

ESTREÑIMIENTO, HERENCIA, EEG Y SEXO EN 364 CASOS DE CEFALEAS

*Juan R. Santoni

En nuestra práctica neurológica, aparte de los síntomas diagnósticos usuales, recogemos por pregunta directa los hábitos de defecación. Esto nos ha mostrado una incidencia particular del estreñimiento en la Cefalea Histamínica que merece reportarse junto con otros factores que puedan contribuir en el diagnóstico de las cefaleas.

MATERIAL Y METODO

Son 364 casos de Cefaleas divididas en funcionales (Fig.1) que incluyen 44 Migrañas, 50 Histamínicas, 49 Psicógenas, 74 Disrítmicas, 8 Hipoglicémicas y 8 por alteraciones hormonales en mujeres cuyas cefaleas no encajan clínicamente con las otras, son frecuentes e intensas durante la menstruación desapareciendo totalmente durante el embarazo. Por otro lado 93 cefaleas orgánicas que incluyen 29 Tumores Cerebrales (Fig.2), 23 Sinusitis, 17 Hipertensos, 11 Malformaciones arteriales, 7 Sífilis y 6 Arteritis Temporales. Además 38 clasificadas como diversas compuestas por Cefaleas Atípicas (Fig.3), Neuralgias, Post-traumáticas, infecciosas, por problemas endocrinológicos, Porfirias, dos que se presentan después del Coito, una Disautonómica y una por Frío. Vienen de la clínica privada

FIG. 1

FUNCIONALES		364 CEFALEAS
DISRRITMICAS	74	
HISTAMINICAS	50	
PSICOGENAS	49	
MIGRAÑAS	44	
HIPOGLICEMIAS	8	
DEFICIT HORMONAL FEM.	8	
TOTAL	233	

Neurólogo del Centro de Rehabilitación Profesor de Neurología, Universidad Autónoma de Santo Domingo y Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo.

y han llenado los requisitos de tener la cefalea por varias semanas, completado su examen neurológico con exámenes de Laboratorio, EEG y radios simples o complicadas de Cráneo, habiendo asistido no solo a la entrevista final diagnóstica en la que se le hizo indicación médica o quirúrgica sino que también volvieron a revisiones. Se computaron para este estudio: hábitos de evacuación, antecedentes familiares de cefaleas, edad de comienzo, sexo, ocurrencia durante el ciclo circádico, anomalías en el EEG, y finalmente la respuesta terapéutica.

RESULTADOS

De la totalidad solo 8 se quejaban de diarreas mientras que 67 tenían estreñimiento para un 18 o/o. Si observa-

FIG. 2

ORGANICAS		364 CEFALEAS
TUMOR CEREBRAL	29	
SINUSITIS	23	
HIPERT. ARTERIAL	17	
MALFORMACION VASC.	11	
SIFILIS	7	
ARTERITIS TEMPORAL	6	
TOTAL	93	

FIG. 3

DIVERSAS		364 CEFALEAS
ATIPICAS	9	
NEURALGICAS	6	
POST TRAUMATICAS	5	
INFECCIOSAS	5	
ENDOCRINAS	5	
PORFIRIA	4	
POST COITO	2	
DISAUTONOMICA	1	
AL FRIO	1	
TOTAL	38	

mos la distribución del estreñimiento de las formas clínicas en la Cefalea Histamínica aparece en el 40 o/o siendo significativo pues es dos veces el error standard en comparación con las otras. Con las cefaleas Psicógenas este síntoma es tan o menos frecuente (14 o/o) que en la universalidad o que en las otras orgánicas (Fig. 4).

Los antecedentes familiares de cefaleas son importantes en casi todas las funcionales: en Migrañas y Disríticas, en el 43 o/o (Fig.5), en las Histamínicas en el 54 o/o. Pero el factor herencial no es tan importante en las Psicógenas con una incidencia negativamente significativa de un 16o/o.

La aparición de un familiar con cefalea en un tumor debe ser tan coincidental como en el resto de la población. (Fig.6)

La variación de la edad promedio de comienzo es pequeña para las funcionales pues las Disríticas, las Migrañas y por Déficit hormonal comienzan cerca de los 16 años mientras las Histamínicas y psicógenas lo hacen hacia los 24 años. Las Hipoglicémicas comienzan a los 9 años y las Arteritis Temporales a los 50. En las otras hay mucha dispersión no pudiendo valorarse el promedio.

El énfasis femenino es evidente no solo en las funcionales en donde las dos terceras partes son mujeres sino

FIG. 4

ESTREÑIMIENTO

DISRRITMICA	6 o/o	SE 2.9
HISTAMINICA	40 o/o	SE 6.9
PSICOGENA	14 o/o	SE 4.9
MIGRAÑA	25 o/o	SE 6.5
DEFICIT HORMONAL	37 o/o	SE 17.
HIPOGLICEMIA	0 o/o	SE —
ORGANICAS	menos de 18 o/o	SE —
DIVERSAS	8 o/o	SE 4.

FIG. 5

EDAD PROMEDIO DE COMIENZO

DISRRITMICAS	16.3 AÑOS	SD 10
HISTAMINICAS	24.2 "	SD 9.7
PSICOGENAS	24. "	SD 6.3
MIGRAÑAS	16.7 "	SD 11.5
DEFICIT HORMONAL	16.6 "	SD 5.8
HIPOGLICEMIA	9.7 "	SD 5.6
ARTERITIS TEMPORAL	50. "	SD 18.
O T R A S: No Valorables		

también en las orgánicas aunque no significativamente. Detallando las proporciones; en las funcionales persiste el predominio femenino en las Histamínicas de 3 á 2. (Fig.8). En las orgánicas solo el tumor cerebral y la Sífilis tienen predominios masculinos. (Fig.9). En la mayoría de pacientes hay aparición del síntoma a cualquier hora del día observándose nocturnidad en el 18 o/o de las Histamínicas y en el 20 o/o de los tumores. El énfasis matutino corresponde a las Disrítmicas, tumores y a la mitad de las hipoglicemias.

Finalmente encontramos anomalías electroencefalográficas (Fig.10) en muchas cefaleas y en particular en todas las Disrítmicas, en el 90 o/o de tumores pero solo en el 6 o/o de las Psicógenas.

DISCUSION

En los libros de Gastroenterología como el Bockus, Sleisenger, se menciona la cefalea como una complicación del estreñimiento simple o del Colon Irritable. Culpan del estreñimiento a la personalidad ansiosa por ende relacionando éste con las cefaleas tensionales. Incluso Adams asegura que la cefalea se debe al estreñimiento. Sin embargo ocurre una diferencia importante en nuestros casos; si bien es frecuente en las Histamínicas es menos importante en las Psicógenas. Esto sugiere que el estreñimiento no sea consecuencia de la ansiedad sino de factores metabólicos. Quizá se relacione a los niveles bajos de Serotonina en

FIG. 6

ANTECEDENTES FAMILIARES

DISRRITMICAS	43 o/o	SE	5.2
HISTAMINICAS	54 o/o	SE	7.
PSICOGENAS	16 o/o	SE	5.2
MIGRAÑAS	43 o/o	SE	6.7
HIPOGLICEMIA	75 o/o	SE	15.
TUMORALES	6 o/o	SE	4.
O T R A S: No Valorables			

FIG. 7

S E X O

(CEFALEAS FUNCIONALES)

SEXO FEMENINO	158
SEXO MASCULINO	75

(ORGANICAS Y DIVERSAS)

SEXO FEMENINO	76
SEXO MASCULINO	55

FIG. 8

S E X O

(CEFALEAS FUNCIONALES)

	FEM.	MASC.
DISRRITMICAS	48	26
HISTAMINICA	30	20
PSICOGENA	34	15
MIGRAÑA	30	14
DEFICIT HORMONAL	8	—
HIPOGLICEMIA	8	—

FIG. 9

S E X O

	FEM.	MASC.
ORGANICAS		
TUMOR	14	15
MALFORMACION	8	3
ARTERITIS	6	0
SINUSITIS	15	8
HIPERTENSION ART.	10	7
SIFILIS	3	4
DIVERSAS	20	18

las fases intercríticas de las cefaleas. Parece ser un modelo contrario al síndrome Carcinóide en donde al producirse niveles altísimos de Serotoninas y otras sustancias se evocan diarreas. Tal vez en la fase crítica de la Cefalea la Serotonina, Histamina, Bradikinina o prostaglandinas actúan solo localmente a nivel craneal. Por otro lado en el síndrome Psicógeno el proceso psicósomático solo afectaría un sistema. Devroede niega la existencia del Estreñimiento Neurótico aunque es bien conocida la acción del stress descrita por Chaudhary, Wangel sobre la motilidad Intestinal. En un estudio de Hammond sobre síntomas usuales en un muestrario de 1,064,004 sujetos de 30 años en adelante (Fig.11) se encontró que entre los 30 y los 40 años (similar a nuestros histamínicos) en el 12.5 o/o de los hombres y el 27.9 o/o de las mujeres se presentaba el síntomas constipación. Si observamos la distribución por sexo en las Histamínicas hay estreñimiento en el 43.3 o/o de las mujeres y en el 35 o/o de los hombres. La constipación aumentaba considerablemente con la edad en el trabajo de Hammond.

El predominio femenino en las formas funcionales quizá se deba a cambios del umbral doloroso (Fig.12) por la interrelación de las prostaglandinas E, F2 alpha con el LH y el FSH y la producción de Progesterona en la fase luteal media y premenstrual con la liberación de Pg2 o en el endometrio menstrual. Los niveles alterados de la Progesterona al 14 y 24 día del ciclo de las mujeres que mejoran con el embarazo sin ser migrañosas nos motivaron a usar una progesterona sintética preconizada por Lundberg en 1965, para todas las migrañas. Aunque las Histamínicas tie-

nen mecanismos independientes a las alteraciones femeninas no podemos considerarlas exclusivas del hombre ni de la nocturnidad.

El factor herencia no es importante en las psicógenas pues nos parece difícil heredar la ansiedad o la acción sobre músculos occipitales y sus inserciones.

Weil acuña el término Migraña Disrrítmica en 8 pacientes y luego Ulett observa en 1,000 cefalálgicos que el 9 o/o de los hombres y el 20 o/o de las mujeres tiene EEG anormales. Giel no solo observa anomalías en los migrañosos

pero sorprendentemente en el 24 o/o de las Psicógenas. Finalmente Smith y Winter suben las cifras de anormales al 43 o/o de Migrañas y además confirman que los que presentan ondas Delta solo responden a los anticonvulsivos. Es por ésto que persistimos en diagnosticar una Cefalea Disrrítmica sin el apellido de Migraña. El EEG consideramos debe ser normal o a lo sumo desincronizado para diagnosticar la cefalea tensional.

CONCLUSIONES:

- 1.— El estreñimiento caracteriza la Cefalea Histamínica.
- 2.— El sexo femenino predomina en todas las cefaleas funcionales.
- 3.— Los antecedentes familiares son escasos así como las anomalías del EEG en las Psicógenas.
- 4.— La hipoglucémica es de la primera década, las Migrañas y Disrrítmicas de la segunda, las Histamínicas y Psicógenas de la tercera.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Powell, D.: Intestinal Motility, Gastroenterology, 73:812, 1977.
- 2.— Devroede, Constipation: Mechanisms and Management, p.368 Gastrointestinal Diseases, Ed. Sleisenger & Fordtran, W. Saunders, 1978.
- 3.— Wangel, A. G., Deller, D. J. Intestinal Motility in Man. Gastroenterology, 48:69, 1965.
- 4.— Hammond, E. C. Some Preliminary Findings of Physical Complaints from a Prospective Study of 1,064,004 men and Women, Amer. J. Public Health. 54: 11, 1964.
- 5.— Dhodanand Kowelessar, The Carcinoid Syndrome, p.1190, Gastrointestinal Diseases, Ed. Sleisenger & Fordtran, W. Saunders, 1978.
- 6.— Bockus, Gastroenterologia, Pág. 757, Salvat, 1966.
- 7.— Goodman & Gilman. Pharmacological Basis of Therapeutics. P.640, p. 870, 1975.
- 8.— Rozman, C. y Montserrat-Costa, E. Fisiopatología de la Jaqueca y Cefaleas Vasculares. Mesa Redonda sobre Jaquecas y Cefaleas Vasculares, Ediciones Sandoz, Madrid, 1972.
- 9.— Sicutevi, F. Fanciullacci, M. y Del Bene, E. Cefaleas: Correlaciones bioquímicas. Mesa Redonda sobre Jaquecas y Cefaleas Vasculares, Ediciones Sandoz, Madrid, 1972.
- 10.— Lundberg, P. O. Profilaxis de la Hemicranea con un nuevo Esteroide (Traducción). Opúscula Médica, Vol. 10, 59-65, 1965.
- 11.— Weil, A. A.: EEG Findings in a certain Type of psychosomatic headache: Disrhythmic migraine, EEG Neurophysiol., 4: 181-186, 1962.
- 12.— Ulett, G. A., Evans, D., and O'Leary, J. L. Survey of EEG findings in 1000 patients with chief complaint of headache. EEG. Clin. Neurophysiol, 4: 463-470, 1952.
- 13.— Smyth, V. O.G., Winter, A.L. The EEG in Migraine, Electroenceph. Clin. Neurophysiol, 16:194-202, 1964.
- 14.— O'Connor, P. Analysis of 500 routine EEGS of R. A. F. aircrew cadets. Electroenceph. Clin. Neurophysiol. 17:339-341, 1964.
- 15.— Giel, R., De Vlioger, M. and Van Van Vliet, A. G. M. Headache and the EEG. Electroenceph. Clin. Neurophysiol. 21: 492-495, 1966.
- 16.— Chaudhary, N. A., Truelove, S. C. Human Colonic Motility, Comparative Study With the Irritable Colonic Syndrome. Gastroenterology, 40:1, 1961.
- 17.— Adams, R. D. Headache, Harrison's Principles of Internal Medicine, p.20, McGraw-Hill, 1977.

FIG. 10

ELECTROENCEFALOGRAMA ANORMAL

DISRRITMICAS	100 o/o	*
HISTAMINICAS	34 o/o	
PSICOGENAS	6 o/o	*
MIGRAÑAS	45 o/o	
TUMOR CEREBRAL	90 o/o	*
MALFORMACION VASC.	45 o/o	
ARTERITIS TEMPORAL	60 o/o	
OTRAS	menos de 42 o/o	

FIG. 11

HAMMOND , SINTOMAS USUALES EN 1,064,004 SUJETOS (1964)

ESTREÑIMIENTO	30 a 40 años
MUJERES	27.9%
HOMBRES	12.5%

SANTONI , HISTAMINICAS (1979)

TOTALIDAD	40%
MUJERES	43%
HOMBRES	35%

FIG. 12

