



# Cefalea Aguda

Hugo A. Arroyo

Jefe Servicio de Neurología

Hospital de Pediatría Prof Dr. Juan P Garrahan



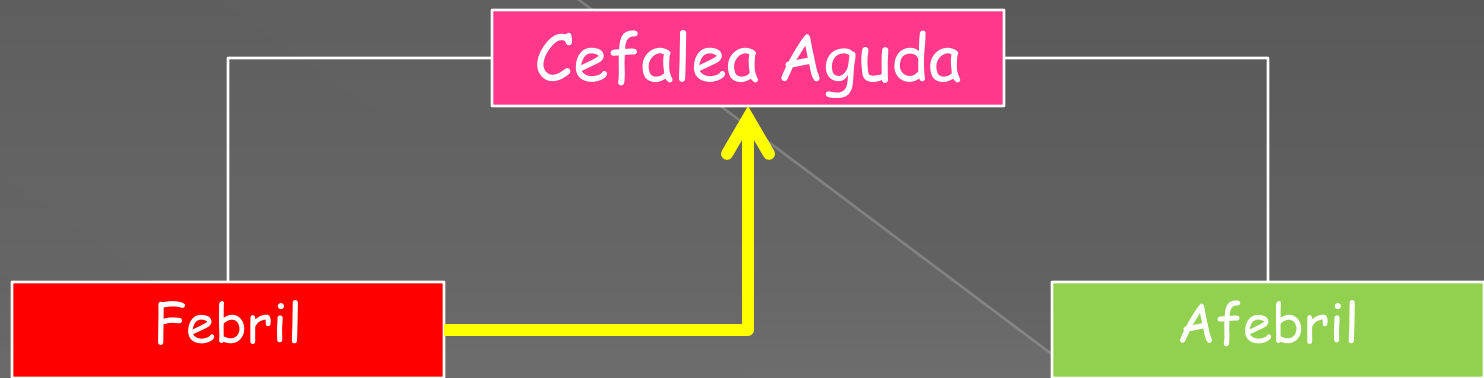
**SERVICIO DE NEUROLOGÍA**

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.

"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

# Cefalea Aguda o de inicio reciente

- Inicio de un episodio de cefalea en los últimos días, horas o minutos
- Dolor o malestar cefálico con un comienzo abrupto y que empeora rápidamente
- Cefalea que tiene un inicio rápido pero dura poco tiempo



Cefalea Aguda

Febril

Afebril

Ex Neurológico  
Normal

Ex Neurológico  
Anormal

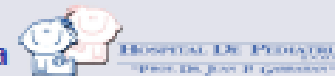
Buscar Foco  
Infeccioso  
Viral?  
Bacteriano?

Meningitis  
Encefalitis

# ACUTE HEADACHE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A PEDIATRIC HOSPITAL

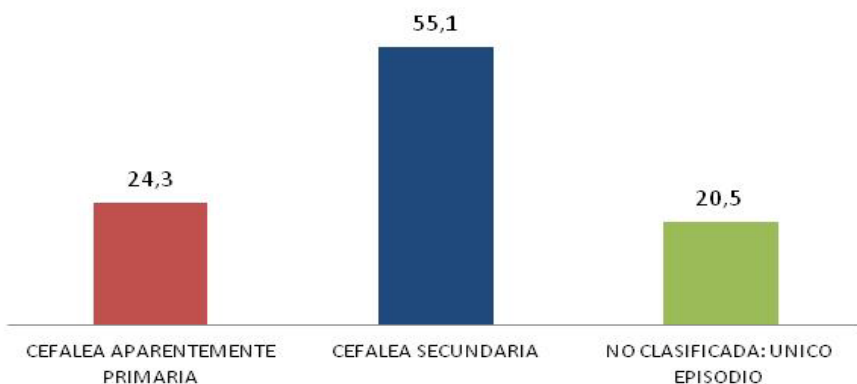


Pastrana A, Vilte C, Chamorro N, Gomez M, Arroyo H.  
Department of Neurology. Hospital Dr. Juan P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina



1/6/11 al 31/5/12 54126 consultas por guardia externa.  
341 (0,63%) consultaron por cefalea. 185 mujeres y 156 varones.

Distribución de pacientes con cefalea aparentemente primaria, secundaria y cefalea único episodio



188 (55%) cefaleas secundarias  
91 infecciones extracraneales  
6 meningitis/encefalitis

Distribución de pacientes con diagnóstico cefalea secundaria según clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), 2004.

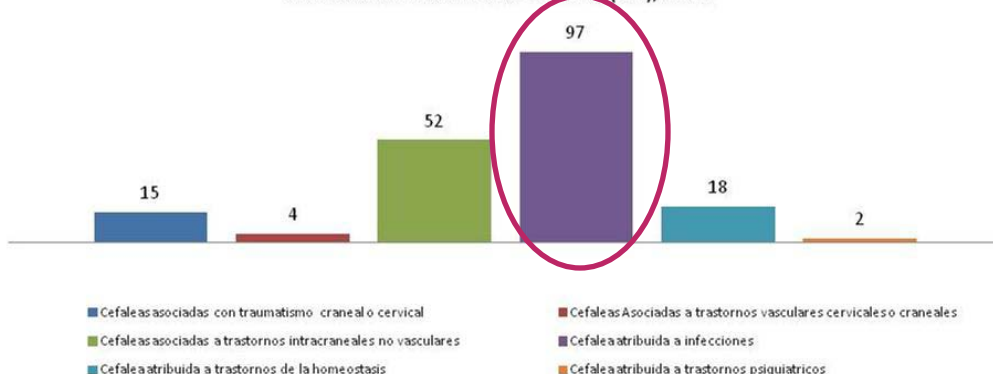


Tabla 2. Distribución de pacientes con diagnóstico de infecciones extracraneales.

DIAGNOSTICO	N	%
CVAS	42	46,2
SINUSITIS	20	22,0
GEA	11	12,1
FARINGITIS	10	11,0
IRAB	4	4,4
OMA	2	2,2
CONJUNTIVITIS	1	1,1
ITU	1	1,1
Total	91	100,0

# Etiología de cefalea aguda en 708 pacientes que concurren a emergencia

Lewis DW. Semin Pediatr Neurol 2001;8: 46-51.

● Infecciones (no SNC)	28-39% *
● Sinusitis	9-16% *
● Otras infecciones	2-9%
● Meningitis virales	2-9%

# Caso clínico

- ◉ Varón de 7 años previamente sano que consultó por vómitos, hipertermia y otalgia. Se diagnosticó OMA derecha y se indica tratamiento con amoxicilina vía oral.
- ◉ Consulta nuevamente por cefalea intensa, hipertermia, fotofobia y rigidez de nuca.

- ⦿ **EF** : paciente conectado, vigil dolorido
- ⦿ TA100/60
- ⦿ Rigidez de nuca, signo de Brudzinsky (+)
- ⦿ Pares craneales: RFM y consensual presente
- ⦿ Fondo de ojo: edema de papila bilateral
- ⦿ Movimientos oculares conservados.

Sistema motor, cerebeloso y sensibilidad conservados.



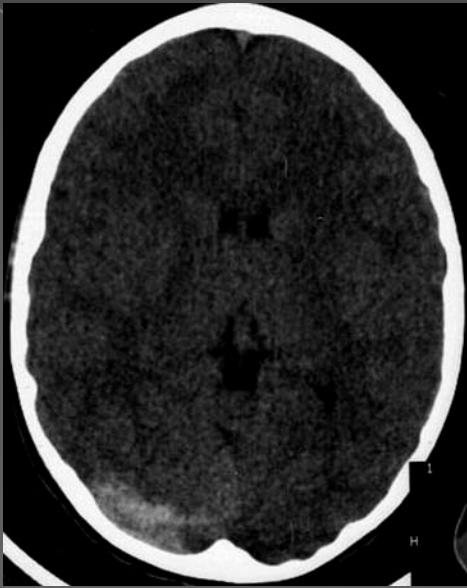
## ⦿ Estudios complementarios:

Hemograma con recuento de plaquetas (N),  
KPTT y QUICK (N), lipidograma (N), FAN y  
AntiADN (-), C3 > 150 mg/dl C4 28 mg/dl.

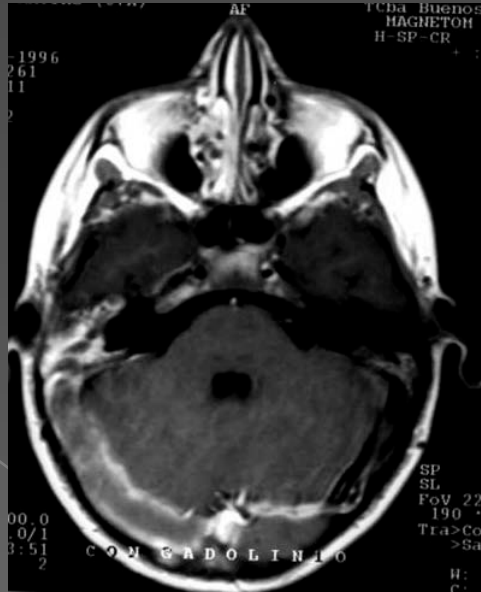
Punción Lumbar con manometría: PA 60 cm  
de H<sub>2</sub>O, PC15 cm de H<sub>2</sub>O, citoquímico (N).

TC de cerebro

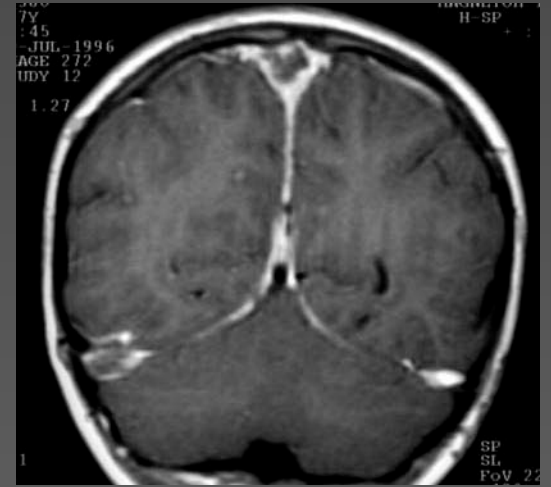
RM de Cerebro con AngioRM



TC



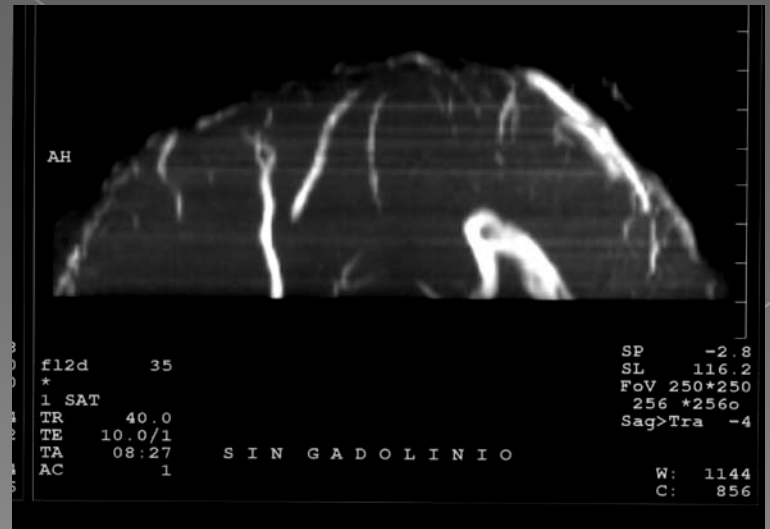
RM



RM



RM



ARM

- ◉ **Evolución:** el paciente permaneció 2 meses internado, por agravamiento de los síntomas y del edema de papila se decidió colocar derivación lumbo-peritoneal. Recibió tratamiento con antibióticos y corticoides.
- ◉ **Diagnóstico etiológico:** Hipertensión endocraneana secundaria a trombosis del seno venoso lateral y longitudinal secundario a OMA.

# Cefalea Aguda

Febril

Afebril

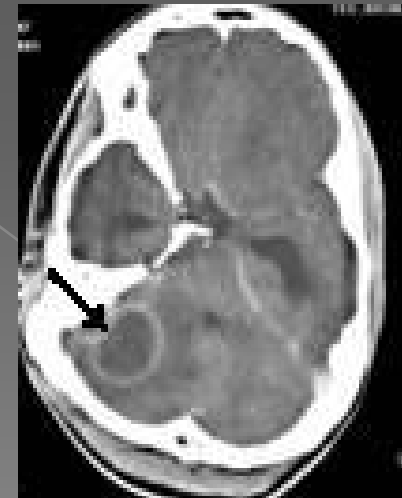
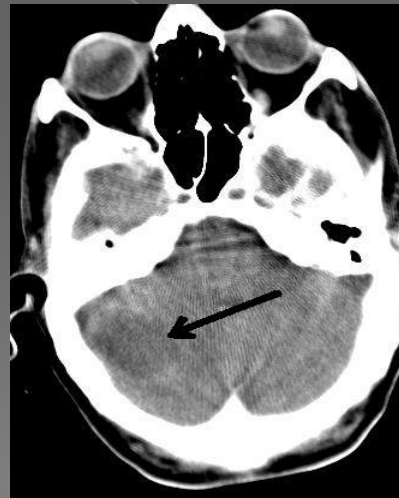
Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Inf.  
Viral?  
Sinusitis?

Meningitis  
Encefalitis  
Tromboflebitis  
seno dural  
Abceso



TC Abceso cerebeloso

# Dolor de cabeza en el colegio

- ◉ Niño de 6 años sano que a los 30 minutos de llegar al colegio se quejó de intenso dolor de cabeza frontal, pulsátil, sin vómitos ni fotofobia.
- ◉ Niega traumatismo, episodios previos de cefalea u otros síntomas. No refiere ingesta de medicación solo una vitamina que la madre le empezó a administrar ese día.
- ◉ Llega el médico de emergencia: examen normal.

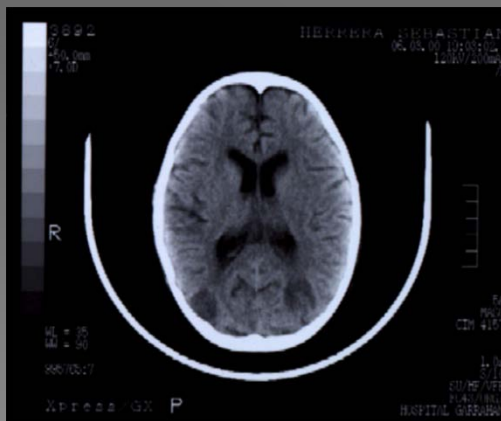
# Una hora más tarde llega la madre

- El niño estaba mejor luego de una dosis de ibuprofeno.
- La madre comenta que ese día comenzó a administrarle metilfenidato y que el neurólogo le había comentado esta posibilidad.

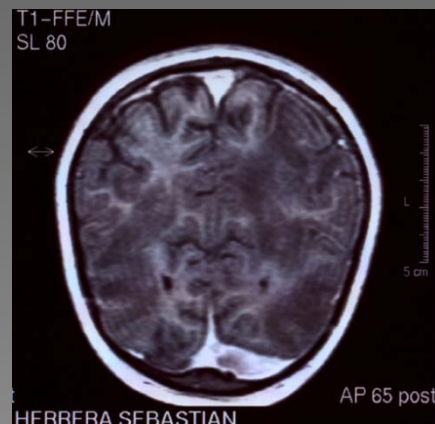
Barkley RA et al **Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation.**  
Pediatrics 1990 86:184-92

- Varón de 5a 9m sin antecedentes
- Cefalea intensa frontal MUY INTENSA.
- Luego vómitos, convulsión tónica generalizada.
- Ex: TA 160/100, lúcido dolorido, FO normal.
- DFH y enalapril. Repitió 3 episodios similares
- LAB: LCR normal, Urea 200, sedimento urinario nefrítico
- TAC cerebral
- RMN cerebral ( 96 hs)
- **DIAGNÓSTICO:** Glomerulonefritis- Encefalopatía posterior reversible.

Todos los signos y síntomas mejoraron gradualmente.



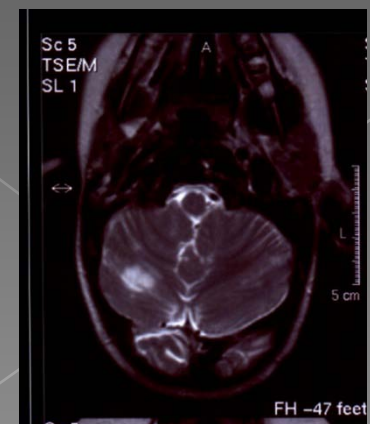
TC



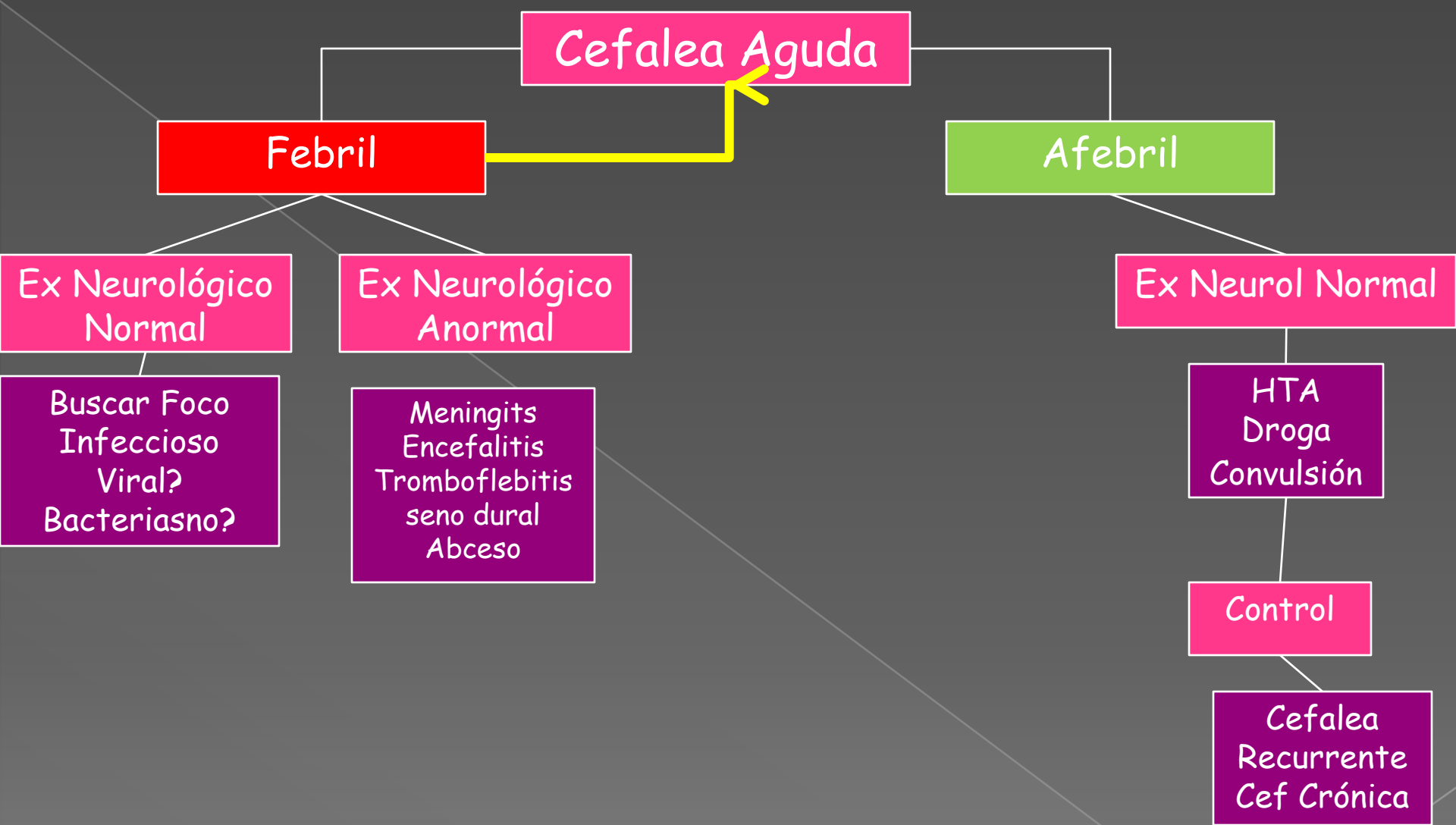
RM



RM



RM



Garrahan (2012) Cefalea 1ria 24%  
 Burton (1993) Cefalea 1ria 20%  
 Lewis (2000) Cefalea 1ria 9 -50%



# Cefalea Aguda

## Febril

## Afebril

### Ex Neurológico Normal

### Ex Neurológico Anormal

### Ex Neurol Anor.

### Ex Neurol Normal

Buscar Foco Infeccioso.  
Viral?  
Bacteriano?

Meningitis  
Encefalitis  
Tromboflebitis  
seno dural  
Abceso

Imagen

HTA  
Droga  
Convulsión

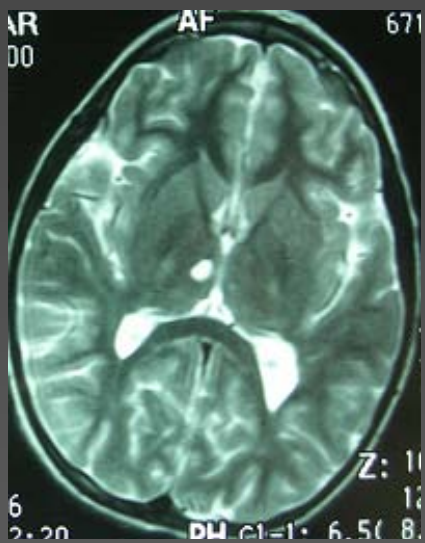
Control

Cefalea Recurrente  
Cef Crónica

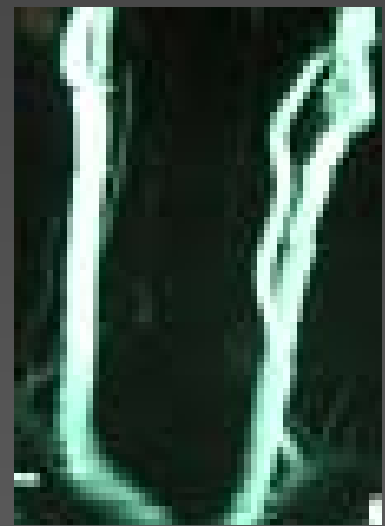
Varón 7a



Episodios de cefalea hemicraneana



RMN 31/7

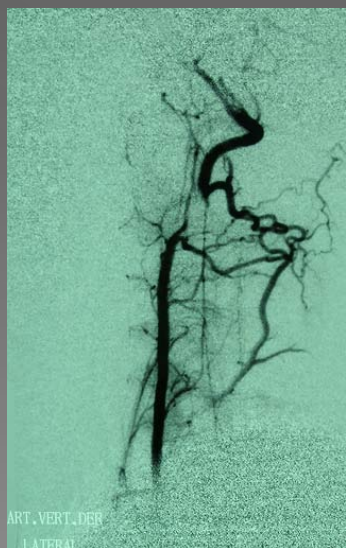


10/7  
Cefalea  
Hemiparesia  
transitoria

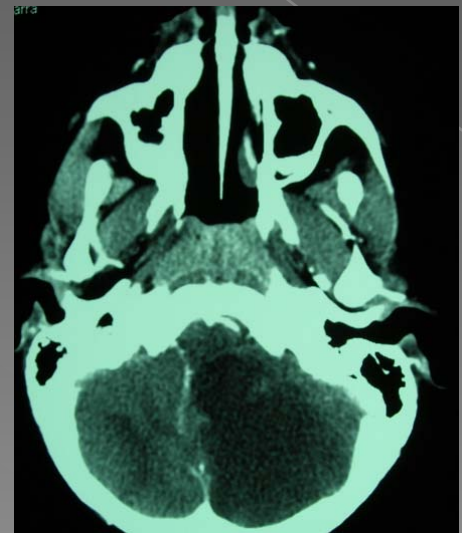
**Diagn: ACV Circulación posterior  
Disección arteria vertebral**

5/8 Cefalea Vómitos  
irritabilidad

AD



Deriv  
VP



7/8: Cefalea



# Cefalea Aguda

Febril

Afebril

Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Anor.

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Infeccioso.  
Viral?  
Bacteriano?

Meningitis  
Encefalitis  
Tromboflebitis  
seno dural  
Abceso

Imagen

Infarto  
Hemorragia  
Tumor  
Otro hallazgo

HTA  
Droga  
Convulsión

Control

Cefalea Recurrente  
Cef Crónica

# ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO NO TRAUMÁTICO EN NIÑOS: ETIOLOGÍA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN

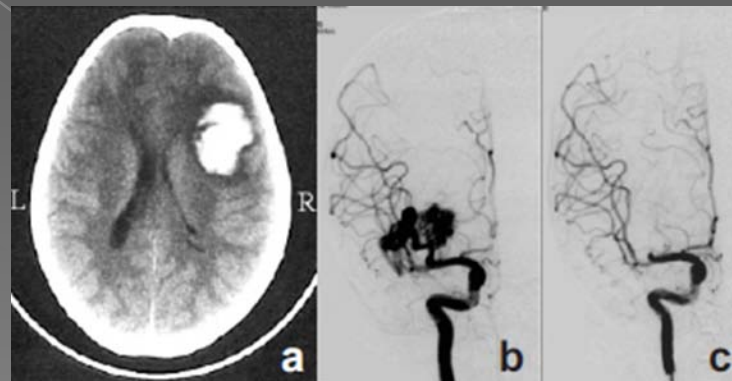
Gómez M., Buompadre C., Rugilo C., Arroyo H.

Servicio de Neurología, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Buenos Aires

99 pacientes Enero 1993 a Diciembre 2011

**Motivo de Consulta:** cefalea aguda (63.8%), vómitos (40.5%), convulsiones (37.7%), depresión del sensorio (36.2%).

	Total N: 99 (%)
Malformaciones vasculares:	61 (61.6)
MAV	48
Aneurisma	9
Fístula	
Cavernoma-angioma	
Trastornos hematológicos:	12 (12.1)
Infecciosa	1 (1.01)
Vasculitis	3 (3.03)
Encefalopatía hipertensiva	2 (2.02)
Tumoral	2 (2.02)
Retiro de DVP	1 (1.01)
Sin causa	17 (17.2)



# Otras causas de cefalea aguda

- ◉ Traumatismo de cráneo
- ◉ Trastornos oculares (queratitis, uveítis, glaucoma)
- ◉ Trastornos dentales
- ◉ Post-punción lumbar
- ◉ Pérdida espontánea de LCR
- ◉ Neuritis óptica
- ◉ Disfunción valvular

# Factores de Riesgo

- ⦿ Cefalea occipital
- ⦿ Anormalidades del examen neurológico
- ⦿ Dificultad de describir el dolor
- ⦿ Derivación ventrículo peritoneal
- ⦿ Menor de 5 años con irritabilidad, agresividad, inquietud.

# CONCLUSIONES

- Alrededor de 1% consulta Emergencia
- 90% cuadros banales
- 10% entidades que requieren un pronto diagnóstico
- FR: Cefalea occipital, que despierta al niño, examen neurológico anormal, niño menor de 5 años
- Antecedentes de enf. con potencialidad de desarrollar una cefalea secundaria
- Necesidad de imágenes en casos seleccionados

# Otras cefaleas y algias faciales

- Cefaleas autonómicas trigeminales

Cefalea en racimo

Cefalea breve unilateral con inyección conjuntival y lagrimeo

- Cefalea primaria en puntada
- Cefalea inducida por el frío
- Cefalea primaria por esfuerzo
- Cefalea primaria por la tos
- Cefalea asociada con la actividad sexual
- Cefalea hipóptica
- Cefalea primaria en trueno
- Nueva cefalea diaria persistente





**SERVICIO DE NEUROLOGÍA**  
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C.  
"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"



# Cefalea Aguda

## Febril

## Afebril

Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Anor.

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Infeccioso.  
Viral?  
Bacteriano?

Meningitis  
Encefalitis  
Tromboflebitis seno dural  
Abceso

Imagen

Hemorragia  
Infarto  
Tumor

HTA  
Droga  
Conv

Normal

Control

PL

Cef Crónica  
Cefalea Recurrente

Meningitis  
Encefalitis

↑ PIC

Sangre

Seudotumor

Hemorr Subarachn.

# Cefalea Aguda

Febril

Afebril

Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Anor.

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Infeccioso.  
Viral?  
Bacteriano?

Meningitis  
Encefalitis  
Tromboflebitis seno dural  
Abceso

Imagen

Hemorragia  
Infarto  
Tumor

HTA  
Droga  
Conv

Normal

Control

PL

Cef Crónica  
Cefalea Recurrente

Meningits  
Encefalitis

↑ PIC

Sangre

Seudotumor

Hemorr Subarachn.

# Cefalea Aguda

## Febril

## Afebril

Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Anor.

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Inf. Viral?  
Sinusitis?

F de Ojo

Edema

Normal

TC

HTA  
Droga  
Conv

Hemorragia  
Infarto  
Tumor

TC

PL

Normal

Control

Abceso?

LCR Normal

LCR Anormal

PL

Cef Crónica  
Cefalea Recurrente

Meningitis Otitis

Meningits Encefalitis

Meningits Encefalitis

↑ PIC

Sangre

Seudotumor

Hemorr Subarach.

# Cefalea Aguda

## Febril

## Afebril

Ex Neurológico Normal

Ex Neurológico Anormal

Ex Neurol Anor.

Ex Neurol Normal

Buscar Foco Inf. Viral? Sinusitis?

F de Ojo

Edema

Normal

TC

Hemorragia Infarto Tumor

HTA Droga Conv

TC

PL

Normal

Control

Abceso?

LCR Normal

LCR Anormal

PL

Cef Crónica Cefalea Recurrente

Meningitis Otitis

Meningits Encefalitis

Meningits Encefalitis

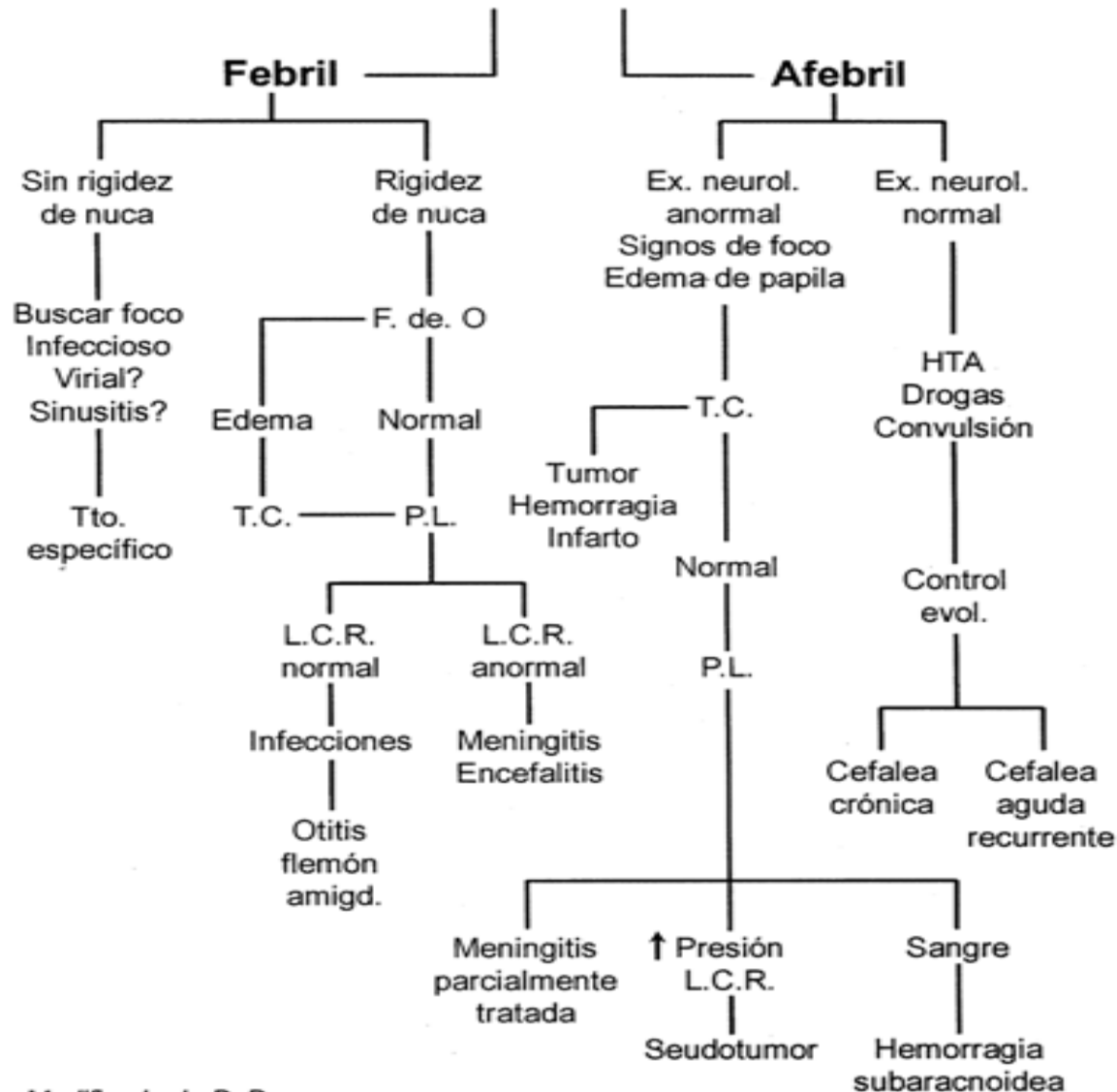
↑ PIC

Sangre

Seudotumor

Hemorr Subarachn.

# CEFALEA AGUDA



Modificado de D. Dunn

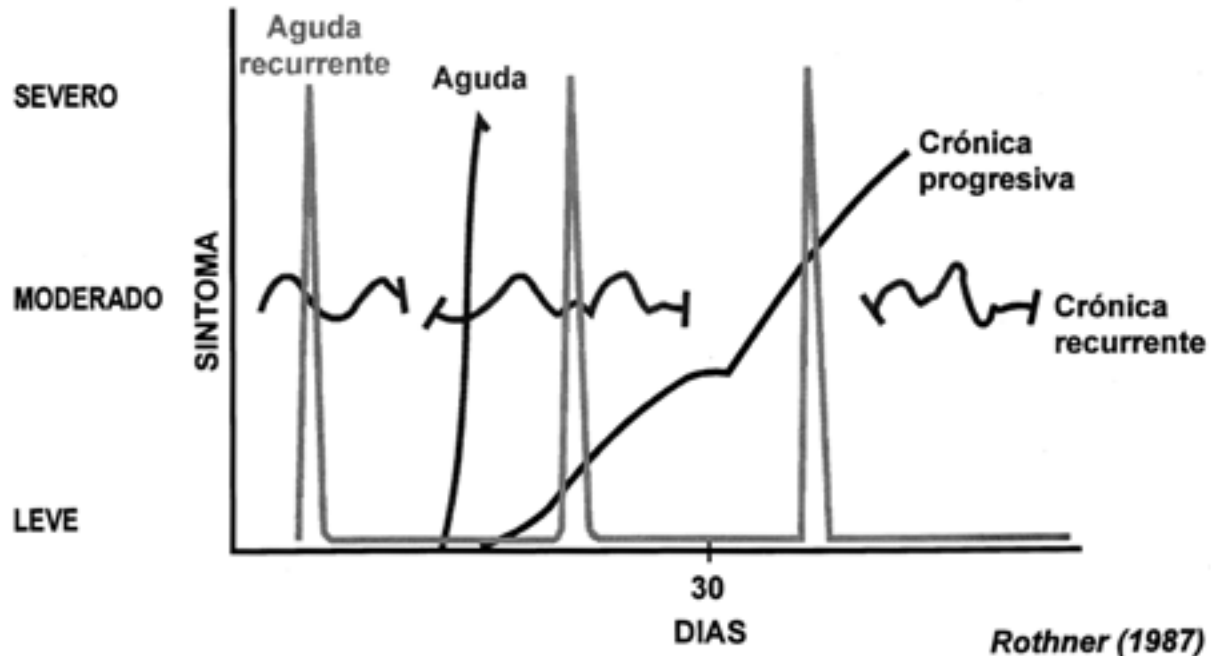
- M de C: ¿Convulsión febril?
- Varón 4a: episodio de cefalea intensa mientras almorzaba; pérdida de conciencia, postura tónica, retrodesviación de la mirada, palidez. Duró 15" , recupera espontáneamente. La cefalea persistió 15 minutos con dolor abdominal, hipotonía.
- Cuadro febril de 48 hs. No se controló temperatura en el episodio.
- Antecedentes: En 2 oportunidades, con cuadro febril, tuvo cefalea intensa de breve duración, con llanto. Se tocaba la región frontal con expresión de intenso dolor.
- Madre jaquecosa y con episodios de síncope.
- Examen neurológico: normal.

- M de C: Cefalea, diplopía y fotofobia.
- Niña de 6a: 15 días previo CVAS, hipertermia y otalgia izquierda. Por OMA recibió ATB.
- Desde hace 7 días presenta cefalea intensa frontal, tipo opresiva, que la despierta de noche, cede con aspirina, afebril y sin vómitos.
- En los últimos días diplopía y fotofobia. Un familiar detecta leve estrabismo convergente de OI.
- E.F.: Borramiento bilateral del borde nasal de la papila.  
Estrabismo convergente de OI.  
Limitación de la mirada extrema a derecha con el OI.  
Disminución de la audición en oído izquierdo.  
Signos meníngeos ausentes.
- TC de cerebro normal.
- Al segundo día de internación, IC con oftalmología:  
Estrabismo convergente bilateral, A.V. 10-10, edema incipiente de papila.



- Niña 10 a: cefalea de 6 meses de evolución
- Cefalea occipital, intensa sensación de presión por 2-3 h impedía toda actividad. En algunas oportunidades puntos brillantes en todo el campo visual. La cefalea se había intensificado en los últimos meses. Al inicio se manifestaba en situaciones de estrés y últimamente cuando tosía. El dolor podía irradiarse a vertex y cervical
- Historia familiar y personal (-)
- Examen físico: Actitud escoliótica, leve hiperreflexia en MMI

# CEFALEAS: PATRON EVOLUTIVO



# CLASIFICACION DE CEFALEA

## TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ETIOLOGIA

Rothner A.D. 1987

⊙ **AGUDAS**

• **CRÓNICAS  
PROGRESIVAS**

⊙ **RECURRENTES**

**ORGANICA ESTRUCTURAL  
INTRA-EXTRACRANEAL !!!!**

**PRIMARIAS - FUNCIONAL**





- La CIC II reemplazó en el grupo de cefaleas primarias el grupo de las cefaleas idiopáticas benignas por un grupo que denomina "otras cefaleas primarias" (Tabla 1). En este grupo se incluye un grupo de cefaleas poco frecuentes y aún menos en la infancia y adolescencia que cuando ocurren por primera vez obliga a descartar causas estructurales y por lo tanto los estudios por imágenes son necesarios. La patogénesis de este tipo de cefalea es insuficientemente comprendida y las recomendaciones terapéuticas están escasamente demostradas.

- Recientemente (Lewis y col 2005) revisaron estas formas de cefaleas y sugieren que son poco frecuentes en niños y adolescentes y que similares nombres se pueden estar utilizando para distintas formas de estas cefaleas o el mismo nombre para distintas formas de cefaleas.

- Cefalea primaria en puntada

- Se caracteriza por a) episodios de dolor cefálico que ocurren como una puntada o serie de puntadas, b) que se perciben casi exclusivamente en la región de la primera distribución del nervio trigémino c) las puntadas pueden durar hasta varios segundos y recurren con frecuencia irregular de una a varios por día d) y no se acompaña de otros síntomas, e) ni es atribuida a otros trastornos. Esta forma de cefalea primaria ha sido reconocida en la edad pediátrica. Los episodios de cefalea en puntada reportados duraban entre pocos segundos a 15 minutos y no se asociaba a otra forma de cefalea primaria (Soriani S 1996, Fusco C 2003). Algunos pacientes responden a indometacina aunque también desaparece espontáneamente. Una localización extratrigeminal e historia familiar de migraña también ha sido reportada (Vieira JP, 2006)

- Cefalea primaria por esfuerzo

- Se caracteriza por una cefalea pulsátil que dura entre 5 minutos y 48 horas que ocurre solamente durante o después de un ejercicio físico. Se menciona que ocurre particularmente en climas calurosos, a altas altitudes y que podría estar relacionada con una disminución del drenaje venoso cerebral. (Green MW 2001). Recuerdo una joven de 10 años que realizaba prolongados entrenamientos de natación y luego presentaba cefalea intensa sin síntomas autonómicos que calmaban con el sueño pero que pudieron prevenirse con la ingesta previa a la actividad física de ibuprofeno. La cefalea puede desaparecer espontáneamente, con un mejor entrenamiento y en algunos casos con indometacina previo al esfuerzo. Si esta cefalea se presenta asociada con síntomas autonómicos se la consideraría como una migraña desencadenada por el ejercicio.

- Cefalea primaria por la tos

- Cefalea de comienzo brusco que dura de segundos a 30 minutos y ocurre solo asociado con tos y/o maniobra de Valsalva. Dado lo excepcional de esta forma de cefalea primaria en la infancia una cefalea desencadenada por tos o por una maniobra de Valsalva obligará a descartar procesos estructurales de la fosa posterior especialmente malformación de Chiari, siringobulbia o malformación vascular. Ha sido reportada en niños con enfermedad pulmonar crónica (ej. Fibrosis quística) Katz RM. 1970

- Cefalea asociada con la actividad sexual

- Esta forma de cefalea primaria también es excepcional en adolescentes jóvenes. La cefalea es intensa y embotante, comprometiendo también el cuello y asociado a contracción muscular que ocurre durante la actividad sexual. Una forma de cefalea también intensa pero explosiva puede manifestarse durante el orgasmo. Se relacionan con la cefalea post esfuerzo.

- Cefalea hipnica

- Es una cefalea que se caracteriza porque siempre despierta al paciente, ocurriendo generalmente a la misma hora, la intensidad del dolor es leve a moderada y puede durar de 15 minutos a 3 horas. Aunque parece ser característica del adulto ha sido también reconocida en jóvenes. No se asocia con síntomas autonómicos. Debe descartarse trastornos intracraneales y cefaleas trigeminales autonómicas. Estudios polisomnográficos demostraron la asociación de esta cefalea con el sueño REM. (De Simone B 2006)

- ⦿ "...pacientes que padecían una condición neurológica grave **tenían en el interrogatorio y en el examen físico** hallazgos consistentes con el diagnóstico..."

# Etiología de cefalea aguda en 708 pacientes que concurren a emergencia

Lewis DW. Semin Pediatr Neurol 2001;8: 46-51.

○ Infecciones (no SNC)	28-39% *
○ Sinusitis	9-16% *
○ Otras infecciones	2-9%
○ Meningitis virales	2-9%
○ Migraña	8-21%*
○ Cefalea tensional	1-29%*
○ Disfunción valvular	2-11%
○ Tumores	1- 4%
○ Traumatismo de cráneo	1-20%*



# Cefalea Aguda

Febril

Afebril

Ex Neurológico  
Normal

Ex Neurológico  
Anormal

Ex Neurol Normal

Buscar Foco  
Infeccioso  
Viral?  
Bacteriasno?

Meningits  
Encefalitis  
Tromboflebitis  
seno dural  
Absceso