



Viernes 14 de febrero de 2020  
Seminario:  
Cefaleas en la infancia. Casos clínicos

Ponente/monitora:

- Ana Camacho Salas  
Neuropediatra. Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

¿Cómo citar este artículo?

Camacho Salas A. Cefalea en la edad pediátrica: orientación diagnóstica. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 117-122.



Comisión de Formación Continua  
de los Profesores Sanitarios de  
la Comunidad de Madrid

## Cefalea en la edad pediátrica: orientación diagnóstica

Ana Camacho Salas

Neuropediatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

[acamacho@salud.madrid.org](mailto:acamacho@salud.madrid.org)

[acamachosalas@yahoo.es](mailto:acamachosalas@yahoo.es)

### RESUMEN

La cefalea es el motivo de consulta neurológica más frecuente en la infancia. Tiene una repercusión importante en la actividad y calidad de vida del niño, y genera con frecuencia preocupación en la familia. Sin embargo, la gran mayoría de las cefaleas tienen un origen primario y consisten en migrañas o cefaleas tensionales, muchas veces coincidiendo en un mismo paciente. Para llegar a su diagnóstico no es preciso realizar pruebas complementarias. Una historia clínica detallada y una exploración neurológica normal proporcionarán las claves diagnósticas para su correcta identificación. La anamnesis está dificultada en el niño pequeño, por lo que habrá que inferir determinadas características de la cefalea en función de su forma de comportarse. Existen síntomas y signos de alarma que alertan sobre una posible causa secundaria de la cefalea, que en ocasiones es potencialmente grave. En esta situación se solicitarán las pruebas complementarias adecuadas a la sospecha diagnóstica. La solicitud de pruebas de neuroimagen debe ser juiciosa. En principio no está indicada su utilización para el diagnóstico de cefaleas recurrentes con exploración neurológica normal.

### INTRODUCCIÓN

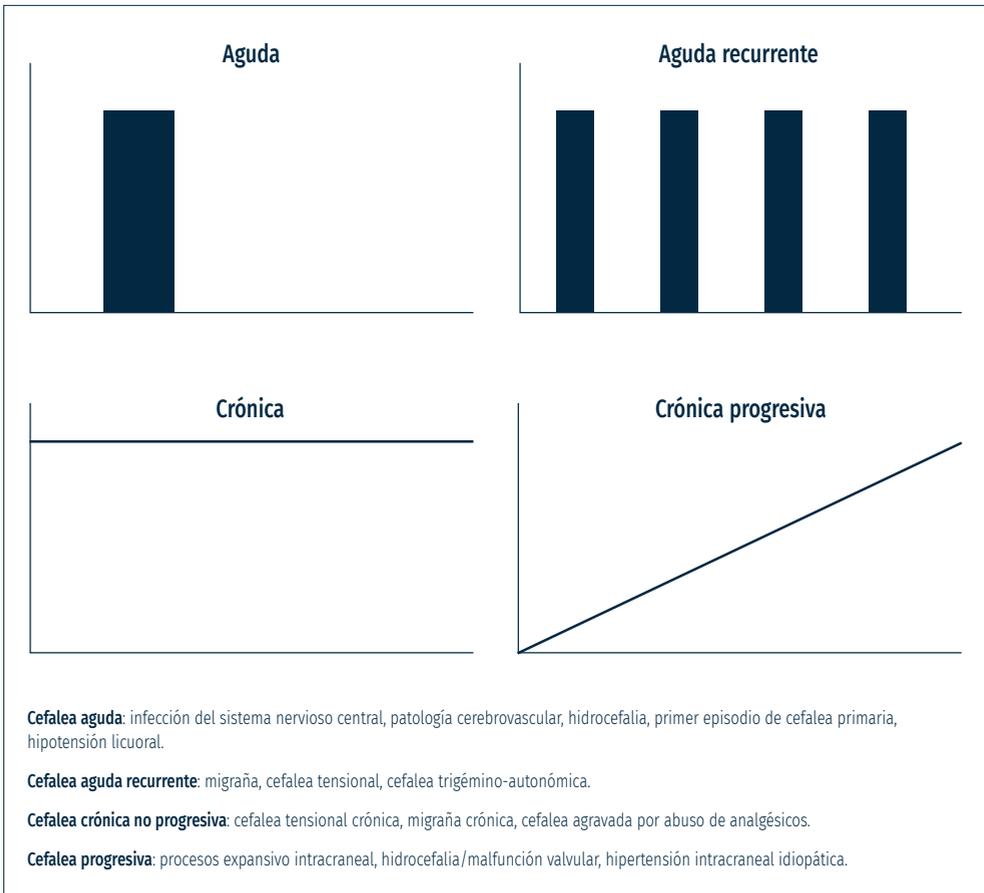
Se estima que, en los primeros 15 años de vida, del 57 al 82% de los niños se habrán quejado en algún momento de cefalea<sup>1,2</sup>. A esta elevada frecuencia se suma el que en la gran mayoría de

los casos las cefaleas son primarias, bien migrañas o bien cefaleas tensionales. Sin embargo, a pesar de esta benignidad, el dolor puede generar una discapacidad importante, con limitación en la actividad habitual del niño y absentismo escolar. Además, provoca preocupación en la familia, ante el miedo a que se deba a una lesión intracraneal expansiva. Por todo ello es importante saber identificar si la cefalea es primaria o secundaria a un proceso potencialmente grave. La base del diagnóstico es la historia clínica detallada que se debe apoyar en la exploración neurológica<sup>3</sup>. Los signos de alarma orientarán la petición de pruebas complementarias.

## HISTORIA CLÍNICA

La anamnesis es el elemento fundamental para la orientación diagnóstica de la cefalea. Si el niño es pequeño la información se obtiene de las familias, y determinados datos clínicos se deducen por inferencia: si el niño con cefalea prefiere estar acostado, en silencio y a oscuras, habría que interpretarse que muestra sono- y fotofobia, aunque no sea capaz de verbalizarlo. En toda historia clínica debe recogerse el perfil temporal de la cefalea: cuándo comenzó, cuánto dura y cuál es su frecuencia. El patrón temporal de aparición del dolor es relevante para orientar la gravedad etiológica<sup>4</sup> (Figura 1).

Figura 1. Cefalea por perfil temporal



El dolor de presentación aguda-recurrente o crónica/no progresiva es indicativo de cefalea primaria, mientras que la presentación crónica progresiva o hiperaguda apunta a un origen secundario. Es preciso recoger las características del dolor (pulsátil en la migraña, continuo y opresivo en la cefalea tensional), su intensidad y la localización. Se debe preguntar por factores desencadenantes o agravantes (cansancio, determinados alimentos, ejercicio físico, maniobra de Valsalva, ortostatismo) y aquellos que alivian el dolor (oscuridad, silencio, decúbito). Los antecedentes familiares son destacados en la migraña y los antecedentes personales del niño pueden orientar hacia un origen secundario del dolor (síndromes neurocutáneos, antecedentes oncológicos, inmunodeficiencia o inmunosupresión, síndrome de apnea del sueño). Hay procesos paroxísticos del lactante y la primera infancia que se relacionan con la aparición de migraña en los años posteriores, como los síndromes periódicos. Los fármacos pueden originar de forma secundaria cefalea (como el metilfenidato), pero además hay que documentar qué analgésicos recibe el niño y con qué frecuencia, por si se está ante una situación de abuso de analgésicos que complica la resolución del dolor. Por último, los signos acompañantes al dolor resultan claves en la anamnesis: el déficit focal transitorio puede ser indicativo de una migraña con aura, pero si es persistente implica una lesión estructural cerebral. La presencia de fiebre debe hacer sospechar en patología infecciosa de sistema nervioso central y los vómitos son un dato de hipertensión intracraneal, pero también una característica clínica de la migraña.

Hay que considerar que en un mismo paciente puede aparecer más de un tipo de cefalea.

## EXPLORACIÓN

---

Se debe realizar una exploración detallada. A nivel general es importante la inspección cutánea para valorar manchas que puedan sugerir un síndrome neurocutáneo. La fiebre asociada a signos de hipertensión intracraneal y signos de meningismo obligan a descartar una meningitis. Según la anamnesis se puede considerar la palpación craneofacial y en lactantes se debe medir el perímetro cráneo-cefálico. La explora-

ción neurológica ha de ser completa, con valoración de funciones corticales, pares craneales, sistema motor, sistema sensitivo, coordinación y marcha, más signos meníngeos en el contexto clínico adecuado. Hay que saber ver el fondo de ojo e interpretar los hallazgos de funduscopia. La presencia de papiledema indica hipertensión intracraneal, pero si esta es de corta evolución el fondo de ojo puede ser normal, por lo que la historia clínica cobra especial relevancia ante la ausencia de signos anormales. La presencia de bajo nivel de conciencia o cualquier tipo de focalidad neurológica apunta a una cefalea secundaria con patología cerebral. La migraña puede acompañarse de déficit neurológico, fundamentalmente visual, en forma de aura, y las cefaleas trigémino-autónomas de signos focales de disautonomía en el momento agudo, pero en las cefaleas primarias la exploración neurológica es normal entre los episodios de dolor.

## DATOS DE ALARMA

---

Junto a la anamnesis y la exploración clínica, para una adecuada valoración de la cefalea en la edad pediátrica hay que conocer una serie de síntomas y signos clínicos que constituyen datos de alarma (**Tabla 1**). La presencia de uno de estos datos aumenta la posibilidad de una cefalea secundaria de causa potencialmente grave, y la probabilidad aumenta a medida que se van sumando factores. Los signos más relacionados con la existencia de un tumor cerebral son: cefalea de menos de 6 meses de evolución, confusión, exploración neurológica alterada, ausencia de aura visual, vómitos, cefalea relacionada con el sueño y ausencia de historia familiar de migraña<sup>5,6</sup>. Ante la sospecha de una cefalea secundaria se realizarán las pruebas complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

---

Como se ha comentado, la mayoría de las cefaleas de debut pediátrico son primarias o de causa secundaria benigna, incluso aquellas que motivan la valoración urgente<sup>7</sup>. Sin embargo, en Urgencias se plantea con frecuencia la pertinencia de las pruebas de neuroimagen ante la angustia familiar o las consultas recurren-

**Tabla 1.** Datos de alarma en una cefalea

|   |
|---|
| Focalidad neurológica                           |
| Alteración del nivel de conciencia              |
| Cambios de carácter                             |
| Cambios en el rendimiento escolar               |
| Papiledema o hemorragia retiniana               |
| Fiebre  |
| Síndrome meníngeo                               |
| Vómitos persistentes                            |
| Edad inferior a 3 años                          |
| Macrocefalia                                    |
| Derivación ventrículo-peritoneal                |
| Manchas hipocromas o café con leche             |
| Retraso en el crecimiento/pubertad precoz       |
| Cefalea con las siguientes características:     |
| ■ Aguda o hiperaguda sin causa clara            |
| ■ Crónica progresiva                            |
| ■ Unilateral, siempre del mismo lado            |
| ■ Matutina diaria                               |
| ■ Que despierta por la noche                    |
| ■ Desencadenada con ejercicio                   |
| ■ Desencadenada con Valsalva                    |
| ■ Cambios no aclarados en la cefalea            |
| ■ Cefalea que persiste tras la primera consulta |

tes por persistencia de la cefalea, aunque la exploración neurológica sea normal. Las causas graves son minoritarias, tienen una forma de presentación bastante típica y reconocible, y se acompañan de alteraciones en la exploración neurológica. Las recomendaciones para solicitar un estudio de neuroimagen en un paciente con cefaleas recurrentes son: presencia de focalidad neurológica, crisis epilépticas o ambas, historia de una cefalea de gran intensidad de reciente comienzo, cambio en el patrón de cefaleas, o signos que sugieran una disfunción neurológica<sup>8</sup>. La prueba no está indicada en niños con cefalea recurrente y exploración neurológica normal. La RM craneal es la prueba de neuroimagen de elección para estudiar causas secundarias, tanto por su resolución de imagen como porque evita la exposición a las radiaciones io-

nizantes, pero en Urgencias se sigue recurriendo a la TAC craneal por su rapidez y la posibilidad de obviar la sedación en niños pequeños.

La punción lumbar se realiza si se sospecha infección-inflamación de sistema nervioso central, hipertensión intracraneal (también confirmaría la hipotensión) o infiltración tumoral leptomenígea. También puede detectar sangre si el estudio de imagen no resulta concluyente. No está indicada la realización sistemática de un análisis de sangre en un niño con cefalea.

## CEFALEAS PRIMARIAS

Constituyen el 80% de todas las cefaleas. Tiene unos criterios diagnósticos recogidos en la Clasificación de la International Headache Society (IHS)<sup>9</sup>, establecida inicialmente para población adulta. La migraña y la cefalea tensional son las más frecuentes.

### Migraña

La migraña tiene características diferenciales respecto a la presentación en adultos (Tabla 2). La localización suele ser bilateral-frontal, en vez de hemicraneal, y la duración es menor. Como la anamnesis puede estar dificultada en el niño pequeño, las características más

**Tabla 2.** Migraña sin aura. Criterios diagnósticos

|  |
|--|
| A. Al menos 5 episodios que cumplan los criterios B-D                |
| B. La cefalea dura de 4 a 72 horas (2-72 h para menores de 18 años)  |
| C. La cefalea presenta al menos 2 de las siguientes características: |
| 1. Unilateral<br>(puede ser bilateral en menores de 18 años)         |
| 2. Pulsátil  |
| 3. Intensidad del dolor moderada-grave                               |
| 4. Agravada por el ejercicio   |
| D. Durante la cefalea aparecen:                                      |
| 1. Náusea o vómitos  |
| 2. Fotofobia y sonofobia   |
| E. La cefalea no se atribuye a ninguna otra causa                    |

específicas de una migraña son: mejoría tras el sueño, malestar gastrointestinal, empeoramiento con la actividad física y fotofobia, sonofobia y osmofobia<sup>10</sup>. El dolor puede precederse de pródromos en forma de irritabilidad/cambios de humor, fatiga o cambios faciales. En el 14-30% de los casos la migraña se acompaña de aura (antes o durante el dolor), que en la mayoría de los casos es visual. El aura es un déficit neurológico transitorio que tiene una duración determinada: entre 5 y 60 minutos. Alteraciones visuales de segundos de duración que acompañan a una migraña no pueden considerarse un aura. Tras la resolución del dolor el individuo puede quedar somnoliento, sediento y mostrar avidez por la comida. Los antecedentes familiares llegan a estar presentes hasta en el 70% de los casos, aunque solo en una minoría de migrañosos el trastorno sigue una herencia mendeliana. Los factores desencadenantes del dolor son individuales, por lo que no se pueden generalizar las restricciones respecto a determinados alimentos o estilos de vida.

La migraña crónica también es frecuente en la población pediátrica y se define como la presencia de cefalea al menos 15 días al mes durante 3 o más meses, correspondiendo 8 de los episodios de dolor a migrañas.

Los principales síndromes periódicos relacionados con la migraña y que la anteceden son: vértigo paroxístico benigno, torticolis paroxístico benigno, vómitos cíclicos y migraña abdominal.

### Cefalea tensional

La cefalea tensional se caracteriza por un dolor opresivo, en banda, de baja-media intensidad, que no se acompaña de fotofobia, sonofobia ni náuseas (**Tabla 3**). Suele aparecer por la tarde y no interfiere con la actividad que el niño esté realizando. Puede estar provocada por contractura muscular o estrés psicosocial, aunque no siempre se encuentran factores desencadenantes (a pesar de la denominación "tensional"). Nunca se acompaña de déficit focal. Al igual que ocurre con la migraña, la presencia de más 15 días al mes de dolor durante más de 3 meses convierte a esta cefalea en tensional crónica.

**Tabla 3.** Cefalea tensional. Criterios diagnósticos

|   |
|---|
| A. Al menos 10 episodios que cumplan los criterios B-D  |
| B. La cefalea dura de 30 minutos a 7 días   |
| C. La cefalea presenta al menos 2 de las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilateral</li> <li>2. Sensación opresiva, de tirantez (no pulsátil)</li> <li>3. Intensidad del dolor leve-moderada</li> <li>4. No agravada por el ejercicio</li> </ol> |
| D. Durante la cefalea no aparecen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náusea o vómitos (puede haber anorexia)</li> <li>2. Fotofobia y sonofobia (uno de ellos aislados sí puede aparecer)</li> </ol>   |
| E. La cefalea no se atribuye a ninguna otra causa   |

### Otras cefaleas primarias

En la infancia son excepcionales las cefaleas primarias distintas a la migraña y a la cefalea tensional. Entre ellas cabe destacar al grupo de las trigémino-autonómicas, cefaleas caracterizadas por dolor periorbitario unilateral, recurrente y muy intenso, que se acompañan de signos disautónómicos: lagrimeo, congestión nasal, inyección conjuntival, edema palpebral o miosis. La duración de los ataques permite clasificar varios tipos de cefalea dentro del grupo, siendo la cefalea en racimos o clúster la más reconocida (cada ataque dura de 15 a 180 minutos, hasta 8 veces al día).

Por último, mencionar la existencia de otras cefaleas primarias cuya forma de presentación o características distintivas obligan a establecer el diagnóstico diferencial con las cefaleas secundarias. Es el caso de la cefalea hípica, la cefalea punzante idiopática o el síndrome cuello-lengua.

### CEFALEAS SECUNDARIAS

La IHS divide este grupo etiológico en cuanto el origen del dolor: traumatismo, vascular, proceso intracranial no vascular, abuso o abstinencia de sustancias, alteraciones de la homeostasis, anomalías craneofaciales y trastornos psiquiátricos. Debe haber

una relación temporal entre la aparición del dolor y la supuesta causa secundaria para apoyar determinados diagnósticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hershey AD. What is the impact, prevalence, disability, and quality of life of pediatric headache? *Curr Pain Headache Rep.* 2005;9:341-344.
2. Gallelli L, Iannacchero R, De Caro E, Peltrone F, Colosimo M, De Sarro G. A questionnaire-based study on prevalence and treatment of headache in young children. *J Headache Pain.* 2005;6:277-280.
3. Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Curr Opin Pediatr.* 2018 Aug 27. [Epub ahead of print].
4. Blume HK. Childhood headache: a brief review. *Pediatr Ann.* 2017;46:e155-e165.
5. Medina LS, Pinter JD, Zurakowski D, Davis RG, Kuban K, Barnes PD. Children with headache: clinical predictors of surgical space-occupying lesions and the role of neuroimaging. *Radiology.* 1997;202:819-824.
6. Sheridan DC, Waites B, Lezak B, Coryell RJ, Nazemi KJ, Lin AL, Fu R, *et al.* Clinical factors associated with pediatric brain neoplasms versus primary headache: a case-control analysis. *Pediatr Emerg Care.* 2017 Nov 14. [Epub ahead of print].
7. Rossi R, Versace A, Lauria B, Grasso G, Castagno E, Ricceri F, Pagliero R, *et al.* Headache in the pediatric emergency department: A 5-year retrospective study. *Cephalalgia.* 2018;38(11):1765-1772. [Epub ahead of print].
8. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensley A, Jarjour I. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2002;59:490-498.
9. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). [Fecha de acceso 24 de octubre del 2018]. Disponible en [www.ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf](http://www.ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf)
10. Gofshteyn JS, Stephenson DJ. Diagnosis and management of childhood headache. *Curr Probl Pediatr Adolesc Healthcare.* 2016;46:36-51.