

EL NIÑO CON CEFALEA.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Dr Salvador Ibáñez
Neurología Pediátrica
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

+
•
0

Arrixaca
Hospital Clínico Universitario
Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

- Incidencia cefalea: 31-79%.
- Incidencia migraña infancia: 1-4%.
- Pérdida 7,8 días/curso entre 5-15 años.
- Derivaciones a consulta de Neuropediatría: 9%
- «Si dispone de 30 minutos para diagnosticar un dolor de cabeza, utilice 29 minutos en la anamnesis»
- Anamnesis de la cefalea: 12 cuestiones.

CUESTIONARIO

- **¿Tiene uno o varios tipos de cefaleas?**

10% migraña+cefalea tensional.

- **¿Desde cuándo? ¿Coincidió el comienzo con algo?**

>3 meses: raramente por tumoración intracraneal.

Ojo con las cefaleas recientes.

Inicio problemas afectivos, estrés...→origen **tensional**.

- **¿Con qué frecuencia?**

HTIC diaria, migraña episodios recidivantes periodicidad variable.

- **¿Tienen un ritmo horario?**

Tensional: más intensa por las noches.

Orgánicas: matutinas, al despertar.

Migraña: a cualquier hora, puede despertar al niño.

CUESTIONARIO (II)

•¿Hay factores desencadenantes o agravantes?

Ansiedad, estrés, depresión.

En migraña: alimentos, emociones, traumatismos, ayuno prolongado

•¿Hay síntomas previos?

Migrañas con aura: visión borrosa, escotomas centelleantes, micropsias o macropsias.

•¿Dónde se localiza?

Holocraneal y occipital → cefalea tensional.

Hemicraneal: 50% migraña infantil

•¿Cuáles son sus características?

“Como un peso” → tensional.

Pulsátil “como el corazón” → migraña.

CUESTIONARIO (III)

•¿Hay síntomas asociados?

Tensional: irritabilidad, trast del sueño, rechazo escolar, mareos

Migraña: fonofobia, fotofobia, náuseas y vómitos.

Cefalea orgánica: cambios conducta, tristeza, vómitos (al levantarse)
Posteriormente (semanas) otros síntomas.

•¿Interrumpen la actividad habitual?

Poca intensidad si no modifican la actividad lúdica ni la vida social.

•¿Hay circunstancias o fármacos que alivian las cefaleas?

Tensional y migrañas mejoran con el sueño.

Analgésicos mejoran migraña, no tensional ni orgánicas

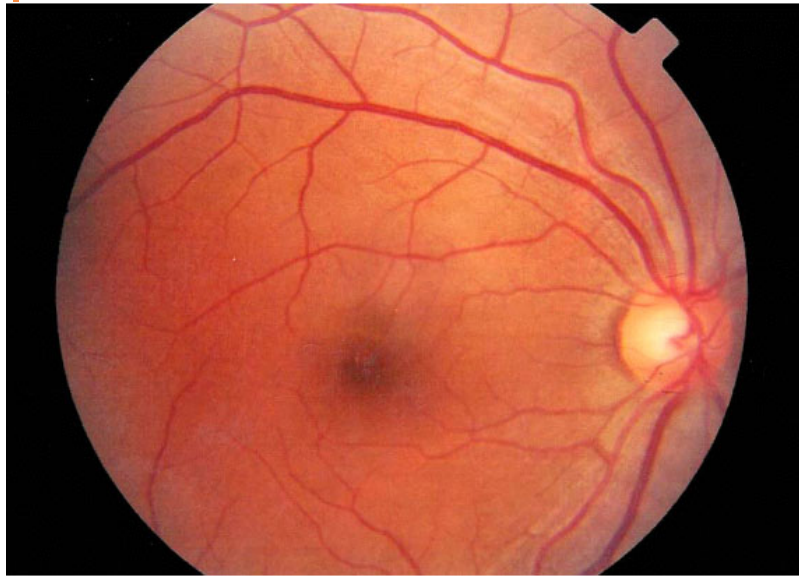
•¿Cuánto tiempo dura?

Tensional: hasta días, semanas.

Migraña: 12-24 horas.

Orgánica: matutina → permanente.

EXPLORACIÓN



En la mayor parte de ca
exploración se puede concr



PRIMERA VISITA

3. Grado de discapacidad, calidad de vida

- PedMidas
- Escala de calidad de vida (PedsQL 4.0)

PedMIDAS

Numere los días que en los últimos 3 meses ha presentado

1. Días de ausencia escolar completa

2. Días de colegio que en los que han tenido que reogerle

3. Días de colegio en los que su actividad escolar se ha resentido

4. Días en los que en casa no ha podido realizar tareas escolares o domésticas

5. Días en los que no pudo jugar, practicar deporte, realizar actividad social

6. Días en los que su actividad de juego, deporte o social se ha visto afectada

LEVE 0-10 / MODERADA 10-20/ SEVERA > 20

PRIMERA VISITA

4. Presencia de banderas rojas

Riesgo alto

- Dolor de cabeza severo repentino.
- Inicio reciente de dolor de cabeza severo. (especificado hasta 4 semanas por algunos autores).
- Cefalea occipital, Cefalea en racimos, Cefalea matutina.
- Empeoramiento de la cefalea en decúbito y/o durante esfuerzo, tos u otras formas de maniobra de Valsalva.
- Cambio del carácter.
- Náuseas o vómitos matutinos.
- Deterioro cognitivo, crisis, confusión, desorientación.
- Poliuria, Polidipsia.
- Examen neurológico anormal

PRIMERA VISITA

4. Presencia de banderas rojas

Riesgo aumentado

- Incremento de frecuencia e intensidad en la evolución*
- Dolor que despierta al niño o se produce al despertar*
- Consultas múltiples en urgencias por cefalea*
- Cefaleas severas, Cefaleas continuas, Cefalea constrictiva
- Incapacidad del niño para caracterizar la cefalea
- Retraso Psicomotor
- Antecedente de infección sistémica o local en cuello, oído, senos paranasales
- Anticonceptivos en adolescentes
- Comorbilidad (cancer, coagulopatía, anemia falciforme, HTA, Inmunodeficiencia, NF-1, Malformacion arteriovenosa, Cardiopatía congénita)
- Historia negativa familiar de migraña o cefalea tensional
- Edad inferior a 3 años

Oser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: A frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics*. 2013;44(1):34-39. doi:10.1055/s-0032-1332743.

Özlem Y. et al. Pediatric Headache: are the red flags misleading or prognostic?. *Brain and Development* 43 (2021) 372-379

PRIMERA VISITA

Indicaciones de RM cerebral

- ❑ Inicio reciente de cefalea intensa.
- ❑ Incompatibilidad de las características de la cefalea, los síntomas asociados o la evolución temporal con los criterios IHS de cefalea primaria
- ❑ Cambio del patrón de dolor de cabeza en un paciente con dolor de cabeza conocido
- ❑ Características en la historia del paciente que sugieran disfunción neurológica (aparte del aura típica asociada con la migraña).
- ❑ Cualquier hallazgo anormal en el examen neurológico.
- ❑ Miedo de los pacientes y/o padres/cuidadores con respecto a enfermedades subyacentes graves (p. ej., tumor cerebral)
- ❑ Antecedentes de tumor cerebral en la familia
- ❑ Incapacidad para realizar el examen físico a fondo debido a la falta de colaboración del paciente

Hallazgos incidentales de RM cerebral 23% (Strauss 2017)

Aumento de espacios subaracnoideos

Displasia cortical focal

Quiste coloide, mucoso, pineal, Rathke

Anomalías del desarrollo venosas

Megacisterna magna

Leucomalacia periventricular

Microadenoma hipofisario

Aumento de espacios de perivasculares VR

Roser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: A frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics*. 2013;44(1):34-39. doi:10.1055/s-0032-1332743.

Doyle Strauss L. Et al. Incidental findings and normal anatomical variants on brain MRI in children for primary headaches. *American Headache Society*. *Headache* 2017; 57:1601-1609. doi:10.1111/head.13.221

PRIMERA VISITA

- Si el examen físico es normal y se cumplen criterios ICHD-III
 1. Dar recomendaciones de tratamiento y planificar seguimiento
- Si existen banderas rojas o la cefalea no queda bien definida
 1. Recoger información mediante registro estructurado de cefaleas
 2. Solicitar exámenes complementarios: RM cerebral, analítica, etc

Cefalea con signos de alarma
Cefalea mal definida
Cefalea rara o poco común

Registro



Ex. Comp

Segunda visita

TRATAMIENTO DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS

RECOMENDACIONES GENERALES

Identificar preocupaciones	Temores ocultos del niño o de los padres
Estilos de vida	Dieta, sueño, ejercicio físico
Evitar factores desencadenantes	Stress, ruidos, luces, alimentos, bebidas con excitantes, ayuno prolongado
Analgesia a dosis correctas	Metamizol 10-15mg/kg/dosis c/6-8h; Ibuprofeno 10mg/kg/dosis c/6-8h/Paracetamol 10-15mg/kg/dosis) de modo precoz
Limitar la ingesta de analgésicos/triptanes	<3 días por semana advirtiendo del riesgo de cefalea por abuso de analgésicos y efectos secundarios de los AINEs etc. En algunos pacientes puede resultar útil establecer un día fijo de analgesia

Oskoui M, Pringsheim T, Holler-Managan Y, et al. Practice guideline update summary: Acute treatment of migraine in children and adolescents: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Headache*. 2019;59(8):1158-1173. doi:10.1111/head.13628.

Oskoui M, Pringsheim T, Billingham L, et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Headache*.

Migraña

- Prevalencia antes de los 7 años: 1% ambos sexos
- Prevalencia a los 11 años: niñas 5,6%-niños 3,5%
- **Características diferenciales con el adulto**
 - Ant familiares muy frecuentes (89%)
 - Factores precipitantes (20%)
 - Ritmo horario vespertino
 - Aura y pródromo poco frecuente
 - Carácter bifrontal y opresivo, menos hemicraneal
 - Síntomas acompañantes (vagal, náuseas...)
 - Duración menor de los episodios
 - Mayor afectación sobre actividades de la vida diaria

CRITERIOS MODIFICADOS DE MIGRAÑA

- A. Duración 1-72h
- B. Cefaleas con dos o más características
 - Unilateral o bilateral, frontotemporal y no occipital
 - Pulsátil
 - Intensidad moderada, severa
 - Emperamiento con ejercicio físico
- C. Asociación con
 - Náusea y/o vómitos
 - Fotofobia y fonofobia
- D. No atribuible a otro diagnóstico

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

Triptanes (>12 años)	-Contraindicaciones (enfermedad vascular isquémica, trastorno de conducción cardíaco, migraña hemipléjica y basilar): -Nasales: Sumatriptan (10mg) y Zolmitriptan (2,5mg).
Profilaxis antimigrañosa (moderada-severa)	Si ↑ impacto en la vida del niño/adolescente (PedMidas severo). Perfil de efectos secundarios: - Antihipertensivos : Propranolol: contraindicado si asma. - Bloq canales calcio : Flunarizina: desaconsejado si obesidad. - Antiepilépticos : Topiramato, Zonisamida: desaconsejado si anorexia, estado de animo depresivo; Levetiracetam hiperactividad, Valproato sódico alt hormonales, hepatopatía - Antidepresivos : Amitriptilina: riesgo de ideación suicida, somnolencia - Antihistamínicos : Ciproheptadina: somnolencia, aumento de peso

Oskoui M, Pringsheim T, Holler-Managan Y, et al. Practice guideline update summary: Acute treatment of migraine in children and adolescents: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Headache. 2019;59(8):1158-1173. doi:10.1111/head.13628.

Oskoui M, Pringsheim T, Billingshurst L, et al. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Headache.

Cosima Locher, Ph, et al. Efficacy, Safety, and Acceptability of Pharmacologic Treatments for Pediatric Migraine Prophylaxis A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2020;174(4):341-349. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.5856

Cefalea de tensión

- A. Al menos 10 episodios de cefalea no asociada a síntomas migrañosos
- B. Duración de 30 minutos a siete días.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 1. Localización bilateral.
 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
 3. Intensidad leve o moderada.
 4. No empeora con actividad física habitual, como andar o subir escaleras.
- E. No atribuible a otra causa.

Plan:

- Evitar abuso de analgésicos
- Actuar sobre ansiedad y factores estresantes
- Técnicas de relajación
- Ejercicio físico
- Terapia cognitivo-conductual

Cefalea crónica diaria

- Más de 15 días al mes durante más de 3 meses consecutivos y que no obedece a causa orgánica
- Prevalencia del 1,5%-2%
- Adolescente, mujer
- Criterios de Cefalea Crónica Tensional (CTTH) el 67% ha tenido episodios de Migraña episódica (CM)
- Abuso analgésicos 50%
- Factores estresantes en el 82%
- Comorbilidad psiquiátrica 66,1%
- Necesario manejo multidisciplinar

Migraña crónica

Cefalea tensional crónica



Cefalea persistente diaria de inicio reciente

Hemicránea continua

Hershey AD, Kabbouche MA, Powers SW. Chronic Daily Headaches in Children. CURRENT PAIN HEADACHE REPORTS. 2006;10:370-376.

Cuvellier JC, Couttenier F, Joriot-Chekaf S, Vallée L. Chronic Daily Headache in French Children and Adolescents. *Pediatr Neurol*. 2008;38(2):93-98. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2007.10.001

Tratamiento Cefalea crónica diaria



Marcelo R, Freund B. The Efficacy of Botulinum Toxin in Pediatric Chronic Migraine: A Literature Review. *J Child Neurol.* 2020;35(12):844-851. doi:10.1177/0883073820931256.
Puledda F, Goadsby PJ, Prabhakar P. Treatment of disabling headache with greater occipital nerve injections in a large population of childhood and adolescent patients: a service evaluation. *J Headache Pain.* 2018;19(1). doi:10.1186/s10194-018-0835-5

Cefaleas Trigémino Autonómicas (CTA)

- Muy raras en niños
- Unilaterales/Severas/Breve duración
- Signos parasimpáticos ipsilaterales:
 - Inyección conjuntival/Lacrimeo/Congestión nasal/Rinorrea/Edema palpebral/Sudoración facial/Ptosis/Miosis
- Distinguir de las Neuralgias
 - Localización fija, triggers, ausencia de síntomas vegetativos
- Descarte por RM de causas obligado

Cefalea en racimo

Hemicránea paroxisítica

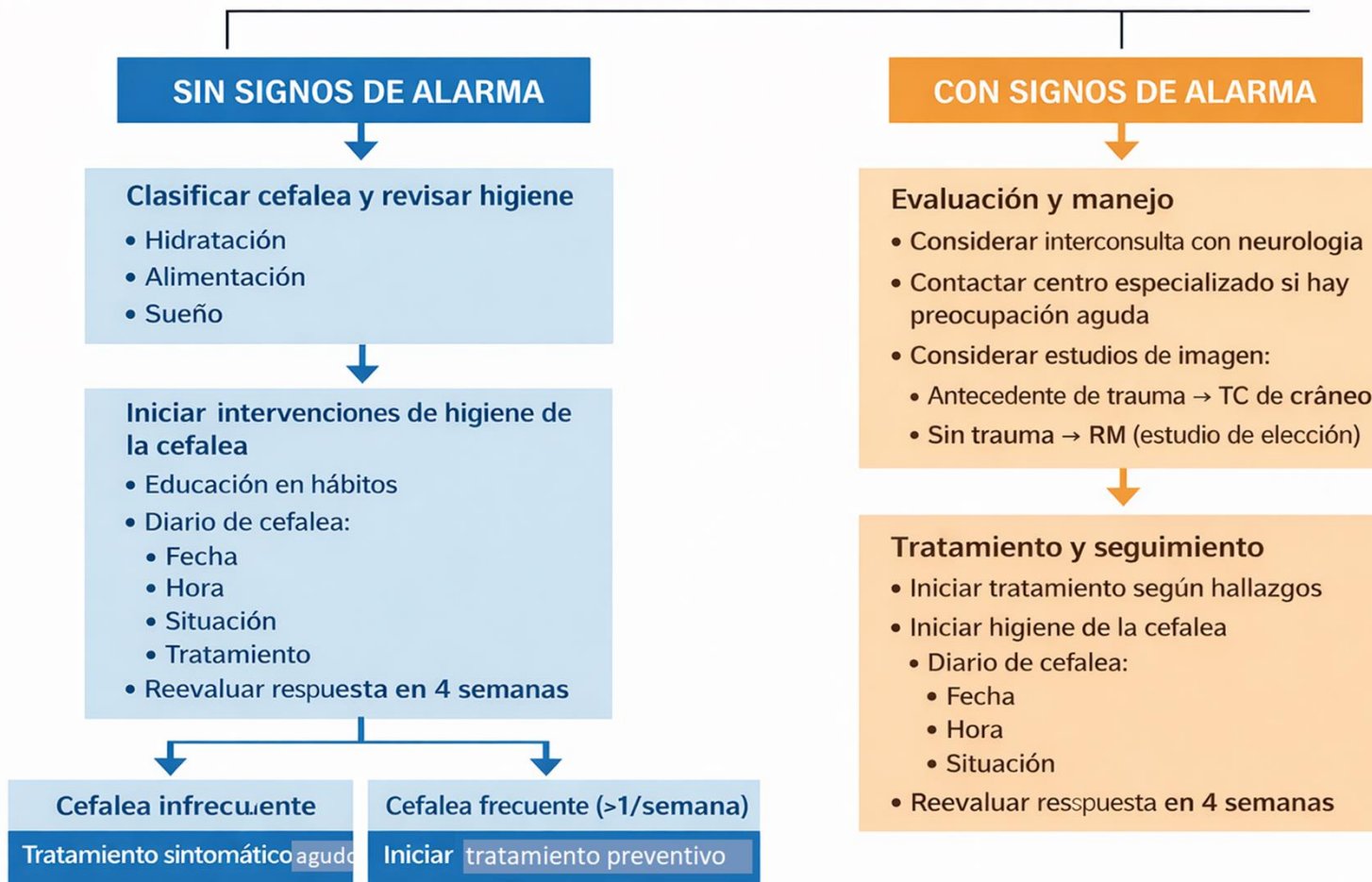
Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración (SUNCT/SUNA)

Hemicránea continua

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

- Anamnesis sugestiva de HTIC+edema de papila.
- Pruebas de imagen normales.
- 40-60% obesos.
- Tratamiento:
 - Primero tratar la obesidad.
 - Tratamiento de elección acetazolamida (y/o topiramato).
 - Punciones lumbares seriadas.
 - Tratamiento quirúrgico: si se afecta la visión o no hay respuesta a tratamiento médico.
- Curso autolimitado, recurrencias raras.

EL PACIENTE CONSULTA POR CEFALEA





Toxina botulínica

- Reduce la liberación de neuropéptidos proinflamatorios
- No autorizado FDA ni EMA para niños
- Eficaz en migraña crónica, si han fracasado 3 ttos profilácticos y no hay abuso de analgesia

Ali SS et al. *Cureus*. 2019; Shah S et al. *J Child Neurol*. 2018

Bloqueos n. Occipital (y otros)

- Cefalea crónica, estatus migrañoso, cefalea en racimos, hemicrania continua...
- Anestésico local con o sin corticoides en GON, ramas del trigémino...
- Modula los receptores del dolor
- Eficacia inmediata parcial o total 50-84%; a los 7 días 52%-87%

Gelfand AA et al. *Pediatr Neurol.* 2014; García-Ron A et al. *Eur J Ped Neur* 2025

Anticuerpos: Fremanezumab

- Anticuerpo contra receptor peptídico relacionado gen calcitonina
- Aprobado FDA agosto 2025
- Muy buenos resultados en adultos, tanto en fase aguda como preventivo
- Muy bien tolerado
- **Fase III Pediátrico 2021** (6-11 años; 90 % migraña crónica)
 - 47% tuvieron una reducción de al menos 50% de frecuencia de los episodios

Hershey AD et al. Clin Transl Sci. 2024; Cohen-Barak O. Cephalalgia. 2021



1

Caso 1

♀ 10 años cefalea

Enfermedad Actual: Desde hace 4-6 m, cefaleas que no mejoran a pesar de tratamiento con analgésicos. Intensidad leve-moderada **sin interferir actividades**, no aumenta con ejercicio, es difuso, opresivo. Asocia sensación de mareo. **Aparece a la vuelta del colegio**, y se levanta al día siguiente con el dolor. No alteración del rendimiento escolar. La encuentra algo más triste y menos participativa

Antecedentes Personales: embarazo, parto, periodo neonatal normal. DPM: normal. Escolarización y aprendizajes: nivel superior. Actividades extraescolares de inglés y gimnasia. Carácter introvertido, con buena socialización. Sueño con terrores esporádicos. Enf. Ant: Bronquitis ocasionales. **Recibió apoyo psicológico por separación parental con evolución favorable**. No cirugía previa. Vacunas en regladas

Antecedentes Familiares: única hija de padres sanos. No migrañas. Buen nivel cultural. Separación hace 3 años, custodia compartida. Niegan disfunción actual.

Caso 1

Exploración Física: Peso: 45kg. p50; Tª 36,5C; TA: 90/60 mmHg. BEG. Adecuada coloración, nutrición, hidratación y perfusión. Ex. General: sin anomalías.

Examen neurológico: consciente, orientada, colaboradora, impresión clínica de psiquismo normal. Tono, fuerza, sensibilidad y ROT normales. Cerebelo y marcha: normal. Pares craneales centrados.

Fondo de ojo normal. Meningeos (-)

Exámenes Complementarios: Hemograma, bioquímica, PCR: normales



Caso 1

Comentarios

CRITERIOS CEFALEA TENSIONAL FRECUENTE, según International Headache Society (IHS) 2004.

A-Al menos 10 episodios (>1 y <15 días/mes)

B-Cefalea que dura 30 minutos a 7 días

C-Cefaleas con 2 o más de los siguientes criterios:

Bilateral

Presión, no pulsátil

Leve o moderada

No se agrava con la actividad diaria

D-Cumple ambos criterios:

No náuseas o vómitos (puede haber anorexia)

No fono ni fotofobia (o sólo una de ellas)

E-No atribuible a otros procesos

Caso 1

Comentarios

Cefalea tensional: relacionada con estrés, reacciones de conversión, equivalentes depresivos, origen psicógeno.

Predom >10 años y sexo femenino.

Descripción imprecisa, síntomas psicológicos elaborados y **poco coherente con la repercusión funcional**.

Duración >8 semanas.

Historia previa de dolor abdominal inespecífico, pérdida o acontecimiento familiar relevante.

Caso 1

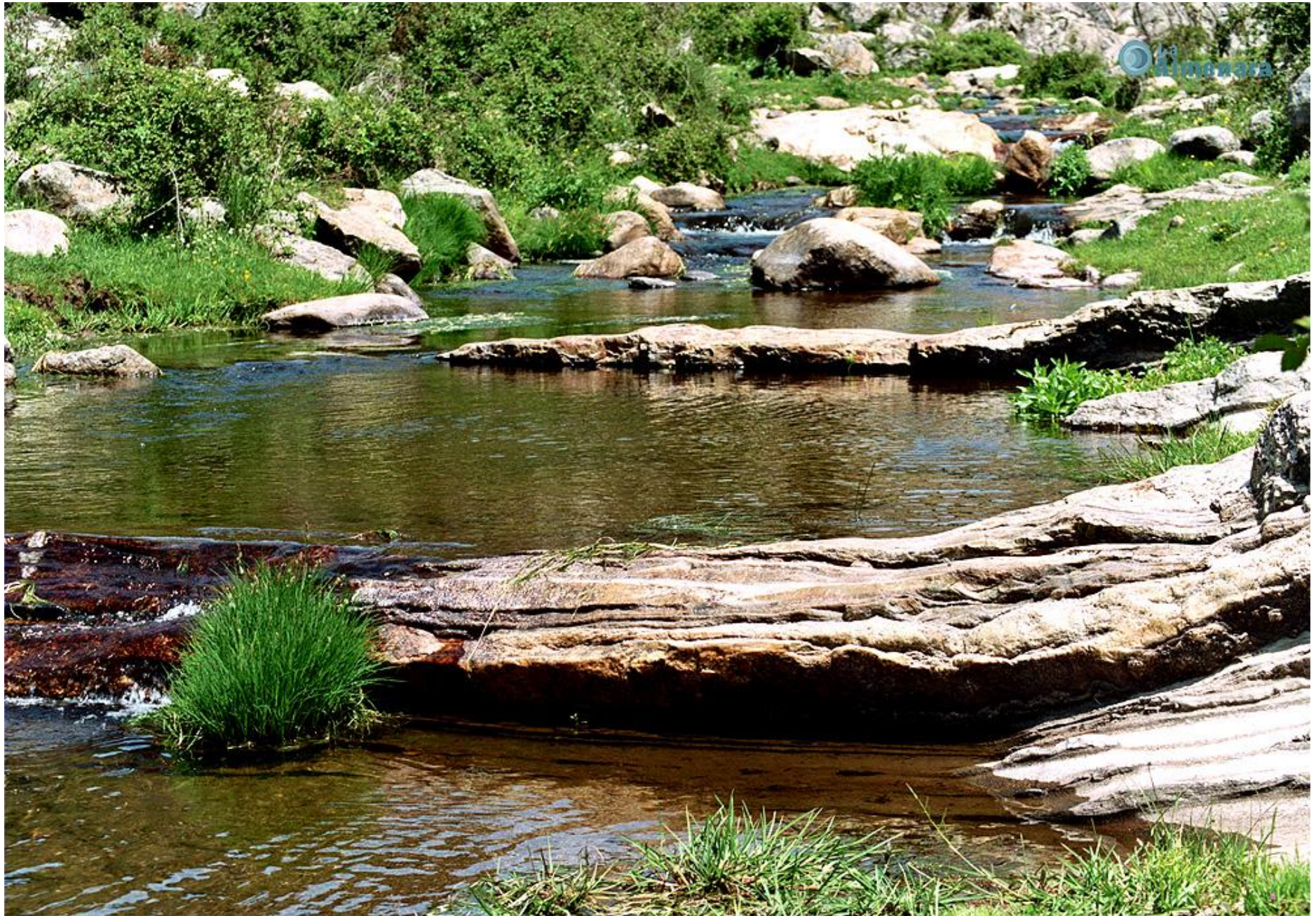
Comentarios

Tratamiento del episodio agudo:

- Reposo y tranquilidad.
- Técnicas de relajación.
- Medicaciones: analgésicos, la menor cantidad y tiempo posible.
 - . Ibuprofeno 10 mg/Kg/dosis, cada 6 horas.
 - . Paracetamol 15 mg/Kg/dosis, cada 6 horas.

Tratamiento preventivo de los episodios, según gravedad:

- Informar, identificar y evitar factores estresantes.
- Psicoterapia, técnicas de relajación.
- Consultar con Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.
- Fármacos:
 - . Ansiolíticos a dosis bajas (ej diazepam 2,5 mg/12 h)
 - . Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina 10-50 mg/noche



Caso 2

♂ 4 años Cefalea y caídas

Enfermedad actual: desde hace 1m, cefaleas leves que mejoran tras **vómito matutino** esporádico. Se acentúan con **ejercicio**. Referidas a región cervical y cuello. En alguna ocasión le ha despertado en la noche, mejorando con Ibuprofeno. Desde hace 2 sem. presenta **caídas frecuentes** durante la marcha. Se atribuyeron a cuadro febril previo al inicio de este síntoma. Su pediatra realizó analítica general y Rx cráneo y prescribió polivitamínicos.

Antecedentes Personales: Embarazo y parto: normal. P. neonatal: normal. DPM: marcha tardía 16m. Escolarización: normal. Hábitos: normal. Enf ant.: ingreso a los 9m por ITU. No cirugía previa, no alergias. Vacunas regladas.

Antecedentes Familiares: Padres jóvenes no consanguíneos. HTA en padre. Un hermano con DM tipo I

Caso 2

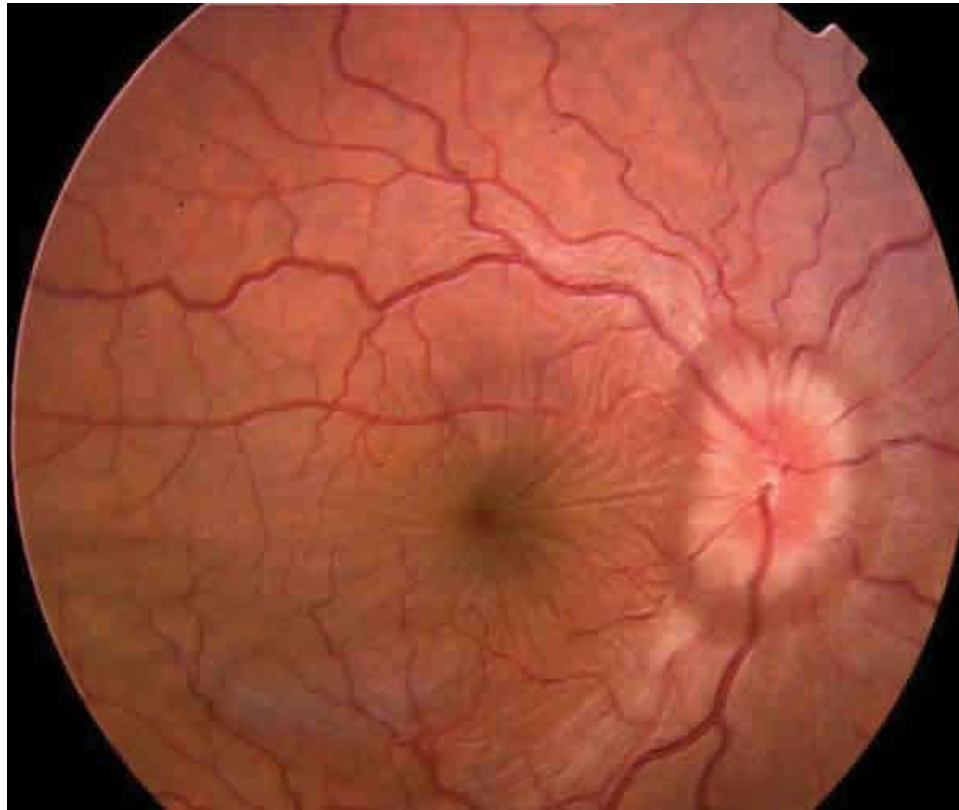
Exploración Física: Peso 14 kg, p25; PC 54 cm, p>98; Tª 36,5C; TA: 110/80 mmhg. Buen estado general. Discreta palidez de piel. Mucosas normales. No discromias. Adecuada hidratación, nutrición y desarrollo. **Discreta inclinación cefálica a la derecha.** ACP: normal. Abdomen y GU: normal. Locomotor: normal.

Neurológico: consciente, orientado, colabora en el examen. Tono y fuerza normales. ROT normales. RCP flexor. Cerebelo: ataxia en sedestación y bipedestación. Dismetría dedo-nariz, nistagmus horizontal a la derecha. Marcha atáxica. Pares: estrabismo por paresia de la abducción O.izdo.

Fondo de ojo: foto adjunta



Caso 2



Caso 2



TC: lesión ocupante de espacio situada en línea media de fosa posterior que desplaza anteriormente tronco cerebral con sangrado en su interior al. Hidrocefalia triventricular .

Caso 2

¿ Cual es ahora su diagnóstico ?

Tumor en fosa posterior. Hidrocefalia triventricular.

Caso 2

Comentarios

Las cefaleas asociadas a tumores son de carácter **progresivo** aunque evolucionan con mesetas y presentan una duración **inferior a 3-4 meses**

La localización no siempre es de ayuda (aunque los tumores de fosa posterior suelen ocasionar cefaleas occipitales)

Los **cambios de posición, tos, Valsalva** empeoran el dolor.

El **vómito** suele aliviar la cefalea que no suele ser intensa.

Ojo a los signos de **HIC** o de **focalidad** neurológica!!.

En ningún caso se deberá practicar una punción lumbar por riesgo de herniación cerebral.



Caso 3

♂ 8 años Cefalea, náuseas, vómitos

Enfermedad Actual: desde hace 2 días cefalea intensa de predominio **hemicráneo** dcho al inicio, posteriormente generalizado, punzante **retro-orbitaria**, que ha mejorado parcialmente con ibuprofeno. Asocia **fonofobia** y **fotofobia**, precisando reposo. Presenta **náuseas, vómitos** con mala tolerancia alimentaria. No fenómenos visuales, sensoriales, motores, no alteración de conciencia. Afebril. Refieren TCE frontal 48 horas antes.

Antecedentes Personales: embarazo, parto, P. neonatal: Ictericia multifactorial. Desarrollo psicomotor: normal. Escolarización y aprendizajes: normal. Conducta: inquieto. Enf.ant.: dermatitis atópica. Adeno-tonsilectomía 6ª. Vacunas regladas

Antecedentes Familiares: Madre 35 años,GAV:3-0-3, migrañas. Padre sano. Tía materna: migrañas

Caso 3

Exploración Física: REG. Peso: 21 kg p25; T^a 36 °C; TA: 90/60 mmhg. Palidez de piel no de mucosas. Adecuada nutrición. Deficiente hidratación con cercos peri-oculares, mucosa oral pastosa. Pulsos fuertes, relleno capilar normal. **Cráneo con céfalo hematoma frontal 2.2 cm.** Cuello flexible. ACP y abdomen: normal. GU: normal. Locomotor: normal. ORL: normal.

Neurológico: consciente, orientado, decaído. Fotofobia. Leve hipotonía general. Fuerza, sensibilidad y reflejos conservados. RCP. Flexor. Cerebelo: no temblor, ataxia, disimetría. Marcha normal. Pares craneales centrados. Fondo de ojo: normal. Signos meníngeos negativos.

Caso 3

¿ Que ordenaría en este caso ?

Actitud en urgencias: Se decide ingreso en sala de observación y se realiza extracción de hemograma, bioquímica, pruebas de coagulación y TC urgente.

Se canaliza via venosa y se pautan controles de constantes neurológicas y generales.

Se programan fluidos glucosalinos a necesidades basales.

Se indica analgesia iv con Metimazol iv 20mgk/8h

EC: Hemograma, bioquímica: Urea 56 mg/dl, Crea 0,5 mg/dl, iones normales. Rx: cráneo: normal. TC cerebral urgente: normal

Caso 3

Hemograma, bioquímica: Urea 56 mg/dl, Crea 0,5 mg/dl, iones normales.

Rx: cráneo: normal.

TC cerebral urgente: normal

¿ Que diagnóstico le parece ahora más probable ?

Cefalea Aguda postraumática

Caso 3

Comentarios

La **cefalea aguda localizada o generalizada** puede asociarse con un **traumatismo** de la cabeza inmediatamente o varias horas o días posteriores.

Por lo general el dolor desaparece en días o semanas.

Cuando existen alteración de conciencia, vómitos, o anomalías focales son necesarias las **imágenes neurológicas**.

Cuando la cefalea se prolonga puede estar indicada una segunda exploración.

En algunos niños continua la cefalea durante más de 12 semanas en ausencia de HIC y con estudios de imagen normales por lo que se debe pensar en trastorno de stress.



Caso 4

♀ 11 años debilidad aguda y cefaleas

Enfermedad actual: al levantarse para ir a la clase ha notado **falta de fuerza en el brazo y pierna derecha** que persiste al llegar a urgencias (30 min). Durante el traslado a urgencias ha notado **cefalea pulsátil** en región fronto-parietal bilateral de intensidad moderada. Se encuentra nauseosa e irritable. No refiere alteración de conciencia, aunque la niña habla de modo raro y apenas se le entiende. No ha recibido fármacos y no ha mostrado otros síntomas previos.

Antecedentes personales: Embarazo, parto y periodo neonatal: normal. Desarrollo psicomotor, escolarización y aprendizajes normales. Enf. Ant.: hipermetropía corregida con lentes. Historia de cefaleas recurrentes desde los 6 años que han sido tratadas por su pediatra etiquetadas de migraña. Resto sin interés.

Antecedentes familiares: Madre 34^a, GAV:2-0-2. Migrañas. Padre sano. Hermana de la madre con migrañas

Caso 4

Examen físico: REG. Peso 33 kg p25; Tª 36,5ºc; TA 110/70 mmhg. Palidez de piel, no de mucosas. Adecuada nutrición, hidratación y perfusión. Piel normal. Cráneo y cuello normal. Tórax, ACP y abdomen normal. Locomotor: normal. ORL. Normal.

Neurológico: consciente, orientada, **disartria leve**, conservando la comprensión verbal. **Debilidad en MSD y MID. Reflejos miotáticos exaltados en MSD y MID.** RCP indiferente derecha. Sensibilidad conservada. Cerebelo normal. Marcha con claudicación derecha. Pares craneales: **asimetría facial** por desviación de surco nasogeniano a la izda, resto centrados. Fondo de ojo: normal. Meníngeos negativos.

Caso 4

1. Migraña Complicada (hemipléjica familiar MHF)
2. Encefalomiopatía con acidosis láctica y episodios similares a Ictus (MELAS)
3. Ictus cerebral
4. Sd.de Moya-moya
5. Epilepsia Benigna de la infancia con PO occipital (EBI-O)

Caso 4

Angio TC cerebral y de troncos supra aorticos NORMAL

90 MINUTOS de su llegada ha mejorado el examen descrito.

Persisten los vómitos y la cefalea en menor grado.

Por lo que se decide ingreso en planta con analgesia.

Se solicita: estudio de Angio RM cerebral, ECO cardio, analítica extensa con protocolo de ICTUS, EEG

Tras una semana de ingreso todos los estudios han resultado normales

Caso 4

Nomenclatura: Migraña con aura (Migraña clásica; migraña oftálmica, hemiparestésica, afásica o hemipléjica; migraña acompañada; migraña complicada.

Descripción:

Crisis recurrentes de varios minutos de duración con síntomas **visuales**, **sensitivos** o del sistema nervioso central de localización **unilateral** y completamente **reversibles** que suelen desarrollarse de manera gradual y preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña.

Caso 4

Comentarios

La historia familiar y personal de la niña sugieren el diagnóstico de **migraña con aura** (migraña complicada).

La migraña con aura supone entre el **10-20%** de las jaquecas infantiles. Su inicio es más tardío.

En nuestra paciente no podemos hacer el diagnóstico de migraña con aura por presentar duración de la misma superior a 60 minutos (aura atípica) y ser el primer episodio del cuadro

Se requieren 5 episodios (según criterios IHS 1988) por lo tanto debemos considerar además otras posibilidades (tabla)









A vertical line with a color gradient from orange at the top to blue at the bottom.



Caso 5

♂ 3,5 años cefaleas breves

EA: Dos horas previas al ingreso, mientras estaba en el recreo ha presentado de modo brusco, cefalea intensa mal definida. El dolor ha provocado llanto inconsolable e interrupción del juego. Ha sido atendido por su profesora que no objetiva alteración de conciencia ni síntomas vegetativos. La duración ha sido de segundos. Ha cedido espontáneamente. Media hora más tarde ha vuelto a presentar un segundo episodio de características semejantes motivo por el que ha sido trasladada a urgencias. Se encuentra afebril y no ha recibido fármacos

AF: Madre 39 a. GAV:2-0-2. vs. Padre con migraña. Resto sin interés.

AP: embarazo y parto: normal. Periodo neonatal normal. Desarrollo psicomotor normal. Enf. ant.: bronquitis obstructivas, otitis sero mucosas. No ingresos, cirugía, alergias conocidas. Vacunas en regla.

Caso 5

EF: Buen estado general. Peso 19 kg p50; Tª 36,5°C; TA: 80/50 mmhg. Adecuada coloración de piel y mucosas. Nutrición, hidratación y perfusión normales. Cráneo sin lesiones externas. Cuello sin actitudes patológicas. Tórax y abdomen: normal. Locomotor: normal. ORL: orofaringe y membranas tímpanicas normales. Neurológico: consciente, orientado, colaborador. Tono, fuerza, sensibilidad y reflejos miotáticos normales. Cerebelo y marcha normal. Pares craneales centrados. Fondo de ojo: normal, pulso venoso evidente.

EC: Rx senos paranasales: normal.

JC: Cefalea paroxística o de breve duración

Actitud en urgencias no se indica tratamiento.

Caso 5

Comentarios

Poco frecuentes en pediatría.

Algunas pueden asociarse a trastornos graves, aunque es poco frecuente.

Diagnóstico: anamnesis y examen neurológico.

Nuestro paciente relata episodios paroxísticos de dolor de cabeza de segundos de duración en región frontal, no desencadenados por factor físico (frío) y sin alteración del examen físico general y neurológico: cefalea punzante idiopática.

Recomendable estudio de RM y vigilancia de TA.

Primarias

Cefalea en cluster

Hemicrania paroxística crónica

Cefalea punzante idiopática

Neuralgias

Secundarias

Lesiones III ventrículo (quiste coloide, glioma, hamartoma, papiloma)

Quiste pineal

Malformación Arnold Chiari tipo I

Feocromocitoma

¡¡GRACIAS!!



salvador.ibanez@carm.es