

## CEFALEA EN LA INFANCIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.

### AUTORES

Mercedes García Reymundo<sup>1</sup>, Cristina Cáceres Marzal<sup>2</sup>,  
Julián Vaquerizo Madrid<sup>2</sup>.

### CENTRO DE TRABAJO

<sup>1</sup>Departamento de Pediatría. <sup>2</sup>Unidad de Neuropediatría.  
Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universi-  
tario Infanta Cristina. Badajoz.

### DATOS DE CONTACTO

Cristina Cáceres Marzal. Unidad de Neuropediatría. Hos-  
pital Materno-Infantil. C/ La Violeta nº 3. 06010 Badajoz.  
Teléfono: 924215000 Ext. 16505.  
e-mail: ccaceresmarzal@yahoo.es.

Recuento de palabras: 3701

Trabajo realizado sin financiación.

### RESUMEN

Introducción: Las características clínicas de la cefalea aguda en la infancia son difíciles de definir con precisión. Sin embargo, un riguroso análisis de la historia clínica, conociendo los datos y características clínicas importantes que debemos examinar nos serán de gran ayuda para realizar una clasificación diagnóstica correcta, imprescindible para un manejo óptimo del paciente. Objetivo: analizar las características clínicas y epidemiológicas de la cefalea en la edad pediátrica. Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal: revisión de historias clínicas de 146 niños que consultan en la unidad de neuropediatría durante el periodo comprendido entre noviembre 2006 y diciembre 2007. Los criterios diagnósticos aplicados han sido: International Classification of Headache Disorders 2<sup>nd</sup> Ed (2004) y criterios de Prensky para migraña infantil. Resultados: de las 149 historias clínicas revisadas, 116 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Distribución porcentual de diagnósticos: cefalea inespecífica 34%, migraña sin aura 29%, migraña con aura 11%, cefalea mixta 13%, cefalea tensional 8%, equivalentes migrañosos de la infancia 4,3%. La edad más frecuente de presentación fue 6-10 años. El 87% tenían antecedentes familiares de cefalea. El síntoma acompañante más frecuente fue la fotofobia. El tipo más frecuente es el pulsátil, de localización frontal bilateral y de duración variable. El 11 % de los casos presentaron trastornos comórbidos. Conclusiones: La cefalea en la infancia presenta unas características clínicas propias diferentes a las de edades posteriores. Es imprescindible realizar una detallada anamnesis, historia clínica y valoración neurológica para conseguir tanto un diagnóstico acertado como un adecuado manejo posterior. Sin embargo, la escasa colaboración en muchos de nuestros pacientes en

la descripción de los síntomas, y la precocidad de derivación a atención especializada, condicionan el alto porcentaje diagnóstico de cefalea inespecífica.

### PALABRAS CLAVE

cefalea, migraña, cefalea tensional, infancia, semiología.

### SUMMARY

Introduction: Clinical characteristics of acute headache in childhood are hard to define accurately. However, given the important data and clinical characteristics to be examined, a thorough analysis of medical files will be of great help in order to carry out a proper diagnostic classification, necessary to get an appropriate management. Objective: To analyze the clinical and epidemiologic characteristics of headache on pediatric age. Patients and Methods: A retrospective, descriptive and observational transverse cut study: revision of 146 children's medical files that have been attended in our neuropediatric unit between November 2006 and December 2007. The diagnosis criteria applied have been as follows: International Classification of Headache Disorder 2<sup>nd</sup> Ed (2004) and Prensky criteria for migraine. Results: 116 patients met the inclusion criteria. Diagnosis percentage distribution: 34% non-classifiable headache, 29% migraine without aura, 11% migraine with aura, 13% mixed headache, 8% tension-type headache and 4.3% child migraine equivalents. The most frequent age at the beginning of the headache was between 6 and 10 years old. 87% of the patients had a family history of headache. The most common associated symptom was photophobia. All characteristics considered were the pulsating quality, the frontal bilateral location and the variable duration the most prevalent. Comorbid disorders arose in 11% of the cases. Conclusions: Childhood headache has own clinical characteristics different to the adult age. It is essential to carry out a detailed clinical interview and a neurological assessment in order to get an accurate diagnosis as well as an appropriate management afterwards. Nevertheless, the high diagnosis percentage of nonspecific headache is conditioned by the limited collaboration of many of our patients when it comes to describing the symptoms, together with an early referral to specialist care.

Keywords: headache, migraine, tension headache, childhood, semiology.

### INTRODUCCIÓN

La cefalea representa una de las causas más frecuentes por la que un niño o adolescente es derivado a la consulta de neuropediatría. La prevalencia actual de cefalea en la población infantil española se estima entre 37,9 y 46,3%, y para la migraña entre 4,4 y 11,1%. Suele ser motivo de preocupación y angustia familiar porque altera la conducta

del niño e interfiere en su actividad diaria. El rendimiento escolar, que es un buen indicador de la calidad de vida, disminuye a veces hasta en un 40%. El total de jornadas anuales perdidas en el calendario académico en los chicos con migraña duplica al de la población escolar general. Los niños manifiestan en muchos casos alteraciones del estado de ánimo y del humor, ansiedad, somatizaciones, insomnio, sonambulismo y terrores nocturnos. En las últimas décadas se han triplicado las consultas pediátricas por dolor de cabeza, lo que supone casi el 20% de la actividad clínica<sup>2,4</sup>.

Tabla I: Criterios de Prensky para la migraña

Criterios de Prensky para la migraña (Prensky AL, Sommer D., 1979).	
Cefalea recurrente con intervalos libres más 3 de los siguientes:	
Náuseas	
Vómitos	
Pulsátil	
Mejoría sueño	
Dolor abdominal	
Historia familiar	
Aura (visual, motora o sensorial).	

Según la Clasificación de la International Headache Society (IHS), las cefaleas primarias, y, especialmente la migraña y la cefalea tensional<sup>4,6</sup> como subtipos de expresión aguda y recurrente, y sin lesión estructural cerebral, son las más frecuentes en la infancia y adolescencia. Dado que no se dispone todavía de un marcador biológico específico, el diagnóstico se basa en la información obtenida en la anamnesis y la exploración física y, en su caso, en una correcta gestión de los exámenes complementarios pertinentes<sup>7</sup>. En este sentido, es una preocupación constante del pediatra de atención primaria la consideración del dolor de cabeza como un síntoma probable de organicidad (tumores, malformaciones vasculares, etc...), por lo que se encuentra ante la necesidad de investigar si la cefalea es secundaria a un trastorno directo del sistema nervioso central o si se trata de un proceso banal sin consecuencias. El conocimiento profundo de la semiología de las cefaleas y la aplicación protocolizada de la entrevista familiar y de la historia clínica evitarán exploraciones innecesarias<sup>9</sup>.

La migraña es un trastorno neurológico con una base fisiopatológica neurovascular, un carácter familiar y predisposición hereditaria y se caracteriza por la presencia de cefaleas agudas recurrentes acompañadas de una combinación variable de síntomas neurológicos, gastrointestinales y autonómicos. Una crisis de migraña puede constar de las siguientes fases: pródromos, aura, intervalo libre, dolor y resolución. Estas fases no se manifiestan necesariamente en todos los pacientes. La migraña infantil tiene unas características diferenciales de la del adulto, tanto en las características intrínsecas de la cefalea como en los síntomas

acompañantes y los trastornos comórbidos. Por otro lado, la cefalea tensional, generalmente asociada al cansancio físico o situaciones de estrés familiar o escolar, se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea que duran entre varios minutos y varios días, de intensidad más leve que la cefalea migrañosa y de carácter opresivo y localización holocraneal o bilateral. Al contrario que la migraña, la cefalea tensional no suele interferir en la actividad diaria del niño. Existen numerosas clasificaciones de las cefaleas. Aunque de forma práctica la clasificación más útil podría ser aquella que sigue un patrón temporal (Rothner AD, 1986) y que reconoce cuatro patrones: cefalea aguda, aguda recurrente, crónica progresiva y crónica no progresiva, la clasificación más recomendada es la de la IHS (International Headache Society)<sup>8</sup>. En la edición de 1988 se identificaban 12 categorías mayores divididas en dos grupos: las cefaleas primarias y las cefaleas secundarias, y un apartado para las cefaleas no clasificables. Inicialmente diseñada para los adultos, se ha ido imponiendo también en pediatría, si bien con algunos matices diferenciales. Estos criterios no siempre son aplicables a los niños pero son muy útiles para la presunción diagnóstica del tipo de cefalea. En el año 2003 un comité de expertos de la IHS presentó la 2ª edición de la clasificación internacional de cefaleas, que se publica en el año 2004<sup>5</sup>. La nueva clasificación ha sido analizada por diferentes autores con una gran aceptación.

Tabla II: Criterios para migraña sin aura de la IHS.

Criterios para migraña sin aura de la IHS. Modificaciones para la infancia (2004).	
A) Cinco o más ataques que cumplan los criterios B-D.	
B) Duración: 2-48 h (sin tratamiento).	
C) Características del dolor (al menos 2 de las siguientes):	
1. Localización unilateral (frontal/temporal).	
2. Pulsátil.	
3. Intensidad moderada grave (reduce o impide la actividad diaria).	
4. Aumenta con la actividad física.	
D) Al menos una de las siguientes:	
1. Náuseas y/o vómitos.	
2. Fotofobia y fonofobia	
E) No atribuida a otro trastorno	

Requieren una mención especial en esta revisión los equivalentes migrañosos de la infancia. Éstos constituyen alteraciones neurológicas periódicas y recurrentes, que no pueden relacionarse con otra patología y que no se acompañan de cefalea, o ésta no es el síntoma predominante. Se producen siempre en un contexto familiar o personal de carácter migrañoso. En la edad pediátrica se aceptan tres equivalentes migrañosos bien definidos: el síndrome de los vómitos cíclicos, la migraña abdominal y el vértigo paroxístico benigno<sup>5</sup>. Debe destacarse que la naturaleza de este trastorno no está clara. Se sugiere una relación con la migraña sobre bases puramente clínicas, ya que muchas veces son precursores o están asociados a ésta<sup>10</sup>.

Tabla III: Criterios para migraña con aura de la IHS

Criterios para migraña con aura de la IHS. Modificaciones para la infancia (2004).	
A. Al menos dos ataques de acuerdo con B	
B. Al menos tres de las cuatro características siguientes:	
1.	Uno o más síntomas de aura totalmente reversibles que indica disfunción cerebral cortical o del tronco
2.	Al menos un síntoma de aura que se desarrolla gradualmente en 4 min, o dos o más síntomas que ocurren simultáneamente
3.	Las auroras no duran más de 60 min. Si hay más de un síntoma de aura se acepta una duración proporcional
4.	La cefalea sigue el aura con un intervalo menor de 60 min

**OBJETIVO**

Investigar las características clínicas y epidemiológicas de la cefalea en la edad pediátrica en nuestra población infantil, a través de una primera consulta en la unidad de neuropediatría. Conocer el impacto asistencial, las características de esa demanda y exponer, a través de sus conclusiones, los datos que puedan facilitar el diagnóstico en la práctica clínica habitual.

**PACIENTES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de corte transversal consistente en la revisión de las historias clínicas de 149 niños que consultaron en la unidad de neuropediatría del Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Badajoz durante el periodo comprendido entre noviembre de 2006 y diciembre de 2007. Los datos han sido extraídos de la historia clínica estandarizada recogida en la primera consulta de los pacientes diagnosticados de cefalea. Los criterios de inclusión establecidos fueron: edad pediátrica (menores de 14 años), primera consulta durante el periodo referido y cefalea como diagnóstico principal. Los criterios de exclusión fueron: cefalea secundaria, expedientes clínicos con datos incompletos o consulta fuera del periodo de estudio. Para el diagnóstico y clasificación de las cefaleas se aplicaron los criterios diagnósticos de Prensky para migraña (tabla 1) y los de la International Headache Society Classification (2ª edición, 2004) (Tablas 2, 3 y 4).

Las variables clínicas estudiadas fueron: sexo, edad al inicio (0-5 años, 6-10 años, 11-14 años), edad a la 1ª consulta, antecedentes familiares de cefalea (madre, padre, abuelos, tíos, otros), tiempo de evolución (inferior a 6 meses, 6 meses-1 año, 1-3 años, superior a 3 años), localización del dolor (mal definido, frontal, occipital, parietal, periorbitaria, hemicraneal, holocraneal), uni/bilateralidad, tipo de dolor (opresivo, pulsátil, mal definido), intensidad (leve, moderado, grave, indeterminado), duración de los episodios de dolor (inferior a 1, 6, 12 o 24 horas, duración de días o duración variable), periodicidad (diaria, semanal,

quincenal, mensual, trimestral, variable), horario (matutino, vespertino, nocturno, variable), factores desencadenantes (traumatismo, ejercicio, viajes, falta de sueño, calor, estrés, alimentos, otros), presencia de aura (sí, no), tipo de aura (visual, sensorial, alteración del lenguaje, motora, otras), síntomas acompañantes (vómitos, náuseas, empeoramiento con ejercicio, despertar nocturno, mareo, palidez, alivio con el sueño, acúfenos, fotofobia, fonofobia, cinetosis, disartria, parestesia, dolor abdominal, anorexia, síncope, irritabilidad, dismorfopsia, mejoría con vómito), interrupción de la vida diaria (sí, no), exploración neurológica (normal, anormal), trastornos comórbidos (epilepsia, trastornos del aprendizaje, TDAH, trastorno internalizante, otros) y tratamiento profiláctico (fármacos antiepilépticos, antagonistas del calcio, betabloqueantes, antidepresivos, otros, sin tratamiento). Los datos son expresados como porcentajes o proporciones.

Tabla IV: Criterios para cefalea tensional episódica de la IHS para la infancia (2004).

Criterios para cefalea tensional episódica de la IHS para la infancia (2004).	
A) Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran menos de 1 vez al mes y menos de 12 días al año y que cumplan los criterios BD.	
B) La cefalea dura de 30 minutos a 7 días.	
C) 2 o más de las siguientes características:	
1.	Bilateral
2.	Opresivo (NO pulsátil)
3.	Intensidad leve o moderada
4.	NO se agrava con la actividad física
D) Ambos criterios:	
1.	NO se acompaña de náuseas ni de vómitos.
2.	Puede existir fotofobia o fonofobia PERO NO AMBAS.
E) No atribuido a otro trastorno	

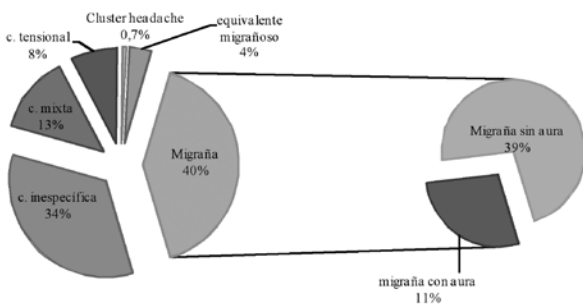
**RESULTADOS**

De las 149 historias clínicas 116 pacientes cumplían los criterios de inclusión. La distribución porcentual de diagnósticos se refleja en la figura 1. La mayoría de los casos se pudo incluir en uno de los siguientes grupos: cefalea tensional, migraña (con y sin aura) o cefalea inespecífica. En el grupo de cefalea inespecífica se agruparon los casos que no cumplían criterios diagnósticos para cefalea recurrente, y en el grupo de cefalea mixta se incluyeron los pacientes en los que se intercalaban episodios de tipo tensional con episodios de tipo migrañoso. Se recogió un caso de cefalea en racimos (cluster headache) en un niño de 12 meses de edad. Solo se encontró un caso de cefalea secundaria que correspondía a una hipertensión intracraneal benigna, que quedó excluida del estudio. No fue identificado ningún caso de complicación de migraña.

De forma independiente se analizó al grupo de equivalentes migrañosos de la infancia por sus peculiaridades

diagnósticas<sup>10,12</sup>. Estos son los datos obtenidos de este grupo: 5 casos incluidos (4,3% del total), edad media: 4 años y 6 meses, proporción niño/niña: 3/2. Dentro de este grupo se identificaron: 1 paciente con migraña abdominal y 2 pacientes con vértigo paroxístico benigno. Los dos casos restantes están incluidos en este grupo pendientes de evolución para establecer el diagnóstico específico definitivo dentro de los equivalentes migrañosos de la infancia.

Figura 1: Distribución porcentual de diagnósticos



La edad en la primera consulta se distribuyó en todos los grupos sin diferencias significativas entre los rangos de edad de 6-10 años y 11-14 años, excepto en los equivalentes migrañosos de la infancia que consultan en su mayoría con una edad inferior a 5 años. Si lo expresamos en porcentajes del total la distribución es la siguiente: 0-5 años: 13%, 6-10 años: 46%, 11-14 años: 41%. En nuestra serie el rango de edad donde con más frecuencia se situó el inicio de la cefalea fue la franja de los 6 a los 10 años (64%), excepto en los equivalentes migrañosos donde había un claro predominio de inicio por debajo de los 4 años (84%). Entre los 0-5 años se iniciaron el 21% de los casos y entre los 11-14 años el 15%.

En cuanto al sexo, el número de niñas fue superior al de niños, representando el grupo femenino el 63% (n=73) del total (Figura 2). Este predominio se mantuvo en todos los grupos diagnósticos excepto en los equivalentes migrañosos de la infancia. En el grupo donde se presentó más claro este predominio fue en la cefalea tensional, con una relación 1/8. La relación niños/niñas en cada grupo fue la siguiente: cefalea tensional: 1/8, migraña sin aura: 1,6/1, migraña con aura: 1/1,2, cefalea mixta: 1/2,8, equivalente migrañoso de la infancia: 2/1, cefalea inespecífica: 1/1,4. Estos resultados difieren con lo encontrado en estudios previos acerca de un predominio del sexo masculino en los prepúberes<sup>10,13-16</sup>.

En el 84% de los casos aparecían antecedentes familiares de cefalea recurrente, similar a otros estudios realizados<sup>14,15,19,20</sup>, siendo de hasta el 91% en las cefaleas clasificadas como migraña sin aura. El familiar afectado fue preferentemente la madre (42% de los antecedentes familiares).

Figura 2: Sexo

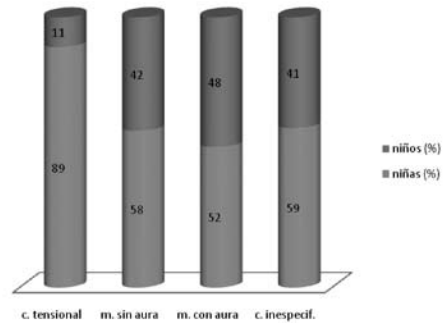
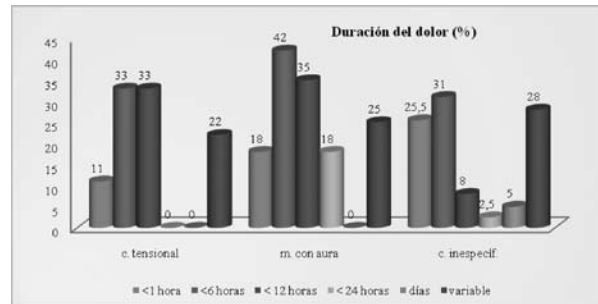


Figura 3: Duración del dolor



En cuanto al tiempo de evolución de la cefalea hasta la primera visita en la consulta de neuropediatría cabe destacar que, excluyendo a los equivalentes migrañosos, en más del 50% de los casos se identificó una evolución inferior a un año. Este hallazgo es de máxima importancia a la hora de explicar el nutrido grupo clasificado como cefalea inespecífica, dentro del cual hasta un 64% de los casos presentaban menos de un año de evolución. Este hecho, sumado a otros factores que dificultan la correcta clasificación de las cefaleas en la infancia, justifica que este amplio grupo de pacientes no cumpliera criterios diagnósticos de cefalea tensional, migraña u otros<sup>19,24</sup>.

Figura 4: Tipo de dolor

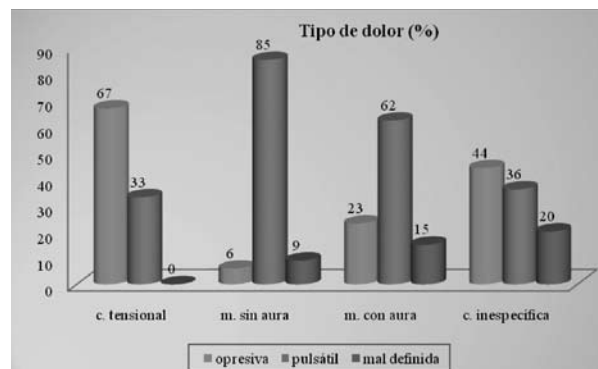
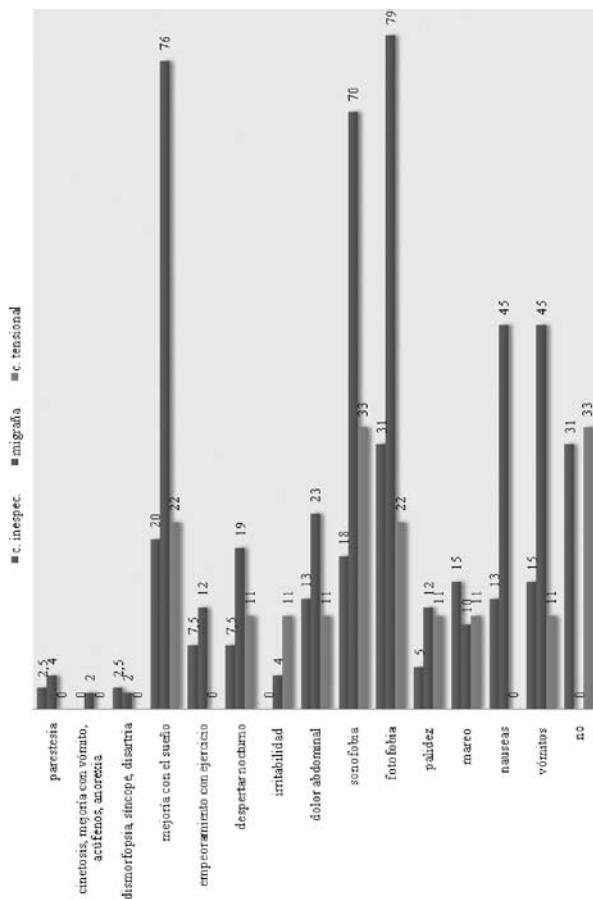


Figura 5: Síntomas acompañantes (%)



14

Como se ha detallado anteriormente, la migraña con aura representa el 11% de los casos de esta revisión. La presencia de aura se dio en el 15% (n=16) de los casos. Este dato coincide con lo relatado en la literatura, donde el aura se presenta entre un 10-50% de los casos, a diferencia de los adultos donde puede aparecer hasta en el 60-75% de las cefaleas tipo migraña<sup>10</sup>. El tipo de aura que se halló claramente más frecuente fue la visual con 81% (n=13) de los casos de aura. Los otros tipos identificados fueron: disartria (13%), sensitiva (31%) y motora (6%). En un caso se produjo un aura atípica con fenomenología de “síndrome de Alicia en el país de las maravillas”, donde el aura consiste en ilusiones ópticas y distorsiones espaciales extrañas que preceden a una cefalea por lo demás indiferenciada<sup>25-27</sup>.

Dentro de las características del dolor se evaluaron, tal y como es especificado en el apartado de pacientes y métodos: el tipo de dolor, la intensidad, la interrupción de la vida diaria, la localización, la uni/bilateralidad, la duración de los episodios, el horario y la periodicidad, los síntomas acompañantes, y los factores desencadenantes. El tipo de dolor más frecuente en la migraña fue el pulsátil (73,5%) y

en la cefalea tensional el opresivo (67%). Sin embargo, es significativo el alto porcentaje de casos (33%) que describió el dolor como pulsátil dentro del grupo de cefalea tensional (Figura 3). También requiere una mención especial el importante porcentaje de pacientes que no fueron capaces de expresar de forma definida el tipo de dolor que padecían (15,5%), circunstancia que se da con mucha frecuencia en las consultas de pediatría, y que va a depender fundamentalmente de la edad y capacidad de expresión del niño. La localización del dolor hallada con mayor frecuencia varía según los grupos diagnósticos. En la cefalea tensional no se identificó una zona donde se localizase con más frecuencia.

En la migraña con aura la localización periorbitaria y frontal compartían protagonismo (38% y 30% respectivamente), mientras que en el resto de los grupos fue la frontal la referida con más frecuencia por los pacientes. Con respecto a la presentación unilateral o bilateral del dolor, excepto en la cefalea mixta en donde la presentación unilateral fue más frecuente (70%), en el resto de los grupos hubo un predominio de localización bilateral, más llamativa en la migraña sin aura (68%). La duración del dolor fue definida como variable en un gran grupo (33%). Lo habitual en todos los grupos es que los episodios no se prolongasen más allá de las 12 horas (55% <12 horas), siendo frecuente (hasta el 40%) que durasen menos de 6 horas. Es importante destacar que dentro de la cefalea inespecífica, hasta el 25,5% de los casos presentan episodios de menos de una hora de duración (Figura 4). Este factor hace que se dificulte el poder establecer un diagnóstico concreto, por no cumplir el criterio diagnóstico de duración mínima de los episodios de cefalea según la IHS<sup>24,28,30</sup>.

También el horario de presentación fue con más frecuencia variable en todos los grupos (62%), sin diferencias llamativas entre ellos. Este hallazgo difiere de lo relatado en la literatura, donde se presenta a la migraña con una presentación más frecuentemente vespertina. La intensidad moderada fue la referida con más frecuencia (60%) por los pacientes a la hora de describir el dolor. Esto fue así en todos los grupos, excepto en la cefalea tensional donde el 78% de los casos describieron el dolor como leve. En contraposición a este hallazgo, al interrogar sobre la interrupción de la actividad habitual a consecuencia de dolor, sólo un 42% respondieron afirmativamente. En cuanto a la periodicidad el mayor porcentaje encontrado fue el semanal con un 30% del total, seguido por la presentación diaria con un 19% y la variable con un 21%. En el 15% de los casos de cefalea fueron identificados factores desencadenantes de las crisis de cefalea. Entre ellos el estrés fue el más frecuente, con un 82%, que llegó a estar presente hasta en el 67% de los casos de cefalea tensional<sup>31</sup>. Aunque históricamente se han considerado ciertos alimentos como factores precipi-



tantes de crisis de cefalea, generalmente migrañosa, y así se refleja en la bibliografía<sup>10</sup>, nosotros no hemos encontrado ningún caso en nuestra serie, y de hecho, en nuestra experiencia clínica habitual lo consideramos como un factor poco frecuente.

Los síntomas acompañantes son muy importantes en la cefalea infantil. Los síntomas que se presentaron de forma más constante fueron la fotofobia (56%) y la fonofobia (44%), náuseas (32%), vómitos (13,5%), empeoramiento de la cefalea con esfuerzo físico (14,5%) y dolor abdominal (18%). En la Figura 5 se detallan todos los síntomas acompañantes hallados en esta revisión.

A diferencia de lo referido en otros estudios, en los que se establece que el alivio de la cefalea con el sueño no es un buen factor diferenciador de migraña<sup>19</sup>, en nuestra revisión sí hemos encontrado diferencias importantes entre los porcentajes de presentación de este síntoma en migraña y cefalea tensional, con un 76% y 22% respectivamente.

Tabla V- 'Cefalea tensional intermitente en niñas hipercompetentes': Criterios de observación clínica

Cefalea tensional intermitente en niñas hipercompetentes'. Criterios de observación clínica
○ Niñas socialmente 'hipercompetentes'
○ Buenos resultados académicos ('niñas necesariamente brillantes')
○ Compiten con sus propios resultados académicos y sociales: Hiperresponsables
○ Cefalea diaria y leve pero de larga duración (horas)
○ Relacionada con el estrés académico-social
○ Relacionada con las actividades extraescolares lúdico-académicas (piano, clases particulares, etc.)
○ Relacionada con actividades extraescolares no formativas (cuidado de un familiar enfermo, etc.)
○ Características clínicas de cefalea tensional

La exploración neurológica en la totalidad de los pacientes no puso de manifiesto ninguna anomalía significativa.

Otra de las variables estudiadas fue la posible asociación a otras patologías. El resultado fue positivo, con trastornos comórbidos en el 11% del total de cefaleas, siendo de ellos 5 casos de trastornos del aprendizaje, 3 casos de epilepsia, 2 de TDAH y 1 caso de trastorno internalizante, uno de síncope vaso-vagales y uno de tics motores.

Tanto los trastornos del aprendizaje como la cefalea son causa frecuente de consulta en las unidades de neuro-pediatría, por lo que su asociación debería ser objeto de estudios específicos antes de extraer conclusiones al respecto<sup>36</sup>.

La indicación de pautas farmacológicas profilácticas se debe basar en el grado de afectación que la cefalea produ-

ce en la vida del paciente. Cuando fue evaluado el porcentaje de pacientes en los que se prescribió tratamiento profiláctico se encontró que en el 31% del total de pacientes se inició tratamiento farmacológico, resultado claramente inferior al número de pacientes que refirieron interrupción de la actividad habitual (41%). Dentro de los tratamientos prescritos, se usaron fármacos antiepilépticos en el 76%, antagonistas del calcio en el 6%, betabloqueantes en el 9%, y otros en el 9%.

Las pruebas complementarias no han sido evaluadas porque solo se han extraído datos de una primera consulta y no disponemos de los resultados de las pruebas en aquellos casos en los que se han solicitado.

## DISCUSIÓN

La cefalea es un síntoma común en nuestro medio para cualquier etapa de la vida, aunque debuta tempranamente ya desde la edad escolar.

Tabla VI. Consejos y recomendaciones 'no habituales' para el manejo de la cefalea infantil

Consejos y recomendaciones 'no habituales' para el manejo de la cefalea infantil <sup>43</sup>	
<b>En el aula:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Observe como, por ejemplo, una lectura lenta y dificultosa puede facilitar los ciclos de cefalea en una jornada escolar habitual, y tenga en cuenta la cefalea que aparece al final del día como consecuencia del cansancio físico o de una 'posible fatiga visual'.</li> <li>○ Considere siempre la cefalea que aparece tras una jornada de actividades extraescolares agotadora (música, idiomas, deporte).</li> <li>○ En los periodos sin cefalea también aumentan otros síntomas de estrés. El comportamiento en el juego se afecta durante el ataque, en las horas precedentes y en las posteriores.</li> <li>○ Recuerde que muchos niños con cefalea tienen una personalidad introvertida y analítica. Suelen ser muy exigentes consigo mismo o responsables en exceso ('<i>cefalea tensional intermitente en niñas hipercompetentes</i>'): Niñas socialmente 'hipercompetentes', con muy buenos resultados académicos, incluso hiperresponsables. La cefalea es diaria y leve, pero de larga duración, relacionada con el estrés académico-social y con las actividades extraescolares.</li> </ul>
<b>En la consulta del pediatra:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No relacione la cefalea directamente a la personalidad del niño o a determinados 'problemas' psicológicos basados en observaciones anecdóticas y sin datos contrastados.</li> <li>○ Tenga en cuenta que los niños pueden presentar síntomas atípicos y equivalentes migrañosos como el mareo del viajero, trastornos del sueño, intolerancia a las frustraciones y rigidez emocional.</li> <li>○ La personalidad de los niños con cefalea crónica, su bienestar general y sus competencias sociales son sensibles a la evolución. Debe destacarse la rigidez emocional y la tendencia al malhumor en los niños que sufren migraña. Estos rasgos no se relacionan con factores socio-demográficos, con la duración de la cefalea, o con las características de la migraña del paciente.</li> <li>○ Recuerde que la cefalea tensional es uno de los principales motivos de consulta 'no habitual' del TDAH. Ocurre más en niños que en niñas, aunque en éstas últimas ocurre especialmente cuando tienen problemas académicos o pobres competencias sociales. Otros síntomas que pueden acompañar a esa cefalea y que deben considerarse como una alerta clínica de TDAH son los tics y el dolor abdominal. La cefalea en niños hiperactivos puede ser un efecto secundario del tratamiento farmacológico, tanto de metilfenidato como de atomoxetina.</li> <li>○ Los tratamientos preventivos no farmacológicos para la migraña y la cefalea tensional (p.ej. técnicas de relajación), tienen sólo cierta eficacia contrastada y una reducción de al menos el 50% del tiempo de cefalea.</li> </ul>

El diagnóstico más frecuente en nuestro grupo es la cefalea inespecífica. Este hallazgo puede justificarse por varios motivos: El escaso tiempo de evolución de la cefalea con que en ocasiones estos pacientes son derivados a la consulta especializada dificulta la adecuada categorización diagnóstica de la cefalea por incumplir, entre otros aspectos

tos, el criterio necesario para el diagnóstico referente al número de crisis. Sería de incuestionable utilidad, por ello, la difusión y aplicación protocolizada de unos criterios mínimos de derivación a la unidad de neuropediatría. Por otra parte, influye en el estudio de las cefaleas la variabilidad de sintomatología que refieren algunos pacientes, en los cuales es difícil obtener datos precisos a través de la anamnesis. Hecho que muy probablemente justifique el nutrido grupo de cefalea mixta que hemos hallado en nuestra casuística. La historia clínica de los niños con cefalea debe ser minuciosa, detallada y sistemática. Hay que considerar que puede ser difícil que el niño colabore en el relato de los síntomas, circunstancia que será más difícil cuanto menor sea la edad del paciente.

Todos estos factores, comunes a la edad pediátrica, nos hacen incidir en la necesidad de seguimiento a largo plazo para poder realizar los diagnósticos de forma evolutiva.

La gradación de la intensidad quizá sea el parámetro más subjetivo de la infancia. Típicamente se relaciona con el grado de discapacidad que las crisis producen en las actividades de la vida diaria, existiendo diferentes escalas dirigidas a este fin, incluso diseñadas específicamente para la edad pediátrica, aunque todavía no validadas en nuestro país. Por tanto, la habilidad para la entrevista clínica, la experiencia y el uso de las escalas de gradación de dolor para niños pueden ser útiles al evaluar este aspecto de la cefalea, que va a ser un punto clave a la hora de decidir el plan terapéutico. También sería interesante incluir en los protocolos diagnósticos una serie de diseños gráficos donde el niño pueda identificar el tipo de dolor de una forma más sencilla que con la anamnesis dirigida. Por otro lado, la discordancia hallada entre la gradación del dolor y la limitación de la actividad diaria nos debe hacer pensar que, a veces, son los padres quienes responden en la entrevista clínica, en ocasiones exagerando la intensidad y frecuencia del dolor, hecho relacionado con el grado de ansiedad y preocupación que genera en la familia la posibilidad de un trastorno neurológico grave<sup>20</sup>.

Al evaluar los factores desencadenantes de crisis de cefalea nos encontramos con el estrés como principal factor. En la mayoría de niños con cefalea recurrente todas las situaciones que supongan un cierto grado de ansiedad, sobre todo aquellas relacionadas con el trabajo escolar, van a tener un efecto negativo en la aparición de la cefalea. Sin embargo, el elevado número de pacientes en el que fue encontrada la suma de trastornos del aprendizaje y cefalea nos debe hacer plantear una detenida reflexión. Ambas patologías son motivo frecuente de consulta en las unidades de neuropediatría, por lo que su asociación debería ser objeto de estudios específicos antes de poder sacar conclusiones al respecto<sup>3,6</sup>.

Un dato observacional destacable de nuestra experiencia clínica neuropediátrica hace referencia a un grupo muy significativo de niños (niñas especialmente) con cefalea y personalidad introvertida y analítica. Este grupo suele ser muy exigente consigo mismo o, dicho de otra forma, responsables en exceso. Manifiestan un peculiar dolor de cabeza que, sin ánimo categórico, bien podríamos catalogar como de 'cefalea tensional intermitente en niñas hipercompetentes'. La observamos a partir de los 8 ó 9 años, y no es secundaria a ningún trastorno del aprendizaje, incluido el TDAH. El perfil personal de estas niñas queda definido en la tabla V.

El tratamiento profiláctico se estableció en un porcentaje relativamente pequeño dentro de nuestra casuística. Esto se debe probablemente al amplio grupo de pacientes con cefalea inespecífica, pues la clasificación diagnóstica precisa es muy importante a la hora de establecer la pauta terapéutica. Aun así, y debido a la limitación con la que los pediatras nos encontramos a la hora de diagnosticar la cefalea en la infancia, creemos que la decisión de iniciar tratamiento debería basarse sobre todo en la implicación que el dolor produce en la vida diaria del niño. Además, en el manejo de la cefalea infantil, debemos tener presente una serie de recomendaciones que nos pueden ser muy útiles a la hora de elaborar un diagnóstico y/o pautar un tratamiento (tabla VI).

En la cefalea en la infancia el patrón de localización, carácter, intensidad y duración difiere sensiblemente respecto al patrón del adulto, lo que hace que los criterios de la IHS, aunque válidos, tengan una menor sensibilidad diagnóstica en la edad pediátrica<sup>4,19,30,37</sup>.

En la práctica, el diagnóstico se debe basar en la experiencia del médico y en un conocimiento amplio de la clínica de la cefalea<sup>39,40</sup>. Con este objetivo, en el presente estudio hemos pretendido ampliar el perfil clínico y facilitar el diagnóstico y el manejo de la cefalea infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Artigas J, Grau R, Canosa P et al. Prevalence and characteristics of infantile headache in a selected area. *Cephalgia* 1997; 17:293.
2. Sillanpaa M, Anttila P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache* 1996; 36:466-70.
3. Strang P, Yanagihar P, Swanson J, et al. Incidence of migraine headache: a population based study in Olmsted Country, Minn. *Neurology* 1992; 42:1657-1662.
4. Artigas J, Macaya A, Escofes C. Aspectos generales de la cefalea: clasificación, epidemiología, diagnóstico y genética. En: Artigas J, Garraizar C, Mulas F, Rufo M, eds. *Cefaleas en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ergón, 2003; p. 11-31.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders,

- cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8(Suppl 7):1-96.
6. Annequin D, Dumas C, Tourniaire B, Massiou H. Migraine and chronic headache in children. *Rev Neurol (Paris)* 2000; 156. (Suppl 4):68-74.
7. Durá Travé T. y Yoldi Petri M.E. Cefaleas agudas recurrentes: características clínicas y epidemiológicas *An Pediatr (Barc)* 2005; 62(2):141-6.
8. Headache Classification Comité of the Internacional Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;(Suppl 7):1-93.
9. Lewis D.W., Ashwal S., Dahl G., Dorbard D, Hirtz D, Prensky A. and Jarjour I. Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. *Neurology* 2002; 59:490-498
10. Domínguez Salgado M., Santiago Gómez R., Campos Castelló J. y Fernández de Pères Villalain M.J. La cefalea en la infancia. Una aproximación diagnóstica. *An Esp Pediatr* 2002;57(5):432-43
11. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology* 1979; 29: 506-12.
12. L Ruiz-Falcó Rojas M.L. Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Pediatr Integral* 2003;7(9):663-670.
13. Mortimer J, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using ad hoc, Valquist and HIS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34: 1095-101.
14. Congdon P, Forsythe W. Migraine in childhood: a study of 300 children. *Dev Med Child Neurol* 1979; 21: 209-16.
15. Hernández-Latorre M, Macaya-Ruiz A, Roig-Quilis M. Características clínicas de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2001; 33: 708-15.
16. Hernández-Latorre M, Roig M. Natural history of migraine in childhood. *Cephalalgia* 2000; 20: 573-9.
17. Martínez-Menéndez B, Pínel-González A. La jaqueca en la infancia: ¿una patología banal? *Rev Neurol* 2006; 42 (11): 643-646.
18. Cabrera López J.C, Marti Herrero M, Toledo Bravo de Laguna L. Cefaleas en la infancia. Actualización y propuestas. *BSCP Can Ped* 2005; 29(2):127-137.
19. Durá-Travé T, Yoldi-Petri M.E. Validez de los criterios diagnósticos de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2004; 38 (12): 1123-1127.
20. Gutiérrez-Mata A.P, López-Casas J, Ortez-González C.E, Sempere-Pérez A, Casartelli MJ, Campistol J. Características clínicas y evolución de los pacientes con cefalea migrañosa seguidos en la Unidad de Cefaleas de un hospital pediátrico de referencia. *Rev Neurol* 2008; 46 (6): 331-336.
21. Portuondo O, Sardiñas M.E, Herrera T, Ortiz M. Cefalea en el niño: Estudio clínico. *Rev Cubana Pediatr [online]*. 1997, vol. 69, no. 3 [citado 2008-06-01], pp. 164-168. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311997000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000300003&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 0034-7531.
22. León-Díaz A, González-Rabelino G, Alonso-Cerviño M. Análisis etiológico de las cefaleas desde un servicio de emergencia pediátrica. *Rev Neurol* 2004; 39 (3): 217-221.
23. Leguizamón C, Canata M, Recalde L. Migraña infantil en un consultorio de neuropediatría. *Pediatr. (Asunción)* 2005; 32(2):19-24.
24. Zeberholzer K, Wober C, Kienbacher C, Wober-Bingol C. Migrainous disorder and headache of the tension-type not fulfilling the criteria: a follow-up study in children and adolescents. *Cephalalgia* 2000; 20: 611-6.
25. Donald W.L. *Pediatrics in Review* 2007; 28(2):43-53.
26. Giannotti A.M. Síndrome de "Alicia en el País de las Maravillas" e infección por virus de Epstein Barr *Arch. argent. pediatr* 2003; 101(1): 41-43.
27. Pérez Méndez C, Mardomingo MM, Otero B, Lagunilla y Fernández L. Síndrome de "Alicia en el País de las Maravillas" asociado a infección por Epstein Barr. *An Esp Pediatr* 2001; 54:601-602.
28. Pearlman E. Managing migraine in children and adolescents. *Clin Fam Pract* 2005; 7:567-78.
29. Abu-Arafah I. Childhood Headache. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157:704-705.
30. Abu-Arafah I, Callaghan M. Short migraine attacks of less than 2 h duration in children and adolescents. *Cephalalgia* 2004; 24: 333-8.
31. Van den Bergh V, Amery W, Waelkens J. Trigger factors in migraine: study conducted by the Belgian Migraine Society. *Headache* 1987; 27:191-196.
32. V Lewis DW, Ashwal S, et al. Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Practice parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. *Neurology* 2004; 64:2215-2224.
33. Tomás-Vila M. et al. Variabilidad en el tratamiento de las cefaleas en las consultas de Neuropediatría de seis hospitales españoles. *Rev Neurol* 2005; 41 (1): 17-21.
34. Karwautz A, Wober C, Lang T et al. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: A controlled study and review of literature. *Cephalalgia* 1999; 19:32-43.
35. Lanzi G, Zambrino CA, Ferrari-Ginevra O, et al. Personality traits in childhood and adolescents headache. *Cephalalgia* 2001; 21:53-60.
36. Pakalnis A, Gibson J, Colvin A. Comorbidity of psychiatric and behavioral disorders in pediatric migraine. *Headache* 2005; 45: 590-6.
37. Zambrino CA, Balottin U, Ferrari-Ginevra O, D'arrigo S, Degrate M, Santoro A, et al. Clinical characteristics of adolescents headache. *Funct Neurol* 2000; 15 (Suppl 3): 106-15.
38. Maytal J, Bienkowski R.S, Patel M, and Eviatar L. The Value of Brain Imaging in Children with Headaches *Pediatrics* 1995: 96(3):413-416.
39. Seshia SS, Wolstein JR. International Headache Society classification and diagnostic criteria in children: A proposal for revision. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37:879-82.
40. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Lainez MJA, Sawyer JPC. Stratified care vs step care strategies for migraine. *JAMA* 2000; 284:2599-605.
41. Vaquerizo-Madrid J. Cefaleas en la infancia. *Vox Paediatrica* 1997, 5: 102-107.
- Modificado de: Vaquerizo-Madrid J y Cáceres-Marzal C, Cefaleas en la Infancia. Neurocognitivo. Curso de Cefaleas en la Infancia: Presentación personal, 2007-2008. <http://hiperactividad-infantil.blogspot.com>, [www.slideshare.net/gueste24968/curso-taller-cefaleas281107](http://www.slideshare.net/gueste24968/curso-taller-cefaleas281107)
- Modificado de: Vaquerizo-Madrid J y Cáceres-Marzal C, Cefaleas en la Infancia: Neurocognitivo. Curso de Cefaleas en la Infancia: Presentación personal, 2007-2008. <http://hiperactividad-infantil.blogspot.com>, [www.slideshare.net/gueste24968/curso-taller-cefaleas281107](http://www.slideshare.net/gueste24968/curso-taller-cefaleas281107)