

CEFALEA

DRA. CLARA BROCHERO
RESIDENTE PEDIATRIA USS

HOJA DE RUTA

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ EPIDEMIOLOGÍA
- ▶ DEFINICIÓN
- ▶ CLASIFICACIÓN
- ▶ HISTORIA CLÍNICA
- ▶ EXAMEN FÍSICO
- ▶ BANDERAS ROJAS
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ MIGRAÑA
- ▶ CONCLUSIÓN
- ▶ BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

- ▶ La cefalea es una de las quejas más comunes en niños y adolescentes.
- ▶ Las etiologías infecciosas son las causas más comunes de cefalea secundaria.
- ▶ La prevalencia del dolor de cabeza aumenta con la edad.
- ▶ La migraña en la infancia y adolescencia es un proceso común que interfiere significativamente en la vida del paciente y en la de su entorno.



EPIDEMIOLOGIA

- ▶ A los 18 años más del 90% de los adolescentes informan haber tenido dolor de cabeza.
- ▶ Es una de las principales causas de discapacidad en adolescentes y adultos jóvenes (de 10 a 24 años).
- ▶ En los Estados Unidos, aproximadamente el 20% de los niños de 4 a 18 años informan haber tenido dolores de cabeza recurrentes notables en los últimos 12 meses.
- ▶ La prevalencia de dolores de cabeza recurrentes aumenta con la edad del 4,5% entre los niños de 4 a <6 años al 27,4% entre los niños de 16 a 18 años.

DEFINICIÓN

Sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor leve a un dolor fuerte; y puede ir acompañada de otros síntomas.



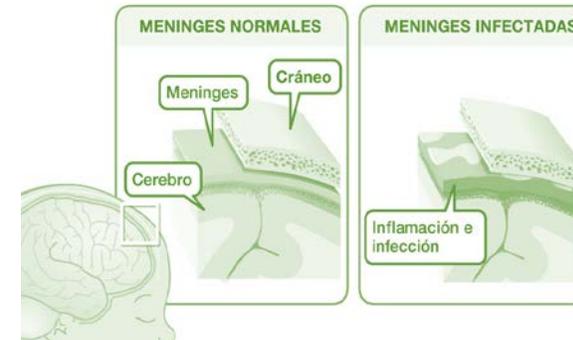
CLASIFICACIÓN

CEFALEA PRIMARIA

- Migraña
- Cefalea de tipo tensional
- Cefalalgias autonómicas del trigémino

CEFALEA SECUNDARIA

- Enfermedad febril aguda
- Postraumáticos
- Medicamentos
- Cefalea por uso excesivo de medicamentos
- Hipertensión sistémica aguda y grave
- Meningitis aguda o crónica
- Tumor cerebral
- Hipertensión intracraneal idiopática
- Hidrocefalia
- Hemorragia intracraneal



Characteristics of common headache syndromes in children and adolescents

Symptom	Migraine	Tension-type headache	Trigeminal autonomic cephalalgia (eg, cluster headache)
Location	Commonly bilateral in young children; in adolescents and young adults, unilateral in 60 to 70% and bifrontal or global in 30%	Bilateral	Always unilateral, usually begins around the eye or temple
Characteristics	Gradual in onset, crescendo pattern; pulsating; moderate or severe intensity; aggravated by routine physical activity	Pressure or tightness that waxes and wanes	Pain begins quickly, reaches a crescendo within minutes; pain is deep, continuous, excruciating, and explosive in quality
Patient appearance	Patient prefers to rest in a dark, quiet room	Patient may remain active or may need to rest	Patient remains active
Duration	2 to 72 hours	Variable	30 minutes to 3 hours
Associated symptoms	Nausea, vomiting, photophobia*, phonophobia*; may have aura (usually visual, but can involve other senses or cause speech or motor deficits)	None	Ipsilateral lacrimation and redness of the eye; stuffy nose; rhinorrhea; pallor; sweating; Horner syndrome; focal neurologic symptoms rare; sensitivity to alcohol



Historia clínica

- ***Antecedentes familiares:*** cefaleas primarias, tumores cerebrales, aneurismas, infartos en jóvenes, enfermedades autoinmunes, trastornos de salud mental, otras causas de cefaleas secundarias y situación social

- ***Antecedentes personales:*** enfermedades previas (portadores de válvula de derivación LCR, coagulopatías, malformaciones arteriovenosas, pacientes oncológicos, inmunodeprimidos, etc.), medicaciones habituales o suplementos y antecedentes de síndromes episódicos relacionados con la migraña
- Cronología del neurodesarrollo
- Déficits sensoriales

- ***Entrevista general-situación actual y cambios significativos recientes:***
 - Desarrollo motor grueso y fino
 - Desarrollo comunicación/socialización-lenguaje-aprendizaje
 - Conducta/comportamiento
 - Estilo de vida: alimentación, sueño, ejercicio, aficiones / hobbies
 - Trastornos paroxístmicos/episodios paroxístmicos

- ***Otras preocupaciones del niño o la familia***

– **Entrevista específica-cefalea:**

- ¿Cuándo comenzó la cefalea?
- ¿Cuál es su patrón temporal? ¿Ha empeorado recientemente?
- ¿Dónde duele?, ¿se irradia o cambia de localización?
- ¿Cómo es el dolor? Calidad del dolor: opresivo, pulsátil, punzante, quemazón, etc.
- ¿Existen otros síntomas acompañantes? Preguntar por: fotofobia, fonofobia, osmofobia, mareo, náuseas, vómitos, alteraciones en la visión o en el habla, debilidad/paresia, etc.
- ¿Aparecen fenómenos sugerentes de: aura visual, aura sensitiva, habla y/o lenguaje, aura tronco-encefálica, etc.?
- ¿Existen síntomas premonitorios que avisan de un episodio próximo?, o ¿síntomas postdrómicos tras el episodio?
- ¿Qué hace cuando tiene cefalea?
- ¿Cuánto dura en total? ¿Cuánto dura cada fase (aura, cefalea y sus síntomas asociados, síntomas prodrómicos y postdrómicos)?
- ¿Precisa analgésicos? Interrogar sobre: qué analgésicos, dosis, su efecto terapéutico y los efectos secundarios si los hubiere
- ¿Le despierta o se inicia en medio de la noche?, ¿duele al despertar por la mañana?, ¿necesita dormir con más almohadas o incorporado?
- ¿Identifica algún desencadenante (actividades, patrón de sueño, alimentos, fármacos, emociones) agravante (tos, esfuerzo, decúbito) o atenuante (sueño, descanso, distracciones)?
- ¿Presenta antecedentes de: crisis epilépticas de corta evolución, trauma craneal reciente, signos de enfermedad sistémica u otros síntomas o signos de alarma?
- ¿Trastornos paroxísticos no epilépticos o síndromes periódicos de la infancia relacionados con migraña?
- ¿Existe algún síntoma persistente entre episodios? Asintomático o cefalea persistente, signos o síntomas sugerentes de focalidad o deterioro neurológico

exploración física

– *Exploración física:*

- General pediátrica: fiebre, signos de infección, meningismo, puntos gatillo, alodinia, sensibilidad sinusal, articulación temporomandibular, estigmas neurocutáneos, megalias y desarrollo ponderoestatural
- Neurológica: nivel de consciencia, pares craneales, fuerza-tono-reflejos, sensibilidad, marcha, pruebas cerebelosas, campimetría por confrontación y visión (incluidos colores)
- Fondo de ojo: papila y pulso venoso
- Tensión arterial

Tabla IV. Signos y síntomas de alarma ante una cefalea

- Menos de 6 meses de duración
- Inicio agudo/hiperagudo, intenso o explosivo
- Curso progresivo
- Confusión y alteración del nivel de conciencia
- Examen neurológico anormal
- Pérdida de habilidades ya adquiridas
- Vómitos
- Cefaleas relacionados con el sueño o el decúbito
- Consistentemente peor en la mañana
- Empeoran con Valsalva, cefaleas posicionales
- Cambio en la descripción o diagnóstico de la cefalea
- Crisis epilépticas comórbidas
- Síntomas de enfermedad sistémica
- Falta de antecedentes familiares de migraña

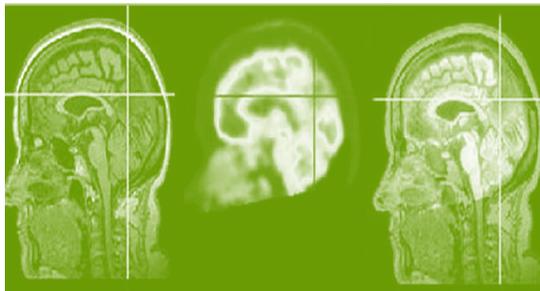
DIAGNÓSTICO

CLÍNICO



NEUROIMAGENES

- Portadores de válvula de derivación LCR.
- Coagulopatías.
- Malformaciones arteriovenosas [MAV].
- Pacientes oncológicos.
- inmunodeprimidos.



PUNCIÓN LUMBAR

Sospecha de:

- Meningitis/encefalitis
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Evolución sugerente de enfermedad auto inflamatoria asociada.



Otras pruebas

- Hemograma completo con diferencial y velocidad de sedimentación globular (si se sospecha infección, anemia, vasculitis o malignidad).
- Pruebas de toxicología en suero u orina (si se sospecha de intoxicación aguda) .
- Pruebas de función tiroidea



Migraña

- ▶ Es una cefalea moderada-grave, que limita la actividad habitual.
- ▶ De inicio más o menos rápido, unilateral, con síntomas asociados.
- ▶ Se distinguen dos tipos principales de migraña: *migraña sin aura* y *migraña con aura*. Ambos tipos pueden coexistir en una misma persona.
- ▶ El fenómeno de *aura*: es cuando acompaña o precede a la cefalea, y se caracteriza por síntomas neurológicos focales transitorios (visuales, sensoriales, tronco-encefálicos...).

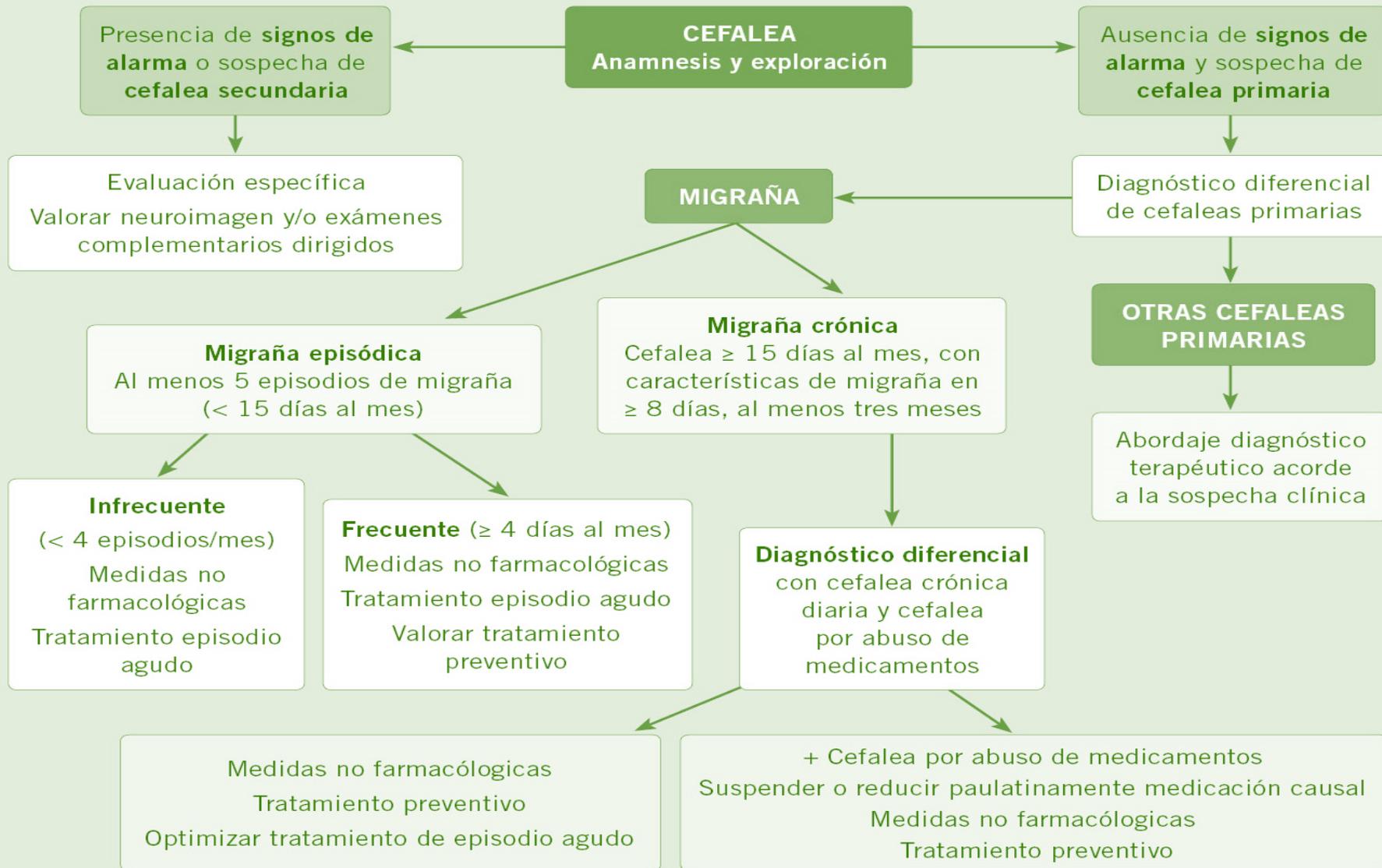


Migraña

- ▶ Entre los síntomas prodrómicos más frecuentes de migraña con aura están: foto/fonofobia, cambios de humor, hiperactividad, hipoactividad, avidez por determinados alimentos, bostezos repetidos, astenia y dolor o rigidez cervical.
- ▶ La migraña crónica es el dolor de cabeza crónico más común en niños y adolescentes. Se define como dolores de cabeza durante 15 o más días al mes con al menos 8 con características de migraña.



Algoritmo. Diagnóstico y tratamiento de migraña en pediatría



TRATAMIENTO



ANALGESICOS

- Paracetamol
15 mg/kg/dosis, máx. 1g/dosis.
Se puede repetir en 2-4h pero no exceder 3 dosis en 24h.

- Ibuprofeno
10 mg/kg/dosis. Repetir en 4-6h si necesario, no más de 4 dosis en 24h (máx. 40mg/kg)

Naproxeno

- 5 mg/kg/dosis. Repetir en 8-12h si necesario, máx. 1g/día

Deberían usarse < 14 días al mes

▶ niños >10 años y >50kg

almotriptán 12,5mg comp
rizatriptán 5 mg comp o sublingual
sumatriptán 50mg comp
zolmitriptán 5 mg comp, sublingual o spray nasal

▶ niños 6-10 años y peso <50kg

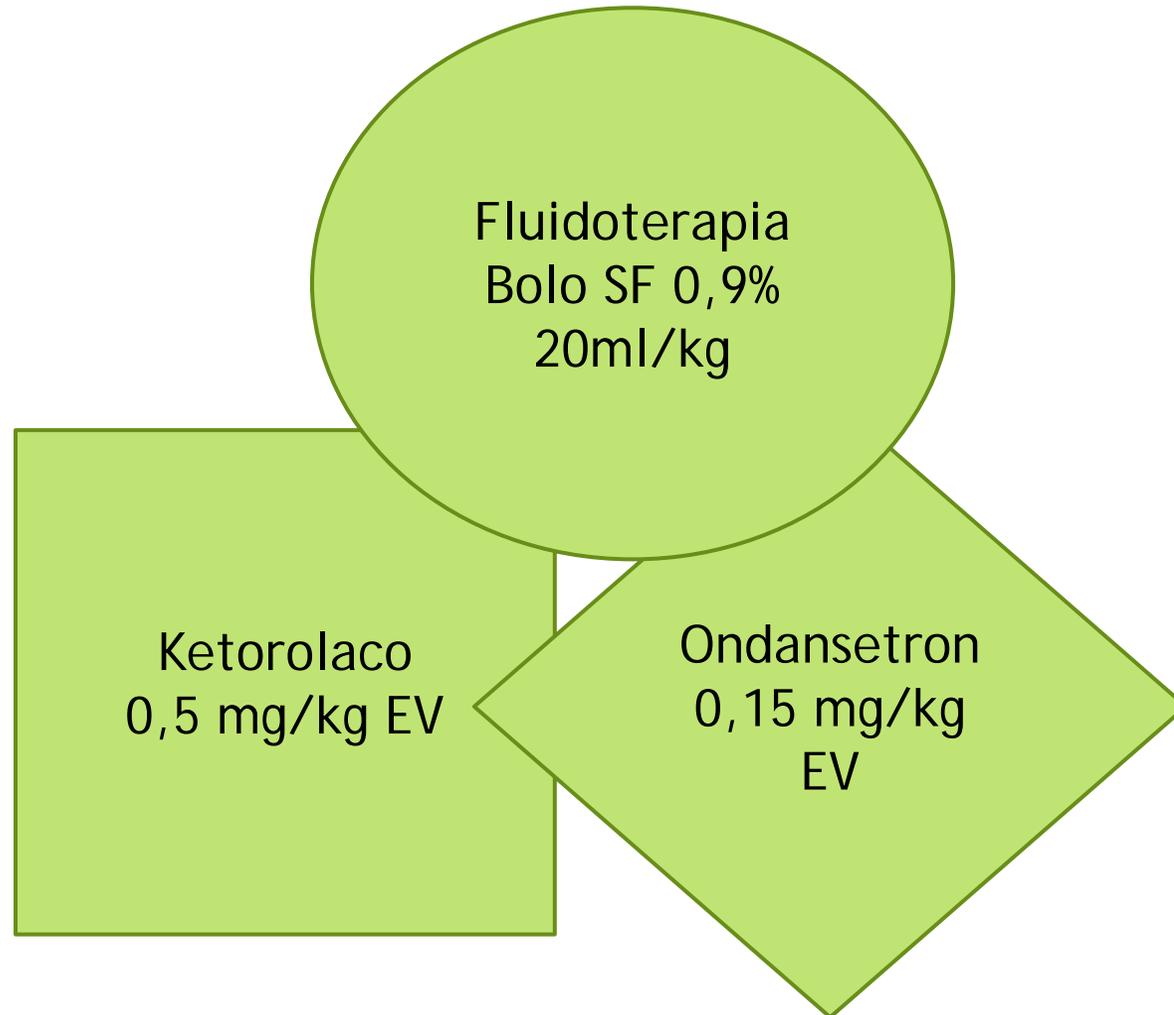
almotriptán 6,25 mg comp
rizatriptán 2,5 mg comp
sumatriptán 25 mg comp o 5 mg spray nasal
zolmitriptán 2,5 mg comp, sublingual, o spray nasal

deberían usarse < 9 DIAS AL MES

Para niños \geq 5 años refractarios a monoterapia

- Triptano + analgésico
- Asociación con antiemético

TRATAMIENTO EN URGENCIA



Consejos de estilo de vida para la migraña pediátrica: ¿culpar al paciente o basarse en pruebas?

- ▶ Hidratación adecuada sin cafeína.
- ▶ Ejercicio regular.
- ▶ Evitar saltarse comidas con una dieta saludable.
- ▶ Mantener un sueño regular.

- la base de evidencia para respaldar estas recomendaciones para la prevención de la migraña es relativamente escasa.
- puede resultar difícil diseñar estudios de investigación que puedan separar los efectos de una sola variable.

Ondansetrón para la migraña aguda en el departamento de emergencias pediátricas

- ▶ El ondansetrón puede ser un medicamento útil en el régimen de tratamiento de los pacientes con migraña en el servicio de urgencias pediátricas. Los datos preliminares sugieren que el ondansetrón es comparable a los agentes antidopaminérgicos.
- ▶ Se incluyeron 98 encuentros: 42 recibieron ondansetrón, 22 recibieron un antidopaminérgico y 34 no recibieron antiemético. Treinta y ocho pacientes (90%) en el grupo de ondansetrón (intervalo de confianza del 95% 81 a 99) alcanzaron el éxito del tratamiento.
- ▶ Las visitas al servicio de urgencias pediátricas, la administración de opioides, la consulta de neurología y el éxito del tratamiento fueron similares entre los grupos de ondansetrón y antidopaminérgicos.

CONCLUSIONES

- ▶ Las cefaleas en la edad pediátrica suponen un número considerable de consultas, tanto en Atención Primaria como hospitalaria.
- ▶ La realización de un diagnóstico diferencial adecuado permitirá disminuir la ansiedad del paciente y su familia
- ▶ A su vez debe hacerse un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos, evitando su sobreutilización y disminuyendo los potenciales efectos adversos de los mismos.
- ▶ Tratamiento de la migraña es escalonado.



BIBLIOGRAFIA

- ▶ Daniel J Bonthius, MD, PhD, Andrew D Hershey, MD, PhD, FAAN, FAHS; Jul 2021; Headache in children: Approach to evaluation and general management strategies; updated.
- ▶ Ivan Garza, MDTodd J Schwedt, MD, MSCI;junio 2021; Overview of chronic daily headache; updated.
- ▶ Youssef PE, Mack KJ. Episodic and chronic migraine in children. Dev Med Child Neurol. 2020; 62: 34-41. doi:10.1111/dmcn.14338.
- ▶ Gelfand AA, Irwin SL. Lifestyle Advice for Pediatric Migraine: Blaming the Patient, or Evidence Based? Semin Neurol. 2020; 40: 277-85. doi: 10.1055/s-0040-1708868.
- ▶ Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38: 1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.
- ▶ Alai A, Heilbrunn B. Ondansetron for Acute Migraine in the Pediatric Emergency Department. Pediatr Neurol. 2020; 103: 52-6. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2019.06.011.

GRACIAS.