Cefaleas en el escolar

DRES.: RICARDO GUZMAN C. *, RICARDO GUZMAN Y. *, ERIC SAEZ W. **.

El problema de la cefalea como entidad clínica es frecuente en la infancia. (1-2-3-5-9).

Las estadísticas al respecto son dispares y van, desde Bille —1962— que estudió 9.000 escolares suecos encontrando que el 75% de ellos había padecido algún tipo de cefaleas, hasta Bergman —1963— que dice que el 1% de los niños en U.S.A. habían presentado dolor de cabeza que los llevó a consultar médico.

En Chile no conocemos la prevalencia del problema en la población escolar ya que no encontramos investigaciones al respecto.

Esperamos que nuestro trabajo aporte algunos antecedentes para el estudio de la Cefalea del escolar, cuando ella se presenta como síntoma principal y recidivante, así como los cuadros clínicos que la producen, con el propósito de clarificar un problema tan escasamente estudiado (5-10).

MATERIAL Y METODO. Se tomó un colectivo de 45 niños con cefalea pertinaz y persistente para un estudio prospectivo de 6 meses de duración. Los casos fueron enviados al Depto. de Cefaleas desde cuatro Consultorios Periféricos representativos de los distintos niveles socioeconómicos de la población urbana del Area Occidente, Santiago.

Se elaboró una ficha individual que contemplaba el registro de:

— Antecedentes del paciente: edad, sexo, escolaridad y rendimiento escolar.

— Antecedentes mórbidos del grupo familiar.

— Estudio de las crisis: edad de inicio, factores antecedentes; síntomas acompañantes; localización, duración, intensidad, frecuencia y carácter del dolor.

— Exámenes clínicos: Físico general, Neurológico, Otorrinológico, Oftalmológico y E. E. G., en todos los casos. Se solicitó radiografía de cráneo sólo en seis pacientes en que se estimó necesario.

Quedaron fuera del estudio final tres casos en los que, por algún motivo, no pudo realizarse el estudio completo.

— Dada la imposibilidad de conocer el “universo” de escolares con cefaleas del cual extraer una “muestra representativa” cuyos resultados generalizar al mismo universo, se tomó un grupo de niños que constituyeron un “colectivo”. Todos los resultados de su estudio * pueden aplicarse para “grupos similares” de escolares con cefaleas. Aún más, dado que estos resultados se analizaron utilizando medidas estadísticas y probabilísticas no paramétricas, tales como χ^2 , las conclusiones que indicamos como estadísticamente significativas, pueden generalizarse a cualquier grupo de escolares con cefalea.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS. Los escolares que consultaron por Cefalea fluctuaban entre los cinco y catorce años de edad. Del

* Depto. Cefaleas, Servicio de Medicina Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios.

* Los datos se analizaron en la computadora Cannon 1614 P, Universidad de Chile, Sede Sur.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE 45 ESCOLARES CON CEFALEA,
SEGUN EDAD Y SEXO

SANTIAGO, 1975

Edad	Hombres	Mujeres	Total
5 — 10	9	15	24
11 — 14	9	12	21
TOTAL	18	27	45

TABLA Nº 2

EDAD DE INICIO DE CRISIS DOLOROSAS
EN 45 ESCOLARES CON CEFALEA

SANTIAGO, 1975

Años	Nº Casos	%
2 — 3	6	13,4
4 — 6	18	40,0
7 — 9	8	17,7
10 — 12	13	28,9
12 — 15	—	—
TOTAL	45	100,0

total, dieciocho eran hombres y veintisiete mujeres. Al momento de la consulta, la escolaridad iba desde Kinder a 2º Medio. (Tabla Nº 1).

La diferencia de proporción entre varones y niñas ($z = 1,94$) no sería significativa en cuanto a presentar cefaleas. La escolaridad tampoco sería significativa.

En cuanto al rendimiento escolar los pacientes se distribuyeron en todas las categorías, desde malo a óptimo, siguiendo la misma tendencia que se observa en el rendimiento de escolares corrientes.

Entre los antecedentes mórbidos del grupo familiar, un tercio (33,3%) de los niños tenía uno o más de sus parientes directos jaquecosos, lo que se considera significativo. El 11,1% tenía familiares que padecían de algún tipo de epilepsia. En el grupo familiar del 8,9% de los niños encontramos antecedentes de jaqueca y epilepsia. Este mismo

porcentaje correspondió a parientes con alcoholismo.

Las crisis dolorosas se habían presentado por primera vez entre los 4 y 6 años de edad, en un 40% de los casos. (La probabilidad estadística de que este resultado se deba al azar es inferior a 0,05. Esto es, $P < 0,05$). (Tabla Nº 2 y figura Nº 1).

EDAD DE INICIO DE CRISIS DOLOROSAS
SANTIAGO, 1975

45 ESCOLARES

Figura Nº 1

En cuanto al factor antecedente a las crisis de dolor, apareció como relevante el stress en un 44,4% de los niños ($P < 0,05$).

Más de la mitad de los pacientes (60%) presentaba otros síntomas acompañando la cefalea ($P < 0,05$). Los síntomas más frecuentes eran náuseas y/o vómitos, a los que en algunos casos se agregaban anorexia, dolores abdominales y otros.

En 20 de los niños el dolor tenía una localización frontal, lo que corresponde a un porcentaje significativo. Otros 10, tenían hemicráneas típicas. En los 15 restantes el dolor tenía otras localizaciones.

En cuanto a la duración del dolor, es altamente significativo que las crisis duraran de 2 a 6 horas en el 77,8% de los casos; menos de una hora persistía el dolor en el 13,3%; y más de 6 horas sólo en el 8,9%.

También aparece como estadísticamente significativa la frecuencia de aparición de las crisis. El dolor se presentaba en un 71,1% de los niños con una periodicidad que iba desde diaria a semanal. Crisis con intervalos de aparición mayores a 15 días, se dieron en el 22,2% de los casos.

El dolor era de tipo pulsátil en el 40% de los niños. Los dolores de tipo opresivo y punzante le siguieron, cada uno con un 22,2% de la muestra.

En el 100% de estos escolares, el dolor no había cedido a la terapia con analgésicos de uso habitual. La intensidad de él tenía un carácter absolutamente invalidante en el 51,1% de los niños: durante las crisis debían permanecer en cama, impidiéndoles asistir a clases. En dos de estos niños llegaba a producir llanto.

En cuanto a los resultados de los exámenes físico general y neurológico, ellos estuvieron dentro de los límites normales en todos los casos.

El examen oftalmológico reveló en unos pocos niños alteraciones tales como miopía y astigmatismo hipermetrópico, en su mayoría corregidos. Ninguna de estas patologías originaba la cefalea en consulta.

El examen otorrino reveló tres casos de rinosinusitis; en dos pacientes eran causa directa de la cefalea.

Se practicó E. E. G. en todos los casos. El 62,2% de ellos se informaron como normales. Un 24,4%, con signos de actividad comicial intercrítica. El 13,3% presentaba alteraciones inespecíficas. (Tabla Nº 3 y figura Nº 2).

De los 45 niños, en 19 (42,2%) la Cefalea correspondió a Jaqueca. 12 casos (26,7%) fueron diagnosticados como un equivalente convulsivo y 12 (26,7%) como Cefalea psicogénica. El resto, 2 escolares (4,4%) padecían

DIAGNOSTICO EN 45 ESCOLARES CON CEFALEA SANTIAGO, 1975

Figura Nº 2

TABLA Nº 4

DIAGNOSTICO EN 45 ESCOLARES QUE CONSULTAN POR CEFALEA

SANTIAGO, 1975

Diagnóstico	Nº Casos	%
Jaqueca	19	42.2
Equival. Convul.	12	26.7
Cefalea Psicogénica	12	26.7
Rinosinusitis crónica	2	4.4

de rinosinusitis; uno de ellos crónica y el otro, alérgica.

COMENTARIO. En algunas oportunidades una consulta médica es catalogada como banal. Si el paciente es un niño que padece de cefalea, y si con el examen físico general es posible descartar un proceso infeccioso —y, aún más, si el examen neurológico de rutina es normal— este síntoma tiende entonces a ser desestimado por el pediatra general.

Esto se explicaría porque la mayoría de los niños portadores de un cuadro de cefalea tenaz y recidivante, consulta en el período intercrítico. De allí la tardanza con que estos enfermos son enviados a centros especializados.

TABLA Nº 3

RESULTADOS ELECTROENCEFALOGRAMA EN 45 ESCOLARES CON CEFALEA

SANTIAGO, 1975

E. E. G.	Nº Casos	%
Normales	28	62.2
Disrritmia Comicial	11	24.4
Alteraciones Inespecíficas	6	13.4
TOTAL	45	100.0

45 ESCOLARES - STGO., 1975

Figura Nº 3

Si a esto agregamos que la cefalea se inicia entre los 4 y 6 años de vida; que a esa edad los niños ya son capaces de definir la localización de su dolor (1, 2, 3); que las crisis tienen un carácter invalidante; y, que conllevan cronicidad, se enfatiza aún más la necesidad de llegar a un diagnóstico precoz y correcto.

En la muestra que estudiamos, la jaquica, el equivalente convulsivo y la cefalea psicogénica —cuadros que generalmente se inician en la infancia (4, 8, 9)— constituyen los hallazgos de mayor frecuencia (42,2%, 26,7% y 26,7% respectivamente). En dos pacientes la cefalea fue atribuida a rinosinusitis crónica, una de ellas de origen alérgico (tabla Nº 4 y figura Nº 3).

No encontramos en esta casuística cefaleas de origen oftálmico coincidiendo con autores (7, 10) que hablan de la escasa frecuencia de esta etiología en la infancia.

Tampoco encontramos niños que padecieran de lesiones expansivas intracraneanas. Cabe indicar frente a esta situación que la cefalea no sería el síntoma más frecuente en este tipo de cuadros (6, 7) cuyas manifestaciones suelen ser atípicas, destacando las alteraciones del carácter y la aparición de compromiso neurológico. No obstante, la existencia de un tumor cerebral u otro tipo de lesión expansiva debe ser siempre investigada exhaustivamente en un niño con cefalea. En ese sentido, los exámenes neurológico y oftalmológico son básicos en una primera aproximación diagnóstica; la radiografía de cráneo y otros exámenes especializados sólo serían necesarios frente a una sospecha.

Nuestra metódica de estudio nos parece bastante útil ya que permitió delimitar la causa de las crisis de cefalea en todos nuestros pacientes.

La respuesta al tratamiento ha sido buena (85% asintomáticos) lo que estaría señalando el buen pronóstico de estos casos cuando se logra realizar un diagnóstico correcto.

RESUMEN

Se estudian prospectivamente 45 escolares que padecían de cefalea crónica tenaz y recidivante.

Se encuentra que la mayor frecuencia etiológica está dada por Jaquica, Equivalente Convulsivo y Cefalea Psicogénica (42,2%, 26,7% y 26,7%). Los dos primeros, por lo general, de iniciación en la infancia.

Se observa en este colectivo que cuadros de otra etiología, tales como los rinosinusales (4,4%) y oftálmicos, son de escasa frecuencia.

No se detectaron procesos expansivos intracraneanos, sin embargo se recalca que esta etiología debe tenerse siempre presente y agotarse el estudio especializado frente a una sospecha.

Se sugiere la forma como deben estudiarse estos enfermos y se enfatiza el buen pronóstico si el diagnóstico es precoz.

SUMMARY

A prospective study was performed in a group of 45 school age children that suffered from chronic and recurring cephalalgia.

The etiologies most commonly found were migraine (42,2%) convulsive equivalent (26,7%) and psychogenic cephalalgia (26,7%).

Other etiologies such as the rhinosinuses (4,4%) or ofthalmic diseases are present in only a small group of patients.

No intracranial expansive processes were detected, but emphasis is made upon the fact that this diagnosis must always be borne in mind and thoroughly discarded.

The method by which these patients must be studied is suggested insisting on the good prognosis in cases of early diagnosis.

REFERENCIAS

- 1.— Ajuriaguerra, J. *Manual de Psychiatrie de L'enfant*. Masson y Cie. Paris, 1970.

- 2.— Bell, W. E. *Headache in Childhood*. Headache, 8: 127, 1968.
- 3.— Bray, P. F.: *Neurology in Pediatrics*. Year BoBok Medical Publ. Chicago, 1969.
- 4.— Devilat, M.; Napolitano, E., Cox, J. *Equivalente Convulsivo: ¿una forma de epilepsia?* Rev. Chil. de Pediatría 95: 52, 1974.
- 5.— Ferry, Peggy C. *Diagnosis and Office Management of Headaches in Children*. Clinical Pediatrics. 11: 195, 1972.
- 6.— Froelich, W. A.; Carter, C. C.; O'Leary, J.; Rosenbaum, H. *Headache in Childhood*. Neurology, 10: 639, 1960.
- 7.— Koch, Christian; Melchior, Johannes C. *Headache in Childhood*. Danish Medical Bulletin, 16: 109, 109.
- 8.— Poch, G.; Martín, A. Zavala, H. *Cefaleas epilépticas puras*. Cefaleas y Jaquecas. Eudeba, Bs. As., 1973.
- 9.— Ryan, R. E. *Migraine in Children*. Headache, 8: 67, 1968.
- 10.— Zanzanian, M. H. *A Review of Headaches in Children*. The Journal of the Medical Society of the Medical Society of New Yersey. 71: 755, 1974.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la señorita **Teresa Segure**, Sede Sur Univer-
sidad de Chile, por su vallosa colaboración en la interpretación
estadística de los datos obtenidos.