

11227
20/10

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD MEDICINA
División Estudios Posgrado



Hospital General " Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez "
Instituto Seguridad y Servicios Sociales para los
Trabajadores del Estado.

"Estudio Clínico y Electroencefalográfico de pacientes
con Cefalea en Hospital General"

T E S I S

Trabajo de Terminación de la Especialidad en
Medicina Interna
p r e s e n t a

Dra. Grazietta Bernot Faraco

Dirigió Dra. Lourdes Scheffler
Dr. Adolfo Narvaez

México, D. F.



1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



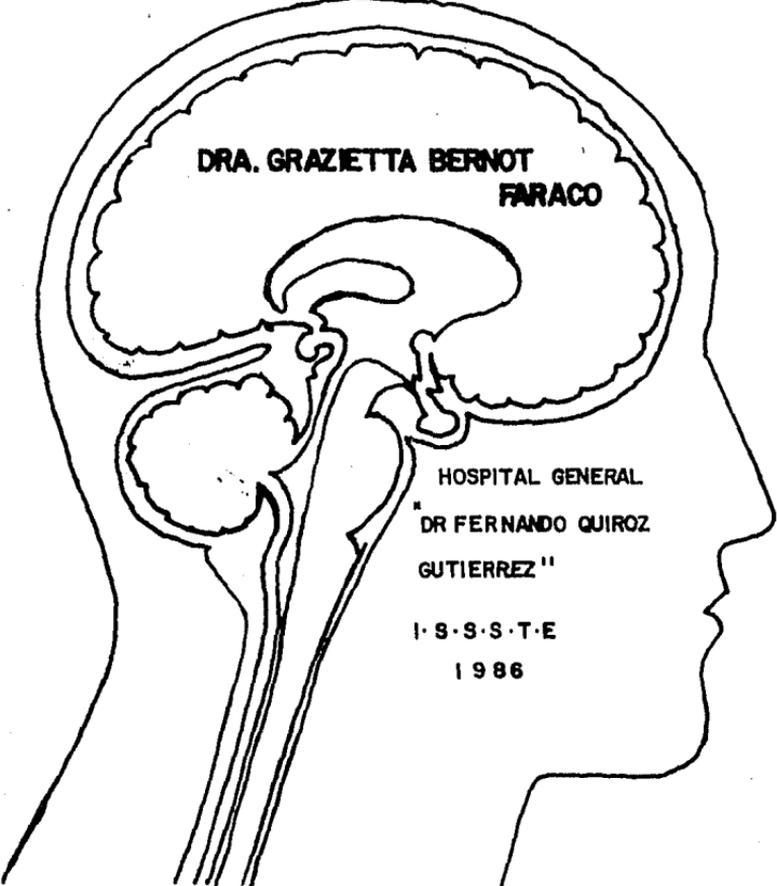
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

ESTUDIO CLINICO Y EEG
DE PACIENTES c/ CEFALEA
EN HOSPITAL GENERAL



DRA. GRAZIETTA BERNOT
FARACO

HOSPITAL GENERAL
"DR FERNANDO QUIROZ
GUTIERREZ"

I · S · S · S · T · E

1986

ESTUDIO CLINICO Y EEG DE PACIENTES
CON CEFALEA EN HOSPITAL GENERAL

H.G. "DR.FERNANDO QUIROZ GTZ."

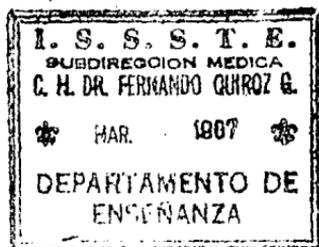


[Signature]
DRA. LOURDES SCHEFLER
ASESORA CLINICA
JEFA DE INVESTIGACION

[Signature]
DR. ADOLFO WARVAEZ
ASESOR ELECTROCEFALOGRAFICO

[Signature]
DR. OSCAR MONRROY
TITULAR DEL CURSO

[Signature]
DR. J. MANUEL VIDAL GUAL
JEFE DE ENSEÑANZA



INDICE

1- TITULO

2- AGRADECIMIENTO

3- INTRODUCCION

4- HIPOTESIS

5- OBJETIVOS

6- JUSTIFICACION

7- MATERIAL Y METODOS

8- DISEÑO

9- RESULTADOS

10- CONCLUSIONES

11- BIBLOGRAFIA

ESTRUCTURAS SENSIBLES AL DOLOR

A. -INTRACRANEANA:

1. - Arterias de Polígono de Willis.
2. - Senos Venosos.
3. - Venas Corticales.
4. - Duramadre de Base de Cráneo.
5. - Hoz de Cerebro y Tienda de Cerebelo
6. - Pares Craneales: V, IX, X.
7. - Pares Raquideos I, II, III.

B. -EXTRACRANEANA:

Arterias: temporal, occipital, menígea;
periostio, tejidos blandos.

cuadro # 1

HIPOXIA

HIPERCAPNEA

ACIDOSIS 6. 2-5. 2

VASODILATACION

1. - Disminución de O₂ , aumento CO₂
2. - Anemia.
3. - Defectos posturales.
4. - Cefalea de Horton.
5. - Enfisema
6. - Bronquiectasia.
7. - Infeccion Pulmonar.
8. - Síndrome de Pickwick.

CEFALEA

cuadro # 2

FISIOPATOLOGIA DE LAS CEFALEAS

INTRODUCCION

La cefalea es el dolor comprendido entre las órbitas y la región occipital.

Si se exceptúa al hambre y la fatiga, la cefalea es sin duda la molestia física más frecuente. Puede ser una manifestación de enfermedad grave, pero la mayor parte de los casos se asocia a cansancio, o alguna otra causa benigna.

Casi siempre la cefalea crónica es debida a enfermedades de los ojos, nariz, oídos, dientes, hipertensión arterial, aterosclerosis cerebral, anoxia o asfixia cerebral.

El dolor de cabeza representa a una incapacidad relativa del individuo para manejar las incertidumbres de la vida, una sintomatología que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o de la conducta, que una enfermedad estructural del sistema nervioso.

En virtud que todos los médicos podemos llegar a tratar a pacientes con cefalea, es importante disponer de una clasificación sencilla que aporte datos para una terapéutica adecuada.

La mayoría de las cefaleas ocurren en forma aguda, aislada y de breve duración (5). Gran parte de los pacientes que la padecen se automedican con aspirina, acetaminofén o fórmulas comerciales más o menos complejas difundidas en el mercado.

CLASIFICACION DE LAS CEFALÉAS.		
VASCULAR	CONTRACTURA MUSCULAR	TRACCION E INFLAMACION
MIGRANA	OSTEOARTRITIS	LESIONES OCUPATIVAS
1 - Clásica	CERVICAL	Tumores, edema, hematoma, hemorragia, enfermedades oculares, óticas, nasales, faringicas, dentales, infecciones, arteritis, flebitis, HTA, EVC
2. -Común		
3. -Hemipléjica		
4. -Oftalmopléjica	Miositis Crónica	
5. -En Racimo	Tensional	
6. -Tóxica		

Existen muchos factores precipitantes para su desarrollo, que son comunes a varios de los tipos de cefalea; como lo son: estados de tensión emocional secundarios a problemas personales y a otras situaciones conflictivas, fatiga, sensibilidad individual a ciertos tipos de alimentos y bebidas incluyendo el alcohol, algunos medicamentos, el calor o el frío.

CARACTERISTICAS DE LAS CEFALIAS

CEFALEA MIGRAÑOSA:

Siempre que se presente un enfermo que se queje de cefalea periódica, unilateral, pulsátil, que se acompañe de irritabilidad, fotofobia, náusea, vómito, debe tenerse en cuenta la migraña, por ser éste un padecimiento muy frecuente, que afecta aproximadamente a uno de cada cinco personas. La migraña se conoce como cefalea vascular, pues el dolor es pulsátil, causado por cambios en el vaso sanguíneo, particularmente en el cerebro cabelludo(6).

En la mayoría de los pacientes esta cefalea periódica empieza antes de los 16 años, y en una tercera parte antes de los 10 años. No es raro que los dolores desaparezcan después de los 40 años.

Con frecuencia existe historia familiar de la migraña, pero el factor hereditario no es categórico.

Se conocen varios tipos de Migraña:

- a. - **MIGRAÑA CLASICA:** se caracteriza por aura visual y con puntos brillantes o zigzagueantes en el campo óptico, puede haber parestesia en la mejilla, en la mano, o bien en todo el hemicuerpo.
- b. - **MIGRAÑA COMUN:** no se presenta aura, el dolor puede ser bilateral
- c. - **MIGRAÑA VERTEBROBASILAR:** ocurre en mujeres jóvenes y se acompaña de defecto visual bilateral, vértigo, ataxia, disartria, acúfenos, vómito y somnolencia, siendo el dolor de predominio occipital.

- d. -MIGRAÑA HEMIPLEJICA: puede existir debilidad o parestesia intensa en un hemicuerpo, antes del inicio de la cefalea.
- e. -MIGRAÑA OFTALMOPLEJICA: antes, durante y después de la cefalea, el trastorno ocular puede durar varios días después de la cefalea.
- f. -MIGRAÑA HISTAMINICA: dolor paroxístico monoocular y parietal del mismo lado.

CEFALEA TENSIONAL:

De todas las cefaleas, las más frecuentes corresponden a este grupo (cerca del 90 %). Estos dolores son causados por contractura de los músculos del cuello, temporales, frontales, etc. Se les llama también cefaleas tensionales por ser desencadenados por estados de ansiedad.

También se les clasifica como psicogénicas y algunos autores las subdividen en conversivas, dilucionales e hipocondríaca.

Se manifiesta como un dolor continuo de instalación paulatina y de duración variable, generalmente de varias horas, localizado bilateralmente en la región frontal, vértex, nuca.

Suele ser más intenso en situaciones de angustia, exceso de trabajo, o problemas familiares. Se presenta al tacto en cuero cabelludo.

Como regla general tanto la exploración neurológica como de gabinete (Rx y EEG) son normales.

CLASIFICACION DE LA CEFALEA.

CEFALEA	LOCALIZACION	TIEMPO	INICIO	ASPECTO
TENSIONAL	occipital-cervical	horas días	gradual	tensión emocional posición de cabeza y cuello.
MIGRAÑA	cualquier área, uni- taria o repetitiva	horas días	gradual	hereditaria, aura.
EN RACIMO	temporal-ocular	horas, gru- pos de ata- que	súbito nocturno	lagrimeo, congestión conjun- tival.
PUNCION LUMBAR	frontooccipital	horas	súbita, de pie	mejora con el decúbito.
NEURALGIA TRIGEMINAL	V par unilateral	días-mes	súbita, zo- na gatillo	muy intensa.
HEMORRAGIA SUBARACNOI- DEA	Post-cervical frontal	horas	súbita	muy grave, nauseas, vómito focalización.
MENINGITIS	Postcervical frontal	días	gradual	fiebre, letargo, convulsiones.
ARTERITIS	áreas vasculares	semanas	gradual	vasos dolorosos, aumento de sedimentación globular, arte- ritis de retina.
HIPERTENSION	Occipital-frontal	semanas	gradual	peor por la mañana.

ANOMALIAS ELECTROENCEFALOGRAFICAS.

La electroencefalografía es una técnica diagnóstica no agresiva, para información que permite valorar la función cerebral.

Como muchas causas de cefalea dependen directamente del cerebro es lógico pensar que tal prueba diagnóstica forme parte de la valoración global del sujeto que la padece. La mayor parte de los médicos que estudian con profundidad a sus pacientes con cefalea la incluyen en el arsenal del diagnóstico. (21).

Al realizar el EEG en pacientes con cefalea en general, no se encuentran grandes diferencias al comparar los resultados con un grupo de sujetos normales. Pero al estudiar a pacientes con migraña, las anomalías electroencefalográficas aumentan. La diferencia es estadística más no diagnóstica, a pesar que el EEG es uno de los signos físicos que forma parte del SINDROME DE MIGRAÑA DISRRITMICA.

HIPOTESIS

La consulta de Neurología se ve saturada por pacientes en quienes se presenta como síntoma principal la cefalea, de diversas etiologías, originando una carga excesiva de trabajo para el especialista.

Si el médico de primer contacto realiza un buen interrogatorio, exploración física, y se ayuda con el electroencefalograma puede lograr clasificarla en un 80 %, diferenciando la cefalea migrañosa de la no migrañosa, otorgando tratamiento oportuno y en caso de ser necesario derivar a los pacientes que lo ameriten acudir con el especialista conveniente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES.

La cefalea es uno de los problemas clínicos que observamos con mayor frecuencia en la consulta cotidiana de primero y segundo nivel (clínica y hospital), planteándose a menudo dificultades para su terapéutica, no obstante de terminarse su diagnóstico, y corresponder la mayoría de las ocasiones a un padecimiento benigno.

Aproximadamente el 90 % de las cefaleas son migrañosas o psicotensionales, con fisiopatología identificable. El 10 % no la han presentado pero han tenido que recurrir a ella consciente o inconscientemente, por mecanismos conversivos que expresan situaciones conflictivas de la vida diaria.

Sin embargo toda cefalea tiene que estudiarse con mayor atención clínica y paraclínica, para precisar siempre su fisiopatología, y estar en condiciones de administrar una terapéutica específica oportuna o de enviar al paciente con otro especialista, ante la menor sospecha de tumor cerebral y cualquier otro padecimiento intracraneal expansivo.

Son millones de pacientes quienes padecen algún tipo de dolor de cabeza, pero muy pocos reciben ayuda profesional. La popularidad de los remedios para la cefalea que se venden sin necesidad de prescripción constituye un testimonio de la extensión del problema.

Los pacientes frustrados por ser refractarios al tratamiento gastan tiempo y dinero en visitas médicas.

OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. - Estudio integral de los pacientes desde la primera consulta.
2. - Clasificación de las mismas.
3. - Utilización de un método indispensable para su estudio clínico y electroencefalográfico y corroboración de alteraciones al clasificar las en migrañosa y no migrañosa, tratando de llegar a acertar al 90 % de los diagnósticos.
4. - El médico internista puede tener a su cargo la "Clínica de Cefaleas" con auxilio de los especialistas adecuados.

JUSTIFICACION

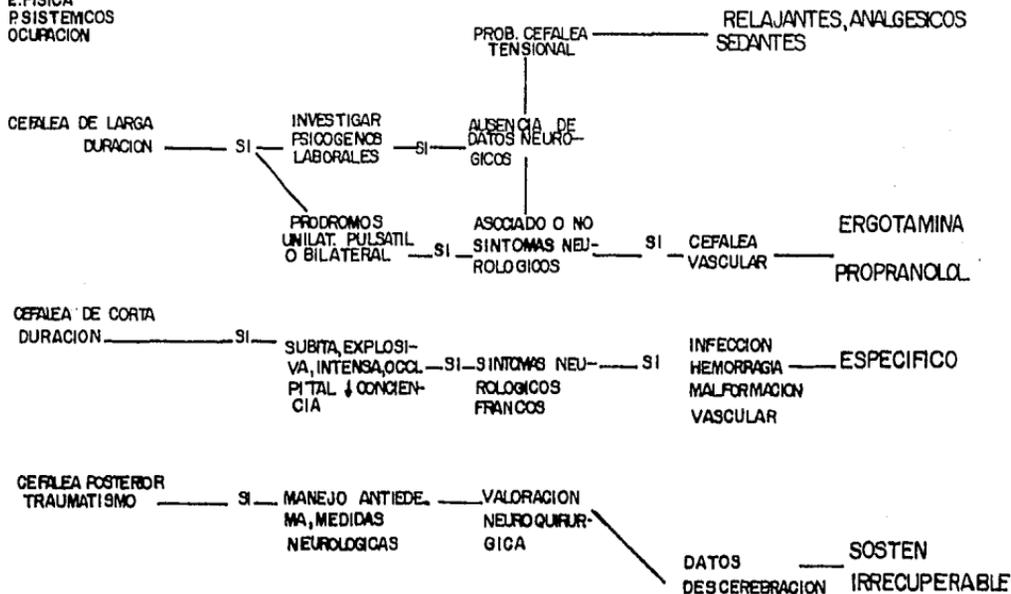
1. - Mejorar la atención del derechohabiente, disminuyendo el intervalo de tiempo entre sus consultas, dedicandose exclusivamente a su sintomatología y sus orígenes.
2. - Ahorro de tiempo para los diversos especialistas, sobre todo disminución de carga de trabajo por el neurólogo.
3. - Al clasificar clínica y electroencefalográficamente a los pacientes con cefalea, se da tratamiento precoz, solicitando el menor número de estudios, satisfactoriamente documentados, disminuyendo los costos para la Institución.
4. - El paciente que amerite por su naturaleza anteponer los estudios y atención más especializada, será atendido con mayor eficacia y prontitud.

MANEJO DEL PACIENTE

FIG 4

HISTORIA CLINICA
E. FISICA
PSISISTEMCOS
OCURACION

TRATAMIENTO



MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 60 pacientes de Julio de 1985 a Octubre de 1986. en el Hospital General " Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez". De los 60. se eliminaron 24, por no haberseles realizado EEG. De los 36 pacientes restantes 28 correspondieron al sexo femenino (77, 77%) y 8 al masculino (22. 22%).

Las edades comprendidas fueron de 18-70 años.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. - Ser derechohabiente del I. S. S. S. T. E.
2. - Edad: mayores de 18 años.
3. - Cefalea mayor de 1 mes de duración, recidivante.
4. - Realización de estudio clínico y electroencefalográficos completos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. - Estudios incompletos.
2. - Falta de cooperación o inasistencia del paciente.

El estudio se realizó en pacientes procedentes de los servicios de Urgencias y Consulta Externa. Los pacientes fueron citados semanalmente, en las primeras cuatro consultas, posteriormente con intervalos aproximados de un mes.

DISEÑO

El desarrollo del DIAGNOSTICO CLINICO fué de la siguiente forma:

- 1a. Consulta: Ficha de identificación, Historia Clínica, Exploración Física General.
- 2a. Consulta: Exámen Neurológico Completo, solicitud de estudios básicos de laboratorio y radiografías de cráneo.
- 3a. Consulta: Exámenes complementarios (pruebas calóricas, prueba de Histamina). Solicitud EEG.
- 4a. y Subsecuentes Consultas: valoración del caso (clínica y EEG), tratamiento y/o referencia a subespecialidad.

ESTUDIOS DE LABORATORIO.

Biometría Hemática: hemoglobina, hematocrito, leucocitos con diferencial plaquetas.

Velocidad de Eritrosedimentación.

Pruebas de Coagulación: tiempo de protrombina.

Química Sanguínea: glucosa, urea, creatinina, electrolitos (Na, K, Cl)

ESTUDIOS DE GABINETE.

EEG: a los 36 pacientes.

Radiografía de Cráneo: anteroposterior, lateral, Tawne. 36 pacientes.

Gammagrafía Cerebral: tres pacientes

TAC: una paciente.

ELECTROENCEFALOGRAFIA:

Un mismo electroencefalógrafo realizó 30 EEG, los 6 restantes en diversos aparatos.

Los 36 estudios se efectuaron en reposo, con estimulación fónica, auditiva e hiperventilación.

Todos los pacientes se encontraron asintomáticos al momento de dicho procedimiento.

DURACION TOTAL DEL ESTUDIO: 20 minutos.

ESTUDIO EN REPOSO: durante 10 minutos, en el que se pidió al paciente abrir los ojos.

HIPERPNEA: en total se realizaron 2 con duración de 3-5 minutos, tiempo durante el cual el paciente aumentó su frecuencia respiratoria.

ESTIMULACION FOTICA: se proyectaron salvas de destellos con frecuencias entre 1 y 25 Hz, con secuencias de 10 seg de duración. La estimulación se realizó con los medios convencionales. La interpretación se efectuó por Neurólogo experimentado, quien estudió todos los EEG'.

EVOLUCION.

Todos los pacientes a lo largo de su consulta recibieron:

1. - Calendario: para especificación de días de presentación y medicación.
2. - Ejercicios específicos para disminución de la cefalea.

La mayor parte de los pacientes acudieron puntualmente a sus citas, demostrando interés en su estudio y seguimiento, lográndose establecer una favorable comunicación interpersonal.

Los pacientes recibieron tratamiento específico para su tipo de cefalea.

TRATAMIENTO

CEFALEA MIGRAÑOSA:

La fase aguda fué manejada con cafeína y ergotamína, la dosis administrada fué de dos tabletas sublinguales al inicio de la sintomatología, posteriormente una vía oral cada hora, hasta desaparecer la cefalea.

Para disminuir la frecuencia se administró propranolol 10-40 mg c/ 8 horas. La dosis dependió de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial.

Una paciente presentó crisis migrañosa durante tres días por lo que fué necesario recurrir a la utilización de prednisona 20 mg diariamente en dosis única durante tres días para disminuirla paulatinamente a lo largo de una semana.

Dos pacientes con migraña común fueron tratadas con tartrato de ergotamina, acetofenetidina, ácido acetilortobenzoico y trimetiltantina (Sydofil).

La paciente de hematoma cerebral fué intervenida quirúrgicamente.

CEFALEA NO MIGRAÑOSA

PACIENTES CON CEFALEA TENSIONAL:

Fueron manejados con amitriptilina 25 mg dosis única diaria.

Los pacientes con evidencia de contractura muscular occipital, frontal, cervical, o bien datos de osteoartritis, fueron manejados con relajantes musculares (metacarbamol), analgésicos (aspirina) y antiinflamatorios no esteroideos (naproxen e indometacina).

Cinco pacientes refractarios al tratamiento convencional fueron infiltrados en la región occipital, utilizándose 2 cm de xilocaína.

PACIENTES CON CEFALEA POR HIPERTENSION:

Los individuos que previamente habían sido detectados como hipertensos, se ajustó la dosis de antihipertensivos. Cinco pacientes recibieron propranolol a dosis establecida de acuerdo a sus cifras tensionales y frecuencia cardíaca, además tres de ellos recibieron alfametildopa y dos más furosemide.

MASTOIDITIS:

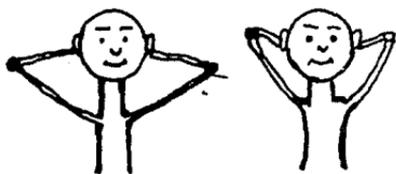
El paciente recibió dicloxacilina 1 g VO c/6 horas, se añadió a su terapéutica antiinflamatorio no esteroideo: naproxen : 250 mg VO c/8 hr.

NEURITIS OPTICA:

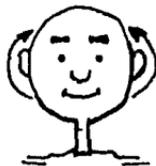
Se administró 50 mg de prednisona, VO, en una sola dosis al

EJERCICIOS PARA CEFALEA

1



4



5



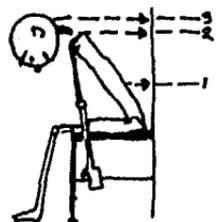
2



3



6



MAYO

D	L	M	M	J	V	S	MEDICACION
				1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	
18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	

día durante 10 días posteriormente fué disminuída progresivamente en el transcurso de otros 15 días. La paciente además recibió ácido acetil salicílico a una dosis total de 2 g al día.

SINUSITIS

Clindamicina 250 mg tres veces al día durante 15 días, ácido acetil salicílico (misma dosis que en caso anterior), infusión de té de manzanilla instilado en fosas nasales (3 veces al día), Pseudoefedrina 1 tab. VO c/ 8 horas.

RESULTADOS

CEFALEA SEGUN SEXO (tabla 1).

En el presente estudio se detectaron 28 mujeres (77.77%) y 8 hombres (22.22%), lo que confirmó el postulado de Sternbach y Tursky en 1965 . . . "la tolerancia al dolor es mayor en el sexo masculino" . . . (18).

CEFALEA POR GRUPO DE EDAD (tabla 2)

La cefalea se encontró más frecuentemente en etapa productiva, entre los 20 y los 70 años (80 % de los casos). Probablemente sea secundario a las tensiones familiares y laborales en esta etapa de la vida.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. (tabla 3)

La asociación de la cefalea en diferentes miembros de una familia mostró mayor frecuencia de la misma entre los diferentes hermanos, 6 casos (16.66%), posteriormente la asociación padre e hijo: 5 casos (13.88 %).

Desafortunadamente no se ha podido determinar con claridad el tipo de herencia involucrado en el origen de la migraña. En el estudio observamos que 10 de los 12 pacientes con antecedentes familiares presentaron migraña (58 % de los migrañosos).

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS (tabla 4)

Los hábitos tabáquico y etílico fueron positivos en 16 y 22 % respectivamente en los pacientes. Una paciente ingirió anticonceptivos orales, lo cual ella misma señaló estuvo relacionado con el dolor. La

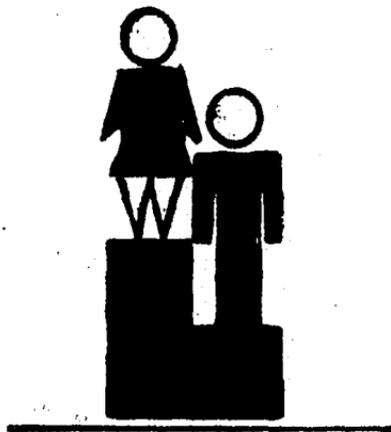
CEFALEA SEGUN SEXO

T=1

SEXO	N _o	%
FEMENINO	28	77.77
MASCULINO	8	22.22
total	36	100%

CEFALEA SEGUN SEXO

G=1

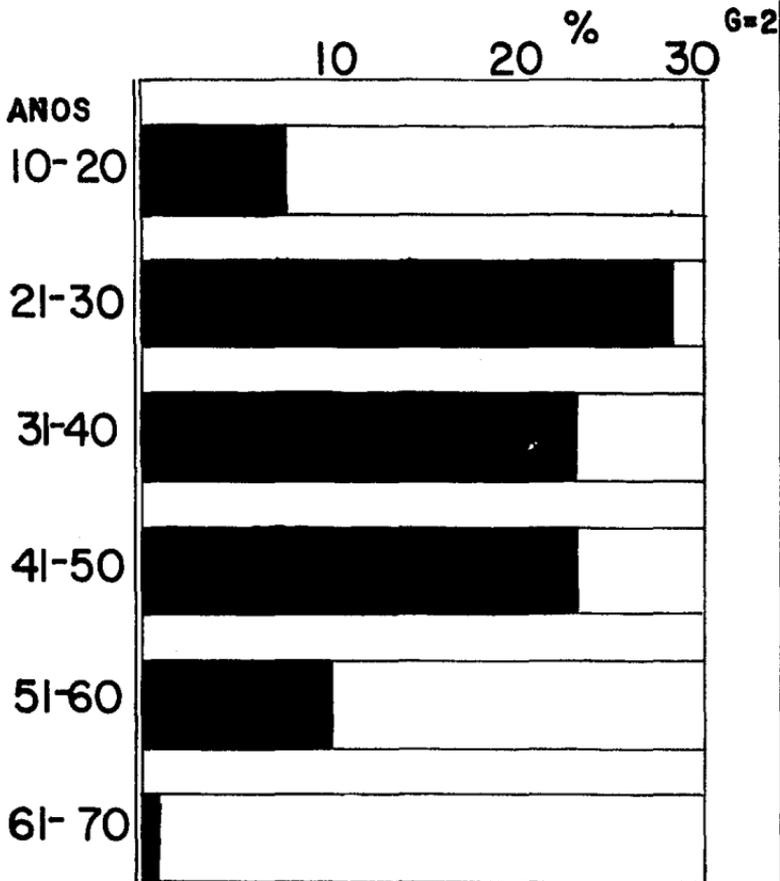


CEFALEA POR GRUPO DE
EDAD

T=2

EDAD	N _o	%
10- 20	3	8.33
21-30	11	30.55
31-40	9	25.00
41-50	9	25.00
51-60	4	11.11
61-70	1	2.77
TOTAL	36	100%

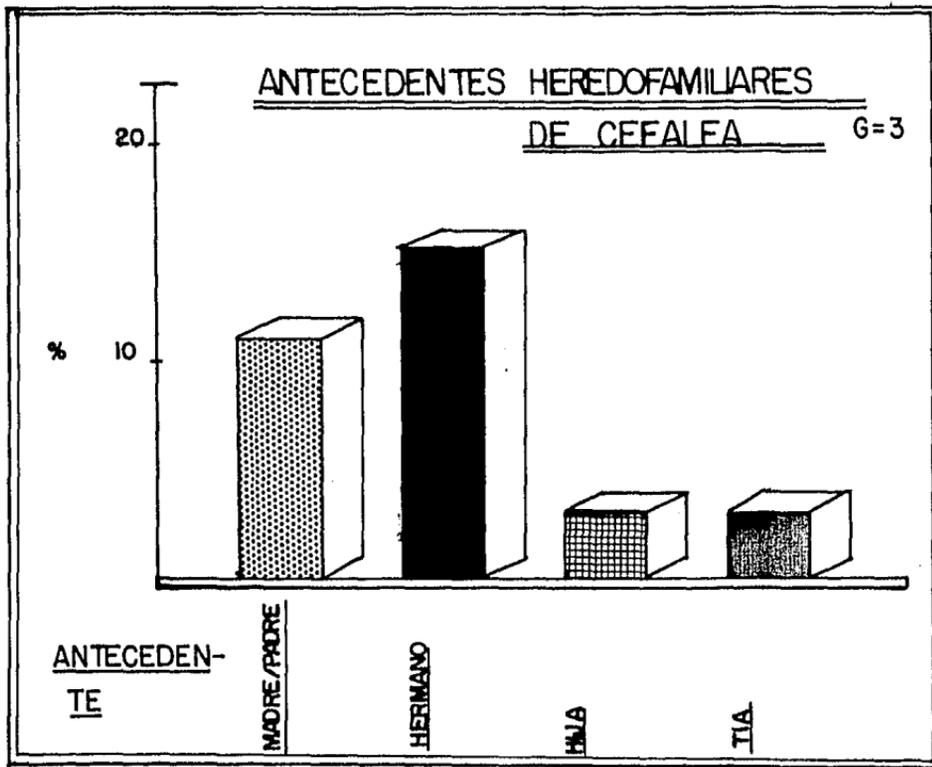
CEFALEA POR GRUPO DE EDAD



ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

FAMILIA	Nº	%
PADRES	4	11.11
HERMANO	6	16.66
HIJA	1	2.77
TIA	1	2.77
TOTAL	12	33.33%

T=3



ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS EN
PACIENTES CON CEFALEA

T=4

ANTECEDENTE	No	%
ETILISMO	6	16
TABAQUISMO	8	22
ANTICONCEP- TIVOS	1	2.77
total	15	40.77%

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS DE
PACIENTES c/ CEFALEA

G=4

22

16

10

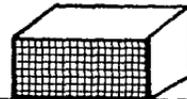
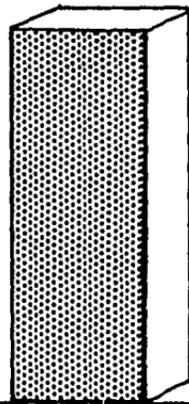
2.7

*

ETILISMO

TABAQUISMO

ANTICONCEPTIVOS



presencia de cefalea en mujeres que ingirieron anticonceptivos es considerada como premonitória de enfermedad cerebrovascular.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS (tabla 5)

El antecedente más importante fué el traumatismo craneo-encefálico, en 11 casos (30. 55%). El mismo puede estar relacionado con la migraña. La faringoamigdalitis fué un proceso patológico frecuente en los pacientes; 7 de ellos (19. 44%). La hipertensión afectó a 5 pacientes (3. 88%).

OCUPACION (tabla 6)

Las amas de casa presentaron frecuentemente cefaleas, se detectaron 18 casos(50. 00%). Las secretarias padecieron el síntoma en número de 4 casos (11. 11%).

TIPOS DE DOLOR (tabla 7)

La cefalea pulsátil afectó a 18 pacientes (50 %), los mismos fueron clasificados como migrañosos. Siete pacientes (19. 44 %) con cefalea opresiva correspondieron a la variedad tensional.

INTENSIDAD (tabla 8)

Es muy difícil determinar la intensidad del dolor, siendo éste muy subjetivo, se refirió gran intensidad por 20 pacientes (55. 5 %). Moderada intensidad en 10 pacientes (27. 77%) El resto correspondió a intensidad variable y leve.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE

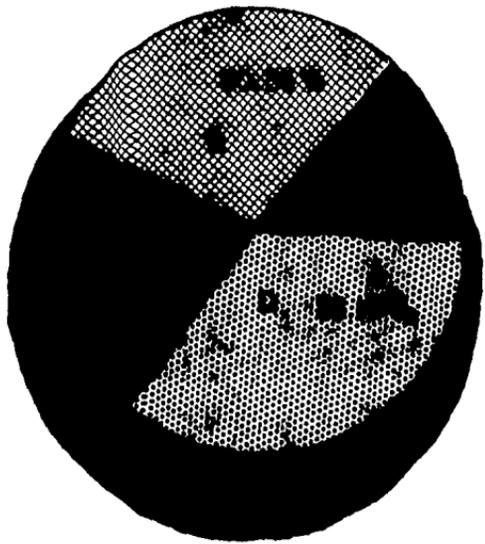
T=5

PACIENTES CON CEFALEA

ANTECEDENTE	No	%
HIPERTENSION	5	13.88
F. REUMATICA	1	2.77
T. CRANEO	11	30.55
CISTICERCOSIS	1	2.77
HIPERTIRODISMO	1	2.77
POLIOMIELITIS	1	2.77
BRONCONEUMONIA	1	2.77
ULCERA PEPTICA	1	2.77
CARDIOANGIOESCLE.	1	2.77
ASMA	1	2.77
E V C	1	2.77
FARINGOAMIGDALITIS	7	19.44
OBESIDAD	3	8.33
TOTAL	35	95 %

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE
PACIENTES c/ CEFALEA

G=5



- A. HIPERTENSION
- B. TRAUMATISMO CRANEO
- C. FARINGOMIGDALITIS
- D. OTROS

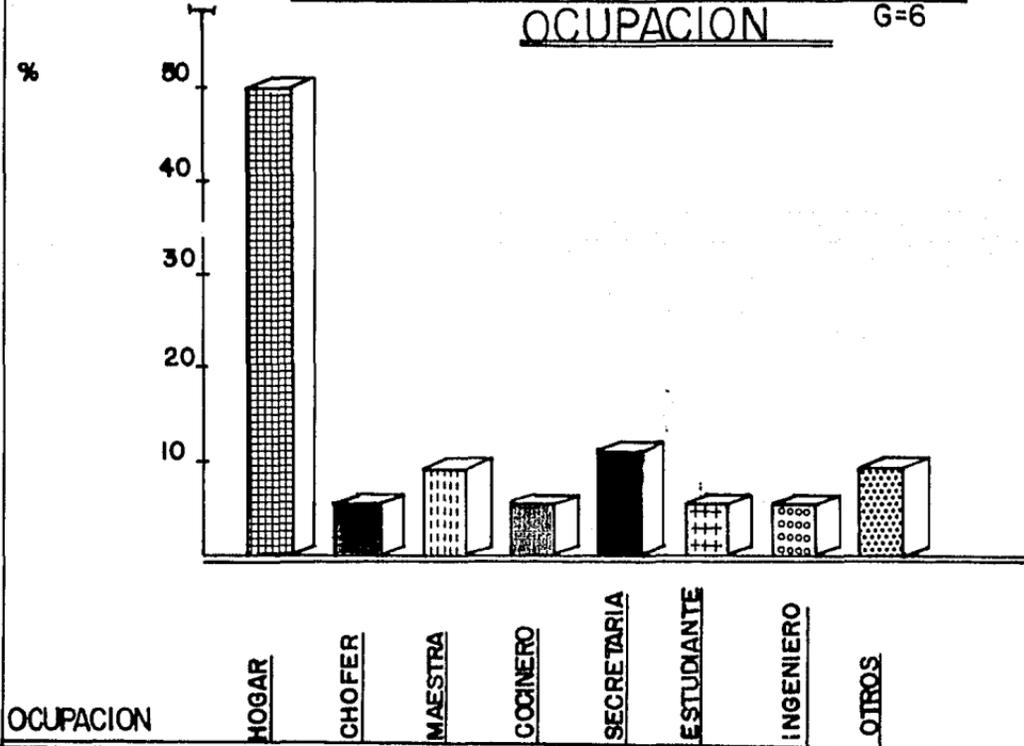
CEFALEA SEGUN OCUPACION

T=6

OCUPACION	No	%
HOGAR	18	50
CHOFER	2	5.55
MAESTRA	3	8.33
COCINERO	2	5.55
SECRETARIA	4	11.11
JARDINERO	1	2.77
INTENDENCIA	1	2.77
ESTUDIANTE	2	5.55
INGENIERO	2	5.55
ENFERMERA	1	2.77
total	36	100 %

CEFALEA SEGUN OCUPACION

G=6

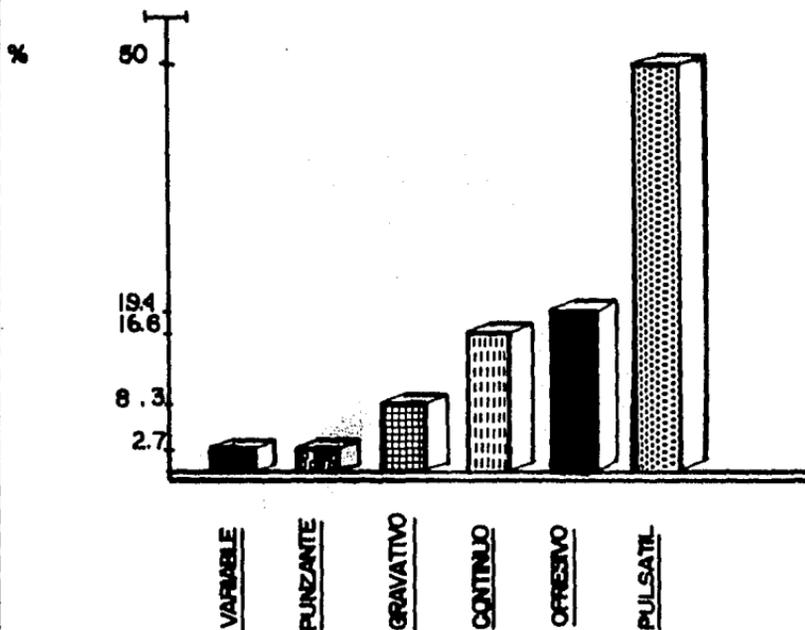


TIPO DE DOLOR T=7

TIPO	No	%
VARIABLE	1	2.77
PUNZANTE	1	2.77
GRAVATIVO	3	8.33
CONTINUO	6	16.66
OPRESIVA	7	19.44
PULSATIL	18	50.00
TOTAL	36	100 %

TIPO DE DOLOR

G=7

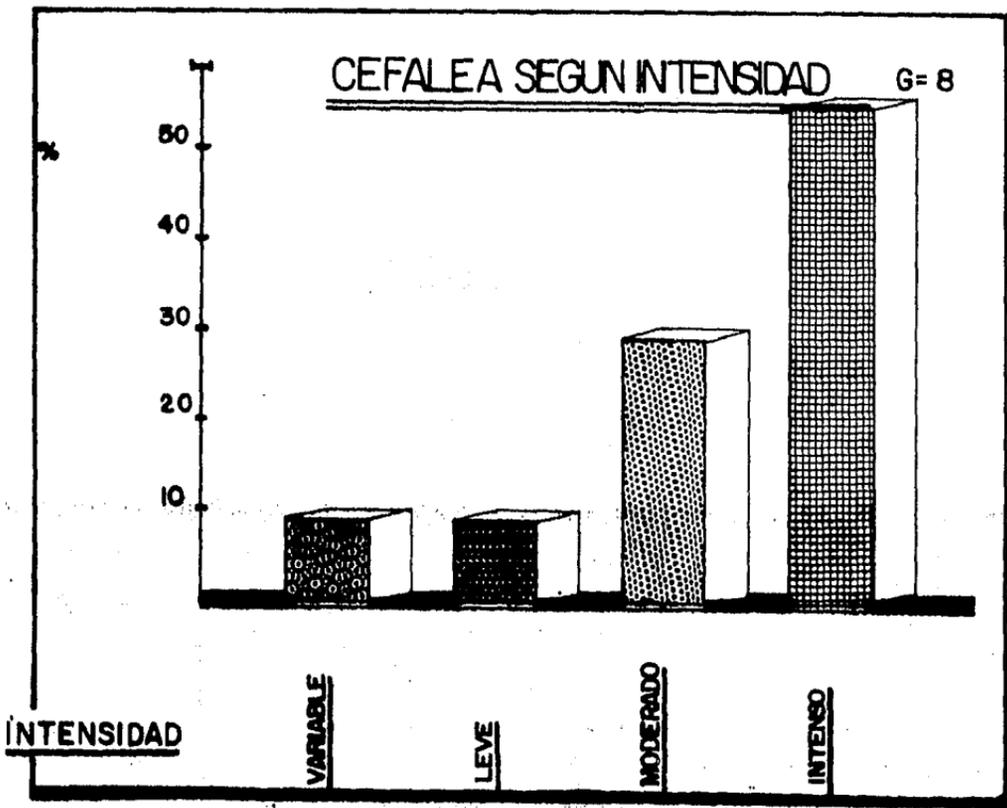


CEFALEA SEGUN

INTENSIDAD

T=8

INTENSIDAD	Nº	%
VARIABLE	3	8.33
LEVE	3	8.33
MODERADO	10	27.77
INTENSO	20	55.55
TOTAL	36	100%



TIEMPO DE EVOLUCION DE LA CEFALEA (tabla 9)

Uno de los criterios de inclusión del estudio fué el de tener un tiempo de evolución mayor de un mes, la mayor parte de los casos ocurrió del primer mes a los 5 años (70 %). Dos pacientes presentaron una evolución mayor a 20 años.

CLASIFICACION DE CEFALEA MIGRAÑOSA Y NO MIGRAÑOSA (Tabla 10)

En números globales fué más frecuente la cefalea no migrañosa: 19 pacientes, contra 17 de la migrañosa.

La cefalea tensional afectó a 11 individuos (30,55%), la hipertensión arterial 5 casos (13,88 %). Entre estos dos grupos pudo haber superposición de factores.

Del grupo de pacientes migrañosos fué más numerosa la migraña clásica 8 pacientes (22,22 %) y la común 6 casos (16,66%).

Desde hace mucho tiempo se sabe que los factores emocionales no solo contribuyen a la fatiga, y a la cefalea, también la producen.

FACTORES PRECIPITANTES DE LA CEFALEA (tabla 11)

Para ambos grupos de pacientes los principales factores, fueron; el ruido, la luz, el agacharse; presentes en 28 casos (77,77% c/u).

En los pacientes migrañosos los ataques fueron precipitados por alimentos en 6 casos (35,29 % de los migrañosos); decúbito 7 casos (41,17%) de los migrañosos.

Para los no migrañosos existió una profunda relación con la

TIEMPO DE EVOLUCION DE CEFALEA

T=9

EVOLUCION	N _o	%
0- 6 m	1 0	27.77
7m-5a	1 5	41.66
6 - 10a	7	14.44
11 -20a	2	5.55
21- 30 a	2	5.55
TOTAL	3 6	100 %

TIEMPO DE EVOLUCION

10 20 30 40 50 %

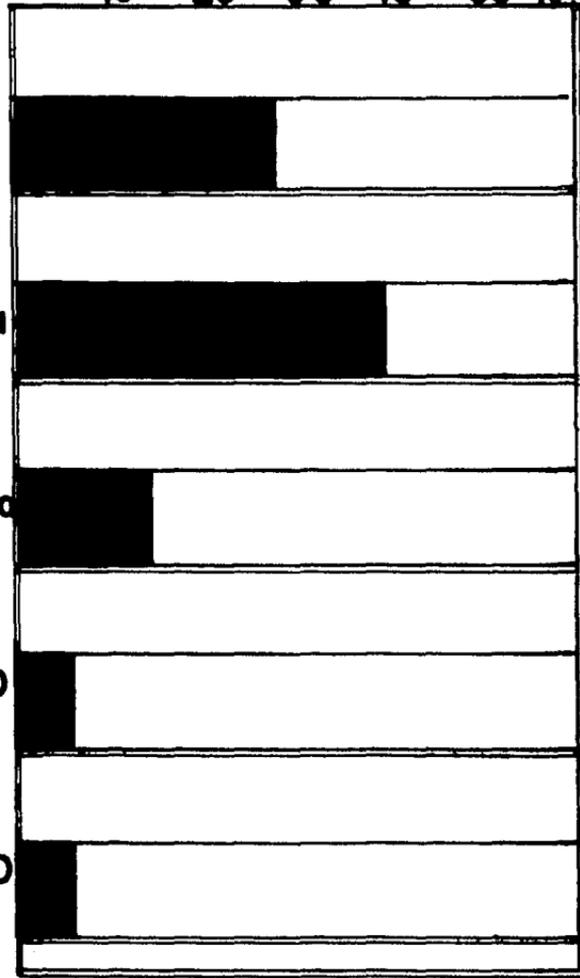
0-6m

7m-5a

6-10a

11-20

21-30



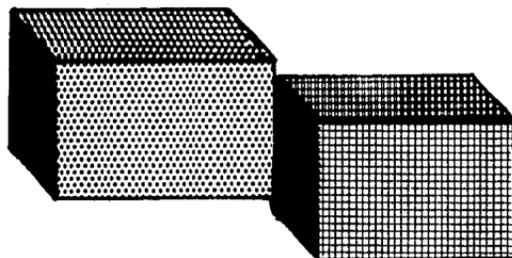
**CLASIFICACION DE CEFALEA MIGRANOSA
Y NO MIGRANOSA**

T=10

MIGRANOSA	No	%	NO MIGRANOSA	No	%
M. CLASICA	8	47.0	TENSIONAL	11	57.8
M. COMUN	6	35.2	H. T. A.	5	26.3
M. HISTAMINI.	2	11.76	MASTODITIS	1	5.2
A. V. C.	1	5.8	N. OPTICA	1	5.2
			SINUSITIS	1	5.2
TOTAL	17	100		19	100

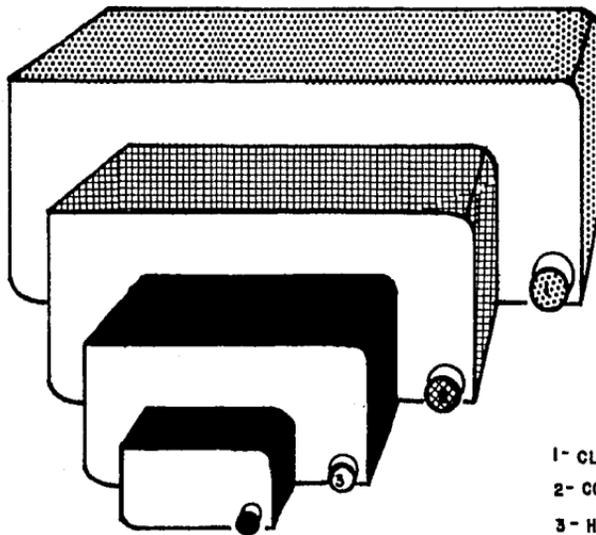
CLASIFICACION DE CEFALEA
MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

G=10



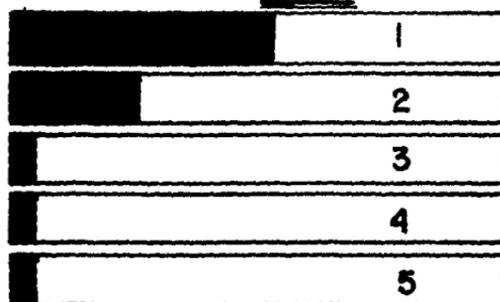
 MIGRANOSA 47.22%
 NO MIGRANOSA 52.77%

VARIEDAD DE LA MIGRANA G= 10



- 1- CLASICA 47 %
- 2- COMUN 35.2 %
- 3- HISTAMINICA 11.76 %
- 4- AVC 5.8 %

CEFALEAS NO MIGRANO-
SAS G=108



1 = TENSIONAL 57.8 %

2 = HIPERTENSION 26.3 %

3 = MASTOIDITIS 5.2 %

4 = NEURITIS OPTICA 5.2 %

5 = SINUSITIS 5.2 %

FACTORES PRECIPITANTES ENTRE CEFALEA
MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

T= II

FACTORES	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MASTICACION	1	5.88	1	5.26	2	5.5
RUIDO / LUZ	15	88.23	13	68.42	28	77.77
AGACHARSE	13	76.47	15	78.94	28	77.77
DECUBITO	7	41.17	3	15.78	10	27.77
ALIMENTOS	6	35.29	0	0	6	16.66
FRIO	3	17.64	4	21.05	7	19.44
TENSION N.	0	0	10	52.60	10	27.77
TOTAL	45		46		91	

FACTORES PRECIPITANTES ENTRE CEFALEA

MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

G=11

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

FACTORES

MASTICACION

RUIDO / LUZ

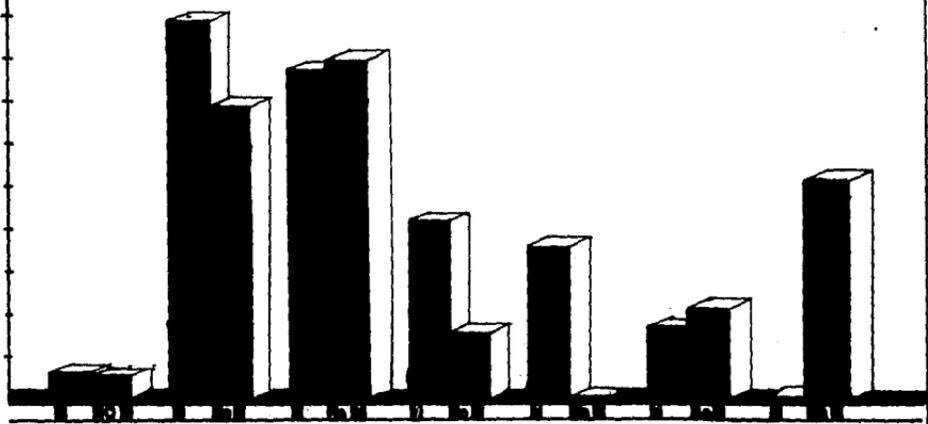
ASACCHAROSE

DEBILIDAD

ALIMENTOS

TIEMPO

TENSION M.



tensión emocional en 10 casos, de los cuales se mencionaron de suma importancia problemas familiares y laborales.

SITIOS FRECUENTES DE PRESENTACION (tabla 12)

Los más frecuentemente afectados fueron: parietal, occipital y frontooccipital, cada uno representado por 6 pacientes (16.66%). Las cefaleas unilaterales afectaron a pacientes migrañosos; las frontooccipitales y universales a las tensionales.

SINTOMATOLOGIA DE CEFALEA MIGRAÑOSA Y NO MIGRAÑOSA (tabla 13)

El único síntoma común, para ambos grupos, fué visión borrosa (23.52% de los migrañosos) (31.57% de no migrañosos). La diferencia en los dos fué debida a que la visión borrosa fué un síntoma prodrómico de migraña y en los no migrañosos coincidía con la hipertensión arterial.

Los síntomas claves de pacientes migrañosos fueron: vómito: 12 casos (70% de los migrañosos); congestión conjuntival 10 pacientes (58.82% de los migrañosos); escotomas y acúfenos, c/u 8 casos (47.05% de los migrañosos). Todos formaban parte del aura de los pacientes.

De los pocos síntomas presentados por los pacientes no migrañosos se encontraron: visión borrosa, acúfenos en 5 casos (36.31% de los no migrañosos); parestesias 4 pacientes (21% de los no migrañosos).

SIGNOS CLINICOS DE CEFALEA MIGRAÑOSA Y NO MIGRAÑOSA (tabla 14)

Los pacientes migrañosos presentaron pocas alteraciones a la exploración general, lo más importante fué disminución de la contracción muscular en 3 casos (17.64% de los migrañosos) y congestión conjuntival

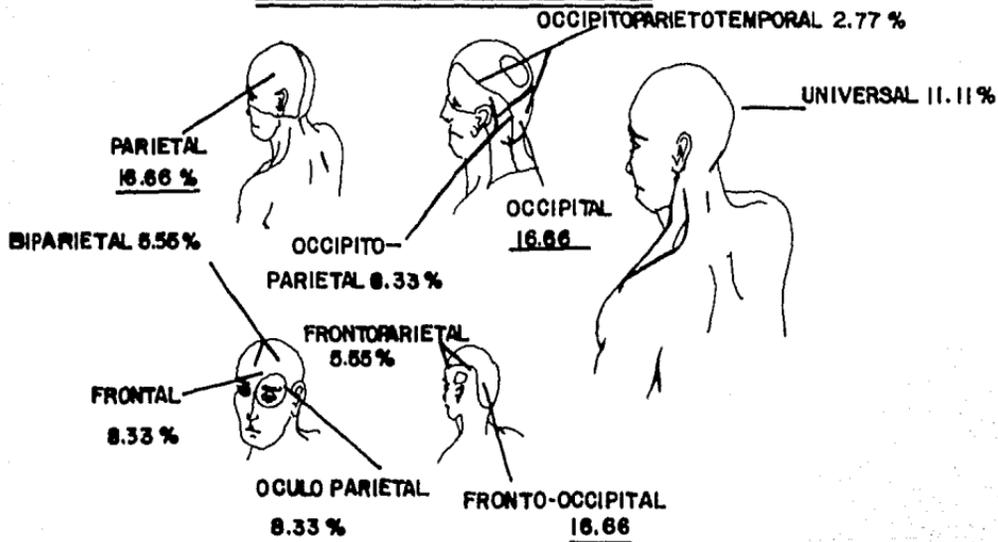
SITIO DE LA CEFALEA

T=12

SITIO	Nº	%
PARIETAL	6	16.66
OCCIPITAL	6	16.66
FRONTAL	3	8.33
FRONTOOCCIPITAL	6	16.66
OCCIPITO PARIETAL	3	8.33
OCULO PARIETAL	3	8.33
BIPARIETAL -	2	5.55
FRONTOPARIETAL	2	5.55
OCCIPITOPARIETO-		
TEMPORAL	1	2.77
UNIVERSAL	4	11.11
TOTAL	36	100 %

SITIO MAS FRECUENTE
DE LA CEFALEA

G=12



SINTOMATOLOGIA DE CEFALEA MIGRANOSA

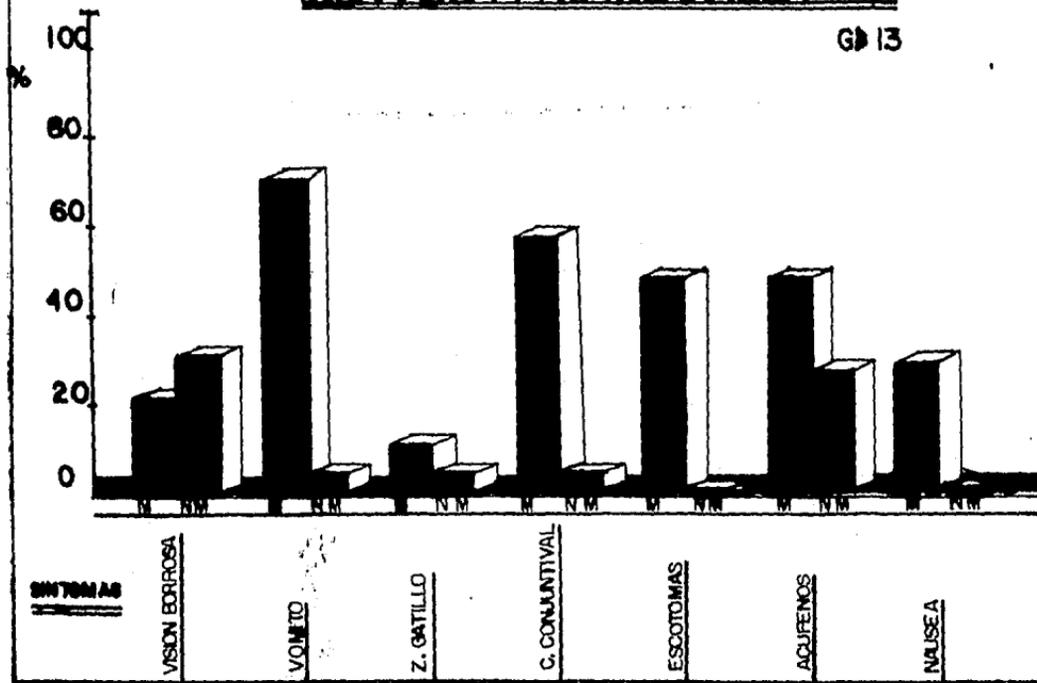
Y NO MIGRANOSA

T=13

SINTOMAS	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
VISION BORROSA	4	23.52	6	31.57	10	27.77
INCONSCIENCIA	1	5.88	0	0	1	2.77
VOMITO	12	70.58	1	5.26	13	36.11
ZONA GATILLO	2	11.76	1	5.26	3	8.33
CONGESTION CONJUNTI-	10	58.82	1	5.26	11	30.55
ESCOTOMAS	8	47.05	0	0	8	22.22
TINITUS	3	17.64	1	5.26	4	11.11
ACUFENOS	8	47.05	5	26.31	13	36.11
PARESTESIAS	4	23.52	4	21.05	8	22.22
POSFENOS	0	0	2	10.52	2	5.55
NAUSEA	5	29.41	0	0	5	13.88
OBSTRUC. NASAL	0	0	1	5.26	1	2.77
ADINAMIA	0	0	1	5.26	1	2.77

SINTOMATOLOGIA DE CEFALEA MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

GP 13



SIGNOS CLINICOS DE CEFALEA MIGRANOSA

T=14

Y NO MIGRANOSA

SIGNOS	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
INFECCION	1	5.88	2	10.52	3	8.33
HTA	1	5.88	7	36.84	8	22.22
I. CARDIACA	0	0	1	5.26	1	2.77
CONTRACCION M.	3	17.64	15	78.94	18	50.00
OBESIDAD	0	0	3	15.78	3	8.33
ESTERTORES	0	0	1	5.26	1	2.77
DERRAME PLEURAL	0	0	1	5.26	1	2.77
QUISTE MAMARIO	0	0	1	5.26	1	2.77
CONGESTION CONJUN	2	11.76	0	0	2	5.55
NORMAL	10	58.82	1	2.77	11	30.55
TOTAL	17		32		49	

SIGNOS CLINICOS
DE PACIENTES
CON CEFALEA

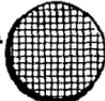
n = 14



C. CONJUNTI-
VAL



OBESIDAD



CONTRAC-
CCION MUSCU-
LAR



H.T.A.



I.V.U.



● MIGRANOSA

■ NO MIGRANOSA



en 2 casos (11.76%).

Se encontraron 15 casos de contractura muscular en pacientes con cefalea no migrañosa (78.94% de estos últimos), 11 de los mismos correspondieron a los pacientes de cefalea tensional, los 4 restantes a cefalea por hipertensión. Siete pacientes fueron catalogados como hipertensos al momento de la exploración (38.84% de los no migrañosos). La obesidad se detectó en 3 casos (15.78%) los otros signos fueron relacionados con el padecimiento de base de cada uno.

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS (tabla 15)

Quizá por el tipo de pacientes, en su mayoría con cefalea migrañosa y tensional, las alteraciones neurológicas fueron mínimas. De los pacientes migrañosos uno presentó enfermedad vascular cerebral, en quien se encontró alteración a nivel del V par craneano izquierdo, disminución de sensibilidad y motilidad. Los otros hallazgos se presentaron durante la crisis migrañosa, posteriormente al dolor éstos desaparecieron.

Un paciente de 70 años calificado como no migrañoso realizó pruebas cerebelosas anormales, manifestadas por lateropulsión de la marcha, al realizarsele pruebas calóricas se detectó paresia laberíntica.

Las alteraciones de exploración oftalmológica correspondieron a cinco pacientes hipertensos con retinopatía hipertensiva y un paciente a neuritis óptica.

ALTERACIONES RADIOLOGICAS (tabla 16)

Las radiografías de cráneo en los dos grupos de pacientes

ALTERACIONES NEUROLOGICAS EN CEFALEA

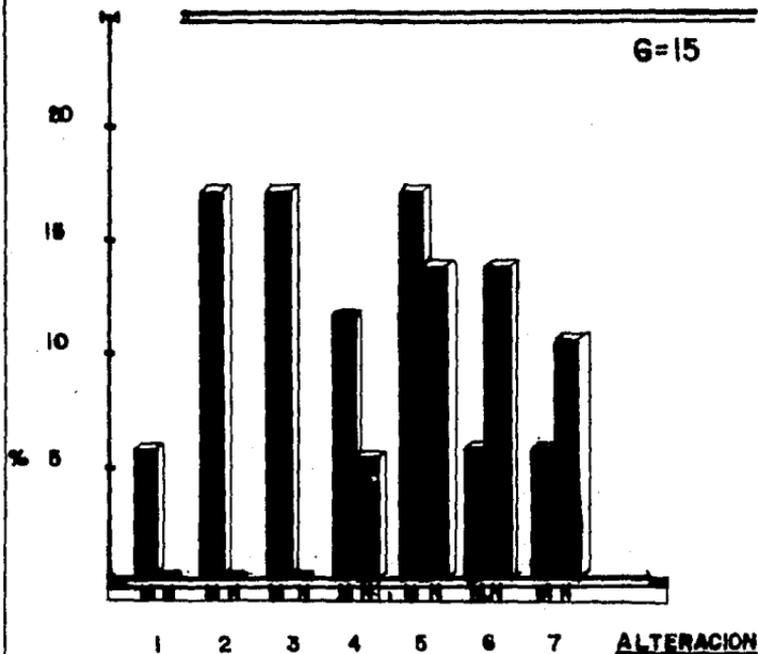
MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

T=15

ALTERACION	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
PAR CRANEAL	1	5.88	0	0	1	2.77
SENSIBILIDAD	3	17.64	0	0	3	8.33
MOTILIDAD	3	17.64	0	0	3	8.33
REFLEJO	0	0	0	0	0	0
F. CEREBELOSA	2	11.77	1	5.27	3	8.33
F. INTELECTUAL	0	0	0	0	0	0
OTOLOGICAS	3	17.64	5	13.88	8	22.22
OFTALMOLOGICA	1	5.88	5	13.88	6	16.66
P. CALORICA	1	5.88	2	10.52	3	8.33
NORMAL	8	47.05	9	47.36	17	47.22

ALTERACIONES NEUROLOGICAS EN CEFALEA

$n=15$



1. P. CRANIAL
2. SENSIBILIDAD
3. MOTILIDAD
4. P. CEREBROSA
5. P. OTOLÓGICAS
6. P. OFTÁLMICAS
7. P. CALÓRICAS

ALTERACIONES RADIOLOGICAS DE PACIENTES CON

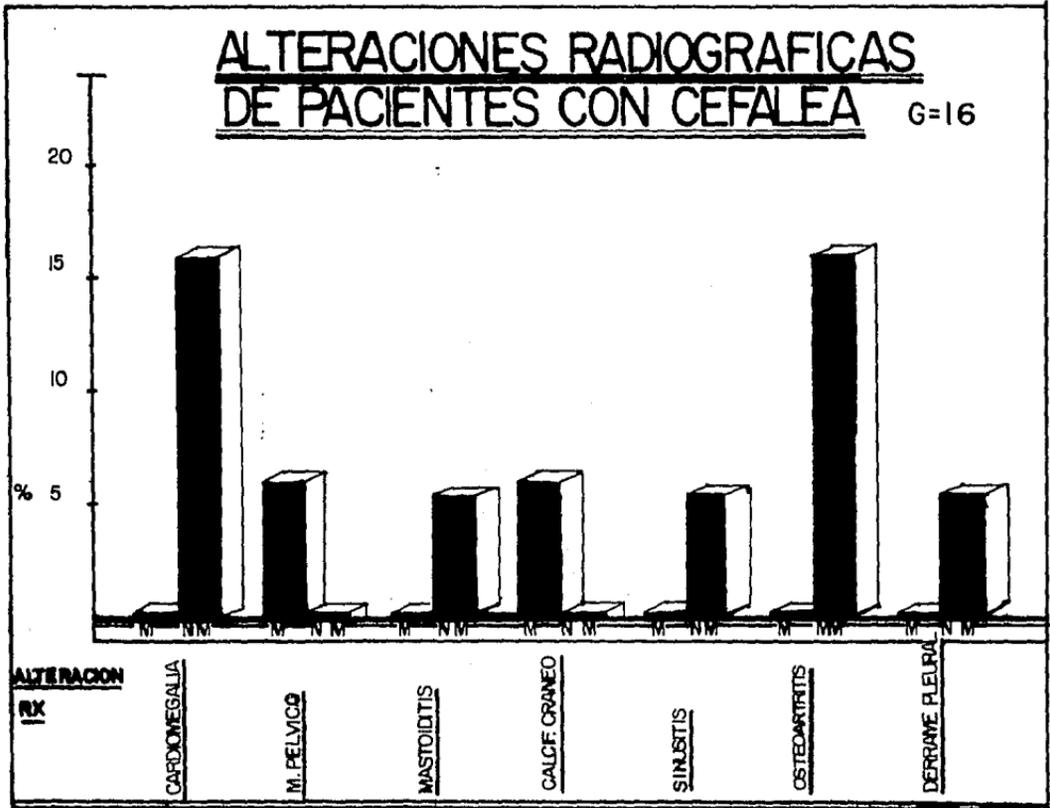
CEFALEA MIGRANOSA Y NO MIGRANOSA

T=16

ALTERACION	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
CARDIOMEGALIA	0	0	3	15.78	3	8.33
↓ MMBRO PELVICO	1	5.8	0	0	1	2.77
MASTOIDITIS	0	0	1	5.26	1	2.77
CALCIFICACION-CRANE	1	5.8	0	0	1	2.77
SINUSITIS	0	0	1	5.26	1	2.77
OSTEOARTROSIS	0	0	3	15.78	3	8.33
DERR. PLEURAL	0	0	1	5.26	1	2.77
T O T A L	2	11.7%	9	47.3%	11	30.5%

ALTERACIONES RADIOGRAFICAS DE PACIENTES CON CEFALEA

G=16



fué normal. El único hallazgo fué la presencia de calcificación de la glándula pineal en forma prematura en un individuo de 26 años.

Un paciente masculino de 26 años con secuelas de poliomielitis presentó disminución de tamaño de miembro pélvico izquierdo al realizar radiografía comparativa de miembros inferiores.

De los pacientes con cefalea no migrañosa se vieron tres casos con cardiomegalia, en quienes sufrían de hipertensión arterial; los pacientes quienes clínicamente presentaron mayor contractura muscular a nivel cervical a las placas de rayos X se detectó osteoartritis cervical.

Las demás anomalías fueron unitarias: sinusitis, mastoiditis y derrame pleural.

ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS Y OTORRINOLARINGOLÓGICAS (tabla 17)

Las alteraciones oftalmológicas correspondieron a pacientes con cefalea no migrañosa; 4 con retinopatía hipertensiva y uno de los casos con neuritis óptica.

Las patologías otorrinolaringológicas ocurrieron en su mayoría en pacientes con cefalea no migrañosa: un caso de mastoiditis, un caso de sinusitis, perforación timpánica en dos casos.

Un paciente migrañoso padeció de otitis crónica supurada y le fué detectado perforación timpánica.

ALTERACIONES LABORATORIALES Y ELECTROCARDIOGRÁFICAS (tabla 18)

La infección de vías urinarias estuvo presente en dos casos de pacientes no migrañosos y uno migrañoso. Las otras anomalías

ALTERACIONES OFTALMOLOGICAS Y OTORRINO-
LARINGOLOGICAS DE PACIENTES CON CEFALEA

T = 17

ALTERACION OFTALMOLOGICA	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
RETINO HIPERTEN.	0	0	4	21.05	4	11.11
NEURITIS OPTICA	0	0	1	5.26	1	2.77

A

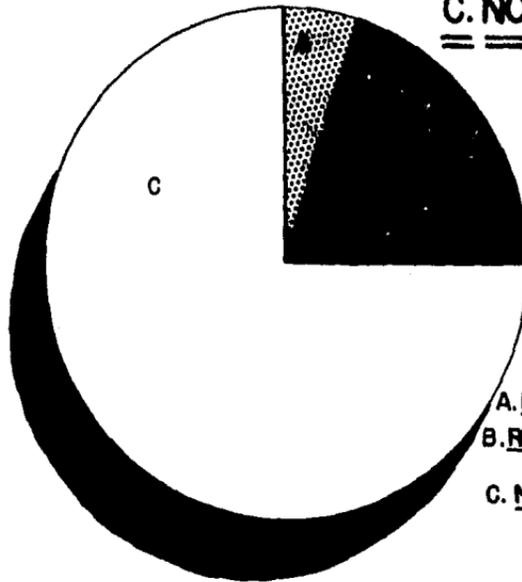
ALTERACION OTORRINOLARINGOLO						
	No.	%	No.	%	No.	%
MASTOIDITIS	0	0	1	5.26	1	2.77
PERF. TIMPANICA	1	5.88	2	10.52	3	8.33
SINUSITIS	0	0	1	5.26	1	2.77

B

ALTERACION OFTALMOLOGICA

C. NO MIGRANOSA

G=17



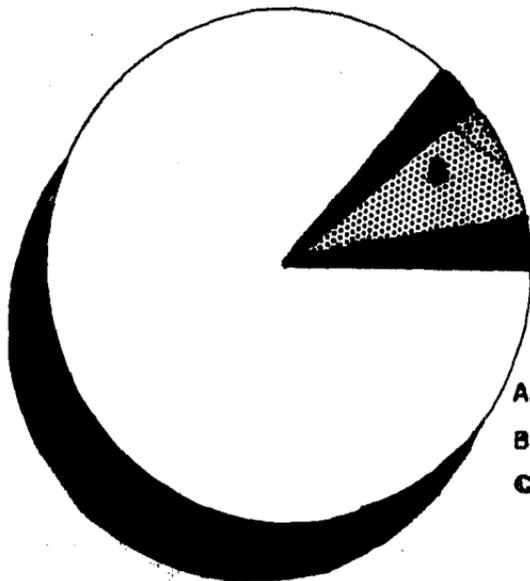
A. NEURITIS OPTICA 5.26 %

B. RETINOPATIA HIPERTENSIVA
21.05 %

C. NORMAL 73.6 %

ALTERACION OTORRINOLARINGOLOGICA

G=17B



A. MASTOIDITIS

B. PERFORACION TIMPANICA

C. SINUSITIS

ALTERACIONES LABORATORIALES Y ELECTROCARDIOGRAFICAS DE PACIENTES CON CEFALEA

T=18

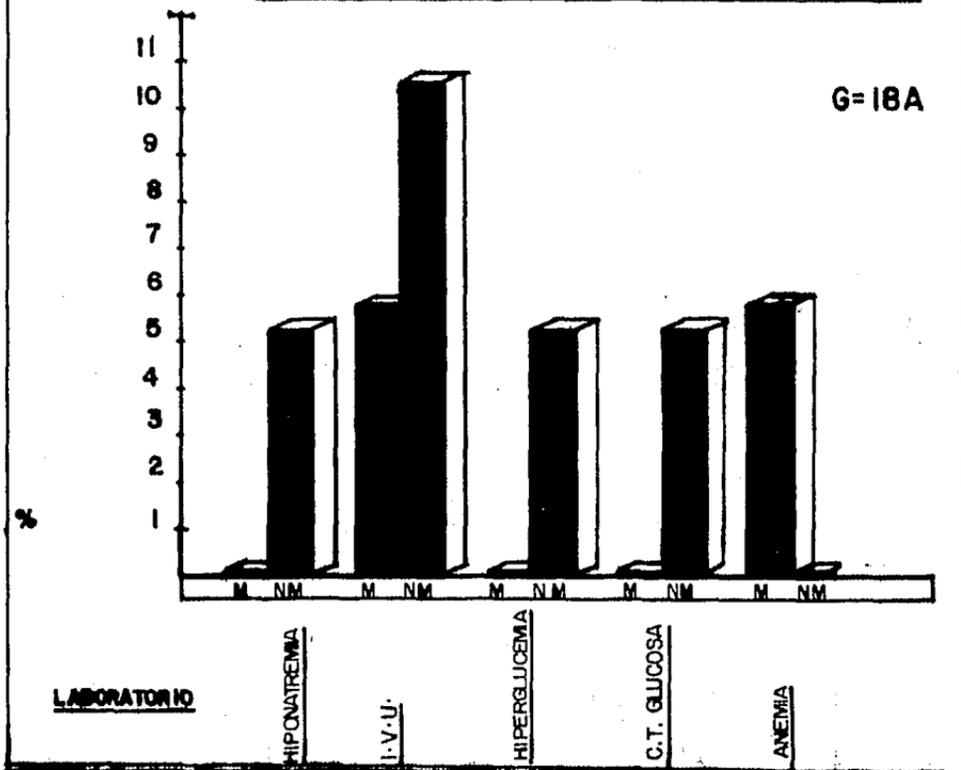
ALT. LABORATORIO	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HIPONATREMIA	0	0	1	5.26	1	2.77
I. V. U.	1	5.88	2	10.52	3	8.33
HIPERGLUCEMIA	0	0	1	5.26	1	2.77
C.T. GLUCOSA	0	0	1	5.26	1	2.77
ANEMIA	1	5.88	0	0	1	2.77
TOTAL	2	11.7%	5	13.8%	7	19.4%

ALTERACION EKG						
	No.	%	No.	%	No.	%
C.V.I.	0	0	3	15.78	3	8.33
ISQUEMIA	1	5.88	1	5.26	2	5.55
TOTAL	1	5.8%	4	21.0%	5	13.8%

CVI= CRECIMIENTO VENTRICULO 120

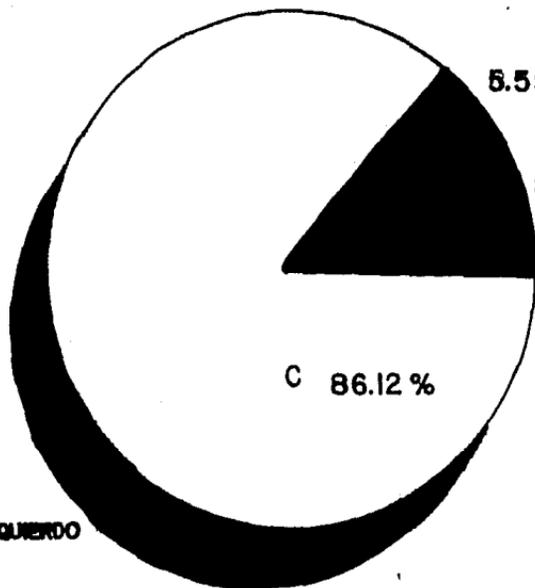
CT= CURVA DE TOLERANCIA

ALTERACIONES LABORATORIALES



ALTERACION ELEKTROCARDIOGRAFIA.

G=188



5.55%

8.33%

C 86.12 %

A1. ISQUEMIA.M

A2 ISQUEMIA.NM

B. CVI NM

C. NORMAL

M= MIGRANOSA
NM= NO MIGRANOSA
CVI= CRECIMIENTO
VENTRICULO IZQUIERDO

fueron esporádicos y se corrigieron con el tratamiento.

Los hallazgos electrocardiográficos, como era de esperar estuvieron relacionados con el grupo de hipertensos, de los pacientes no migrañosos, 4 casos anormales, 3 de ellos correspondieron a crecimiento de ventrículo izquierdo y un paciente con isquemia subendocárdica de ventrículo izquierdo.

Solo un paciente migrañoso de 45 años, e hipertenso tuvo un trazo electrocardiográfico relacionado con isquemia miocárdica.

ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS (tabla 19)

Existe una diferencia estadísticamente significativa (P menor de 0.05) al comparar las alteraciones electroencefalográficas entre los pacientes migrañosos :12 casos (70.50 %) y los no migrañosos: 5 casos (21%)

El tipo de anomalía más encontrado fué la presencia de onda delta focal en 3 casos (17.64% de los migrañosos), posteriormente y en igual frecuencia (2 casos) se encontraron: lentitud focal, lentitud difusa, bajo voltaje y trenes lentos difusos.

Los pacientes no migrañosos presentaron lentitud difusa en 2 casos (10.52 %) y disminución de voltaje en forma difusa en 2 casos (10.52%)

Las alteraciones electroencefalográficas globales comprometieron 47.22% de todos los pacientes con cefalea.

EVOLUCION DE LAS CEFALIAS (tabla 20)

La evolución de los dos grupos fué favorable, todos los pacientes refirieron mejoría de su padecimiento, sobre todo los migrañosos.

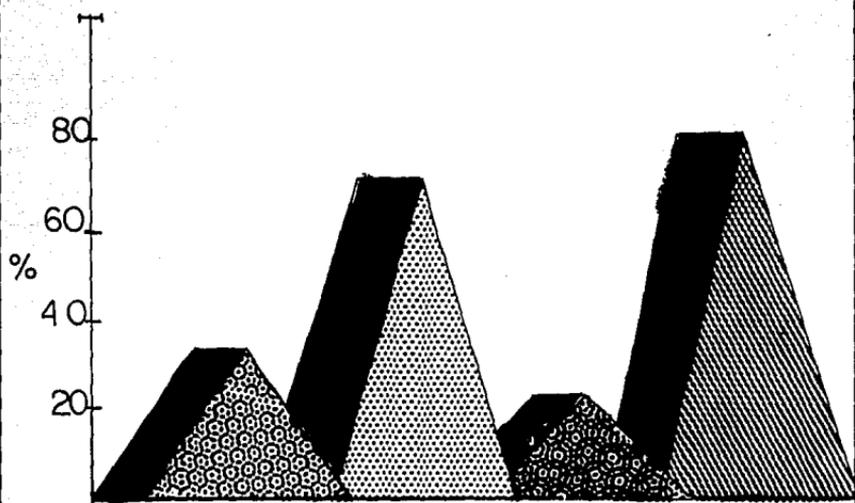
ALTERACION EEG DE CEFALEA

ALTERACION	MIGRANOSA		NO MIGRANOSA		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
LENTITUD FOCAL	2	11.76	0	0	2	5.55
O. TETA FOCAL	1	5.88	1	5.26	2	5.55
LENTITUD DIFUSA	2	11.76	2	10.52	4	11.11
BAJO VOLT. DIFUSO	2	11.76	2	10.52	4	11.11
O. DELTA FOCAL	3	17.64	0	0	3	8.33
TRENES. LENTOS DIFUSO	2	11.76	0	0	2	5.55
TOTAL	12	70.5	5	21.0	16	44.4

G=19

ALTERACION EEG DE

CEFALEA G= 19



-  NO MIGRANOSA = NORMAL 79 %
-  MIGRANOSA = ANORMAL 70 %
-  MIGRANOSA NORMAL 30 %
-  NO MIGRANOSA ANORMAL 21 %

EVOLUCION DE CEFALEAS T=20

	N.	%
MIGRANOSA		
	B= 15	88.23
	R= 2	11.76
NO MIGRANOSA		
	B= 14	73.68
	R= 5	26.31

B= BUENA

R=REGULAR

EVOLUCION DE CEFALEAS

G=20

MIGRANOSA



BUENA



REGULAR



MALA

NO MIGRANOSA



BUENA



REGULAR



MALA

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Después de efectuar un interrogatorio minucioso en la persona con dolor de cabeza, el médico se da cuenta de una manera muy precisa el tipo de cefalea al cual se enfrenta, y de su probable etiología.

Por la exploración física y neurológica cuidadosa se obtienen nuevos datos útiles para decidir que pruebas son de valor para el diagnóstico definitivo o para excluir posibles causas orgánicas.

Fué posible obtener información exhaustiva de la correcta observación del individuo durante la primera consulta.

La valoración neurológica que incluye pares craneales, función motora, sensitiva y los reflejos, tiene máxima importancia para llevar a un diagnóstico definitivo.

EDAD: Al igual que en los estudios de Tursky en 1965 en el presente estudio se encontró la mayor susceptibilidad de las personas maduras a contraer cefalea. (18).

SEXO: Las mujeres estan más predispuestas a la jaqueca, mismo hecho analizado por Sternbach y Woodraw en 1972 (18).

FACTORES DETERMINANTES: Los factores determinantes de presentación de cefalalgia descritos por Sternbach son originados por la sugestión, la distracción, la manipulación por ansiedad y la falta de motivación. Nuestro grupo de pacientes mostraron asociación con la ansiedad y el tipo de personalidad, directamente relacionados con la neurosis y la depresión en sus diferentes facetas. La mayor

parte de los pacientes estudiados eran de personalidad tipo A.

HERENCIA: Con respecto al papel genético en este tipo de patología, observamos una asociación familiar cercana al 60%. Simmonds (18) describe esta relación entre un 40 y 60 % de miembros de la misma familia, refiriéndose en ambos casos a la cefalea migrañosa.

Sin embargo no hay que olvidar el papel social que se tiene de la cefalea desde la infancia, los pequeños conocen el significado de la misma por los padres. (8) Las únicas cefaleas de carácter familiar son: la migraña y la hipertensiva.

ANTECEDENTES: La historia de traumatismo craneoencefálico en pacientes con cefalea crónica, se ha visto con mayor frecuencia en niños (relacionado con microhemorragias). Aproximadamente la tercera parte de nuestro grupo de pacientes la mencionó, pero el único caso verdaderamente relacionado fué el de la mujer de 35 años con traumatismo y hematoma subaracnoideo. Podemos pensar que en los demás pacientes fue incidental y no causal de la cefalea.

OCUPACION: Las amas de casa se quejan con mucha frecuencia de cefalalgia, las pacientes describieron su trabajo como monótono, de mucha responsabilidad y problemática con esposo e hijos, quienes originaron una constante tensión emocional.

CARACTERISTICAS DE LAS CEFALÉAS: Se pudieron clasificar los pacientes en migrañosos y no migrañosos de acuerdo a su sintomatología que a continuación se mencionará:

CEFALEA MIGRAÑOSA : La mayor parte de los pacientes refirió cefalea pulsátil, en regiones parietales, de gran intensidad, aumentó al tacto, a la posición horizontal, disminuyó al presionar las arterias frontales y temporales. La duración fué mayor a 24 horas.

CEFALEAS NO MIGRAÑOSAS :

TENSIONAL: fué referida opresiva, localizada en región occipito-cervical y universal, continua, desencadenada por problemas emocionales, aumenta al tacto y a la presión. Duración de días.

HTA: demostró las mismas características que la tensional.

SINUSITIS: dolor gravativo, frontal, aumentó al despertar, aumentó al tacto y al decúbito.

NEURITIS OPTICA: dolor oculo-parietal, acompañado de visión borrosa central, continua, disminuía con esteroides.

MASTOIDITIS: dolor unilateral retroauricular, continuo, de gran intensidad, disminución de audición. Aumentó a la presión de la zona.

SINTOMAS ASOCIADOS: sintomáticamente los pacientes migrañosos presentaron cuadros más floridos: visión borrosa, vómito, congestión conjuntival, acúfenos. Todos estos aspectos forman parte del aura del Síndrome Migrañoso (12).

Los pacientes no migrañosos únicamente presentaron síntomas de su patología de base. (los hipertensos refirieron visión borrosa y parestesias.)

SIGNOS CLINICOS : Los hallazgos a la exploración física fueron mínimos, únicamente una paciente con sintomatología migrañosa, con antecedente de traumatismo craneoencefálico y con diagnóstico de hematoma subaracnoideo, se le detectó hemiparesia y hemianestesia izquierdas.

Dos pacientes con cefalea no migrañosa, mayores de 60 años reportaron disfunción de pruebas cerebelosas, secundarias quizá a pruebas calóricas anormales por padecimiento degenerativo.

Todos los pacientes hipertensos desarrollaron diferente grado de retinopatía.

Si la variedad de cefaleas hubiera comprendido un mayor número de patologías orgánicas cerebrales probablemente encontraríamos mayores anomalías.

LABORATORIO Y GABINETE : Los exámenes de laboratorio y gabinete, específicamente las radiografías de cráneo no fueron útiles para el diagnóstico, fueron de utilidad para los padecimientos concomitantes.

ELECTROENCEFALOGRAFIA: Las alteraciones electroencefalográficas fueron mayores en los pacientes migrañosos: 70 % anormales; sin embargo no es despreciable el 20 % de las anomalías de los no migrañosos.

En la literatura (20) se ha descrito que en un 45% de los sujetos con migraña común o clásica presentan anomalías EEG, en cambio en pacientes de grupo control se registra solo en un 10 %.

Las variaciones electroencefalográficas en pacientes migrañosos se dividen en dos categorías; la primera se caracteriza por actividad

de frecuencia lenta, que puede ocurrir localmente, de manera difusa y generalizada, o con una presentación local cambiante. La segunda se refiere a formas paroxísticas focales o generalizadas que imprimen cambios electroencefalográficos característicos en pacientes epilépticos (18). La presencia de cambios paroxísticos en el electroencefalograma de pacientes con migraña equivale a que la epilepsia esencial fue el origen de dicho padecimiento.

Los estudios fueron realizados en intervalos libres de dolor, sería conveniente realizar a futuro un estudio en episodio doloroso, ya que se afirma que suelen ocurrir anomalías electroencefalográficas en el periodo agudo de la migraña, pero desaparece en el periodo asintomático. Lo que presupone que de realizarse el estudio en esta fase incrementaría el índice de anomalías. (20)

La presencia de una anomalía electroencefalográfica sobre todo un foco de actividad de onda lenta, en un paciente con historia no típica de cefalea debe sugerir investigación adicional para esclarecer por completo la causa de la cefalea y la alteración electroencefalográfica.

Con respecto a la cefalea tensional, con frecuencia ocurre en el contexto de la ansiedad. En efecto, en los pacientes con ansiedad crónica los trazos electroencefalográficos se caracterizan por ondas de baja amplitud que sugieren un estado de hiperactividad. (detectada en 2 pacientes).

En la cefalea por enfermedades de ojos, nariz, boca, de senos, dentales, o neuritis intracraneal, no existen anomalías electroencefalográficas.

TERAPEUTICA : hablando de tratamiento, es indispensable la identificación y eliminación de factores desencadenantes de la cefalalgia y del estilo de vida del paciente.

En la migraña se asociaron medicamentos y medidas higiénicas. Dentro de las instrucciones preventivas se indicó el reposo, relajación muscular, evitar ingerir bebidas alcohólicas y dieta libre de tiramina. Les fué otorgado programa de ejercicios. La mayor parte de los pacientes recibió cafeína con ergotamina a la dosis indicada para tratamiento de la crisis, en el 75 % de los casos fué suficiente con dos tabletas sublinguales para evitar que la migraña prosiguiera. Los episodios se prolongaron en un 80 % de los casos, con la ayuda de propranolol a las dosis referidas.

Los pacientes con cefalea tensional fueron manejados con analgésicos (aspirina y acetaminofén); en dos casos se utilizó como relajante muscular el diazepam (5mg). En los pacientes en quienes se observó un componente depresivo se utilizó amitriptilina.

Los individuos con componente enurótico (4 casos) fueron referidos a Psicología.

La evolución de los pacientes fué satisfactoria, disminuyendo los periodos de cefalalgia y la intensidad de la misma.

TOTAL DE CONSULTAS

560 CONSULTAS

15.5 por PERSONA

CONCLUSIONES

1. - La mayor parte de las cefaleas son de etiología benigna, y son secundarias a migraña y cefalea tensional.
2. - La Historia Clínica, Exploración Física General y Neurológica dan las pautas para dirigir el Diagnóstico.
3. - Las radiografías de cráneo y laboratorio no son de gran utilidad para el diagnóstico de las mismas.
4. - El electroencefalograma es de gran utilidad en las diversas clases de cefaleas, en primer lugar para diferenciar presencia de daño orgánico cerebral. En segundo lugar muestra diversas alteraciones en la migraña (70%) que nos ayuda a pensar en epilepsia esencial. En tercer lugar sería importante realizar estudios en episodios agudos y corroborarlos con ausencia de sintomatología.

En cuanto a la cefalea tensional presenta menor número de anomalías electroencefalográficas, y las que existen son secundarias a ansiedad.
5. - La disminución de los factores predisponentes de cefalea, en caso particular disminución de tensiones en el hogar y en el trabajo, mejoran la situación física y mental de los pacientes.
6. - El interés por el paciente, su conocimiento del origen de sus molestias disminuyen la ansiedad y es uno de los primeros pasos para su tratamiento. Es importante ayudar a planear sus actividades físicas (ejercicios para cefalea), dieta, (para migraña), y el tratamiento

farmacológico específico y controlado (calendario), ayudan a la valoración integral del paciente y mejoran sus condiciones físicas y mentales.

BIBLIOGRAFIA

1. -Cyclical migraine. Diamond. Arch. Neurol. 38(7):343-44 Jun 1981.
2. -Baclofen In The Treatment Of Neuralgia. From. Ann Int Med 100(6)
905-6 Aug 84
3. -Pseudotumor Cerebri. Walters. Ann. Int. Med 98(2)262-63 March. 83
4. -Prevalence Of Raynaud's Phenomenon In Patients with Migraine.
Zahavi. Arch Int Med Apr 1984
5. -Migraña ¿cuando sospecharla? Gonzalez G. Rev. Med. IMSS 19(50)
Mayo 85
6. -Cefalea Consideraciones Fisiopatológicas y Terapéutica. Gonzalez
Bol Med IMSS.
7. -Exámen de la Persona con Dolor de Cabeza. S. Kunkel.
Act. Med. Cont. 10:11-15 Mayo 79
8. - Cefalea Como Autoagresión. Torres. Tribuna Médica 1(1):63-64
Jul 76
9. -Actividad Analgésica de la Combinación fija de Dihidroergotamina
Paracetamol y cafeína en el tratamiento de Cefaleas de Diversos
Orígenes. Morales. IMI 12(2): 108 Julio 1985.
10. -Valoración mediante Estudio Doble Ciego de la Combinación de Tar-
trato de Ergotamina, Acetofenetidina, Acido Aciloortobenzoico y
Trimetilxantina en el Tratamiento de la Cefalea Tipo Migraña.
Morales. IMI 12(2) :132 Julio :1985.

11. -Farmacoterapia de Cefaleas Vasculares. M. Jones. M. Med.
13(144) 21-32 Abril 86
 12. -Cefaleas. Alvarez. Medicinc. 22(1):1354-65 Julio 83
 13. -Examen Clínico Neurológico. Miembros Clínica Mayo 1970
 14. -Manual de Técnicas de EEG. Hndez, Peniche. Fco. Mendez 1975
 15. -ABC de EEG Hasseman Masson. Ed. Masson Barcelona 82.
 16. -Neurología Clínica Raymonds-Adams 82
 17. -Principles Of Neurology. Pryse, Manual Moderno México 1980.
 18. -Cefaleas de Wolff. Donald D'Alessio Manual Moderno México 1980
 19. -Migraine. Baresch. N. Engl. J. Med. 309(22):1395 Dec 83.
 20. - Cefaleas: Clin. Med. N. América. 1982.
-