
Cefalea punzante idiopática o primaria

MJ. Redondo Granado^a, M. Álvarez Rabanal^b,
AT. Zlatanova Gueorguieva^c

^aPediatra, Doctora en Medicina, Profesora Asociada de Pediatría, CS Rondilla I, Valladolid.

^bResidente de Medicina de Familia, CS Rondilla I. Valladolid.

^cMédico de Familia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:257-63

María Jesús Redondo Granado, mredondo@gapva10.sacyl.es

Resumen

La cefalea punzante idiopática o primaria es de corta duración, poco conocida y publicada en niños, excepcional en menores de 5 años, y probablemente infradiagnosticada. Se presentan cuatro casos procedentes de una consulta de pediatría de Atención Primaria con edades comprendidas entre 2 y 5 años. Los episodios duraron menos de 5 minutos, de intensidad variable en cada paciente; en uno de los casos se acompañó de vómitos. Todos tenían antecedentes familiares de jaqueca e inicialmente tuvieron otros diagnósticos. Las exploraciones complementarias fueron normales. La evolución de la cefalea en los cuatro ha sido hacia la desaparición (entre tres meses y un año), pero en dos apareció migraña. Uno fue tratado con paracetamol con respuesta incierta.

Palabras clave: Cefalea breve, Cefalea punzante idiopática, Cefalea punzante primaria, Migraña en niños.

Abstract

The idiopathic or primary stabbing headache presents with short duration, is poorly understood and is reported exceptionally in children under 5 years of age, and it is probably under diagnosed. Four cases from a paediatric Primary Care setting are presented, the age of the children ranged between 2 and 5 years. The crisis lasted less than 5 minutes, with variable intensity, and with vomiting in one patient. All presented familial history of migraine. Complementary exams were normal. All received another diagnosis at the beginning. The headaches disappeared in 3 to 12 months, but migraine developed in 2 cases. One received acetaminophen with uncertain response.

Key words: Idiopathic stabbing headache, Migraine in children, Primary stabbing headache, Short-lasting headache.

Introducción

La cefalea punzante idiopática se ubica dentro del capítulo de "otras cefaleas

primarias" en la clasificación internacional de cefalea (International Headache Classification –IHS–)¹. En la reciente re-

visión de esta clasificación se modificó la denominación por la de cefalea punzante primaria². Este patrón de cefalea es poco conocido en el niño, pero no excepcional. A causa de su carácter benigno y generalmente transitorio, se diagnostica en pocas ocasiones.

Casos clínicos

Se presentan cuatro casos en niños muy jóvenes, entre 2 y 5 años (tabla I), procedentes de una consulta de Atención Primaria (AP), que cumplían los criterios diagnósticos de cefalea punzante idiopática o primaria, según la IHS¹:

a) Dolor delimitado exclusivamente a la cabeza con predominio en la zona de distribución de la primera rama del nervio trigémino.

b) El dolor es de naturaleza punzante, con duración de unos segundos a varios minutos.

c) Recurrente de forma irregular (en horas o días).

d) El diagnóstico se sustenta en la exclusión de otros procesos en el lugar del dolor.

Discusión

Se estima que el 2% de la población padecerá a lo largo de la vida este tipo de cefalea³. En niños se desconoce la incidencia, pero es probable que sea alta,

al menos las formas más benignas y transitorias. Las series de casos más largas publicadas corresponden a Soriani⁴ con 83 niños y Fusco⁵ con 23. En ambos estudios los pacientes procedían de consultas de neurología infantil y suponían el 3-5% de los niños derivados a estas consultas por cefalea. En España ha sido publicada una serie de 13 niños por Artigas (estudio multicéntrico de cuatro hospitales españoles y uno alemán)⁶. La presente comunicación de cuatro casos procedentes de una consulta de AP apoya la posibilidad de que la prevalencia en niños sea más alta de lo que parece.

Debido a la dificultad que tienen los niños pequeños para contar sus episodios de cefalea, no es raro que el relato resulte confuso, considerando además que pueden coincidir con otros patrones de cefalea en un mismo paciente. En niños, la edad de aparición más frecuente está en torno a los 7 años, sólo en la serie de Fusco se encuentran menores de 5 años⁵. Los casos aquí descritos destacan por la corta edad.

Un cuadro de cefalea no filiada puede llegar a despertar gran preocupación, tanto en los padres como en los profesionales. Sin embargo, las características típicas de este tipo de cefalea permiten fácilmente su identificación si se piensa en ella⁷. El

cuadro clínico está bien descrito en adultos, pero hay dudas de que sea completamente superponible en niños. En adultos predomina en mujeres como otras cefaleas primarias, no así en niños^{4,5,8}. En adultos se asocia a migraña aproximadamente en la mitad de los casos⁷; las punzadas pueden aparecer simultáneamente con la migraña o tener un curso independiente. En niños parece que esta asociación es más inconstante. Dos casos de esta serie evolucionaron hacia jaqueca, coexistiendo ambos tipos de cefalea durante meses en uno de ellos. Los antecedentes familiares de migraña, encontrados en la literatura en un tercio o la mitad de los casos^{4,5,6}, aparecen aquí en todos los casos. Este hecho respalda la hipótesis de que este patrón de cefalea puede predisponer a otras cefaleas primarias⁴.

Entre los antecedentes clínicos, se han recogido en la literatura: quinetosis y síndromes periódicos: vómitos cíclicos, vértigo paroxístico, dolor abdominal recurrente (se presentó en uno de los casos), síndrome de las piernas inquietas, etc.^{4,5}

La localización más frecuente, a todas las edades, es la periorbitaria y después la temporal; otras frecuentes son frontal y occipital. A veces es multifocal o cambiante. En torno a la mitad de los pacientes es bilateral. El dolor dura entre unos pocos segundos y cinco minutos. Se trata

de una cefalea espontánea; no existen zonas gatillo ni desencadenantes. El dolor es fino, afilado, muy preciso y súbito, descrito como un pinchazo, aguijonazo, picotazo o sobresalto. La intensidad es variable^{4,5,8}. Aunque esta cefalea se caracteriza por la ausencia de síntomas disautónómicos y neurológicos acompañantes, en niños se han descrito de forma ocasional vértigo, foto y fonofobia, náuseas, vómitos y otros síntomas de malestar gastrointestinal⁴. En un caso de nuestra serie, los vómitos fueron un síntoma acompañante. En adultos se ha descrito también hemorragia conjuntival, generalmente en el lado sintomático⁸.

Hay una gran variabilidad en la frecuencia y el patrón temporal de los ataques, que se presentan de uno al año a más de 50 diarios. El "estatus punzante" con ataques cada minuto ocurre raramente. El dolor aparece al azar durante el día sin predominio horario, aunque suele respetar la noche y no interrumpe el sueño, tal y como ocurría en nuestros cuatro casos.

El mecanismo patogénico es desconocido.

El curso clínico es errático, pero raramente se transforma en crónico. Habitualmente mejora o desaparece en meses o pocos años^{4,5,8}. La evolución de los casos presentados ha sido en los cuatro

hacia la desaparición durante los meses siguientes, pero en dos han aparecido jaquecas.

Dentro de las exploraciones complementarias, Fusco encuentra hasta un 24% con anomalías en el EEG⁵. Este dato no ha sido confirmado por otros autores^{4,6} ni en esta serie. Las pruebas neurorradiológicas deben ser normales, lo que es importante para establecer el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial se realiza con el resto de cefaleas breves y es preciso descartar una cefalea secundaria que pueda esconder una patología grave. Para ello serán de ayuda: EEG, fondo de ojo, radiografías o pruebas de neuroimagen, según cada caso⁷. El diagnóstico de cefalea punzante y su buen pronóstico tranquilizarán al paciente y al profesional y evitarán exploraciones innecesarias.

El diagnóstico diferencial se debe realizar⁷ en:

- Procesos ORL (otitis, mastoiditis, sinusitis, etc.).
- Procesos óculo-orbitarios.
- Otras cefaleas de breve duración de la IHS: cefalea hemicraneana paroxística (mayor duración, de 5 a 45 minutos, se acompaña de síntomas vegetativos), neuralgia del trigémino (hay desencadenante o zonas gatillo), cefalea en racimos (se

acompaña de síntomas vegetativos, lagrimeo e inyección conjuntival).

- Jaquecas: en niños los episodios de jaqueca son de corta duración pero de al menos media hora o una hora. Los dos tipos de cefalea también pueden alternarse o solaparse en un mismo paciente.
- Lesiones ventriculares, fundamentalmente aquellas que causan hidrocefalia intermitente, como el quiste del tercer ventrículo. Los síntomas característicos de la hipertensión intracraneal (dolor que despierta por la noche o al amanecer, vómitos, variación postural en la intensidad del dolor), otros síntomas neurológicos acompañantes o una exploración neurológica anormal levantarán la sospecha. Un caso de nuestra serie se acompañaba de vómitos matutinos, lo que hizo sospechar inicialmente una hipertensión craneal intermitente.
- Simulación y cefalea psicósomática, situaciones con las que se confunde también este tipo de cefalea en un primer momento (tabla I).

Por tanto, ante una cefalea paroxística se debe extremar la precisión en la recogida de información de la historia

Tabla I. Cefalea punzante idiopática: casos clínicos				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Nacionalidad	Español	Ecuatoriana	Española	Española
Edad	5 años 3 meses	2 años 2 meses	5 años 6 meses	2 años 2 meses
Localización	Ceja izquierda	Hemicráneo izquierdo	Ceja, ojo, retroauricular, occipital de lateralidad variable	Occipital retroauricular derecho
Duración	< 5 minutos	< 5 minutos	Segundos	< 1 minuto
Frecuencia	2-3/día	1-2/día	4-5/semana	2-3/mes
Intensidad	Moderada	Moderada-intensa	Leve	Intensa
Antecedentes familiares	Jaqueca en bisabuela	Jaqueca en abuela	Dudosa jaqueca en padre	Jaqueca padre y parientes de segundo grado en ambas ramas
Síntomas acompañantes	Vómitos matutinos	No	Dolor abdominal recurrente	No
Exploraciones complementarias (normal /negativo)	Análítica básica Rx senos Refracción, fondo de ojo EEG. TAC craneal	Análítica básica EEG TAC craneal RMN craneal	Análítica Pruebas digestivas Prick-test ECO abdominal EEG	EEG TAC craneal ORL
Diagnóstico inicial	Sinusitis Hipertensión intracraneal intermitente	Sinusitis Cefalea por trastorno por somatización	Cefalea simulada	Cefalea no filiada
Tratamiento	Paracetamol	Tratamiento de la sinusitis sin éxito	No	No
Tiempo y características de evolución	Un año y medio Mejora y aparece migraña	9 meses Aumento de la intensidad del dolor en semanas, después mejoría	9 meses Mejoría	3 años. Remite. Aparece jaqueca a los 5 años de edad

clínica y en la minuciosidad del examen neurológico. La finalidad es excluir cualquier indicio de otro proceso susceptible de manifestarse como cefalea breve.

La información acerca de la benignidad de la cefalea proporciona tranquilidad y suele ser una medida suficiente y satisfactoria para el enfermo y sus padres. Es obvio que en la cefalea breve únicamente tiene sentido el tratamiento preventivo, puesto que tras la aparición del dolor no da tiempo a actuar, dada la corta duración de los episodios. La opción de prescribir un tratamiento preventivo depende de la frecuencia e intensidad de los episodios.

El fármaco de elección en las cefaleas breves es la indometacina aunque, a diferencia de en la cefalea hemisférica paroxística, en la punzante idiopática no

siempre hay una buena respuesta⁷. Otros autores han utilizado en niños con éxito el paracetamol, pero no se ha descrito con qué pauta⁵. También puede mejorar con carbamazepina⁷. Recientemente se ha probado la gabapentina en adultos jóvenes que no respondían a indometacina¹⁰. No obstante, es difícil atribuir las curaciones a los fármacos ya que la evolución de la cefalea punzante suele ser hacia la curación espontánea.

En conclusión, la cefalea punzante primaria puede aparecer en niños pequeños. Es de breve duración, de *clínica intrínseca*, precisa un diagnóstico diferencial exhaustivo basado en la anamnesis y exploración física, y en ocasiones en estudios neurorradiológicos. Tiende a desaparecer pero puede ser precursora de la migraña. No siempre precisa tratamiento.

Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8 (supl 7):S1-96.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2 ed. *Cephalalgia*. 2004;24 (supl 1):S1-152.
3. Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and

nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology*. 1992;42:1225-1231.

4. Soriani S, Battistella PA, Arnaldi C, De Carlo L, Cernetti R, Corra S, et al. Juvenile idiopathic stabbing headache. *Headache*. 1996;36:565-567.
5. Fusco C, Pisani F, Faienza C. Idiopathic stabbing headache: clinical characteristics of child and adolescents. *Brain Dev*. 2003;25:237-240.
6. Artigas J, Verdú A, Candau R, Pineda M, Vaquerizo J, Koenig I. Cefaleas punzantes en la infancia. XXVII Reunión Anual de la SENP. *Rev Neurol*. 2000;31:670.

7. Artigas J. Cefaleas de breve duración. En: Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M, eds. Cefaleas en la infancia y adolescencia. Madrid: Ergón; 2003. p. 161-175.
8. Pareja JA, Caminero AB, Dobato JL. Cefalea punzante idiopática. *Neurología*. 1997;12 (Suppl 5):S56-60.
9. Piovesan EJ, Kowacs PA, Lange MC, Pacheco C, Piovesan LR, Werneck LC. Prevalence and semiologic aspects of the idiopathic stabbing headache in a migraine population. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001; 59:201-205.
10. França Jr. MC, Costa ALC, Maciel Jr. JA. Gabapentin-responsive idiopathic stabbing headache. *Cephalalgia*. 2004;24:993-996.

