

Capítulo 3

Cefaleas en niños y adolescentes

Dr. Mario Daniel Polacov

Médico Pediatra, provincia de Córdoba.

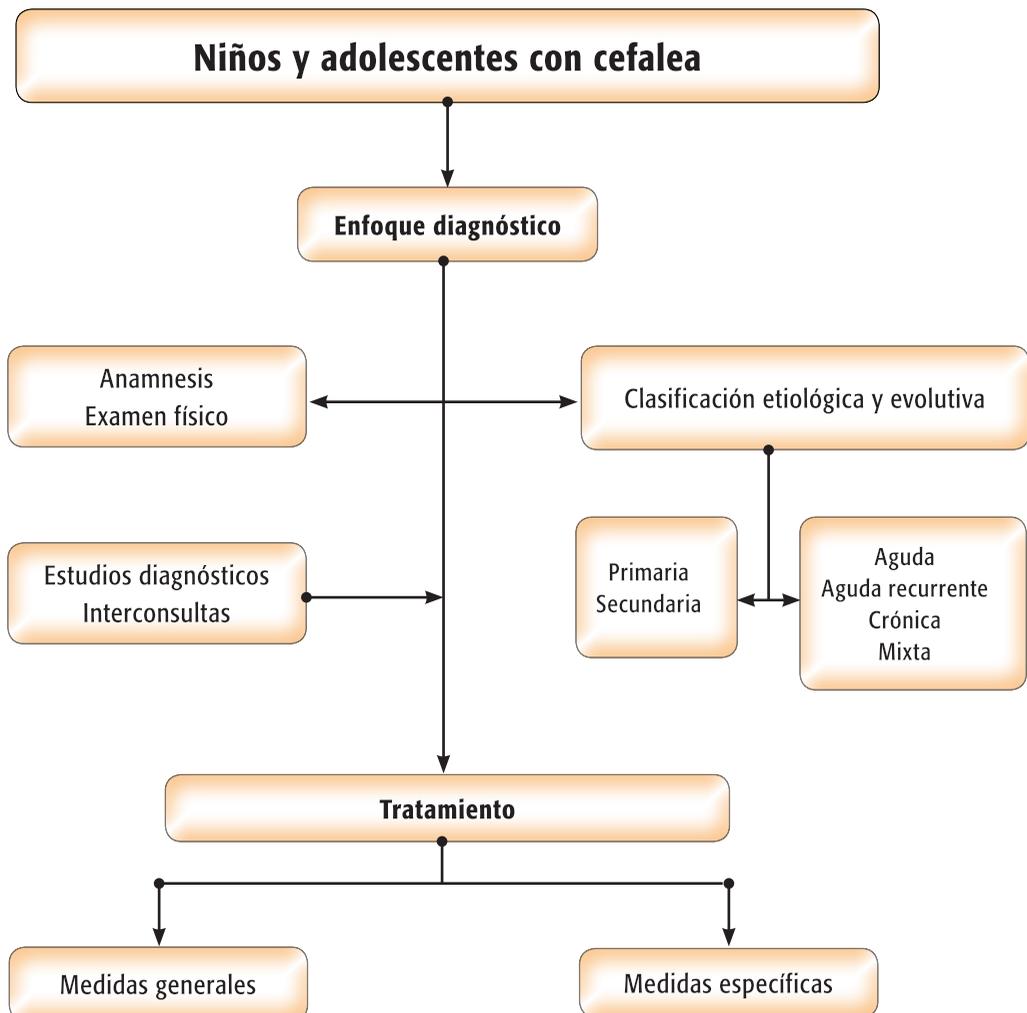
Miembro de la Comisión Directiva de SAP, Filial Córdoba.

Miembro del Comité de Pediatría Ambulatoria de SAP, Filial Córdoba.

OBJETIVOS

- Valorar la anamnesis y el examen físico como definitorios del diagnóstico en la mayoría de los casos de cefaleas en niños y adolescentes.
- Reconocer la utilidad de poder clasificar las cefaleas según diferentes criterios: etiológico o evolutivo.
- Identificar aquellas situaciones específicas que requieran la utilización de métodos complementarios para llegar al diagnóstico.
- Conocer los criterios de derivación a especialista.
- Decidir el ingreso hospitalario en las situaciones que así lo requieran.
- Indicar el tratamiento orientando al paciente y la familia tanto en medidas no farmacológicas como de tratamiento sintomático y profiláctico.

ESQUEMA DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Las cefaleas infantiles constituyen un problema frecuente e importante como motivo de consulta en Atención Primaria; su prevalencia es muy variable, según las series clínicas, señalándose que en algún momento han padecido dolor de cabeza el 4 al 20% de los niños pre-escolares, el 28 al 50% de los de edad escolar, y hasta el 75% de los adolescentes.

Si bien en la mayoría de las situaciones las cefaleas se asocian con procesos benignos, en algunos casos constituyen la manifestación de un cuadro neurológico potencialmente grave.

Por tanto, el desafío es hacer un diagnóstico acertado y oportuno, para calmar la ansiedad de la familia y la preocupación del pediatra.

El propósito de este trabajo es aportar un enfoque práctico sobre el tema para su aplicación en el consultorio pediátrico, haciendo particular énfasis en la semiología y en los criterios para solicitud de estudios y derivación a especialistas.

Fisiopatología

La cabeza duele por la activación de receptores nociceptivos ubicados en piel, tejido celular subcutáneo, músculos, vasos sanguíneos, periostio, duramadre, ojos, oídos, senos paranasales y dientes; las vías sensitivas involucradas son los pares craneales V, IX y X, y los nervios del plexo cervical. El parénquima cerebral, el epéndimo, los plexos coroideos, la piamadre y la aracnoides son insensibles al dolor.

Todo proceso que cause tracción, desplazamiento, compresión, distensión o inflamación de tales estructuras ocasiona cefaleas con características particulares en cada caso.

El dolor tiene además un componente emocional que lo modula, por lo que la magnitud de la percepción es individual en cada paciente.

CLASIFICACIÓN DE CEFALEAS

- I. Según su etiología
 - Primarias
 - Secundarias

- II. Según su patrón evolutivo
 - Agudas
 - Localizadas
 - Generalizadas
 - Agudas recurrentes
 - Crónicas
 - Progresivas
 - No progresivas
 - Mixtas

I. Desde un punto de vista **etiológico** y de acuerdo a la Sociedad Internacional de Cefaleas es importante diferenciar dos tipos de cefaleas.

- **Primarias:** en las que no hay alteraciones estructurales intra o extracraneanas.
- **Secundarias:** cuando existe una anomalía anatómica. En este grupo se incluyen: infecciones (sistémicas, del sistema nervioso central, senos paranasales, órbitas, etc.), hemorragias, hipertensión intracraneana, tumores o lesiones expansivas cerebrales.

Hacer esta distinción inicial en un paciente es esencial, a fin de definir la necesidad de estudios diagnósticos.

Tabla 1. Clasificación de cefaleas según la etiología

Cefaleas primarias	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña. • Cefalea tensional. • Cefalea "clúster". • Neuralgias de pares craneales y dolor facial de causa central.
Cefaleas secundarias Asociadas a:	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneal o cervical. • Trastornos vasculares craneales o cervicales. • Trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores). • Uso de drogas o su supresión. • Infecciones intracraneales o sistémicas. • Trastornos metabólicos (hipoglucemia, acidosis). • Dolor facial asociado a trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos paranasales, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales. • Trastornos psiquiátricos.

II. Desde un punto de vista **evolutivo**, es de utilidad la clasificación de Rothner (1983) que divide las cefaleas en agudas, crónicas o mixtas:

- **Agudas:** Cefaleas de una duración inferior a 5 días y sin antecedentes de cefaleas previas. Según su topografía, pueden ser:
 - a) *Localizadas:* cuando tienen una ubicación específica que orienta a su origen. Ejemplos: sinusitis, otitis, anomalías oculares, afecciones dentarias, disfunción mandibular.
 - b) *Generalizadas:* se extienden a toda la región cráneo-facial. Ejemplos: infecciones sistémicas, tóxicos (drogas, fármacos, monóxido de carbono), hemorragia intracraneana, hipoglucemia, hipertensión arterial.
- **Agudas recurrentes:** Episodios de presentación periódica, con intervalos libres de síntomas. Incluyen la migraña y sus variantes, y la hemicránea paroxística nocturna.

- **Crónicas no progresivas:** Cefaleas que duran más de 15-30 días con frecuencia e intensidad de los episodios similares, estables, con ausencia de signos neurológicos anormales. Se presentan en general por largos períodos y pueden tener diversas causas: cefalea tensional, post traumatismo craneoencefálico, o asociadas a trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad.
- **Crónicas progresivas:** Cefaleas que duran más de 15-30 días con frecuencia diaria-semanal, con intensidad creciente y presencia de signos neurológicos anómalos. Pueden ser causadas por tumores, abscesos intracerebrales, pseudo- tumor cerebral, hidrocefalia.
- **Mixtas:** Es la combinación en el mismo paciente de varios patrones de cefaleas.

En la Tabla 2 se señalan las causas de cefaleas siguiendo este criterio de clasificación.

Tabla 2. Causas de cefaleas según patrón evolutivo

Cefalea aguda	
Frecuentes	Raras
<ul style="list-style-type: none"> - Infección sistémica y del SNC. Fiebre - Sinusitis aguda - Meningitis - Post traumatismo de cráneo - Primera crisis de migraña - Alteraciones metabólicas (hipoglucemia) - Intoxicaciones (considerar monóxido de carbono) 	<ul style="list-style-type: none"> - Encefalitis - Hemorragia intracraneana - Glaucoma - Neuritis óptica - Vasculitis
Cefalea aguda recurrente	
Frecuentes	Raras
<ul style="list-style-type: none"> - Migraña - Cefalea tensional episódica - Hipertensión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrocefalia intermitente - Cefalea refleja (tos, ejercicio) - Hemicránea paroxística nocturna - Neuralgia trigeminal - Cefalea relacionada con el síndrome de apnea obstructiva del sueño - Disfunción témporo-mandibular - Malformación vascular
Cefalea crónica no progresiva	
Frecuentes	Raras
<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea tensional crónica - Sinusitis crónica - Trastornos visuales - Síndromes psiquiátricos (depresión, ansiedad). 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de analgésicos - Pseudo tumor cerebral
Cefalea crónica progresiva	
Frecuentes	Raras
<ul style="list-style-type: none"> - Tumor cerebral - Hematoma subdural - Malformación arterio-venosa - Hidrocefalia 	<ul style="list-style-type: none"> - Malformación de Arnold Chiari - Malformación vascular - Absceso cerebral

Fuente: Adaptada de *Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de urgencias pediátricas. Asociación Española de Pediatría, 2010.*

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Una anamnesis exhaustiva y un examen físico minucioso son los recursos disponibles para todo pediatra y que en más del 90% de los casos definen el diagnóstico de un niño con cefalea.

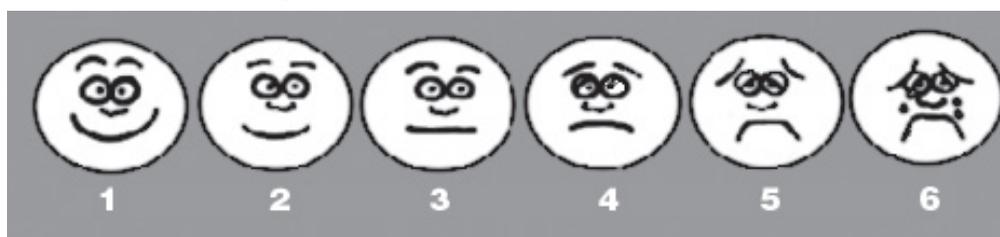
Anamnesis

Este término es más adecuado que el de interrogatorio, ya que significa “traer a la memoria”. De hecho no se trata de que el paciente o su familia respondan a un cuestionario estructurado, sino que se debe escuchar el relato (no menospreciar la capacidad expresiva del niño dejando que sea él mismo quien hable de su dolencia) induciendo a recordar aspectos puntuales de nuestro interés. En este sentido algunos datos importantes para recabar son:

- **Antecedentes familiares** de cefalea, epilepsia, enfermedades psiquiátricas, malformaciones arterio-venosas.
- **Antecedentes personales** de vómitos y dolores abdominales cíclicos, vértigos paroxísticos, mareos, fiebre recurrente, epilepsia, cuadros catarrales crónicos, traumatismos encéfalo-craneanos, cambios de conducta (variaciones en la personalidad, rendimiento escolar, apetito, indagar conflictos familiares).
- **Características de la cefalea**
Ubicación: localizada, generalizada, hemicraneal.
Intensidad, se puede utilizar Escalas de medición de dolor (**Figura 1**). Es importante conocer la repercusión de la cefalea en la vida diaria del niño o adolescente (**Tabla 3**).
Tipo: pulsátil, punzante, opresivo, irradiaciones.
Tiempo de evolución: días, semanas, meses.
Periodicidad: recurrente, constante, imprecisa. Es de utilidad anotar los episodios en un Registro de Cefaleas; un modelo del mismo se detalla en la **Tabla 4**.
Existencia o no de aura, características de la misma.
Síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, fotofobia, mareos, dolor abdominal y su vínculo temporal con la cefalea (prodrómicos, fase aguda, posterior a la crisis dolorosa).
Horario: nocturno, matutino, vespertino, relación con la escolaridad.
Frecuencia y duración del episodio.
- **Factores desencadenantes:** ansiedad, depresión, estrés, alimentos (cafeína, té, bebidas cola, chocolate, queso maduro, hamburguesas, salchichas, alimentos enlatados, conservantes, aspartamo, frutas secas), ejercicio físico intenso, ayuno, tóxicos (tabaco, alcohol, drogas), frío, hipoglucemia, privación o exceso de sueño, menstruación.
- **Factores agravantes:** ruido, luz, frío, tos, estornudos, caminar, subir escaleras.
- **Factores atenuantes:** reposo, sueño, oscuridad.
- **Tratamientos empleados y su eficacia.**

Figura 1. Escalas de medición de dolor

- **Escala facial de Wong Baker.** Sin dolor: 1 | Leve: 2 | Moderado: 3 | Intenso: 4 y 5 | Intolerable: 6



- **Escala numérica.**

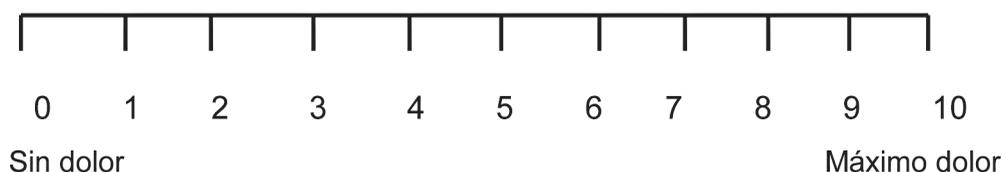


Tabla 3. Cuestionario de PED MIDAS

Repercusión de la cefalea en la vida diaria

En relación a los últimos 3 meses

- Numere los días perdidos de colegio por dolor de cabeza.
- Numere los días perdidos parcialmente de colegio por haber llegado tarde o salido antes por dolor de cabeza.
- Numere los días en los cuales su rendimiento escolar ha estado disminuido por dolor de cabeza.
- Numere los días en los cuales su rendimiento en las tareas de la casa ha estado disminuido por dolor de cabeza.
- Numere los días en los cuales no ha podido participar de actividades recreativas y de deportes por dolor de cabeza.
- Numere los días en los cuales ha podido participar de actividades recreativas y de deportes, pero que su capacidad ha estado disminuida por dolor de cabeza.

Puntuación:

- Igual o menos de 10: compromiso leve.
- De 11 a 20: compromiso moderado.
- Igual o superior a 21: compromiso severo.

Fuente: Adaptado de la V Reunión Anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. 2006.

Tabla 4. Registro de cefaleas

Día	Horario duración	Intensidad localización	Síntomas previos	Síntomas acompañantes	Tratamiento Respuesta	Datos complementarios

Fuente: Adaptada de Protocolo de cefalea en el niño en atención primaria. 2005.

Examen físico

Si bien como en todo niño debe ser completo, hay puntos específicos en los que debemos centrar nuestra atención:

1. Exploración general

- Toma de temperatura y presión arterial.
- Aspecto general.
- Piel y anexos (coloración, manchas café con leche, neurofibromas, petequias, todos ellos sospechosos de tumores).
- Semiología cardiopulmonar y abdominal.
- Medición del perímetro cefálico (la circunferencia craneana debe ser medida incluso en niños mayores, dado que el aumento lentamente progresivo de la presión intracraneal causa macrocrania).
- Examen del macizo cráneo-facial: incluyendo percusión (signo de "olla cascada" sugestivo de masa tumoral) y auscultación craneana (soplos o frémitos sospechosos de malformación arterio-venosa). Articulación temporo-mandibular.
- Valoración otorrinolaringológica: puntos sinusales, otoscopia.
- Cuello (columna y musculatura cervicales).

2. Exploración neurológica

- Nivel de conciencia, función intelectual y orientación.
- Marcha y coordinación.
- Pares craneales.
- Tono, fuerza y reflejos musculares profundos.
- Presencia de reflejos patológicos.
- Examen sensitivo.
- Signos cerebelosos.
- Presencia de signos de irritación meníngea o signos neurológicos focales.

3. Exploración oftalmológica

- Agudeza visual.
- Motilidad ocular extrínseca (alineación ocular, presencia de ptosis palpebral).
- Motilidad ocular intrínseca (miosis, midriasis, reflejo fotomotor).
- Campimetría.
- Fondo de ojo.

Métodos complementarios

En términos generales sólo se recurrirá a estudios auxiliares cuando la anamnesis y el examen físico orienten a patología específica; es la guía clínica la que define la aproximación diagnóstica.

Pueden solicitarse un laboratorio (hemograma, glucemia, gases en sangre, reactantes de fase aguda, urocultivo) y un cribado toxicológico (alcohol, drogas, monóxido de carbono, etc. según sospecha).

La punción lumbar es indispensable cuando existen indicios de infección del Sistema nervioso central o para la medición de presión de líquido céfaloraquídeo.

El electroencefalograma es de utilidad cuando se presentan convulsiones.

La Rx de cráneo y senos paranasales serán requeridas ante la presencia de signos orientadores. Respecto de las neuroimágenes, la Resonancia Magnética tiene una definición superior a la Tomografía Computada, pero por motivos de costo y accesibilidad técnica, ésta última es muchas veces el estudio inicial.

Las situaciones que ameritan recurrir a **diagnóstico por imágenes** son:

- Cefalea de presentación aguda o hiperaguda.
- Dolor cuya severidad aumenta progresivamente.
- Cefaleas durante el sueño o al despertar.
- Dolor que aumenta con maniobras de Valsalva, ejercicio, tos o cambios posturales.
- Macrocefalia o asimetría craneana.
- Soplo intracraneal.
- Examen neurológico anormal (focalización o déficit, convulsiones).
- Cefaleas refractarias al tratamiento.
- Signos de hipertensión endocraneana (ver más adelante en Tumor cerebral).
- Deterioro en el rendimiento escolar, cambios de personalidad, alteraciones en la conducta habitual.
- Cefaleas en portadores de válvulas ventrículo-peritoneales.
- Niño menor de 5 años.

Interconsultas

Según el caso se solicitará valoración por especialistas por ejemplo oftalmólogo, ORL, neurólogo, servicio de salud mental.

Los criterios para **derivación a neuropediatría** son:

- Duda diagnóstica.
- Cefalea crónica diaria.
- Hipertensión endocraneana.
- Migraña refractaria o complicada.
- Cefalea tipo tensional refractaria.
- Signos de focalización neurológica.
- Cefalea que afecta la vida diaria a nivel escolar o familiar.

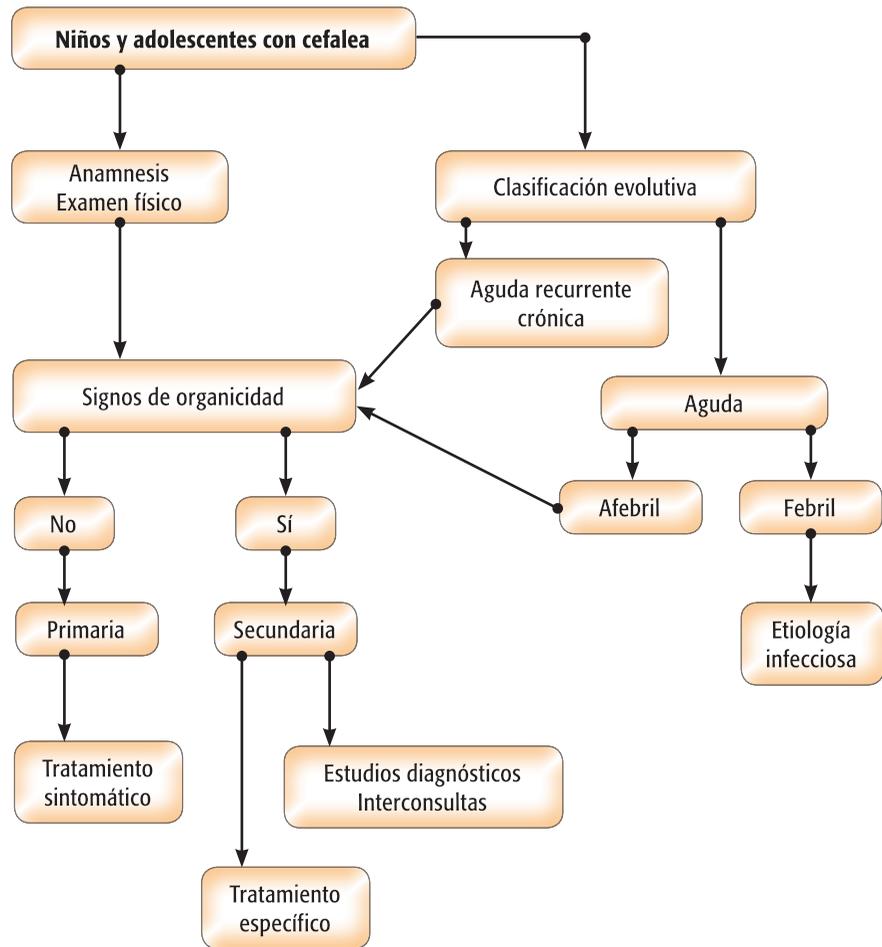
Esquema de abordaje de cefaleas en el consultorio

Como señalamos anteriormente con la anamnesis y el examen físico es posible un acercamiento diagnóstico en la mayoría de los casos.

A modo de esquema conceptual se propone el siguiente camino (**Figura 2**).

- En primer término es importante ubicar la cefalea según su evolución (aguda, recurrente, crónica). En caso de tratarse de una cefalea aguda, una distinción importante es saber si existe un cuadro febril concomitante, ya que su presencia orienta hacia una etiología infecciosa.
- Luego definir si existen signos de sospecha de organicidad: patrón localizado, datos sugestivos de masa intracraneal o hipertensión endocraneana (ver más adelante en Tumor cerebral).
- Llegado a este punto estamos ante dos grupos clínicos: cefaleas primarias y secundarias. Para estas últimas se solicitan métodos complementarios y participación de especialistas; para las primeras tratamiento sintomático y control periódico.

Figura 2. Algoritmo diagnóstico



Criterios de ingreso hospitalario

Se decidirá el ingreso ante casos de gravedad real o potencial, o si existe compromiso del estado general. Y en las siguientes situaciones:

- Estado de mal migrañoso.
- Déficit neurológico.
- Infección del Sistema nervioso central.
- Síndrome de hipertensión endocraneana.
- Cefalea intensidad severa y refractaria.
- Traumatismo encéfalo craneano moderado y severo.
- Vómitos incoercibles.
- Migraña hemipléjica.
- Síncopes.

TRATAMIENTO

Los objetivos que se plantean al iniciar la terapia del dolor de cabeza son:

1. Reducir la frecuencia, duración y gravedad de los episodios.
2. Disminuir la discapacidad o repercusión de la cefalea en la vida del niño.
3. Prevenir y/o limitar el uso excesivo de medicamentos.
4. Educar en prevención de desencadenantes y manejo precoz del dolor.

El tratamiento de las cefaleas incluye medidas generales y medidas específicas.

Medidas generales

Parte del tratamiento es explicar al paciente y a sus padres el diagnóstico. Muchos de los pacientes y sus familias consultan para conocer el origen del dolor y saber si existe la posibilidad de tener un tumor cerebral. Cuando se estima un riesgo bajo, esta sola información tranquiliza al niño y su familia, y permite establecer las bases para una buena adherencia al tratamiento.

De forma preventiva se aconsejará un estilo de vida saludable: dieta equilibrada, descanso suficiente, recreación, manejo adecuado del estrés, actividad física regular, organización criteriosa de horarios y tiempo libre.

Medidas específicas

1. No farmacológicas

Evitar agentes precipitantes	Exceso o privación del sueño. Cambios de horario o alteración del ciclo sueño vigilia. Ayuno o saltarse comidas. Algunos alimentos con elevado contenido en glutamato (ya citados en anamnesis). Factores ambientales: luminosidad excesiva, olores, altitud, cambios climáticos o de presión atmosférica. Ejercicio intenso. Estrés y ansiedad. Fármacos y drogas: anticonceptivos orales, alcohol, drogas (cocaína y anfetaminas producen hemorragia cerebral, heroína es causa de vasculitis en el SNC).
Técnicas de relajación	Biofeedback, psicoterapia, hipnosis.
Medios físicos	Frío local, oxígeno 100%, oscuridad, silencio, digito puntura.

2. Farmacológicas

a) Tratamiento sintomático

Debe ser instaurado rápidamente porque cuanto más tiempo dura la cefalea tanto más difícil resulta suprimirla.

Para los **dolores leves o moderados** se usan analgésicos habituales como *Ibuprofeno* (10 mg/kg c/6-8 hs) o *Paracetamol* (15 mg/kg c/4-6 h); pueden asociarse a cafeína para potenciar su eficacia. Puede emplearse un antiemético según necesidad; en tal caso se recomienda *Metoclopramida* o *Domperidona* a razón de 5-10 mg/kg c/8 horas.

En el caso de **cefaleas severas** o ante el fracaso de los AINES para atenuar los síntomas se recurrirá a fármacos de segunda línea; las opciones son *Ergotamina* (1-2 mg/dosis única en mayores de 6 años) o *Sumatriptan* intranasal (20 mg/dosis en adolescentes con jaqueca).

El **estado de mal migrañoso o status migrañoso** (cefalea grave de 3 días o más de duración, sin atenuación del dolor con los medios antes referidos) se trata con corticoides (*Dexametasona* o *Prednisona*) y *Fenitoína*, ambos por vía endovenosa y en dosis habituales.

b) Tratamiento profiláctico

Si los episodios migrañosos resultan frecuentes (3-4 al mes por al menos 3 meses) o si se trata de crisis severas con repercusión en actividades de la vida diaria (**Tabla 3**), se plantea el uso de tratamiento preventivo. La indicación puede ser realizada por el pediatra general, consultando a neurología cuando lo considere necesario: dudas en la elección de fármacos, fracasos de tratamientos previos, compartir decisiones terapéuticas.

La idea es comenzar con dosis bajas e ir incrementando gradualmente según tolerancia y efecto; se administrará entre 3 y 12 meses debiendo retirarse de forma gradual a fin de evitar el efecto rebote.

Los fármacos más frecuentemente usados para la prevención de la migraña son la flunarizina (5-10 mg/día) y el propanolol (1-2 mg/kg/día). También pueden emplearse ciproheptadina, ácido valproico, amitriptilina, topiramato.

COMENTARIOS BREVES SOBRE ALGUNOS TIPOS DE CEFALEAS

- Migraña.
- Cefalea tensional.
- Tumor cerebral.
- Cefalea de origen oftalmológico.
- Cefalea por sinusitis.
- Cefalea por hemorragia cerebral.

Migraña: Es una cefalea primaria que representa la principal causa de cefalea aguda recurrente. Los varones son más afectados antes de los 10 años, invirtiéndose esta relación después de esta edad. Afecta al 4-8% de los niños entre los 7 y 15 años. Se manifiesta como episodios de dolor de cabeza de intensidad moderada a severa, pulsátil, de presentación frecuentemente unilateral, y que se acompaña de dolor abdominal, náuseas o vómitos. Se agrava con la actividad física, e interfiere con la vida habitual. Tiene base heredo-familiar, sobre la que actúan factores exógenos diversos como desencadenantes o agravantes de los episodios (ver anamnesis).

Tiene las siguientes variantes clínicas:

a) Migraña con aura (clásica): Representa el 5-15% de los casos. El aura consiste en síntomas reversibles que preceden a la crisis (de 5 a 60 minutos de duración). Puede manifestarse como:

- Síntomas visuales con características positivas (luces, manchas o líneas parpadeantes), negativas (visión borrosa, escotomas, ceguera transitoria) o ambas. También se incluyen distorsiones del tamaño (micropsias, macropsias) y de la forma metamorfopsias, como en el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas.
- Síntomas sensitivos con características positivas (hormigueo, pinchazos), características negativas (entumecimiento, adormecimiento) o ambas.
- Trastorno del habla disfásico.

b) Migraña sin aura (común): Es la más frecuente en la infancia (85% de los casos). Suele ser de localización fronto-temporal y puede ser uni o bilateral.

c) Migraña en racimos (cluster): Esta cefalea se acompaña síntomas autonómicos: congestión nasal, rinorrea, lagrimeo, congestión conjuntival, sudación facial, miosis, ptosis y edema palpebral. Los ataques aparecen en series que duran de 15 a 180 minutos, repetitivos a lo largo del día, y que se prolongan por semanas a meses separados por otros períodos de remisión.

d) Equivalentes migrañosos: Son síndromes periódicos considerados como precursores migrañosos. Entre ellos pueden señalarse: vértigo paroxístico benigno, migraña abdominal, vómitos cíclicos de la infancia.

e) Síndromes migrañosos complejos: Se refiere a manifestaciones neurológicas que acompañan a la cefalea, derivadas de la isquemia en áreas puntuales del sistema nervioso central. Según su localización y su expresión clínica puede hablarse de migraña retiniana, migraña hemipléjica, migraña vertebrobasilar, migraña confusional y migraña oftalmopléjica. Los síntomas son reversibles cuando cede la crisis.

f) Complicaciones migrañosas: Infarto cerebral, estado de mal migrañoso.

Cefalea tensional: Se ha denominado también psicógena o funcional. Es de presentación frecuente en edad pediátrica y suele asociarse a factores emocionales (estrés familiar, maltrato, conflictos en las relaciones sociales, fobia y hostigamiento escolar, depresión infantil); por lo que muchas veces una cefalea es un síntoma de un trastorno más profundo que es preciso explorar y descubrir.

El dolor de cabeza se caracteriza por episodios de minutos a días de duración de calidad opresiva, intensidad de leve a moderada, localización bilateral y que no empeora con la actividad física habitual. No se acompaña de náuseas o vómitos, y puede presentar fotofobia o fonofobia pero raramente ambas. Según su frecuencia puede dividirse en episódica (menos de 15 por mes) o crónica (más de 15 mensuales durante 6 meses).

Tumor cerebral: Los tumores del Sistema Nervioso Central representan la segunda neoplasia más frecuente en la infancia y la primera causa de los tumores sólidos.

Algunos indicios para sospechar esta patología son:

- Cambios en el patrón del dolor (intensidad creciente, localización precisa).
- Alteraciones neurológicas: convulsiones, focalización como trastornos motores o sensitivos, cerebelosos, compromiso de pares craneales.
- Cambios de carácter: apatía, irritabilidad, desatención.
- Compromiso del estado general: anemia, pérdida de peso.
- Asociaciones: déficit hipofisario (polidipsia-poliuria, disminución del crecimiento), patología cutánea (neurofibromatosis, esclerosis tuberosa).
- Cuadro clínico de hipertensión intracraneana:
 - Dolor agravado por la tos o maniobra de Valsalva.
 - Empeora en la mañana o al despertar.
 - Se asocia a náuseas y vómitos.
 - Alteraciones oculares: disminución de la agudeza visual, diplopía, estrabismo agudo, nistagmus, edema de papila.

Cefaleas de origen oftalmológico: son poco frecuentes. Están relacionadas con esfuerzos visuales prolongados, por lo que suelen ser vespertinas o nocturnas. Son cefaleas sordas, leves, opresivas, de ubicación orbitaria o frontal, acompañadas de molestias oculares (visión borrosa, diplopía), que mejoran con el reposo visual o cerrando los ojos. Son producidas por defectos de refracción, estrabismo, dacriocistitis, orzuelo interno y neuritis óptica.

Cefalea por sinusitis: asociada a secreción nasal purulenta. Se localiza sobre el seno paranasal afectado. Retroorbitaria o en vertex cuando afecta al seno frontal; frente o maxilar superior cuando afecta al seno maxilar; frontal, orbitaria, occipital o en vertex en el seno esfenoidal; y retroocular o temporal en el seno etmoidal.

Cefalea por hemorragia cerebral: en general secundaria a patología vascular congénita (malformación arterio-venosa, aneurisma) o traumatismo cráneo-encefálico. Es una cefalea de inicio súbito, de intensidad severa (intolerable), con deterioro neurológico rápidamente progresivo. En el caso de antecedentes familiares de malformaciones vasculares cerebrales o ante la presencia de angiomas cráneo-faciales en un niño se realizarán estudios radiológicos para detección temprana de malformaciones arterio-venosas. La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. El Una anamnesis exhaustiva y un examen físico minucioso son los recursos disponibles para todo pediatra y que en más del 90% de los casos definen el diagnóstico de un niño con cefalea.
 V F
2. Las cefaleas agudas tienen una duración inferior a 5 días y no tienen antecedentes de cefaleas previas.
 V F
3. Las cefaleas crónicas no progresivas pueden ser causadas por tumores, abscesos intracerebrales, pseudo- tumor cerebral, hidrocefalia.
 V F
4. Frente a una cefalea aguda es importante saber si existe un cuadro febril concomitante, ya que su presencia orienta hacia una etiología infecciosa.
 V F
5. La punción lumbar es indispensable cuando existen indicios de infección del Sistema Nervioso Central o para la medición de presión de líquido céfaloraquídeo.
 V F
6. La migraña es una cefalea primaria que representa la principal causa de cefalea aguda recurrente.
 V F
7. Frente a una cefalea es preciso instaurar medidas generales no farmacológicas durante algunas horas antes de indicar tratamiento sintomático.
 V F

RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Mencione al menos tres ejemplos de cefaleas:

Primarias:

Secundarias:

2. Identifique los aspectos que se deben explorar en la anamnesis.

.....

.....

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

3. Enumere por lo menos cinco situaciones que ameritan recurrir a diagnóstico por imágenes.

ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

1. **Julián** de 6 años acude a la guardia por cefalea intensa de 2 horas de evolución acompañada de vómitos. Como único antecedente de interés el padre relata la presencia de “ausencias”, desde los 4 años en tratamiento con oxcarbazepina.

El niño se encuentra asintomático. Al examen físico, Glasgow 15, palidez, TA 110/60, signos meníngeos negativos, afebril, sin otros datos relevantes. Durante la exploración inicia súbitamente cefalea intensa retroocular y frontal izquierda. Dada la intensidad del cuadro se decide su ingreso a la Unidad de Observación. Bruscamente presenta una depresión marcada del nivel de conciencia; se estabiliza mediante intubación endotraqueal.

¿Cuál sería su interpretación y qué conducta seguiría en este caso?

2. **Macarena** de 9 años, adoptada, sana, buen crecimiento y desarrollo y rendimiento escolar. Comenzó hace un año con cefaleas frontales bilaterales, pulsátiles, de intensidad variable, de frecuencia variable (a veces mensual), de más de una hora de duración, que calman con analgésicos y con el sueño, acompañadas de decaimiento, palidez, fotofobia y vómitos.

En dos oportunidades presentó cefaleas severas acompañadas de parestesias e hipoestusias de hemicuerpo izquierdo, seguidas de paresia de dicho hemicuerpo.

El primer episodio presentó una duración de 2 horas hasta el retroceso completo de los síntomas, y el segundo episodio 4 horas. El día posterior presentó somnolencia. En ambos episodios presentó un examen físico normal al momento de la consulta, luego de finalizados los mismos.

¿Qué conducta asume? ¿Qué estudios diagnósticos serían de utilidad?

CONCLUSIONES

Las cefaleas en niños y adolescentes constituyen un desafío para el clínico que debe determinar si se trata de un problema banal o si constituye la expresión de una enfermedad grave. Y para tomar esta decisión debe apoyarse en la actitud habitual que rige el quehacer pediátrico: ir de lo simple a lo complejo, de lo más frecuente a lo excepcional, de lo urgente a aquello que puede esperar.

Teniendo en claro los signos de alerta de patología intracraneana y con una semiología minuciosa es posible llegar a un diagnóstico de aproximación en la mayoría de las situaciones.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Cabrera López JC y col. Cefaleas en la infancia: Actualización y Propuestas. *Can Ped* 2005;29(2):127-137.
- Karin Kleinsteuber S. Evaluación y manejo de la cefalea en el niño. *Rev Med Clin Condes* 2008;19(5):546-557.
- Melián RM. Protocolo de cefalea en el niño en atención primaria. *Can Ped* 2008;32(3).
- Quintana Prada M. Cefaleas. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas, Asociación Española de Pediatría 2010;30: 271-279.

CLAVE DE RESPUESTAS

IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Verdadero.
2. Verdadero.
3. Falso. Las cefaleas crónicas no progresivas pueden tener diversas causas: cefalea tensional, post traumatismo craneoencefálico, o asociadas a trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad.
4. Verdadero.
5. Verdadero.
6. Verdadero.
7. Falso: El tratamiento sintomático debe ser instaurado rápidamente porque cuanto más tiempo dura la cefalea tanto más difícil resulta suprimirla.

RESPONDA LAS SIGUIENTES CONSIGNAS

1. Primarias: Migraña. Cefalea tensional. Cefalea "clúster". Neuralgias de pares craneales y dolor facial de causa central.

Secundarias asociadas a: Traumatismo craneal o cervical. Trastornos vasculares craneales o cervicales. Trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores). Uso de drogas o su supresión. Infecciones intracraneales o sistémicas. Trastornos metabólicos (hipoglucemia, acidosis). Dolor facial asociado a trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos paranasales, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales. Trastornos psiquiátricos.

2. Anamnesis: Antecedentes familiares y personales, características de la cefalea (ubicación, intensidad, tipo, tiempo de evolución, periodicidad, existencia o no de aura, síntomas acompañantes, horario, frecuencia y duración del episodio), factores desencadenantes, agravantes y atenuantes, tratamientos empleados y su eficacia.
3. Las situaciones que ameritan recurrir a diagnóstico por imágenes son: Cefalea de presentación aguda o hiperaguda, dolor cuya severidad aumenta progresivamente, cefaleas durante el sueño o al despertar, dolor que aumenta con maniobras de Valsalva, ejercicio, tos o cambios posturales. Macrocefalia o asimetría craneana. Soplo intracraneal. Examen neurológico anormal. Cefaleas refractarias al tratamiento. Signos de hipertensión endocraneana. Deterioro en el rendimiento escolar, cambios de personalidad, alteraciones de conducta. Cefaleas en portadores de válvulas ventrículo-peritoneales. Niño menor de 5 años.

EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

ANALICE Y RESUELVA LAS SIGUIENTES SITUACIONES CLÍNICAS

- 1. Julián.** Se realizó medicación anticonvulsivante y una TAC cerebral objetivándose hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo, abierto a ventrículos y nódulo periventricular sugestivo de tumor. A los 6 días se interviene quirúrgicamente, siendo el diagnóstico: glioma de bajo grado de malignidad.

- 2. Macarena.** Se decidió su internación, realizándose tomografía computada y resonancia magnética cerebral con angiorresonancia, siendo ambos normales.

Se asumió como Migraña hemipléjica iniciándose tratamiento preventivo con Topiramato. Presentó buena evolución con disminución de frecuencia e intensidad de las cefaleas y no reiteró episodios de hemiplejía.