

- 3- Considerar profilaxis en pacientes con crisis frecuentes de migraña.

Tratamiento de comportamiento biológico. Incluye la educación al paciente y sus familiares sobre la importancia del manejo, manteniendo un estilo de vida con hábitos saludables, que incluye hidratación adecuada, ejercicios regulares, no saltarse las comidas y dormir bien. Recomendamos el uso del calendario de las cefaleas para evaluar su relación con sus hábitos y alimentos.

Tratamiento de la fase aguda. Estudios han demostrado que el ibuprofeno, en primera línea y luego el acetaminofén son efectivos en el tratamiento agudo de la cefalea en niños. Se ha demostrado también la eficacia y seguridad del uso de triptanes en los adolescentes. En el 2009, el FDA aprobó el uso de almotriptán en adolescentes y el sumatriptán nasal fue aprobado para el tratamiento agudo de la migraña en adolescentes.²⁰

Tratamiento profiláctico. Se debe considerar cuando la frecuencia de las cefaleas son más de 3-4 episodios en un mes y son lo suficientemente severos y prolongados como

para interferir con actividades normales. La finalidad es reducir la frecuencia de los ataques, la severidad y la duración, mejorando la respuesta a la terapia de las crisis agudas, mejorando función y calidad de vida, y reduciendo la discapacidad.^{21,22} Medicamentos que pueden usarse como profilaxis son: amitriptilina, propranolol, inhibidores selectivos de los receptores de la serotonina (betabloqueadores, ciproheptadina, metisergida), Anticonvulsivantes (gabapentina, valproato, topiramato). Riboflavina, antidepresores tricíclicos.²³

CONCLUSIÓN

La migraña del niño y del adolescente puede ser incapacitante y afectar la calidad de vida tanto del niño como de sus familiares. Es necesario un diagnóstico correcto para un tratamiento adecuado, el cual requiere de tres fases de intervención educación, tratamiento de la fase aguda y profilaxis. Es necesario reconocer los síndromes periódicos de la niñez que pueden ser precursores de migraña para un diagnóstico e intervención temprana y mejorar el pronóstico a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman, B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol* 2010;52(12):1088-97.
2. Lewis DW. Pediatric migraine. *Neurol Clin* 2009;27(2):481-501.
3. Gonzalez-Rabelino G, Alonso-Cerviño M, León Díaz A. Análisis etiológico de las cefaleas desde un servicio de emergencia pediátrica. *Rev Neurol* 2004; 39(3): 217-221.
4. Vannatta K, Getzoff EA, Powers SW, Noll RB, Gerhardt CA, Hershey AD. Multiple perspectives on the psychological functioning of children with and without migraine. *Headache* 2008;48(7):994-1004.
5. Headache. Classification Committee of the International of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia* 1988;8(suppl 7):1-96.
6. Headache. Classification Committee of the International of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):9-160.
7. Arroyo HA. Migraña y otras cefaleas primarias en la infancia y la adolescencia: la nueva clasificación Internacional de cefaleas (II edición) de la sociedad internacional de cefaleas. *Medicina (B. Aires)* 2007;67(6 supl.1): s623-s630.
8. Hershey AD, Winner P, Kabbouche MA, Gladstein J, Yonker M, Lewis D, et al. Use of the ICHD-II criteria in the diagnosis of pediatric migraine. *Headache* 2005;45(10):1288-1297.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808.
10. Kirchmann M, Thomsen LL, Olesen J. Basilar - type migraine: clinical, epidemiologic, and genetic features. *Neurology* 2006;66(6):880-6.
11. Goadsby PJ. Hemiplegic migraine: a cerebral ionopathy. En: Squiere LR. *New Encyclopedia of Neuroscience*, Oxford: Academic Press; 2009. p1073-1080.
12. Thomsen LL, Ostergaard E, Romer SF, Andersen I, Eriksen MK, Olesen J, et al. Sporadic hemiplegic migraine in an aetiologically heterogeneous disorder. *Cephalalgia* 2003;23(9):921-928.
13. Gelfand A, Goadsby P, Goadsby PJ. Child Neurology: migraine with aura in children. *Neurology* 2010;75(5):e16-9.
14. Gelfand AA, Thomas KC, Goadsby PJ. Before the headache: infant colic as and early life expression of migraine. *Neurology* 2012;79(13):1392-6.
15. Romanello S, Spiri D, Marcuzzi E, Zanin A, Boizeau P, Riviere S, et al. Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA* 2013;309(15):1607-12.
16. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; 24(5):380-8.
17. Unalp A, Dirik E, Kurul S. Prevalence and clinical findings of migraine and tension-type headache in adolescents. *Pediatr Int* 2007;49(6):943-9.
18. Sillampaa M. Changes in the prevalence of migraine and other headache during the first seven school years. *Headache* 1983;23(1):15-9.
19. Mitchell W, Kao A. Childhood Migraine Variants. [En internet]. New York: Medscape; 2014. [acceso el 12 de abril del 2014]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1178141-overview>.
20. Hershey AD. Current approaches to the diagnosis and management of pediatric migraine. *Lancet Neurol*. 2010;9:190-204.
21. Eiland LS, Jenkins LS, Durham SH. Pediatric migraine: pharmacologic agents for prophylaxis. *Ann Pharmacother* 2007;41(7):1181-1190.
22. Papetti L, Spalice A, Nicita F, Paolino MC, Castaldo R, Iannetti P, et al. Migraine treatment in developmental age: guidelines update. *Headache Pain* 2010;11(3):267-276.
23. Cuvellier JC. Antiepileptic drugs for the prevention of pediatric migraine. *Rev. Neurol (Paris)* 2009;165(12):1002-9.

ABSTRACT. Migraine is frequent in the pediatric and adolescent population. Migraine can have a substantial effect on the life of the child, as well as their family. There are many migraine variants that difficult the early diagnosis and delay their treatment. Researches show an increase prevalence of migraine and chronic migraine headache in childhood and adolescence and are described that the numerous variants and the comorbid disorders can interfere with the early recognition and the prognosis. An early recognition and therapy that include acute therapy, preventive therapy and biobehavioural therapy can improve the prognosis. Migraine in children is recognized as an important biosocial problem. Early recognition leads to an effective treatment and can prevent the disease progression. More researches are needed to define the pathophysiology and new therapeutic options.

Keywords: *Chronic headache, Headache, Migraine disorders.*