

11237

24
2g



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

INCIDENCIA DE CEFALEA EN PEDIATRIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
P E D I A T R A
P R E S E N T A
DR. JORGE CARLOS BRICEÑO PEREZ
Asesor: Dra. Amapola Adell Gras

MEXICO, D. F.

1991



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 está 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.

CONTENIDO:	PAGINA:
ANTECEDENTES.....	1
Clasificación de la cefalea.....	3
Cefalea secundaria a procesos intracraneales.....	3
Cefalea secundaria a procesos extracraneales.....	4
Causas miscelaneas de cefalea.....	4
Cefalea Psicogena.....	5
Migraña.....	6
Factores precipitantes de migraña.....	8
Cuadro clínico de la migraña.....	8
Otros tipos de migraña.....	8
Variantes de la migraña.....	9
Semiología de la cefalea.....	10
Etiología de la cefalea.....	11
MATERIAL Y METODO.....	12
RESULTADOS.....	14
COMENTARIO.....	36
Semiología de los tipos de cefalea en el niño.....	38
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41

ANTROCEDEENTES:

La cefalea es un síntoma común de muchas patologías que afectan al Sistema Nervioso Central. sin embargo muchas cefaleas son expresión de enfermedad: benignas, o son el síntoma cardinal de alguna patología grave. (4)

La cefalea es un síntoma que ocurre frecuentemente en todas las edades; todo dolor cualquiera que sea su localización, resulta difícil de cuantificar su intensidad y puede variar significativamente de acuerdo con la edad y características de personalidad del paciente; desde el punto de vista práctico no tiene importancia saber que porcentaje de la población padece cefalea, sino con que frecuencia este síntoma se transforma en un problema, que por su intensidad y frecuencia motiva una consulta. (9)

Se requiere un entendimiento de la evolución de los conceptos sobre el dolor y mecanismos analgésicos, cuando se tiene interés especial en terrenos de la cefalea, resulta esencial conocer cuales estructuras intracraneanas son sensibles al dolor para así comprender las causas y factores que determinan la cefalea. (9)

La cefalea es el síntoma mas común del hombre civilizado, es poco frecuente que la cefalea intensa y la crónica tengan su origen en un padecimiento orgánico; la cefalea representa una incapacidad relativa del individuo, para manejar las incertidumbres de la vida, es un síntoma que refleja mas que una alteración subyacente del pensamiento o la conducta, una enfermedad del Sistema Nervioso Central. (13)

La importancia de conocer como y porque, ocurren las cefaleas, es porque el pediatra puede acercarse con mayor precisión a un diagnóstico adecuado y específico, sin embargo hay que recordar que todo dolor es subjetivo y no hay método alguno para cuantificar una sensación dolorosa. (13)

Pejerman en el servicio de neurología pediátrica del Hospital de Buenos Aires Argentina, refiere de 300 consultas mensuales, se registra a la cefalea como diagnóstico principal en un 12%, asume que la mayor proporción de cefaleas en la infancia son de tipo migrañoso o de origen psicógeno pero teniendo en cuenta la influencia de lo emocional en la aparición de crisis migrañosas, resulta casi imposible descifrar la frecuencia real de ambas variedades; pero la incidencia de cefalea es igual en ambos sexos. (9)

Las estructuras comprendidas en el dolor de cabeza son:

- A) INTRACRANEALES: arterias de la base del cerebro y de la duramadre, senos venosos con las venas que drenan en ellos y la duramadre en la base del cráneo.
- B) EXTRACRANEALES: arterias y venas de la superficie del cráneo, senos mastoideos, senos paranasales, órbitas, dientes, músculos de la cabeza y cuello; el parénquima cerebral y la mayor parte de las meninges son insensibles al dolor; los mecanismos reconocidos en la producción del dolor que afectan a las estructuras antes mencionadas son principalmente: vasodilatación, inflamación, infección, disfunción autonómica, desolazamiento o tracción, contracción muscular, tensión, causas psicógenas. (9)

En virtud de que todo pediatra, puede y debe manejar adecuadamente pacientes con cefalea, es importante disponer de una clasificación sencilla, que aporte las bases de una terapéutica adecuada; una forma sencilla de clasificar a la cefalea es desde el punto de vista clínico:

CEFALEA ACUDA : Cuando es un evento aislado, sin historia de eventos similares.

CEFALEA AGUDA RECURRENTE: Cuando las crisis se presentan periódicamente.

CEFALEA CRONICA PROGRESIVA: cuando las crisis persisten por mucho tiempo, con frecuencia diaria o semanal, con tendencia a progresar en intensidad.

CEFALEA CRONICA NO PROGRESIVA: cuando la frecuencia e intensidad de los episodios se mantienen estables, en ausencia de signos neurológicos anormales. (14)

CEFALEA SECUNDARIA A PROCESOS INTRACRANEALES:

A) Asociada a procesos expansivos e hipertensión intracraneana : puede ser por tumores, quistes, abscesos, hidrocefalia, hematomas intracerebrales o bien pseudotumor cerebral.

B) Cefalea por hipotensión endocraneana: se observa en el síndrome de ventrículos colapsados, en pacientes con derivación ventrículo peritoneal, o después de una punción lumbar.

C) Cefalea vascular no migrañosa: esta condicionada por malformaciones vasculares.

D) Cefalea postraumática: condicionada por edema cerebral hematoma extradural, hematoma o higroma subdural, hidrocefalia.

(9)

CEFALEAS SECUNDARIAS A PROCESOS ENTORACRAEIALES:

A) Sinusitis: la infección simultanea de mas de un seno paranasal es lo común, produce cefalea localizada con sensación de presión continua, mas que dolor; en región frontotemporal, cuando afecta senos frontales, en cara y ambos malaras cuando afecta senos maxilares, dolor alrededor de los ojos en sinusitis etmoidal, en sinusitis esfenoidal el dolor es variable puede ser: periorbital, frontal, temporal, occipital, pudiendo irradiarse a nariz, mejillas, dientes y encías. (15)

B) Trastornos visuales: los vicios de refracción son frecuentemente causa de cefalea, el dolor es de tipo gravativo en el área frontal o periorbicular, su corrección hace desaparecer la cefalea. (14)

C) Disfunción temporo-mandibular: se conoce como síndrome de Costen, síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporo-mandibular causa cefalea frontal o temporal, unilateral o bilateral continua. (16)

CAUSAS MISCELANEAS DE CEFALEA:

A) hipoglucemias: ocurre entre los 2 y 10 años de edad, en niños que no desayunan, presentan cefalea gravativa, nausea, sudoración, mareo, palidez, remiten con la ingestión de alimentos dulces.

B) Cefalea secundaria a ejercicio excesivo: la cefalea es generalizada severa, pulsátil, dura de pocos minutos a horas, ocurre durante actividades como correr, levantar pesas, es causa poco frecuente de cefalea aguda, incluso puede ser desencadenante de cefalea migrañosa. (16)

CEFALEA PSICOGENA :

Es mas frecuente en la edad escolar, se puede considerar cefalea funcional, su presentación y evolución es crónica no progresiva, puede presentarse como cefalea aguda y recurrente; puede ser de dos tipos:

A) Cefalea tensional: es por contracción muscular en el aparato masticatorio, cuello, y hombros, es una cefalea generalizada se acompaña de facies de sufrimiento, palidez, fotofobia, mareos, malestar general.

B) Cefalea psicologica: se refiere como dolor en un solo sitio, en forma vaga e inespecifica, es difícil interpretar el mecanismo íntimo del dolor en estos casos, los padres solo se dan cuenta que presenta dolor el niño si se lo preguntan. (9)

C) Síndrome de depresión infantil: es una entidad psiquiatrica cuya prevalencia se ha reconocido con mayor claridad en los últimos años, es una cefalea generalizada, leve, con cambios del humor, falta o incremento de peso, pérdida o incremento del apetito, trastornos del sueño, astenia, lentitud psicomotora, automenosprecio, fantasía de muerte o suicidio, su incidencia es 1.9% entre los 7 y los 12 años de edad, representa el 30% de la consulta psiquiatrica infantil. (17)

MIGRAÑA :

Son un tipo especial de cefalea aguda y recurrente, se define como cefalea periódica, con carácter pulsátil, habitualmente acompañada de náusea, vómito, trastornos visuales, como fotopsias, escotomas, síntomas sensoriales como parestesias, otros síntomas asociados son: cinetosis, vómitos cíclicos, dolor abdominal; todos los individuos pueden sufrir migraña en alguna etapa de su vida. (12)

La migraña se transmite en forma autosómica dominante con distinta penetrancia, se ha encontrado historia familiar positiva, en 80-90% de los casos, son afectados mas los varones que las niñas antes de los 10 años de edad, invirtiendose esta relación despues de esta edad, esto se le atribuye al impacto de los cambios hormonales que se producen en la pubertad. (11)

Existen factores que pueden influir en la incidencia de la migraña como son: edad, ciclo menstrual, embarazo, stress crónico, uso de drogas. (11)

Se desconoce aun la naturaleza cierta del defecto básico en la migraña; la carga genética se traduce en una inestabilidad vasomotora, esta inestabilidad se refiere a los cambios vasculares que ocurren en la migraña clásica: vasoconstricción intracraneal asociada a los síntomas que forman parte del aura, con la dilatación de los vasos extracraneales hasta que aparece la cefalea, en dicho intervalo que varía entre 10 y 30 minutos se produciría liberación de histamina, heparina, bradiquinina, entre otros, que inducirían una reacción inflamatoria estéril e inespecifica a nivel de los vasos extracraneales. (25)

Se ha interpretado también el mecanismo de la migraña en base al fenómeno de la onda cortical inhibitoria de progresión lenta es decir que se trataría de un origen neurogénico a nivel de la corteza cerebral.

En relación con los mecanismos químicos, se ha registrado una acentuada reducción de los niveles sanguíneos de serotonina y un aumento en la excreción de sus metabolitos urinarios, durante la crisis migrañosa; esto indicaría la activa participación de la serotonina en los cambios vasculares que ocurren durante los episodios de migraña, pero el mecanismo íntimo es aun poco claro. (26)

Existe evidencia que pueden estar implicadas otras sustancias vasoactivas, como las prostaglandinas, especialmente la PGE-1, ya que el incremento de los niveles arteriales de esta sustancia puede producir dilatación del sistema carotídeo externo y simultáneamente interferir con la capacidad de autoregulación de los vasos intracerebrales, provocando un corto circuito desde la carótida interna hacia la circulación extracraneal que resulta en isquemia cerebral. (27)

Se han diferenciado 2 tipos o formas clínicas de migraña:
Migraña clásica: es cuando la cefalea es precedida por síntomas visuales, sensoriales o gastrointestinales llamados aura, es mas frecuente entre los 5 y 15 años de edad en un 40%. (28)
Migraña común: es cuando la cefalea se presenta sin aura, se presenta entre los 5 y 15 años, en un 60%, es la mas frecuente no presenta síntomas o signos secundarios a hipoperfusión por

vasoconstricción intracerebral. (28)

FACTORES PRECIPITANTES DE MIGRAÑA : son ansiedad, stress, fatiga, traumatismos craneales, ejercicios físicos, viajes, enfermedad de vías respiratorias superiores, dieta, clima frío, hipoglucemia, exceso de tabaco y alcohol en adolescentes.

CUADRO CLINICO DE LA MIGRAÑA: el dolor es habitualmente de tipo pulsátil, pero la localización es variable, el término migraña sugiere un dolor hemicraneal, en el niño suele ser bilateral, generalizada o frontal. La migraña es mas frecuente entre los 6 y 10 años de edad, no obstante se han reportado casos con inicio entre 1 y 4 años; el síntoma capital es la cefalea tanto en la forma clásica como en la común se describen síntomas prodrómicos distintos del aura, que pueden preceder al paroxismo en horas o días, ocurren en un 40% de los casos y son : fatiga, irritabilidad, palidez, pérdida del apetito, depresión, somnolencia, menos frecuentemente son la polaquiuria, diarrea, constipación. Los síntomas del aura pueden ser visuales, sensoriales, viscerales. (9)

La prevalencia de uno u otro síntoma como aura migrañosa, dependerá en muchos casos de la atención que el paciente le preste a los mismos, y del relato preciso que se pueda obtener de ellos.

OTROS TIPOS DE MIGRAÑA:

Migraña compleja o acompañada: es la forma de migraña que presenta déficit neurológico, focal o multifocal durante la crisis, pueden tratarse de trastornos sensoriales, como pérdida de la visión, hemianopsia, o bien alteraciones en la función

motora, como ataxia, paresias de pares craneanos, incluso perturbaciones de la conciencia, se observa en adolescentes. (19)

MIGRAÑA BASILAR: consiste en ataques recurrentes de disfunción neurológica, localizada en tronco cerebral y cerebelo, secundaria a hipoperfusión del territorio vertebro-basilar, presenta ataxia, disartria, y parálisis de pares craneales, además de la cefalea que es predominantemente occipital, el vértigo es el síntoma atribuible a disfunción del territorio de la arteria basilar. Es difícil establecer su frecuencia en casos simples, es una variante de migraña y en casos severos se considera una migraña compleja, es más frecuente en mujeres en la pubertad y en la adolescencia. (18)

VARIANTES DE MIGRAÑA:

A) Cluster o agrupada: llamada también cefalea histaminica, cefalea de Horton, es rara en niños y adolescentes, consiste en ataques agrupados en días, (va de 1 a 15 ataques por día), o semanas, separados por intervalos libres, de meses o años, el dolor es breve, severo, unilateral, en región periorbital con lagrimeo, rinorrea unilateral y rubefacción facial. (14)

B) Migraña abdominal: o de vómitos cíclicos, son ataques recurrentes de náusea, o vomito, inexplicables, asociados a dolor abdominal difuso, los vómitos son el síntoma principal, es seguido posteriormente de migraña clásica o de migraña común, en ocasiones, la cefalea esta ausente, en un 40% esta presente, la característica fundamental es la naturaleza recurrente. (20)

Los estudios de seguimiento, muestran en este tipo de migraña, remisiones significativas en un 30-80% de los casos pueden ocurrir recidivas, aun despues de transcurrir varios años sin crisis, es mas fácil obtener remisión prolongada en niños y adolescentes, que en adultos jóvenes. (21)

SEMILOGIA DE LA CEFALEA:

- A) Localización.- frontal: vascular, ocular, tumor supra-tentorial.
- B) aparición.- súbita: epilepsia, aneurisma.
al despertar: depresión, tumor, epilepsia.
paroxística: stress, migraña, epilepsia.
persistente: sinusitis, psicogena, tumor.
- C) pulsátil.- migraña, tumor, postraumatica.
- D) opresión.- migraña, convulsión, funcional.
- E) aura.- migraña, convulsiones.
- F) paresia.- migraña, epilepsia, tumor.
- G) postración.- migraña, epilepsia.
- H) cambia con posición.- punción lumbar, postraumatica, tumor.
- I) aumenta con tos.- sinusitis, hipertensión endocraneana.
- J) aumenta con el ejercicio.- migraña, cardiopatía.
- K) desencadenada por stress.- migraña, psicogena.

ETIOLOGIA DE LA CEFALEA EN LA NIÑEZ:

PROCESOS INTRACRANEALES:

tumores intracraneales primitivos, metastásicos, absceso cerebral, meningitis bacteriana, tuberculosa, viral, de causa física, meningismo (otitis, neumonía, tifoidea, encefalitis, poliomielititis), neuritis, hidrocefalia congenita, adquirida prolongada, hemorragia subaracnoidea, hematoma y derrame subdural, síndrome postpunción, edema cerebral postraumático.

OTROS PROCESOS NEUROLOGICOS:

epilepsia, neuralgia del trigémino, craneostenosis.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS:

trastornos emocionales, psicológicos en general, neurosis, relación familiar, fatiga escolar, síndrome postraumático.

AFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS:

infección crónica de amígdalas, y de adenoides, rinitis crónica sinusitis, síndrome de Meniere, otitis.

PROCESOS OCULARES:

defectos de refracción, estrabismo, glaucoma, iridociclitis.

PROCESOS DENTARIOS:

caries dental, abscesos paradentales, granulomas apicales.

ENFERMEDADES CIRCULATORIAS:

hipertensión arterial, hipotensión arterial, jaqueca, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatías cianogenas, malformaciones vasculares intracraneales.

HEMOPATIAS:

anemias graves, poliglobulia, leucemias.

INFECCIONES GENERALES:

fiebre tifoidea , infecciones gripales, infecciones con hipertermia, sífilis neonatal y adquirida, infección reumática, tosferina.

INTOXICACIONES:

endógenas : uremia.

exógenas : saturnismo, óxido de carbono.

ENDOCRINOMETABOLOPATIAS:

corticoterapia, hipoglucemia, diabetes, crecimiento intenso, vómitos cíclicos con acetonemia, acidosis en general.

OSTEOPATIAS:

osteomielitis en huesos craneales, traumatismos, histiocitosis, metástasis.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo, se realizó mediante un estudio retrospectivo de 50 pacientes, que acudieron al Hospital Infantil de México "Pedro Gómez", por presentar como síntoma principal 'cefalea'; durante el lapso de tiempo comprendido entre Enero de 1963 y el 30 de Septiembre 1968.

El objetivo principal del trabajo, fue investigar la incidencia real de cefalea, en la población pediátrica que acude al Hospital Infantil de México; así mismo, determinar la causa más frecuente de cefalea, el modo de abordaje de estos pacientes con cefalea, para obtener el diagnóstico adecuado, y los estudios invasivos y no invasivos utilizados para llegar al diagnóstico; esto se llevó a cabo mediante revisión retrospectiva, en los expedientes de estos pacientes estudiados en el Hospital Infantil de México, por presentar cefalea.

Así mismo se estudió en estos pacientes la edad, sexo, origen, peso, talla, ocupación, medio socio económico, antecedentes perinatales, desarrollo psicomotor, el tipo de cefalea, el tiempo de duración de la cefalea, las patologías presentes ya sean agudas o crónicas, y los antecedentes familiares de cefalea.

RESULTADOS.

GRAFICA 1

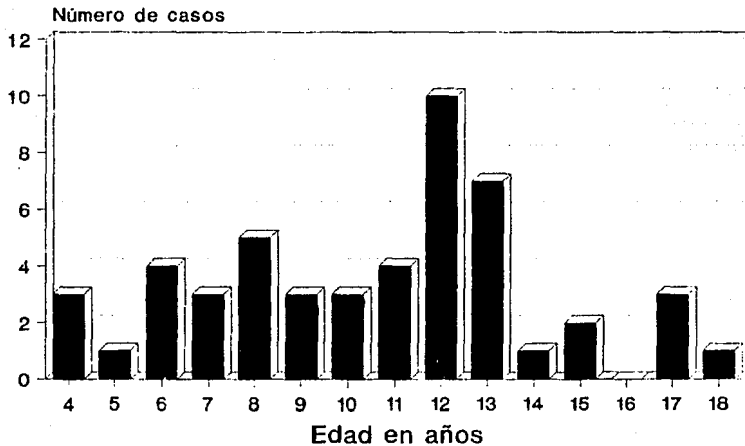
Muestra la relación que existe entre los 50 pacientes estudiados, en relación con la edad de los mismos, observándose que la mayor incidencia de cefalea es al inicio de la adolescencia, alrededor de los 12 y 13 años de edad.

GRAFICA "2"

Muestra la relación que existe con respecto al sexo, en cuanto a la incidencia de cefalea: observamos que antes de los 7 años, es mas frecuente la cefalea en el sexo masculino, posteriormente esta relación se invierte, predominando en el sexo femenino, en forma progresiva se va incrementando hasta los 12 y 13 años en que la diferencia es muy marcada.

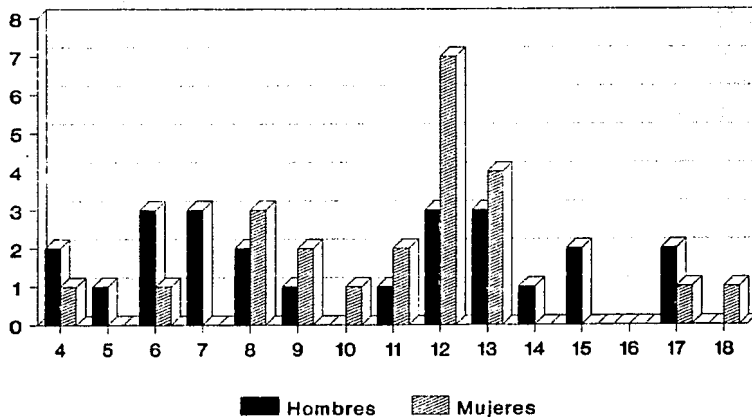
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Frecuencia por edades



CEFALEAS EN PEDIATRIA

Frecuencia por Sexo y Edad



GRAFICA 3

Muestra la incidencia de cefalea, en relación al origen de los pacientes, observándose que un 52% corresponden al Distrito Federal, esto podría corresponder a la situación geográfica del Hospital Infantil de México, sumado a un ritmo de vida acelerado, y a un medio ambiente contaminado.

GRAFICA 4

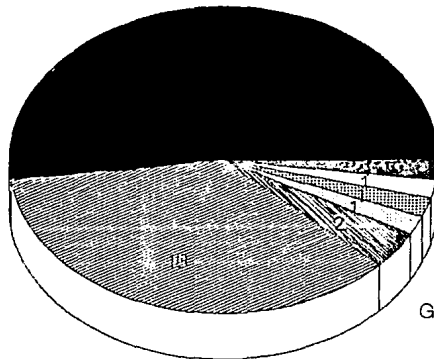
Muestra la incidencia de cefalea, en relación al peso de los pacientes, observándose que la mayor incidencia ocurre en pacientes con peso adecuado para su edad, siguiendo en frecuencia los pacientes con algún grado de desnutrición y posteriormente los pacientes con sobrepeso.

NOTA: No encontramos a pacientes con desnutrición de II ó III grado.

CEFALEAS EN PEDIATRIA

Origen de los pacientes

Distrito Federal 52%

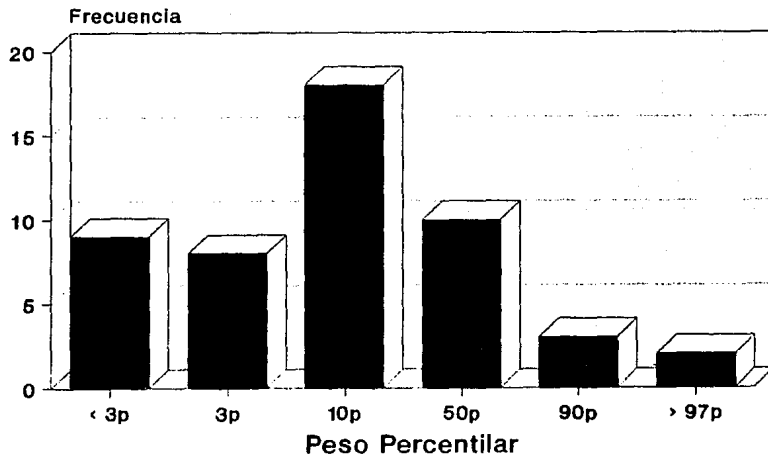


Baja Calif. 2%
Guanajuato 2%
Veracruz 2%
Puebla 2%
Guerrero 4%

Edo de Mexico 36%

CEFALEAS EN PEDIATRIA

Frecuencia de acuerdo al Peso



GRAFICA 5

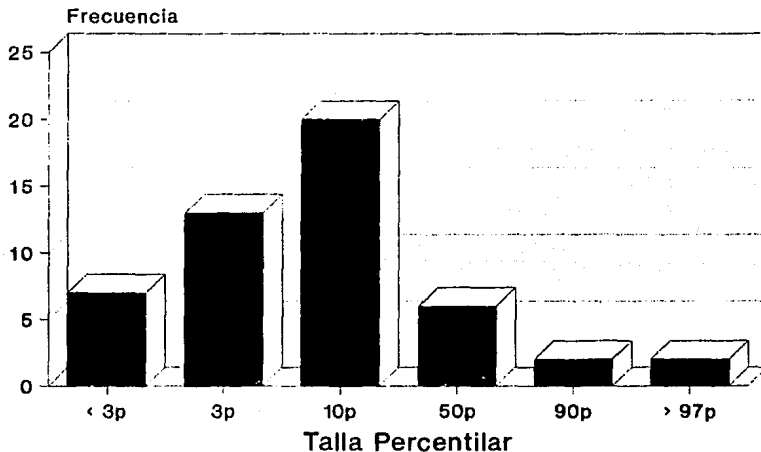
Muestra la frecuencia de cefalea, de acuerdo a la talla observamos que la mayor frecuencia ocurre en pacientes con talla normal para su edad, siguiendo en frecuencia los pacientes con talla baja, y posteriormente los pacientes con talla elevada.

GRAFICAS 6 y 7

Muestran la relación de la frecuencia de cefalea, con la escolaridad de los pacientes, se observa que la mayor incidencia es a nivel de primaria, y de estos pacientes el 26% corresponde al sexto grado de primaria; en cuanto a la secundaria la mayor frecuencia es en el tercer grado con un 53%.

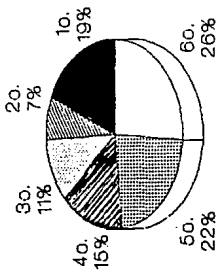
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Frecuencia de acuerdo a la Talla

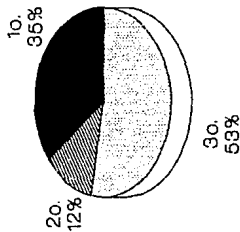


CEFALEAS EN PEDIATRIA

Frecuencia y Escolaridad



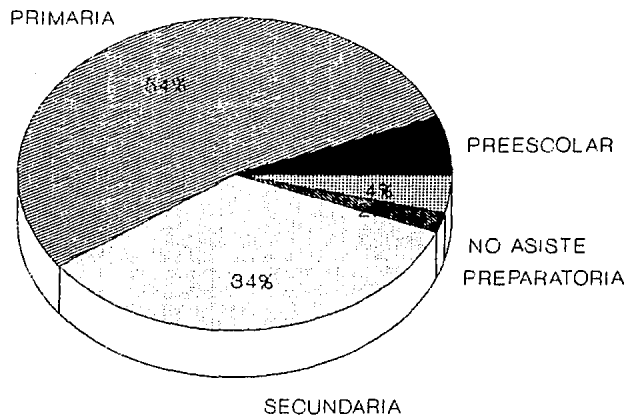
PRIMARIA



SECUNDARIA

CEFALEAS EN PEDIATRIA

Escolaridad General



GRAFICA 8

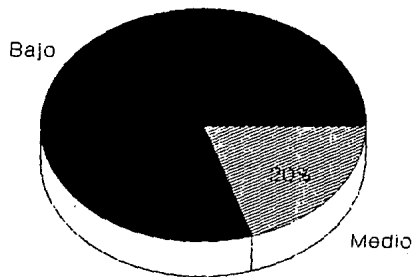
Muestra la incidencia de cefalea, en relación al medio socioeconómico, se observa un 80%, en el medio socioeconómico bajo, esto puede interpretarse de acuerdo a que es la población que con mayor frecuencia acude al Hospital Infantil de México.

GRAFICA 9

Muestra la relación, que existe entre la incidencia de cefalea y los antecedentes perinatales, observándose que es más frecuente la cefalea, en pacientes de término obtenidos por cesárea, en cuanto a pacientes prematuros se observa que la cefalea presenta una incidencia del 6%.

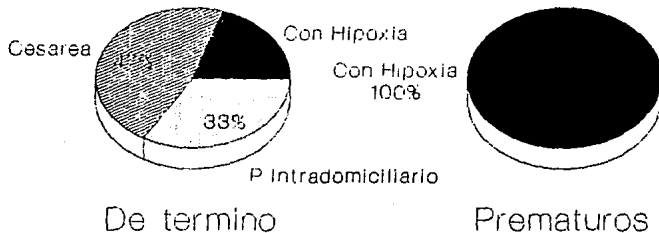
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Relación con el Medio Socioeconómico



CEFALEAS EN PEDIATRIA

Relación con Antecedentes Perinatales



GRAFICA 10

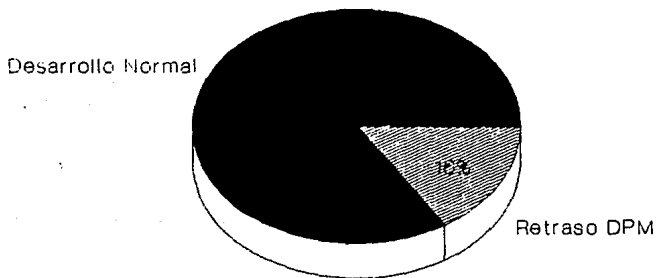
Muestra la relación entre la cefalea y el desarrollo psicomotor, observándose que la mayor incidencia es en los pacientes con desarrollo psicomotor normal, en un 84%.

GRAFICA 11

Muestra la frecuencia de los tipos de cefalea, observándose que el tipo de cefalea mas frecuente es el pulsátil, seguido en frecuencia del tipo intermitente, sin embargo en todos los pacientes se observa siempre mezcla de los tipos de cefalea.

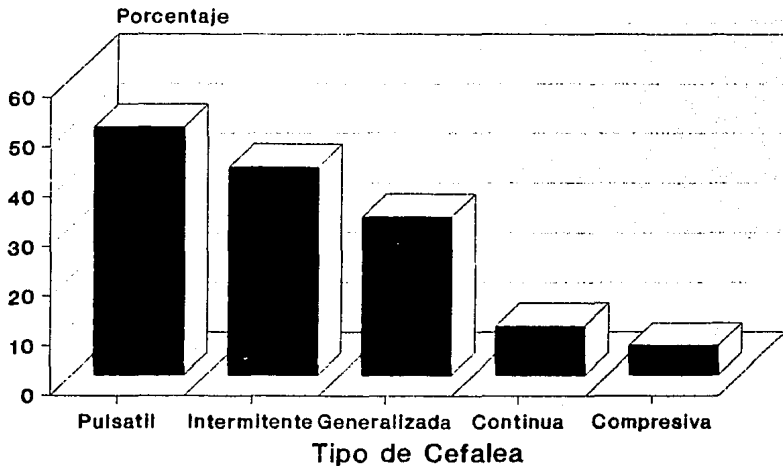
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Desarrollo Psicomotor



CEFALEAS EN PEDIATRIA

Semiología



GRAFICA 12

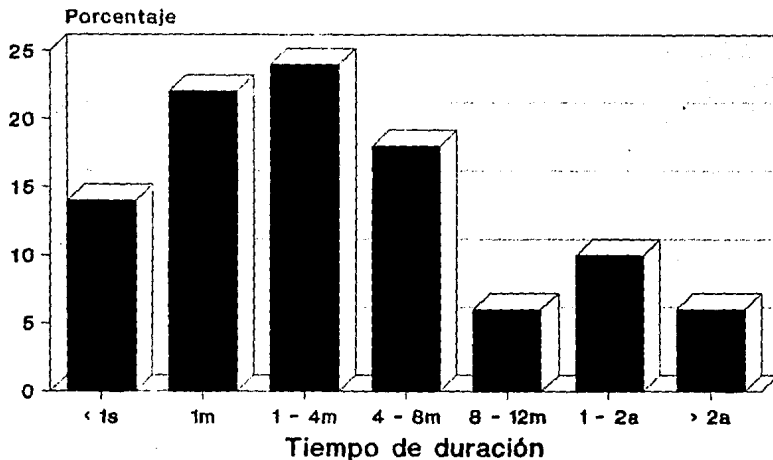
Muestra el tiempo de duración de la cefalea, previo al diagnóstico adecuado, observándose que el tiempo predominante es de uno a cuatro meses, seguido en frecuencia del período de tiempo de una semana a un mes. Sin embargo en ocasiones se llega hasta un período de más de 2 años de evolución de la cefalea antes de un diagnóstico adecuado.

GRAFICA 13

Muestra la frecuencia en que se efectúan los estudios de gabinete para el diagnóstico de cefalea, en el Hospital Infantil de México, observándose: radiografía de cráneo 26%, electroencefalograma 74%.

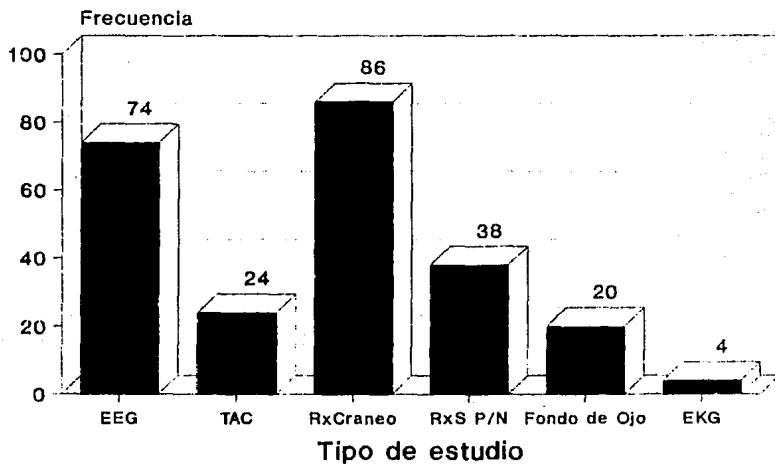
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Duración de la Cefalea



CEFALEAS EN PEDIATRIA

Estudios de Gabinete efectuados



GRAFICA 14

Muestra la incidencia de patologías, intercorrientes en los pacientes con cefaleas estudiados, observamos que en el Hospital infantil de México la sinusitis es mas frecuente, le sigue en frecuencia el diagnostico de migraña.

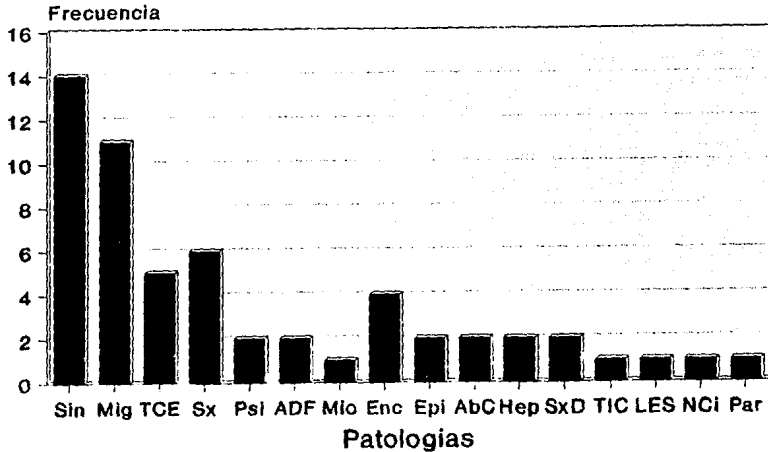
En la literatura revisada se refiere a la migraña como la principal causa de cefaleas en pediatria.

GRAFICA 15

Muestra la frecuencia en que los antecedentes familiares de cefaleas, influyen en la presencia de cefalea, en pacientes pediatricos, observandose que son positivos estos antecedentes unicamente en un 16% de los casos estudiados.

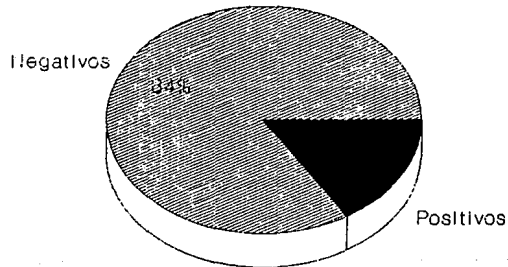
CEFALEAS EN PEDIATRIA

Patologias Intercurrentes



CEFALEAS EN PEDIATRIA

Antecedentes Familiares de Cefalea



COMENTARIO.

El diagnóstico de cefalea debe incluir:

- 1) Historia clínica: que recoja todos los datos posibles, vinculados con el cuadro clínico, tales como la edad del paciente, fecha de inicio del dolor, duración, periodicidad de los síntomas, historia familiar de cefalea, hora de presentación de la cefalea, frecuencia, intensidad dolor continuo, presencia o no de aura, déficit neurológico del paciente, desarrollo ponderoestatural y los hábitos del paciente, factores desencadenantes, trastornos asociados.

Una historia clínica adecuada, nos permite llegar a un diagnóstico etiológico de cefalea con una especificidad del 88 al 94%, y de acuerdo a este diagnóstico, solicitar los estudios adecuados para corroborarlo. (2)

En cuanto a los estudios específicos que deben solicitarse a un paciente con cefalea, debemos tener en cuenta sus indicaciones específicas:

- 2) Radiografía de cráneo: están indicadas únicamente cuando se sospeche hipertensión endocraneana, ya que permiten visualizar la silla turca, las suturas, el seno esfenoidal, no aporta, ningún dato específico en ausencia de hipertensión endocraneana. (2)
- 3) Radiografía de senos paranasales: está indicada cuando por la clínica se sospeche sinusitis (descarga retranasal, tos, congestión nasal, fiebre, cefalea retro-orbitaria ya sea leve o moderada), se debe especificar el tipo de radiografía.

Siempre debemos recordar las proyecciones típicas:

- a) Watters.- para senos maxilares.
- b) Caldwell.- para senos etmoidales.
- c) Chamberlain-Towne.- para senos frontales.

La sinusitis maxilar es la mas frecuente. (15)

- 4) Electroencefalograma: reporta anomalías entre un 5 a 70% de los casos, sin embargo debemos reconocer que la inadecuada interpretación es frecuente; no se justifica su utilización de rutina, ya que anomalías definidas se encuentran en un 5% de los casos. (9)
- 5) Tomografía Axial Computarizada: con respecto a su uso no se establecen criterios rígidos, sin embargo se refiere que su indicación específica sería: hipertensión endocraneana, y en cefalea molesta para el paciente, que no responda a manejo adecuado por un tiempo mayor de 2 semanas. (9)
- 6) Arteriografía cerebral: únicamente esta indicada cuando la sintomatología clínica, hace sospechar la existencia de una malformación vascular, especialmente en caso de migraña compleja, sin embargo debemos recordar que es un estudio muy invasivo, y no se debe plantear en forma rutinaria. (9)

Otros estudios no invasivos, que pueden efectuarse al paciente con cefalea son:

- 7) Valoración oftalmológica: en caso de sospecha de algún defecto de refracción, estrabismo, glaucoma, iridociclitis.
- 8) Fondo de ojo: debe efectuarse en todo niño, con cefalea, debe incluirse en el examen físico de todo pediatra.

SEMIOLOGIA DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE CEFALEA EN EL NIÑO

	JAQUECA	HIPERTENSION ARTERIAL	HIPERTENSION INTRACRANEAL	CEFALEA PSICOGENA
EDAD	Niño y adolescente	Todas	Todas	Todas
PERIODICIDAD	Frecuente	No	A veces	A veces
LOCALIZACION	En cuadrante, Hemisférica Inespecífica	Principalmente occipital o frontal	Frontal, Occipital Generalizada.	Generalizada Fronto-Temporal Nuca
INTENSIDAD	++	Variable	Variable	Moderada
CARACTER DEL DOLOR	Pulsátil, percusión estallido o inespecífico	Pulsátil o sordo continuo	Paroxístico o continuo	Continuo, invariable opresión, peso
DURACION	Horas o días	Variable	Variable	Todo el tiempo
PREDOMINIO HORARIO	Variable	Matutino	Matutino y durante el reposo en cama	Variable o Vespertina
FACTORES DESENCADENANTES	Emoción, fatiga vasodilatadores	Crisis de hipertensión	Determinadas posiciones de la cabeza. Aumento presión LCR (tos, estornudo, defecación)	Tensión psíquica, emoción, trabajo escolar
TRANSTORNOS ASOCIADOS	Transtornos Visuales. Vómitos	Signos diversos de Hipertensión arterial	Manifestaciones neurológicas, psíquicas y otras	Transtornos psíquicos diversos

CONCLUSIONES.

- 1.- La cefalea antes de los 7 años es mas frecuente en el sexo masculino, posteriormente la relacion se invierte, predominando en el sexo femenino en la adolescencia.
- 2.- La mayor incidencia de cefalea en pediatria es al inicio de la adolescencia.
- 3.- Durante la adolescencia la cefalea predomina en el sexo femenino.
- 4.- La cefalea es mas frecuente, en pacientes con peso adecuado para su edad, comparada con pacientes desnutridos y pacientes con sobrepeso.
- 5.- La cefalea es mas frecuente en pacientes con talla adecuada para su edad, comparada con pacientes con talla baja y talla elevada para su edad.
- 6.- En cuanto a la semiologia, la cefalea de tipo pulsatil es mas frecuente en pacientes pediaticos.
- 7.- La cefalea es mas frecuente, en pacientes pediaticos con un desarrollo psicomotor normal.
- 8.- El 84% de los pacientes con cefalea, no cuentan con antecedentes familiares de cefalea.
- 9.- En cuanto a la escolaridad del paciente con cefalea, la mayor incidencia se observa a nivel de primaria, y de estos pacientes principalmente en el sexto grado; a nivel secundaria la frecuencia es mayor en el tercer grado.

10.- En relación con los antecedentes perinatales la mayor incidencia de cefalea se observó en pacientes de término obtenidos por cesarea.

11.- La patología intercurrente mas frecuente en los pacientes pediátricos, con cefalea fué la sinusitis.

12.- El tiempo promedio de duración de la cefalea antes de un diagnostico específico es de uno a 4 meses, observandose un tiempo máximo de 2 años.

13.- En relación al medio socioeconomico, la mayor incidencia de cefalea en pacientes pediátricos, es en el medio socioeconomico bajo.

14.- El estudio de gabinete mas solicitado a los pacientes con cefalea es la radiografía de craneo, seguida del electroencefalograma.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Kenneth E. Robbins, MD, Jerry E. Prentiss.; Prolonged Headache after lumbar puncture.
Clinical Pediatrics. Vol 29. No. 6. 350-52. 1989.
- 2.- Fiorenza Golferini; Paola Pacchin; Marfa Cavinato: Diagnostic factors in pediatric primary Headache.
Journal Clinical Epidemiol. Vol 41. No.1. pags 27-32 1988.
- 3.- Edward Nottidge; Sara Evans: A child with Headache.
The Practitioner. Vol 233. No. 8 (1123-26) September 1989.
- 4.- Sillampa M: Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years.
Headache. Vol 17. (691-94) 1983.
- 5.- Marek J. Gawel, John P. Szalai: Evaluation of analgesic agents in recurring headache compared with other clinical pain models.
Clinical Pharmacol, Therapy. Vol 47. (504-508) 1990.
- 6.- David D. Celentano, Martha S. Linet: Gender differences in the experience of Headache.
Society Sci. Medicine. Vol 30. No. 12.(1289-95) 1990.
- 7.- Hans Lybecker, Jacob T. Moller: Incidence and prediction of postdural puncture Headache.
Anesth. and Analgesy. Vol 70. (389-94) 1990.
- 8.- Samuel F. Mikail, and Carl L. Von Daeyer: Pain somatic Focus, and emotional adjustment in children of chronic Headache sufferers and controls.
Society Sci. Medicine. Vol 31. Nol. (51-59). 1990.
- 9.- Natalio Fejerman, and Emilio Fernandez: Neurología Pediátrica.
Editorial Librería ateneo. (549-559) 1988 Argentina.
- 10.- R.J. Guiloff, M. Fruns: Limb pain in migraine and cluster headache.
Journal of Neurology and Psychiatry. Vol 51. (1022-31) 1988.
- 11.- Jasón Brandt, David Celentano: Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache suffers.
American Journal Psychiatry. Vol 3. (303-308) Marzo 1990.
- 12.- K.M.A. Welch, Steven R. Levins: Migraine-related stroke in the context of the international headache society classification of head pain.
Archives Neurology. Vol 47. (452-466) April 1990.
- 13.- Mary Ellen Avery: Neurologic Problems.
Pediatric Medicine. (689-94) 1988.

- 14.- Rother, A. D.: Diagnosis and management of headache in children and adolescents. *Neurology Clinics*. Vol 1. No.2. (506-10) 1988.
- 15.- Lew D. et al: Sphenoid sinusitis; a review of 30 cases. *New England Journal Medicine*. Vol 309(1149-54) 1988.
- 16.- Holmes, G.I.; Zimmerman A. W.: Temporomandibular joint pain dysfunction syndrome: a rare causa de headaches in adolescents. *Dev. Medicine Childhood Neurology*. Vol 25(601-605) 1987
- 17.- Carlson, G.A., Cantwell. D.P.: Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal Psychiatry*. Vol 137 (445-7) 1989.
- 18.- Barlow Ch. F.: Headaches and migraine in childhood. *Clinics en Development Medicine*. No. 91 1984.
- 19.- Golden, G.S; French, J.H.: Basilar artery migraine in young children. *Pediatrics* 56. (722-26) 1985.
- 20.- Mc Cormick, J.: Recurrent abdominal pain in childhood. *British Medical Journal*. Vol 280. (1377-84) 1987.
- 21.- Bille, B.: Migraine in school children. *Acta Pediatrica Scandinava*. Vol 51. Suplemento 136. 1989.
- 22.- Calderón Gonzalez R: Migraña. Algunos conceptos actuales. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*. Vol 47 No 6 Junio 1990. (363-368)
- 23.- Fenichel, G. M.: Migraine as a cause of benign paroxysmal vértigo of childhood. *Journal Pediatrics*. Vol 71. 1990.
- 24.- Blau J.N.: Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. *British Medical Journal*. Vol 281. 1989.
- 25.- Mejlszenkier J., Oppenheimer E: Migraña. En "Convulsiones en la infancia." 2a edición. Fejerman, M; Medina, C. Edit. El ateneo S.A. Argentina.
- 26.- Welch, K.M. et al: Effects of prostaglandine on the internal and external carotid blood flow in the monkey. *Neurology* Vol. 24 1989.

- 27.- Kangasniemi, Z., Somninen, V.: Excretion of free conjugated 5 HIAA and HVA and VMA during migraine attacks and free intervals.
Headache. Vol 12. (554-62) 1988.
- 28.- Congdon, P.J., Forsythe, W.I.: Migraine in childhood: a study of 300 children.
Development Medicine Childhood Neurology. Vol 21. 1990
- 29.- Heberden William: Aspirin prophylaxis for migraine.
J.A.M.A. Vol 3. No 13. 1990
- 30.- Saper, J.R.: Migraine, migraine variants and related headaches.
Otolaryngology Clinical North American. Vol 22. No. 6
December 1989.