

Introducción

La evaluación del niño menor de 10 años requiere de técnicas creativas para obtener información pertinente que permita construir una historia clínica completa. Datos como el nivel de ausentismo escolar pueden ayudar a determinar de manera indirecta la frecuencia, severidad e incapacidad que produce la cefalea en el niño. Es importante determinar si el niño presenta uno o varios tipos de dolor de cabeza. Los síntomas dependerán de la edad del niño. Los lactantes y los niños pequeños manifiestan frecuentemente irritabilidad y malestar, de manera que el diagnóstico se realiza retrospectivamente. La sintomatología dependerá del umbral para el dolor de cada persona y se verá modulada por características propias de la personalidad del paciente.

La prevalencia general de cefalea en niños es de 37 a 51% a los 7 años y de 57 a 82% entre los 7 y 15 años. La prevalencia específica para migraña es más alta en hombres que en mujeres entre los tres y los siete años, después de los siete años es igual y luego de la pubertad ésta relación varía sustancialmente y es de tres mujeres por un hombre.

Mecanismos del dolor

Resulta importante recordar las estructuras implicadas en el dolor que pueden ser:

- Extracraneales: arterias y venas de la superficie del cráneo, celdillas mastoideas y senos paranasales. Orbitas, dientes y músculos de cabeza y cuello.
- Intracraneales: arterias de la base del cerebro y la duramadre en la porción más basal del cerebro.
- El parénquima cerebral y la mayor parte de las meninges son insensibles.

Fisiopatología

Teoría vascular: es la teoría más antigua, data de 1660 cuando Thomas Willis expuso la idea de que la migraña podría ser producida por la vasodilatación de vasos cerebrales, que provocaría una activación de fibras nociceptivas de las arterias intracraneales. Se consideraba que la vasoconstricción posterior era la responsable de los síntomas que ocurren durante el aura.

Teoría neural: Leao en 1944 observa un fenómeno en animales de experimentación y lo denomina “depresión propagada” como posible explicación para el aura. Se trata de la existencia de unas ondas de excitación que se propagaban a lo largo de la corteza cerebral a razón de 3 mm por segundo.

Teoría neurovascular: surge ya que ninguna de las dos teorías anteriores logra explicar todos los fenómenos de la crisis de migraña. En esta teoría el desencadenante inicial sería neuronal: hipometabolismo- hipoperfusión del hemisferio ipsilateral al dolor. Posteriormente, se produciría la liberación de algunos neuropéptidos vasoactivos, como la sustancia P. Estas sustancias liberadas pueden dar lugar a la inflamación neurógena, induciendo vasodilatación y posterior extravasación de proteínas plasmáticas.

Papel de la proteína C-fos: ésta es una fosfoproteína que regula la expresión de diversos genes neuronales. Los antagonistas de receptores de serotonina parecen disminuir el número de células receptoras para C-fos, sugiriendo que la principal señal generadora del dolor en la migraña es algún tipo de molécula receptora del impulso doloroso, que se libera a partir de la corteza cerebral, se acumula en el intersticio y el espacio perivascular y activa las fibras dolorosas trigémino vasculares.

La serotonina (5- hidroxitriptamina) se ha considerado como el mediador principal en esta cascada de eventos. Se ha comprobado una marcada depleción de la concentración de serotonina en plaquetas, lo que sugiere que ésta fuera la causa de la migraña.

Las teorías vascular y neuronal han contribuido al conocimiento de la enfermedad, pero son incompletas. Proponen que la migraña es el resultado de interacciones entre el cerebro y el sistema circulatorio sobre un terreno genéticamente predisuesto.

Formas de presentación

Las cefaleas, según su forma de presentación, se clasifican en: agudas, agudas recurrentes, crónicas progresivas, crónicas no progresivas y mixtas.

La cefalea aguda, de aparición súbita es una emergencia neurológica y la hemorragia subaracnoidea secundaria a la ruptura de un aneurisma debe ser considerada como primera posibilidad diagnóstica.

La causa más frecuente de cefalea aguda en los niños es la fiebre, usualmente en asocio con infecciones del tracto respiratorio superior. El incremento de la temperatura causa vasodilatación con la consecuente cefalea global. La sinusitis está frecuentemente implicada; sin embargo la cefalea frontal se encuentra en menos de 15% de los niños con compromiso de senos paranasales.

Causas más frecuentes de cefalea aguda:

1. Infecciones del tracto respiratorio superior (otitis, sinusitis, faringitis)
2. Meningitis viral
3. Hemorragia intracraneal

La cefalea aguda recurrente se caracteriza por episodios de dolor de cabeza separados por intervalos asintomáticos. La gran mayoría de las cefaleas agudas recurrentes en niños y adolescentes son migraña, variantes migrañosas y / o cefaleas tipo tensión. Causas menos frecuentes incluyen la cefalea en racimos, neuralgias, hipertensión y medicamentosas.

Causas más frecuentes de cefaleas agudas recurrentes:

1. Migraña
2. Cefalea tipo tensión

La cefalea crónica progresiva es aquella que muestra gradualmente incremento en la frecuencia y severidad de los síntomas a través del tiempo. Cuando se acompaña de signos y síntomas de hipertensión endocraneana se debe considerar la posibilidad de una lesión que ocupa espacio. La cefalea de predominio nocturno, matutino o que despierte al niño del sueño es signo cardinal, así como también el vómito matutino y cambios en el comportamiento o en el estado de ánimo. Pueden encontrarse también cambios cognoscitivo y disminución en el rendimiento escolar.

Los posibles hallazgos al examen neurológico en pacientes con cefalea crónica progresiva incluyen: papiledema, compromiso de pares craneanos, ataxia y signos focales motores o sensitivos. Siempre debe medirse la circunferencia craneana para establecer cómo ha sido el aumento del perímetro cefálico. La mayoría de las neoplasias cerebrales en la infancia son tumores de línea media de manera que no necesariamente deben producir signos de focalización en el examen neurológico.

Entre las causas más frecuentes de cefalea crónica progresiva se encuentran:

1. Hidrocefalia comunicante o no comunicante
2. Neoplasia
3. Absceso cerebral
4. Hematomas
5. Pseudotumor cerebri
6. Malformaciones (Chiari o Dandy Walker)

A continuación se revisarán las formas más frecuentes de cefalea en pacientes en edad pediátrica y se explicarán sucintamente.

Migraña

Se presenta en 4 a 5% de los niños en edad escolar. La prevalencia en niños y niñas es igual antes de la pubertad, luego se incrementa y es tres veces más frecuente en niñas que en niños. Hasta el momento no hay criterios diagnósticos universalmente aceptados para la migraña en niños. Se ha tomado como referencia los criterios dados por la Sociedad Internacional de Cefalea, los cuales son aplicables en adolescentes pero no en los niños más pequeños.

Migraña sin aura (Migraña común)

Esta es la forma más frecuente de presentación y se estima que ocurre en 60 a 85% de los niños con migraña. Es una entidad hereditaria, probablemente de tipo autosómico dominante, con una fuerte influencia materna.

El paciente puede experimentar una fase inicial conocida como prodromos, que se manifiesta con cambios en el estado de ánimo (euforia, depresión), irritabilidad, letargia, sed e hiporexia. Los niños mayores localizan la cefalea de manera temporal o frontal, ocasionalmente unilateral y la describen como pulsátil. Foto y fonofobia son frecuentes y obligan al niño a buscar un sitio silencioso, oscuro donde descansar o dormir. El sueño usualmente alivia el dolor. La cefalea dura horas e incluso días (1-72 horas) pero no ocurre más de seis a ocho veces al mes. Más de ocho episodios al mes deben hacer pensar en una etiología orgánica o en una cefalea crónica diaria. Los niños más pequeños presentan los síntomas especialmente en la tarde cuando vuelven del colegio. El púber frecuentemente presentará el dolor después del medio día, usualmente después del almuerzo, casi siempre precipitado por el caos de la cafetería del colegio, el ruido de los compañeros, el ejercicio durante el recreo y la exposición al sol. Los adolescentes adoptan el patrón de los adultos.

Criterios diagnósticos para migraña sin aura en niños (1998):

- A. Más de cinco episodios que llenen los criterios B a D
- B. Cefalea que dure entre 1 a 48 horas (*)
- C. Cefalea con al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización bilateral o unilateral (frontal/ temporal) (*)
 - 2. Pulsátil
 - 3. Intensidad moderada a severa
 - 4. Exacerbada por el ejercicio
- D. Al menos uno de los siguientes se asocia con cefalea:
 - 1. Náuseas o vómito
 - 2. Fotofobia o fonofobia (*)

(*) A diferencia de los adultos, tiene menor duración, localización bilateral y foto ó fonofobia.

Migraña con aura (Migraña clásica)

Aproximadamente 14 a 30% de los niños y adolescentes reporta alteraciones visuales antes del dolor de cabeza. El informe clásico de Hachinski muestra tres tipos de fenómenos visuales: compromiso de la visión binocular con escotomas (77%), distorsiones o alucinaciones (16%) y compromiso de la visión monocular con escotomas (7%).

Niños con percepciones visuales muy elaboradas pueden hacer pensar en epilepsia con paroxismos occipitales.

Criterios diagnósticos para migraña con aura en niños (1998):

- A. Al menos dos episodios que llenen el criterio B.
- B. Al menos tres de las siguientes cuatro características:
 - 1. Uno o más síntomas reversibles de aura, que indiquen disfunción cortical focal.
 - 2. El aura se desarrolla gradualmente durante más de cuatro minutos, ó dos o más síntomas que ocurran sucesivamente.
 - 3. El aura no dura más de 60 minutos
 - 4. La cefalea aparece luego del aura antes de 60 minutos (puede aparecer simultáneamente con el aura).

Equivalentes migrañosos

Tres entidades han sido tradicionalmente incluidas en esta categoría: el vértigo paroxístico benigno, el vómito cíclico, la tortícolis paroxística benigna y la migraña abdominal.

Vértigo paroxístico benigno: se presenta en lactantes mayores, hacia los 18 meses y se caracteriza por una súbita inestabilidad que los obliga a aferrarse de un objeto cercano o de un adulto para no caer. No hay pérdida de conciencia. Puede presentarse con vómito y nistagmo. El episodio dura pocos minutos y luego el niño cae dormido. Al levantarse la recuperación es total. Los episodios pueden ocurrir en salvas durante algunos días y desaparecer por semanas o meses. Usualmente hay historia familiar de migraña y la gran mayoría de estos niños desarrollará posteriormente migraña.

Vómito cíclico: se presenta como episodios recurrentes de vómito incontrolable a veces hasta el punto de la deshidratación, palidez generalizada y usualmente no hay cefalea concomitante. Entre los episodios los niños son totalmente asintomáticos. Antes de hacer el diagnóstico de ésta entidad debe descartarse patologías como errores innatos del metabolismo (p. ej: defectos del ciclo de la urea y acidemias orgánicas) u obstrucciones gastrointestinales (invaginaciones, duplicaciones o estenosis).

Tortícolis paroxística benigna: es un trastorno infrecuente caracterizado por episodios recurrentes de laterodesviación de la cabeza sin causa aparente que puede durar horas o días. Puede acompañarse de cefalea, náuseas y vómito. Usualmente se presenta antes de los 12 meses y remite de manera espontánea.

Migraña abdominal: tal como la “epilepsia abdominal” es una entidad pobremente caracterizada y poco entendida, en la cual ocurren episodios recurrentes de dolor abdominal con náuseas y vómito en la infancia, no necesariamente acompañados de cefalea. Dado que el dolor abdominal es parte de la sintomatología que acompaña a la migraña algunos autores piensan que este cuadro puede ser la expresión de la migraña en los más pequeños. El trastorno desaparece en la adolescencia.

Migraña complicada

Esta manifestación de la migraña es dramática y en ocasiones aterradora y suele acompañarse de signos neurológicos como hemiparesia, nistagmus, afasia y oftalmoparesia que ocurren al tiempo con una cefalea intensa. Sólo después de una adecuada historia clínica, examen físico y neuroimágenes puede llegarse a este diagnóstico. Todos son diagnósticos de exclusión, especialmente si se trata del primer episodio. Tradicionalmente se ha considerado como secundaria a vasoconstricción con la consecuente oligoemia focal y déficit transitorio debido a isquemia de un territorio vascular específico. Ocurren en menos de 5% de los adolescentes y casi siempre aparecen antes de los 10 años de edad.

• **Migraña hemipléjica:** Barlow la denominó Hemisíndrome migrañoso para enfatizar

la diversidad de síntomas asociados además de la hemiplejía. Se caracteriza por eventos neurológicos focales transitorios (horas a días) y alternantes. La localización de la cefalea puede ser variable, sin embargo la mayoría de los autores la refiere contralateral al déficit focal. Se ha identificado una transmisión autosómica dominante y el cromosoma 19 ha sido implicado.

Los episodios rara vez dejan secuelas permanentes.

- **Migraña oftalmopléjica:** esta es una de las formas de presentación más dramática, afortunadamente es de las menos frecuentes. El síntoma clave es la oftalmoparesia unilateral y dolorosa que puede acompañarse de cefalea de mínima intensidad. Los escolares pueden referir diplopía o visión borrosa mientras que los más pequeños pueden sólo refregarse el ojo. Puede haber ptosis y limitación para la aducción y desplazamiento vertical del ojo. Puede haber compromiso total o parcial del III y VI par.

La recurrencia de los eventos puede originar defectos permanentes por lo cual se debe dar manejo agudo (esteroides) y profiláctico.

El diagnóstico diferencial debe incluir aneurisma intracraneano, malformación arteriovenosa, o lesiones de la órbita.

- **Migraña basilar o de Bickerstaff:** es la forma más frecuente de migraña complicada y representa el 3 al 19% de todas las formas. La edad media de aparición es alrededor de los siete años, sin embargo puede aparecer tan temprano como entre los 12 a 18 meses como un episodio de palidez, parestesias y vómito.

En los escolares el cuadro se manifiesta como episodios de sensación de desvanecimiento, vértigo intenso, alteraciones visuales, ataxia, parestesias en extremidades y diplopía, todos los síntomas de fosa posterior. Duración de minutos a horas y posteriormente aparece la cefalea que usualmente es occipital. Se deben incluir como diagnóstico diferencial: tumores de fosa posterior, malformaciones arteriovenosas, laberintitis aguda y vértigo posicional.

- **Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas:** toma su nombre de la historia relatada por Lewis Carroll, en donde Alicia después de ingerir champiñones presentaba distorsiones visoperceptuales. Se presenta como episodios de macro y microsomatognosia, ilusiones visuales bizarras, micropsias, macropsias y metamorfosis que preceden o acompañan la cefalea. Los niños no parecen asustados por la experiencia y la pueden relatar con gran detalle. Se deben descartar crisis parciales complejas (particularmente epilepsia occipital benigna).

Cefalea tipo tensión

Es el tipo de cefalea recurrente más frecuente en niños. Aproximadamente 90% de las cefaleas recurrentes pertenecen a esta categoría y 15% ocurre en menores de 10 años. Clínicamente se caracterizan por ser prolongadas, persistentes y bilaterales, causando sensación de opresión en la cabeza. Frecuentemente se asocian con factores generadores de tensión emocional. La depresión y ansiedad son síntomas asociados en el adolescente. Se debe hacer diagnóstico diferencial principalmente con migraña. Se presenta durante el día y se exacerba en la tarde. Puede durar uno o más días. Al examen físico se puede encontrar espasmo del

trapecio y de los músculos paracervicales. Usualmente no se asocia con náuseas ni vómito y no se aumenta con la actividad física.

Aproximación diagnóstica

Historia clínica

La historia clínica es el punto más importante para llegar a un diagnóstico claro. Las preguntas se le deben dirigir al niño, y si la información no es suficientemente clara o precisa se le pregunta a los padres. La interacción entre el niño y sus padres debe ser tenida en cuenta ya que es un reflejo del ambiente familiar y puede ser una medida indirecta de conflictos o problemas que no se discutan abiertamente.

Los niños y los adolescentes responden de diferente manera ante el dolor; los más pequeños lo manifiestan a través del llanto y las pataletas. Si el dolor se vuelve crónico puede interferir con actividades cotidianas como jugar, comer y dormir. Los adolescentes usualmente se aíslan, tienden a la depresión y aparecen problemas en sus relaciones interpersonales.

Existe una serie de preguntas claves que se deben hacer de rutina para llegar a un diagnóstico claro:

- ¿Experimenta uno o más tipos de cefalea? Algunos pacientes presentan más de un tipo de cefalea, esto se aclara preguntándole si todos los dolores de cabeza que tiene son iguales o no. Por ejemplo, los adolescentes pueden presentar cefaleas leves diarias concomitante con cefaleas severas asociadas a náuseas y vómito una vez al mes.
- ¿Cómo comenzaron los dolores de cabeza? Algunos pacientes pueden claramente indicar cuándo comenzaron sus dolores de cabeza y los posibles factores relacionados. Estos pueden ser físicos, por ejemplo, asociados a trauma craneoencefálico o psicológicos asociados, por ejemplo, a la separación de los padres, el fallecimiento de un familiar o el nacimiento de un hermanito.
- ¿Cuánto hace que tiene el dolor de cabeza? La mayoría de los niños puede precisar si el dolor se presenta hace días, semanas, meses o años.
- ¿Los dolores de cabeza son intermitentes, progresivos o no progresivos? Si los dolores de cabeza son de reciente aparición y se asocian con signos y síntomas neurológicos se debe sospechar una etiología orgánica. Si los dolores son recurrentes, una o dos veces al mes y se asocian con náuseas y vómito y no han variado a través del tiempo se puede considerar una migraña. Si los dolores de cabeza son diarios o casi diarios, duran todo el día y no tienen síntomas ni signos neurológicos se puede considerar una cefalea crónica no progresiva.
- ¿Cuánto dura el dolor de cabeza? La migraña en los niños más pequeños dura hasta tres horas y rara vez dura días. En los adolescentes la migraña puede ser más prolongada y severa. La cefalea crónica no progresiva puede durar el día completo.
- Factores desencadenantes. Es importante aclarar si el dolor de cabeza se relaciona con la ingesta de algún tipo de alimento, medicación, ejercicio o con la exposición al sol.
- ¿En qué horario se presenta el dolor? La cefalea de predominio matutino nos

hace considerar la posibilidad de hipertensión endocraneana y la cefalea que ocurre en la tarde al volver del colegio nos orienta hacia un tipo tensional. La migraña no tiene un horario de presentación especial pero tiende a ser más vespertino.

- ¿Hay algún síntoma premonitorio? Esta pregunta debe ser realizada de acuerdo con la edad del paciente. El niño pequeño puede relatar que “algo” ocurre 10 a 15 minutos antes de comenzar el dolor de cabeza. Ese “algo” puede ser una cefalea menos intensa o visión borrosa o sensación de calor. Los padres pueden ayudar con la descripción porque notan que el niño se torna pálido, se queda quieto y pueden aparecerle ojeras.
- ¿Dónde se localiza el dolor? Los niños pequeños con migrañas localizan el dolor de manera bifrontal o bitemporal. La típica descripción del compromiso hemicraneano aparece en el adolescente. La sinusitis usualmente produce algo de molestia en la región comprendida entre los ojos o detrás de los mismos. La cefalea por contracción muscular se puede localizar en la región bifrontal o bitemporal y puede ser descrita como presión alrededor del cráneo.
- ¿Cómo es el dolor? Es de gran valor mirar directamente a la cara del paciente cuando está contestando cómo describe el dolor. Hay muchas maneras de graduar la intensidad del dolor en los niños, por ejemplo pintando caras felices o caras tristes o con la tradicional escala numérica de 1 a 10. Algunos pacientes dicen sentir el dolor mientras están en la consulta, con igual intensidad a la que han tenido previamente y sin embargo en su cara no se aprecia ningún signo de dolor.
- ¿Presenta síntomas asociados? Se debe preguntar si simultáneamente con la cefalea hay algún compromiso autonómico (palidez, rubor, mareo), gastrointestinal (hiporexia, náuseas, vómito, dolor abdominal o diarrea) o neurológico (afasia, hemiparesia, pérdida de conciencia).
- ¿Qué hace durante el dolor de cabeza? Es importante que el niño describa su actividad en el momento del dolor, ¿si está en el colegio se va para la enfermería en busca de medicación?, ¿se acuesta encima del pupitre?, ¿si está jugando puede continuar?. Los niños con migraña buscan reposar en un sitio callado y oscuro.
- ¿Cuánto dura el dolor? La migraña en los más pequeños puede durar una hora o menos, en los prepúberes de una a tres horas y en los adolescentes hasta días. Los niños con cefalea tipo tensión pueden tener dolor todo el día.
- ¿Qué empeora el dolor? Es importante identificar qué actividad o situación incrementa el dolor. Los pacientes con cefalea tipo tensión y / o migraña notarán que el ruido, las luces brillantes, el estrés y las actividades vigorosas empeoran el dolor.
- ¿Está recibiendo alguna medicación en el momento? Los pacientes que reciben metilfenidato para manejo de su déficit de atención e hiperactividad pueden experimentar cefalea secundaria al medicamento. De igual manera algunos inhaladores utilizados en el manejo del asma pueden desencadenar cefalea.
- ¿Hay alguien más en la familia con cefalea? Algunas cefaleas como la migraña pueden estar genéticamente determinadas.

Examen físico

El examen físico debe incluir un chequeo general con signos vitales incluidos y prestar especial atención a la palpación de senos paranasales, articulación témporomandibular y músculos del cuello.

El examen neurológico debe realizarse de manera detallada explorando los pares craneanos (especial atención a la fundoscopia), sistema motor, sensitivo, marcha y signos meníngeos.

Neuroimágenes

Los estudios de neuroimágenes no se utilizan de manera rutinaria, excepto en los siguientes casos:

- Cefalea crónica progresiva
- Cefalea aguda (“ la peor de mi vida”)
- Examen neurológico normal
- Signos de focalización
- Edad menor de tres años
- Cefalea con vómito al despertar
- Localización variable
- Signos meníngeos

Electroencefalograma

El electroencefalograma no es un examen de rutina para el diagnóstico de la cefalea en la edad pediátrica, excepto que se considere la posibilidad de una crisis convulsiva.

Una vez finalizada la historia clínica y el examen físico ya se debe tener en mente el tipo de cefalea que presenta el paciente en cuestión y se puede dar inicio al tratamiento.

Tratamiento

Medidas generales

El caos de vida del adolescente oscila entre patrones de sueño irregular, omisión de algunas comidas, irregularidad de horarios, lo cual contribuye a la precipitación de la migraña. Se debe recomendar un patrón de sueño regular. Durante las vacaciones los adolescentes duermen excesivamente lo cual también puede agravar la migraña. El papel de la dieta es muy controvertido; agentes específicos como la tiramina han sido seriamente estudiados y hasta el momento no ha sido claramente establecido que sea la causante. Otros factores desencadenantes incluyen medicamentos, particularmente psicoestimulantes (metilfenidato), des congestionantes, broncodilatadores y antibióticos.

Varios estudios han evaluado la eficacia para las técnicas de relajación y bioretroalimentación y han demostrado que son efectivos en el manejo a largo plazo del paciente con cefalea.

Se deben evitar factores desencadenantes y promover la regularización del estilo de vida.

Manejo farmacológico

El principal manejo farmacológico en niños es la analgesia intermitente por vía oral. El acetaminofén, naproxen y ketorolaco en dosis adecuadas, son efectivos para controlar los síntomas si se administran tempranamente. Algunos de los niños presentan concomitantemente náuseas y vómito, por lo cual se benefician del uso concomitante de antieméticos tipo clorpromazina o metoclopramida. El ácido acetil salicílico debe ser evitado por la probabilidad de producir enfermedad de Reyé cuando se administra en niños con enfermedades infecciosas

En años pasados se llevó a cabo un estudio en niños mayores de ocho años por Hamalainen et al (1997). Se utilizaron dosis de 50 a 100mg de acuerdo con el peso del niño. Los resultados mostraron que el sumatriptan no fue más efectivo que el placebo. Rapoport dirigió el estudio doble ciego SUMA 3005 el cual se realizó en 46 centros en Estados Unidos, con sumatriptán en spray nasal en dosis de 5,10 y 20 mg versus placebo en spray nasal. Se utilizaron 653 pacientes, en los cuales se demostró superioridad del sumatriptán sobre el placebo en cuanto a mejoría de la cefalea a las dos horas de administración, desaparición de la crisis y desaparición de la foto y fonofobia. El único efecto secundario fue el mal sabor en la boca que apareció en 20-30% de los pacientes. Sin embargo, hasta el momento, el sumatriptan no debe ser usado rutinariamente para el tratamiento de las migrañas en niños. Los medicamentos que causen vasoconstricción como el sumatriptan y los derivados del ergot deben evitarse en niños con migrañas complicadas.

Para el manejo profiláctico continuo se han utilizado varios medicamentos entre los cuales tenemos el propranolol, la flunarizina y la ciproheptadina. Esta última no ha mostrado ser de gran beneficio para prevenir la migraña y además produce excesiva fatiga en la mayoría de los niños.

El uso de profilaxis continua debe considerarse en aquellos pacientes que tengan ausentismo escolar importante (más de dos veces al mes), que no puedan usar medicamentos abortivos de crisis o cuando su uso ha sido infructuoso. Algunos niños tienen episodios aislados pero lo suficientemente severos como para requerir profilaxis continua; el propranolol ha sido el medicamento más ampliamente estudiado y es el fármaco de primera elección para el manejo profiláctico de la migraña, utilizándose en dosis de 0,5 mg/ kg/ día hasta 1 mg/ kg/ día.

En los pacientes en quienes esté contraindicado el propranolol se puede usar flunarizina en dosis de 5 a 10 mg en la noche, ya que ha demostrado una significativa reducción en la frecuencia y severidad de los dolores de cabeza en niños.

Hasta la fecha no se han realizado estudios controlados con amitriptilina en niños por lo cual su uso queda restringido a los adolescentes.

Conclusiones

En la práctica diaria, la cefalea infantil es una causa frecuente de consulta. Los neuropediatras debemos enfrentarnos a su diagnóstico con el fin de descartar patologías orgánicas y tranquilizar al niño y los padres, ya que sólo una minoría de casos están en relación con patologías intracraneales de tipo progresivo. El diagnóstico del tipo de cefalea dependerá exclusivamente de la anamnesis, que se

ve afectada por la expresión de los síntomas por parte del niño y la interpretación de los mismos por parte del médico.

La cefalea puede repercutir en la calidad de vida del niño, disminuir su participación en actividades sociales y su rendimiento académico. La mayoría de las cefaleas en la infancia son crónicas y recurrentes; las más frecuentes son primer lugar, la cefalea tensional y en segundo lugar, la migraña.

En ambas entidades se ha encontrado como factor precipitante el estrés físico y emocional, por lo cual el manejo farmacológico debe ir asociado con una serie de medidas ambientales para poder brindar un tratamiento integral al paciente.

Bibliografía

- **Artigas-pallarés J.** Tratamiento agudo de la migraña. Utilización de los triptanes. *Rev Neurol Clin* 2001; 2:315- 319.
- **Espinosa E, Dunoyer C.** Neuropediatría. Segunda edición. Bogotá: Editora Guadalupe Ltda.; 2001.
- **Garaizar C.** Migraña común, migraña con aura y complejo migraña – epilepsia. *Rev Neurol Clin* 2001; 2:272-278.
- **Mulas F.** Cefaleas en la infancia. *Rev Neurol Clin* 2001;2:249-254.
- **Rufo- Campos M.** Fisiopatología de la migraña. *Rev Neurol Clin* 2001;2:263-271.
- **Sánchez Precioso S., García-Cantó E, Villaescusa O, Barbero P, Moreno JA.** Cefalea en la infancia: un estudio prospectivo. *Rev Neurol (Barc)* 1995;23: 764-768.
- **Smeyers P.** Tratamiento profiláctico-preventivo de las cefaleas infantiles. *Rev Neurol Clin* 2001;2:320-334.
- **Téllez de Meneses M., Pitarch I.** Morbilidad y factores epidemiológicos de las cefaleas en la infancia. *Rev Neurol Clin* 2001;2:255-261.