

CEFALEA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Ana M^a Grande Tejada.
M^a José Fernández Reyes.
Mercedes García Reymundo.
Pilar Martín Tamayo.
Hospital Materno Infantil. Badajoz

Introducción.

- Actualmente, la cefalea es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en la práctica clínica habitual, debido a la elevada **carga de ansiedad** familiar y personal asociada.
- La incidencia real de la cefalea es difícil de calcular, aunque se estima que aproximadamente el **5%** de los niños, padece o ha padecido alguna vez dolor de cabeza.
- Los datos varían en las distintas series clínicas entre el **4-20%** en los niños en edad preescolar y el **28-50%** en la edad escolar.

Clasificación de las cefaleas.

- Los criterios de la IHS (Internacional Headache Society) en su segunda edición (ICHD-2) del 2003, son muy eficaces para el diagnóstico **específico** de las cefaleas.
- Para el manejo asistencial diario, tiene mayor utilidad la clasificación propuesta por Rothner (1983) quien divide las cefaleas de acuerdo a un **patrón temporal** de presentación y según la **intensidad del dolor**.

Clasificación Cefaleas

Patrón temporal (Rothner AD, 1983).

1. Cefaleas Agudas:

- Agudas localizadas.
- Agudas generalizadas.

2. Cefaleas agudas recurrentes:

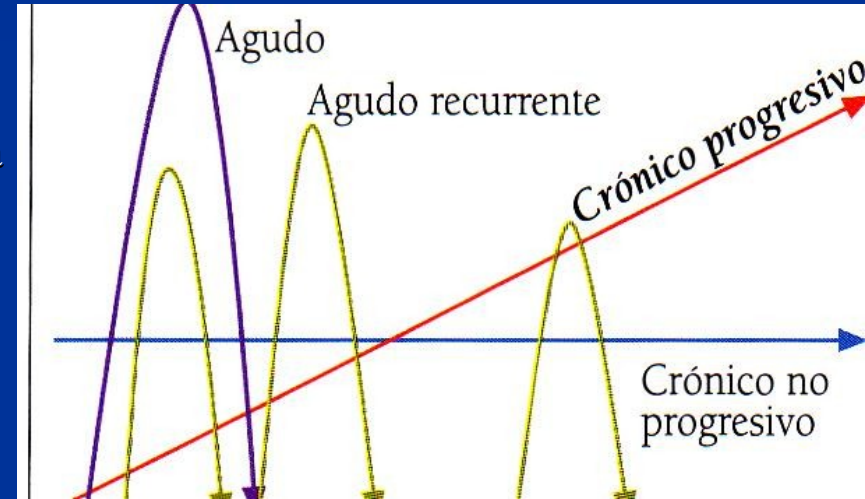
- Migraña.
- De tensión episódica.
- Hemicránea paroxística crónica
- Síndromes periódicos en la infancia que pueden preceder o acompañar a la migraña.
- Cefaleas de breve duración.

3. Cefalea crónica no progresiva:

- Cefalea de tensión crónica.
- Cefalea postraumática.

4. Cefalea crónica diaria.

5. Cefaleas crónica progresiva.



1.1 Cefaleas agudas generalizadas.

- Infecciones sistémicas.
- Infecciones del SNC.
- Postconvulsiones.
- Postpunción lumbar.
- TCE. Tóxicos, fármacos, aditivos.
- Hipoglucemia.
- HTA.
- ACV isquémico.
- Hemorragias.
- Colagenopatías.
- De esfuerzo.

1.2 Cefaleas agudas localizadas.

- Sinusitis.
- Otitis.
- Anomalías oculares.
- Afecciones dentales.
- Neuralgia occipital.
- Disfunción de la articulación temporomandibular

Causas de cefalea aguda en Unidades de urgencias.

CAUSA	LEWIS (%)	KAN (%)
Infección vírica de VRA	39	28,5
Sinusitis	9	
Faringitis estreptocócica	9	
HTA		1,5
Migraña sin aura	18	8,5
Cefalea tensional		1,5
Meningitis vírica	9	2,3
Tm cerebrales	2,6	1,5
Cefalea postraumática		20
Mal funcionamiento de shunt VP	2	11,5
Hemorragia intracraneal	1,3	
Cefalea postconvulsiva	1,3	3
Síncope		1,5
Causa indeterminada	7	11,5

2. Cefaleas agudas recurrentes.

2.1 Migraña:

- Es la causa más frecuente de cefalea primaria en la edad pediátrica.
- Su prevalencia es difícil de calcular y varía según las series entre el **1,4%** antes de los 5 años y entre el **8-23%** hasta los 15 años. Lo que sí está claro es que hay un aumento progresivo dependiente de la edad.
- A edades tempranas se da igual en ambos sexos y a medida que avanza la edad hay un claro predominio femenino.

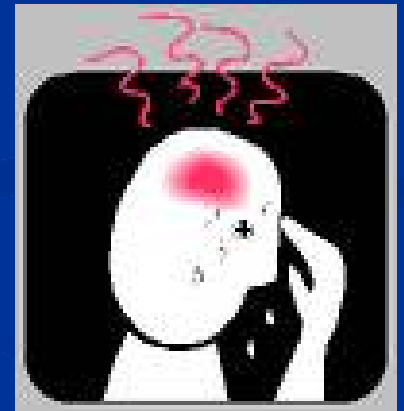
- En 1998, el comité de clasificación de las cefaleas de la IHS estableció la existencia de **7 entidades** relacionadas con la migraña, especificando unos criterios diagnósticos precisos.

1. **Migraña sin aura.**

Criterios pediátricos para la migraña **sin** aura. (ICHD-2).

A) Al menos 5 episodios que cumplan los criterios B-D:

- B) Cefalea de 1-72 horas de duración.
- C) Al menos 2 características:
 - Unilateral o **Bilateral**.
 - Pulsátil.
 - Intensidad moderada a severa.
 - Se agrava con la actividad física.
- D) Al menos uno de los siguientes síntomas:
 - Náuseas y/o vómitos.
 - Fotofobia y fonofobia.
- E) No atribuible a otro trastorno.



- En 1998, el comité de clasificación de las cefaleas de la IHS estableció la existencia de **7 entidades** relacionadas con la migraña, especificando unos criterios diagnósticos precisos.

1. Migraña sin aura.

2. **Migraña con aura.**

Criterios pediátricos para la migraña con aura. (ICHD-2).

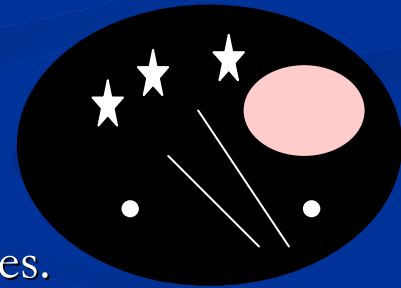
A) Al menos **2 crisis** que cumplan los criterios B - D.

B) Aura con **al menos 1** de las siguientes características, excepto debilidad muscular:

1. Síntomas visuales completamente reversibles, incluyendo manifestaciones positivas (luces parpadeantes, manchas o líneas) y/o negativas (pérdida de visión...).
2. Síntomas sensoriales completamente reversibles.
3. Alteraciones en el habla/disfasia completamente reversibles.

C) **Al menos 2** de los siguientes:

1. Síntomas visuales homónimos y/o síntomas visuales unilaterales.
2. Al menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente en un tiempo \geq 5 minutos o 2 o más síntomas de aura sucesivos en el mismo período.
3. Cada síntoma \geq **5 minutos** y \leq **60 minutos**.



Criterios pediátricos para la migraña con aura. (ICHD-2).

D) Este criterio determina el subdiagnóstico de migraña con aura típica:

1.2.1 Aura típica con cefalea migrañosa.

Una cefalea que cumpla los criterios B-D para migraña sin aura comienza durante el aura o sigue a ésta en los 60 minutos siguientes.

1.2.2 Aura típica con cefalea no migrañosa.

Una cefalea que no cumpla los criterios B-D para migraña sin aura o sigue a ésta en los 60 minutos siguientes.

1.2.3 Aura típica sin cefalea.

Sin cefalea durante el aura ni en los siguientes 60 minutos.

En la clasificación de la IHS-2 se aceptan 6 subgrupos:

- Aura típica con cefalea migrañosa.
- Aura migrañosa sin cefalea.
- Migraña tipo basilar.
- Migraña hemipléjica familiar.
- Cefalea de tensión episódica.
- Hemicránea paroxística crónica.

Cefalea de tensión episódica.

- Suele ocurrir en por encima de los 10 años.
- Predomina en sexo femenino.
- Intensidad leve-moderada. Limita, pero no interrumpe.
- Carácter opresivo.
- Localización bilateral, se distribuye en banda alrededor de la cabeza.
- Duración: 30 minutos-7 días.
- No náuseas, vómitos.
- No foto ni fonofobia, o únicamente una de las dos.
- Ha de presentarse **menos de 15 veces al mes** o **menos de 180 días al año**.
- En la IHS-2 se distinguen 2 subtipos:
 - Frecuente.
 - Infrecuente: no más de 1 vez al mes.

Síndromes periódicos en la infancia que pueden preceder o acompañar a la migraña.

- **Vértigo paroxístico benigno.**
- **Tortícolis paroxística benigna.**
- **Vómitos cíclicos.**
- **Migraña abdominal.**

Cefaleas de breve duración.

- Cefalea punzante idiopática.
- Síndrome de cuello – lengua.
- Cefalea benigna desencadenada por el ejercicio y la tos.
- Neuralgias faciales típicas o atípicas.

Migraña. Criterios de Prenskey.

Cefalea **recurrente** con intervalos libres **más 3** de los siguientes:

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Pulsátil
- Mejoría con el sueño
- Historia familiar
- Aura (visual, motora o sensorial).

3. Cefalea crónica no progresiva.

■ 3.1 Cefalea de tensión crónica.

Comparte criterios con la cefalea de tensión episódica, pero cuando se presenta **más de 15 días al mes durante 6 meses o más de 180 episodios al año.**

Es el paradigma de este tipo de cefaleas.

■ 3.2 Cefalea postraumática.

Cuando dura más de **8 semanas** tras un TCE, obliga a descartar un hematoma subdural.

4. Cefalea crónica diaria.

Cefalea por abuso de analgésicos.

5. Cefalea crónica progresiva.

- Se asocian a **patología intracraneal** de diversa índole que en general causa **hipertensión intracraneal**:
 - **Hidrocefalia**
 - **Tumores cerebrales.**
 - **Abscesos cerebrales.**
 - **Hematoma subdural crónico.**
- Son sugerentes de este tipo de cefalea:
 - Los cambios en el patrón de una cefalea crónica.
 - Cefalea de reciente aparición y carácter progresivo.
 - Dolor persistentemente localizado en el mismo lugar.
 - Dolor que despierta por la noche.
 - Dolor de presentación matutina.
 - Dolor asociado a focalidad o déficit neurológico.

Diagnóstico.

- Con la realización de una buena anamnesis y una minuciosa exploración física podemos llegar al diagnóstico hasta en un **90%** de los casos sin tener que recurrir a exámenes complementarios

(Artigas J, Garaizar C, Mulas F. Cefaleas en infancia y adolescencia. Ergón; 2003).

- Ante un niño que acude a urgencias con cefalea aguda y sin antecedentes de cefaleas previas el primer dato diferenciador será la presencia o ausencia de **fiebre**.



Cefalea

¿FIEBRE?

HTA

Tóxicos

Disfunción
autonómica

Exploración
neuroológica
¿Normal?

Hipoglucemia
Ejercicio
Síncope
Postconvulsión

¿Signos meníngeos?

Sí

No

Sí

No

Fondo de ojo

Exploración neuroológica
¿Normal?

Edema de
papila

Normal

No

TC Craneal

PL. ¿Normal?

Sí

Control
evolutivo

TAC craneal

Sí

No

Meningitis
Encefalitis

Buscar otro
foco

No

Sí

Alterado

Normal

Tumor
Malformación vascular
Hemorragia cerebral
Infarto

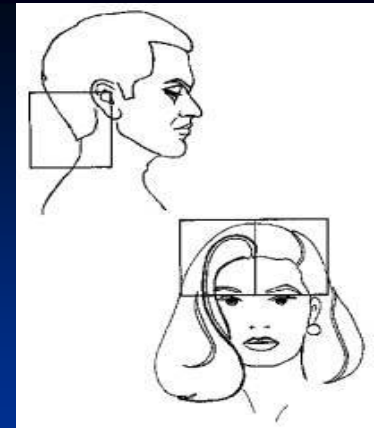
PL

Meningitis
Encefalitis
HSA
HTICB

Anamnesis.

1. ¿Tiene uno o varios tipos de cefaleas?
2. ¿Desde cuándo padece la cefalea? ¿Coincidió el comienzo con algo?
3. ¿Con qué frecuencia tiene los episodios?
4. ¿Sigue un ritmo horario?
 - Cefalea **tensional** es continua o se incrementa a lo largo del día, generalmente se intensifica por la noche.
 - Las cefaleas **orgánicas** pueden ser continuas, pero habitualmente son **matutinas**, al despertar.
 - La **migraña** no tiene predominio horario.
5. ¿Hay factores precipitantes o agravantes?
 - Cefalea tensional pueden identificarse ansiedad o depresión.
 - Migraña y sus factores desencadenantes.
6. ¿Hay síntomas previos a la cefalea?

Anamnesis.



7. ¿Cómo y dónde comienza la cefalea?

8. ¿Cuáles son las características del dolor de cabeza?

9. ¿Hay síntomas asociados al dolor? ¿Cuáles?

- Cefalea tensional con frecuencia hay otros síntomas de ansiedad, como irritabilidad, trastornos del sueño, rechazo escolar o mareos.

- La migraña se puede acompañar de fotofobia, fonofobia, náuseas y vómitos.

10. ¿La cefalea interrumpe la actividad habitual?

11. ¿Hay circunstancias o fármacos que alivian la cefalea?

12. ¿Cuánto tiempo dura la cefalea?

Semiología diferencial de los distintos tipos de cefalea.

Prevalencia	Migraña	Tensional	HTIC
Sexo	Mujer	Mujer	Ambos
Edad	Infancia-adolescencia	Todas	Todas
Localización	Hemicraneal	Periorbitaria	Occipitofrontal
Periodicidad	Frecuente	Estrés	A veces
Intensidad	Intensa	Moderada	Variable
Carácter	Pulsátil	Opresivo	Contínuo o paroxístico
Trastornos asociados	Visual, vómitos	Psíquicos	Neurológicos
Cambio de aspecto	Presente	Ausente	Variable
Fotosonofobia	Sí	No	No
Signo neurológico	Sí	No	Sí
Aura	Con/sin	No	No
Duración	4-72 horas	30 min-7días	Variable
Desencadenantes	Emoción, estrés, etc	Emoción, trabajo, etc	Valsalva
A.F. migrañoso	Sí	Frecuentes	No

Exploración física.



- Medir temperatura.
- General: valorar peso, talla, perímetro cefálico, morfología cefálica, suturas, fontanela, lesiones cutáneas, oídos, orofaringe, región temporomandibular...
- Tensión arterial.
- Neurológico: nivel de consciencia, atención, orientación, memoria, lenguaje, pares craneales, agudeza visual, tono muscular, motricidad, marcha, equilibrio, coordinación, sensibilidad, reflejos, signos meníngeos.
- Fondo de ojo.

Exámenes complementarios.

- Se reservarán para las situaciones en que no pueda establecerse un diagnóstico concreto.
- Según los criterios de cada entidad específica o bien cuando la correcta anamnesis y exploración física lo sugieran.

Exámenes complementarios:

- Exámenes de laboratorio: en función de la sospecha diagnóstica podremos solicitar hemograma, bioquímica sanguínea, reactantes de fase aguda, sedimento urinario (urocultivo) y siempre que esté indicado.
- Radiografía de tórax: si está indicado.
- Cribado toxicológico.
- Punción lumbar (PL), cuyas indicaciones son:
 - Descartar infección del SNC.
 - Sospecha de hemorragia subaracnoidea con TAC normal.

Exámenes complementarios.

■ Neuroimagen

- Los cambios en el patrón de una cefalea crónica.
- Cefalea de reciente aparición y carácter progresivo.
- Dolor persistentemente localizado en el mismo lugar.
- Dolor que despierta por la noche.
- Dolor de presentación matutina.
- Cefalea precipitada por esfuerzos físicos, maniobras de Valsalva o cambios posturales.
- Dolor asociado a focalidad o déficit neurológico.

Criterios de ingreso hospitalario.

- Cefalea secundaria a una **enfermedad orgánica intracraneal** febril o afebril.
- Cefalea acompañadas de fiebre de origen desconocido, especialmente en los niños más pequeños.
- Complicaciones de migraña: estado de mal migrañoso (> 72 horas), infarto migrañoso, crisis que no responde al tratamiento en urgencias.
- Pacientes que requieren tratamiento parenteral o imposibilidad de tratamiento ambulatorio.
- Cefalea crónica diaria refractaria.



Tratamiento en urgencias.

- El tratamiento de la cefalea se hará de forma individualizada, teniendo en cuenta el origen de la cefalea y las características del niño.

Tratamiento.

MEDIDAS GENERALES:

- Intentar **tranquilizar** al niño y a la familia en el caso de las cefaleas primarias y en el caso de las cefaleas secundarias cuyo origen no sea grave, explicando la benignidad del proceso.
- Identificar y tratar los **factores desencadenantes** relacionados con ciertos tipos de cefalea:
 - Factores psicológicos: conflictos familiares, problemas con los compañeros, presión escolar, etc
 - Mejorar los hábitos de sueño.
 - Evitar los alimentos que pueden desencadenar cefalea (migraña): chocolate, quesos, fresas, frutos secos, cítricos...
 - Evitar el ayuno.
 - Evitar la exposición prolongada a la luz, ciertos ruidos, televisión...
 - Evitar la realización de ejercicio físico intenso.

Tratamiento fase aguda.

- Medidas ambientales: lugar tranquilo, con poca luz y sin ruido. ¡SUEÑO!
- Evitar el uso continuado de analgésicos: cefalea crónica.
- Utilizar los analgésicos a dosis eficaz y lo más precozmente posible.

Tratamiento agudo.



ANALGÉSICOS:

- Ibuprofeno: 15 mg / kg / dosis.
- Paracetamol: 15-20 mg / kg / dosis.
- AAS: 10-20 mg/Kg/dosis.
- Naproxeno: 10 mg/Kg/dosis.

Puede asociarse un antiemético en casos seleccionados.

OPIÁCEOS:

- Codeína: 1 mg / kg / 6 horas. Es más eficaz en asociación a paracetamol.

Tratamiento agudo.



SUMATRIPTÁN:

- Dosis: 10-20 mg, intranasal (IN). Se recomienda administrar **10 mg IN inicialmente**, salvo si en ataques previos se han requerido 20 mg.
- Si hay respuesta con recurrencia del dolor, podría administrarse una segunda dosis no antes de 2 horas.
- No administrar la segunda dosis si no ha habido respuesta a la primera. No administrar más de dos dosis de 20 mg en 24 horas.
- Contraindicado en HTA, IH o ACV.

CORTICOIDES:

- Metilprednisolona: 1-2 mg / Kg / día, vía oral (VO) intravenosa (IV), intramuscular (IM).
- Dexametasona: 0,3-0,6 mg / kg / día VO, IV, IM

GRACIAS