Sociedad Argentina de Pediatría
Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202510660

Accidente cerebrovascular en niños: consenso sobre diagnóstico y tratamiento

Stroke in children: Consensus on diagnosis and treatment

Pablo E. Petracca[1], Alejandro Siaba Serrate[2], Mónica A.R. Centeno[1], Deborah Turina[2], Daniela Morell[1], Flavio Requejo[3], Diego Brandoni[1,2], Paula Caporal[2], Agustina Mayans[2], Gustavo Costales[2], Thomas Iolster[1]

RESUMEN

El accidente cerebrovascular (ACV) pediátrico, isquémico o hemorrágico, afecta a niños desde el nacimiento hasta los 18 años. Aunque su incidencia es baja, genera alta morbimortalidad y secuelas. El diagnóstico suele retrasarse por baja sospecha clínica y síntomas variables según la edad, por lo que la detección precoz es esencial para mejorar resultados. Las neuroimágenes, especialmente resonancia magnética (RM) y tomografía computada (TC), son fundamentales. En el ACV isquémico, la trombólisis y la trombectomía mecánica son opciones terapéuticas en casos seleccionados. La mortalidad hospitalaria oscila entre el 3 % y el 6 % en el ACV isquémico y es mayor en el hemorrágico; la epilepsia constituye un riesgo a largo plazo. Se requiere capacitación multidisciplinaria y protocolos adaptados a cada institución para optimizar la atención. Estas recomendaciones no implican recursos adicionales, sino educación y organización para garantizar una respuesta rápida y eficaz.

Palabras clave: *accidente cerebrovascular; diagnóstico precoz; terapia trombolítica; trombectomía; neuroimagen.*

ABSTRACT

Pediatric stroke (PS) may be ischemic or hemorrhagic and affects patients from birth to 18 years. Although its incidence is low, it carries significant morbidity and mortality. Diagnosis is frequently delayed due to low clinical suspicion and age-dependent symptoms, making early recognition essential for better outcomes. Neuroimaging, particularly magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography (CT), is fundamental for confirmation. For ischemic PS, reperfusion therapies such as thrombolysis and mechanical thrombectomy are treatment options in selected cases. Hospital mortality ranges from 3 % to 6 % for ischemic stroke and is higher for hemorrhagic forms. Long-term complications include epilepsy and persistent neurological deficits. Improving care requires educational tools and multidisciplinary training for prehospital and hospital teams, along with institution-specific protocols. Implementing these measures does not demand additional resources but rather adaptation and professional education to ensure timely diagnosis and treatment.

Keywords: *stroke; early diagnosis; thrombolytic therapy; thrombectomy; neuroimaging.*

doi: http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10660

Cómo citar: Petracca PE, Siaba Serrate A, Centeno MAR, Turina D, Morelli D, Requejo F, et al. Accidente cerebrovascular en niños: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202510660.

[1] Sociedad Argentina de Pediatría; [2] Sociedad Argentina de Terapia Intensiva; [3] Asociación Argentina de Neurocirugía.

Correspondencia para *Pablo E. Petracca: ppetracca@intramed.net*

Financiamiento*: Ninguno.*

Conflicto de intereses: *Ninguno que declarar.*

Recibido*: 4-2-2025*
Aceptado*: 10-2-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) pediátrico se refiere a todo trastorno en el que un área del encéfalo se ve afectada transitoria o permanentemente, por isquemia o hemorragia por el compromiso de uno o más vasos cerebrales. Puede afectar a todos los rangos etarios; en este consenso nos referiremos a los pacientes entre los 28 días de vida y los 18 años. Su relevancia se debe a la alta morbimortalidad (6-10 %, recurrencia 20 %, secuelas 70 %).

El diagnóstico temprano es crucial para iniciar tratamientos específicos, como la trombólisis o la trombectomía en ciertos grupos de edad, o para proporcionar cuidados de neuroprotección y reducir las secuelas neurológicas. Las manifestaciones clínicas varían según la edad, y en pacientes pediátricos, a menudo hay retrasos en el diagnóstico debido a la falta de detección del déficit neurológico, baja sospecha clínica, frecuencia de cuadros similares de ACV y retrasos en las neuroimágenes.

La mayor parte de los ACV en pediatría presentan factores de riesgo predisponentes que se deben investigar.

El objetivo de este consenso es ofrecer herramientas para implementar protocolos estandarizados de atención que contribuyan a aumentar la sospecha clínica de ACV, incrementar el diagnóstico temprano y optimizar el tratamiento para mejorar los resultados en la población pediátrica.

CLASIFICACIÓN

El ACV pediátrico se clasifica en isquémico o hemorrágico, con incidencia similar (en adultos, predomina el isquémico). El ACV isquémico incluye la oclusión arterial (AIS) y el infarto venoso causado por trombosis del seno venoso cerebral (TSVC) o trombosis de venas corticales. La TSVC puede o no estar acompañada de hemorragia. El ACV hemorrágico incluye cualquier hemorragia intracraneal espontánea (hemorragia intracerebral o hemorragia subaracnoidea). En la *Tabla 1*, se describen las causas que contribuyen al ACV hemorrágico[1-10] y, en la *Tabla 2*, las etiológicas de ACV isquémico.[6,9,11]

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

El factor más importante para mejorar los resultados neurológicos de pacientes con ACV es el tiempo; se resalta la importancia de un diagnóstico precoz. La presentación clínica es variable según el área del cerebro afectada; es importante el alto índice de sospecha. Se debe considerar el diagnóstico de ACV en cualquier paciente con los siguientes síntomas[1-4,6,8,12,13] de comienzo agudo luego de descartar hipoglucemia:

- Déficit neurológico focal agudo (incluso si ha desaparecido al momento de la consulta).
- Afasia.
- Alteración visual.
- Convulsiones afebriles focales o generalizadas de inicio reciente.
- Cefalea grave de inicio reciente.
- Signos de hipertensión endocraneana (HTE).
- Ataxia, vértigo o mareos de inicio reciente.
- Alteración de la conciencia (evaluar según la escala de coma de Glasgow apropiada para la edad o mediante AVPU, por sus siglas en inglés: alerta, voz, dolor, inconsciente).
- Comienzo repentino de dolor o rigidez cervical.

El acrónimo del inglés BE FAST (B: *Balance* [alteración del equilibrio]; E: *Eye* [pérdida o alteración de visión]; F: *Face* [asimetrías o parálisis o parestesias]; A: *Arm* [brazo o pierna con pérdida de fuerza o sensibilidad]; S: *Speech* [problemas para comunicarse]; T: *Time* [no pierda tiempo; llame al servicio de emergencias o concurra a uno]) puede ser utilizado para un repaso rápido de los signos de ACV (*Tabla 1*).[1-10]

Para una evaluación completa, se recomienda utilizar la Escala Pediátrica de Accidentes Cerebrovasculares del Instituto Nacional de Salud (PedNIHSS).

En algunos casos, los signos no son claros, por lo que hay que considerar las inquietudes de los padres o del paciente sobre síntomas inusuales.

EVALUACIÓN

1. Neuroimágenes

Las imágenes son indispensables para el diagnóstico de ACV y deben realizarse de inmediato ante la sospecha de ACV. Las recomendaciones son las siguientes:[2-5,11-15]

a. Pacientes clínicamente estables sin signos de hipertensión endocraneana (HTE) o alteración grave de la conciencia:
   - Realizar resonancia magnética nuclear (RMN) sin contraste dentro de la primera hora. La RMN es más sensible para detectar isquemia aguda que la tomografía computada (TC).
   - Se recomienda incluir imágenes ponderadas por difusión y angiografía por resonancia magnética (ARMN) cerebral y cervical en el estudio inicial.

Tabla 1. Causas de accidente cerebrovascular hemorrágico

Malformaciones vasculares congénitas	MAV (la más frecuente) Angioma venoso Cavernomas Aneurisma intracraneal
Causa hematooncológica	PTI Leucemias Neoplasias cerebrales
Hipertensión arterial	Traumatismos Maltrato infantil
Vasculopatías y vasculitis	Ehlers Danlos tipo IV Moyamoya SUH
Coagulopatías	Hepatopatía Deficiencia de vitamina K o de factores de coagulación

MAV: malformación arteriovenosa; PTI: púrpura trombocitopénica idiopática; SUH: síndrome uremicohemolítico.

- Si no hay disponibilidad inmediata de RMN, se debe realizar una tomografía computada (TC) de cerebro de urgencia. Debe incluir angiotomografía cerebral y cervical si está disponible.

b. Pacientes inestables clínicamente después de la resucitación o con signos de HTE y/o escala de coma de Glasgow (ECG) ≤ 8: Realizar TAC de cerebro dentro de la primera hora; debe incluir angiotomografía cerebral y cervical si está disponible. RMN dentro de las 24 horas si la TAC inicial es negativa y persiste la sospecha de ACV.

Consideraciones pediátricas en la evaluación de infarto central vs. penumbra (área del tejido cerebral dañado perilesional potencialmente recuperable):

- Los umbrales para estimar el infarto central frente a la penumbra utilizando imágenes de perfusión procesadas pueden diferir en pacientes jóvenes en comparación con adultos mayores.
- Los valores de perfusión varían según edad y madurez cerebral.

El informe de las imágenes debe estar disponible dentro de la hora de realizadas para una evaluación oportuna. Debe identificar una de las siguientes 3 posibilidades:

- ACV hemorrágico.
- ACV isquémico.
- Sin ACV.

2. Laboratorio

Los estudios de laboratorio son necesarios para evaluar el estado del paciente y para la aproximación diagnóstica. Los estudios iniciales[4,5,16] serán los mismos para todos los pacientes, luego se deberán ampliar según las sospechas diagnósticas. Esto incluye:

- Hemograma completo, incluidas plaquetas.
- Electrolitos, estado ácido base, urea y creatinina.
- Glucosa sérica.
- Hepatograma.
- Tiempo de protrombina (TP) y relación internacional normalizada (RIN).
- Tiempo de tromboplastina parcial (APTT).
- Fibrinógeno.
- Grupo y factor.

En niños con ACV isquémico, la evaluación hematológica[4,5,12] se ampliará con:

- Proteína C funcional.
- Proteína S libre y total o proteína S funcional.
- Antitrombina III.
- Mutación del gen de la protrombina G20210A.
- Mutación del gen del factor V Leiden.
- Anticuerpos anticardiolipinas (IgG e IgM).
- Anticuerpos beta2-glucoproteína I (IgG e IgM).
- Pruebas de anticoagulantes lúpicos.
- Actividad de los factores VII y VIII.

Estos estudios podrán ampliarse según los hallazgos y evaluaciones de especialistas. No es necesario evaluar el estado de hipercoagulabilidad en niños con enfermedad de células falciformes.

3. Evaluación cardiovascular

En todo paciente con sospecha de ACV isquémico, realizar un electrocardiograma, ecografía con Doppler de vasos de cuello y una ecocardiografía transtorácica (ETT) con estudio de solución salina agitada (técnica de burbujas) para evaluar la posible fuente cardíaca de embolia.[4,6,12,13] Considerar la realización de ecografía Doppler de las cuatro extremidades en niños con ictus criptogénico que tienen un estudio de burbujas positivo en la ETT.

Tabla 2. Factores de riesgo y contribuyentes del accidente cerebrovascular isquémico

Arteriopatías	Arteriopatía cerebral focal
	Moyamoya
	Disección arterial
	Vasculitis
	Arteriopatía por anemia de células falciformes
	Arteriopatía posvaricela
Cardiopatía	Cardiopatías congénitas y adquiridas
	Foramen oval persistente
	Posoperatorio cirugía cardíaca (>72 h)
	Cirugía cardíaca previa
	Cateterismo cardíaco
	ECMO, asistencia ventricular externa
	Arritmias
Enfermedades sistémicas crónicas	Drepanocitosis
	Catéteres permanentes
	Trisomía 21
	Hemopatías malignas
	Déficit de hierro
	Anticonceptivos orales
	Tumores sólidos extracraneales
	Quimioterapia con L-asparraginasa
Estados protrombóticos	Factor V Leiden
	Déficit de metilenetetrahidrofolato reductasa
	Hiperlipoproteinemia alfa
	Trombofilias genéticas y adquiridas
	Déficit de proteínas C y S
	Déficit de antitrombina III
	Hiperhomocistinemia
Enfermedades agudas	Sepsis
	Shock
	Fiebre >48 h
	Deshidratación
	Acidosis
	Hipoxia
	Gastroenteritis viral
Enfermedades crónicas de cabeza y cuello	Migraña
	Tumor cerebral
	Tumores de cabeza y cuello
	Derivaciones ventriculares
	Aneurismas cerebrales y MAV
	Síndrome PHACES
Factores de riesgo de arterioesclerosis del adulto	HTA
	Hiperlipemia
	Diabetes mellitus tipo 1
Enfermedades agudas de cabeza y cuello	Traumatismos craneales y de cuello
	Faringitis
	Meningitis
	Cirugía intracraneal reciente
	OMA
	Mastoiditis

ECMO: membrana de oxigenación extracorpórea; MAV: malformación arteriovenosa; HTA: hipertensión arterial; OMA: otitis media aguda.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Cuando se evalúa un niño con un posible accidente cerebrovascular (ACV), es importante considerar los siguientes diagnósticos diferenciales:[4]

- Tumores y lesiones cerebrales estructurales.
- Paresia posictal prolongada (síndrome de Todd).
- Migrañas.
- Hemiplejia alternante familiar.
- Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRESS).
- Absceso cerebral o meningoencefalitis.
- Enfermedades desmielinizantes (ADEM) y encefalomielitis.
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Toxicidad farmacológica.
- Cerebelitis postinfecciosa.
- Ataxia cerebelosa aguda.
- Trastornos musculoesqueléticos.
- Trastornos psicógenos.

MANEJO INICIAL

El objetivo del tratamiento inicial es lograr la estabilidad clínica, implementar medidas de neuroprotección y lograr un diagnóstico por neuroimágenes lo más precozmente posible. Los pacientes con sospecha de ACV deben ser tratados en un ambiente con posibilidad de monitoreo continuo, idealmente en una terapia intensiva pediátrica con experiencia en este tipo de pacientes.

Medidas generales[1-9,13-19]

- Mantener la vía aérea permeable, la ventilación y la circulación (ABC).
- Hidratación. Necesidades basales. No utilizar soluciones hipotónicas.
- Objetivos: normoglucemia, normotermia (tratar agresivamente la hipertermia), normocapnia, normooxemia, natremia >140 mEq/L.
- Monitoreo niveles de hemoglobina, según gravedad, mayor a 9 g/dl.
- Corregir enérgicamente la hipotensión arterial.
- Realizar controles neurológicos frecuentes.
- Mantener la línea media de cabeza y cuello para facilitar el drenaje venoso.
- Cabeza plana a excepción de sospecha de hipertensión intracraneal.
- Proporcionar analgesia adecuada para mitigar la respuesta a estímulos nocivos.
- Precauciones de aspiración, como el ayuno hasta la evaluación de la deglución.

Ante la sospecha de enclavamiento por aumento de la presión intracraneal (PIC),[6,12,16,17] se indicará:

a. Hiperventilación a PCO_2 de 25 a 30 mmHg:
   - Si el niño está intubado, se puede aplicar hiperventilación para reducir la presión parcial de dióxido de carbono (PCO_2) en sangre. Esto puede contribuir a disminuir la PIC.
b. Terapia hiperosmolar:
   - Con manitol se administra un bolo intravenoso de 1 g/kg durante 20 a 30 minutos, seguido de infusiones de 0,25 a 0,5 g/kg según sea necesario (generalmente cada seis a ocho horas).
   - También se puede utilizar solución salina hipertónica al 3 % (bolo de 5 ml/kg, seguido de 0,5 a 1 ml/kg/hora).
c. Evaluación urgente por Neurocirugía: en última instancia, si las medidas anteriores no son suficientes, puede ser necesario realizar una craniectomía descompresiva para controlar las elevaciones refractarias de la PIC y el efecto de masa del edema cerebral.

Medidas específicas

El escenario definido por las neuroimágenes (ACV isquémico confirmado, ACV hemorrágico confirmado, sin ACV confirmado) guiará el proceso terapéutico.

ACV isquémico confirmado

El objetivo es lograr la reperfusión del vaso afectado. Cuanto antes se inicie el tratamiento, más altas son las posibilidades de éxito, por ello es crucial seguir estrictamente los límites de tiempo y los criterios de elegibilidad para alguno de los siguientes dos tratamientos: *trombólisis* o *trombectomía.* Siempre debe consensuarse con Neurocirugía, Neurointervencionismo y Hematología.[5,15,18-27]

Trombólisis: Es el intento de disolución del coágulo utilizando el activador recombinante de plasminógeno (rtPA). Si bien la utilización de rtPA no ha sido aprobada en la edad pediátrica por la FDA, y puede considerarse en niños mayores a 2 años. Debe considerarse como opción terapéutica en niños mayores a 8 años (basado en el estudio TIPSTER, que analizó retrospectivamente la seguridad de la trombólisis intravenosa en caso de ACV).[4-9,11-14,16,18,20,23,27,29]

La elección de los pacientes candidatos a trombólisis puede definirse contestando *positivamente* a todos los siguientes ítems:[4,6,15,18,20,27]

- Edad ≥2 años.
- Intervalo entre el inicio de los síntomas y la administración del tratamiento <4,5 h (es obligado conocer la hora de inicio de los síntomas).
- Escala de Rankin previo ≤2. Valorar >2 según calidad de vida, y soporte social o familiar.
- Diagnóstico clínico y radiológico de ictus isquémico con una puntuación PedNIHSS ≥4 (se considerarán puntuaciones <4 en casos de –plejía de extremidad, afasia grave o hemianopsia).
- Sin hemorragia intracraneal.
- Confirmación diagnóstica. La angio-TC demuestra oclusión parcial/completa de la arteria intracraneal correspondiente al déficit clínico/radiológico, o la resonancia magnética nuclear (RM) y la angiografía por resonancia magnética (ARM) muestran evidencia de isquemia aguda en imágenes por difusión + oclusión parcial/completa de la arteria intracraneal correspondiente al déficit clínico/radiológico.
- Obtención del consentimiento informado de los padres. En circunstancias especiales, puede ser un testigo u otros familiares o personas responsables.
- La dosis de rtPA, según el protocolo TIPS, es de 0,9 mg/kg (máximo 90 mg).[18]

Si se administra rtPA, se inicia tratamiento antiagregante plaquetario con ácido acetilsalicílico (AAS) tras 24 horas de la finalización del tratamiento trombolítico.[5] Se recomienda la administración bajo la supervisión de Hematología. Los casos que no hayan sido tratados con rtPA deben iniciar tratamiento

Tabla 3. Contraindicaciones para uso de activador recombinante de plasminógeno (rtPA)[4,14,15,18,27,29]

Antecedentes	>4,5 h desde que el paciente fue visto bien, sin déficit neurológico Pacientes con inicio de los síntomas desconocido ACV, TEC grave o neurocirugía en los últimos 3 meses Antecedente de HIC, MAV conocida o aneurisma Cirugía mayor o biopsia los últimos 10 días Hemorragia GI o GU en los últimos 21 días Paciente con neoplasias o <1 mes de fin de tratamiento del cáncer Paciente con trastornos hemorrágicos o disfunción plaquetaria, o enfermedad de VW
Factores del paciente	<2 años Paciente que rechace transfusiones Presentación clínica de IAM o pospericarditis que requiera evaluación cardiológica Punción arterial en sitio no compresible o PL en los últimos 7 días
Etiología	*Stroke* secundario a endocarditis bacteriana subaguda, enfermedad de células falciformes, meningitis, tromboembolismo o enfermedad de moyamoya
Clínica	PAS >15 % del pc95 para la edad Déficit intermedio (PedNIHSS) al inicio de la infusión de rtPA Déficit grave que sugiere ACV de territorio intenso pre-rtPA PedNIHSS >25 independiente del volumen del infarto por RM
Imágenes	Síntomas de HSA aun si TC/RM son normales TC con hipodensidad o borramiento de surco >33 % del territorio de la ACM o ASPECTS ≤7 Disección arterial cervicocefálica
Laboratorio	Glucemia <50 mg/dl o >400 mg/dl Diátesis hemorrágica con plaquetas <100 000, TP >15 segundos (RIN >1,4) o KPTT > límites normales

TEC: traumatismo encefalocraneano; HIC: hemorragia intracerebral; MAV: malformación arteriovenosa; GI: gastrointestinal; GU: genitourinario; VW: Von Willebrand; IAM: infarto agudo de miocardio; PL: punción lumbar; PAS: presión arterial sistólica; ACV: accidente cerebrovascular; PedNIHSS: escala pediátrica de accidentes cerebrovasculares del Instituto Nacional de Salud; rtPA: activador recombinante de plasminógeno; HSA: hemorragia subaracnoidea; TC/RM: tomografía computada/resonancia magnética; ACM: arteria cerebral media; ASPECTS: escala Alberta Stroke Programme Early CT Score; TP: tiempo de protrombina; RIN: índice internacional normatizado; KPTT: tiempo de tromboplastina parcial activado.

antiagregante con AAS a 5 mg/kg en las primeras 24 h del diagnóstico (salvo que esté contraindicado o haya un diagnóstico previo de drepanocitosis).

Las contraindicaciones para el uso de rtPA se describen en la *Tabla 3*.

Trombectomía mecánica[5,10,13,22,25] Es la repermeabilización del vaso afectado mediante técnicas de intervención neurorradiológicas. Los niños mayores y adolescentes que presentan una oclusión de una arteria grande en las imágenes pueden ser candidatos para la trombectomía mecánica. Se aplica incluso a pacientes que ya están anticoagulados por enfermedades cardíacas subyacentes.

La edad mínima para ser elegible para trombectomía mecánica en pediatría es controvertida. No existen dispositivos de aspiración o recuperación de *stent* diseñados específicamente para niños, lo que a menudo plantea preguntas sobre la compatibilidad de dispositivos diseñados para adultos con la vasculatura cervicocerebral pediátrica más pequeña. Aunque la cabeza y los vasos del cuello se aproximan al tamaño adulto a los 5 años, el acceso por el diámetro de la arteria femoral puede ser más limitante. Sin embargo, se ha informado que la trombectomía mecánica tiene buenos resultados en muchos niños menores de 5 años, aunque datos muy preliminares sugieren que los niños más pequeños pueden recibir menos beneficios de la trombectomía en comparación con los pacientes mayores. Se debe tener en cuenta también la tolerancia a la pérdida de sangre y la seguridad de la exposición al contraste y a la radiación en niños pequeños. Dado que no existen datos controlados aleatorios que permitan obtener recomendaciones claras sobre cuándo proceder con la trombectomía mecánica en niños, los posibles riesgos y beneficios deben ser cuidadosamente ponderados en función del grado de compromiso de cada paciente, su capacidad, edad, tamaño, etiología del accidente cerebrovascular, comorbilidades y características de imagen neurológica.[12,27]

Los criterios[1,4,7,12,23,25] para considerar la trombectomía mecánica en niños (*American Heart Association/American Stroke Association*) son:

- Déficit neurológico incapacitante persistente, con una puntuación de ≥6 en la escala PedNIHSS en el momento de la intervención.
- Oclusión confirmada de una arteria cerebral grande mediante angiografía por resonancia magnética (RM) o angiografía por tomografía computarizada (TC) en el territorio del ACV isquémico.

La trombectomía mecánica puede ser una opción dentro de las 6 a 24 horas posteriores al inicio del accidente cerebrovascular.[22-26] En estos casos, o inclusive pasadas las 24 horas, evaluar con el resto del equipo tratante de acuerdo con los hallazgos en la RMN teniendo en cuenta la relación infarto cerebral central vs. penumbra. Si predomina la penumbra, hay más posibilidades de éxito con este tratamiento (*Tabla 4*).

En niños, los siguientes son predictores de mal resultado del accidente cerebrovascular isquémico:

- Edad entre 28 días y un año.
- Tamaño de infarto grande.
- Alteración de la conciencia en la presentación.
- Convulsiones al inicio.
- Fiebre en la presentación.
- Infarto del territorio de la arteria cerebral media derecha.
- Isquemia bilateral.
- Arteriopatía.
- Hiperglucemia durante la fase aguda.
- Un déficit persistente grave un año después del inicio del accidente cerebrovascular pronosticó un mal resultado en la edad adulta.

ACV hemorrágico confirmado

El objetivo será la estabilidad clínica, el tratamiento de la hipertensión intracraneal y el monitoreo estricto de los signos de enclavamiento. Es indispensable la participación precoz del equipo neuroquirúrgico y de Hematología.

La evaluación inicial se deberá centrar en el diagnóstico rápido de la hemorragia evaluando la presencia de hipertensión intracraneal e identificando los factores de riesgo corregibles fácilmente como la trombocitopenia o la coagulopatía (*Tabla 1*). Cualquier trastorno de la coagulación debe corregirse rápidamente junto con hematología. Puede ser necesario un tratamiento quirúrgico de urgencia para evacuar el hematoma o realizar craniectomía descompresiva.

Sin ACV confirmado

Internación para monitoreo continuo, monitoreo neurológico y medidas de neuroprotección. Es indispensable la evaluación rápida por Neurología para investigar diagnósticos diferenciales.

Tabla 4. Criterios de trombectomía mecánica[10,23,25,26]

Criterios de inclusión de trombectomía mecánica (se deben cumplir todos)	Escala Rankin modificada previa al ictus ≤2. Puntuación en la escala NIHSS ≥6. Puntuación en la escala ASPECTS (TC craneal simple) ≥6. Oclusión aislada de arteria carótida interna intracraneal o arteria cerebral media proximal (segmento M1). Tiempo de evolución del ictus <6 h. Evaluar de manera individualizada en casos de >6 h y en afectación del territorio posterior. Edad >2 años (no es un criterio absoluto, se evaluará). Obtención del consentimiento informado específico del paciente o de sus familiares.
Criterios de exclusión (no se debe cumplir ninguno) (contraindica la trombectomía mecánica)	Enfermedad concomitante grave o con mal pronóstico vital a corto plazo. Hemorragia cerebral aguda o transformación hemorrágica franca en el mismo territorio vascular. Sospecha de HSA. En infartos de circulación posterior, cuando existan signos clínicos indicativos de lesión extensa irreversible (coma prolongado o abolición completa y persistente de reflejos de tronco) o datos de lesión extensa establecida en tronco del encéfalo en neuroimagen. Coma prolongado (>6 h) o abolición completa y persistente de reflejos de tronco. Plaquetas <60 000 mm^3 o alteraciones significativas de la coagulación.

NIHSS: escala National Institute of Health Stroke Scale; ASPECTS: escala Alberta Stroke Programme Early CT Score; TC: tomografía computada; HSA: hemorragia subaracnoidea.

PRONÓSTICO

- Mortalidad: Varios estudios sugieren que la mortalidad hospitalaria después de un ACV isquémico arterial en niños de 30 días a 18 años es de aproximadamente el 3 % al 6 % (5 %); es mayor en adultos jóvenes.[3] La mortalidad es mayor en el ACV hemorrágico: del 5 % al 33 %.[1]
- Discapacidad: A pesar de la plasticidad neuronal presente en los niños, la mayoría de los niños con accidente cerebrovascular tienen una discapacidad persistente.
- Epilepsia: La epilepsia parece ser un riesgo a largo plazo para los recién nacidos y los niños que han sufrido un accidente cerebrovascular. En el estudio de *stroke* basado en la población *Kaiser Permanente Medical Care Program* (KPMCP) *Kaiser Pediatric Stroke Study*, el riesgo acumulativo de epilepsia fue del 13 % a los cinco años y del 30 % a los diez años después de un accidente cerebrovascular infantil.[26]

CONCLUSIÓN

Este consenso tiene como objetivo priorizar la atención de los pacientes afectados, independientemente de si el ictus es isquémico o hemorrágico.

A la luz de la evidencia, es esencial desarrollar herramientas educativas y de capacitación multidisciplinarias para el personal prehospitalario para una correcta detección diagnóstica, así como protocolos, guías o algoritmos adaptados a cada institución, que establezcan procesos adecuados que involucren un código de accidente cerebrovascular pediátrico, para cumplir con los tiempos de protección del paciente.

La implementación de estas recomendaciones no requiere personal o recursos adicionales, sino más bien adaptarlas a cada institución de salud y proporcionar la educación multidisciplinaria necesaria para su correcto cumplimiento.[6,24] ■

Afiliaciones

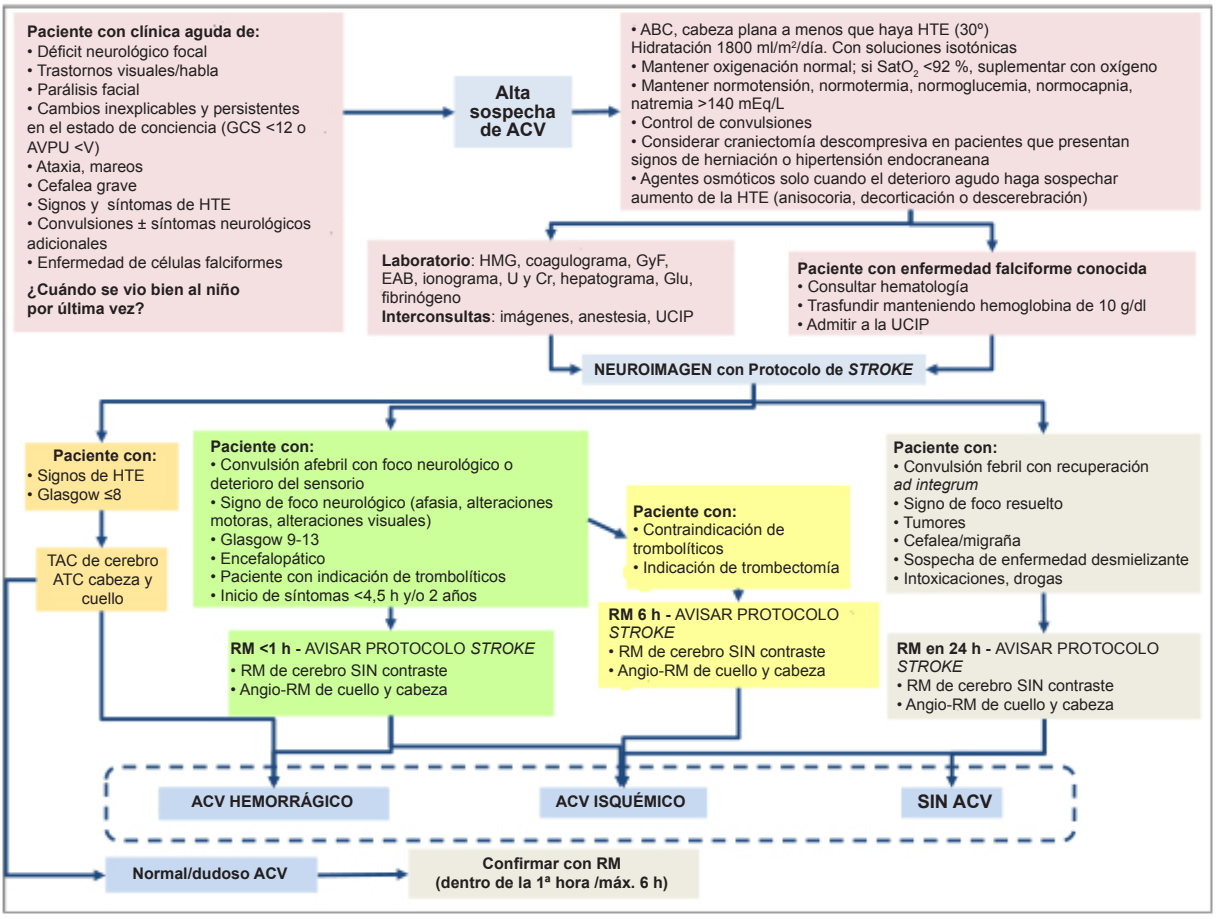
Hospital Universitario Austral, Pilar (PEP, ASS, AM, TI); Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (MARC, FR, DB); Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DT); Fleni, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GC), Hospital Infantil de Córdoba (DM). Colegio Argentino de Neurointervencinistas-

World federation of interventional and therapeutic neuroradiology (WFITN) CANI-WFITN-IPSO (FR), Escuela de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins. Baltimore, Maryland, Estados Unidos (PC).

REFERENCIAS

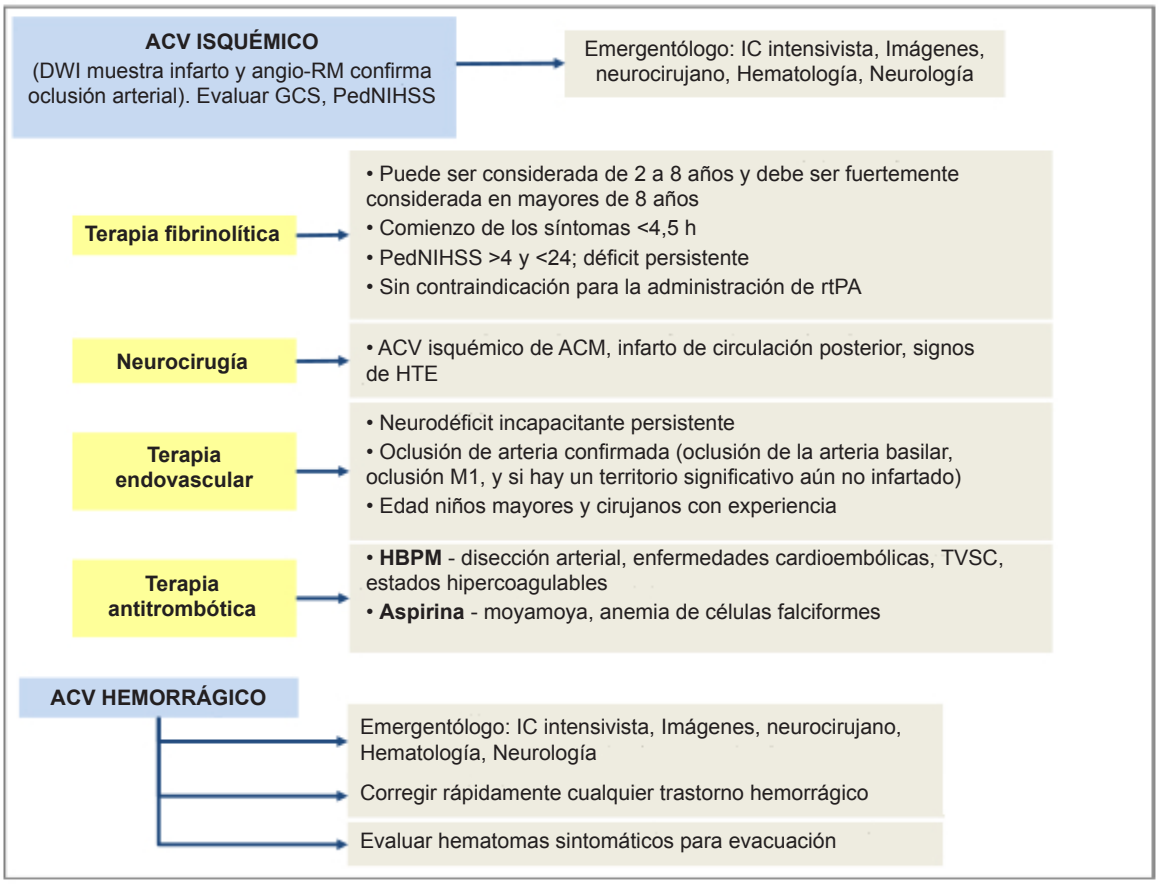
1. Beslow LA, Press CA. Hemorrhagic stroke in children. UpToDate. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hemorrhagic-stroke-in-children?search=stroke%20pediatric&topicRef=6214&source=see_link#H1360858485
2. Bernson-Leung ME, Rivkin MJ. Stroke in neonates and children. *Pediatr Rev*. 2016;37(11):463-77. doi:10.1542/pir.2016-0002.
3. Australian Childhood Stroke Advisory Committee. Childhood stroke clinical guidelines: diagnosis and acute management. Stroke Fundation. Australia; 2017. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://informme.org.au/guidelines/childhood-stroke-clinical-guidelines
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Stroke in childhood: clinical guideline for diagnosis, management and rehabilitation. Londres: RCPCH; mayo 2017. Actualizado 2021. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.rcpch.ac.uk/resources/stroke-in-childhood-clinical-guideline
5. Ferriero DM, Fullerton HJ, Bernard TJ, Billinghurst L, Daniels SR, DeBaun MR, et al. Management of stroke in neonates and children: a scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50(3):e51-96. doi: 10.1161/STR.0000000000000183.
6. Medley TL, Miteff C, Andrews I, Ware T, Cheung M, Monagle P, et al. Australian clinical consensus guideline: the diagnosis and acute management of childhood stroke. *Int J Stroke*. 2019;14(1):94-106. doi: 10.1177/1747493018799958.
7. Mastrangelo M, Giordo L, Ricciardi G, De Michele M, Toni D, Leuzzi V. Acute ischemic stroke in childhood: a comprehensive review. *Eur J Pediatr*. 2022;181(1):45-58. doi: 10.1007/s00431-021-04212-x.
8. Baldovsky MD, Okada PJ. Pediatric stroke in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(6):1578-86. doi: 10.1002/emp2.12275.
9. Hollist M, Au K, Morgan L, Shetty PA, Rane R, Hollist A, et al. Pediatric stroke: overview and recent updates. *Aging Dis*. 2021;12(4):1043-55. doi: 10.14336/AD.2021.0219.
10. Fragata I, Morais T, Silva R, Nunes AP, Loureiro P, Martins JD, et al. Endovascular treatment of pediatric ischemic stroke: A single center experience and review of the literature. *Interv Neuroradiol*. 2021;27(1):16-24. doi: 10.1177/1591019920958827.
11. Fox C, Smith SE. Arterial ischemic stroke in children and adolescents: Clinical presentation and evaluation: UpToDate; 2022. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/arterial-ischemic-stroke-in-children-and-adolescents-clinical-presentation-and-evaluation?search=stroke%20pediatric&topicRef=6215&source=see_link
12. Rajani NK, Pearce K, Campion T, Salpietro V, Planells M, Chong W, et al. Pediatric stroke: current diagnostic and management challenges. *Quant Imaging Med Surg*. 2018;8(10):984-91. doi: 10.21037/qims.2018.11.09.
13. Sun LR, Lynch JK. Advances in the diagnosis and treatment of pediatric arterial ischemic stroke. *Neurotherapeutics*. 2023;20(3):633-54. doi: 10.1007/s13311-023-01373-5.
14. Klučka J, Klabusayová E, Musilová T, Kramplová T, Skřišovská T, Kratochvíl M, et al. Pediatric patient with ischemic stroke: initial approach and early management. *Children* (Basel). 2021;8(8):649. doi: 10.3390/children8080649.
15. Rosa M, De Lucia S, Rinaldi VE, Le Gal J, Desmarest M, Veropalumbo C, et al. Paediatric arterial ischemic stroke: acute management, recent advances and remaining issues. *Ital J Pediatr*. 2015;41:95. doi: 10.1186/s13052-015-0174-y.
16. Rivkin MJ, Bernard TJ, Dowling MM, Amlie-Lefond C. Guidelines for urgent management of stroke in children. *Pediatr Neurol*. 2016;56:8-17. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2016.01.016.
17. McKinney SM, Magruder JT, Abramo TJ. An update on pediatric stroke protocol. *Pediatr Emerg Care*. 2018;34(11):810-5. doi: 10.1097/PEC.0000000000001653.
18. The Royal Children's Hospital Melbourne. Stroke. Melbourne: RCH; s.f. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Stroke/
19. Texas Children's Hospital. Diagnosis and management of acute arterial ischemic stroke in children: evidence-based guideline. Houston (TX): Texas Children's Hospital; 2019. [Consulta: 19 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.texaschildrens.org/sites/default/files/uploads/documents/outcomes/standards/AcuteIschemicStroke.pdf
20. de Castro PC, Vazquez López M, Gil Núñez A, Chacón Pascual MA, Miranda Herrero C. Acute recanalization treatments in postnatal paediatric ischaemic arterial stroke. Paediatric stroke code. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023;99(1):44-53. doi: 10.1016/j.anpede.2023.06.010.
21. Tarango C, Manco-Johnson MJ. Pediatric thrombolysis: a practical approach. *Front Pediatr*. 2017;5:260. doi:10.3389/fped.2017.00260.
22. Amlie-Lefond C, Shaw DWW, Cooper A, et al. Risk of intracranial hemorrhage following intravenous tissue plasminogen activator tPA (tissue-type plasminogen activator) for acute stroke is low in children. *Stroke*. 2020;51(2):542-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.027225.
23. Sporns PB, Sträter R, Minnerup J, Wiendl H, Hanning U, Chapot R, et al. Feasibility, safety, and outcome of endovascular recanalization in childhood stroke: the Save ChildS study. *JAMA Neurol*. 2020;77(1):25-34. doi: 10.1001/jamaneurol.2019.3403.
24. Barry M, Barry D, Kansagra AP, Hallam D, Abraham M, Amlie-Lefond C, et al. Higher-quality data collection is critical to establish the safety and efficacy of pediatric mechanical thrombectomy. *Stroke*. 2021;52(4):1213-21. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.032009.
25. Phelps K, Silos C, De La Torre S, Moreno A, Lapus R, Sanghani N, et al. Establishing a pediatric acute stroke protocol: experience of a new pediatric stroke program and predictors of acute stroke. *Front Neurol*. 2023;14:1194990. doi: 10.3389/fneur.2023.1194990.
26. Armstrong-Wells J, Johnston SC, Wu YW, Sidney S, Fullerton HJ. Prevalence and predictors of perinatal hemorrhagic stroke: results from the Kaiser pediatric stroke study. *Pediatrics*. 2009;123(3):823-8. doi: 10.1542/peds.2008-0874.

FIGURA 1. Algoritmo clínico diagnóstico



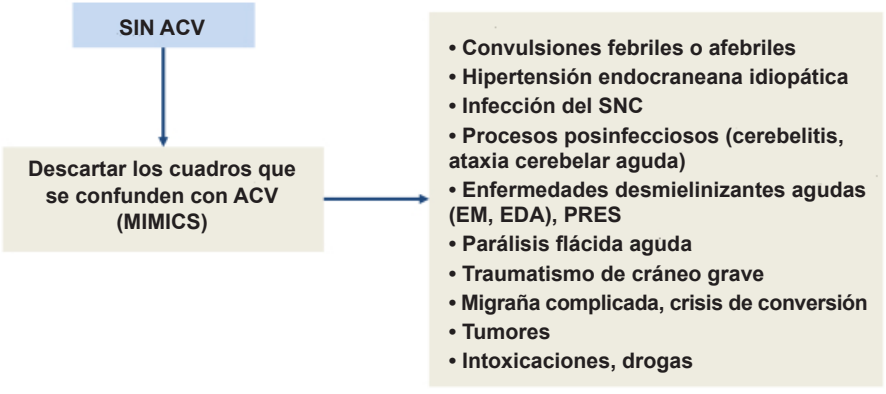
GCS: escala de coma de Glasgow; AVPU: escala rápida de conciencia: alerta, responde a la voz, responde al dolor, no responde; HTE: hipertensión endocraneana; ACV: accidente cerebrovascular; HMG: hemograma; GyF: grupo y factor; EAB: estado ácido-base: U: urea; Cr: creatinina; Glu: glucemia; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; TAC: tomografía axial computada; ATC: angiotomografía computada; RM: resonancia magnética nuclear.

FIGURA 2. Opciones terapéuticas



ACV: accidente cerebrovascular; DWI: imágenes ponderadas por difusión; RM: resonancia magnética nuclear; GCS: escala de coma de Glasgow; PedNIHSS: escala pediátrica de accidente cerebrovascular del Instituto Nacional de Salud; IC: interconsulta; TPA: activador tisular del plasminógeno; ACM: arteria cerebral media; HTE: hipertensión endocraneana; HBPM: heparina de bajo peso molecular; TVSC: trombosis venosa de senos cerebrales.

FIGURA 3. Diagnósticos diferenciales



ACV: accidente cerebrovascular; SNC: sistema nervioso central; EM: esclerosis múltiple; EDA: encefalomielitis difusa aguda; PRES: síndrome de encefalopatía posterior reversible.