

LA CEFALEA INFANTIL, ESA GRAN DESCONOCIDA

Miguel Ruzfo Campos.

Jefe de Neurología Infantil de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Presidente de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica, Profesor Asociado de Pediatría en el Instituto Hispalense de Pediatría, Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, Socio Fundador de la Sociedad Iberoamericana de Ciencias Neurológicas, Patrono de la Fundación Médica "Coll Colomé", miembro del Comité Asesor de la revista "Neurología", Premio "Solidaridad con la epilepsia", premio "Sociedad Española de Neurología", Primer Premio Científico otorgado por el Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla (XII premio "San Lucas", 2003), premio "Huelva. Junta 2002", premio "Epilepsia" concedido por La Década del Cerebro (1999), premio "Dra. Doña. Felicidad Abril de Dios". En cuanto a su tarea divulgativa: 56 veces organizador de congresos, seminarios y jornadas científico-tecnológicas, 601 comunicaciones a congresos nacionales, congresos internacionales y reuniones regionales, 164 veces moderador de mesas redondas, 392 veces como ponente o conferenciante invitado, 487 publicaciones en libros, revistas nacionales y revistas internacionales con factor de impacto.

Esbozo histórico.

Las cefaleas, y las jaquecas en particular, son entidades comunes en la medicina, y desde el punto de vista histórico, son enfermedades privilegiadas, pues su muy rica expresión clínica permitió su fácil identificación en todas las culturas y en todos los periodos. De hecho, la mayoría de los pensadores médicos se han pronunciado sobre estas afecciones prevalentes que han acompañado de forma penosa la historia del hombre. Es un buen modelo para aproximarse a la historia de la Medicina misma, que como resumía Marañón, es la lucha del hombre contra la superstición.

Desde el punto de vista conceptual, la cefalea o dolor craneal se define como "*algias originadas en las estructuras algógenas contenidas en la cavidad craneal*", y es tan viejo como la humanidad misma. Ya en el antiguo Egipto y en escritos mesopotámicos se utilizaban tratamientos, principalmente mágicos, para aliviar los dolores de cabeza. En el papiro de Ebers, 1.200 años antes de Cristo, se hace referencia al dolor de la mitad de la cabeza, acompañado de vómitos y malestar intenso, lo que se puede asimilar a los síntomas principales de una migraña. Mas adelante, Hipócrates (460-377 a.C.) distingue diferentes tipos de cefalea en sus aforismos, siendo posiblemente el primero que distingue la migraña con aura. "*el enfermo veía una luz brillante delante de él en parte del ojo derecho, y al momento un violento dolor sobreveníó en su sien derecha, luego en toda la cabeza y cuello, y cuando vomitaba, mejoraba el dolor*".

Por otra parte, el origen de la palabra **migraña** se debe a Galeno de Pérgamo (II siglo d.C.) quien conocedor de los trabajos de Areteo de Capadocia a quien se atribuye la primera descripción segura de migraña, a la que llamó heterocránea, intenta explicar la unilateralidad del dolor de cabeza por la separación que la hoz del cerebro efectúa sobre los hemisferios cerebrales, y el dolor del ojo por la comunicación de las órbitas con el interior del cráneo. De ser llamada *hemikranios*, pasó al latín como *hemicraneum*, mas tarde al francés como *migraine*, y aunque en inglés se llamó *megrin*, por la influencia francesa quedó igualmente en inglés como *migraine*, y

así se reconoce hoy en toda la literatura inglesa. En el español clásico se llamó *xaqueca* (jaqueca), palabra derivada del árabe *saquica* (hendir), originada en los trabajos de Avicena, quien describió en el siglo X la hipersensibilidad del migrañoso a las voces fuertes, la luz intensa y los olores. Toda la historia, nos hace comprender que los vocablos migraña, hemicránea, y jaqueca, tienen un mismo significado.

La cefalea es un proceso tan frecuente, que de forma incontestable se conoce que han existido personajes famosos en todas las épocas, que han sufrido alguna forma de este tipo de dolor. Julio César, que además de padecer cefaleas probablemente sufrió de crisis epilépticas, es posible que pudiera haber tenido una cefalea secundaria a un tumor cerebral, de las características del meningioma de la convexidad, de curso benigno y lento. Para algunos investigadores, el episodio de la conversión de San Pablo al cristianismo, cuando camino de Damasco cae del caballo al suelo bajo una luz cegadora y el “Saulo, Saulo, ¿por qué me persigues?”, no sería otra cosa que un episodio de crisis de migraña con aura visual.

Otros grandes hombres, como Karl Marx y Wilhelm Nietzsche, también sufrieron de cefaleas, posiblemente de tipo migrañoso. El fundador del psicoanálisis Sigmund Freud, padecía de migrañas intensas, lo que le llevó a establecer como teoría etiopatogénica el concepto de “*neurosis o reflejo nasal*”, y en el que según dicho autor, el mecanismo etiopatogénico vendría desencadenado por la existencia de una sustancia secretora con acción de estimulante sexual, que actuaría en el cerebro. También Charles Darwin sufrió de cefaleas desde los veinte años de edad. Incluso llegó a referirse que no pudo desposarse ante el altar, por haber tenido en el momento de la celebración una intensa crisis de cefaleas, posiblemente una migraña. Refería Alma Mahler, esposa del célebre compositor, que su marido sufría cefaleas persistentes a las que llamaba “horas horribles de trágica agonía”, que únicamente mejoraban con ácido acetil salicílico, el reposo, el sueño, y grandes paseos al aire libre.

Epidemiología.

La importancia de las cefaleas en la edad escolar, viene sin duda condicionada por su frecuencia y por las costumbres de la época en que nos ha tocado vivir. La cefalea es un síntoma de consulta frecuente en Pediatría, y así está demostrado que hasta un 80% de los niños a la edad de 15 años han presentado algún tipo de cefalea en algún momento de su vida. Su importancia es muy evidente, ya que su presencia genera una gran ansiedad en los padres y condiciona la consulta médica en forma rápida ya sea con el Pediatra o con el Neurólogo. En nuestra sociedad actual, si nos duele la cabeza nos tomamos un analgésico, pero si le duele a nuestro hijo, lo llevamos con urgencia al médico.

Al realizar estudios de incidencia y prevalencia en las cefaleas infantiles, siempre se encuentran cifras muy dispares, la mayoría de las ocasiones en relación con los criterios de selección que se utilicen para el diagnóstico de las mismas, y de las diferentes edades en que se desenvuelva el estudio.

Los primeros trabajos epidemiológicos serios realizados en la infancia, vienen de la mano de Bille que en 1962 llevó a cabo en Suecia un estudio de prevalencia sobre cefaleas en 9000 escolares, cuyas edades oscilaban entre los 7 y 15 años utilizando los criterios de Vahlquist para la infancia, (que las crisis migrañosas en niños deberían ser: paroxísticas, separadas por intervalos libres y asociadas a, por lo menos dos de los siguientes parámetros clínicos: náuseas, escotomas o fenómenos relacionados, dolor unilateral y herencia positiva) y concluyó obteniendo un 54,8% de niños afectados de cefaleas. En otros estudios como los de Barea que utiliza los criterios de la IHS pero en edades comprendidas entre los 10 y 18 años, el porcentaje que alcanza

es del 72,8%. Lo que sí ha sido ampliamente demostrado, es que la prevalencia de las cefaleas en la edad infantil está en un progresivo aumento. En este sentido, Sillanpää y colaboradores realizan un primer trabajo en 1974 sobre la prevalencia de las cefaleas en general y de la migraña en particular en niños de 7 años.¹¹ Los mismos autores reproducen el mismo estudio en el mismo medio (en una comunidad con escasas variaciones en aspectos ecológicos y ambientales durante el periodo comprendido entre los dos estudios), utilizando un idéntico diseño (haber padecido algún episodio de cefalea en los seis meses previos al estudio) y con una población pediátrica encuadrada en la misma banda de edad. Concluyen con una importante sorpresa, observando que la prevalencia de la cefalea se había incrementado del 14,4 % al 51,1 % en el tiempo transcurrido entre los dos estudios poblacionales. En el mismo sentido, la prevalencia de la migraña había pasado del 1,9% en el primer estudio, al 5,7 en el trabajo publicado en 1996. Los autores encuentran en el aumento de las situaciones de estrés la única explicación para que en menos de 20 años llegue a triplicarse el porcentaje de niños con cefaleas y migrañas. Otros estudios más recientes y basados en una estimación conservadora, sitúan la prevalencia de la migraña en pacientes pediátricos de 4 a 16 años entre un 5% y un 8%, lo que significa que al menos 7.8 millones de niños de la Unión Europea sufren ataques recurrentes de migraña.

El problema de las cefaleas en la infancia se inicia, cuando se sospecha que el cuadro clínico de cefaleas puede incluir a niños con problemas neurológicos serios, reto fundamental al que se enfrenta el pediatra a la hora de evaluar a un niño con este tipo de patología en urgencias. Por regla general las cefaleas tienen un carácter benigno, siendo las causas más frecuentes los procesos víricos de vía aérea superior, sinusitis, migraña y cefaleas postraumáticas, siendo poco comunes los problemas neurológicos graves, como los tumores o las meningitis.

La cefalea es una de las causas que más frecuentemente induce consultas en el primer nivel de asistencia primaria, y quizás sea el motivo de consulta más común en la práctica neurológica clínica. Está ampliamente demostrado que un gran porcentaje de la población general sufre algún tipo de cefaleas (principalmente migrañas y cefaleas tensionales) representando un importante problema tanto social como médico-sanitario que merece que se le dedique una especial atención. En este sentido, el proceso constituye un fenómeno de considerables dimensiones cuyo impacto se percibe en la reducción de los índices que miden los conceptos de salud físicos, psíquicos, de funcionamiento social, laboral y de educación, todos ellos, marcadores de la calidad de vida del individuo.

Por regla general, la mayoría de las cefaleas en la infancia y adolescencia son recurrentes y de una etiopatogenia muchas veces incierta, por lo que resulta fundamental el conocimiento de los mecanismos que las desencadenan. De entrada, y para unificar criterios es aconsejable que todos utilicemos la clasificación de las cefaleas que de forma reciente ha modificado la International Headache Society (IHS) y para ello es esencial la realización de una detallada anamnesis, especialmente en los niños y adolescentes, en los que la información suele ser más escasa que en los adultos. Una historia bien hecha y una completa exploración neurológica son la clave para un diagnóstico correcto. A pesar de ello, hasta la primera mitad del presente siglo se estudió relativamente poco este síntoma, aunque en las últimas décadas, pediatras y neurólogos, comenzaron a prestarle una mayor atención.

Actualmente existen multitud de trabajos sobre cefaleas en la infancia, desde los más sencillos casos de cefaleas sintomáticas hasta aquellos otros cuya complejidad

requiere de la intervención del especialista. Sin embargo sea cual sea la causa del problema, la relación existente entre el niño que padece de cefalea y su familia se ve alterada. La perseverancia del síntoma, el no alivio rápido y oportuno, genera disconfort y dificultades no solo en las relaciones con las figuras parentales, quienes muchas veces pueden sentir que el síntoma es usado como una herramienta que le permite aliviarse de las tareas, sino con el resto del entorno familiar. De ahí que el abordaje de las cefaleas en la infancia deba incluir el soporte emocional a los padres y la orientación de cómo es el tratamiento, así como la información y el manejo de herramientas que permitan realizar un afronte más saludable en el medio familiar. En la infancia, hay que entender que detrás de la ansiedad manifiesta de los padres, se encuentra el temor de que esos dolores de cabeza continuos y que no pueden calmarse, puedan ser el síntoma de algo más grave.

Clasificación.

En la infancia, las cefaleas se han clasificado en función de muchos y distintos parámetros, como la etiología o el patrón temporal de las mismas. No obstante, todos deberíamos esforzarnos por adecuar la clasificación de acuerdo a los criterios de la IHS (Clasificación de la International Headache Society), intentando tener en cuenta aquellos criterios diagnósticos que han sido modificados para la adolescencia en el congreso de Septiembre del 2003 celebrado en Roma, y que casi todos están referidos a los criterios de migraña infantil. A pesar de ello, en la práctica clínica diaria va a resultar muy útil una clasificación que permita una visión rápida de los posibles cuadros dolorosos, con lo que se agiliza y se hace comprensible el proceso diagnóstico, utilizando aproximaciones etiológicas y cronológicas. En esta línea han trabajado algunos autores, proponiendo una clasificación que muestra el patrón temporal de cada grupo de cefaleas, y que es necesario conocer:

Cefalea aguda.

Su causa más frecuente corresponde a las infecciones de las vías respiratorias altas, tales como la faringoamigdalitis y la otitis, y son las que suelen acudir a los servicios de urgencias. En un reciente trabajo, Burton analiza 288 pacientes que acudieron a un servicio de urgencias, encontrando que las enfermedades víricas eran el diagnóstico más frecuente. En este estudio no se detectó ningún tumor o hemorragia intracraneal, lo que indica lo infrecuente de tales procesos entre las cefaleas agudas que son atendidas en unidades de urgencias. Nuestra experiencia es que los niños con tumores cerebrales o hemorragias intracraneales que debutan con un cuadro de cefalea aguda, presentan claros signos neurológicos además del dolor de cabeza, como papiledema, ataxia, hemiparesia o alteración de los movimientos oculares. También las migrañas pueden debutar de forma aguda, pero entonces el diagnóstico debe hacerse por exclusión.

Cefalea aguda recurrente

Las causas más frecuentes de cefalea aguda recurrente son la migraña y la cefalea tensional episódica. Otras causas mucho menos frecuentes, serían los bloqueos transitorios en la circulación de líquido cefalorraquídeo como por ejemplo la existencia de quistes coloideos del III ventrículo, papilomas de plexos coroideos, hamartomas, endimomas, gliomas, meningiomas y malformaciones vasculares. También en este apartado tendrían cabida la cefalea desencadenada por la tos, generalmente de duración inferior al minuto y producida por un acceso de tos, la cefalea punzante idiopática que es rara en la infancia, la cefalea agrupada o cefalea en racimos, la hemicrania crónica paroxística, la neuralgia del trigémino, la cefalea benigna desencadenada por el ejercicio, el colapso ventricular por válvula

hiperfuncionante, y la cefalea relacionada con el síndrome de apnea obstructiva del sueño, que suele aparecer en niños obesos, hipotónicos o con hipertrofia amigdalina

Cefalea subaguda o crónica

Son los episodios de cefalea más alarmantes en la infancia, puesto que tras estos patrones siempre existe el temor de que se oculten enfermedades graves del sistema nervioso. Hay que estar muy atento ante el inicio de una cefalea diaria en un niño que previamente no era propenso a padecer dolor de cabeza. A pesar de ello, necesitamos conocer que en la infancia, una cefalea de origen tumoral o hemorrágico puede ser muy bien tolerada durante largos periodos de tiempo. Debemos buscar por tanto, datos adicionales que permitan orientar dichos diagnósticos. Por ejemplo, si existe el antecedente de un traumatismo craneal, aunque sea leve, debemos sospechar la existencia de un hematoma subdural. Si el niño presenta fiebre, o un foco potencialmente séptico nos orientará hacia un absceso cerebral. Cuando hay un pseudotumor cerebral, encontraremos además de la cefalea, vómitos y edema de papila. De todas formas, siempre debe ser un diagnóstico de exclusión, después de haber apurado la realización de estudios neurorradiológicos.

Otras causas menos frecuentes de cefalea crónica en la infancia, la tenemos en el estado migrañoso, cuando la crisis de migraña se prolonga por más de 72 horas y no responde a los analgésicos habituales, y la cefalea por consumo continuado de analgésicos.

Formas clínicas habituales de cefaleas en la infancia.

Cefaleas Tensionales.

Es quizás el tipo de cefalea más frecuente en la práctica pediátrica. No obstante, la variabilidad de su expresión está en la génesis del desconocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, los cuales probablemente son muy diversos. Por ello, se han empleado varias denominaciones como cefalea por contractura muscular, cefalea psicomiógena, cefalea por estrés, cefalea ordinaria, cefalea esencial, cefalea idiopática y cefalea psicógena. Al ser tan frecuente, no es raro que en la población infantil provoque con frecuencia absentismo escolar, disminución del rendimiento académico, problemas socio-familiares y disminución en la calidad de vida. Es importante recordar, tanto a la hora de realizar el diagnóstico como a la de iniciar un tratamiento, que con relativa frecuencia, este tipo de cefaleas se asocian tanto en su origen como en su recurrencia y cronificación, con patología neuropsicológica, muy especialmente con ansiedad, depresión, trastornos del sueño, cuadros conversivos y somatizaciones.

Desde el punto de vista clínico, la cefalea tensional se inicia al regreso del colegio, muchas veces ligada al cansancio físico o con un estrés emocional. De predominio vespertino, va aumentando desde su inicio hasta el final del día. Se caracteriza por la presencia de un dolor de intensidad leve o moderada, que no empeora con el ejercicio físico y que no es invalidante para la actividad habitual, por lo que el niño continúa con los juegos o los estudios que estaba realizando. Por regla general, es descrito como un dolor sordo, con calidad opresiva, en forma de banda alrededor de la cabeza, y con una distribución holocraneal. Como síntomas asociados, se refieren con frecuencia mareos, cansancio y anorexia. En alguna ocasión podrían referirse síntomas típicos de migraña como náuseas, fotofobia o fonofobia pero no ambas, siendo en general de poca importancia o de intensidad leve. Es un dato muy importante a tener en cuenta, que en condiciones normales, y si no hay un desencadenante adicional, el dolor suele respetar las vacaciones y los fines de semana.

Puede presentarse de forma aguda, intermitente o episódica, o más frecuentemente como cefalea tensional crónica con curso no progresivo.

Con mucha frecuencia la cefalea tensional asienta en niños lábiles emocionalmente que se ven desbordados por las exigencias escolares o por las situaciones de su entorno. Así, no es raro encontrar que la cefalea repercute en la calidad de vida del niño, y se aprecie que tiene una disminución del rendimiento escolar, con una menor participación en actividades sociales y escolares, con aumento apreciable de trastornos psicossomáticos, pudiéndose instaurar una serie de alteraciones psicológicas comórbidas, como los cuadros de ansiedad, la depresión y el fracaso escolar. Quizás por esta razón la realización de una buena anamnesis juegue aquí un papel mucho más importante que en cualquier otro tipo de cefalea, ya que es obligado en las cefaleas tensionales de la adolescencia indagar cualquier factor desencadenante, como los de origen psicosocial, emocional o de funcionamiento de la personalidad. En este sentido es útil la utilización de una serie de escalas de detección de nivel de estrés, ansiedad o síntomas depresivos, con los que complementar la anamnesis de nuestros pacientes con cefalea. A veces será preciso la derivación a un psicólogo que analice y actúe sobre el conflicto capaz de desencadenar la cefalea, trazando estrategias de enfrentamiento a las situaciones problemáticas o generadoras de estrés.

Migraña sin aura.

Las migrañas en los niños se diferencian de las de los adultos por tener una duración mucho mas corta (de 2 a 48 horas en niños con edades inferiores a los 15 años), tener una localización bilateral mas frecuente, por una mayor incidencia de los disturbios gastrointestinales, y por la presencia de una marcada palidez en el comienzo de los ataques.

Clínicamente, la migraña sin aura en la adolescencia se inicia con cefaleas que suelen tener un comienzo gradual, de intensidad creciente durante minutos u horas, con una duración total inferior a las 72 horas, de localización frontal, bitemporal, retro-orbitaria, o unilateral, con un carácter pulsátil, terebrante, que empeora con la actividad física. Se pueden encontrar signos autonómicos, como las nausea, vómitos, anorexia, dolor abdominal periumbilical, diarrea, palidez, ojeras, frialdad acra, fofobia, sonofobia, necesidad de dormir, hiper/hipotensión arterial, y síncope vagal. Con frecuencia se asocia con una hipersensibilidad sensorial. También es típico en la migraña de la infancia la presencia de clínica gastrointestinal.

Aunque el dolor tiende a ser unilateral y pulsátil en los niños mayorcitos, puede ser bifrontal, bitemporal o retro-orbitario en los más pequeños. Cuando al niño en edad escolar se le pregunta que donde le duele la cabeza, prácticamente de forma sistemática se lleva la mano sobre toda la frente. Quizá el criterio más difícil de identificar en las cefaleas infantiles, sea el tipo y la calidad del dolor por las dificultades en la descripción.

Migraña con aura.

Comprende todas las formas de migraña que se preceden por síntomas neurológicos originados desde el encéfalo o el tronco cerebral. Y dentro de la misma se ubican múltiples cuadros clínicos que se clasifican en función de la duración del aura, (migraña con aura prolongada, migraña con aura típica, migraña de comienzo agudo), de sus características, (donde se distingue a la migraña hemipléjica familiar, o el aura migrañosa sin cefalea), o dependiendo del territorio que afecte de forma preferente el aura, (en éste caso nos encontramos por ejemplo con la migraña del tronco basilar). Además, de estos procesos, existen dos entidades que por su fisiopatología y su

distinta semiología clínica, se describen como formas independientes. Se trata de la migraña retiniana, cuyo origen podría ubicarse en la retina y no en el encéfalo o el tronco, y la migraña oftalmopléjica que ha sido reconocida como una forma independiente por su posible origen en una inflamación granulomatosa retro-orbitaria. De todas formas, los criterios diagnósticos para la migraña con aura seleccionados por la nueva clasificación de la IHS parecen tener una mayor sensibilidad y especificidad que los de la clasificación anterior. Son mucho más operativos, y posiblemente dibujen unas características más homogéneas que las primitivas. Estos nuevos criterios intentan por todos los medios adaptarse mejor a la práctica clínica diaria, y pueden ser usados en distintos niveles de especialización.

El aura típica se caracteriza por la presencia de alguna de las siguientes manifestaciones: trastorno visual homónimo, debilidad unilateral, afasia o dificultad para el lenguaje difícil de clasificar y parestesia unilateral. Los síntomas del aura típica pueden ocurrir de forma secuencial o iniciarse en un lado para finalizar en el contralateral; es decir, pueden iniciarse con el fenómeno visual, se siguen de la parestesia y/o debilidad, y terminan con el trastorno del lenguaje. Pero a diferencia del adulto, en el niño resulta difícil muchas veces, obtener una información precisa sobre las características del aura, por lo que puede ser de utilidad pedir que el niño haga un dibujo de la misma. En la adolescencia, la forma más frecuente de aura visual es el escotoma negativo.

Cuando el aura no responde a un patrón característico como el descrito, se denomina aura atípica, pudiendo presentarse en el niño auras como fosfenos, rizado, vibración y ondulación del campo visual, espectros escotoma centelleante o negativo, distorsiones visuales y alucinaciones, micropsia/macropsia/visión en zoom/oscilopsia metamorfosis palinopsia visión en mosaico / visión cinematográfica, simultagnosia, o prosopognosia.

Conclusión.

La cefalea es un motivo muy frecuente de consulta para los pediatras, los neuropediatras y las Unidades de Urgencia. Pero además, ocurre que en el dolor de cabeza, suele existir tanto en el niño como en sus familiares, el temor de padecer una enfermedad grave. Y tal y como sucede en muchas otras entidades, hay una distancia considerable entre la preocupación del médico y la que siente la familia.

La cefalea infantil, además de ser un problema muy frecuente, repercute en la calidad de vida del niño, ya que cuando la sufre, participa menos en las actividades sociales, padece más trastornos psicossomáticos que el resto de la población infantil, y casi con seguridad, es mucho menos feliz en el colegio. Ha sido demostrado por estudios de Lewis y cols., que el niño le pide a su médico por ser lo que más le preocupa, que le explique la causa del dolor de cabeza, que le alivie el dolor lo más precozmente posible, y que le convenza de que no tiene ninguna enfermedad grave,

BIBLIOGRAFÍA.

Rufo-Campos M. Síndromes periódicos de la infancia. En Mateos V, Pareja JA, Pascual J editores: Tratado de Cefaleas. Luzán 5 SA de Ediciones. Madrid 2009. ISBN 978-84-7989—535-8. Pgs. 167-184.

Rufo-Campos M. Historia clínica al niño que consulta por cefaleas. En: Controversias y evidencias en cefaleas. Mateos Marcos editores. Ed. Luzán 5, SA de Ediciones. Madrid. ISSN

1886-5313. 2008:21-25

Rufo-Campos M. Guía práctica para el manejo de las cefaleas infantiles en Urgencias. En Alonso MT, Loscertales M ed. Manual de Urgencias en Pediatría. Editorial Ergón, Madrid, Barcelona. 2007. ISBN 978-84-8473. Pgs. 313-324.

Mederer S, Castro MD, Diaz S, Domínguez M, Jimenez MD, Morís G, Perez DA, Rufo-Campos M. La cefalea en situaciones especiales. En Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. V. Mateos editor. Prous Science. Barcelona. 2006. ISBN: 978-84-8124-241-6. Pag. 155-174.

Rufo-Campos M. Cefaleas en la infancia y adolescencia. En: Valentin Mateos (ed.). Curso Nacional de Cefaleas. Madrid. Ediciones Ergón 2005. pg 299-315 . ISBN 84-8473-360-2

Rufo-Campos M. Las cefaleas en el niño. En Gomez-Aranda F, Jiménez-Hernandez MD editores: Diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Editorial Ergón. Majadahonda (Madrid) 2005. ISBN: 84-8473-364-5. Paginas: 119-138

Miguel Rufo-Campos Manejo de las cefaleas infantiles en atención primaria en Miguel Rufo-Campos editor. Editorial Gráficas Enar, S.A. 2005. Madrid. ISBN: 84-689-5462-4. 103 pags.

Rufo-Campos M. Migraña infanto-juvenil. Sumatriptan en las crisis en estas edades. En: Sumatriptan, la primera terapia específica para el tratamiento de la migraña. Ergón edt. Majadahonda (Madrid). 2004:153-175. ISBN:84-8473-249-255

Rufo-Campos M. Características clínicas y tratamiento de la cefalea en el adolescente. An Pediatr 2004;60(Supl 4):246-253.

Rufo-Campos M. Cefaleas en la infancia. Diferencias clínicas y terapéuticas con el adulto. Continua Neurológica. Cefaleas. Ed. Grupo Ars XXI de Comunicación S.A. Barcelona 2004:47-61. ISBN: 84-9751-059-3

Rufo-Campos M, Fisiopatología de la migraña. Rev Neurol Clin 2001;2(1):263-271

Rufo-Campos M, tratamiento preventivo de las cefaleas. Rev Neurol 2001;33(3):230-237

Rufo Campos M, Rodríguez C, Poyatos JL, Fernández M, Bueno MG, García E, Peña D, Nieto M. Forma de presentación de las cefaleas en la infancia Rev.Neurol.(Barc). 1996;24(127):268 - 272.

Rufo Campos M. Cefaleas recurrentes en el niño: síndromes clínicos. An.Esp.Pediatr. Suppl.1995;74:61 64.

Rufo Campos M, García E, Poyatos JL, Rodríguez C, Fernández M, Bueno MG, Peña D, Nieto M. Factores de influencia en las cefaleas infantiles.Rev.Esp.Pediatr. 1995;51(6):539 544.

Rufo-Campos M. Migraña infanto-juvenil. Sumatriptan en las crisis en estas edades. En: Sumatriptan, la primera terapia específica para el tratamiento de la migraña. Ergón edt. Majadahonda (Madrid). 2004:153-175. ISBN:84-8473-249-5

Rufo-Campos M, Jiménez-Parrilla F, López-Corona JM. La historia clínica en las cefaleas. En: Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M. editores: Cefaleas en la infancia y adolescencia. Ergón Ed. Madrid 2003. pgs. 33-54. ISBN TD: 84-8473-174-X.

Rufo-Campos M, Artigas J. Migraña sin aura. En: Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M. editores: Cefaleas en la infancia y adolescencia. Ergón Ed. Madrid 2003. pgs. 89-110. ISBN TD: 84-8473-174-X.

Marquez-Rivas J, Rufo-Campos M, Ferreras Iglesias G. Cefaleas de origen tumoral. En: Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M. editores: Cefaleas en la infancia y adolescencia. Ergón Ed. Madrid 2003. pgs. 127-146. ISBN TD: 84-8473-174-X.