

Cefalea en una Unidad de Estancia Corta. Estudio retrospectivo de 140 casos

E. Lobera Gutiérrez de Pando*, J.A. López Navarro*, W. Youssef Fasheh*, A. Vernet Bori**, C. Luaces Cubells*

Resumen. *Objetivos:* Estudiar la epidemiología de las cefaleas en los pacientes ingresados en la Unidad de Estancia Corta (Observación), procedentes de urgencias, donde acudieron por dicho síntoma como principal motivo de consulta. Analizar las características de la cefalea, las exploraciones complementarias efectuadas y su rendimiento, así como conocer las causas que la desencadenan.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados por cefalea entre los años 1992-1997, procediéndose a la recogida de los datos específicos según objetivos.

Resultados: 140 pacientes ingresaron por cefalea (2% de los ingresos totales en dicha unidad); 61% eran varones; 70 casos tenían entre 11 y 15 años. Como síntomas asociados a la cefalea, los vómitos (61%), la fiebre (31%) y algún proceso infeccioso (21%), fueron los más destacados. El tiempo de evolución era inferior a 24 horas en 72 (51%) casos. La localización más frecuente del dolor fue frontal; éste despertaba al 31% de los niños y se calmaba con analgésicos en un 32%. La TAC craneal (70%) y la Rx de cráneo (59%) fueron los exámenes complementarios más utilizados, detectándose alteraciones en 10 scáners y 3 radiografías. La evolución fue favorable en la mayoría de los casos. Los diagnósticos más frecuentes fueron: las cefaleas asociadas a infecciones (31%), las tensionales (29%) y las migrañas (21%); el 14% fueron cefaleas idiopáticas; en 6 pacientes se diagnosticó tumor cerebral, presentándose en 5 alteración en el fondo de ojo al consultar.

Conclusiones: La cefalea es causa relativamente frecuente de consulta al servicio de urgencias, sobre todo, en los adolescentes. En ausencia de signos y síntomas neurológicos acompañantes, raramente puede ser síntoma de enfermedad grave. La exploración de estos pacientes en el servicio de urgencias, debe incluir un correcto examen neurológico, incluyendo el fondo de ojo, relegando los exámenes complementarios para aquellos casos con anamnesis y/o examen físico sospechoso de alteración orgánica.

An Esp Pediatr 1999;50:562-565.

Palabras clave: Cefalea. Urgencias. Pediatría.

HEADACHE IN A SHORT STAY UNIT. A RETROSPECTIVE STUDY OF 140 PATIENTS

Abstract. *Objective:* Our objective was to study those patients that warranted admission to our Short Stay Unit (Observation Unit) with an incoming diagnosis of headache so as to determine the characteristics of the headache, analyze complementary explorations and their use and to establish the causes of the problem.

*Servicio de pediatría; **Servicio de neurología. Unitat Integrada de Pediatría Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. Barcelona.

Correspondencia: Dr. Carles Luaces Cubells. Unitat Integrada de Pediatría. Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. 08950. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Recibido: Octubre 1998

Aceptado: Febrero 1999

Patients and methods: A retrospective review of the clinical history of patients admitted for headache between 1992 and 1997 was done, recording specific data according to pre-set objectives.

Results: One hundred forty patients were admitted with headache (2% of total admittance to the Unit. Sixty-one percent were males. Seventy cases were between 11 and 15 years old. The most frequent accompanying symptoms were vomiting (61%), fever (31%) and various concurrent infections (21%). Seventy-two cases (51%) presented an evolution of less than 24 hours before admittance. Frontal headache was the most common localization, 30.6% of the patients were awoken by the pain and 32% calmed with analgesics. CAT scan (70%) and skull X-ray (59%) were the most used complementary explorations. Ten CAT scans and 3 X-rays showed anomalies. Evolution was favorable in most cases. The most frequent diagnoses were headache associated with infections (31%), tension headaches (29%) and migraine (21%). Fourteen percent were non-specific headaches. A central nervous system tumor was diagnosed in 6 patients, where 5 showed papilloedema on initial exploration.

Conclusions: Headache, especially in adolescents, is a common cause of consultations to the emergency room. When not accompanied by other symptoms it is not usually precluding a severe disease. In an emergency room exploration, a complete neurological exam must be undergone, including retinal exam, leaving further complementary exams for those cases where the patient history suggests an organic alteration.

Key words: Headache. Emergency. Childhood.

Introducción

La cefalea constituye un motivo frecuente de consulta a los servicios de urgencias pediátricas⁽¹⁾. En la mayoría de ocasiones, el dolor de cabeza es un síntoma acompañante o secundario a procesos patológicos que suelen padecer los niños (infecciones respiratorias, otitis, traumatismos, tensión emocional...), pero, en algunos casos, puede ser el primer signo de una enfermedad grave (meningitis, tumor cerebral...)⁽²⁾, por ello genera angustia en los padres y les conduce a consultar a los servicios de urgencias en busca de respuestas, generando ingresos en las unidades de estancia corta.

Por estos motivos, nos planteamos la realización de este estudio, con el objetivo de valorar la incidencia, epidemiología, características clínicas y etiología de la cefalea en los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Estancia Corta, así como la rentabilidad de las exploraciones complementarias que se les efectuaron.

Material y método

Se revisaron, retrospectivamente, las historias clínicas de los 140 pacientes ingresados en la Unidad de Observación (entre

Tabla I Síntomas/signos asociados*

	Casos
Vómitos	85 (61%)
Cinetosis y/o distonía vegetativa	48 (27%)
Fiebre	43 (31%)
Visión borrosa	19 (10%)
Fotofobia, fonobia	12 (6,5%)
Trastorno conciencia	7 (3,5%)

*Se excluyen los pacientes afectados de tumor de SNC
Algunos pacientes presentan más de un síntoma / signo

enero de 1992 y agosto de 1997 y procedentes del Servicio de Urgencias de nuestro hospital), por cefaleas como motivo principal de consulta. El criterio de ingreso fue decidido por el pediatra de guardia, en función de la anamnesis, exploración física o alteración de los exámenes complementarios.

Para la clasificación diagnóstica de las cefaleas, se ha utilizado la propuesta por la Sociedad Internacional de Cefaleas⁽³⁾.

Los datos recogidos según objetivos fueron los siguientes:

a- Datos epidemiológicos:

- sexo y edad.
- mes y año de ingreso.
- duración, en días, del ingreso.
- si acude, remitido al servicio de urgencias por un médico, o, de forma espontánea.
- antecedentes familiares de cefalea (jaqueca, migraña...).
- antecedentes personales.
- antecedente de traumatismo craneoencefálico, fiebre, proceso infeccioso o toma de medicación en los días previos.

b- Características de la cefalea:

- tiempo de evolución.
- localización.
- duración de las crisis .
- signos y/o síntomas acompañantes.

c- Datos relevantes de la exploración física en urgencias.

d- Exploraciones complementarias efectuadas.

e- Tratamiento y evolución.

f- Diagnósticos al alta.

Resultados

La cefalea, durante el periodo de estudio, supuso el 2% de los ingresos totales en la Unidad de Estancia Corta. De los 140 pacientes ingresados, 85 eran niños y 55 niñas. Las edades oscilaban entre 4 y 18 años con una media de 10,6 años. El grupo de edad más numeroso lo constituyó, con 70 casos, el comprendido entre 11 y 15 años. Objetivamos una cierta incidencia estacional, detectándose un mayor número de casos entre los meses de mayo a julio (36,5%). A lo largo de los años de estudio, se detectó un número de ingresos, por año, similar, con unos 30 casos/año. La mayoría de ellos (105 casos), acudieron a ur-

Tabla II Exámenes complementarios

	Realizados	Patológicos
Análítica sanguínea	98	11
TAC craneal	98	10
RX craneal	83	3
Fondo de ojo	83	5
RX senos paranasales	54	6
EEG	29	7
Punción lumbar	27	8
RMN	13	6

gencias de manera espontánea, siendo remitidos por su pediatra tan sólo 33 niños. Se recogieron antecedentes familiares de migraña en 48 casos (34%); este porcentaje se elevó a 53% en los pacientes diagnosticados de migraña. Entre los antecedentes personales, cabe destacar 11 casos de traumatismo craneoencefálico, 6 niños epilépticos y 9 portadores de válvula de derivación ventriculoperitoneal por diversos motivos; de éstos, en una sola ocasión se objetivó disfunción valvular. En la mayoría de casos, la cefalea no se presentaba de forma aislada, sino que solía ir acompañada de otros signos o síntomas, siendo el más frecuente de ellos el vómito en 85 casos (Tabla I). La fiebre se detectó en 43 pacientes, de los cuales 23 padecían algún proceso infeccioso evidente (la mayoría de la esfera otorrinolaringológica) y el resto, sin focalidad aparente de la fiebre.

El tiempo de evolución de la cefalea se polarizó en 2 extremos: en un 37% de casos era inferior a 24 horas, mientras que en un 36% era superior a 7 días. La presión arterial fue normal en todos los casos. La localización frontal del dolor, fue la más frecuentemente referida. No se pudo constatar ritmo horario de la sintomatología en la mayoría de casos, siendo igualmente difícil objetivar factores desencadenantes específicos. El 31% de los pacientes se despertaban por la noche por el dolor. En un 32 % de casos la cefalea calmaba con la administración de analgésicos.

Los exámenes complementarios efectuados quedan reflejados en la tabla II. Se detectaron alteraciones en tres radiografías simples de cráneo que correspondían a diástasis de suturas, y en 10 tomografías axiales computarizadas (TAC) craneales, que correspondían a 4 pansinusitis y 6 tumores cerebrales. La punción lumbar se efectuó en 27 niños, correspondiendo en siete casos a meningitis linfocitarias. El fondo de ojo se realizó a 83 pacientes (59%), mostrando alteraciones en 5 casos. Seis pacientes (4%) fueron diagnosticados de tumor del SNC ; los datos mas relevantes de estos niños se exponen en la tabla III. Se realizó EEG en 29 pacientes, detectándose alteraciones en 7. La resonancia nuclear magnética (RMN) se efectuó en 13 niños, mostrando alteraciones en 6 que se correspondía con los 6 casos diagnosticados de tumor del sistema nervioso central (SNC). Los servicios a los que más se consultó, fueron: Neurología en 51 ocasiones, Psiquiatría en 13 y Neurocirugía en 9. El paracetamol fue el analgésico más utilizado. El 65,5% de los ingresados lo estuvieron menos de 48 horas. Los diagnósticos al alta, siguiendo la mencionada clasificación⁽³⁾, se exponen en la tabla IV.

Tabla III Caracetísticas de los pacientes afectos de Tumoración del Sistema Nervioso Central

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad (años)	6	6	17	4	11	14
Sexo	Niña	Niña	Niña	Niño	Niño	Niño
Tiempo evolución	4 días	30 días	3 días	4 días	15 días	12 días
Exploración física	Normal	Normal	Hemiparesia	Normal	Ataxia	Normal
Síntomas acompañantes	Vómitos	Visión borrosa	No	Vómitos	Diplopia disartria	Vómitos
Fondo de ojo	Papiledema	Papiledema	Normal	Papiledema	Papiledema	Papiledema
Rx cráneo	Diástasis suturas	Normal	Normal	Diástasis suturas	Normal	Normal
Tumoración	Pinealoma	Pinealoma	Astrocitoma	Craneofaringioma	Glioma tronco	Pinealoma

Tabla IV Diagnóstico final*

	Casos
Cefalea asociada a infecciones	43 (30%)
Cefalea de tipo tensional	41 (29%)
Migraña	30 (21%)
Cefalea idiopática	20 (14%)
Tumor SNC	6 (4%)

*Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas⁽³⁾.

Discusión

Es difícil establecer cuál es la prevalencia de la cefalea en la infancia, pero diversos estudios⁽⁴⁾, demuestran que ha habido un aumento en la frecuencia de presentación en los últimos 20 años; en nuestro medio^(5,6), se estima que la prevalencia, en la población comprendida entre los 3 y 15 años, oscila entre el 38% y el 46%, comprobándose que al cumplir los 14 años de edad, el 96% de los niños ya han experimentado algún episodio de cefalea y en el 11% de ellos, ésta ha sido de tipo migrañoso⁽⁷⁾.

El porcentaje de ingresos en nuestra unidad por dolor de cabeza, durante el periodo de estudio, supuso un 2% del total, similar al que aportan otros trabajos⁽⁸⁾.

El hecho de que la mayoría de niños sean visitados en urgencias directamente, sin haber consultado antes con su pediatra ni con otro médico, puede relacionarse con la idea de los padres de realizar, según su criterio, algún examen complementario de forma inmediata. Es también significativa la distribución que observamos respecto al tiempo de evolución: los niños que asocian fiebre y/o vómitos son los que consultan antes, (por el temor de los padres a un proceso infeccioso - meningitis-), mientras que los que sólo refieren cefalea, acuden generalmente más tarde, debido a la persistencia y al temor de un proceso expansivo. Sin embargo, en nuestra revisión, el tiempo de evolución de los pacientes con neoplasia, no fue demasiado prolongada (entre 3 y 15 días); a pesar de ello, la exploración física fue clave para el diagnóstico: Cinco mostraban alteración del fondo de ojo consistente en papiledema; el sexto paciente presentaba una hemiparesia. Es por esta circunstancia que cre-

emos obligada la realización de un completo examen neurológico a estos pacientes, en el mismo despacho de Urgencias, sin olvidar la realización de un fondo de ojo; éste último, en ocasiones, va a resultar difícil de realizar o de interpretar, por la poca colaboración del niño, por lo que, a veces, es imprescindible solicitar la valoración de un oftalmólogo.

A pesar de la fiabilidad, en cuanto a excluir una patología estructural que supone una exploración normal, hay que recordar que, ni un fondo de ojo normal ni un dolor de cabeza con características típicas de migraña o cefalea tensional, descartan la existencia de un tumor cerebral, sobretodo cuando su localización es muy posterior⁽⁹⁾.

Respecto a la utilización de los exámenes complementarios (como la radiografía simple de cráneo y/o senos paranasales) que, con frecuencia, se realizan en Urgencias, hemos podido comprobar su poca utilidad, como ya se afirma en otros estudios^(10,11). De los 83 pacientes en que se realizó la radiografía de cráneo, sólo en tres de ellos se detectaron alteraciones consistentes en diástasis de suturas. De estos tres pacientes, sólo en dos casos encontramos tumor del SNC. La radiografía de senos paranasales, sólo debería realizarse en aquellos casos en que haya una sospecha clínica firme de sinusitis (rinorrea purulenta, tos, dolor a la presión de los senos y una evolución superior a una semana), ya que un resfriado común puede producir velamiento radiológico del seno y podemos cometer el error de atribuir, a este hallazgo, la sintomatología; por otro lado, es raro que, por debajo de los 12 años de edad, los niños padezcan cefalea secundaria a una sinusitis⁽¹²⁻¹⁴⁾. Por estos motivos, creemos que esta exploración radiológica debe ser, al menos en urgencias, poco solicitada. El hemograma, sólo suele ser útil para apoyar la etiología infecciosa del dolor de cabeza, no aportando gran información en el resto de etiologías.

Respecto al EEG, se han descrito anomalías en proporciones tan variables que oscilan entre el 5 y el 70 % de los casos⁽³⁾. En nuestra serie, 24% (7 casos) de los EEG tenían anomalías; dos de ellos objetivaron un foco epileptógeno mientras que en el resto, había trazado con hallazgos compatibles, pero no exclusivos, de un cuadro migrañoso.

La aplicación de forma sistemática de las técnicas de neuroimagen (TAC, RNM), a la hora de evaluar el dolor de cabeza

en los niños, ha demostrado tener un bajo rendimiento; así, en tan sólo un 2-3% de pacientes, aporta datos relevantes y relacionados con la cefalea^(11,15,16). En nuestro estudio, se practicó una TAC a la 2/3 partes de los pacientes. A este respecto, debemos remarcar que nuestros pacientes son aquellos ingresados desde urgencias (sin incluir aquellos que fueron remitidos a su domicilio) y por ello, son niños en los que el patrón de cefalea, así como la exploración física, hicieron sospechar una etiología subsidiaria de un estudio más amplio, que muchas veces suele incluir la práctica de una TAC. Llama la atención que en nuestra serie, la TAC craneal aportó información en un 10% de los casos, cifra superior a la mencionada anteriormente, pero explicable por la selección de pacientes. Por tanto, y ante estos datos, coincidimos con otros autores^(11,17) en recomendar la realización de una TAC cerebral ante todo niño con dolor de cabeza y síntomas/signos de focalidad neurológica, incluyendo casos de migraña acompañada o complicada, así como en aquellos con síntomas/signos de hipertensión endocraneal, siendo precisa una valoración previa por parte del pediatra, quien, a través de su juicio clínico, permitirá dar un uso razonable a las técnicas de neuroimagen mencionadas y actualmente tan a nuestro alcance.

De forma similar a lo que otros trabajos describen⁽¹⁾, la cefalea asociada a infecciones fue el diagnóstico más frecuente (36%). Esto es atribuible al mayor porcentaje de infecciones que padecen los niños respecto a los adultos y éstas suelen acompañarse de fiebre que es una causa inespecífica de cefalea. El alto porcentaje (30%) de cefalea tensional, se justifica, a nuestro juicio, por la inclusión de pacientes adolescentes, ya que en nuestro Servicio de Urgencias se ven pacientes hasta los 18 años de edad. Esto induce a pensar que son pacientes que se encuentran en una época que suele ser conflictiva, por los muchos cambios que se producen, tanto a nivel físico como de comportamiento, y en la que muchas de sus ansiedades suelen somatizarse en forma de dolores de cabeza o de espalda; por otro lado, están acabando los cursos escolares (mayor número de consultas en los meses de mayo a julio) y deben afrontar los exámenes finales.

La migraña es, en ocasiones, de difícil diagnóstico por su gran variedad de formas de presentación; la existencia de antecedentes familiares y su carácter periódico, nos orienta a su diagnóstico. Representa entre el 4 y 15% del total de las cefaleas⁽¹⁾. La forma más frecuente es la denominada migraña común (la mayoría de nuestros casos), que se caracteriza por no presentar aura, por dolor bilateral y reducción de la actividad habitual.

El grupo de Cefalea idiopática, englobado dentro de las denominadas cefaleas no asociadas a lesiones estructurales⁽³⁾, lo integran cuadros esporádicos o recurrentes a raíz de desencadenantes concretos y no encuadrables en ningún otro grupo.

Al igual que otros autores⁽¹⁸⁾, no hemos encontrado ningún caso de hipertensión arterial que justificara la clínica de cefalea, por ello pensamos que la relación entre hipertensión y cefalea es menos frecuente de lo esperado si comparamos, por ejemplo, con lo que ocurre en la población adulta.

Es de remarcar como la mayoría de casos son dados de alta con menos de 48 horas de ingreso, ya que el diagnóstico es po-

sible, tras una buena historia clínica, exploración física y un breve periodo de vigilancia que permite, además, reducir la angustia del paciente y / o de su familia.

A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que la causa más frecuente de ingreso ha sido la infección (intra o extracraneal), que el origen tensional y la migraña presentan una alta incidencia, y que la patología tumoral constituye un auténtico reto diagnóstico. Cuando no se acompaña de otros signos/síntomas, la cefalea aislada no suele ser síntoma de enfermedad grave. La exploración de todos estos pacientes en el servicio de urgencias, debe incluir un correcto examen neurológico, incluyendo el fondo de ojo, relegando los exámenes complementarios para aquellos casos con anamnesis y/o examen físico sospechoso de alteración orgánica.

Bibliografía

- Burton L, Quinn B, Pratt-Cheney J, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1997; **13**:1-4.
- O'Hara J & Koch TK. Heading off headaches. *Contemp Pediatr* 1998; **15**:97-116.
- Di Blasi M, Fejerman N. Cefaleas y Migrañas. En *Neurología Pediátrica* (2ª Ed). Editorial Médica panamericana; 1997.
- Sillanpää M. Prevalence of migraine and other headaches in Finnish children starting school. *Headache* 1976; **15**:288-290.
- Herranz Fernández JL. Datos epidemiológicos sobre el dolor de cabeza en el niño y en el adolescente. *An Esp Pediatr* 1993; **39**(Supl 5):102-119.
- Artigas J, Grau R, Canosa P et al. Prevalence and characteristics of infantile headache in a selected area. *Cephalalgia* 1997; **17**:293.
- Roig Quillins M, Hernández Latorre M A, Macaya Ruiz A, Tallada Serra. La cefalea com a urgència pediàtrica. *But Soc Cat Pediatr* 1992; **52**:75-80.
- Sánchez-Precioso S, García-Cantó E, Villaescusa O, Barbero P, Moreno JA, Mulas F. Cefalea en la infancia: un estudio retrospectivo. *Rev Neurol* 1995; **23**:764-768.
- Edgeworth J, Bullock P, Bailey A, Gallagher A, Crouchman M. Why are brain tumors still being missed?. *Arch Dis Child* 1996; **74**:148-151.
- Rothner AD. Headaches in children: a review. *Headache* 1978; **18**:169.
- Maytal J, Bienkowski R S, Patel M, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics* 1995; **96**:413-416.
- O'Brien K L, Dowell S F, Schwartz B, Marcy M, Phillips W R, Gerber M A. Acute sinusitis- Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998; **101**(Suppl 1):174-177.
- Diament M. The diagnosis of sinusitis in infants and children: x-ray, computed tomography, and magnetic resonance imaging. *J Allergy Clin Immunol* 1992; **90**:442-444.
- Artigas J. El mal de cap del nen un maldecap per al pediatre. *Pediatr Cat* 1996; **56**:52-59.
- McAbee GN, Siegel SE, Kadakia S, Cantos E. Value of MRI in pediatric migraine. *Headache* 1993; **33**:143-144.
- Mitchell CS, Osborn RE, Grosskreutz SR. Computed tomography in the headache patient: is routine evaluation really necessary?. *Headache* 1993; **33**:82-86.
- Aparicio Meix JM. Orientación diagnóstica en el niño y adolescente con dolor de cabeza. *An Esp Pediatr* 1993; **39** (Supl 5):104-108.
- Dhopes V, Anwar R, Herring C. A retrospective assesment of emergency department patients with complaints of headache. *Headache* 1979; **18**:37-42.