

CEFALEA (actualización septiembre 2024)

Javier López Pisón: Exjefe de la Sección de Neuropediatría y Metabolismo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Correo electrónico: lopezpison@gmail.com

Teresa Arana Navarro. CS Sagasta-Miraflores. Zaragoza.

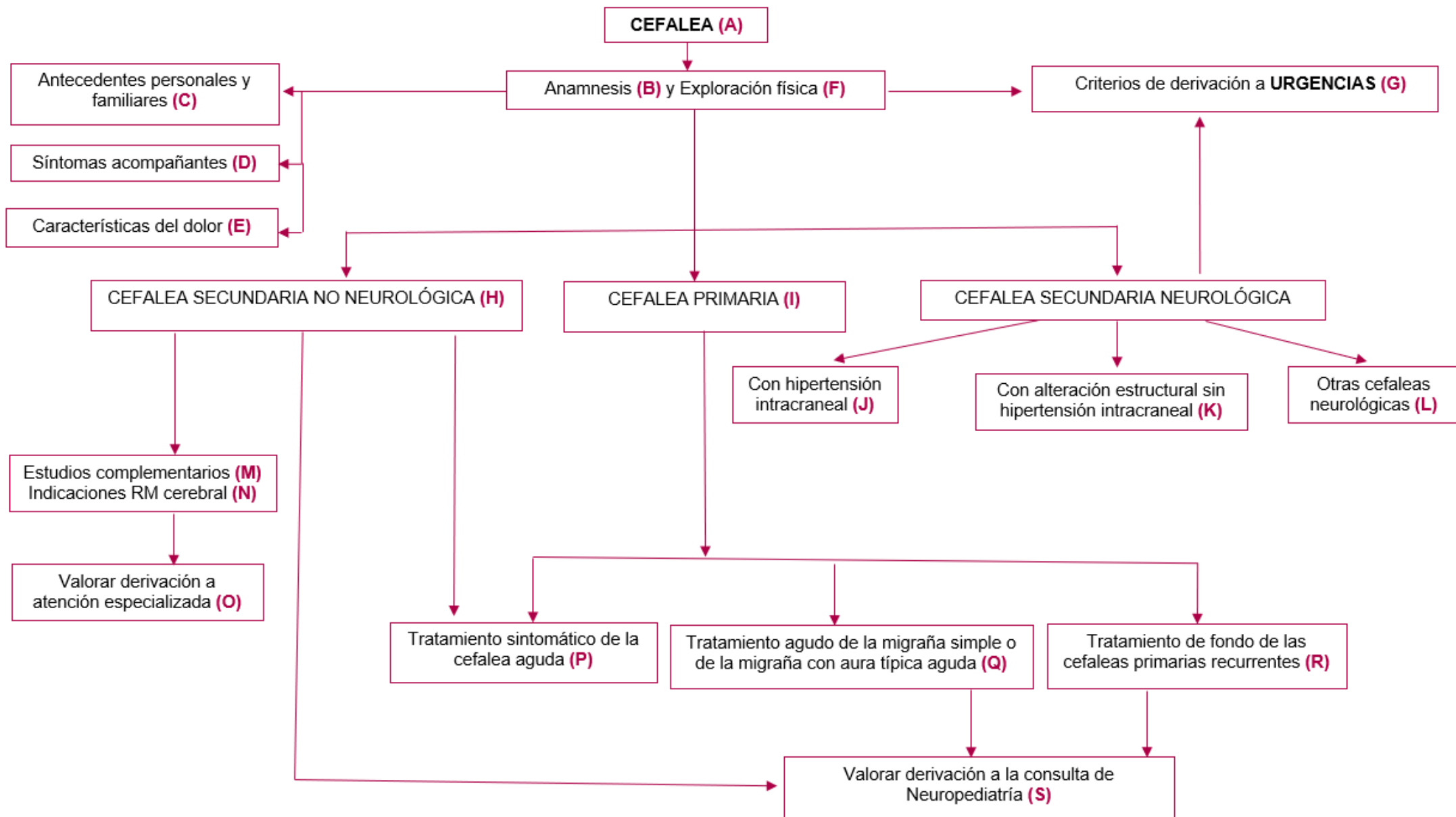
Correo electrónico: tarana@salud.aragon.es

Palabras clave: Cefaleas tensionales. Migrañas. Analgesia. Resonancia magnética cerebral.

Key words: Tension headaches. Migraines. Analgesia. Brain MRI.

Sección: Neurología.

Cómo citar este algoritmo: López Pisón J, Arana Navarro T. Cefalea. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/109>



A. CEFALEA

La cefalea constituye el síntoma neurológico más habitual y el tipo de dolor predominante en la edad pediátrica. Es un motivo frecuente de consulta, tanto en Atención Primaria como en los servicios de urgencias pediátricos y en la consulta de pediatría hospitalaria, y es un motivo frecuente de ingreso en el hospital. La mayor parte de las cefaleas en la infancia son tensionales o migrañosas, y la cefalea es un síntoma muy inespecífico de diversos problemas extraneurológicos¹⁻⁴.

Una historia clínica detallada, junto a una exploración física y neurológica, permitirá, en la mayoría de los casos, orientar el diagnóstico etiológico. La información se debe obtener tanto de los padres como del niño.

Desde el punto de vista diagnóstico, la mayor preocupación en el paciente con cefalea recurrente de causa no identificada es la posibilidad de que se deba a una lesión estructural intracraneal^{5,6}. Estas lesiones se identifican mediante resonancia magnética (RM) cerebral, que tiene un gran valor diagnóstico excluyente de patología en pacientes que van a seguir presentando cefaleas en el futuro, situación habitual en las cefaleas recurrentes. La ausencia de hallazgos patológicos tranquiliza a los niños, padres y pediatras. En las Áreas de Salud en las que el pediatra de Primaria puede solicitar una RM cerebral, se evitan tiempos de espera en beneficio de la gestión y actividad asistencial.

El pediatra de Atención Primaria puede manejar la mayor parte de las cefaleas en la infancia: debe realizar una adecuada anamnesis y exploración, identificar las cefaleas de causa no neurológica, las tensionales y migrañosas, sospechar las cefaleas secundarias de origen neurológico y conocer los criterios de indicación de neuroimagen y otros exámenes complementarios, y de derivación a especialistas y urgencias hospitalarias.

El pediatra de Atención Primaria debe indicar y controlar el tratamiento sintomático a dosis adecuadas. Aunque en la edad infantil la mayoría de las cefaleas son primarias o secundarias a procesos banales y responden a una primera línea de tratamiento, es necesario identificar aquellos niños con problemas serios que puedan comprometer la vida del paciente y es nuestra obligación su manejo racional.

Algunas cefaleas primarias recurrentes se pueden beneficiar de tratamiento de fondo. Puede ayudar a la orientación diagnóstica, seguimiento y valoración de tratamiento un calendario a rellenar por los padres donde se recojan las características de la cefalea: cualidad, localización, intensidad, momento del día y factores precipitantes.

Este algoritmo se aplica a la cefalea afebril sin patología previa; la cefalea febril precisa, obviamente, otra orientación diagnóstica.

B. ANAMNESIS

Una buena historia clínica facilita la orientación diagnóstica en la mayoría de los casos de cefalea. La información se debe obtener tanto de los padres como del niño.

C. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Antecedentes personales:

- Ante un traumatismo previo hay que valorar la posible relación causa-efecto.
- Dado que la cefalea es un síntoma muy inespecífico, hay que valorar la presencia de cualquier enfermedad sistémica que pueda asociar cefalea o complicaciones intracraneales: inmunodeficiencias, anemia falciforme, patología cardíaca con *shunt* derecha-izquierda, síndromes neurocutáneos.
- Un evidente estancamiento en el desarrollo psicomotor o un claro deterioro en el rendimiento escolar pueden indicar organicidad en el niño con cefalea, si bien son situaciones excepcionales.
- Se valorará la personalidad del niño y la existencia de cambios recientes en su conducta, sueño, dieta o ejercicio.
- Se indagará sobre la ingestión de fármacos, especialmente de reciente instauración.

Antecedentes familiares:

- La migraña con frecuencia es familiar. Algunos tumores y malformaciones vasculares tienen un claro carácter hereditario.

D. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

Nos van a orientar en muchas ocasiones a la causa de las cefaleas no neurológicas:

- La existencia de mucosidad, rinorrea posterior se asocia a patología de vías respiratorias altas.
- El dolor localizado en la boca o en la articulación temporomandibular orienta hacia patología bucodental.
- El ronquido es el síntoma principal del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en el niño preescolar, junto a inquietud, fatiga, déficit de atención y escaso rendimiento escolar. La somnolencia diurna, en este síndrome, es más frecuente en el niño mayor y en el adulto.
- La cefalea asociada a disfunción temporomandibular se suele asociar a rechinar de dientes manifiesto, dolor que aparece durante el sueño o al despertar.
- Las alteraciones en la visión nos orientan hacia trastornos de la refracción visual.

- Los niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) pueden tener cefalea tensional por tener a sus padres muy encima, dedicar demasiado tiempo a los estudios, deterioro de la convivencia familiar y social y falta de autoestima. En algunos casos pueden quejarse de cefalea para que les dejen en paz.
- Otros síntomas, como fiebre, mialgias, anorexia o astenia se asocian a enfermedades sistémicas: infecciosas, anemia, leucemia.
- Es frecuente la asociación de síntomas vegetativos (náuseas, abdominalgias, fotofobia, fonofobia) en las migrañas.
- Vómitos matutinos son característicos de la hipertensión endocraneal.

E. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Edad de inicio	En niños menores de 5 años es mayor el riesgo de patología estructural.
Frecuencia, periodicidad	Aguda, como las asociadas a infecciones de vías altas. Aguda y recurrente: episodios agudos de dolor separados por intervalos libres, como en las migrañas. Crónica no progresiva, en las tensionales y psicológicas. Crónica progresiva, características de la hipertensión endocraneal y los procesos expansivos intracraneales.
Intensidad	
Forma de presentación	Cefalea de aparición abrupta y de gran intensidad sugiere hemorragia intracraneal; con frecuencia asociará meningismo.
Horario	La cefalea en el SAOS e hipertensión endocraneal son típicamente matutinas; las tensionales son de predominio vespertino. Las cefaleas por hipertensión endocraneal y por disfunción temporomandibular pueden despertar al niño por la noche.
Duración	La migraña dura habitualmente de 1 a 3 horas en el niño pequeño y puede durar hasta 48-72 horas en el adolescente. La cefalea tensional puede durar todo el día.

Localización, irradiación	<p>El dolor local sugiere una cefalea extraneurológica: sinusitis, otitis, flemón dental.</p> <p>Las migrañas en el niño pequeño no son habitualmente hemicraneales como en el adolescente y adulto.</p> <p>La cefalea tensional suele ser bilateral.</p> <p>La localización siempre en el mismo punto o zona orienta a alteración estructural en dicha zona.</p> <p>El dolor por disfunción temporomandibular se suele localizar en la zona del oído y se irradia a zonas temporales, parietales o frontales.</p>
Cualidad	<p>El dolor es, generalmente, pulsátil en la migraña, opresivo en la cefalea tensional.</p>
Factores desencadenantes	<p>Se valorará si se produce o agrava por estrés, ejercicio, menstruación, consumo de alimentos o fármacos.</p> <p>Las migrañas pueden aparecer por ciertos alimentos, olores o con la menstruación.</p> <p>Hay migrañas y cefalea tensionales por luces brillantes, ruidos, falta de sueño, estrés y actividades físicas extenuantes.</p> <p>El empeoramiento con las maniobras de Valsalva orienta a hipertensión endocraneal o anomalía de Chiari I.</p> <p>El dolor asociado a disfunción temporomandibular se puede asociar a ciertos hábitos, como comerse las uñas, mascar chicle...</p>
Factores atenuantes	<p>La mejora en el periodo vacacional es frecuente en migrañas y cefaleas tensionales.</p> <p>Los niños con migraña suelen mejorar con el silencio, la oscuridad y el sueño.</p>

F. EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es normal en los niños con cefalea primaria.

En las secundarias, las alteraciones de la exploración física pueden orientar el diagnóstico (p. ej.: dolor a la palpación en la sinusitis).

En las cefaleas de causa neurológica estructural pueden existir alteraciones en la exploración neurológica, pero con frecuencia la exploración es normal.

En la exploración física se debe prestar especial atención a:

- Estado general y estado de conciencia.
- Constantes: temperatura, frecuencia cardiaca.
- **Tensión arterial.** Es fundamental descartar la hipertensión arterial.

- Palpación de senos paranasales, cabeza, cuello.
- Otoscopia.
- Examen de la boca y mandíbula.
- Agudeza visual.
- Las alteraciones de la campimetría sugieren hipertensión endocraneal o lesiones intracraneales.
- Examen de la piel en busca de manchas que puedan asociarse a síndromes neurocutáneos, petequias o palidez.
- Auscultación cardiaca.
- La pubertad precoz y alteraciones del crecimiento pueden indicar patología de línea media cerebral.
- Exploración neurológica. Las alteraciones neurológicas, particularmente la alteración del estado de conciencia, los trastornos de la oculomotricidad, la ataxia u otras focalidades neurológicas sugieren patología intracraneal, aunque también pueden aparecer en las migrañas acompañadas.
- Fondo de ojo.

G. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A URGENCIAS

Primer episodio o episodios previos similares sin imagen realizada, cuando haya:

- Cefalea intensa, especialmente en menores de 5 años, en los que es mayor el riesgo de alteración estructural.
- Afectación del estado general.
- Meningismo, que en ausencia de fiebre orienta a hemorragia intracraneal, especialmente subaracnoidea; también puede asociar febrícula o fiebre.
- Focalidad neurológica clínica o detectada en la exploración física* (Código Ictus).
- Alteración del estado de conciencia (encefalopatía aguda).
- Papiledema u otra evidencia de hipertensión endocraneal, pese a que el fondo de ojo sea normal. El fondo de ojo puede ser normal en fases iniciales de hipertensión endocraneal.
- Se valorará si ha habido un traumatismo craneoencefálico (TCE) previo.

*Código Ictus en las Áreas de Salud que dispongan de Código Ictus Pediátrico ante un primer episodio de probable migraña con aura⁷: cefalea con instauración aguda de focalidad neurológica, especialmente déficit motor persistente (hemiparesia y/o anartria con o sin afasia).

En estas situaciones habitualmente los pacientes consultan directamente en urgencias del hospital; si consultaran en el centro de Atención Primaria, se remitirá al paciente a un servicio de urgencias hospitalario para la realización de una técnica de imagen, tomografía computarizada (TC) o RM según urgencia y disponibilidad, a la mayor brevedad posible. La RM cerebral es, en principio, la técnica de elección por su mayor resolución espacial y la ausencia de radiaciones ionizantes; sin embargo, su disponibilidad es difícil en el ámbito de la urgencia, por lo que, si se precisa una técnica de imagen de forma inmediata, se realizará una TC craneal.

Otras indicaciones:

- Hipertensión arterial y cefalea intensa, pues requeriría estudio y, probablemente, tratamiento, al ser sintomática.
- Paciente migrañoso o con cefalea recurrente ya conocido con dolor intenso que requiera tratamiento i.v.

H. CEFALEA SECUNDARIA NO NEUROLÓGICA

Son causas de cefalea secundaria no neurológica:

- Enfermedades sistémicas. Muchas enfermedades sistémicas pueden manifestarse con cefalea: hipertensión arterial, anemia, leucemia, diabetes, arritmia, insuficiencia cardiaca o renal, hipo o hipertiroidismo, viriasis y otras infecciones.
- La patología otorrinolaringológica y de vías respiratorias altas es causa frecuente de cefalea: otitis, mastoiditis, sinusitis, amigdalitis, hipertrofia adenoamigdal. Su localización es habitualmente frontal u occipital, y se puede incrementar con las sacudidas de cabeza.
- La patología bucodental o mandibular se asocia a dolor localizado y relacionado con la masticación: caries, flemón dentario.
- La disfunción de la articulación temporomandibular genera dolores más difusos de predominio unilateral y suelen estar relacionados con hábitos parafuncionales, como el rechinar de dientes o ciertas posturas durante el sueño.
- Alteraciones de la refracción en el niño pueden cursar con cefalea; suele ser vespertina y en la región ocular.
- Problemas que causan hipercapnia nocturna: hipertrofia amigdal o adenoidea, SAOS, síndrome de hipoventilación central de Ondine, etc. Pueden acompañarse de somnolencia y fatiga. La cefalea es de predominio matutino. El SAOS en niños de 2-5 años se relaciona con hipertrofia adenoamigdal y en niños mayores de 10-14 años con obesidad.
- Otros trastornos del sueño: en general, las cefaleas son matutinas.
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, por la ansiedad que produce, el deterioro de la autoestima, el deterioro de la convivencia familiar y social, etc.
- La existencia de un trastorno psicosocial debe ser descartada en el niño con cefalea, especialmente en niños ansiosos o estresados. Es importante descartar la posibilidad de acoso escolar.
- Otras situaciones que pueden desencadenar cefalea son el ayuno, el ejercicio extenuante y estímulos fríos, como un helado. Hay cefaleas desencadenadas por el esfuerzo físico, que pueden responder al tratamiento con indometacina.

- Cefalea asociada a la ingestión de fármacos: analgésicos, glucocorticoides, anticonceptivos orales, metilfenidato, ranitidina, claritromicina.
- La cefalea asociada a abuso de analgésicos es mucho menos frecuente en el niño que en el adulto.
- Relación con la ingesta de ciertos alimentos, aditivos (glutamato, nitritos).
- Abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Inhalación de monóxido de carbono. Los síntomas son bastante inespecíficos, pero generalmente incluyen cefalea. Habitualmente se afectan varios miembros de la familia. Se deben al uso de sistemas de calefacción o la combustión de coches en lugares mal ventilados.
- Tos persistente.
- Cefalea “funcional”, somatomorfa o facticia.

I. CEFALEA PRIMARIA⁸

En el niño son frecuentes las migrañas y las cefaleas tensionales, cefaleas recurrentes de causa neurológica primaria, sin alteraciones estructurales intracraneales ni hipertensión endocraneal.

- Cefaleas tensionales: interviene la ansiedad, el estrés, la fatiga, disgustos, personalidad.
- Migraña sin aura: antecedentes familiares de migraña en el 90% de los casos. Puede haber antecedentes de dolores abdominales, vómitos cíclicos, y vértigo paroxístico benigno. No es habitual en niños la migraña clásica con hemicránea pulsátil. Son frecuentes la foto o fonofobia, la necesidad de reposo y su cese al dormir.
- Migraña con aura: oftalmopléjica, hemipléjica, basilar (disfunción de tronco con variables síntomas visuales, vértigo, ataxia, disartria, acufenos y alteración del estado de conciencia), confusional, migraña retiniana (con escotoma o ceguera monocular).
- Otras: *cluster headache* o migraña en racimo o cefalea de Horton, neuralgia del trigémino y otras neuralgias craneales, cefalea crónica diaria (15 o más días al mes durante al menos 3 meses), cefalea punzante aguda (punzadas breves localizadas en la primera rama del nervio trigémino).

Características de las migrañas en niños: los ataques pueden durar entre 2 y 72 horas. La cefalea es bilateral con más frecuencia que en adultos; el patrón unilateral generalmente aparece en la adolescencia. La cefalea occipital es rara e indica mayor riesgo de lesión estructural. La fotofobia y fonofobia pueden deducirse del comportamiento del niño.

J. CEFALEA SECUNDARIA NEUROLÓGICA CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

La cefalea secundaria a hipertensión intracraneal asocia habitualmente papiledema, salvo casos de muy corta evolución. Un signo indirecto frecuente es la paresia del VI par o de otros pares craneales. Se debe sospechar, principalmente, si se presenta por las mañanas, ante una cefalea persistente, aunque no sea muy intensa, sobre todo en menores de 5 años, y si se acompaña de vómitos, especialmente, si mejora tras ellos.

Son causas de este tipo de cefalea:

- Tumor y absceso cerebral: pueden producir hipertensión endocraneal por:
 - Hidrocefalia obstructiva: tumores de la línea media o de fosa posterior.
 - Ocupación de espacio: tumores hemisféricos voluminosos, en general, como para dar otros síntomas o focalidades en la exploración neurológica.
- Proceso expansivo medular cervical, por hidrocefalia obstructiva; con frecuencia se acompañan de rigidez cervical.
- Hidrocefalias no tumorales.
- Pseudotumor cerebri. Es un cuadro relativamente frecuente, especialmente en niñas adolescentes, caracterizado únicamente por hipertensión endocraneal: papiledema, estrabismo, visión doble, cefaleas, vómitos... En general, la causa es desconocida, aunque puede deberse a diversas causas: infecciones ORL, uso o retirada de corticoides, hiper o hipovitaminosis A, empleo de algunos antibióticos, algunas alteraciones endocrinas, etc. Habitualmente cede en semanas o meses, pero el edema de papila puede persistir más. El único riesgo es el de la afectación visual.
- Craneosinostosis, cierre precoz de las suturas craneales. Es excepcional que produzca hipertensión endocraneal. El cerebro que crece, puede quedar comprimido por el cráneo. Se manifiesta por deformidad craneal, con macro o microcefalia, habitualmente. El diagnóstico se obtiene por la observación y palpación del cráneo y por la TC tridimensional de cráneo, que muestra las suturas sinostosadas.
- Saturnismo o intoxicación crónica por plomo.
- Síndrome de Guillain Barré asociado a hipertensión endocraneal.

K. CEFALEA SECUNDARIA NEUROLÓGICA CON ALTERACIÓN ESTRUCTURAL INTRACRANEAL SIN HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL, CON O SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA

Son causas de este tipo de cefalea:

- Proceso expansivo intracraneal. Es rara la cefalea si no es por hipertensión endocraneal y es raro que no tenga otros síntomas o focalidad neurológica.
- Proceso expansivo de médula cervical sin hipertensión endocraneal. Se acompaña, habitualmente, de rigidez cervical o tortícolis rígida dolorosa.
- Anomalías de la charnela craneocervical.
- Anomalía de Chiari I. Es un hallazgo frecuente en la RM, a veces como hallazgo casual sin ninguna repercusión, por lo que atribuir esta anomalía como causa de cefalea es difícil. El dolor cervical o la cefalea occipital son la presentación clínica más frecuente, típicamente episódicos, con inicio y fin bruscos, y aumentan con el ejercicio y maniobras de Valsalva, como risa, tos, estornudo o defecación. Salvo que exista mucha clínica acompañante no se plantea descompresión quirúrgica, discutida en todos los casos, por resultados no siempre favorables.
- Malformación vascular intracraneal. Es raro que se presente sin otros síntomas o focalidades neurológicas.
- Hemorragia subaracnoidea, habitualmente de inicio brusco y se acompaña de rigidez de nuca.
- Hemorragia parenquimatosa cerebral, habitualmente de inicio brusco y acompañada de otros signos o síntomas: afectación del sensorio, focalidades neurológicas... Es muy rara una hemorragia parenquimatosa espontánea, sin antecedente de TCE.
- Hemorragias epidural y subdural, muy raras espontáneas, sin antecedente de TCE.
- Colecciones pericerebrales crónicas, como higroma subdural. Son raras, y es poco frecuente que haya que hacer algún tratamiento.
- Ictus isquémico, con déficit motor persistente, hemiparesia y/o anartria con o sin afasia.

L. CEFALEA SECUNDARIA NEUROLÓGICA. OTRAS CEFALEAS NEUROLÓGICAS

- Cefalea poscrítica, tras una crisis epiléptica. Una cefalea matutina puede ser reveladora de crisis nocturnas desapercibidas.
- Cefalea prodrómica de crisis epilépticas.
- Cefalea epiléptica. Es excepcional. El inicio y fin de la cefalea son bruscos, es de corta duración y puede estar acompañada de estado poscrítico.
- Cefalea posconmocional. Puede durar años tras el TCE. Hay quien piensa que se pueden evitar con reposo estricto durante 2 semanas tras una conmoción cerebral.
- Cefalea tras punción lumbar. Es relativamente frecuente. Puede durar varios días y acompañarse de rigidez espinal.
- Disfunción valvular: hipofunción o colapso ventricular por válvula hiperfuncionante.

M. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Dependiendo de la enfermedad sistémica que se sospeche, se valorará hacer: hemograma, VSG, bioquímica general, metabolismo del hierro, hormonas tiroideas, marcadores de celiaquía y electrocardiograma.
- Ante la sospecha de SAOS (niños roncadores, trastornos del sueño, cefaleas matutinas): polisomnografía convencional o pulsioximetría nocturna domiciliaria, y puede ser muy útil un vídeo con audio del niño de un periodo sintomático durante el sueño⁹.
- La realización de radiografía de senos no está indicada de forma rutinaria para el diagnóstico de sinusitis aguda no complicada; debe ser reservada a fracasos terapéuticos o empeoramientos de los síntomas o sospecha de complicación; no se recomienda en menores de 6 años¹⁰.
- RM cerebral: aporta más información y, dada la ausencia de radiación, ha sustituido en la mayoría de las ocasiones a la TC. Su inconveniente es la necesidad de anestesia en niños menores de 6 años y en mayores con déficits cognitivos o trastorno del espectro autista.

N. INDICACIONES RM CEREBRAL

- Aconsejable ante cefaleas recurrentes que van a seguir presentándose.
- Si se va a instaurar tratamiento de fondo, que se puede iniciar en espera de la RM.
- Cefaleas localizadas siempre en la misma zona.
- Cefaleas recurrentes, no sintomáticas de patología ORL o bucodental, en niños menores de 5 años.
- Patologías endocrinológicas asociadas: pubertad precoz, alteraciones del crecimiento. La RM cerebral se amplía a eje hipotálamo-hipófisis.
- Migrañas con aura.
- Síntomas sugestivos de anomalía de Chiari I. Si los síntomas son muy manifiestos, la RM, en este caso craneocervical, debe realizarse lo antes posible.

O. VALORAR DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- ORL: si se sospecha SAOS o hipertrofia adenoideo-amigdalina u otros procesos ORL complicados y/o con escasa respuesta terapéutica.
- Oftalmología: si existen alteraciones de la agudeza visual, y si hay dificultad para la realización del fondo de ojo o el estudio del fondo de ojo es dudoso.
- Salud Mental: valorar derivar si la cefalea puede estar relacionada con ansiedad, depresión o patología psicósomática.
- Odontología: si hay sospecha de disfunción temporomandibular u otra patología bucodental.
- Otras: la existencia de hipertensión arterial obliga a su estudio, habitualmente en las unidades de Nefrología.

P. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA CEFALEA AGUDA

Recomendaciones generales del tratamiento de las cefaleas en su fase aguda:

- Los analgésicos han de utilizarse de forma precoz, a ser posible antes de 30 minutos desde que se inició la clínica. **Es más recomendado de inicio el tratamiento con ibuprofeno (5-10 mg/Kg/6-8 h, máximo 40 mg/Kg/día, adultos 400-600 mg/6-8 h, máximo 2,4 g).**
- Se han de administrar a dosis óptimas desde el principio.
- Se empleará aquel fármaco que ya fue efectivo en las anteriores crisis. Se reservará el resto para posibles episodios resistentes. En casos de historia familiar de migraña, se interrogará sobre qué analgésicos son eficaces en sus progenitores.

Estas tres medidas anteriores potenciarán su efecto de forma importante si se indica al paciente que ha de intentar **encontrar un lugar donde pueda reposar e idealmente conciliar el sueño**: un lugar tranquilo, sin ruidos y con poca luz. Esta medida es muchas veces la clave para que funcionen los analgésicos administrados.

Valorar tratamientos coadyuvantes:

- En casos de náuseas, vómitos o molestias abdominales, se aconseja inmediatamente antes del analgésico un medicamento que mejore esos síntomas. Algunos autores recomiendan añadirlos en cefaleas rebeldes al tratamiento para favorecer la absorción de los analgésicos. En mayores de 12 años y con al menos 35 kg de peso: domperidona (10 mg hasta tres veces al día, con una dosis máxima de 30 mg/día). En menores de 12 años o 35 Kg: ondansetrón, preparación bucodispersable sublingual (2 mg si pesa menos de 15 kg, 4 mg si pesa 15-30 kg, y 8 mg si el peso es superior).
- Ansiolíticos. Algunos autores los indican en el estatus migrañoso; diazepam o clorpromacina.
- Si hay un componente vertiginoso, se valorará asociar sulpiride oral o i.v. (perfusión lenta) o dihidrocloruro de betahistina oral.

Ante resistencia al dolor con la dosis óptima de un analgésico de primera línea, se pueden combinar entre sí los diferentes analgésicos de primera línea: ibuprofeno, paracetamol (10-15 mg/Kg/4-6 h, máximo 60 mg/Kg/día; adultos 0,5-1 g/6 h, máximo 4 g/día), metamizol (10-40 mg/Kg/6-8 h; adultos 500 mg/6-8 h, máximo 6 g/día), ketorolaco (0,2 mg/Kg/6 h; adultos 10 mg/6 h máximo 40 mg/día), naproxeno (5-7 mg/kg/8-12 h, máximo 15 mg/Kg/día; adultos 250 mg/6-8 h, máximo 1 g/día), dexketoprofeno (La dosis recomendada es, generalmente, de 12,5 mg cada 4-6 horas, o de 25 mg cada 8 horas. La dosis total diaria no debe sobrepasar los 75 mg), ácido acetilsalicílico (10-15 mg/Kg/4-6 h; adultos 500 mg, máximo 4 g/día), indometacina, diclofenaco.

Ojo con el abuso de analgésicos. Las cefaleas por abuso de analgésicos son frecuentes en adultos, aunque son poco frecuentes en la infancia.

Otros tratamientos de la cefalea aguda:

- Corticoides por vía i.v. en casos de estatus migrañoso. La dexametasona es un corticoide sin efecto mineralocorticoide y, por tanto, útil en los procesos que necesitan nula retención hidrosalina.
- Oxígeno al 100% durante 15-30 minutos. Está indicado en los casos rebeldes a los tratamientos anteriores. Se ha de usar en mascarilla a 6-8 lpm durante 15-30 min. Si es efectivo, se observa la mejoría en los primeros 10-15 minutos. Si no hay respuesta, se retira pues puede resultar más molesto que beneficioso (una mascarilla a 6-8 lpm origina una molestia acústica importante).

Q. TRATAMIENTO AGUDO DE LA MIGRAÑA SIMPLE O DE LA MIGRAÑA CON AURA TÍPICA

El tratamiento específico de la migraña es con triptanes:

- Son fármacos agonistas centrales selectivos del receptor de la 5-hidroxitriptamina.
- Su uso es aceptado para el tratamiento de la migraña en mayores de 12 años, en ataques agudos y si no hay respuesta al tratamiento de primera línea.
- **Están indicados solo en casos de diagnóstico establecido de migraña simple o migraña con aura típica;** no debe darse en otras cefaleas ni en otras migrañas con aura.
- No está aconsejado su uso en pacientes con hipertensión arterial, enfermedad renal grave, enfermedad cardiaca o accidentes cerebrovasculares.
- Si no efectiva una primera dosis, no se aconseja repetir nueva dosis en el mismo episodio. Si el efecto es parcial o recurre la cefalea, se puede repetir la dosis pasadas al menos 2 horas (máximo 2 administraciones al día). Sumatriptan intranasal 10 mg.

R. TRATAMIENTO DE FONDO DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS RECURRENTES

Es conveniente llevar unos hábitos de vida saludable, principalmente en cuanto a la higiene del sueño y a la realización de una actividad física regular, así como evitar situaciones de estrés.

No se recomienda la exclusión de alimentos de la dieta, salvo que se haya relacionado alguno directamente como desencadenante de los episodios.

La decisión de instaurar tratamiento de fondo se toma de forma consensuada con la familia y con el niño, valorando la intensidad de las cefaleas y, especialmente, su frecuencia y su repercusión sobre la actividad diaria; el niño y sus padres son los que mejor saben la intensidad, frecuencia y repercusión de las cefaleas y tienen derecho a buscar el beneficio del tratamiento profiláctico, si así lo consideran. Se debe reevaluar su tolerancia en aproximadamente un mes, e intentar su retirada periódicamente tras 3-6 meses, preferentemente en periodos vacacionales.

Los fármacos más utilizados son: propranolol, antagonistas del calcio (flunarizina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), valproato, topiramato, zonisamida y gabapentina.

Hay que tener en cuenta las características de cada paciente para encontrar el mejor perfil farmacológico. Por ejemplo, en un paciente que asocia sobrepeso puede ser recomendable comenzar con topiramato; mientras que, si asocia un proceso depresivo, la amitriptilina sería lo más indicado.

S. VALORAR DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA

La derivación a la consulta de Neuropediatría puede depender de la posibilidad de solicitar neuroimagen desde Atención Primaria y de la experiencia del pediatra en el tratamiento de fondo o en el uso de triptanes.

Las indicaciones son:

- Cefaleas primarias que pueden beneficiarse de tratamiento de fondo, si el pediatra considera adecuado que se inicie en Neuropediatría: episodios intensos y frecuentes que requieran uso frecuente de analgésicos. La decisión debe tomarse de acuerdo con la repercusión de las cefaleas manifestadas por los niños y progenitores, y su deseo de probar el tratamiento tras una adecuada información.
- No se recomienda iniciar tratamiento de fondo sin que se haya realizado o solicitado una prueba de neuroimagen.
- Planteamiento de uso de triptanes, si el pediatra considera adecuado que se instaure en Neuropediatría, en pacientes mayores de 12 años con migraña clásica o con aura típica, que no responden a analgésicos habituales.
- Migrañas con aura con evolución desfavorable.
- Alteraciones en la RM cerebral, en los casos en los que fue solicitada por el pediatra de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. [Headache. 1993;33:497-500.](#)
2. Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C, Amminger GP, *et al.* Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. [Cephalalgia. 1995;15:13-21.](#)
3. Viswanathan V, Bridges SJ, Whitehouse W, Newton RW. Childhood headaches: discrete entities or continuum? [Dev Med Child Neurol. 1998;40:544-50.](#)
4. Bonthius DJ, Hershey AD. Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies. UpToDate. Last updated: Sept 19, 2022 [en línea] [consultado el 06/06/2024]. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/headache-in-children-approach-to-evaluation-and-general-management-strategies?search=childhood%20headache&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
5. Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. [Pediatrics 1995;96\(3 Pt 1\):413-6.](#)
6. Edgeworth J, Bullock P, Bailey A, Gallagher A, Crouchman M. Why are brain tumours still being missed? [Arch Dis Child 1996;74:148-51.](#)
7. Atención al ictus pediátrico en Aragón. Zaragoza: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Gobierno de Aragón; 2020 [en línea] [consultado el 06/06/2024]. Disponible en <https://www.aragon.es/documents/20127/47341647/Atenci%C3%B3n+al+Ictus+Pedi%C3%A1trico+en+Arag%C3%B3n.+Octubre+2020.pdf/4c375d5a-9453-2a9b-3763-2862c2d7aca5?t=1603180361740>
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. [Cephalalgia. 2018;38:1-211.](#)
9. Abad MA, Abad C, Díaz del Campo P, Díaz E, Gracia J, Machín M, *et al*; Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en la Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y en la Adolescencia en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011 [en línea] [consultado el 06/06/2024]. Disponible en https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_489_Trastorno_sue%C0%B4o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf
10. Martínez L, Albañil R, De la Flor J, Piñeiro R, Cervera J, Baquero F, *et al.* Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. [An Pediatr \(Barc\). 2013;79:330.e1-330e12.](#)