

## CEFALEA EN NIÑOS

Teresa Gómez Rodríguez, M.D.  
Pediatra

### EDITORIAL

La cefalea (ese vulgar "dolor de cabeza") se convierte en un dolor de cabeza para padres, familiares y médicos, debido a la connotación y relación entre dolor y lesión estructural responsable del mismo. Más aún, cuando se sabe que los tumores cerebrales de fosa posterior aparecen antes de los 5 años en la población infantil.

La cefalea puede ser un síntoma más asociado a situaciones tan diversas como las intoxicaciones, los trastornos metabólicos, las vasculitis de diferente causa, los tumores, los traumas craneanos, las infecciones con o sin fiebre, enfermedades complejas, agudas o crónicas, o ser el síntoma que predomina, como ocurre en la migraña.

Contrario a lo que cree el común de la población, la cefalea es un motivo frecuente de consulta durante la infancia. En el trabajo clásico de Billie realizado en una población de 9.000 escolares escandinavos, se encontró que hacia los 7 años la migraña se presentó en el 1.4% de ellos; la cefalea infrecuente de otro tipo se produjo en el 35% de los pacientes. Hacia los 15 años la migraña afectaba al 5.3% y el 54% dijo padecer en forma esporádica cefalea no migrañosa.

En términos generales, el 40% de los niños a los siete años ha tenido cefaleas y el 75% a los 15 años; muchas de ellas son infrecuentes, intermitentes y no se repiten.

En nuestro medio, en la consulta general de Neurología Infantil y Pediatría, encontramos una gran demanda de consulta por cefaleas, en las cuales las de tipo vascular migrañoso y no migrañoso y las tensionales ocupan puestos preferenciales.

Creemos importante que los médicos y el personal de salud que maneja niños conozca sobre este síntoma y esté presto a dar la información y orientación necesaria y oportuna.

**SANTIAGO S. CRUZ ZAMORANO**  
Neurólogo Infantil

### INTRODUCCIÓN

La cefalea puede ser un síntoma más de una enfermedad viral, de un episodio de fiebre, u ocasionalmente indicar un problema

subyacente serio, motivo por el cual la mayoría de los padres que buscan ayuda para un hijo con cefalea, lo que están pidiendo es una confirmación de que ésta no tiene una causa grave.

El modo más preciso para evaluar la gravedad de una cefalea en los niños pequeños es determinar el efecto de ésta sobre sus actividades normales, el rendimiento escolar y comportamiento. Se pueden clasificar de la siguiente forma:

### CAUSAS DE LA CEFALEA RECURRENTE

**Cefalea vascular**

Migraña

Malformaciones arteriovenosas

**Cefalea de tipo tensional (estrés)**

**Cefalea por hipertensión endocraneana**

**Lesiones que ocupan espacio (tumores, hematomas)**

**Hipertensión endocraneana idiopática (psedotumor cerebri)**

### OTRAS CAUSAS

Enfermedades sistémicas (virales, hipertensión arterial).

Infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis).

Trauma craneal.

Sinusitis.

Trastornos oculares.

Trastornos de la articulación temporomandibular.

El dolor referido a la cabeza se puede originar en las arterias, dentro o fuera del cráneo, las venas, los nervios, las meninges de la base del cráneo, los músculos del cráneo y el cuello, los senos paranasales, los dientes, las mucosas, la piel y los tejidos blandos.

El cerebro, la mayor parte de las meninges que recubren la convexidad y el cráneo óseo, no son sensibles al dolor.

## EL DIARIO DE LA CEFALEA

Los niños no son buenos describiendo los episodios de cefalea y los síntomas que los preceden o acompañan, pero con ayuda de sus padres se puede llevar un diario que le será muy útil al médico durante la consulta.

### 1. Describir un episodio típico.

La presencia de aura: centelleos, puntos negros, adormecimiento de manos o cara, antes de la cefalea.

La localización del dolor: si es global, frontal, un solo lado de la cabeza, alrededor del ojo, occipital.

Las características del dolor: si es pulsátil, opresivo, punzante.

La duración, evolución a lo largo de semanas o meses, frecuencia, severidad, síntomas concomitantes (dolor abdominal, vómito, náuseas, mareo, hormigueos).

### 2. La presencia de signos o síntomas neurológicos: trastornos visuales y auditivos, marcha tambaleante, disminución de la fuerza o la sensibilidad de un lado del cuerpo, convulsiones, ceguera, visión doble.

### 3. ¿Qué empeora la cefalea? (tos, inclinarse, luz brillante, ruido, olores).

### 4. ¿Qué la alivia? (reposo, analgésicos).

### 5. ¿A qué hora del día aparece?

### 6. ¿Puede identificar factores desencadenantes?

(Relacionados con los días de escuela, alimentos, falta de sueño, estrés, ansiedad, ciclo menstrual, esfuerzos).

### 7. Los medicamentos utilizados y sus dosis.

### 8. Los antecedentes familiares de cefalea.

### 9. Los cambios en el desempeño escolar.

Durante la consulta es importante documentar los parámetros antropométricos (peso y talla), que si son bajos pueden ser indicios de enfermedades crónicas.

La toma de presión arterial es obligatoria en un niño con cefalea, al igual que un examen neurológico detallado que incluya fondo de ojo.

También se debe examinar la cavidad oral para descartar problemas dentales y la piel para buscar evidencias de trauma o trastornos neurocutáneos.

En las cefaleas asociadas con tumores cerebrales, los hallazgos anormales en el examen físico como papiledema (cambios en la retina), hemiparesia (disminución de la fuerza en un lado del cuerpo), ataxia (irregularidad en la coordinación) o dificultad para expresarse (afasia), generalmente se detectan dentro de los seis meses del comienzo de la cefalea.

Cuando se realizan estudios complementarios de neuroimágenes, como la escanografía (TAC) cerebral, sólo se ha identificado

una causa orgánica (tumores, hematomas, sangrados, aneurismas) en menos del 5% de los niños evaluados por cefalea.

Se pueden considerar candidatos para solicitar estudios complementarios de neuroimágenes, los niños con migraña con aura prolongada, cefalea unilateral severa y recurrente, migrañas complicadas con ceguera o parálisis de una extremidad, alteraciones neurológicas persistentes o coexistencia de la migraña con convulsiones focales. También si hay fallas escolares recientes o cambios de comportamiento y falla en el crecimiento.

Otra indicación es la cefalea que despierta al niño o se presenta temprano en la mañana con aumento de frecuencia y severidad.

## MIGRAÑA

La migraña es la causa más frecuente de cefalea intermitente en niños. Es un síndrome episódico, caracterizado por cefalea de intensidad, duración y frecuencia variables.

Antes de la pubertad es ligeramente más frecuente en niños. Después de la pubertad es dos a tres veces más común en niñas.

Suele encontrarse historia familiar de migraña particularmente del lado materno, probablemente por una predisposición a una inestabilidad vasomotora como factor de riesgo.

Las migrañas se dividen en 3 tipos:

### 1. Migraña sin aura (común).

### 2. Migraña con aura (clásica).

### 3. Migraña complicada.

El 80% de las cefaleas migrañosas son migrañas sin aura. 15 a 20% de las cefaleas vasculares son migrañas con aura. El aura lo da la presencia de síntomas visuales como fotopsia (centelleos), escotoma (mancha oscura), visión borrosa, hemianopsia (ceguera de la mitad de un campo visual), o sensoriales (adormecimiento periorales o de manos y pies).

## MIGRAÑA COMPLICADA

El término migraña complicada se utiliza cuando los signos de un aura se prolongan durante toda la cefalea o persisten después de ésta. De acuerdo con el área de la corteza cerebral afectada, una migraña complicada puede causar hemiparesia, trastornos sensitivos, afasia, ceguera, vértigo, ataxia, cuadriparesia, amnesia total pasajera, estado confusional o pérdida de la conciencia.

## SÍNDROME DE ALICIA EN EL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

Es un tipo de migraña complicada; toma su nombre de la conocida obra del escritor Lewis Carroll, quien también sufría de migrañas y en la cual los personajes describen distorsiones de las imágenes y de las formas corporales.

En este síndrome los objetos parecen mucho más grandes (macropsia) o más pequeños (micropsia) que en la vida real, ya sea antes, durante o después de la cefalea. También puede haber alucinaciones olfatorias, gustativas y auditivas.

Se debe diferenciar este tipo de migraña de una convulsión con la toma de un electroencefalograma.

La evaluación del primer episodio de migraña complicada debe incluir un TAC o una resonancia magnética (RMN) cerebral.

## CRITERIOS DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CEFALEA PARA EL DIAGNÓSTICO DE MIGRAÑA SIN AURA

Que haya presentado al menos cinco crisis con las siguientes características:

Duración de 4 a 72 horas.

Características (deben existir al menos dos de las cuatro):

1. Dolor unilateral.
2. Pulsátil.
3. De intensidad moderada a severa.
4. Agravada por la actividad física.

Características concomitantes (una de las dos):

1. Náuseas y/o vómitos.
2. Fotofobia o fonofobia (intolerancia a luz o ruido).

Y que el interrogatorio, el examen físico y neurológico no sugieran enfermedad orgánica subyacente.

Un ataque de migraña puede desencadenarse por múltiples causas, como estrés, fatiga, ansiedad, traumas craneanos, cambios en la conducta como saltarse una comida, dormir poco o mucho, exposición excesiva a luces brillantes, ruidos fuertes o cambios de clima.

También se ha relacionado la migraña con la ingestión de ciertos alimentos o sustancias como chocolate, maní, embutidos, glutamato monosódico, queso, bebidas cola, cafeína, alcohol o anticonceptivos orales, entre otros.

Paradójicamente, el uso excesivo de analgésicos puede causar cefalea.

## CEFALIA TENSIONAL

Su duración puede variar mucho, ser breve como de 30 minutos y prolongarse a veces hasta por 7 días.

Para hacer el diagnóstico debe haber presentado 10 episodios con al menos dos de las siguientes características:

1. Compresión o tensión en banda, no pulsátil.
2. Localización bilateral.
3. Intensidad leve a moderada.
4. No se agrava con la actividad física habitual.

No hay náuseas o vómito.

Sí se puede acompañar de fotofobia o fonofobia.

Las cefaleas tensionales son más frecuentes en adolescentes mujeres y pueden estar dadas por dificultades escolares, problemas

con los compañeros y tensiones en el hogar por disfunción familiar.

En el examen se observa contracción prolongada de los músculos cervicales con dolor a la palpación de algunos puntos específicos.

## CEFALIAS POR HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

Las manifestaciones son sugestivas de una condición más seria con inicio rápido de la primera o peor cefalea de su vida, cambio en las características de cefaleas previas, o cefalea progresiva que persiste por días.

Puede aparecer al realizar maniobras de Valsalva (tosar o pujar), agacharse y con la posición horizontal.

Pueden encontrarse signos sistémicos crónicos y manifestaciones neurológicas focales persistentes, además de convulsiones y la pérdida de la conciencia.

## TRATAMIENTO DE LAS CEFALIAS

Se puede empezar por tranquilizar sobre el carácter benigno de las cefaleas, en aquellos casos en los cuales el estudio realizado nos ha descartado alguna enfermedad subyacente.

Se debe aliviar la ansiedad, eliminar los posibles factores desencadenantes e iniciar un programa de modificación de los comportamientos y los factores ambientales.

En el tratamiento de la migraña, se deben efectuar cambios en el estilo de vida que tiendan a reducir el estrés y evitar los factores desencadenantes. El sueño es efectivo para curar casi todas las crisis de migraña.

Los analgésicos simples como el acetaminofén, el ibuprofeno o el naproxeno pueden ser eficaces si se administran en dosis adecuadas al inicio de la crisis, asociados a antieméticos.

La cafeína puede potenciar el efecto de los analgésicos, por lo que se encuentra asociada a algunos medicamentos para el tratamiento de la migraña.

Existen también preparados de ergotamina (vasoconstrictor) para el tratamiento de niños mayores y adolescentes, con migraña clásica severa para ser administrados al inicio del ataque.

## PROFILAXIS

Son medicamentos que se administran en forma continua para evitar la recurrencia de las cefaleas. También ayuda en la prevención de éstas, el identificar y controlar los factores precipitantes.

La medicación profiláctica sólo debe ser considerada cuando las cefaleas interfieren con la capacidad funcional del niño, o presenta más de 2 a 4 episodios severos por mes.

Se usan el propranolol, la amitriptilina, la ciproheptadina (antagonista central de la serotonina), los bloqueadores de canales del calcio, la riboflavina, el ácido valproico, y la fluoxetina entre otros. Estos medicamentos se interrumpen al final del período escolar.

Para el manejo de la cefalea tensional se pueden usar analgésicos simples, el descanso y algunas estrategias para modificación de conductas. Se han usado métodos no convencionales como la biorretroalimentación, la acupuntura y la relajación, con buenos resultados.

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

### Mi hijo recibió muchos golpes en la cabeza de pequeño. ¿Tiene esto algo que ver con el dolor de cabeza que está presentando?

La mayoría de los traumas craneoencefálicos de la infancia son leves, en los que no se presentan pérdida de conocimiento, vómito persistente, convulsiones o cambios neurológicos. Las complicaciones secundarias al trauma suelen presentarse en las horas posteriores a golpes severos y no años después.

### La migraña que presenta mi hijo, ¿es de por vida?

Más de la mitad de los niños con migraña presentan remisión espontánea después de los 10 años de edad. En la edad adulta 5-10% de los hombres y 15-20% de las mujeres tienen migraña.

### ¿Cómo se puede distinguir un dolor de cabeza producido por un tumor cerebral?

La clásica cefalea del tumor cerebral (progresiva, más intensa

por las mañanas, asociada con náuseas y vómitos), aparece en la minoría de los pacientes con este diagnóstico.

Más del 50% de los niños con tumor cerebral presentan cefaleas con aumento progresivo de la severidad y la frecuencia. Entre una y otra cefalea, un paciente con tumor a menudo muestra otros síntomas como cambios en la personalidad, visión doble y trastornos en el equilibrio o la marcha. Este tipo de dolor de cabeza puede empeorar con la tos, la micción y la defecación.

En resumen, la mayoría de las cefaleas en la infancia son de carácter benigno, pero es el médico, después de un interrogatorio exhaustivo y de un examen físico detallado, quien puede orientarle sobre el manejo y la necesidad de estudios posteriores.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA

##### MIGRAÑA SIN AURA

Cinco crisis

Duración de 4 a 72 horas

Características (dos de las cuatro):

Unilateral

Pulsátil

Moderada o severa

Agravada por la actividad física

Características concomitantes (una de las dos):

Náuseas y/o vómitos

Fotofobia o fonofobia

##### MIGRAÑA CON AURA

Dos crisis

Características (tres de las cuatro):

1. Aura indicadora de trastorno cerebral focal o del tallo cerebral.

2. Aura de desarrollo gradual a lo largo de 4 minutos o varias sucesivamente.

3. Aura de menos de 60 minutos de duración.

4. Cefalea que aparece antes del aura, simultáneamente o dentro de los 60 minutos.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALEA DE TIPO TENSIONAL

##### EPISÓDICA

10 episodios: menos de 15 por mes

Duración: de 30 minutos a 7 días

Características (por lo menos dos de las cuatro):

Opresiva/En banda (no pulsátil)

Intensidad leve o moderada

Localización bilateral

No agravada por la actividad física

##### LAS DOS SIGUIENTES:

1. Sin náuseas ni vómitos

2. Con fotofobia o fonofobia, pero no ambas.

##### CRÓNICA

Más de 15 por mes durante más de 6 meses

Características: igual que las anteriores

##### LAS DOS SIGUIENTES:

1. Sin vómitos.

2. Puede tener sólo una de las siguientes: náuseas, fotofobia o fonofobia.

#### Comité Editorial:

• Dr. Martín Wartenberg  
• Dra. Yuri Takeuchi  
• Sra. María Teresa Sellarés

• Dr. Paulo José Llinás  
• Dr. Jaime Orrego  
• Dr. Alfredo Sánchez

• Dra. Marisol Badiel  
• Dr. Carlos Alberto Cañas  
• Dr. Carlos Serrano Reyes

• Dra. Sonia Jiménez Suárez  
• Enfermera Ma. Elena Mosquera

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali  
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



**EL PAIS**  
El Diario de nuestra gente

