

# MIGRAÑA EN NIÑOS

*Pediatric Migraine*

Noris Moreno-Flagge

Hospital del Niño, Panamá

**RESUMEN.** La migraña es frecuente en la población pediátrica y adolescencia, y además, crea un impacto significativo en la vida del paciente y sus familiares. Si no se reconocen las variantes en la edad pediátrica se dificulta su diagnóstico temprano y tarda su tratamiento. Estudios recientes muestran un aumento en la incidencia de la migraña y la migraña crónica en la niñez y la adolescencia y se han descrito variantes que dificultan su diagnóstico si no las tenemos en cuenta, además de comorbilidades que al no identificarse a tiempo impactan durante toda la vida. Una evaluación temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno, que incluya terapia aguda, preventiva y de comportamiento biológico, pueden mejorar el pronóstico. La migraña en niños se reconoce cada vez más como un problema. Un tratamiento temprano efectivo está disponible y puede resultar a largo plazo en prevenir el progreso de la enfermedad. Estudios futuros en las cefaleas de niños pueden ayudar a definir mecanismos adicionales en la patofisiología y opciones terapéuticas.

**Palabras clave:** Cefalea, Cefalea crónica, Trastornos migrañosos.

## INTRODUCCIÓN

La migraña es la cefalea primaria aguda y recurrente, más frecuente en la niñez y adolescencia, con una prevalencia aproximada de 8%.<sup>1</sup> Su incidencia parece estar aumentando en los últimos años, variando entre 3% en niños preescolares a aproximadamente 20% en adolescentes.<sup>2</sup> En el cuarto de urgencia pediátrica representan de un 8 a 18% de todas las visitas por cefaleas.<sup>3</sup> Ocurre a cualquier edad, pero aun así la mitad de los casos se inician antes de los 20 años. Es motivo de preocupación en los pacientes y familiares. Los niños con migraña tienen un riesgo alto de desarrollar discapacidad severa incluyendo depresión y compromiso severo de la calidad de vida.<sup>4</sup> La migraña no sólo es común en la edad pediátrica, sino que se presenta con una amplia gama de síntomas. Su presentación puede ser similar a la del adulto, incluyendo cefaleas con y sin aura acompañándose de náuseas, vómitos, fotofobia y con alivio al dormir. Sin embargo, en el niño a diferencia del adulto vamos a ver síntomas exclusivos de esta edad del desarrollo y que se consideran premonitores de migraña del adulto, los cuales son más prominentes que la cefalea, como son síntomas gastrointestinales, vómitos, dolor abdominal, vértigo.

Aparece así el concepto de síndromes periódicos en la infancia, acompañantes de migraña en la edad temprana y considerados premonitores de migraña típica y que además pueden acompañarse de signos focales muy preocupantes. El pronóstico de las cefaleas en el niño a largo plazo y su evolución hacia la edad adulta es aún desconocido. La evolución progresiva de la migraña en el niño no está claramente definida, por lo que hace falta estudios longitudinales de sobrevivencia y cambios fenotípicos de la migraña en el niño.

El diagnóstico de la migraña en el niño se basa en los mismos criterios que en el adulto, diferenciándose en la localización en niños muy pequeños, siendo en el adulto unilateral y en el niño generalizado y en el niño es de duración más corta, pero aún con características pulsátiles. El fenotipo es muy variable en el niño pudiendo presentarse como vómitos cíclicos, tortícolis paroxismal benigna, vértigo paroxismal benigno, hemiplejía alternante, Alicia en el país de las maravillas, migraña abdominal.

Mucho nos ha ayudado a los pediatras y neuropediatras la revisión de la clasificación de las cefaleas del 1988,<sup>5</sup> donde se hacía referencia más a las cefaleas del adulto y nace la clasificación del 2004 conocida como ICHD-II.<sup>6-7</sup> donde se desglosa la migraña y se incluyen los síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores de migraña en el adulto. Según Hershey y Winner, ésta tiene una sensibilidad de 84% y sugieren algunas modificaciones en niños (Cuadro 1).<sup>8</sup> Se reconocen tres grupos de migraña: migraña sin aura, migraña con aura y ahora en la nueva revisión, que ha sido recientemente publicada en Cephalgia,<sup>9</sup> se cambia el nombre de síndromes periódicos de la niñez por síndromes periódicos de la niñez que son comúnmente precursores de migraña.

El cuadro más común de presentación es la **migraña sin aura** (60-85% de los casos). En la nueva revisión (ICHD-3beta),<sup>9</sup> se agregan tres modificaciones a la migraña sin aura, que aumentan la sensibilidad para el diagnóstico en los niños: duración más corta (1-72 horas), localización unilateral, que puede ser bilateral o frontotemporal (menores de 15 años) y el reporte de fotofobia o sonofobia por el comportamiento del niño, en lugar de reporte verbal, presentándose como dolor frontal punzante con náuseas, vómitos, fotofobia o sonofobia y se alivia al dormir (Cuadro 2). La **migraña con aura**, considerada como tal un complejo de síntomas neurológicos, (visuales, sensoriales, disfásicos) que se presentan inmediatamente antes o al comienzo de la migraña. Los síntomas visuales pueden consistir en ver líneas o puntos de colores, alucinaciones visuales, ceguera,

*Dirigir correspondencia a:* N Moreno Flagge, Hospital del Niño. Apartado Postal: 0819-00480 Panamá; e-mail: norismflagge@hotmail.com

*Declaración de Conflicto de Interés:* El autor no tiene conflicto de interés que declarar en relación a este artículo.

**Cuadro 1.** Clasificación de la migraña según la Sociedad Internacional de Cefaleas (Ichd-ii), Modificada (1) Migraña sin aura

- (1) Migraña sin aura
- (2) Migraña con aura
  - a. Aura típica con cefalea migraña
  - b. Aura típica con cefalea no migraña
  - c. Aura típica sin cefalea
  - d. Migraña hemipléjica familiar
  - e. Migraña hemipléjica esporádica
  - f. Migraña tipo basilar
- (3) Síndromes periódicos de la niñez que son comúnmente precursores de migraña
  - a. Vómitos cíclicos
  - b. Migraña abdominal
  - c. Vértigo benigno paroxístico de la niñez
- (4) Migraña retiniana
- (5) Complicaciones de migraña
- (6) Migraña probable

ICHD-International classification of headache disorders

**Cuadro 2.** Criterios diagnósticos para la migraña sin aura en pediatría.

- A. Por lo menos 5 ataques que llenen los criterios B-D
- B. Ataques de cefalea que duran de 1-72 horas
- C. Cefaleas con por lo menos dos de las siguientes características:
  - 1- Localización unilateral, la cual puede ser bilateral o frontotemporal (no occipital)
  - 2- Característica pulsátil
  - 3- Dolor de intensidad moderada a severa
  - 4- Agravada por o que obliga a evitar actividad física (ej. caminar, subir escaleras)
- D. Durante el la cefalea, por lo menos uno de los siguientes:
  - 1- Náusea o vómitos
  - 2- Fotofobia o sonofobia, la cual se inferirá por el comportamiento del niño
- E. No atribuida a otro desorden

hemianopsia, visión borrosa o micropsia. Con menos frecuencia se presenta en forma de síntomas sensoriales o déficit motor (hemiplejía). La nueva revisión elimina el término variante de migraña e incluye la migraña hemipléjica familiar o periódica y la migraña basilar dentro de las migrañas con aura. Describiremos algunas de ellas.

**MIGRAÑA BASILAR.** Se ve con más frecuencia en adolescentes y mujeres jóvenes. Representa el 3% a 19% de la migraña de la niñez, siendo más frecuente alrededor de los 7 años.<sup>2</sup> Los ataques se caracterizan por mareos, ataxia, vértigo o diplopía de acuerdo al aura, seguido por la cefalea. La migraña basilar se caracteriza por disturbios en la función originada del tallo cerebral, la corteza cerebral y el cerebelo. Los criterios están bien descritos en la ICHD-II y en el artículo de Arroyo.<sup>7</sup> Se ha reportado recientemente una forma familiar de migraña basilar que está ligado con el gen 1 y 2 de la migraña hemipléjica familiar.<sup>10</sup>

**MIGRAÑA HEMIPLÉJICA FAMILIAR.** La migraña hemipléjica puede ser familiar o esporádica,<sup>11,12</sup> (Cuadro 3). La forma familiar tiene un carácter genético probado, autosómica dominante, producida por una mutación en el gen del canal de calcio (CACNA1A) ligado al cromosoma 19p13.

**Cuadro 3.** Criterios diagnósticos para migraña hemipléjica

- A. Llena los criterios de migraña con aura
- B. El aura consiste en una debilidad motora completamente reversible y al menos uno de los siguientes síntomas:
  - 1- Síntomas visuales completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (líneas, manchas, luces centellantes, etc.) y/o negativos (visión borrosa, escotomas, etc.).
  - 2- Síntomas sensitivos completamente reversibles caracterizados por hallazgos positivos (parestesias) y/o negativos (adormecimiento)
  - 3- Síntomas disfásicos completamente reversibles
- C. Al menos dos de los siguientes:
  - 1- Uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más y/o diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión de 5 minutos o más.
  - 2- Cada síntoma del aura dura de 5 minutos hasta 24 horas.
  - 3- La cefalea que cumple con los criterios de cefalea sin aura se inicia durante el aura o a continuación pero dentro de los siguientes 60 minutos.
- D. Por lo menos un familiar de primero o Segundo grado ha tenido un ataque
- E. Por lo menos uno de los siguientes:
  - 1- Historia y examen neurológico que no sugiera ninguna enfermedad orgánica
  - 2- Historia o examen neurológico que al sugerir tal desorden se descarte con las investigaciones correspondientes.

Las formas 2 y 3 de la migraña hemipléjica familiar son muy similares clínicamente pero tienen diferentes mutaciones, en la forma 2 se atribuye a mutación en gen ATP1A2 del cromosoma 1q21 a 23 y la forma 3 de migraña hemipléjica familiar se atribuye a una mutación en el gen de canal de sodio (SNA1A). La etiología de la migraña hemipléjica esporádica es menos conocida, aunque algunos pacientes tienen mutaciones en el mismo gen. Muchos pacientes refieren auras, visuales que se pueden presentar sin cefalea. El aura tiene características de isquemia cerebral produciendo un grado de hemiplejía. Se ha dicho que el aura en la migraña hemipléjica es de causa vascular y no de difusión de la depresión cortical como en las otras auras, sin embargo, no se ha demostrado riesgo mayor de isquemia cerebral.<sup>13</sup> La hemiplejía puede preceder, acompañar o seguir a la cefalea y los síntomas pueden durar horas o días. La cefalea es generalmente contralateral a la hemiplejía. Algunas formas de migraña hemipléjica familiar se asocian a ataxia cerebelloso. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial: lesiones estructurales, vasculitis, hemorragia cerebral, tumores cerebrales, miopatía mitocondrial, encefalopatía y acidosis láctica. Si la hemiplejía es siempre del mismo lado se debe descartar anormalidad vascular. La ICHD-II y ahora la ICHD-3beta, han hecho mucho énfasis en los síndromes periódicos de la niñez, lo que nos va a alertar a los pediatras y neuropediatras sobre una intervención temprana, mejorando la calidad de vida de estos niños y sus familiares. Algunas condiciones que son frecuentes en niños y que se consideran que son premonitores de migraña son: vómitos cíclicos, vértigos paroxísticos benignos, migraña abdominal y la tortícolis paroxismal incluidos en la clasificación actual; es frecuente además la migraña aguda confusional que no se ha incluido en la clasificación. Estudios recientes han ligado además los cólicos del infante con migraña en la madre y

posteriormente migraña en el niño.<sup>14,15</sup> 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)<sup>2</sup>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.<sup>2,8</sup>

### 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.<sup>16-18</sup> 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.<sup>19</sup>

### 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

- 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.<sup>20</sup>

**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.<sup>21,22</sup> 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.<sup>23</sup>

## 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-Oofsson 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.*