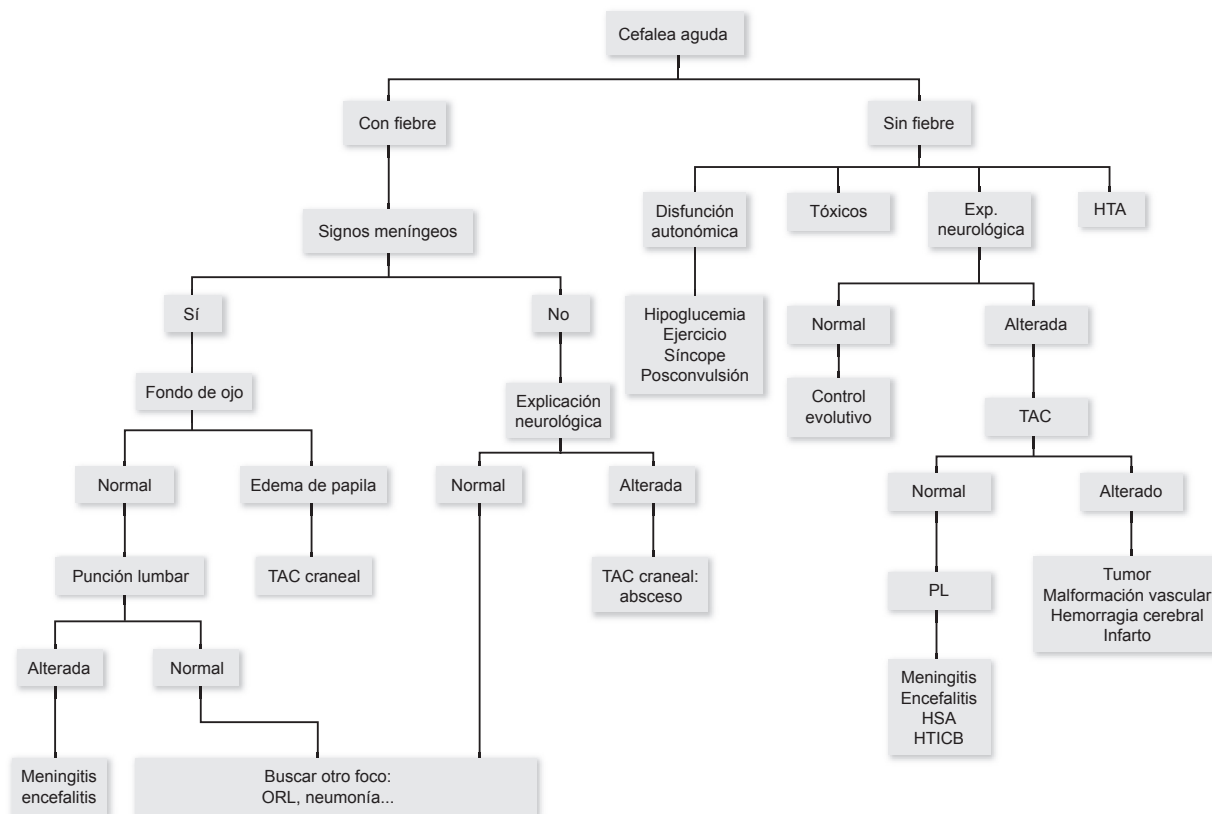


Figura 2. Algoritmo de manejo de la cefalea en urgencias.

• Otras: cefalea benigna desencadenada por el ejercicio y la tos, neuralgias faciales típicas o atípicas.

Cefalea crónica no progresiva

Cefalea de tensión crónica

Igual que la cefalea de tensión episódica pero cuando se presenta más de 15 días al mes o más de 180 episodios al año. Es el paradigma de este tipo de cefaleas.

Cefalea postraumática

Cuando dura más de 8 semanas tras un traumatismo craneoencefálico. Obliga a descartar un hematoma subdural.

Cefalea crónica diaria

Cefalea por abuso de analgésicos.

Cefalea crónica progresiva

Se asocian a patología intracraneal de diversa índole que en general causa hipertensión intracraneal:

- Hidrocefalia.
- Tumores cerebrales.
- Abscesos cerebrales.
- Hematoma subdural crónico.

Son sugerentes en este tipo de cefalea los cambios en el patrón de una cefalea crónica, dolor persistentemente localizado en el mismo lugar, dolor que despierta por la noche, dolor de presentación matutina, dolor asociado a focalidad o déficit neurológico.

DIAGNÓSTICO

Con la realización de una buena anamnesis y una minuciosa exploración física podemos llegar al diagnóstico hasta en un 90% de los casos sin tener que recurrir a exámenes complementarios.

Ante un niño que acude a urgencias con cefalea aguda y sin antecedentes de cefaleas previas el primer dato diferenciador será la presencia de fiebre⁽⁴⁾ (**Figura 2**):

1. En caso de cefalea acompañada de fiebre es prioritario descartar un proceso infeccioso del SNC (meningitis, encefalitis), ya que la rapidez con la cual diagnosticuemos y tratemos el proceso va a determinar el pronóstico del paciente.

Debemos tener en cuenta que muchos cuadros febriles llevan asociada cefalea inespecífica y un cierto componente de meningismo, por lo que es conveniente reevaluar al paciente cuando la fiebre haya disminuido, apreciándose en la mayoría de los casos clara mejoría de la sintomatología.

2. En el caso de cefalea sin fiebre es fundamental realizar una minuciosa historia clínica, indagando bien en los antecedentes personales, familiares (si existen miembros en la familia que padezcan cefalea y de qué tipo) y en los problemas escolares del niño. Para ello nos podemos ayudar en la anamnesis de las siguientes cuestiones⁽⁵⁾:

- ¿Tiene uno o varios tipos de cefaleas? Hasta un 10% de los casos se puede asociar la migraña y la cefalea de tensión.
- ¿Desde cuándo padece la cefalea? ¿Coincidió el comienzo con algo?
- ¿Con qué frecuencia tiene los episodios?
- ¿Sigue un ritmo horario? La cefalea tensional es continua o se incrementa a lo largo del día, generalmente se intensifica por la noche. Las cefaleas orgánicas pueden ser continuas, pero habitualmente son matutinas, al despertar. La migraña no tiene predominio horario.
- ¿Hay factores precipitantes o agravantes? En la cefalea tensional pueden identificarse ansiedad o depresión. Migraña y sus factores desencadenantes.
- ¿Hay síntomas previos a la cefalea?
- ¿Cómo y dónde comienza la cefalea?
- ¿Cuáles son las características del dolor de cabeza? Es uno de los datos más difícil de interpretar en los niños, sobre todo en los de menor edad. Puede facilitarse esa descripción ofreciéndole diversas opciones: “como un peso”, “como si te apretaran la cabeza”, “pulsátil como el corazón”...
- ¿Hay síntomas asociados al dolor? ¿Cuáles? En la cefalea tensional con frecuencia hay otros síntomas de ansiedad, como irritabilidad, trastornos del

sueño, rechazo escolar o mareos. La migraña se puede acompañar de fotofobia, fonofobia, náuseas y vómitos.

- ¿La cefalea interrumpe la actividad habitual?
- ¿Hay circunstancias o fármacos que alivian la cefalea?
- ¿Cuánto tiempo dura la cefalea?
- ¿Hay antecedentes familiares de cefalea? ¿De qué tipo?

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Medir temperatura.
- General: valorar peso, talla, perímetro cefálico, morfología cefálica, suturas, fontanela, lesiones cutáneas, oídos, orofaringe, región temporomandibular...
- Tensión arterial.
- Neurológico: nivel de conciencia, atención, orientación, memoria, lenguaje, pares craneales, agudeza visual, tono muscular, motricidad, marcha, equilibrio, coordinación, sensibilidad, reflejos, signos meníngeos.
- Fondo de ojo.

La anamnesis y la exploración física nos ayudarán, en la mayoría de los casos, a hacer un diagnóstico diferencial entre los principales tipos de cefalea⁽¹⁾ (**Tabla II**).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS⁽²⁾

Se reservarán para las situaciones en que no pueda establecerse un diagnóstico concreto.

Según los criterios de cada entidad específica o bien cuando la correcta anamnesis y exploración física lo sugieran:

- Exámenes de laboratorio: en función de la sospecha diagnóstica podremos solicitar hemograma, bioquímica sanguínea, reactantes de fase aguda, sedimento urinario (urocultivo), siempre que esté indicado.
- Radiografía de tórax, si está indicado.
- Cribado toxicológico.
- Punción lumbar, cuyas indicaciones son:
 - Descartar infección del SNC.
 - Sospecha de hemorragia subaracnoidea con tomografía axial computarizada (TAC) normal.
- Neuroimagen⁽⁵⁾:
 - Los cambios en el patrón de una cefalea crónica.

Tabla II. Semiología diferencial de los principales tipos de cefaleas

Prevalencia	Migraña	Tensional	HTIC
Sexo	Mujer	Mujer	Ambos
Edad	Infancia/adolescencia	Todas	Todas
Localización	Hemicraneal	Periorbitaria	Occipitofrontal
Periodicidad	Frecuente	Estrés	A veces
Intensidad	Intensa	Moderada	Variable
Carácter	Pulsátil	Opresivo	Continuo o paroxístico
Trastornos asociados	Visual, vómitos	Psíquicos	Neurológicos
Cambio de aspecto	Presente	Ausente	Variable
Fotosonofobia	Sí	No	No
Signo neurológico	Sí	No	Sí
Aura	Con/sin	No	No
Duración	4-72 horas	30 min-7 días	Variable
Desencadenantes	Emoción, estrés, etc.	Emoción, trabajo, etc.	Valsalva
A. familiares migrañosos	Sí	Frecuentes	No

- Cefalea de reciente aparición y carácter progresivo.
- Dolor persistentemente localizado en el mismo lugar.
- Dolor que despierta por la noche.
- Dolor de presentación matutina.
- Cefalea precipitada por esfuerzos físicos, maniobras de Valsalva o cambios posturales.
- Dolor asociado a focalidad o déficit neurológico.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Cefalea secundaria a una enfermedad orgánica intracraneal febril o afebril.
- Cefalea acompañada de fiebre de origen desconocido, especialmente en los niños más pequeños.
- Complicaciones de migraña: estado de mal migrañoso (> 72 horas), infarto migrañoso, crisis que no responde al tratamiento en urgencias.
- Pacientes que requieren tratamiento parenteral o imposibilidad de tratamiento ambulatorio.
- Cefalea crónica diaria refractaria.

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN URGENCIAS^(2,3,5,6)

El tratamiento de la cefalea se hará de forma individualizada, teniendo en cuenta el origen de la cefalea y las características del niño.

Medidas generales

- Intentar tranquilizar al niño y a la familia, explicando la benignidad del proceso, en el caso de las ce-

faleas primarias y cefaleas secundarias cuyo origen no sea grave.

- Identificar y tratar los factores desencadenantes relacionados con ciertos tipos de cefalea:
 - Factores psicológicos: conflictos familiares, problemas con los compañeros, presión escolar, etc.
 - Mejorar los hábitos de sueño.
 - Evitar los alimentos que pueden desencadenar cefalea (migraña): chocolate, quesos, fresas, frutos secos, cítricos...
 - Evitar el ayuno.
 - Evitar la exposición prolongada a la luz, ciertos ruidos, televisión...
 - Evitar la realización de ejercicio físico intenso.

TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA

- Medidas ambientales que faciliten el sueño.
- Evitar el uso continuado de analgésicos: cefalea crónica.
- Utilizar los analgésicos en dosis eficaces y lo más precozmente posible.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Analgésicos

- Ibuprofeno: 15 mg/kg/dosis.
- Paracetamol: 15-20 mg/kg/dosis.

- Ácido acetilsalicílico (AAS): 10-20 mg/kg/dosis.
- Naproxeno: 10 mg/kg/dosis.

Puede asociarse un antiemético en casos seleccionados.

Opiáceos

- Codeína: 1 mg/kg/6 horas. Es más eficaz en asociación a paracetamol.

Sumatriptán

- Dosis: 10-20 mg, intranasal (i.n.). Se recomienda administrar 10 mg i.n. inicialmente, salvo si en episodios previos se han requerido 20 mg.

- Si hay respuesta con recurrencia del dolor, podría administrarse una segunda dosis, no antes de 2 horas.

- No administrar la segunda dosis si no ha habido respuesta a la primera. No administrar más de dos dosis de 20 mg en 24 horas.

- Contraindicado en HTA, insuficiencia hepática o ACV.

Corticoides

- Metilprednisolona: 1-2 mg/kg/día, vía oral (v.o.), intravenosa (i.v.), intramuscular (i.m.).
- Dexametasona: 0,3-0,6 mg/kg/día v.o., i.v., i.m.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Salgado M, Santiago Gómez R, et al. Cefalea en la infancia. Una aproximación diagnóstica. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (5): 432-43.
2. Eirís-Puñal J, Gómez-Lado C, Castro-Gago M. Cefaleas. *An Pediatr Contin* 2006; 4 (1): 12-23.
3. Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M. *Cefalea en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Ergón; 2003.
4. Arroyo HA. Cefalea en la infancia y adolescencia. Clasificación etiopatogénica. *Rev Neurol* 2003; 37 (4): 364-70.
5. Herranz JL, Argumosa A. Cefaleas. *Bol Pediatr* 2000; 40: 100-8.
6. Vasconcellos E. Revisión del tratamiento farmacológico de la migraña en niños. *Rev Neurol* 2003; 37 (3): 253-9.