

11276

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2ej.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 CON MEDICINA FAMILIAR 8A

OAXACA, OAX.

TRABAJO DE INVESTIGACION

X DR. ADRIAN PACHECO HAIRES MEDICO FAMILIAR

DR. PEDRO ANTONIO HERNANDEZ RII MF

DR. ALFREDO GARCIA BAUTISTA RII MF.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N T R O D U C C I O N

El término cefalea comprende toda molestia o dolor localizado en la cabeza, pero su uso común ha restringido su aplicación a las molestias sufridas en la región de la bóveda craneal.

La primera descripción de la cefalea se encuentra en los trabajos de Hipócrates (400 a.C.) y Areteo de Capadocia en el año 100 a.C.

La cefalea, junto con la fatiga, el hambre y la sed, constituyen las molestias más frecuentes en el ser humano, sin distinción de sexo, edad, clima y raza.

La multiplicidad de las causas y aspectos de las cefaleas ha suscitado y suscita todavía gran número de trabajos; fundado en el resultado de extensas investigaciones se afirma que, numéricamente, los tumores, las infecciones y las anomalías estructurales de los ojos, y las cavidades (de la cabeza) constituyen solo una pequeña porción de las causas de dolor de cabeza. Menos del tres por ciento de los casos más rebeldes, tomados al azar, están comprendidos en este grupo.

Todos los demás son de origen vascular, o producidos por tensión muscular. Al paso que a la hipertensión arterial, a la arteriosclerosis cerebral y a otros trastornos orgánicos sólo puede atribuirse un pequeño porcentaje de los dolores de cabeza vasculares, más del 90 por ciento son debidos a tensión emocional; por lo que no podemos esperar que en un próximo futuro el hombre se libere de las cefaleas; ya que la falta de una atmósfera de distensión y de tranquilidad en el problema del mundo de hoy contribuye a la permanencia de las distintas formas de cefaleas recurrentes.

CONSIDERACIONES GENERALES

La cefalea se origina en la excitación de receptores situados en la cabeza; son múltiples sus causas ya que todos los tejidos que cubren el craneo y la cara son más o menos sensibles al dolor. El valor -- clínico por cuanto a su etiología se refiere, va desde lo banal hasta aquello que puede poner en peligro la vida, por lo que su estudio de tallado es necesario en todos los casos.

El enfoque clínico de estos pacientes es similar al de cualquier -- otro con un problema médico en el sentido de que procede de conside-- rar al paciente como un todo, no al síntoma cefalalgia aislado. En -- realidad, la insistencia del médico en hacer prejunatas al respecto -- muchas veces sorprende al paciente, pues éste considera generalmente que el simple término de cefalalgia proporciona por sí mismo sufi-- ciente información acerca de la naturaleza del padecimiento.

Muchas cefalalgias son debidas a enfermedades médicas más que neuro-- lógicas, o a un problema psiquiátrico, de modo que el tema interesa -- en forma particular a todo médico práctico. Las reacciones de los -- individuos a las cefalalgias son sin dudas diferentes y algunos tie-- nen susceptibilidad especial a las mismas. Para diagnosticar y tra-- tar en forma adecuada un paciente con cefalalgia, el clínico debe co-- nocer los mecanismos y fisiopatología básica así como aspectos clí-- nicos del problema; el médico es consultado muchas veces, por pacien-- tes que solicitan tratamiento para ciertos dolores de cabeza que no parecen tener una base orgánica, y en quienes mediante un buen inte-- rrogatorio, es posible aclarar la preocupación, el temor y otros pro-- blemas emotivos que están exagerando molestias y dolores de poca -- importancia; si no se comprenden estas situaciones el médico pierde -- muchas veces interes y opta por referir al paciente al especialista o por prescribir solo fármacos, sin agotar todas sus posibilidades -- de dilucidación del problema.

MECANISMO EN LA PRODUCCION DE LA CEFALIA.

CAUSAS FRECUENTES:

El macizo óseo en sí no es doloroso; en el craneo solo duelen las meninges supratentoriales, especialmente las que están cercanas a los vasos arteriales y venosos, los cuales pueden ser dañados por diferentes mecanismos que mencionaremos a continuación:

- a) Mecanismo de tracción o compresión. Este especialmente se realiza sobre las arterias que forman el polígono de Willis o a nivel del sifón carotideo.
- b) Cuando existe una relajación de la pared muscular media o distensión de la misma, se produce una dilatación que puede ser la causa del dolor.
- c) Edema o inflamación. En todos los casos de procesos infecciosos o que están produciendo expansión sobre las meninges, los vasos arteriales y venosos pueden estar edematizados e inflamados y dar como consecuencia otro tipo de dolor.
- d) Por contracción. Cuando los músculos del cuello, especialmente en la parte posterior, son sometidos a tensiones constantes, se produce en ellos una tetonización y dolores en la región posterior del craneo.
- e) Por infección. Cualquier enfermedad infecciosa cuyo foco esté en ojos, nariz, oídos, amígdalas o senos estenoidales y paranasales, pueden producir dolores cefálicos.
- f) El dolor psicogénico se acompaña de vasodilatación, angustia, ansiedad, inseguridad y otros síntomas secundarios debidos a tensiones musculares paralelas al trastorno psíquico

El mecanismo más frecuente de dolor de cabeza en los casos de tracción se debe al estiramiento o sacudida de las arterias, cuya formación sirve, en parte, para soportar el cerebro sobre la base craneal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Identificar la causa de la cefalea permite instituir el tratamiento adecuado y emitir juicios de tipo pronóstico. Con este fin se recomienda observar los siguientes criterios en el interrogatorio.

- 1.-Localización del dolor.
- 2.-Irradiaciones.
- 3.-Frecuencia y relación con el ritmo sueño-vigilia.
- 4.-Intensidad.
- 5.-Tipo o modalidad de la sensación dolorosa.
- 6.-Factores que desencadenan el dolor.
- 7.-Factores que lo exacerban.
- 8.-Factores que lo atenúan.
- 9.-Síntomas que lo acompañan.

De acuerdo a estos criterios el examen médico del paciente con cefalea debe incluir en particular una investigación del estado del sistema renal y cardiovascular, de los ojos y senos, exploración neurológica y valoración de la función psicológica y estado mental, debiendo considerar también posibles problemas familiares, ocupacionales y sociológicos.

A continuación se mencionan las características sobresalientes de los síndromes que con mayor frecuencia cursan con dolor de cabeza.

A. SINDROME DE HIPERTENSION INTRACRANEAL.

Esta integrado por: cefalea, vómitos en proyectil, visión borrosa y edema de la papila óptica.

Este grupo de síntomas y signos se produce por todo aquello que con condicione aumento del contenido intracraneal, que rompe pues el equilibrio entre las delicadísimas estructuras que contiene la calotta y por consecuencia es potencialmente mortal.

No tiene localización determinada, en general se dice que afecta toda la cabeza; sus principales irradiaciones son hacia los ojos o bien hacia la nuca; es constante y no guarda relación con el ritmo sueño-vigilia; se lo describe como un dolor de tipo expansivo, como si la cabeza fuera a estallar; no se reconoce un factor desencadenante en particular se exagera con los esfuerzos físicos y se mitiga con el reposo, se acompaña de visión borrosa, síntoma producido por el edema de la papila óptica, que es el signo formal de esta entidad nosológica.

Las causas principales son: en los lactantes todas aquellas que por razones congénitas afectan o impiden la circulación del líquido cefalorraquídeo, en cuyo caso además se presenta hidrocefalia. En niños mayores son las secuelas de procesos infecto-contagiosos y las neoplasias cerebrales los factores etiológicos más frecuentes. Mas adelante son los traumatismos cráneo-encefálicos que producen edema cerebral y/o derrames intracerebrales, los abscesos, los tumores, los procesos infecciosos y sobre todo en nuestro medio la cisticercosis cerebral en todas sus modalidades.

El diagnóstico además del estudio clínico completo requiere el concurso del gabinete de rayos X y en la actualidad de la tomografía axial computerizada.

El tratamiento, dependiendo de la causa, será paliativo o curativo, pero requiere generalmente de la intervención quirúrgica, orientada a aliviar la presión intracraneal.

Pronóstico, tomando en cuenta la causas que lo producen, es que a veces sombrero.

B. MIGRAÑA, HEMICRANEA O JAQUECA DEFINICION Y VARIANTES

De acuerdo a la conclusión de la federación Mundial de Neurología de 1969 la migraña o jaqueca se puede definir como "Un trastorno familiar, caracterizado por ataques de dolor de cabeza recurrente,////

muy variables de intensidad, frecuencia y duración; comúnmente son de localización unilateral y suelen ir acompañados de náuseas y vómitos. En la mayoría de los casos va precedido o asociado a diversos trastornos neurológicos."

Friedman y V Storch exigen para ser el diagnóstico de jaqueca, que la enfermedad se ajuste a las siguientes condiciones:

- Cefalalgia recurrente, pulsátil, generalmente hemicránea.
- Trastorno neurológico de tipo visual en forma de escotomas, hemianopsia, fotofobia.
- Trastornos vegetativos: náuseas, vómitos poliuria, diarreas, vertigos.
- Síntomas psíquicos: irritabilidad, fotofobia.
- Periodos intercríticos libres de cefalalgias, pero en los que se puede reconocer en el paciente rasgos típicos de una personalidad patológica.
- Alivio o supresión del dolor en el 95% de los casos con preparados del cornezuelo del centeno.

Estas son las características generales de la jaqueca, pero es bastante frecuente la presentación de jaquecas monosintomáticas y jaquetas atípicas.

DESCRIPCION DE UNA CRISIS TIPICA.

La crisis típica de jaqueca va precedida de fenómenos prodrómicos, se inicia repentinamente con un aura que da paso a la fase dolorosa (hemicránea) y en el 60% aparecen los fenómenos vegetativos, náuseas, vómitos etc.. con los que suele terminar la crisis.

Los pródromos más frecuentes pertenecen a la esfera psíquica: el enfermo se siente deprimido, pesimista, apático, irritable. Unas veces da muestra de torpeza mental somnolencia y fatiga. Otras veces por el contrario, muestra una gran lucidez y se siente optimista e infatigable. Los pródromos digestivos: anorexia, pesadez gástrica, mal sabor de la

boca, estado nauseoso, estreñimiento, etc., conducen muchas veces al médico a considerarlos como causa de la crisis y a relacionar la jaqueca como trastornos digestivos.

Las llamadas auras son generalmente manifestaciones sensoriales: auditivas (hipoacusia transitoria, tinitus, ruido), olfatorias o gustativas. También hay auras sensitivas: parestesias (sensación de hormigeo muy molesto): a veces hay afasias, disartrias o vértigos.

Las más frecuentes son las manifestaciones ópticas y especialmente el estocoma. El enfermo bruscamente percibe un agujero ciego en su campo visual. Este al principio es pequeño, pero va agrandándose hasta que, a veces, llega a producir amaurosis. En ocasiones aumenta o disminuye de tamaño alternativamente y en otras de lugar a hemianopsia que suele ser homónima.

El estocoma ciego alterna o se asocia con el estocoma centelleante, - que consiste en un punto brillante móvil, que crece transformándose en una mancha muy brillante cuyo borde es una línea quebrada en zigzag, - por lo cual ha recibido el nombre de espectro de fortificación.

La presencia del estocoma centelleante no es muy frecuente: generalmente que reducido a puntos brillantes, móviles o "moscas volantes", o se produce visión borrosa, sensación de deslumbramiento, fotofobia.

A estos síntomas se les considera un origen vascular.

La duración de la crisis oscila entre unas seis y veinticuatro horas. Al final de la misma puede haber contractura de los músculos de la nuca, como en la cefalea por tensión.

VARIANTES DE LA JAQUECA.

Jaqueca clásica.- Cefalea recurrente severa, que se caracteriza por la presencia de pródromos perfectamente definidos y transitorios, de tipo visual, sensorial y/o motor. A menudo existen antecedentes familiares de jaqueca. Las crisis son más frecuentes durante los períodos de tranquilidad y con la edad avanzada.

Jaqueca común.- No se producen pródromos específicos: cuando exis-
 111111

ten son de naturaleza vaga y variada. Es menos frecuentemente unilateral que la clásica. Las crisis a menudo persisten después de la menopausia y pueden aumentar con la tensión arterial.

Cefalea "en racimos". Es predominantemente unilateral, siempre del mismo lado y de breve duración, rinorrea y lagrimeo. Los ataques se producen en grupos, "racimos" separados por largos intervalos de remisión.

Jaqueca oftalmopléjica.- Ataques de jaqueca asociados con parálisis de músculos oculomotores.

Jaqueca hemipléjica.- Caracterizada por la asociación de hemiplejía en las crisis de Jaqueca, es una forma rara.

Migraña facial o cefalea de la "mitad inferior de la cara".-El dolor se extiende por la cara, debajo de los ojos, alcanzando las mejillas, orificios nasales y la encía superior. Se presenta en forma recurrente, como las otras variedades de migraña. En este grupo se puede incluir la neuralgia facial atípica, la neuralgia del ganglio esfenopalatino y la neuralgia del vidiano.

FACTORES DESENCADENANTES DE LA JAQUECA.

Las reacciones vasculares de la migraña (dilatación de las arterias craneales y constricción de las arteriolas y capilares) pueden precipitarse por multitud de factores. El stress provocados por ruidos, emociones, excitaciones o también la relajación después del stress, el ejercicio físico, golpes en la cabeza, cambios en la presión atmosférica, cambios hormonales como el descenso premenstrual del estradiol el embarazo, los anticonceptivos orales, la menopausia, la hipoglicemia por abandono de una comida, ciertas comidas o bebidas como los vinos tintos que contienen tiamina, histamina, prostaglandina E y reserpina.

OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA JAQUECA.

✓ Factores reflejos.- Estímulos desagradados pueden desencadenar una crisis de Jaqueca.- Alergia.- Factores Psicológicos.- Edad y sexo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección es con preparados del cornezuelo de centeno, medicamentos a los que se les describen acción antiadrenergicas y suprimen las respuestas mediadas por los receptores alfa de excitación, interrumpen los efectos vasoconstrictores de los mediadores, disminuyen la resistencia vascular periférica, producen hipotensión arterial, pérdida de los reflejos vasoconstrictores posturales y aumentan el tono de la musculatura lisa; los derivados naturales tienen casi todos acciones ocitócicas. Estas características condicionan sus -- contraindicaciones: glaucoma, hipertrofia prostática y embarazo; algunos padecimientos periféricos; afecciones hepáticas y renales.

C.-CEFALEAS VASCULARES NO MIGRAÑOSAS.

Este capítulo de las cefaleas, de límites algo difusos, comprende estos cefalálgicos recurrentes, que se observan todos los días, pero cuya sistematización nosográfica no es unánime ni definitiva.

En plano fisiopatogénico, en estas cefaleas tiene una importancia capital la alteración de la dinámica vascular encefálica, menos intensa y paroxística que en la jaqueca o hemicránea, pero siempre esta presente.

La cefalea vascular no migrañosa, llamada también vasomotora, puede aparecer también en la adolescencia, pero generalmente se manifiesta en la edad adulta. El factor hereditario sólo está presente en menos -- del 50% de los casos. Se inicia de manera lenta e incidiosa y en dolor se prolonga a veces durante varios días e incluso semanas, lo -- que no permite hablar de una crisis dolorosa clara.

La recurrencia de las cefaleas vasomotoras es elevada, incluso cotidiana, al contrario de la jaqueca en la cual las crisis están separadas por periodos de tiempo regulares libres de dolor de cabeza.

La localización del dolor en la cefalea vasomotora tiene un carácter más bien difuso, sorbo y constante; y faltan los síntomas prodromicos.

Entre las cefaleas vasomotoras merecen destacarse por la frecuencia con que se presentan, las cefaleas meteoropáticas. Estas son debidas a una perturbación meteorológica, a un cambio de tiempo. La exposición al sol o al frío pueden jugar un papel desencadenante del episodio cefalalgico.

Otros tipos de cefaleas vasculares no jaquecosas están relacionadas con multiples factores que determinan dilataciones y estiramientos de las arterias craneanas dotadas de sensibilidad dolorosa. Entre estos factores cabe citar la fiebre así como los estados infecciosos acompañados de fiebre, la hipoglicemia, la supresión de la cafeína, --

trastornos emotivos graves o del equilibrio afectivo, hipercapnia, -- trastornos del equilibrio hídrico o electrolítico, estados de anoxia. Tratamiento.- Consiste en la supresión o reducción del agente nocivo desencadenante o del proceso patológico que se halla en la base, esto muchas veces no es posible, pues no se llega al conocimiento de la causa, o si se reconoce esta no se puede suprimir. En esta situación se acostumbra a establecer una terapéutica sintomática de la manifestación principal. Sin embargo la posibilidad de incidir sobre la reactividad anormal de los vasos y de los centros vasomotores -- que se halla presente según Krayenbull y otros autores en el 90-95% de las cefaleas ha abierto nuevas perspectivas al tratamiento de estas cefaleas, utilizando medicamentos que presenten, por su particular -- un doble mecanismo de acción: vascular y analgésico.

D.-CEFALEAS EN RACIMOS O CLUSTER HEADACHE.

La cefalea en racimos es entre las cefalalgias vasculares la que provoca el dolor más agudo. Las crisis son de corta duración (entre 10 y 30 minutos) y se presentan en racimos o grupos, apareciendo en ocasiones 20 veces o más en una semana y produciéndose generalmente en los mismos momentos del día. Cuando los ataques remiten después de un periodo de 6 a 8 semanas, solo reaparecen al cabo de varios meses o incluso años. En algunos pacientes estos episodios aparecen periódicamente en primavera y otoño.

Puede aparecer durante el sueño, despertando al paciente o durante el día, pero siempre de repente. El dolor es unilateral, localizado alrededor del ojo y la región fronto-temporal, aumentando rápidamente de intensidad en pocos minutos. A menudo el dolor irradia hacia la cara, el oído o el maxilar inferior, el cuello y el omóplato.

Existen factores psicológicos definidos que juegan un cierto papel en la producción. Un cambio en el medio ambiente, situaciones de Stress. Existe una personalidad asociada al paciente, ésta es la histeriote.

Tratamiento.- Los preparados de ergotamina yugulan las crisis.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 74 pacientes adultos, que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar, durante el lapso de tiempo comprendido de Julio a Diciembre de 1983, a los cuales se le efectuaron estudio de laboratorio y gabinete a determinados pacientes que lo ameritaron.

La investigación se llevó a cabo retrospectivamente en 60 pacientes, a través de datos obtenidos del expediente clínico, y 14 pacientes en forma directa por interrogatorio y exploración en el servicio referido.

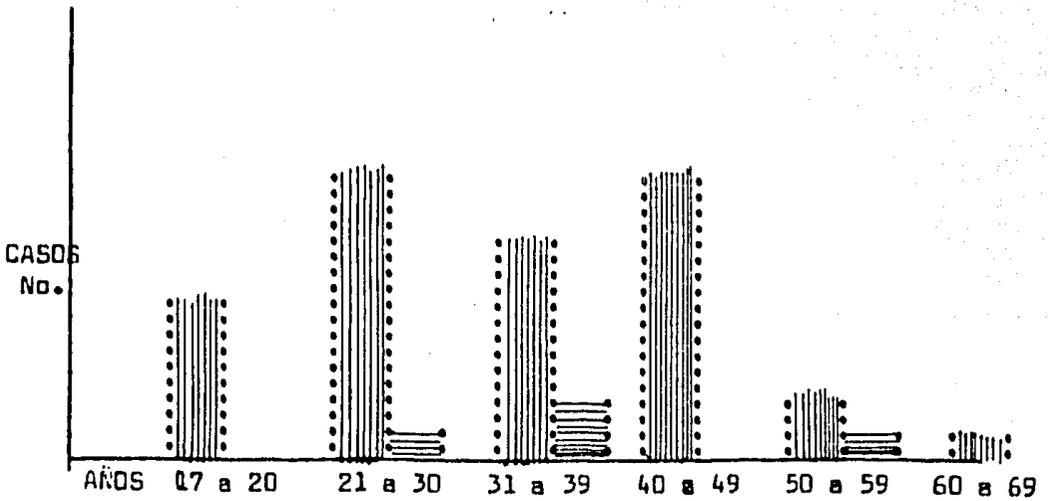
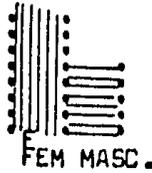
Fueron excluidos 6 pacientes por el motivo de haberse extraviado el expediente clínico, o que ya no acudieron a las citas subsiguientes.

Los datos para muestreo fueron recopilados en una libreta específica de concentración.

RESULTADOS.

La incidencia de los pacientes estudiados fueron de 17 a 67 años distribuidos por sexo y edad según la tabla siguiente:

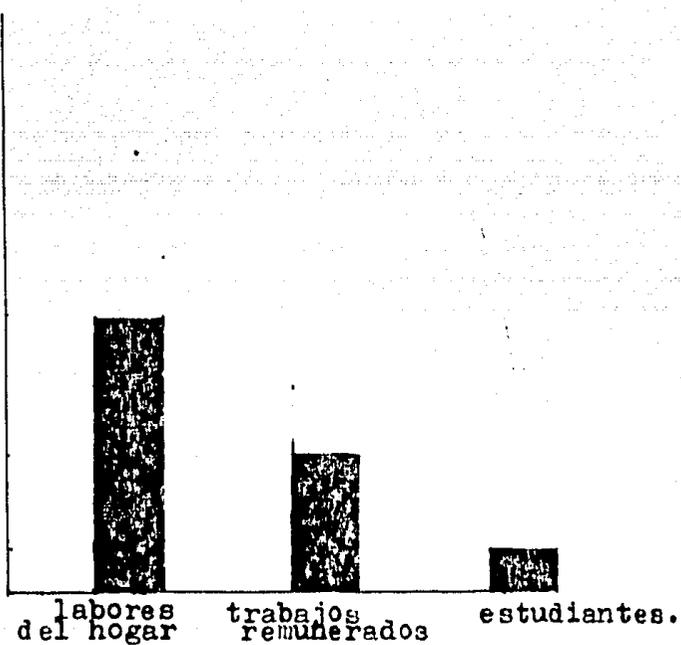
GRUPOS DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO
17 a 20	10	--
20 a 29	18	2
30 a 39	14	4
40 a 49	18	-
50 a 59	4	2
60 a 69	2	-



PORCENTAJE SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD SEXO FEMENINO

LABORES DEL HOGAR	40	60.62 %
TRABAJOS REMUNERADOS	20	30.31 %
ESTUDIANTES	6	9.07 %

No.
CASOS



CONCLUSIONES

De los casos estudiados a 3 pacientes se le efectuaron RX de cráneo AP, lateral, Towne; RX de senos paranasales, resultando los estudios sin evidencias de patología alguna. Se hospitalizaron 4 pacientes por la intensidad de la cefalea los cuales fueron vistos por Medicina Interna, Neurología y Psiquiatría, a 2 de ellas se le diagnóstico "neurosis", a los 2 restantes con el diagnóstico de cefalea tensional.

Por los signos y síntomas agregados se diagnosticaron con neurosis a 24 pacientes.

A 18 pacientes se les diagnóstico jaqueca también por los síntomas agregados.

En la siguiente hoja se especifica los resultados .

DIAGNOSTICOS FINALES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

	CASOS
NEUROSIS	24
JAQUECA	18
CEFALEA TENSIONAL	17
HIPERTENSION ARTERIAL	5
HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	4
MENOPAUSIA	4
CRISIS CONVULSIONES EPILEPTICAS	2

COMENTARIO

El número de pacientes con que se efectuó el presente estudio fue muy reducido en relación con la población general, - por lo que no podemos tomar dicho dato como una constante fija además solo una parte de los pacientes que se ven en la consulta externa, presentan una sintomatología claramente definida - clásica del libro y que permite sin lugar a dudas clasificar - una migraña de una neurosis. También es difícil trazar una clara línea de separación entre los diversos tipos de cefalea.

Así los aspectos del diagnóstico son a menudo difíciles y oscuros y la terapéutica poco orientada resulta inefectiva .

Por esta razón en la mayoría de los pacientes la obtención de la historia clínica precisa y una anotación detallada - de los síntomas permitirá por lo general, establecer la existencia de un tipo de cefalea sin relación alguna con otra patología y determinar en consecuencia la terapéutica más adecuada sin embargo la sola sospecha de la existencia de un proceso patológico subyacente requerirá proseguir una búsqueda más minuciosa auxiliándose con los exámenes de laboratorio y gávida.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-NIKIFORW R
HEADACHE IN A RANDOM SAMPLE OF 200 PERSONS CEPHALALGIA-1981
JUN,1 (2) 99-107 ENG.
- 2.-VILNERM
PREVALENCE OF FUNCIONAL DISTORBANCE AND DISCASE OF THE STOMA
TOGNATHIC SYSTEM IN 15-18 YEAR OLDS.
- 3.-COMMITTE ON CLASSIFICATION OF HEADACHES.-J.A.M.A.-179:717-
1962.
- 4.- JADRESIC A BANKS LACCHILD D.F.; DIAMONT; BOYLE PH; FRASER TR
SOPLW GF. THE ACROMEGALY SYNDROME RELATION CLINICA FEATURES,
GROW HORMONE VALUES AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE
PITUITARY TUMOURS. Q.L. MED.1982 SPRING;51 (202):181-204.
- 5.-BUNGAY GT VESSEY NP MCPHER SON CK
STUDY OF SYPTOMS IN MIDDLE LIFE WITH SPECIAL REFERENCE TO
THE MENOPAUSE BR MED.J 1980 JUL 19:281 (6234):181.3
- 6.-SYKES RH ;WASENAAR W CLARK P
INCIDENCE OF ADVERSE AFFECTS FOLLOWING METRIZAMIDE MYELOGRA
phy IN NONAMBULATORY Y AMBULATORY PATIENTS.
RADIOLOGY 1981 Mar:138 (3) 625-7 ENG
- 7.- WILKINSON M GILCHRISTE
POST-TRAUMATIC HEADACHE.
UPS -J MED SCI (SUPPOL) 1980 SUPPL 31:48-51 --ENG
- 8.-OSTERMAN PO LUNDERGPO ; LUNDQUIST S; L:OVSTRAND KG MUHRC
WEEKLY PERIODICITY OF HEADACHE AND THE AFFECT OF CHANGES
IN WEATHER QN HEADACHE.
UPS -JMED..SEI (SUPPL) 1980 SUPPL 31:23-6 ENG
- 9.-
STANLEY N.FAB.
OTORRINOLARINGOLOGIA.DOLORES DE CABEZA Pag. 143- 156.
2a Edición MANUAL MEDERNO 1981 MEXICO
- 10-CEPALALGIAS ASOCIADA CON ENFERMEDADES ORGANICAS DEL SISTEMA
NERVIOSO Pag. 471 479 DR. NEIL RASKIN CLINICAS MEDICAS DE
NORTEAMERICA Vol.3 1978 INTERAMERICANA MEX.
- 11.- CEPHALALGIA DE TENSION Dr. DEWEY K ZIEGER Pag 510-519
CLINICAS MEDICAS DE NOETEAmerica Vol. 3 1978 INTERAMERICANA
MEX
- 12.- CEFALEA ASOCIADA CON ENFERMEDADES DE LOS OJOS Dr. MYLES
M. BEHRENS Pag. 521 555 CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA
VOL3 1978 INTERAMERICANA MEXICO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

INDICE

	HOJA
INTRODUCCION-----	1
CONSIDERACIONES GENERALES-----	2
MECANISMO EN LA PRODUCCION-----	3
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL-----	4
MATERIAL Y METODOS-----	12
CONCLUSIONES-----	15
COMENTARIO-----	17
BIBLIOGRAFIA-----	18