

Cefalea

Urgencias de Pediatría

TERESA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS

M DOLORES SARDINA GONZÁLEZ

UNIDAD DE NEUROPEDIATRÍA HMI

Epidemiología

- Entre un **75-90%** de los niños sufren algún episodio de cefalea en la infancia.
- Escolares 10-20%. Igual en chicos y chicas
- Adolescentes 30%. **Más en chicas.**
- **3% de consultas** a Urgencias de Pediatría.
- Más frecuente en pacientes con historia familiar de cefalea.

Etiología

Primaria

- Migraña
- Cefalea tensional
- Cluster

Secundaria

Extracraneales

- **Fiebre**
- **Infecciones ORL**
- HTA
- Post punción lumbar
- Intoxicación CO
- Patología ATM
- Infección dentaria

Intracraneales

- Meningitis
- Encefalitis
- Hemorragias
- Tumores
- HTIC
- Vasculitis
- TCE

Clasificación

- **Aguda:** Duración < 5 días sin antecedentes previos

Febril *Causa más frecuente*

- **Aguda recurrente:** Recurren periódicamente con intervalos libres de síntomas

Migraña

Cefalea tensional

Cluster

- **Crónica no progresiva:** > 15-30 días con frecuencia e intensidad **estable** y similar, sin signos neurológicos anormales.

- **Crónica progresiva:** > 15-30 días de evolución de intensidad creciente

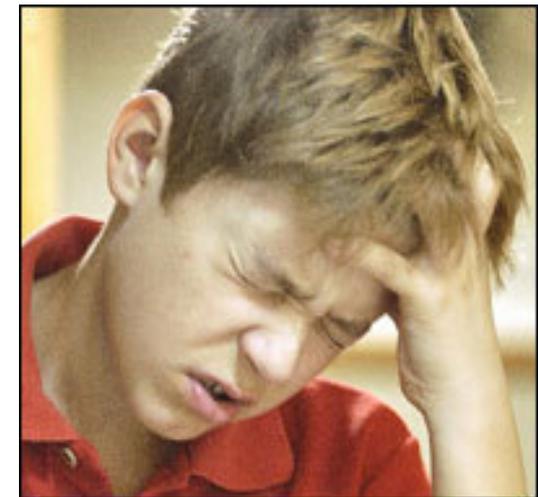
Tumor cerebral

Evaluación inicial en Urgencias

Niño sano



Niño enfermo



Signos de HTC

Bradycardia

Hipertensión

Anamnesis

- **Edad** de inicio
- Antecedentes personales y familiares
- Características, intensidad, localización y horario.
- Desencadenantes
- Síntomas asociados
 - **Aura.** Fotofobia. Sonofobia.
 - Síntomas catarrales
 - Alteraciones neurológicas/ de conducta.
 - Fiebre
- **Fármacos** (*Corticoides, ISRS, Vitamina A, GH...*)
- Antecedentes de traumatismo previo. Portador de **VDVP?**

SIGNOS DE ALARMA

- Síntomas **neurológicos/ visuales**
- Crisis epiléptica
- **Despierta frecuentemente**
- Diaria matutina
- **Cambio en el patrón de cefalea**
- Menores de 5 años
- Cambios de comportamiento
- Unilateral. Occipital.
- Síntomas intercrisis

Exploración Física



Exploración sistemática

- FC, FR, TA y SatO₂
- Glucemia capilar
- Estado general
- Exantemas
- ORL. Senos paranasales
- Piezas dentales

Exploración neurológica

- Nivel de **consciencia**
- Funciones superiores y **pares craneales**
- **Sensibilidad**, motricidad y reflejos
- **Marcha** y equilibrio
- Signos meníngeos

Exploración oftalmológica

- Respuesta pupilar
- Fondo de ojo.
- **Papiledema**

- 2- 5 días de elevación de PIC
- 8 horas si la causa es hemorrágica.

Exploración Física



SIGNOS DE ALARMA

- Exploración neurológica alterada
- Edema de papila
- Manchas hipocrómicas o café con leche
- Empeoramiento con Valsalva
- Debilidad. Adelgazamiento

Pruebas Complementarias

¡ No de rutina !

Sospecha de infección

Hemograma
Bioquímica
Coagulación

**Meningismo
Sospecha HSA
Sospecha HTC**

TAC
+/- Fondo de ojo
Punción lumbar

Sospecha de intoxicación

Tóxicos en orina
Carboxihemoglobina

Pruebas Complementarias



Criterios de TAC craneal

- Crónica progresiva o con características distintas
- Edad < 5 años (+++ en <3 años de causa no filiada)
- **Focalidad** neurológica. Signos de HTC
- Sospecha de hemorragia intracraneal
- Cefalea **sin respuesta** a medidas terapéuticas comunes
- Moderada- Severa en patología de base (coagulopatía, NF, ID...)
- Cefalea en portador de **derivación LCR**

Criterios de Ingreso

- Cefalea con **focalidad neurológica** o exploración neurológica alterada
- Sospecha de **HTIC** o **infección de SNC**
- Cefalea **crónica progresiva**
- Cefalea de intensidad **severa** y **refractaria** al tratamiento en urgencias
- Cefalea acompañada de **alteración de AV**, **FOD** o **vómitos incoercibles**
- **Complicaciones:** Estatus migrañoso e infarto migrañoso
- Ansiedad familiar

Cefaleas primarias

Migraña

- Segunda causa **más frecuente** de cefalea en niños.
- Inicio sobre los 8-10 años.
- Crisis periódicas de cefalea de **intensidad, frecuencia y duración variables** (1-72 horas).
- En la infancia más frecuentemente **bilateral y SIN AURA**. Carácter **pulsátil**.
- Asociado con náuseas y/o vómitos, dolor abdominal o fotofobia/ fonofobia

Migraña

Debe cumplir al menos 3 de los siguientes criterios:

1. Duración de 1 a 72 horas
2. Hemicraneal
3. Pulsátil
4. Asociada a dolor abdominal, náuseas o vómitos
5. Mejora con el sueño
6. Fonofobia y/o fonofobia
7. Aura visual, sensitiva o motora
8. Familiares de primer grado con antecedentes de migraña



Tensional

- Episodios recurrentes de cefalea de duración de varios minutos a una semana (**30 min-7 días**).
- Localización **bilateral**. Carácter **opresivo**.
- **No** asociado con sintomatología digestiva
- Fonofobia o fotofobia (no ambas)
- No agravamiento con ejercicio físico habitual



Cluster

- Predominio **masculino**, >10 años de edad.
- Episodios **recurrentes** durante varias semanas a meses, con duración < 3 h (10-60 min).
- Localización **unilateral** (normalmente **frontalperiorbitario**).
- Carácter **lancinante**.
- Asociación con sintomatología **autonómica ipsilateral**: *Lagrimeo, inyección conjuntival, rinorrea, eritema facial o Síndrome de Horner*

Tratamiento

Medidas Generales

- Respetar horas de **sueño**. Evitar **estrés** y problemas psicológicos
- Evitar alcohol y determinados alimentos que pueden actuar como factores **precipitantes** de crisis (chocolate, queso, plátano, frutos secos, cafeína...)
- Ejercicio físico **moderado**. Evitar intenso.
- Evitar ayuno prolongado
- Evitar exposición prolongada a luces brillantes, ruidos intensos, TV...

Tratamiento CRISIS

Primera línea

Aislamiento neurosensorial

Reposo en lugar oscuro, tranquilo y sin ruidos

Oxígeno al 100%

En cefalea en racimos a < 12 lpm (15-20min)

Analgésicos menores

Administración precoz dentro del episodio

- **Ibuprofeno** 10mg/kg.
- **Paracetamol** 15mg/kg.
- **Metamizol** 20-40 mg/kg
- **Naproxeno** 5-10 mg/kg

** Antieméticos mejoran síntomas GI y facilitan absorción de analgésicos.*

Ondansetrón: 0,15mg/kg.

Dosis máx. 8 mg/dosis/8horas.

Tratamiento CRISIS

Segunda línea

Agonistas de receptores 5HT₁

- **Sumatriptán** 10-20mg/dosis intranasal
(máx. 40mg) en > 12 años.

Administrar 10mg inicialmente salvo si en crisis previas precisó 20 mg.

Si hay respuesta parcial, administrar 2ª dosis pasadas 2 horas.

Contraindicaciones: HTA no controlada, CC, enfermedad coronaria/ACV, vasculopatía periférica e insuf. Hepática.

Fármacos coadyuvantes

Clorpromazina o Diazepam y
Corticoides (Metilprednisolona o
Dexametasona)

Tratamiento CRISIS

Estatus (48-72 horas)

Analgesia IV

Ondansetrón IV

Suero terapia si vómitos incoercibles

- Corticoides:

Metilprednisolona 1-2 mg/kg/día VO/IV

Dexametasona 0,3-0,6 mg/kg/día VO/IV

- **Clorpromazina:** 2,5 mg/kg/6-8 horas VO/IV

- **Meperidina** 0,5-2mg/kg/3-4h SC/Parenteral

- **Diazepam** 0,1-0,3 mg/kg/dosis (Máx 10mg). VO/IV

Cefalea y portadores de VDVP

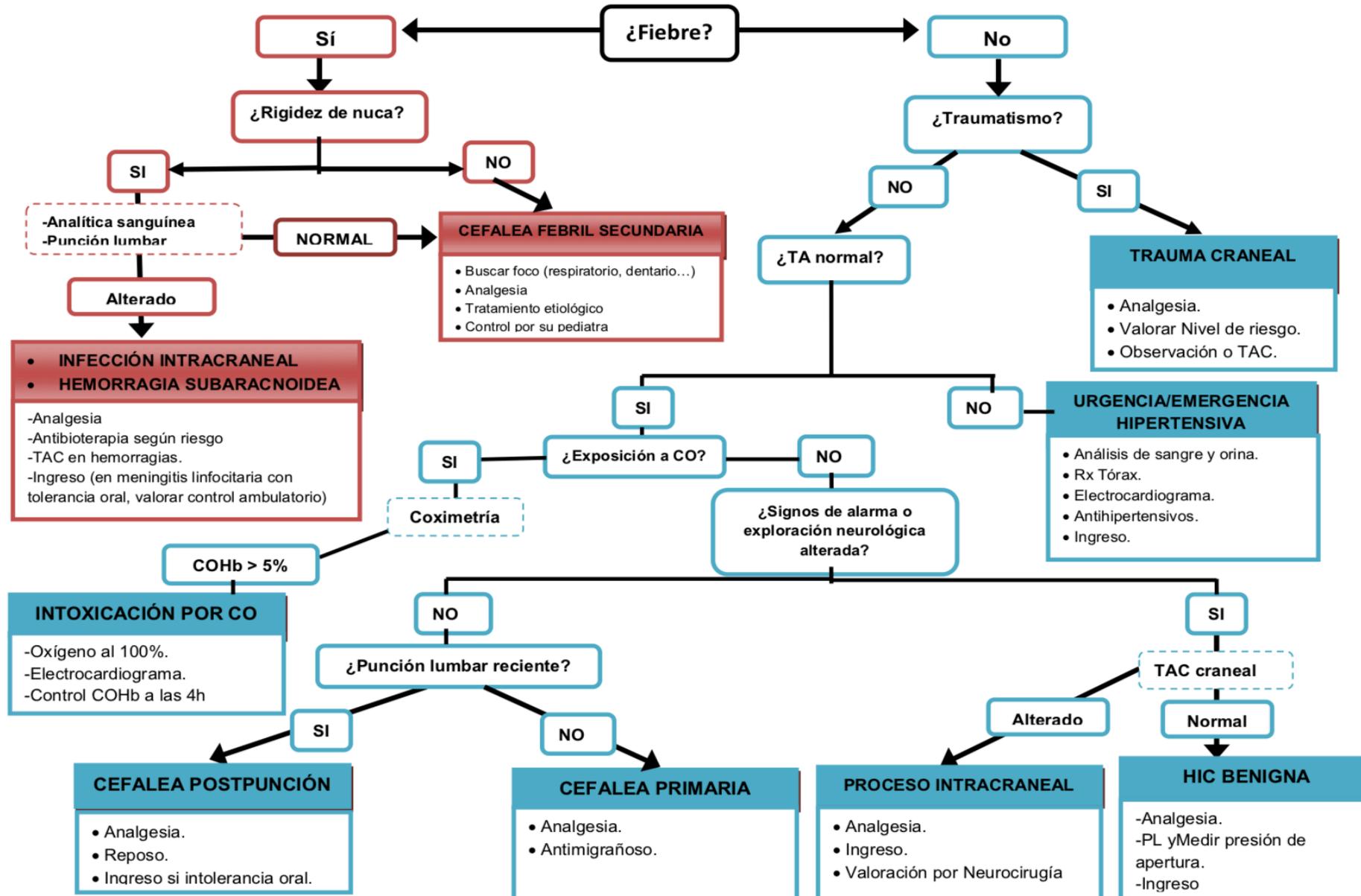
- Pensar siempre en **drenaje excesivo** de válvula

Formas de presentación

- Crónica: Cefaleas esporádicas que no interfieren con la vida habitual.
- Subaguda: La cefalea empieza a interferir en la vida habitual del paciente.
- Aguda: De manera brusca presenta cefalea con afectación del estado general.

¿CÓMO ACTUAR?

- TAC: Disminución de tamaño de ventrículos  Neurocirugía



GRACIAS

