

La jaqueca en la infancia: ¿una patología banal?

B. Martínez-Menéndez, A. Pinel-González

MIGRAINE IN CHILDHOOD: A TRIVIAL CONDITION?

Summary. Introduction. *Migraine is seen as being a trivial disease, and more so in childhood, but in many cases it has a detrimental effect on the patient's quality of life.* Patients and methods. *Prospective study. All the patients were evaluated by the same neuropaediatrician and all of them satisfied diagnostic criteria for migraine. 127 children were examined. The mean age was 9.4 years, with an interval of 3-14 years; there were no differences between sexes. 67 males and 60 females.* Results. *The mean length of time the episodes lasted was 22.5 h. The most frequently observed clinical features were: hemicranial localisation, 44.4%; throbbing, 74.4%; photophobia, 74.8%; phonophobia, 83.5%; nausea-vomiting, 63.5%; and aura, 14.3%; with predominance of acutely intense visual and sensory symptoms (74%), functional repercussions in 87% and absence from school in up to 36.9% of cases. 16% of patients have had episodes of status migrainous. At the time of the visit 46% had several attacks a week; 13.7% once a week; 16.1% fortnightly; 13.7% monthly; 5.6% every three months; and others, 4.8%. 48.7% of the patients were given preventive treatment, which was wholly effective in 48%, partially effective in 35% and not at all effective in 15.4%.* Conclusions. *Migraine in childhood is not a trivial pathology. It is disabling: it interferes with their daily life in 85% of cases, causes them to miss school in almost 40% of patients and nearly 50% of them have several episodes a week. A similar figure required prophylactic treatment that was seen to be very effective.* [REV NEUROL 2006; 42: 643-6]
Key words. *Childhood. Children. Headache. Migraine. Paediatrics. Quality of life.*

INTRODUCCIÓN

Las cefaleas son el motivo de consulta más frecuente en las consultas de neurología infantil [1,2], entre ellas, las jaquecas ocupan un lugar muy importante ya que la migraña es una enfermedad prevalente en la infancia [3-7]. En muchas ocasiones se considera una patología banal, más aún en este intervalo de edad, debido a su nula mortalidad.

Aunque cada vez se presta más atención al detrimento de la calidad de vida de los pacientes jaquecosos y a los costes socioeconómicos de esta enfermedad [8], existen pocos datos de cómo la enfermedad afecta a la vida diaria de los niños [9-11]. En ellos no se puede evaluar el coste laboral propio, pero sí el sufrimiento, la incapacidad, el coste farmacológico y la sobrecarga familiar, con el consiguiente absentismo laboral paterno.

El objetivo del presente estudio es evaluar las características clínicas, la gravedad de los episodios de jaqueca y cómo éstos alteran la calidad de vida en una muestra de pacientes de edad pediátrica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo entre enero de 2001 y junio de 2003. Se seleccionó de forma consecutiva a todos los niños que cumplían criterios diagnósticos de jaqueca [12] entre los que fueron remitidos por pediatras a una de las consultas de neurología pediátrica de un hospital de área en ese período. Todos los pacientes fueron evaluados por el mismo neuropediatra.

Se recogió información conforme a un protocolo previamente establecido en el que se incluían datos demográficos, semiológicos, terapéuticos, de limitación de la actividad y de gravedad de la afectación (Tabla). Se excluyó a aquellos niños que no cumplían estrictamente los criterios entonces en vigor [12]. De acuerdo con el número de episodios mensuales, la gravedad

de la afectación y la limitación de la actividad, se decidió iniciar o no tratamiento profiláctico; la elección del fármaco fue determinada por el neuropediatra siguiendo criterios de buena práctica clínica.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo y analítico (comparación de medias, análisis de la varianza y comparación de porcentajes), en algunos casos con muestras pareadas, con una significación mínima ($p < 0,005$).

RESULTADOS

Se seleccionaron 127 niños jaquecosos: 67 fueron varones y 60 mujeres. La edad media de consulta fue de 9,4 años, con un intervalo de 3-14 años. No hubo diferencias entre sexos.

La edad de inicio de los episodios varió entre los 2 y los 12 años y medio (Fig. 1), con una media de 7,13 años, sin que se detectasen diferencias estadísticamente significativas según fuesen niños o niñas. En el momento de acudir a la consulta llevaban entre 2 meses y 9 años sufriendo episodios de jaqueca con una media de 2,25 años –desviación típica (DT): 2,09–.

Sólo un 15% de los niños carecía de antecedentes familiares de jaqueca. En el 64,8% de los casos al menos un progenitor era jaquecoso, en el 40% de los casos lo eran los abuelos y en un 11,2% los hermanos.

Las características clínicas más frecuentes recogidas fueron: localización unilateral, 44,4%; pulsátil, 74,4%; fotofobia, 74,8%; fonofobia, 83,5%; náuseas-vómitos, 63,5%; aura 14,3%; con predominio de síntomas visuales y sensitivos. La localización más frecuente del dolor fue frontal (61,4% de los pacientes, el 43,3% bifrontal), seguido de holocraneal (29%) y hemicraneal (22%).

La duración media de la crisis sin analgésicos fue de 22,5 horas, aunque la DT fue de 25,43 horas. Sólo 14 niños sufrieron crisis de menos de 2 horas. El 92,8% recibió tratamiento analgésico, con ellos la duración media fue de 13 horas, con una DT de 22,72 ($p < 0,001$) (Fig. 2).

La intensidad del dolor fue aguda en el 74% de los casos; los padres observaron palidez en el 85% de los niños, 'ojeras' en el 87% y postración en el 89%. Un 16% ha tenido episodios de estado jaquecoso. En el momento de consultar el 46% tuvo varias crisis a la semana; el 13,7% semanal; el 16,1% quincenal; el 13,7% mensual; el 5,6% trimestral; y otros el 4,8%. El cuadro cursó con repercusión funcional en el 87% de los niños y provocó absentismo escolar en el 37%.

El 48,7% recibió tratamiento preventivo. 49 pacientes recibieron ciproheptadina, 3 flunaricina, 3 propanolol y 2 amitriptilina. La eficacia fue completa en el 48%, parcial (menos episodios, menos intensos y/o mejor respuesta a analgésicos) en el 35% y nula en el 15,4%. Un 26% de los tratados con ciproheptadina refirió efectos secundarios (aumento de peso y/o somnolencia). En cuatro casos se retiró el tratamiento, dos por somnolencia y dos por aumento de peso.

Aceptado tras revisión externa: 17.02.06.

Unidad de Neuropediatría. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid, España.

Correspondencia: Dra. Beatriz Martínez Menéndez. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe. Ctra. de Toledo, km 12,4. E-28905 Getafe (Madrid). E-mail: gargomig9@auna.com

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

DISCUSIÓN

La migraña es un tipo de cefalea frecuente en la infancia [3-7] que, aunque suele considerarse banal, puede llegar a ser incapacitante y también causa de absentismo escolar en muchos casos [7,13,14].

La edad media de inicio de los síntomas en nuestra serie (7,13 años) coincide con los datos de las fuentes bibliográficas [15,16], pero si observamos la distribución de las edades podemos decir que, en ocasiones, empieza ‘tan pronto como el niño comienza a hablar’ (Fig. 1), posiblemente antes, porque es muy difícil establecer el diagnóstico de esta patología –ya que éste se basa en la anamnesis– en un paciente que no habla. Es frecuente encontrar referencias en las que se asegura que el inicio es más precoz en los varones [15,16]. En nuestra serie, este hecho no se constata y si revisamos las fuentes bibliográficas vemos datos discordantes, sobre todo basados en las prevalencias a distintas edades. Para algunos hay un claro predominio femenino, y para otros, una diferencia entre niños y niñas, antes y después de la pubertad, con predominio de varones en edades prepuberales y de mujeres en pospuberales [6,7,17,18].

Sólo un 15% de nuestros pacientes carecía de antecedentes familiares de migraña. Se sabe que la jaqueca es una enfermedad con una clara agregación familiar, aunque únicamente en la migraña hemipléjica se han determinado *loci* específicos, en el resto se plantea una posible combinación de factores ambientales y genéticos, con subgrupos de patrón claramente autosómico dominante [19-21]. También se sabe que esta historia familiar es más frecuente en niños que en adultos [22-25], quizá, como comentan otros autores [17], porque es más fácil recoger estos datos en la familia de los niños, ya que los padres acompañan al niño, en ocasiones los abuelos, etc. Aun así, en nuestra serie, estos antecedentes son todavía más comunes que en las fuentes bibliográficas [6,15,17].

En cuanto a la localización del dolor hay claras diferencias con respecto a lo descrito en adultos. En nuestra serie la localización más frecuente que coincide con las fuentes bibliográficas es la frontal [17] –incluso la bifrontal–, aunque existe un porcentaje considerable de niños que lo refieren como hemifrontal. Por supuesto más de un 20% tiene episodios hemicraneales y más de un 44% unilaterales, pero éstos son datos inferiores a los descritos en adultos y concordantes con los pediátricos publicados [15,17].

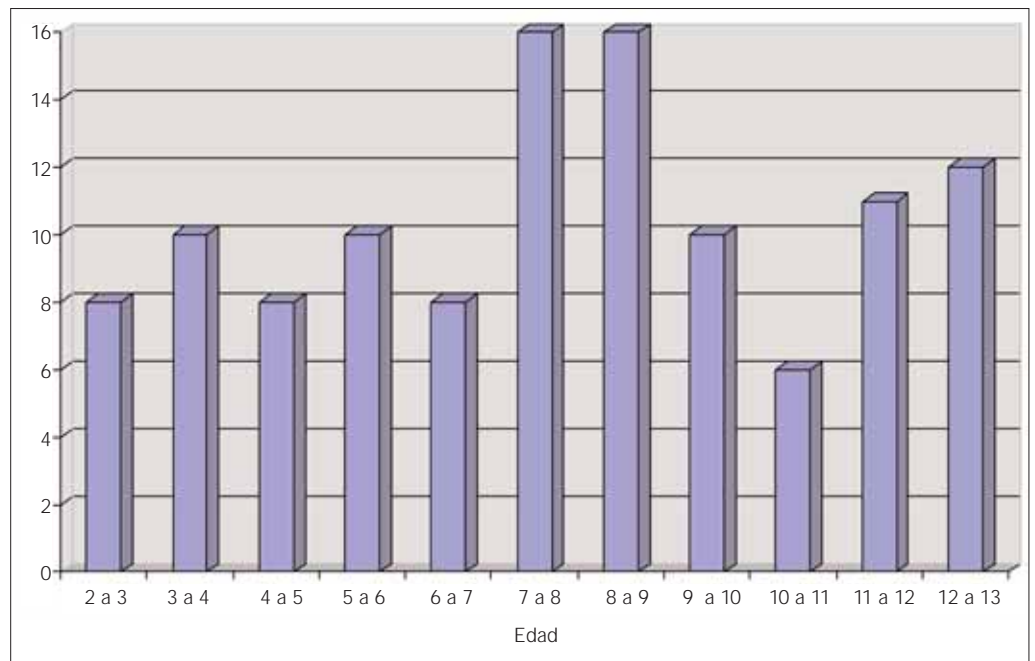


Figura 1. Edad de comienzo.

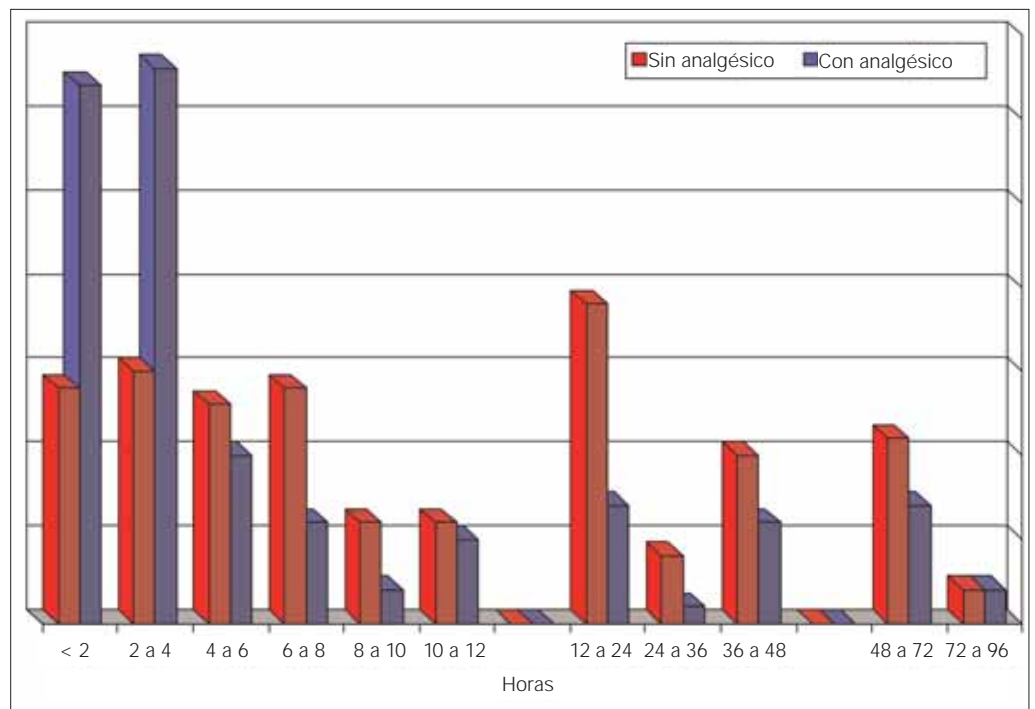


Figura 2. Duración de las crisis de jaqueca. Variación con y sin analgésicos ($p < 0,001$).

Tabla. Resumen del protocolo de estudio.

Edad	Aura
Sexo	Tipo de aura
Antecedentes familiares	Intensidad del dolor
Edad de inicio	Frecuencia del dolor
Años de evolución	Estado jaquecoso
Características clínicas	Uso de analgésicos
Unilateral/bilateral	¿Qué fármaco analgésico?
Pulsátil	Duración del dolor sin analgésicos
Localización	Duración del dolor con analgésicos
Fotofobia	Uso de profilaxis
Fonofobia	¿Qué fármaco profiláctico?
Náuseas	Eficacia del tratamiento profiláctico
Vómitos	¿Qué eficacia parcial de la profilaxis?
Palidez	Existencia de efectos adversos de la profilaxis
'Ojeras'	¿Qué efectos adversos?
Postración	¿Cambio de tratamiento?

Los síntomas acompañantes (fotofobia, fonofobia, náuseas y vómitos) en nuestra serie resultaron muy frecuentes, superior a lo referido en las fuentes bibliográficas [15]. No debe olvidarse que, por ejemplo, los vómitos pueden interferir considerablemente en la vida diaria y en las posibilidades terapéuticas.

También se ha dicho que resulta habitual que la migraña en la infancia dure menos de dos horas [15]. En nuestra serie vemos que, aunque algunos niños tienen episodios breves, la duración media de la crisis es de casi un día, que la intensidad del dolor fue aguda en dos tercios de los niños, y que los padres observaron signos externos de afectación e interferencia con su vida diaria en el 85% de ellos. Si a esto sumamos una frecuencia de los episodios muy alta que conduce a un absentismo escolar también elevado, no podemos decir que la migraña en la infancia sea siempre una patología banal.

Al tratarse este estudio de un grupo de pacientes seleccionados de una consulta de neurología pediátrica, con un filtro previo por un pediatra, es lógico que los casos recogidos sean más graves que en estudios poblacionales [7], pero no es raro que lleguen a la consulta niños con episodios largos y reiterados de dolor intenso a los que no se les ha dado ningún tratamiento. A veces ni tan siquiera analgésico, aunque en la bibliografía hay recomendaciones claras al respecto [16,26,27]. Vemos en esta serie cómo los analgésicos mejoran significativamente los síntomas de la mayoría de los niños. Por otra parte, el tratamiento profiláctico resulta muy eficaz y con escasos efectos adversos, tanto en nuestra serie como en las fuentes bibliográficas [16,27, 28]. Todo esto, unido a la alta prevalencia de la enfermedad, hace que un enfoque desde la atención primaria podría resultar muy útil para mejorar la calidad de vida de estos niños.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Menéndez B, Martínez-Sarriés FJ, Morlán-Gracia L, Balseiro-Gómez JJ, Pinel-González AB, Sáez-Pérez E. Actividad asistencial de la neurología pediátrica en un hospital de nivel 3. Estudio comparativo con la neurología de adultos y la pediatría no neurológica. *Rev Neurol* 2004; 38: 1018-22.
- Garaizar C, Martínez-González MJ, Sobradillo I, Ferrer M, Gener B, Prats JM. La práctica clínica neuropediátrica en un hospital terciario del País Vasco. *Rev Neurol* 1999; 29: 1112-6.
- Sillanpaa M, Anttila P. Increasing prevalence of headache in Finnish children starting school. *Headache* 1976; 15: 288-90.
- Artigas J, Grau R, Canosa P, Esclusa F. Prevalence and characteristics of infantile headache in a selected area. *Cephalalgia* 1997; 17: 293.
- Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24: 380-8.
- Zencir M, Ergin H, Sahiner T. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: Denizli urban area in Turkey. *Headache* 2004; 44: 780-5.
- Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994; 309: 765-9.
- Cull RE, Wells NEJ, Miocevic M. The economic cost of migraine. *BMJ* 1992; 2: 103-5.
- Hersey A, Powers SW, Vockell AL, Le Cates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. *Neurology* 2001; 57: 2034-9.
- Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics* 2003; 112: 1-5.
- Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in paediatric migraine: characterization of age-related effects using PedsQL 4.0. *Cephalalgia* 2004; 24: 120-7.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): S1-96.
- Billie B. Migraine in school children. *Acta Paediatr* 1962; 51 (Suppl 136): S1-151.
- Hersey A, Powers SW, Bentti AL, Recates SL, DeGrauw A. Characterization of chronic daily headaches in children in a multidisciplinary headache center. *Neurology* 2001; 56: 1032-7.

15. Durá-Travé T, Yoldi-Petri ME. Validez de los criterios diagnósticos de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2004; 38: 1123-7.
16. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. *Neurology* 2004; 63: 2215-24.
17. Hernández-Latorre MA, Macaya-Ruiz A, Roig-Quilis M. Características clínicas de la migraña en la edad pediátrica. *Rev Neurol* 2001; 33: 708-15.
18. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. *Neurology* 2002; 59: 490-8.
19. Bener A, Uduman SA, Qassimi EM, Khalaily G, Sztrihá L, Kilpelai M, et al. Genetic and environmental factors associated with migraine schoolchildren. *Headache* 2000; 40: 152-7.
20. Russell MB, Iselius L, Olesen J. Migraine without aura and migraine with aura are inherited disorders. *Cephalalgia* 1996; 16: 305-9.
21. Artigas J, Macaya A, Escofet C. Aspectos generales de la cefalea. Clasificación, epidemiología, diagnóstico y genética. In Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M, eds. *Cefaleas en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ergon; 2003. p. 13-31.
22. Vahlquist B, Hackzell G. Migraine of early onset. *Acta Paediatr* 1949; 38: 622-36.
23. Prensky AL. Migraine and migrainous variants in pediatric patients. *Pediatr Clin North Am* 1976; 23: 461-71.
24. Holguín J, Fenichel G. Migraine. *J Pediatr* 1967; 70: 290-7.
25. Shinnar S, D'Souza B. The diagnosis and management of headaches in childhood. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29: 79-94.
26. Pakalnis A. New avenues in treatment of paediatric migraine: a review of the literature. *Fam Pract* 2001; 18: 101-6.
27. Vasconcellos E. Revisión del tratamiento farmacológico de la migraña en niños. *Rev Neurol* 2003; 37: 253-9.
28. Cuvellier JC, Joriot S, Auvin S, Vallée L. Traitement du fond de la migraine de l'enfant: état des connaissances du traitement pharmacologique. *Arch Pediatr* 2004; 11: 449-55.

LA JAQUECA EN LA INFANCIA: ¿UNA PATOLOGÍA BANAL?

Resumen. Introducción. La jaqueca se considera una enfermedad banal, más aún en la infancia, pero lo cierto es que en muchos casos resta calidad de vida. Pacientes y métodos. Estudio prospectivo. Todos los pacientes fueron evaluados por el mismo neuropediatra. Cumplían criterios diagnósticos de jaqueca. Se evaluó a 127 niños. La edad media fue de 9,4 años (intervalo: 3-14 años), sin diferencias entre sexos. 67 varones y 60 mujeres. Resultados. La duración media de la crisis fue de 22,5 h. Las características clínicas más frecuentes recogidas fueron: localización hemicraneal, 44,4%; pulsátil, 74,4%; fotofobia, 74,8%; fonofobia, 83,5%; náuseas-vómitos, 63,5%, y aura, 14,3%, con predominio de síntomas visuales y sensitivos, de intensidad aguda (74%), con repercusión funcional en el 87% y provocación del absentismo escolar hasta en el 36,9%. Un 16% sufrió episodios de estado jaquecoso. En el momento de consultar el 46% tuvo varias crisis a la semana; el 13,7%, semanal; el 16,1%, quincenal; el 13,7%, mensual; el 5,6%, trimestral; y otros, el 4,8%. El 48,7% recibió tratamiento preventivo con eficacia completa en el 48%, parcial en el 35% y nula en el 15,4%. Conclusiones. La jaqueca en la infancia no es una patología banal. Es incapacitante: interfiere con la vida diaria en más del 85%, provoca faltas escolares en casi un 40% de los casos y cerca del 50% sufre varios episodios a la semana. Una cifra similar requirió tratamiento profiláctico, que resultó muy eficaz. [*REV NEUROL* 2006; 42: 643-6]

Palabras clave. Calidad de vida. Cefalea. Infancia. Jaqueca. Migraña. Niños. Pediatría.

A ENXAQUECA NA INFÂNCIA: UMA PATOLOGIA BANAL?

Resumo. Introdução. A enxaqueca considera-se uma doença banal, mais ainda na infância, mas o certo é que em muitos casos diminui a qualidade de vida. Doentes e métodos. Estudo prospectivo. Todos os doentes foram avaliados pelo mesmo neuropediatra. Cumpriam critérios diagnósticos de enxaqueca. Avaliaram-se 127 crianças. A idade média foi de 9,4 anos, com um intervalo de 3-14 anos, sem diferenças entre sexos. 67 rapazes e 60 raparigas. Resultados. A duração média da crise foi de 22,5 h. As características clínicas mais frequentemente observadas foram: localização hemicraniana, 44,4%; pulsátil, 74,4%; fotofobia, 74,8%; fonofobia, 83,5%; náuseas-vómitos, 63,5%, e aura, 14,3%, com predomínio de sintomas visuais e sensitivos, de intensidade aguda (74%), com repercussão funcional em 87% e causa do absentismo escolar até 36,9%. 6% sofreram episódios de estado de cefaleia. No seguimento, 46% apresentaram várias crises por semana; 13,7%, semanal; 16,1%, quinzenal; 13,7%, mensal; 5,6%, trimestral; e outros, 4,8%. 48,7% recebeu tratamento preventivo com eficácia completa em 48%, parcial em 35% e nula em 15,4%. Conclusões. A enxaqueca na infância não é uma patologia banal. É incapacitante: interfere com a vida diária em mais de 85%, provoca faltas escolares em quase 40% dos casos e cerca de 50% tem vários episódios por semana. Um número similar necessitou tratamento profiláctico, que se mostrou muito eficaz. [*REV NEUROL* 2006; 42: 643-6]

Palavras chave. Cefalalgia. Cefaleia. Crianças. Enxaqueca. Infância. Pediatría. Qualidade de vida.