

Multimed 2020; 24(4)

Julio-Agosto

Artículo original

Evaluación del método clínico en el diagnóstico de la cefalea oftalmológica en niños

Evaluation of the clinical method in the diagnosis of ophthalmic headache in children

Avaliação do método clínico no diagnóstico de cefaléia oftálmica em crianças

Eliades Nicolás Jeréz Aguilar.^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2472-0374>

Olga Lidia Barrera Tamayo.¹ <https://orcid.org/0000-0001-7454-7525>

Alexander Emilio Machado Martínez.¹ <https://orcid.org/0000-0001-8929-9069>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Pediátrico Hermanos Cordové. Manzanillo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: ejerez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden a los servicios médicos, es una causa importante de discapacidad, que trae consigo consecuencias a nivel personal.

Objetivo: evaluar la utilización del método clínico, en el diagnóstico de la cefalea de causa oftalmológica en la edad pediátrica.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, a 192 pacientes que asistieron a los servicios de Urgencias de Oftalmología, en el Hospital Pediátrico Hermanos Cordové, en el período comprendido entre enero y diciembre del 2019. Se estudiaron las variables: edad y sexo, enseñanza escolar, antecedentes patológicos personales, características de la cefalea y diagnóstico presuntivo.

Resultados: predominó los pacientes entre 6 y 7 años de edad del sexo femenino, cursando la enseñanza primaria, sin antecedentes patológicos personales, con una cefalea de inicio subagudo, episódica, que afecta las actividades cotidianas, que aparece en cualquier momento del día,

acompañada principalmente de alteraciones visuales y náuseas y vómitos, predominando como diagnóstico presuntivo la cefalea migrañosa.

Conclusiones: se demostró que el mayor por ciento de los pacientes que acudieron por cefalea a los servicios de urgencias de oftalmología, esta, no estaba relacionada a trastornos oftalmológicos.

Palabras clave: Cefalea oftalmológica; Método clínico; Diagnóstico; Edad pediátrica; Cefalea migrañosa.

ABSTRACT

Introduction: headache is one of the most common reasons for consultation for which people go to medical services, it is an important cause of disability, which brings with it consequences on a personal level.

Objective: to evaluate the use of the clinical method in the diagnosis of headache of ophthalmic cause in pediatric age.

Method: an observational, descriptive, cross-sectional study was carried out of 192 patients who attended the Ophthalmology Emergency Services at the Hermanos Cordové Pediatric Hospital, in the period between January and December 2019. The variables were studied: age and sex, school education, personal pathological history, headache characteristics and presumptive diagnosis.

Results: there was a predominance of female patients between 6 and 7 years of age, attending primary school, without personal pathological history, with a headache of subacute onset, episodic, which affects daily activities, which appears at any time of the day, accompanied mainly of visual disturbances and nausea and vomiting, prevailing as a presumptive diagnosis migraine headache.

Conclusions: It was shown that the highest percentage of patients who attended the ophthalmology emergency department for headache, this was not related to ophthalmological disorders.

Key words: Ophthalmological headache; Clinical method; Diagnosis; Pediatric age; Migrainous headache.

RESUMO

Introdução: a dor de cabeça é um dos motivos mais comuns de consulta para as quais as pessoas vão aos serviços médicos; é uma importante causa de incapacidade, o que traz conseqüências em nível pessoal.

Objetivo: avaliar o uso do método clínico no diagnóstico de cefaleia de causa oftalmológica em idade pediátrica.

Método: estudo observacional, descritivo, transversal, com 192 pacientes atendidos no Serviço de Emergência em Oftalmologia do Hospital Pediátrico Hermanos Cordové, no período de janeiro a dezembro de 2019. As variáveis estudadas foram: idade e sexo, educação escolar, história patológica pessoal, características da dor de cabeça e diagnóstico presuntivo.

Resultados: houve predomínio de pacientes do sexo feminino entre 6 e 7 anos de idade, frequentadoras do ensino fundamental, sem histórico patológico pessoal, com cefaléia de início subagudo, episódica, que afeta as atividades diárias, que aparecem a qualquer hora do dia, acompanhadas principalmente de distúrbios visuais e náuseas e vômitos, prevalecendo como diagnóstico presuntivo de enxaqueca.

Conclusões: Foi demonstrado que o maior percentual de pacientes que compareceu ao pronto-socorro oftalmológico por cefaleia não estava relacionado a distúrbios oftalmológicos.

Palavras-Chave: Dor de cabeça oftalmológica; Método clínico; Diagnóstico; Idade pediátrica; Dor de cabeça migratória.

Recibido: 4/5/2020

Aprobado: 11/6/2020

Introducción

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden a los servicios médicos, en la mayoría de los casos a los que nos enfrentamos en la consulta se trata de una entidad clínica en sí misma, y debe ser considerada desde el inicio como un síntoma, con el fin de abordar un correcto enfoque bio-psico-social que nos facilitará el manejo del paciente que presente este problema. Además de ser una causa importante de discapacidad, trae consigo consecuencias a nivel personal, ya que los individuos que la padecen, poseen un continuo miedo por la aparición de nuevos episodios, lo que frecuentemente afecta sus relaciones sociales, familiares y sus actividades laborales, generando así un deterioro en su calidad de vida. ⁽¹⁻³⁾

Se entiende por cefalea, la presencia de dolor ubicado por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo; simultáneamente es un síntoma y un síndrome, al ser definida como dolor en la extremidad cefálica, se hace referencia al síntoma, por el contrario, al considerarse como síndrome, implicaría su multicausalidad y los distintos tipos involucrados. ⁽³⁻⁵⁾

En la edad pediátrica, es un motivo de consulta muy frecuente, tanto en atención primaria como en los Servicios de Urgencias estimándose entre el 1 y el 2% de las consultas de Urgencias, y se define como el dolor o malestar referido a la cabeza, originado en estructuras craneales o bien irradiadas a las mismas. El diagnóstico de las cefaleas es fundamentalmente clínico, siendo los exámenes complementarios, en la mayoría de las ocasiones, innecesarios. Constituye un importante problema de salud en la infancia, encontrándose entre las causas más frecuente de ausencias escolares, durante los primeros 14 años de vida, según algunos estudios, hasta el 96% de los niños han padecido algún episodio de cefalea. La prevalencia de este trastorno es alta considerando que en los últimos 20 años el porcentaje de niños con cefalea y con migraña se ha triplicado, lo que parece ser que está relacionado con las condiciones del estrés. ⁽⁶⁻⁸⁾

De todos los tipos de cefalea, tanto primarias como secundarias a otro proceso, el 90% de los pacientes que presenten este síntoma, padecen migraña y/o cefalea tensional, y el 5% cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos como consecuencia de una migraña y/o una cefalea tensional mal tratada, el 5% restante de la casuística engloba al resto de cefaleas primarias y a las cefaleas secundarias a otro proceso. Las cefaleas primarias se caracterizan por ser recidivantes, de cursos benignos y muy frecuentes (90-95% de todas las cefaleas) y las secundarias se caracterizan por ser síntomas de una patología subyacente y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional a la anamnesis y la exploración física y deben ser por tanto remitidas a nivel especializado. ^(5,6)

El Comité de clasificación de las cefaleas de la International Headache Society (ISH) propuso en 2004 su 2ª clasificación, que resumimos: ⁽⁴⁾

1ª Parte. Cefaleas primarias:

1. Migraña.
2. Cefalea de tipo tensional.
3. Cefalea "clúster" y otras cefalalgias trigémino-autonómicas.

4. Otras cefaleas primarias.

2ª Parte. Cefaleas secundarias:

1. Cefalea asociada a traumatismo craneal o cervical.
2. Cefalea asociada a trastornos vasculares craneales o cervicales.
3. Cefaleas asociadas a trastornos intracraneales no vasculares (infecciones, tumores).
4. Cefalea asociada al uso de "sustancias" o su supresión.
5. Cefalea asociada a infecciones intracraneal o no.
6. Cefalea asociada a trastornos metabólicos.
7. Cefalea o dolor facial asociado a trastornos del cráneo, cuello, ojos, orejas, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
8. Cefalea asociada a trastornos psiquiátricos.

3ª Parte. Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas:

1. Neuralgias craneales y dolor facial de causa central.
2. Otras cefaleas, neuralgias, dolor facial central o primario.

A todo paciente que acude a consulta por cefalea, se le debe de realizar una historia clínica detallada junto a una exploración física y neurológica detallada, que permitirá en la mayoría de los casos orientar el diagnóstico etiológico. En la anamnesis se deben valorar las características del dolor: edad de inicio, frecuencia o periodicidad, forma de presentación, horario, duración, intensidad, localización, irradiación, factores desencadenantes, factores atenuantes y los síntomas acompañantes, que pueden ayudar a la orientación diagnóstica, seguimiento y valoración del tratamiento, la información se debe obtener tanto de los padres como del niño y se deben valorar además los antecedentes familiares y personales.^(9,10)

La consulta de un niño con cefalea, implica para los padres, descartar una enfermedad grave, mientras que los niños buscan, el alivio del dolor. La anamnesis y el examen físico constituyen las herramientas principales para su diagnóstico etiológico, los métodos paraclínicos (imagenología y electroencefalograma), se reservan para cuando el interrogatorio y el examen físico no son suficientes para resolver la causa de la misma, o antes la presencia de signos de alarma.⁽¹¹⁾

La clínica es el instrumento esencial para el diagnóstico de la cefalea en la infancia, en especial en la migraña, que es la forma más frecuente de cefalea primaria aguda recurrente y en la que no existe un marcador biológico definido.⁽⁹⁾ La cefalea de causa oftalmológica, se encuentra en el número 11 de las clasificaciones ; es un síntoma muy inespecífico, pero nos orienta al origen ocular cuando es de localización frontal, en barra, que sobrevive después de un esfuerzo visual, sobre todo como resultado de un trabajo en el que se emplea la visión de cerca.^(12,13)

En niños pequeños se suele pasar por alto la presencia de cefalea. Se deben analizar cuidadosamente los antecedentes de presencia o ausencia de cefalea y, cuando se identifiquen cefalea o dolor craneal durante las crisis, se debería considerar el diagnóstico de Migraña sin aura.⁽¹⁴⁾

La cefalea, es un síntoma que no es el predominante en las alteraciones oftalmológicas del tipo defectos refractivos, en el cual los niños refieren principalmente que no ven bien, y es presentado con mayor frecuencia, por los pacientes que se encuentran en edad escolar, que es donde comienza el esfuerzo visual, al aprender a leer o escribir, es por lo que nos propusimos realizar este trabajo, para optimizar la utilización del método clínico por los pediatras, médico general y otros especialistas, para determinar la etiología de la cefalea.

El objetivo de este trabajo es evaluar el uso del método clínico, en el diagnóstico de la cefalea de causa oftalmológica, en los pacientes en edad pediátrica, que fueron remitidos al servicio de urgencias médicas de Oftalmología, en el Hospital Pediátrico Hermanos Cordové, de enero a diciembre del 2019.

Método

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal.

Período de estudio: enero a diciembre del 2019.

Objetivo: evaluar el uso del método clínico, en el diagnóstico de la cefalea de causa oftalmológica.

Lugar: Hospital Pediátrico Hermanos Cordové, servicio de urgencias de Oftalmología

Universo: todos los pacientes que asistieron al servicio de Oftalmología

Población: 192 pacientes en edad pediátrica con cefalea.

Se estudiaron variables tales como: edad y sexo, enseñanza escolar, antecedentes patológicos personales, características de la cefalea y diagnóstico presuntivo.

A la población de estudio, se les realizó un adecuado interrogatorio y exhaustivo examen físico y ocular, así como aquellos con alteraciones oftalmológicas, se tomó agudeza visual, no se indicaron estudios sanguíneos ni imagenológicos, por considerarlos innecesarios en nuestro estudio.

Resultados

En la tabla 1, se muestra la distribución de los pacientes por edad y sexo, hubo un predominio de los pacientes entre los 6 y 7 años de edad, con 61 pacientes para un 31.8%, y del sexo femenino, con 109 pacientes para un 56.8%.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con cefalea según edad y sexo. Hospital Infantil Hermanos Cordové. Enero-diciembre 2019.

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
2-3	3	1.6	5	2.6	8	4.2
4-5	6	3.1	9	4.7	15	7.8
6-7	28	14.6	33	17.2	61	31.8
8-9	17	8.9	18	9.4	35	18.2
10-11	10	5.2	17	8.8	27	14.0
12-13	9	4.7	14	7.3	23	12.0
14	10	5.2	13	6.8	23	12.0
Total	83	43.2	109	56.8	192	100.0

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 2, representa la distribución los pacientes según enseñanza escolar, predominó la educación primaria, con 90 pacientes, para un 46.9%

Tabla 2. Distribución de pacientes con cefalea según enseñanza escolar. Hospital Infantil Hermanos Cordové. Enero-diciembre 2019.

Enseñanza escolar	Urgencia médicas	
	No	%
Pre escolar	27	14.0
Enseñanza primaria	90	46.9

Enseñanza secundaria	75	39.1
Total	192	100.0

Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 3, se encontró que 89 pacientes no tenían antecedentes patológicos para un 46.3%, seguidos de los que presentan antecedentes de Alergia con 79 pacientes para un 41.2%.

Tabla 3. Distribución de pacientes con cefalea según antecedentes patológicos personales. Hospital Infantil Hermanos Cordové. Enero-diciembre 2019.

Entidades	Antecedentes patológicos personales	
	No	%
Diabetes mellitus	4	2.1
Hipertensión arterial	6	3.1
Enfermedades tiroideas	9	4.7
Cefalea migrañosa	5	2.6
Alergias	79	41.2
Sin antecedentes	89	46.3
Total	192	100.0

Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 4 se presentaron los síntomas acompañantes, donde predominaron la cefalea de inicio subagudo, entre 72 hrs y 3 meses, episódica, que afecta las actividades cotidianas, que aparece a cualquier momento del día, y se acompaña principalmente de alteraciones visuales y náuseas y vómitos.

Tabla 4. Distribución de pacientes con cefalea según características de la cefalea. Hospital Infantil Hermanos Cordové. Enero-diciembre 2019.

Características de la cefalea	Urgencias Médicas	
	No	%
Inicio -aguda (menos de 72hs)	56	29.2
Subaguda(entre 72hs y 3 meses)	72	37.5
Crónica (más de 3 meses)	64	33.3

Frecuencia o Periodicidad		
Episódica	95	49.5
Recurrente	58	30.2
Crónica	39	20.3
Intensidad		
Leve	39	20.3
Moderado	62	32.3
Afecta la actividad cotidiana	91	47.4
Momento de Aparición		
Al despertar	14	7.3
Luego del esfuerzo visual	27	14.1
En cualquier momento	113	58.8
Síntomas acompañantes		
Náuseas y Vómitos	52	27.1
Desmayos y Decaimientos	14	14.5
Vértigos	28	12.0
Alteraciones Visuales	89	46.4

Fuente: Historias clínicas.

Se muestra en la tabla 5 la distribución de los pacientes según diagnóstico presuntivo, muestra el predominio de los pacientes con cefaleas migrañosa, con 76 pacientes para un 39.6%, seguidos de otras cefaleas con 68 pacientes para un 35.4%.

Tabla 5. Distribución de pacientes con cefalea según diagnóstico presuntivo. Hospital Infantil Hermanos Cordové. Enero-diciembre 2019.

Diagnóstico presuntivo	No	%
Cefalea migrañosa	76	39.6
Cefalea oftalmológica	48	25.0
Otras cefaleas	68	35.4
Total	192	100.0

Fuente: Historias clínicas.

Discusión

En la distribución de pacientes según edad y sexo, algunos autores plantean, que en los niños la prevalencia es de 37 a 51% a los 7 años y de 57 a 82% entre los 7 y 15 años, siendo esta mayor en hombres que en mujeres entre los 3 y los 7 años, y posterior a los 7 años se iguala. Luego de la pubertad ésta relación varía sustancialmente y se estima que es de 3 mujeres por cada hombre.⁽³⁾

Puede presentarse a cualquier edad, aumentando su incidencia en la adolescencia. A los 7 años, su prevalencia oscila entre el 37 y 51%, y a los 15 años entre 57 a 82%, antes de la pubertad predomina en varones, posteriormente en niñas. De estudios realizados se encontró, que la cefalea como enfermedad, es similar en ambos sexos, y en otro estudio, de un grupo de niños con migraña, 15 eran varones y 9 niñas.⁽¹¹⁾

Blume en su estudio encontró que, independientemente del sexo, un tercio de los niños y la mitad de los adolescentes participantes en su estudio tenían dolores de cabeza.⁽⁷⁾

Según otros estudios, la prevalencia de la cefalea se estima entre el 37 y el 51% en menores de 7 años y alcanza el 80% en el rango de 7 a 15 años. También varía según el sexo, siendo más frecuente en los varones antes de la pubertad y después de ella en las mujeres. Por otra parte, parece demostrado que la prevalencia de la cefalea aumenta con la edad.^(15,16)

Se puede apreciar en el estudio de Cáceres, y otros estudios, un franco predominio del sexo femenino sobre el masculino, lo que coincide con otros autores consultados.⁽¹⁷⁾

Por lo que podemos decir, que nuestro estudio coincide con varias bibliografías revisadas, donde hubo un predominio de los pacientes del sexo femenino y a partir de los 6 años de edad, lo que podríamos plantear, que se debe al comienzo de la etapa escolar, donde existen cambios en el estilo de vida del paciente, ya que empiezan con actividades escolares, y esto puede desencadenar situaciones de estrés, al adaptarse a la nueva situación, con horario escolar, y antes solo realizaban actividades recreativas en sus hogares.

En la tabla 2, distribución de pacientes según enseñanza escolar, algunos estudios realizados en México arrojan que las personas que más sufrían de cefalea tenían como nivel de escolaridad la secundaria.⁽³⁾

En los pacientes aquí estudiados, no coincide con otras bibliografías, ya que en algunos de los estudios revisados predomina la enseñanza secundaria en los pacientes con cefalea, pero sí con la edad de inicio a partir de los 6 años, donde están en la primaria, donde comienza la etapa escolar, el esfuerzo visual, también, es una etapa donde con los adelantos tecnológicos actuales, hay abuso del uso de la tecnología, y todo esto asociado, conlleva a la aparición de la cefalea en este período.

Según los antecedentes patológicos personales, tabla 3, en estudios revisados se encontró que la migraña con frecuencia es familiar. Algunos tumores y malformaciones vasculares tienen un claro carácter hereditario.⁽¹⁰⁾

En estudios revisados encontramos, entre las comorbilidades más frecuentes, la hipertensión arterial con 20,3%, 10% diabetes mellitus, 8,7% vértigo, 5,8% hipotiroidismo, 3,8% epilepsia, 2,2% artrosis, 1,5% antecedente de trauma craneoencefálico e igual porcentaje para aneurisma cerebral, 0,72% cáncer de seno, además, encontramos que el 21% se asocia a trastorno ansioso, 8,7% síntomas depresivos, 8% presentaron trastornos del sueño tipo insomnio y 5,8% refirieron manejar elevado nivel de estrés emocional.⁽¹⁸⁾

El presente estudio no coincide con algunas bibliografías en cuanto a los antecedentes patológicos personales, aunque debemos referir, que hubo un predominio alto de paciente sin antecedentes patológicos, que puede deberse a que el paciente acude al servicio de urgencias médicas por cefalea, y son remitidos al servicio de Oftalmología, a pesar de no referir sintomatología oftalmológica alguna. En la tabla 4, distribución según características de la cefalea, en estudios revisados, predominaron los síntomas digestivos (vómitos y dolor abdominal), la fotofobia y la acusofobia muy rara, aunque son simultáneas.⁽¹¹⁾

Los niños tienen dificultades para distinguir la anorexia de las náuseas. La palidez suele ir acompañada de ojeras. En algunos casos, la rubefacción es el fenómeno vasomotor predominante. La mayoría de los niños con migraña abdominal desarrollarán migraña en el futuro. La localización bilateral de la cefalea migrañosa es más frecuente en niños y adolescentes (menores de 18 años) que en adultos; el dolor unilateral suele aparecer en la adolescencia tardía o en el inicio de la vida adulta. En niños es posible inferir de su comportamiento la presencia de fotofobia y acusofobia.⁽¹⁴⁾

Después de someter a 1.037 adolescentes de entre 12 y 15 años al test PedMIDAS (Pediatric Migraine Disability Assessment Score) para descubrir cuántos días repercutía la cefalea en su vida diaria y en el colegio durante un periodo de 3 meses, encontraron que el 20% tenía cefalea una o más veces por semana, el 10% de los participantes sufría cefaleas frecuentes (2 o más veces a la semana).⁽¹⁵⁾

Algunos estudios refieren que las crisis pueden durar menos de 4 horas y se presentan con más frecuencia de forma bilateral y otros que en la migraña con aura, el dolor de cabeza está asociado a síntomas que evidencia disfunción del sistema nervioso autonómico como náusea y vómito, el dolor se inicia en la mitad del cráneo y después se extiende a toda la cabeza.^(16,17)

Un artículo publicado en 2008 comparó la prevalencia de errores refractivos en pacientes que presentaban cefalea con un grupo control.¹⁴ En el estudio participaron 310 pacientes con cefalea, donde en ningún caso esta era debida a enfermedades oculares específicas, y 843 pacientes control. La media de edad era 13.4 ± 2.6 años y 13.9 ± 3.1 en los pacientes con cefalea y en el grupo control, respectivamente. Los resultados mostraron que la prevalencia del error refractivo era mayor en pacientes con cefalea.⁽¹⁵⁾

El predominio de los síntomas astenópicos tipo II (63,3 %) permite inferir que estos pudieran ser un factor etiológico a considerar en la aparición de las crisis migrañosa de estos enfermos, lo que coincide con la literatura revisada, el examen oftalmológico fue normal en todos los casos estudiados, y predominaron los defectos refractivos pequeños en la mayoría de los casos analizados y la dominancia fue derecha en el 73 %.⁽¹⁷⁾

En los pacientes aquí estudiados, se coincide con otras bibliografías, donde predominan los vómitos y las náuseas, como síntomas acompañantes, además de los vértigos y las alteraciones oftalmológicas asociadas a la cefalea, lo cual puede ser la causa, de que sean remitidos tantos pacientes al Oftalmólogo, y se demore más en llegar a un diagnóstico certero.

En la distribución de pacientes según diagnóstico presuntivo, tabla 5, algunos estudios presentan 62(52%) pacientes con cefalea primaria, 38 (61%) tensional, 29(34%) con migraña.⁽¹¹⁾

En estudios revisados parece demostrado que la prevalencia de la cefalea aumenta con la edad y, así, en la edad pediátrica, cada año que pasa aumenta entre un 3 y un 11% debido a migraña y entre un 10 y un 24% debido a cefalea tensional, es probable que cefaleas episódicas y recurrentes indiquen afecciones primarias, de las cuales la migraña es la que tiene mayor efecto sobre la vida del niño, llegando a ocurrir en un 28% de los adolescentes. Normalmente comienza en la infancia y adolescencia, por lo que su detección temprana puede ayudar a que el tratamiento sea exitoso.⁽¹⁵⁾

La migraña es un trastorno frecuente en niños (<12 años de edad) y adolescentes (12-17 años de edad). Las crisis pueden durar menos de 4 horas y se presentan con más frecuencia de forma bilateral.⁽¹⁶⁾

En un estudio realizado, se evaluaron 3401 pacientes por consulta externa en el servicio de neurología, y 848 (24,93%), consultaron por cefalea primaria, constituyéndose en importante motivo de consulta ambulatoria. La migraña se presentó en 617 (18,14%), seguida de la cefalea tipo tensión en 166 (4,88%), cefalalgia crónica diaria en 50 (1,47%) y menos de 1% la cefalea en cluster. La migraña con aura se presentó en 255 pacientes (7,5%) y sin aura en 362 (10,64%).⁽¹²⁾

La migraña tiene características diferenciales respecto a la presentación en adultos, la localización suele ser bilateral –frontal–, en vez de hemicraneal, y la duración es menor, el dolor puede precederse de pródromos en forma de irritabilidad/cambios de humor, fatiga o cambios faciales. En el 14%-30% de los casos la migraña se acompaña (antes o durante el dolor) de aura, que en la mayoría de los casos es visual. Los antecedentes familiares llegan a estar presentes hasta en el 70% de los casos, aunque solo en una minoría de migrañosos el trastorno sigue una herencia mendeliana. Los factores desencadenantes del dolor son individuales, por lo que no se pueden generalizar las restricciones respecto a determinados alimentos o estilos de vida. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

La presente investigación coincide con otras bibliografías consultadas, donde predominan los pacientes con cefaleas migrañosa, la cual puede estar dado por el estilo de vida de los pacientes.

Conclusiones

En la presente investigación, predominaron los pacientes entre 6 y 7 años de edad y del sexo femenino, cursando la enseñanza primaria, sin antecedentes patológicos personales, con un predominio de una cefalea de inicio subagudo, entre las 72 hrs y 3 meses, episódica, que afecta las actividades cotidianas, aparece a cualquier hora del día, acompañada principalmente de náuseas, vómitos y alteraciones visuales durante la cefalea, quedando demostrado como diagnóstico presuntivo en estos pacientes, luego de un adecuado interrogatorio y examen físico, una cefalea migrañosa, quedando demostrado que el mayor por ciento de los pacientes que acudieron por cefalea a los servicios de urgencias de oftalmología, esta, no estaba relacionada a trastornos oftalmológicos.

Referencias bibliográficas

1. Zuloaga Mendiola R, Cobo Ugarte MA, Casado Casuso S, Pino Noriega M. Cefaleas. Boletín de uso racional del medicamento. [Internet]. 2019 [citado 29/4/2020]. 27(1). Disponible en: <https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163019/BOLETIN+1+2019+ENFERMEDADES+NEUROLOGICAS+Y+PSIQUIATRICAS+-+PARTE+2.pdf/e235d112-723a-77cc-bfba-849402fd1d82>
2. Drugs for migraine. Med Lett Drugs Ther. 2017; 59(1514): 27-32.

3. Gómez Otálvaro MA, Serna Vélez L. Cefalea: Más que un simple dolor. *Rev Mex Neuroc* 2015; 16(6): 41-53.
4. Huguet A, Tougas ME, Hayden J, McGrath PJ, Chambers CT, Stinson JN, et al. Systematic review of childhood and adolescent risk and prognosis factors for recurrent headaches. *J Pain* 2016; 17: 855-73.
5. Lacaza Vidal N, Arrazubite Galán A, Yusta Izquierdo A. Protocolo diagnóstico de las cefaleas de reciente comienzo. *Medicina* 2007; 9(70): 4503-7.
6. Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Curr Opin Pediatr.* 2018; 30(6): 748-54.
7. Blume HK. Childhood headache: a brief review. *Pediatr Ann.* 2017; 46(4): e155-e65.
8. Quintana Prada MR. Cefaleas. En: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas AEP.* [Internet]. 2008 [citado 29/4/2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cefaleas.pdf>
9. Campos Castelló J, San Antonio Arce V. Cefalea en la infancia. En: *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica.* [Internet]. 2008 [citado 29/4/2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30-cefalea.pdf>
10. Arana Navarro T, López Pisón J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Cefalea. *AEPap.* [Internet]. 2015 [citado 29/4/2020]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/cefalea.pdf>
11. Bravo MC, Gutiérrez RS, Maturana VA, Flores MP. Cefalea en Niños: Experiencia en un Centro de Referencia. *Rev. Chil. Pediatr* 2010; 81(5): 409-17.
12. Pedraza Hueso MI, Ruiz Piñero M, Martínez Velasco E, Juanatey García A, Guerrero Peral AL. Cefalea en jóvenes: características clínicas en una serie de 651 casos. *Neurología* 2019; 34(1): 22-6.
13. Cantú Dedes P. Urgencias en Oftalmología. [Internet] Chile: USACH; 2003. [citado 29/4/2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268338857_URGENCIAS_EN_OFTALMOLOGIA/download
14. International Headache Society. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. *Cephalalgia.* 2018; 38(1): 1-211.
15. Martín Montañez V, García Porta N, González-Mèijones JM, Parafita Mato MA. Cefalea pediátrica. *Gaceta Optométrica y Óptica Oftálmica.* 2011; (465): 4-9.
16. Escuela Andaluza de Salud. Cefaleas y migrañas. *BTA.* 2017; 32(3): 13-24.

17. Cáceres Toledo M, La O Lozano Y, González Espinosa L, Olivera Leal IR. Estudio oftalmológico de la migraña con aura visual. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2005 [citado 29/4/2020]; 18(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v18n1/oft07105.pdf>
18. Diazgranados Sánchez JA, Chan Guevara LS, Valencia Artunduaga MH, Piedrahita PA, Echeverry AF, Ramos Burbano GE. Cefalea crónica tipo tensión: una nueva experiencia de tratamiento. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(3): 240-5.
19. Isaza Bermúdez RA, Paulo Trujillo JD, Vallejo Mesa DM, Muñoz Cardona ML. Cefaleas de localización y compromisos oculares. Iatreia. 2005; 18(4): 417-30.
20. Camacho Salas A. Cefalea en la edad pediátrica: orientación diagnóstica. En: AEPap. Congreso de Actualización Pediatría 2019. [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. [citado 29/4/2020]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/pags.149-154_cefalea.pdf

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Eliades Nicolás Jeréz Aguilar (concepción del estudio, aplicación de los instrumentos, recogida de los datos, programación del sistema y escritura del manuscrito).

Olga Lidia Barrera Tamayo (concepción del estudio, aplicación de los instrumentos, recogida de los datos, programación del sistema y escritura del manuscrito).

Alexander Emilio Machado Martínez (concepción del estudio, recogida de los datos y escritura del manuscrito).

Yo, Eliades Nicolás Jeréz Aguilar, en nombre de los coautores, declaro la veracidad del contenido del artículo: Evaluación del método clínico en el diagnóstico de la cefalea oftalmológica en niños.