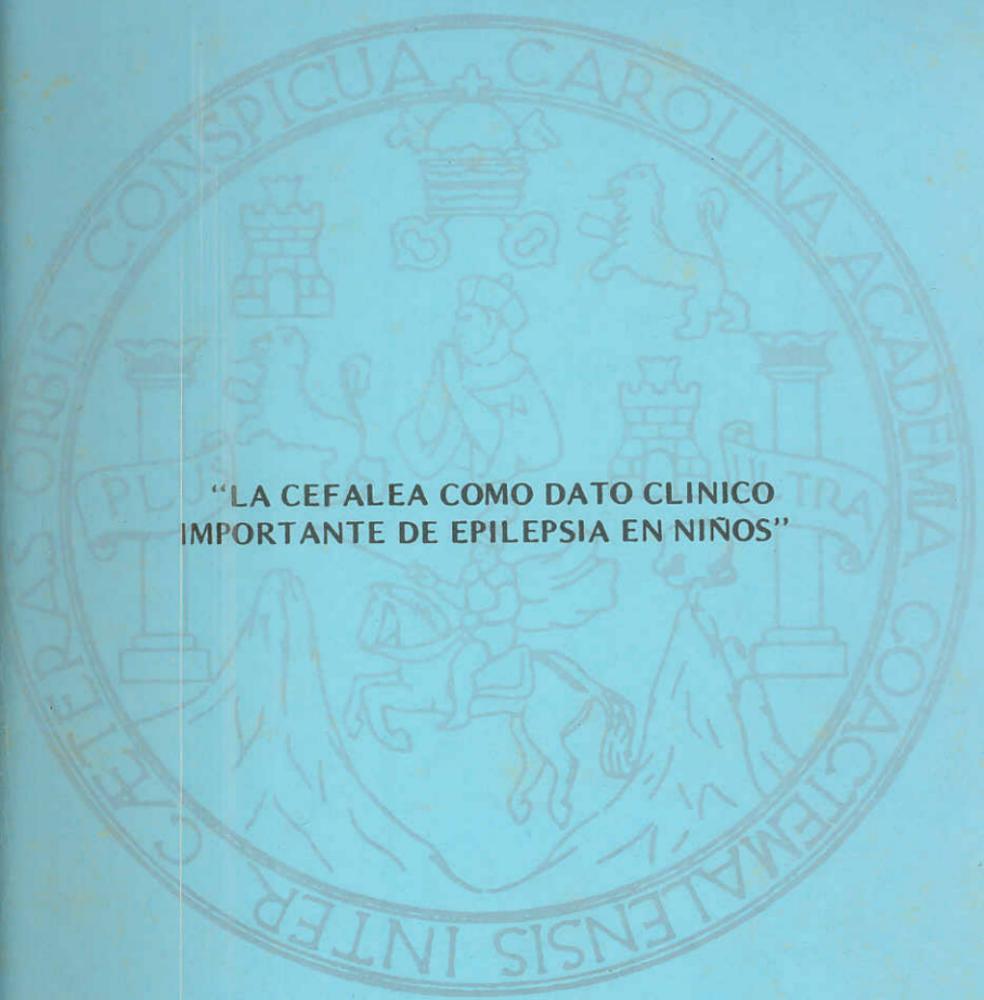


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated man in a crown and robes, holding a book. Above him is a crown. To the left and right are lions. Below the central figure is a horse. The seal is surrounded by a circular border containing the Latin text "ACADEMIA CAROLINA CONSPICUA INTER CETERAS ORBIS COACTEMALENSIS INTRA".

**“LA CEFALEA COMO DATO CLINICO
IMPORTANTE DE EPILEPSIA EN NIÑOS”**

**JORGE RENE ORANTES PINTO
GUATEMALA, ABRIL DE 1978**

PLAN DE TESIS:

- I- INTRODUCCION
- II- OBJETIVOS
- III- MATERIAL Y METODOS
- IV- ANTECEDENTES
- V- RESULTADOS
- VI- ANALISIS
- VII- CONCLUSIONES
- VIII- RECOMENDACIONES
- IX- BIBLIOGRAFIA

1- INTRODUCCION

Han sido tan lentos los progresos en cuanto a la comprensión de la fisiopatología de la cefalea, así como los avances en su terapéutica, que estamos obligados a revisar los conceptos ya conocidos constantemente y sobre todo aceptar las grandes lagunas en nuestro conocimiento actual.

La clasificación del problema ha permitido hacer un análisis más adecuado, para establecer un diagnóstico más preciso y por lo tanto un tratamiento más efectivo.

CLASIFICACION:

Se dividen en:

- a) Extracraneales: 1- Vasculares; 1a. Histamínica o de Horton Tensionales, Faciales; Sinusitis Neuralgias. Oculares Dentales, Inflamatorias o Autoinmunes, Hipertensión Arterial.
- b) Intracraneales: Hipertensión Intracraneana por: Neoplasias Infecciones, Hemorragias, Obstrucción Cefalorraquídeo por parásitos o adherencias.

Es importante su localización en lo que se refiere al área afectada si tiende a ser focal, generalizada, cambiante, unilateral, etc. Existe un gran cantidad de casos en los que es difícil hacer una semiología de dolor, generalmente son refractarios al tratamiento, muy frecuentemente observadas en los pacientes con depresiones severas que pueden ser fácilmente detectadas pero en la mayoría de los casos están enmascaradas.

CONSIDERACIONES GENERALES:

La cefalea en epilepsia es bien conocida y no representa problema diagnóstico cuando el cuadro es claro, sin embargo se dificulta cuando es el único síntoma o el predominante; al interrogatorio se pueden obtener más datos que completan un síndrome específico.

Dado a la forma en que se manifiesta el dolor de cabeza en el paciente epiléptico, consideramos (cuando sea el dato clínico predominante) podría clasificarse dentro del capítulo que corresponde a la Cefalea Recurrente Crónica o Paroxística llevando a un diagnóstico equivocado como frecuentemente sucede por lo tanto la terapéutica resulta ser inadecuada. Puede presentarse o desencadenarse el síntoma en: La alcalosis respiratoria o metabólica, desvelo, alcohol, Hipoglicemia, Fiebre, etc., es decir todo lo conocido como factor desencadenante en epilepsia; desafortunadamente los mismos factores pueden darse a otras causas de cefaleas por lo que deberá tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial fundamentalmente con: J a q u e c a, malformaciones Vasculares, Arteritis Glaucoma Hipertensión Arterial, Tensionales, menos probable pensar que sea secundaria a neoplasias o problemas de refracción, y naturalmente mucho menos aquellos casos por historia o hallazgos se compruebe justificación de cefalea, Ejemplo: Estados tóxico-infecciosos, traumatismos de cráneo agudo, etc.

El estudio deberá estar encaminado a la investigación de antecedentes personales principalmente en los que en la mayoría de los casos se puede comprobar la existencia previa de datos sugestivos de que en alguna época hubo otro tipo de manifestación clínica del problema "Convulsiones por Fiebre", desmayos mareos, inatención, alteraciones del sueño, irritabilidad, agresividad, bajo rendimiento escolar antecedentes de partos distocicos con sufrimiento fetal, etc. En los familiares los datos son escasos o fortuitos para este problema.

La consulta es hecha generalmente por el exclusivo dato de cefalea y no se dan referencias de otros síntomas los que son obtenidos por historia; la exploración neurológica es esencialmente normal. No es raro que los pacientes hayan sido vistos por otorrinolaringólogos, y ofatalmólogos, tratados en forma sintomática por múltiples analgésicos

Es la persistencia del síntoma la que hace sospechar que existir un problema de tipo neurológico de fondo llevando al paciente a la consulta para su comprobación.

Al revisar estadísticas nos damos cuenta que las incidencias de cefalea con alteraciones de EEG., sugestivas de un problema paroxístico de naturaleza epiléptogena y la respuesta adecuada al tratamiento es relativamente alta por lo que se justifica pensar en ello. Sabiendo que en la población general hay un promedio de 5 personas en 100 habitantes que tienen alguna forma clínica de epilepsia 1 de cada 10 niños con cefalea presenta una disrritmia con puntas electrocardiográficas y cada 10 niños presentan trazados lentos con lentos paroxísmos y cada 10 niños tienen electroencefalógra anormal, la anormalidad es más frecuente a la edad de 5 a 13 años. Eso nos hace pensar que en la población un número considerable de personas se beneficiaría de un estudio adecuado en lo que a cefalea se refiere.

En forma rutinaria se hace una evaluación completa tanto desde el punto de vista sistémico como neurológico y se practican los exámenes complementarios que incluyen: Hematología, Heces, Electroencefalograma, y cuando sea necesario podría complementarse con arteriografía cerebral.

En los casos revisados no se tuvo necesidad de arteriografía cerebral ya que los resultados y la historia han sido bastante indicativos del problema y los hallazgos electroencefalográficos definitivos diagnósticos con respuesta terapéutica satisfactoria.

II. OBJETIVOS

- 1. Conocer el problema de la cefalea desde el punto de vista: de su presentación, localización y como parte fundamental en problema de tipo neurológico.**
- 2. Insistir en el punto de vista que la cefalea, como síntoma que impulsa al paciente a acudir al médico.**
- 3. Que un paciente con dolor de cabeza grave debería ser sometido a una exploración muy detallada y completa de la cabeza para excluir una causa específica.**
- 4. Hacer conciencia de la necesidad de estudiar a fondo el caso de un paciente con cefalea intermitente o paroxística sin causa aparente y que no responde a tratamiento sintomático. Evitando así en casos específicos el progreso de un problema neurológico susceptible de controlar así como de sus consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales.**
- 5. Proporcionar de una manera concisa un elemento de referencia que quizás el médico considere de utilidad para abarcar facetas de diagnósticos de la cefalea que de otro modo podría ser pasadas por alto.**

III. MATERIAL Y METODOS:

a. MATERIAL

- a 1. Archivo del Hospital General del IGSS.**
- s 2. Clínica Consulta Externa de Neurología.**
- a 3. Colaboración del Dr. Javier Aguja (Jefe del departamento de Pediatría del IGSS.**
- a 4. Expedientes de pacientes de la edad de 5 a 11 años que consultaron por cefalea.**
- a 5. Los casos estudiados y diagnósticados fueron tratados indistintamente con Difenilhidantoinato de Sodio (epamin) o Fenobarbital a dosis de 4 mg./kilo en 24 horas, ajustando cada 3 meses la dosis a su peso con controles hematológicos y EEG, subsecuentes.**

b. METODOS:

- b 1. Método retrospectivo de Investigación.**
- b 2. Método Bibliográfico de Investigación.**

IV. ANTECEDENTES:

No se ha efectuado ningún trabajo en relación al tema que en esta oportunidad se presenta.

V. RESULTADOS

CASO No. 1

Edad: 11 años.

Sexo: Masculino.

Motivo de consulta: Cefalea Refractaria de 2 años de evolución.

Antecedentes Personales: Primer hijo, embarazo a término, parto prolongado, agotamiento materno, aplicación de Vacunestator permaneció en incubadora 36 horas.

Historia: Cefalea asociada a dolor abdominal, mareos palidez de inicio súbito, quedando con Cefalea intensa prolongada hasta por 2 horas, repitiéndose cada 2 ó 3 días; además sueño intranquilo, buen rendimiento escolar.

Exploración neurológica normal.

Electroencefalograma y Rx de cráneo: normal

Tratamiento: Difenilhidantoinato de Sodio (Epamin).

Evolución: Satisfactoria.

CASO No. 2

Edad: 6 años años.

Sexo: Femenino.

Motivo de Consulta: Cefalea frecuente varios meses de evolución.

Antecedentes Personales: Producto de segundo embarazo a término, atendido en el IGSS, convulsión por fiebre a los 6 meses de edad.

Historia: Cefalea frecuente, ocasionalmente con vómitos de varios meses de evolución, al interrogatorio ausencia, fenómenos de la vista y ha escuchado alucinaciones.

Exploración neurológica: Normal.

Electroencefalograma: trazo anormal indicativo de un proceso irritativo cortical de proyección bilateral posterior.

Tratamiento: Fenobarbital, Diferilhidantoinato de Sodio (Epamin).

Evolución: Satisfactoria.

CASO No. 3

Edad: 5 años.

Sexo: Femenino

Motivo de Consulta: Cefalea.

Antecedentes Personales: Producto de segundo embarazo parto normal.

Historia: Cefalea frecuente desmayos y a veces ausencias.

Exploración neurológica: Normal.

Electroencefalograma: Anormal focal, hemisferio izquierdo por paroxísmos de onda agudas de 150 - 200 mv. indicativos de proceso irritativo cortical, y que a la hiperventilación se asocia falta de organización funcional de ambos hemisferios cerebrales.

Tratamiento: Fenobarbital.

Evolución: Satisfactoria.

CASO No. 4

Edad: 9 años

Sexo: Masculino.

Motivo de Consulta: Cefalea.

Antecedentes Personales: Embarazo a término, ictericia neonataltx con fototerapia, crecimiento y desarrollo normal, convulsión a los 8 meses y 10 meses.

Historia: Cefalea de varios meses de evolución que no cede con analgésicos.

Exploración neurológica: Normal.

Electroencefalograma: Trazo moderadamente anormal con lentitud de onda de 7 cps. en forma difusa y generalizada, así como también período de ondas agudas con voltaje elevado difusas y generalizadas. Hay moderada falta de organización funcional de ambos hemisferios cerebrales.

Tratamiento: Difenilhidantoinato de Sodio (Epamin).

Evolución: Satisfactoria.

CASO No. 5

Edad: 7 años

Sexo: Femenino

Motivo de Consulta: Cefalea de 1 años de evolución.

Antecedentes Personales: Producto de primer embarazo por cesárea, tratamiento con epamin a la edad de 7 años por convulsiones.

Historia: Desde la edad de 5 años viene padeciendo de dolor de cabeza, con vómitos y palidez.

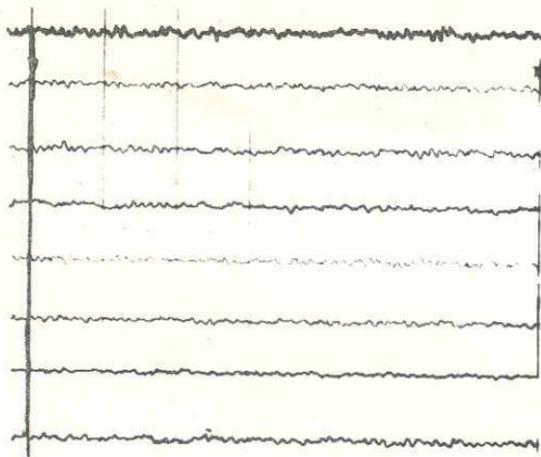
Exploración neurológica: Normal.

Electroencefalograma: Trazo marcadamente anormal, con descargas paroxísticas epileptiformes de onda aguda y voltaje elevado de ambas regiones temporoccipitales las cuales en ocasiones se generalizan.

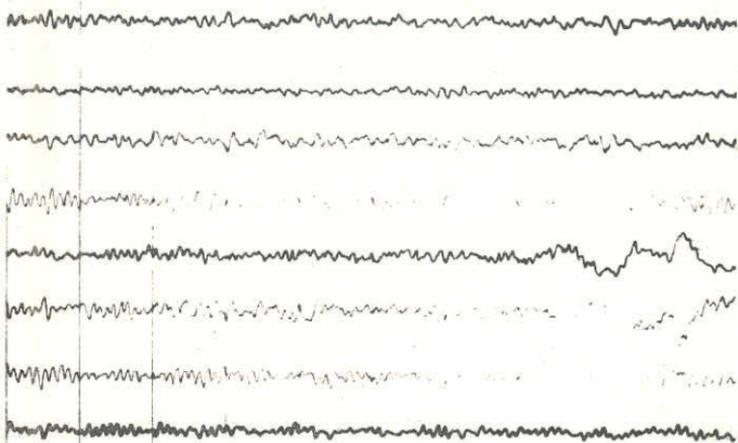
Tratamiento: Fenobarbital.

Evolución Satisfactoria.

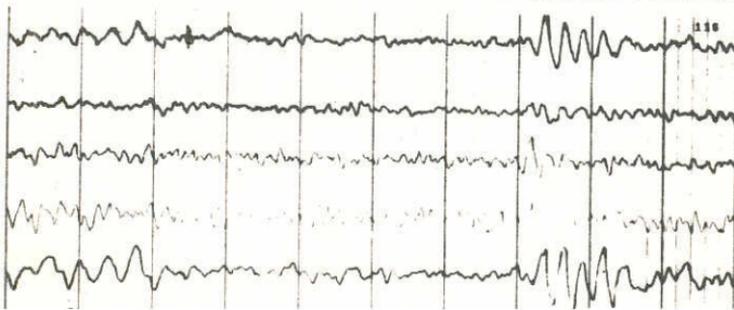
SEGMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAMA NORMAL



SEGMENTO DE UN ELECTROENCEFALOGRAMA ANORMAL



SEGMENTO DE UN ELECTROENCEFALOGRAMA ANORMAL.



VI. ANALISIS AL PROBLEMA

La cefalea generalmente se constituye en el problema más molesto por la duración de los episodios pero al analizar los casos presentados exista otro tipo de datos que no por fugaces dejan de ser importantes constituyéndose por lo tanto todo el cuadro en un síndrome neurológico que explica su origen en una alteración de orden funcional cerebral, cortical o subcortical de naturaleza epileptogéna, cuya etiología puede ser justificada por los antecedentes la mayoría de los casos vistos, pero esto no es siempre así dificultando aún mas la sospecha clínica de la enfermedad y por lo tanto retrasar el tratamiento.

VII. CONCLUSIONES

1. La cefalea recurrente paroxística que no cede con analgésicos puede ser indicativo de un problema neurológico de tipo irritativo como se observa en epilepsia no convulsiva.
2. Toda Cefalea con carácter recurrente y paroxística en la que exista antecedentes ostétricos o neurológicos (crisis febriles, Espasmo del solloso), de primera infancia deben hacer sospechar epilepsia.
3. Un electroencefalograma normal no descarta el problema convulsivo, puede encontrarse en un verdadero síndrome convulsivo, pero el cuadro clínico asociado a la respuesta terapéutica corrobora el diagnóstico (Caso No. 1).
4. El síntoma de Cefalea es poco frecuente en la infancia, y de presentarse es obligatorio hacer un estudio completo en el que no deberá excluirse el de tipo neurológico (Rx, EEG., etc.).
5. El diagnóstico establecido y la terapéutica específica no solo hacen desaparecer el problema clínico sino que evita el progreso de la enfermedad.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Primordialmente que todo problema de Cefalea Recurrente paroxística se investiguen antecedentes personales de origen neurológico, traumático y obstétricos, también una exploración neurológica completa así como efectuar estudios electroencefalográficos.
2. Que el tratamiento esencial de estos pacientes para una buena evolución sea con anticonvulsivantes, y que dependiendo del caso se repitan su electroencefalograma el cual indicará el uso o no de esta terapéutica.

BIBLIOGRAFIA:

1. Clínicas Médicas de Norte América; "Neurología Clínica." Noviembre de 1972.
2. H. Gastaut, "Epilepsias" Editorial Universitaria. Buenos Aires, Tercera Edición. Septiembre 1970.
3. G. Bodechtel, "Diagnóstico de Enfermedades Neurológicas", Editorial Paz Montalvo, 1a. Edición, 1961.
4. Thomas W. Farmer, "Neurología Pediátrica", Ediciones Torgy S.A. Barcelona, 1a. Edición, Feb. 1972.
5. Clínicas Pediátricas de Norte América "Neurología Pediátrica". Agosto 1976.
6. Harrison. "Medicina Interna," 4a. Edición Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1973.
7. Wolff H. G. "Headache an Other Pair Fair Lawn", N.J. Oxford University Press, 1947.
8. Friedman A.P. "Research and Clinical Estudios In Headdache ", Baltimore The Wilkins Co. 1967
9. Winken, P.J. y G.W. Biuyn. Handbook Of Clinical Neurology Vol. 5, "Headache and Cranial Neuralgias "Amsterdam North- Holland Publishing Company, 1968.
0. Arnold, K. And Gerber N. The rate of decline of Diphenylhudantoin in Human Plasma. Clin. Pharnmacol 1970.

Br. JORGE RENE ORANTES PINTO

Dr. MARIO A. HERRERA
Asesor

Dr. MARIO MORENO GAME
Revisor

Dr. JULIO DE LEON
Director de Fase III

Dr. RAUL A. CAS
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO
Decano