

**HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE  
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNANDEZ  
MORÓN.**

**Estudio clínico epidemiológico de la migraña en el niño.  
Clinical epidemiological study of migraine in a child.**

Marino Ruiz de la paz (1), José Ricardo Zabalía Pérez (2), Madel Cerdeira Rodríguez (3)

**RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo prospectivo de 86 niños con diagnóstico de migraña atendidas en la consulta de cefalea del Hospital General Provincial Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el periodo comprendido desde enero del 2000 hasta enero del 2004. El tipo de migraña más frecuente fue la sin aura. El 58,8% de los niños de 5 a 9 años de edad pertenecían al sexo masculino. La cefalea fue grado I para el grupo de 5 a 9 años de edad y grado III para los mayores de 15 años. En el 52,2% de los casos la cefalea duró menos de 1 hora. El estrés y la exposición al sol fueron los desencadenantes más frecuentes. Los estudios de neuroimagen mostraron resultados negativos. La mayoría de los niños necesitaron medidas no farmacológicas para abortar las crisis, y para el control de la migraña. Las crisis se presentaron 3 veces por mes antes del tratamiento preventivo, y 2 veces por mes después del tratamiento.

**Palabras clave:** MIGRAÑA, AURA, PULSÁTIL.

1. Especialista de Segundo Grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en Nefrología.
3. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Diplomado en Terapia Intensiva Pediátrica.

**INTRODUCCIÓN**

Las cefaleas son un motivo común de consulta en niños y ado-lescentes, que desde la antigüedad ha confundido a los médicos, y es referida en escritos que datan desde la era sumaria (1). Las cefaleas en la infancia presentan un amplio espectro de causas, desde las benignas como las cefaleas originadas por la fiebre, hasta condiciones clínicas de pronóstico reservado, como las cefaleas secundarias a tumores y malformaciones cerebro vascular. Entre estos dos extremos se encuentran las cefaleas primarias, como la migraña y la cefalea tipo tensional. Si bien se pensó, en un principio, que la migraña era una afección propia del adulto, hoy sabemos que también en niños, al menos, desde los 5 años de edad, puede haber crisis de migraña, con una prevalencia del 10% en algunos estudios (2). La elevada frecuencia de este problema en la edad pediátrica, así como la incapacidad que en algún momen-to puede causar y ser causa frecuente de ausentismo escolar, justifican la importancia de este estudio.

**MÉTODO**

Se realizó un estudio observa-cional descriptivo de tipo pros-pectivo de todos los niños con diagnóstico de migraña que acu-dieron a la consulta de cefalea del "Hospital General Provincial Do-cente Roberto Rodríguez Fernán-dez" de Morón, durante el período comprendido desde

enero del 2000 hasta enero del 2004. Nuestro universo estuvo constituido por 86 niños que cumplieron los criterios establecidos por la Sociedad Internacional de Cefalea de 1988 para la migraña sin aura, y para la migraña con aura.

A todos los pacientes se les realizó en la primera consulta un interrogatorio exhaustivo, así como un examen clínico general y neurológico. Se recogieron los antecedentes patológicos familiares de migraña, asma, epilepsia, y los antecedentes personales de asma, epilepsia, alergia respiratoria, meningitis. En relación con los aspectos clínicos de la migraña se investigó: tipos de migraña, grupos de edad, sexo, intensidad, duración, frecuencia, factores desencadenantes, así como la eficacia del tratamiento.

Se definió la intensidad del dolor en grados, recomendados por la Asociación Americana para el estudio de las cefaleas:

Grado I: cefalea que este presente, pero no requiere intervención medica. No interfiere con ninguna actividad.

Grado II: interfiere ligeramente en las funciones, requiere algún analgésico.

Grado III: intensa, interfiere con las funciones, pero el paciente es capaz de continuar la función a pesar de la cefalea.

Grado IV: cefalea totalmente incapacitante.

Los exámenes complementarios fueron indicados en aquellos niños que tenían antecedentes personales y familiares de epilepsia, en los menores de 5 años, y cuando se pensó en la posibilidad de hipertensión intracraneana. La información fue procesada de forma computarizada, y los resultados se presentan a través de tablas.

## **RESULTADOS**

El gráfico No 1 destaca que el tipo de migraña más frecuente en nuestro estudio fue la migraña sin aura (75,6 %).

Como se representa en la tabla No 1 el sexo masculino fue el más afectado en los niños del grupo de 5 a 9 años de edad (58,8%), seguido por el sexo femenino en el grupo de 10 a 14 años de edad con 54,3%.

La intensidad del dolor fue moderada para el grupo de edad mayor de 15 años (52,6%) y leve (42,8%) en el grupo de 5 a 9 años de edad, como se muestra en la tabla No 2.

La tabla No 3 destaca que la duración del dolor fue menor que 1 hora para el grupo de 5 a 9 años de edad (55,2%), y entre 1 y 2 horas para los niños de 10 a 14 años de edad respectivamente (47,3%).

Al relacionar los factores desencadenantes de las crisis de migraña con los grupos de edad, como representa la tabla No 4 encontramos que la exposición al sol fue el desencadenante más frecuente para el grupo de 5 a 9 años de edad (85,7%), seguido por el estrés emocional (90,3%) para el grupo de 10 a 14 años.

Se realizaron exámenes complementarios a 62 niños (72,0%), y solamente el EEG fue positivo en el 37,5% ( tabla No 5).

La tabla No 6 muestra que 52 niños (60,5%) necesitaron medidas no farmacológicas y farmacológicas para abordar las crisis agudas.

El 53,4% de los niños necesitaron tratamiento no farmacológico únicamente para el tratamiento preventivo de la migraña como muestra la tabla No 7.

El 54,7% presentó crisis de dolor con una frecuencia de 3 veces al mes antes del tratamiento preventivo, disminuyendo la frecuencia a 2 veces después de dicho tratamiento (51,2%) como se destaca en la tabla No 8.

## **DISCUSIÓN**

La migraña es común en el niño. Aproximadamente el 20% de los adultos con migraña, empezaron a tener cefalea antes de los 10 años.

Hay varios tipos de migraña, pero la sin aura es la más frecuente, constituyendo el 80,0% de todas las migrañas; la con aura se ve en el 17,0% de ellas (3). En nuestro estudio predominó la migraña sin aura (79,0%). Portuondo (4) reporta un 68,6% para el tipo sin aura.

La prevalencia de la migraña se incrementa con la edad, y hay una preponderancia para el sexo masculino en los menores de 10 años, predominando en el sexo femenino después de los 12 años, con una proporción de 3:2 (4,5).

Nosotros encontramos un 60,8% para los niños de 1 a 9 años, y un 85,7% para el sexo femenino después de los 10 años. Nelson (6) señala que las niñas suelen presentar las primeras migraña en la adolescencia, mientras que los niños suelen hacerlo antes de los 10 años.

En los niños es frecuente que el dolor sea menos intenso que en los adultos en nuestra casuística predominó el dolor moderado o grado III en un 52,6% para el grupo mayor de 15 años, coincidiendo con Portuondo (4) y Mesa (5), quienes reportan dolor moderado y severo en sus estudios.

La migraña es una cefalea que se manifiesta por crisis que pueden durar de 4 a 72 horas, en niños menores de 15 años, dura entre 2 y 48 horas. Nosotros encontramos una duración menor de 1 hora (44,1%) en todas las edades. Mesa (5) señala una duración de 2 a 4 horas. Portuondo (4) y Calderón (7) encontraron una duración de 2 a 3 horas en sus respectivos estudios.

Al analizar los factores desencadenantes de las crisis de migraña, comprobamos que el estrés emocional, seguido por la exposición al sol y los alimentos fueron los gatillos más frecuentes, coincidiendo nuestros resultados con otros estudios (5-9).

Solamente encontramos positividad en el 37,5% de los EEG realizados. El EEG frecuentemente es anormal durante una crisis de migraña con aura, y se manifiesta por un foco de actividad lenta en un lóbulo temporal. Entre episodios de migraña el EEG habitualmente es normal (5,9).

Durante el tratamiento abortivo de las crisis fueron necesarias las medidas no farmacológicas y farmacológicas en el 60,5% de los pacientes. En el manejo del cuadro de migraña aguda la primera conducta que se recomienda es dormir o descansar en una habitación silenciosa y oscura tan pronto como sea posible en cada crisis, en caso de aura, al inicio de la misma. Los analgésicos simples como la aspirina y el paracetamol disminuyen la cefalea con igual efectividad. Se ha observado que el ibuprofeno, acorta la duración de las cefaleas y reduce la efectividad de otros medicamentos. Cuando los analgésicos simples no son efectivos para la migraña de adolescentes mayores, se indican vasoconstrictores como la ergotamina. La ergotamina provoca vasoconstricción de la arteria carótida externa y sus ramas. La ergotamina está contraindicada en trastornos renales, hepáticos, hipotensión y arteriopatías periféricas.

La ergotamina rara vez es necesaria antes de la pubertad (8,10).

El tratamiento no farmacológico únicamente se aplicó en el 53,4% del tratamiento preventivo de la migraña. Identificar los factores que desencadenan la cefalea es una parte importante del tratamiento. En general, se pueden identificar ciertos factores personales, familiares o ambientales capaces de desencadenar o exacerbar las cefaleas. Un desencadenante común en los niños es el estrés, a menudo negado por el niño y sus padres, porque no lo reconocen o porque no logran establecer la relación entre un determinado factor de estrés y los episodios de cefalea (10-12).

La frecuencia de las crisis disminuye cuando se lleva a cabo un tratamiento preventivo, tanto con medidas farmacológicas como no farmacológicas. En nuestra investigación encontramos una frecuencia de 2 veces al mes después del tratamiento en un 51,2%.

### **ABSTRACT**

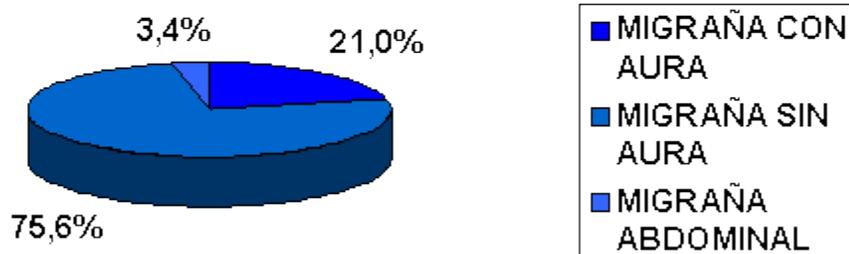
A descriptive observational study of prospective type of 86 children with the diagnosis of migraine treated by cephalgia in Teaching General Hospital "Roberto Rodríguez Fernández" in Morón during the period from January, 2000 to January, 2004, the more frequent migraine was one without aura. The 58.8% of children from 5 to 9 years belongs to male sex. Cephalgia was I grade for the age group from 5 to 9 years and III grade for those from more than years. In the 52.2% of cases, cephalgia remains for less than 1 hour. The stress and sun exposure were the more frequent markers. The neuroimage studies showed negative results Most children needed non pharmacological measures to stop the crisis and for migraine control. The crisis presented three times a month before the preventive treatment and twice a month after treatment.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1-Titus F. Cefaleas primarias. Migraña y cefalea tensional. Jano, Medicina y Humanidades 1998;55:45-53.
- 2-Martínez Eizaguirre JM. Migraña: epidemiología, fisiopatología y diagnóstico. FMC 1999;6 (supl 10):21-29.
- 3-Cano A, et al. Migraine without aura and migraine disorder in children. International Headache Society (IHS) and revised IHS criteria. Cephalgia 2000;20:617-20 (Medline).
- 4-Portuondo O, Sardiñas ME, Herrera T, Ortiz M. Cefalea en el niño: Estudio clínico. Rev Cubana Pediatr 1997;69 (3-4):164/168.
- 5-Mesa T. Cefalea en el niño. Rev Chilena Pediatr 2000;71(1): 1-4.
- 6-Robert H.A.Haslam. Cefaleas. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Tratado de Pediatría.15.ed. v.3.Mc Graw-Hill: Interamericana, 1998:2116-19.
- 7-Calderon R, Sevilla R. Migraña en el niño. Estudio clínico de 212 pacientes. Bol Med Hosp. Infant Méx 1988;45: 637-44.
- 8-Titus Albareda F. Tratamiento. Medidas generales. En: Programa de formación en neurología-Dolor de cabeza Madrid: Ediciones Ergom; 2000:47-53.
- 9-Medina C, Fabiola N. Cefaleas. LICCE Bogota-<http://www.epilepsia.org>
- 10-Morales Asin F. Tratamiento de la migraña. En: Liaño Martínez H. Dolor de cabeza. Ediciones Ergón, 2000: 51-65.
- 11-Schrader H, Stouner LJ, Helder G, Sand C, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor: randomized, placebo controlled crossover study. BMS 2001; 322: 19-22 (Merline).
- 12-Barlow CF: Migraine in the infant and toddler. J Child Neurol 2000; 9: 92-94.

### **Anexos.**

## Grafico No 1. Tipos de Migrañas



**Tabla No 1. Relaciona el sexo con los grupos de edad.**

Grupos de edades ( años )	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 4	1	2,0	-	-	1	1,2
5 - 9	30	58,8	5	14,3	35	40,7
10 - 14	12	23,6	19	54,3	31	36,1
> 15	8	15,6	11	31,4	19	22,0
Total	51	59,3	35	40,7	86	100,0

**Tabla No 2. Relaciona grado de intensidad y grupos de edad.**

Grado de intensidad	Grupos de edad (años)									
	1 - 4		5 - 9		10 - 14		>15		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Grado I	1	100,0	15	42,8	6	19,3	2	10,6	24	27,9
Grado II	-	-	10	28,5	8	25,9	4	21,0	22	25,6
Grado III	-	-	7	20,0	13	41,9	10	52,6	30	34,8
Grado IV	-	-	3	8,6	4	12,9	3	15,8	10	11,7
Total	1	1,2	35	40,7	31	36,1	19	22,0	86	100,0

**Tabla No 3. Relaciona la duración del dolor con los grupos de edad.**

Grupos de edades ( años )	Duración del Dolor (horas)							
	<1		1-2		>2		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 4	1	2,7	-	-	-	-	1	1,2
5 - 9	21	55,2	9	25,0	5	41,7	35	40,7
10 - 14	10	26,3	17	47,3	4	33,3	31	36,1
> 15	6	15,8	10	27,7	3	25,0	19	22,0
Total	38	44,1	36	41,9	12	14,0	86	100,0

**Tabla No 4. Relaciona los factores desencadenantes y los grupos de edad.**

Desencadenantes	Grupos de edad (años)									
	1 - 4		5 - 9		10 - 14		15		Total	
	n=1		n=35		n=31		n=19		n=86	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alimentos	1	100,0	28	80,0	21	67,7	9	47,3	59	68,6
Ayuno	-	-	16	45,7	26	83,8	11	57,8	53	61,6
Estrés	-	-	24	68,5	28	90,3	14	73,6	66	76,7
Sueño irregular	-	-	4	11,4	18	58,0	16	84,2	38	44,1
Exposición al sol	1	100,0	30	85,7	17	54,8	11	57,8	59	68,6
Actividad física	-	-	3	8,5	7	22,5	5	26,3	15	17,4

**Tabla No 5. Migraña y exámenes complementarios.**

Exámenes	Positividad		Negatividad		Total	
	No	%	No	%	No	%
EEG	15	37,5	25	62,5	40	46,5
Rx. Cráneo	-	-	18	100,0	18	20,9
TC	-	-	4	100,0	4	4,6

**Tabla No 6. Tratamiento abortivo de la crisis aguda.**

Tratamiento.	No	%
Medidas no farmacológicas solamente.	34	39,5
Medidas no farmacológicas y farmacológicas.	52	60,5
Total.	86	100,0

**Tabla No 7. Migraña y tratamiento preventivo.**

Tratamiento Preventivo.	No	%
Tratamiento no farmacológico solamente.	46	53,4
Tratamiento farmacológico y no farmacológico.	40	46,6
Total.	86	100,0

**Tabla No 8. Frecuencia de las crisis y eficacia del tratamiento.**

Frecuencia del dolor. (No veces/ mes.)	Tratamiento preventivo.			
	Antes		Después.	
	No	%	No	%
2 veces/ mes.	22	25,6	44	51,2
3 veces/ mes	47	54,7	33	38,4
> 4 veces/ mes.	17	19,7	9	10,4
Total.	86	100,0	86	100,0