

Signos Vitales: determinación de la presión arterial como causa o consecuencia de la HIC. La modificación del pulso y de la presión arterial son características en la hipertensión endocraneana aguda. La mayoría de pacientes presentan hipertensión arterial moderada con disminución paulatina del pulso hasta llegar a bradicardia severa si el proceso de HIC progresa.²¹

Estigmas Cutáneos: manchas café, hipocrómicas u otras habida cuenta de los síndromes neurocutáneos asociados a lesiones del SNC, dado el origen embriogénico compartido de la piel y el sistema nervioso.²²⁻²³

Fondo de Ojo: su alteración (edema de papila, falta de latido venoso) habla de cuadro hipertensivo endocraneano. Los cambios precoces consisten en borrosidad de los márgenes superior e inferior de la papila y congestión venosa que puede acompañarse de ausencia del pulso venoso. Si la causa de HIC persiste durante semanas, aumenta la borrosidad de los márgenes y aparece una elevación papilar con aumento del tamaño del disco.²⁴

Pares Craneales: frecuentemente afectado el VI (motor ocular externo) cuyo largo trayecto hace que sea pasible de sufrir las consecuencias de la HIC y se convierte en un indicador precoz, aunque no buen localizador topográfico de la lesión. Otros pares afectados son el III (Motor Ocular Común) y cualesquiera otros, sobre todo en los procesos que afecten estructuralmente su origen en tallo cerebral.

Examen Motor y Sensitivo: déficit en la motilidad, alteraciones en el tono muscular o en los reflejos osteotendinosos que pueden traducir anormalidad estructural o de focalización de daño neurológico.

Marcha y Examen Cerebeloso: la supremacía de procesos expansivos infratentoriales, en la infancia y en la fosa posterior, hace que las alteraciones del equilibrio, marcha o signología cerebelosa, sean frecuentes.

Búsqueda de Signos Meníngicos: por compromiso de pares craneales bajos o en procesos de tipo infeccioso.

Examen Mental: detallando las habilidades y características del lenguaje, los procesos cognitivos, cambios conductuales o de rendimiento académico, pautas de desarrollo, etc.

EXÁMENES DE GABINETE

De haber ejecutado bien las consideraciones y pasos anteriores, se podría tener una idea bastante acabada del cuadro, de la etiología y posible causa de la cefalea que nos encontramos evaluando y podrían ser seleccionados los estudios con mejor relación costo/beneficio.¹⁷ Los estudios a considerar son los descritos a continuación.

Exámenes en Sangre: de rutina en sospecha de relación a procesos infecciosos, ingestión o abuso de fármacos, toxicología por metales u otros, collagenopatías.

LCR: por sospecha de procesos infecciosos del SNC (meningitis, encefalitis, etc.); cuadros de presentación aguda tales como las hemorragias o medición de la presión in-

tracraneana ante posibilidad de pseudotumor cerebri. Verificar la existencia o no de procesos ocupativos, con aumento de la PIC, antes de proceder a realizar la PL dada la posibilidad de un cuadro catastrófico de enclavamiento con las ya consabidas consecuencias.

Radiografía de Cráneo: relegada a escasas indicaciones: valoración de suturas en las craneosinostosis, identificación de procesos sinusales, calcificaciones o alteraciones en silla turca

EEG: su escasa utilidad para el estudio de las cefaleas ha sido mencionada en varios estudios,²⁵ si bien en la práctica se observa, a menudo, la inclusión de este método de estudio. La interpretación del EEG en los niños es difícil de establecer, dada la variabilidad de los EEGs en diferentes grupos etarios, dificultad para encontrar grupos de control adecuados y al hecho de que un tipo de trazado en determinada circunstancia o edad puede ser considerado anormal y en otras no patológico.²⁶ Su uso podría ser considerado si existe sospecha clínica de crisis convulsivas.

Imágenes: son perentorios en los casos de cefaleas asociadas a clínica de HIC o examen con datos de localización topográfica, como lo reportó la Academia Americana de Neurología,²⁷ refrendado posteriormente en el subsecuente reporte del 2000 y en el informe de Headache Consortium.²⁸ En una serie de imágenes en niños con cefaleas, independientemente de su tipo (migraña, tensional, mixta, TCE, convulsiones y otras) practicaron RMN en 483 pacientes, TAC en 116 y ambas en 75. Se detectaron 97 imágenes anormales (79 hallazgos casuales y 18 con lesiones ocupativas). Cuando los pacientes fueron seleccionados por neurólogos conforme a criterios predictores,²⁹ sobre un universo de 1.175 niños con cefalea, se encontraron 14 pacientes (2,3%) con lesiones que requirieron intervención quirúrgica y, llamativamente, todos ellos habían reportado anormalidades al examen neurológico.³⁰ Por ello no están indicadas imágenes, sin datos de alarma o examen neurológico normal, en pacientes con cefaleas recurrentes.³¹ Respecto a cuándo solicitar los estudios conforme a Lewis,³¹ las podemos clasificar según su prioridad en Cuadro 4.

Cuadro 4. Solicitud de Estudios de Imágenes.

Urgente	Mediana
Cefalea Aguda	Cefalea o vómitos al despertar
La peor cefalea de mi vida	Cefalea focalizada siempre en el mismo lugar
Crónica progresiva	Presencia de signos meníngicos
Signos de focalización neurológica	
Examen neurológico anormal	
Edema de papila	
Alteración de los movimientos oculares	
Hemiparesia	