

# Características clínicas de la migraña en la infancia

DRAS. MARÍA CRISTINA BRAVO MIGLIARO<sup>1</sup>, AURORA DELFINO<sup>2</sup>

## Resumen

**Objetivos:** estudiar las características clínicas de relevancia de la migraña en los niños y determinar su incidencia como etiología de las cefaleas en la consulta neuropediátrica.

**Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo de aquellos pacientes que consultaron durante el período enero/2002 a enero/2003 en la Policlínica de Cefaleas del Servicio de Neuropediatría del Hospital Pereira Rossell. Para el diagnóstico de migraña se siguieron las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Cefaleas modificadas por Seshia.

**Resultados:** de 153 pacientes que consultaron en la policlínica el 35% correspondió a pacientes con migraña; 58,8% a pacientes con cefalea tensional y 5,88% a pacientes con sinusitis maxilar. El inicio de los síntomas fue durante la edad escolar. La intensidad de las cefaleas en el 72% fue de grado moderado. La duración del dolor en el 61% fue inferior a 60 minutos. La topografía predominante fue la bilateral. El dolor tipo pulsátil predominó en el 83%. La frecuencia de los episodios en el 72% fue semanal o quincenal. El 100% de los pacientes presentaron como síntomas acompañantes náuseas, vómitos, fotofobia, palidez y sueño. El aura se constató en la mitad de los pacientes. Se comprobaron antecedentes familiares de migraña en todos los pacientes. El rendimiento académico no fue afectado por la enfermedad.

**Conclusiones:** la migraña constituye el 35% de las cefaleas en la consulta neuropediátrica. En el niño la migraña se caracteriza por un dolor pulsátil, bilateral, de menos de 1 hora de duración, acompañado siempre por síntomas neurovegetativos. Evoluciona de forma aguda y recurrente con períodos asintomáticos prolongados.

**Palabras clave:** JAQUECA-diagnóstico

## Summary

**Objectives:** to study the most important clinic characteristics of migraine during infancy and to determine its incidence as a cause of headache in the neuropediatric office.

**Material and methods:** a prospective study was performed including those patients whom consulted in the outpatient clinic of the Department of Neuropediatrics, Hospital Pereira Rossell, during the period January/2002 – January/2003. Migraine was diagnosed according to the recommendations of the International Headache Society, modified by Seshia.

**Results:** one hundred fifty three patients consulted during the study period. Thirty-five percent corresponded to patients with migraine; 58,8% to patients with tension headache and 5,88% of the patients was diagnosed as maxillary sinusitis. The beginning of symptoms was during school age. In 72%, the intensity of the headache was moderate. Pain lasted less than one hour in 61% and was bilateral in most of the cases. The predominant type of pain was pulsating in 83% of patients. Attacks were weekly or fortnightly in 72%. All patients presented as accompanying symptoms nausea, vomiting, photophobia, pallor and drowsiness. Aura was present in half of the population studied. All patients had family history of migraine. The academic performance was not affected.

**Conclusions:** migraine represents the 35% of headaches consulting as outpatients in the neuropediatric office. In children, a bilateral and pulsating pain, lasting less than 1 hour in 61% of patients, characterizes migraine. Neurovegetative symptoms are always present as accompanying symptoms. The clinical course of migraine in children is characterized by acute and recurrent crisis separated by symptoms-free intervals.

**Key words:** MIGRAINE-diagnosis

1. Ex-Asistente de Neuropediatría.

2. Profesora de Neuropediatría  
Servicio de Neuropediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Fecha recibido: 17/11/2003

Fecha aprobado: 25/3/2004

## Introducción

La migraña es un tipo de cefalea que para algunos autores, explicaría el 75% de las cefaleas referidas a la consulta neuropediátrica. En el niño presenta características clínicas especiales que lo diferencian del cuadro típico del adulto <sup>(1)</sup>.

Por ser la cefalea un trastorno exclusivamente subjetivo, la descripción minuciosa y detallada de esta sintomatología va a depender de la edad del niño, de su desarrollo intelectual, personalidad y experiencias previas.

En los niños de menor edad va a depender de la interpretación de los síntomas realizada por sus padres o tutores. En particular, existen dificultades en la descripción semiológica del tipo de dolor, su localización, duración e intensidad, elementos de suma importancia para poder caracterizar el tipo de cefalea y orientarnos en el diagnóstico.

A pesar de las dificultades mencionadas, se debe tener siempre presente que el diagnóstico de la migraña es exclusivamente clínico.

En 1988 la International Headache Society (IHS) propuso criterios diagnósticos específicos para mejorar la confiabilidad en el diagnóstico de las cefaleas <sup>(2)</sup> (tabla 1). Estos criterios fueron elaborados por especialistas que tuvieron en cuenta sólo las manifestaciones clínicas de la migraña en el adulto, pero que excluyeron las características clínicas de la migraña durante la infancia. Esto llevó a que muchas veces no se pudieran alcanzar los criterios exigidos por la IHS y así el diagnóstico de migraña en la infancia se realizara tardíamente. Seshia en 1994 introdujo modificaciones a los criterios de la IHS para que pudieran aplicarse en los niños. <sup>(3)</sup> (tabla 2).

## Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es estudiar las características clínicas de mayor relevancia de la migraña en los niños. En forma accesoria se determinará la incidencia de la misma como etiología de las cefaleas estudiadas en la Policlínica del Servicio de Neuropediatria del Hospital Pereira Rossell.

## Material y método

Se realizó una investigación prospectiva donde se incluyeron a los pacientes comprendidos entre las edades de 0 a 14 años que consultaron en el período de enero 2002 a enero 2003 en la Policlínica de Cefalea del Servicio de Neuropediatria. Como paso previo a la recolección de datos se confeccionó un protocolo de investigación.

Se siguió el mismo criterio para todos los pacientes, los que fueron vistos en forma consecutiva y examinados por la misma persona. Para ello se realizó:

**Tabla 1.** Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS)

### 1. Migraña

- 1.1 Migraña sin aura
- 1.2 Migraña con aura
  - 1.2.1 Con aura típica
  - 1.2.2 Con aura prolongada
  - 1.2.3 Hemipléjica familiar
  - 1.2.4 Basilar
  - 1.2.5 Aura migrañosa sin cefalea
  - 1.2.6 Con aura de presentación aguda
- 1.3 Migraña oftalmopléjica
- 1.4 Migraña retiniana
- 1.5 Síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores de migraña o asociados con ellas
  - 1.5.1 Vértigo paroxístico benigno de la infancia
  - 1.5.2 Hemiplejía alternante de la infancia
- 1.6 Complicaciones de la migraña
  - 1.6.1 Status migrañoso
  - 1.6.2 Infarto migrañoso
- 1.7 Trastornos migrañosos que no cumplen los criterios anteriores

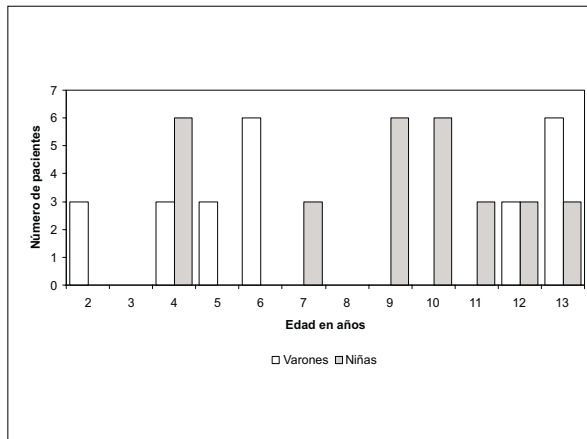
**Tabla 2.** Modificaciones propuestas por Seshia

### Migraña sin aura

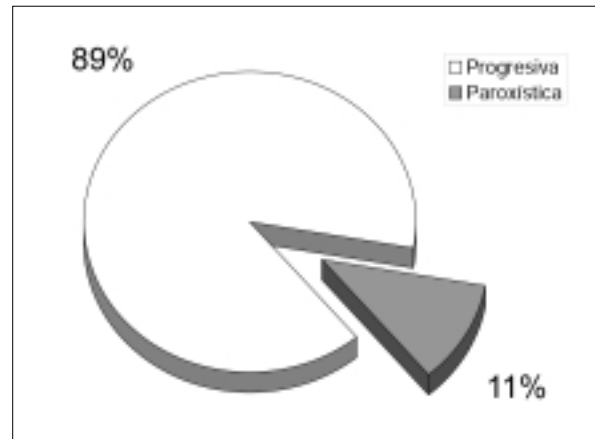
- A. Por lo menos 5 crisis cumpliendo criterios B-D.
- B. Crisis de cefalea que dure de 2-48 horas (no tratada o tratada sin suceso. Si el paciente se duerme y se levanta sin la cefalea, la duración de la crisis es considerada hasta la hora en que se despierta) (1-48 horas)\*.
- C. La cefalea tiene por lo menos dos de las siguientes características:
  1. Localización unilateral (o bilateral, o frontal o temporal)\*.
  2. Pulsátil.
  3. Intensidad moderada a fuerte (limitando o impidiendo actividades diarias).
  4. Agravada luego de actividad física de rutina.
- D. Durante la cefalea por lo menos uno de los siguientes síntomas:
  1. Náuseas y/o vómitos.
  2. Fotofobia y (y/o)\* acusofobia.
- E. Por lo menos uno de los siguientes:
  1. Historia y examen físico y neurológico no sugestivos de trastornos listados en los grupos 5-11.
  2. Historia y/o examen físico y/o neurológico sugestivo de tales trastornos pero que son descartados por investigación apropiada
  3. Tales trastornos están presentes, pero las crisis de migraña no ocurrieron por primera vez en clara relación temporal con el trastorno.

\* Modificaciones propuestas por Seshia

1. Historia clínica siguiendo una ficha estandarizada que comprendía anamnesis y examen clínico. En este se puso especial énfasis en la circunferencia craneana, examen neurológico completo y registro de la presión arterial.
2. Para casos seleccionados se realizaron consultas especializadas según orientación etiológicas con: of-



**Figura 1.** Sexo y edad al inicio de los síntomas.  
N= 54 (enero 2002/enero 2003)



**Figura 2.** Formas de instalación de la migraña  
N= 54 (enero 2002/enero 2003)

talmólogo, otorrinolaringólogo, siquiatra infantil y psicólogo.

3. Del mismo modo en los casos juzgados como imprescindibles se estudiaron los pacientes con electroencefalograma, tomografía computada, resonancia magnética y radiografía de senos faciales.

Todos los pacientes fueron ingresados en una base electrónica de datos (Microsoft Access 2000).

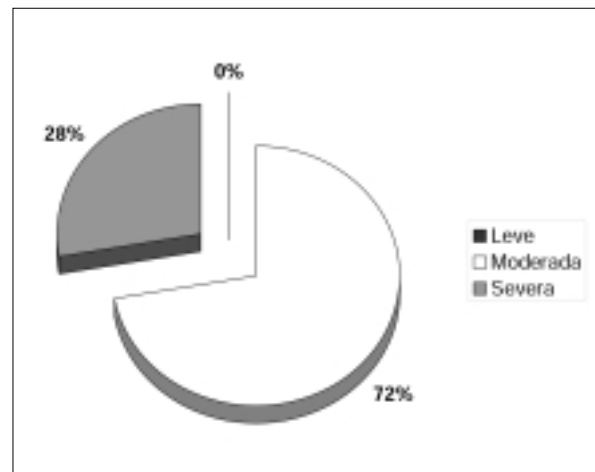
Para la evaluación de los resultados se utilizaron métodos de estadística descriptiva. Como criterios diagnósticos de las diferentes etiologías de cefaleas se utilizaron las recomendaciones de la IHS. Para el diagnóstico de migraña se utilizaron los criterios de la IHS modificados por Sheshia.

## Resultados

Entre los 153 pacientes que consultaron en la policlínica por cefalea, desde el punto de vista etiológico se distribuyeron de la siguiente forma: cefalea por sinusitis del seno maxilar 9 pacientes (5,88 %), cefalea migrañosa 54 pacientes (35%), y cefalea tensional 90 pacientes (58,8%).

### Análisis de las migrañas

Las niñas representaron 55% de la muestra, mientras que los varones fueron 45%. La edad promedio de la consulta, para las niñas fue de 11,7 años (rango 10 a 13), por su parte los varones tuvieron una edad promedio de 9,6 años (rango 5 a 14). Respecto a la edad de inicio de los síntomas, para las niñas el promedio fue de 8,9 años (rango 4 a 13), mientras que para los varones fue 7,6 años (rango 2 a 13) (figura 1). En cuanto a la forma de inicio de la cefalea, en ambos sexos predominó ampliamente la instalación progresiva (figura 2).



**Figura 3.** Intensidad de la cefalea  
N=54 (enero 2002/enero 2003)

### Intensidad

La intensidad de la cefalea se clasificó en tres grados: leve, moderado y severo, en relación con su repercusión en la actividad del niño. En la de grado leve el niño puede continuar con sus actividades; en la de grado moderado debe disminuir sus actividades pero no las suspende; finalmente en la de grado severo tiene imposibilidad de realizar actividades rutinarias. En 72% de los casos la cefalea fue de grado moderado.

No se observaron diferencias de acuerdo al sexo ni a la edad (figura 3).

### Duración

La duración de la cefalea fue inferior a 60 minutos en el 61% de la muestra. En el 22% fue inferior a 30 minutos.

**Tabla 3.** Duración de la cefalea.  
N=54 (enero 2002/enero 2003)

Tiempo de duración	Varones	Niñas	Total (pacientes)
30 minutos	9	3	12
60 minutos	12	9	21
90 minutos	3	6	9
2 horas	0	9	9
24 horas	3	0	3

No hubo mayores diferencias entre ambos sexos (tabla 3).

#### Topografía

Las topografías predominantes fueron las bitemporales y bifrontales (figura 4).

#### Tipo de dolor

El dolor de tipo pulsátil predominó claramente en esta serie (83%) (figura 5).

#### Frecuencia

Otra característica clínica de la migraña en el niño es la mayor frecuencia de las crisis, con episodios más cortos y períodos asintomáticos prolongados. El 72% de los pacientes tuvo una frecuencia entre semanal y quincenal. El 83,3% de los pacientes pasó asintomático durante 4 a 6 meses.

#### Pródromos

En nuestra casuística encontramos dos pacientes (11,1%) que presentaron trastornos del carácter y un paciente presentó cansancio.

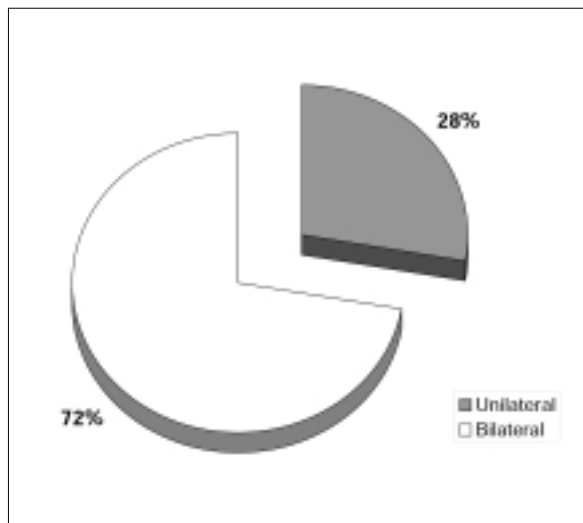
#### Síntomas acompañantes

Respecto a los diferentes síntomas acompañantes de la cefalea todos los pacientes presentaron náuseas, vómitos, fotofobia, palidez y sueño (tabla 4).

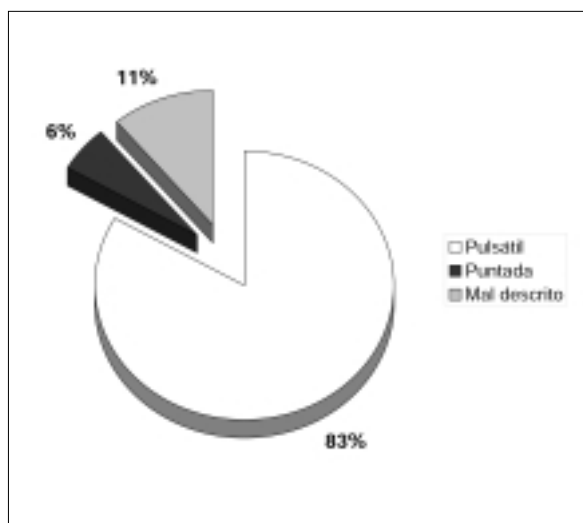
Los síntomas posteriores a la crisis o fase de resolución de la crisis migrañosa en nuestra serie fueron los siguientes: cansancio 94,4%; sueño 77,7%; trastornos del carácter 50% y anorexia 44,4%.

#### Factores desencadenantes

Los factores desencadenantes encontrados en nuestra serie fueron: tensión síquica (100%), alimentos (44,4%), el sol (16,6%), esfuerzo físico (16,6%).



**Figura 4.** Topografía de la cefalea  
N=54 (enero 2002/enero 2003)



**Figura 5.** Tipos de dolor  
N=54 (enero 2002/enero 2003)

#### Formas clínicas

Observamos que un 50% correspondió a migraña con aura, mientras que el otro 50% correspondió a la migraña sin aura. No hubo diferencias en la incidencia de migrañas sin aura entre ambos sexos. La migraña con aura predominó significativamente en el sexo femenino durante la etapa puberal (66% versus 33%).

**Tabla 3.** Síntomas acompañantes de acuerdo al sexo. N=54

	M	F	Total
<b>Digestivos</b>			
Epigastralgia	9	9	18
Náuseas	24	30	54
Vómitos	24	30	54
Anorexia	6	21	27
<b>Oftálmicos</b>			
Escotoma centelleante	3	3	6
Fotofobia	24	30	54
Fosfenos	6	15	21
<b>Vasomotores</b>			
Palidez	24	30	54
Sudoración	0	3	3
<b>Trastornos sensitivos</b>			
Parestesias	3	6	9
<b>Trastornos motores</b>			
Paresias	3	0	3
<b>Otros trastornos</b>			
Disartria	3	3	6
Confusión mental	0	3	3
Acusofobia	9	12	21
Trastornos del gusto	0	3	3
Sueño	24	30	54

### Características clínicas de la migraña con aura

El dolor de tipo pulsátil estuvo presente en el 88,8%, en cuanto a la topografía en el 55,5% fue unilateral y en el 44,4% fue bilateral. Los 27 casos cumplieron con los criterios diagnósticos de la clasificación de la IHS de migraña con aura típica.

La duración de las crisis fue inferior a 1 hora en el 88,8% de los casos. En el 11,1% de los pacientes las crisis tuvieron una duración de 60 a 90 minutos. No se encontró ningún caso con una duración mayor a 90 minutos.

La intensidad fue moderada en el 77,7% de los pacientes y severa en el 22,2%.

### Características clínicas de la migraña sin aura

El dolor en este grupo fue del tipo pulsátil en el 77,7% y en todos los casos la topografía fue bilateral. La duración de la migraña sin aura fue inferior a una hora en el 33,3%, menor de dos horas en el 55% y alcanzó una duración de 24 horas en el 11,1%.

La intensidad fue moderada en el 33,3% y severa en el 66,6%.

### Antecedentes personales

Se destacan la presencia de vómitos cíclicos en seis pacientes, vértigo paroxístico benigno en tres pacientes.

### Antecedentes familiares

Se comprobó una historia familiar de migraña en el 100% de los casos. Los familiares más afectados en orden decreciente fueron: madre 77,7%; tías maternas 27,7%; abuelas maternas 22,2%; abuelos paternos 16,6%; hermanos 16,6%; padre 11,1%.

### Rendimiento académico

En cuanto a la escolaridad de los pacientes el 33,3% presentó un rendimiento académico excelente, el 27,7% alcanzó un rendimiento muy bueno, mientras que en el 38,8% el rendimiento fue bueno.

### Características psicológicas

La anamnesis permitió apreciar los siguientes elementos psicológicos en la historia de los niños: perfeccionismo 66%, miedos 22%, timidez 22%, ansiedad 33% y agresividad 33%.

### Discusión

El conocimiento de la migraña data de milenios. Existen referencias al respecto en escritos sumerios y papiros de los egipcios. Su prevalencia en niños recién fue apreciada luego de los clásicos estudios epidemiológicos de Vahlquist en 1955 y de Bille en 1962 que mostraron una prevalencia entre el 3-5% dependiendo de la edad.<sup>(4,5)</sup> Antes de la pubertad la prevalencia en ambos sexos es igual, mientras que existe preponderancia femenina luego de este período.

En nuestra casuística, de un total de 153 pacientes que consultaron por cefaleas, 54 (35,2%) correspondieron a pacientes con migraña. Estas cifras no revelan la real incidencia de la migraña en la población pediátrica ya que el estudio fue realizado en una policlínica especializada y no pueden extrapolarse a la población pediátrica.

En cuanto a la edad, en nuestro análisis encontramos que la mayoría se presentaron durante la edad escolar, con un predominio luego de los 10 años coincidiendo

con Bille y Vahlquist en que la incidencia de la migraña aumenta con la edad.

La edad al inicio de los síntomas arrojó una igual distribución en ambos sexos por debajo de los 10 años, datos similares a los aportados por la literatura. Luego de la pubertad comienza a predominar en el sexo femenino.

Con respecto a las características semiológicas de la cefalea, lo encontrado por la mayoría de los autores es que se trata de una cefalea de instalación progresiva, con una baja frecuencia del inicio brusco o paroxístico.

En el 90% de nuestros niños se registró un inicio progresivo de la misma.

Con respecto a la intensidad de la cefalea los resultados concuerdan con lo publicado en la literatura, los autores consultados, señalan que una de las características de la migraña infantil es la intensidad moderada, a diferencia de lo que ocurre en los adultos<sup>(6-10)</sup>. Así, se comprobó que en la edad pediátrica las cefaleas más intensas corresponden a los adolescentes.<sup>(11,12)</sup> En la muestra los casos de intensidad severa se concentraron el periodo próximo a la pubertad (36 niños).

Con respecto al tiempo de duración de las cefaleas, nuestros hallazgos coinciden con la literatura, donde se destaca como característica de la migraña en el niño la corta duración de la cefalea.

Analizando la topografía de las cefaleas confirmamos que en los niños la localización más frecuente es la bilateral y dentro de ésta la bifrontal y bitemporal, siendo el tipo de dolor pulsátil el preponderante en los pacientes pediátricos. Otra característica clínica de la migraña en el niño es la alta frecuencia de crisis con episodios cortos y con períodos asintomáticos intercrisis relativamente prolongados.

Los prodromos son fenómenos premonitorios que ocurren días u horas antes de la crisis. La frecuencia de los mismos oscila entre 10 a 15% lo que coincide con el 16% hallado en nuestra serie<sup>(13-16)</sup>.

Dentro de los síntomas acompañantes se registra que los síntomas gastrointestinales están presentes en 80 – 100% de los casos, así como fotofobia, palidez y sueño. En la muestra, la totalidad de los pacientes presentaron los siguientes síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, fotofobia, palidez y sueño.

Dentro de los síntomas neurológicos que preceden o acompañan a la cefalea, o sea, el aura, los más frecuentes son los visuales (80–85%), sensitivos (40%), los trastornos del lenguaje (20%), y signos motores (15%)<sup>(17-19)</sup>.

En los niños pequeños existen dificultades en describir sus síntomas neurológicos con la consiguiente dificultad diagnóstica y la subvaloración de la migraña con aura en los más pequeños.

En esta serie los síntomas neurológicos encontrados fueron: fosfenos en el 77% y 22% escotomas. Las pares-

tesias estuvieron presentes en el 40% de los pacientes, paresias en 5% y los trastornos del lenguaje en 10%, coincidente con los datos de Olesen y Barlow.

Si bien los episodios de migraña pueden aparecer espontáneamente, existen factores desencadenantes que actuando por separado o en combinación, pueden precipitarlos<sup>(20,21)</sup>.

Estos factores deben ser minuciosamente interrogados en la anamnesis, ya que tienen un papel muy importante en el desencadenamiento de las crisis. Para Rothner el desencadenante más frecuente es la tensión síquica, el stress escolar o familiar. Le siguen en frecuencia los alimentos (conservantes, colorantes), el sol, el esfuerzo físico, y el ciclo menstrual<sup>(22,23)</sup>. En nuestros pacientes observamos que la tensión síquica estuvo presente en la totalidad de ellos.

Según datos de Barlow y Rothner la migraña con aura tiene una prevalencia del 17%, mientras que 83% correspondió a migraña sin aura. Nos llama la atención la incidencia tan elevada de migraña con aura en nuestros pacientes, el 50%, esto puede ser secundario al sesgo introducido por el pediatra en el momento de decidir qué pacientes va a enviar al neuropediatra. Es probable que sean las migrañas acompañadas de signos neurológicos focales las que con mayor frecuencia se envíen al especialista.

No existen diferencias en la topografía de la cefalea, ni el tipo de dolor, ni en la forma de inicio entre la migraña con aura y sin aura. Lo que se debe destacar es que la topografía más frecuente en la infancia es la bilateral y a medida que nos acercamos a la adolescencia lo más frecuente es la topografía unilateral. Al igual que lo hallado en otras series, en nuestros pacientes con migraña con aura, la duración y la intensidad de la cefalea fueron menores a las halladas en aquellos pacientes con migrañas sin aura. Con respecto a los síntomas acompañantes gastrointestinales están presentes en igual proporción en ambos tipos de migraña.

En los antecedentes personales tiene valor el hallazgo de los síndromes periódicos de la infancia, antes denominados equivalentes migrañosos. Estos síndromes son disfunciones episódicas recidivantes y transitorias en un paciente que desarrollará una migraña más adelante o que presenta predisposición familiar a la migraña. Dentro de estos síndromes se destacan los vómitos cíclicos cuya frecuencia varía entre 2 a 4% y el vértigo paroxístico benigno con una frecuencia del 0,5 al 2%. En nuestra casuística la frecuencia de estos síndromes fue más elevada.

El 80–90% de los pacientes tiene antecedentes familiares de migraña, Deffémis lo estimó en 60%<sup>(24)</sup>. Bille comprobó una incidencia familiar del 79,5%, mientras que en el grupo testigo fue sólo del 17,8%. La madre

estaba afectada en el 72,6%, y el padre en el 20,5%. Rotondo registró 89% de pacientes con antecedentes familiares de migraña. La madre estaba afectada en el 41% de los casos, el padre en el 7%, una abuela en el 30%, otros familiares el 7%, mientras que el 11% no presentaron antecedentes familiares.<sup>0</sup> En nuestra serie todos los pacientes evidenciaron historia familiar positiva para migraña. El porcentaje de antecedente materno de migraña (77,7%) coincide con lo publicado.

La migraña es una enfermedad que se presenta en todos los grupos socioeconómicos y culturales con igual incidencia. Waters sostiene que es ficticia la impresión que la migraña prevalece en las clases sociales más elevadas, lo que ocurre es que éstas consultan con mayor frecuencia<sup>(26)</sup>.

En general, los migrañosos no presentan dificultades de aprendizaje, a no ser que tengan un ausentismo escolar relativamente importante por su migraña, lo que no es habitual. Vahlquist sostiene que los trastornos escolares se deberían más a una ambición excesiva que a un déficit intelectual. No existe acuerdo sobre la existencia de una personalidad específica del migrañoso<sup>(9)</sup>. Se mencionan como características psicológicas: el perfeccionismo, meticulosidad, ansiedad, nerviosismo, tristeza, depresión, ambición, e inestabilidad neurovegetativa. Estudios recientes, así como el hecho de que muchos pacientes migrañosos no solicitan nunca ayuda médica no apoya esta hipótesis. Rotondo encontró que 26% eran "excesivamente rigurosos", 26% eran agresivos, y 85% tenían elementos depresivos. En nuestra serie los resultados fueron similares a los descritos.

Con respecto al nivel de inteligencia, no hemos realizado estudios psicológicos especiales a todos los pacientes. Nos basamos en el rendimiento escolar, en el examen neurológico y en la entrevista efectuada. Todos tenían un nivel de funcionamiento mental normal. Holguin y Fenichel mediante el mismo método encontraron que 80% de los pacientes con migraña presentaban un nivel de funcionamiento mental normal. Bille arriba a igual conclusión, señalando que no diferían de los otros niños, salvo en el hecho de tener un alto interés escolar.

## Conclusiones

La migraña en la edad pediátrica es una enfermedad que se presenta en todos los grupos socioeconómicos y culturales con igual frecuencia. En nuestra serie, la migraña constituyó el 35% de los pacientes que fueron referidos a nuestra policlínica para estudio de su cefalea. Este elevado porcentaje no revela la real incidencia de la migraña en la población pediátrica en general, ya que el estudio fue realizado en una policlínica especializada.

El diagnóstico de migraña es exclusivamente clínico,

siendo necesario recurrir a exámenes complementarios sólo en casos seleccionados. De acuerdo a los datos de nuestra serie, hemos comprobado que el inicio de los síntomas es próximo a los 8 años mientras que el diagnóstico se establece en torno a los 10 años de edad. Este lapso de 2 años entre el debut clínico y el momento del diagnóstico es explicado en parte por el carácter progresivo de su instalación y a la intensidad moderada de las crisis.

Todos nuestros pacientes tuvieron una alta incidencia de antecedentes familiares de migraña por línea materna.

Como desencadenantes de las crisis, destacan por su elevada frecuencia la tensión síquica y factores alimentarios.

El dolor es de topografía bifrontal o bitemporal, pulsátil, y tiene una duración inferior a 90 minutos. No suele ser precedido por pródromos. En todos los pacientes se destaca la presencia de síntomas acompañantes de la esfera gastrointestinal y neurovegetativa.

La evolución de la migraña en la infancia se caracteriza por una alta frecuencia de episodios cortos, semanales o quincenales con periodos asintomáticos más o menos prolongados de hasta 4 a 6 meses.

La elevada incidencia de la forma clínica de migraña con aura en nuestra serie es llamativa. Probablemente sea un sesgo de selección de pacientes secundario al hecho de que los pacientes que consultan por cefalea acompañada de signos neurológicos focales sean referidos con mayor frecuencia al especialista.

No hemos comprobado repercusiones sobre el nivel de funcionamiento mental, ni sobre el rendimiento escolar.

## Bibliografía

1. **Barlow CF.** The substrate in pathology of migraine. In Headaches and migraine in childhood. Oxford: Blackwell Scientific Publisher, 1984: 14-29.
2. **Ad-Hoc Committee On Classification On Headache.** Classification of headache. JAMA 1962;179:717-8.
3. **Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD.** International Headache Society Criteria and Childhood Headache. Dev Med Child Neurol 1994; 36: 419-28.
4. **Vahlquist B.** Migraine in children. Int Arch Allergy 1955; 7: 348-55.
5. **Bille B.** Migraine in children. Acta Paediatr Scand 1962; 51 suppl: 1-151.
6. **Glaser J.** Migraine in pediatric practice. Am J Dis Child 1954; 88: 92-8.
7. **Rothner AD.** Cefaleas migrañosas. In: Swaimann KF. Neurología Pediátrica. Madrid: Mosby-Doyma, 1996: 883-90.
8. **Acevedo C.** Jaqueca en el niño. Pediatría al Día 1987; 3: 126-34.
9. **Forsyth R, Farrell K.** Cefaleas en la infancia. Pediatr Rev (español) 1999; 20: 39-45.
10. **Fenichel GM.** Headache. In: Clinical Pediatric Neurology. 3ª ed. Philadelphia: Saunders, 1996: 77-90.

11. **Di Blasi M, Fejerman N.** Cefaleas y migrañas. In: Fejerman N, Fernandez Alvarez E. Neurología Pediátrica. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1997: 599-613.
12. **Lauritzen M.** Cortical spreading depression. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. The headaches. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2000: 189-94.
13. **Rothner AD.** Headache in children: A review. Headache 1978; 18: 169-75.
14. **García Leal B, Pulido M.** Diagnóstico y tratamiento de la migraña. Rev Med IMSS 1987; 25: 59-62.
15. **Castro-Gago M.** Cefaleas. En: Tratamiento de las enfermedades neurológicas en niños y adolescentes. Barcelona: Publicaciones Médicas, 1999: 39-43.
16. **Olesen J.** Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. Headache 1978; 18: 268-71.
17. **Golden GS, French JH.** Basilar artery migraine in young children. Pediatrics 1975; 56: 722-6.
18. **Stanley-Emery E.** Acute confusional state in children with migraine. Pediatrics 1977; 60: 110-4.
19. **Haan J, Terwindt GM, Ferrari MD.** Genetics of migraine. Neurol Clin 1997; 15: 43-60.
20. **Spierings ELH.** Symptomatology and pathogenesis of migraine. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21(suppl 1): S37-S41.
21. **Lipton RB.** Risk factors and triggers of migraine. Neurology 2000; 54: 280-1.
22. **Cooke LJ, Rose MS, Becker WJ.** Chinook winds and migraine headache. Neurology 2000; 54: 302-7.
23. **Blau JN.** Migraine with aura and migraine without aura are not different entities. Cephalalgia 1995; 15: 186-90.
24. **Deffeminis HA, Medici M.** Epilepsia y alteraciones electroencefalográficas en cefaleas vasculares primitivas. Acta Neurol Latinoamer 1972; 18: 335-43.
25. **Rotondo MT.** Cefaleas en el niño [monografía de postgrado] Montevideo: Facultad de Medicina, 1980.
26. **Waters WE.** Migraine: Intelligence, social class and familial prevalence. Br Med J 1971; 2: 77-81.

**Correspondencia:** Dra. María Cristina Bravo Migliaro  
Manuel Pagola 3269, apto 203.  
Montevideo 11300, Uruguay  
E-mail: cbravo1977@adinet.com.uy