

posteriormente migraña en el niño.^{14,15} Se describe además, que las manifestaciones de migraña pueden variar de acuerdo a la edad del niño: 1) Los lactantes pueden presentar sólo “headbanging” (golpearse la cabeza repetidamente); 2) Los niños preescolares presentan a menudo episodios de apariencia enferma, con dolor abdominal, vómitos, y la necesidad de dormir; pueden presentar irritabilidad, llanto y búsqueda de un cuarto oscuro; 3) Los niños de 5-10 años tienen usualmente cefalea bifrontal, bitemporal (ahora sabemos puede ser unilateral)² o retroorbital, náuseas, calambres abdominales, vómitos, fotofobia, sonofobia, necesidad de dormir, fascie de migraña, lagrimeo, sed, sudoración excesiva, aumento de la frecuencia urinaria, o diarrea; 4) Los niños más grandes pueden presentar cefalea más intensa y de más duración, carácter pulsátil u opresor de la cefalea, y cambia a una ubicación temporal unilateral.^{2,8}

SÍNDROMES PERIÓDICOS DE LA NIÑEZ QUE SON COMÚNMENTE PRECURSORES DE MIGRAÑA

La clave para reconocer las variantes de migraña en el niño es apreciar que la migraña es un episodio separado por períodos libre de síntomas.

VÉRTIGO PAROXISMAL DE LA NIÑEZ. Ocurre en niños de 2 a 6 años. Se manifiesta por una inestabilidad en la marcha, vértigo súbito y náuseas. El niño puede verse asustado. Puede presentar nistagmos durante el episodio, pero no luego de la crisis. El niño no presenta problemas en los oídos ni pérdida de conciencia. Los episodios se pueden presentar en grupos que se resuelven al dormir. Se ha visto que algunos evolucionan hacia una migraña basilar. Hay que descartar anomalías de la fosa posterior con una resonancia magnética, crisis convulsivas, trastorno metabólico, anomalías de la columna cervical, especialmente si se prolongan los síntomas o si hay un examen neurológico anormal fuera de las crisis.

VÓMITOS CÍCLICOS DE LA NIÑEZ. Usualmente ocurre en niños de 5 años y se diagnostica alrededor de los 8 años, desaparece alrededor de los 10 años, pero algunos lo pueden presentar hasta la edad adulta. Son episodios predecibles de vómitos, se repiten cada 2 a 4 semanas, especialmente en las mañanas. Los vómitos cíclicos asociados a retraso del desarrollo, pobre crecimiento, convulsiones y migraña materna pueden estar asociados a mutaciones mitocondrial de DNA. Cuando se sospecha esa mutación, debe realizarse estudios de lactato/pirúvico, determinación de ácidos orgánicos en orina, preferiblemente durante una crisis. Debe descartarse otras causas de vómitos cíclicos. Los criterios diagnósticos están bien definidos en la ICHD-II (Cuadro 4).

MIGRAÑA ABDOMINAL. Se presenta con frecuencia en niños escolares. Se caracteriza por un dolor vago, recurrente, periumbilical o en la línea media, acompañado de náuseas y vómitos; no hay cefalea en el momento. Se alivia al dormir. La migraña abdominal alterna con migraña sin aura y usualmente evoluciona hacia una migraña en el

Cuadro 4. Criterios para síndrome de vómitos cíclicos

Episodios recurrentes de ataques, usualmente estereotipados de vómitos e intensas náuseas. Las crisis se acompañan de palidez y letargia. Hay resolución completa del cuadro entre las crisis

Criterios diagnósticos

- A. Por lo menos 5 ataques llenan los criterios B y C
- B. Ataques episódicos, estereotipados en cada paciente, acompañados de vómitos y náuseas excesivas que duran de 1 a 5 días
- C. Los vómitos durante los ataques se repiten durante una hora por lo menos 5 veces
- D. Paciente asintomático entre las crisis
- E. No se atribuye a ningún otro desorden y la historia clínica y el examen no sugieren enfermedad gastrointestinal.

adulto. Debe descartarse otras causas gastrointestinales. Los criterios diagnósticos están bien definidos en la ICHD-II.

TORTÍCOLIS PAROXISMAL DE LA NIÑEZ. Es un cuadro raro. Se presenta en preescolares en forma episódica de desviación del cuello, vómitos y cefalea. Puede durar horas o días. Debe descartarse anomalías de la columna cervical, distonía, reflujo gastroesofágico, trastorno metabólico. El diagnóstico de cada uno de ellos se hace por la exclusión de otras enfermedades y de acuerdo a los criterios de la ICHD-II o ICHD-III.

EPIDEMIOLOGÍA

La migraña comienza en la edad pediátrica. Se conoce que el 5% de la población pediátrica en los Estados Unidos padece de migraña. Se sabe también que la prevalencia de migraña va aumentando en el transcurso de la niñez, alcanzando un pico en la adolescencia. 20% de la población con migraña desarrolla los síntomas antes de los 5 años de edad. La edad promedio de inicio en los varones es a los 7 años y en las niñas a los 11 años. De acuerdo con el criterio diagnóstico que se use, la prevalencia va aumentando de 3% en la edad preescolar, a 4 % a 11% en la edad escolar, y aumenta hasta 8% a 20% en la secundaria.¹⁶⁻¹⁸ El vértigo paroxismal de la niñez, generalmente está presente en los lactantes mayores. La migraña hemipléjica se puede presentar en la niñez. La migraña basilar se presenta en adolescentes.

ETIOLOGÍA

Hay diferentes corrientes que tratan de explicar el origen de la migraña. Por mucho tiempo se pensó que la causa era puramente vascular. Estudios recientes muestran una causa neurológica primaria probable. También se ha demostrado que algunas causas son genéticas; tal es el caso de la migraña hemipléjica familiar. Se le ha dado un rol al DNA mitocondrial también en el caso de la migraña abdominal y los vómitos cíclicos de la niñez.¹⁹

MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON MIGRAÑA

Consiste en 3 facetas:

- 1- Educar a los pacientes y sus padres sobre los factores desencadenantes
- 2- Formular un plan de tratamiento para las crisis agudas