

CEFALÉIA NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

ESTUDO PROSPECTIVO DE 77 CASOS

MAURO MUSZKAT * — M. ISABEL C. VERGANI * — DILENE M. TORRES *

RESUMO — Foram analisados 77 casos de cefaléia na infância. A faixa etária situou-se em 9 anos \pm 2 sem diferença entre os sexos. A localização frontal foi encontrada em aproximadamente 49% dos casos com relato de hemicrania em apenas 9%. Os fatores associados mais freqüentes foram náuseas, vômitos e tontura, sendo o fator desencadeante mais comum o stress emocional. Antecedente familiar de cefaléia ocorreu em 76,5%. Dos 36 pacientes considerados como tendo enxaqueca, 31 foram submetidos a tratamento profilático com pizotifeno ou propranolol. Houve resposta clínica satisfatória em aproximadamente 90% dos casos.

Headache in childhood: diagnosis and treatment. A prospective study of 77 cases

SUMMARY — Seventy seven cases of migraine in children were studied. Age average was 9 years \pm 2; there were any sex differences. The frontal localization was found in roughly 49% of cases, whereas hemicrania was just found in 9% of cases. The most frequent factors associated were nausea, vomiting and dizziness. The most common triggering factor was the stress. Family history of migraine occurred in 76.5%. Out of 36 patients suffering migraine, 31 underwent a prophylactic treatment with pizotifen or propranolol. There was satisfactory clinical responses in roughly 90% of cases.

A cefaléia é queixa comum entre pacientes em idade escolar e adolescentes que procuram os ambulatórios de neurologia infantil. Em nosso Serviço representam 30% do total de atendimentos. Embora em algumas vezes a queixa de cefaléia seja transitória, frustra ou associada a patologias pediátricas banais, as crianças encaminhadas ao neuropediatra apresentam, em sua maioria, cefaléia como queixa recorrente, crônica, que passa a interferir no cotidiano do paciente.

Nosso objetivo foi estudar aspectos clínicos e epidemiológicos das crianças encaminhadas ao Serviço de Neurologia Infantil, bem como tentar abordagem terapêutica para casos com características de enxaqueca.

CASUISTICA E MÉTODOS

Foi realizado estudo prospectivo incluindo todos os casos de cefaléia recebidos no ambulatório de Neurologia do HMIMJ de novembro de 1986 a abril de 1987. Após a anamnese e exame clínico e neurológico os pacientes foram submetidos a protocolo no qual constavam: dados gerais (idade, sexo, procedência, caracterização da queixa, duração, localização, intensidade, freqüência, periodicidade, caráter, fatores associados, fatores de melhora e piora) e investigação de antecedentes pessoais e familiares. Todos os pacientes realizaram eletroencefalograma (EEG) exame radiológico do crânio e seios da face e exame oftalmológico. Exames

Serviço de Neurologia Infantil do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ), São Paulo: *Neuropediatra.

de líquido cefalorraqueano (LCR) e tomografia computadorizada do crânio (TC) foram reservados para os casos em que houve: mudança no caráter da cefaléia; suspeita de hipertensão intracraniana; ou epidemiologia fortemente positiva para cisticercose.

Dentre os pacientes com cefaléia crônica foi selecionado um grupo de crianças com enxaqueca, segundo os critérios relatados na literatura (4,5,8,12) para eventual tratamento profilático. Este foi utilizado apenas nos casos em que a cefaléia era de forte intensidade e/ou de grande freqüência (semanal ou diária) e também em casos nos quais havia nítida interferência na rotina do paciente. Duas drogas foram utilizadas: pizotifeno e propranolol. Os pacientes foram seguidos quizenalmente no primeiro mês e mensalmente após, de acordo com a resposta clínica. O tratamento profilático foi mantido por um período mínimo de três meses. No caso de insucesso no primeiro mês de tratamento, após incremento até a dose máxima, a profilaxia foi suspensa ou substituída (propranolol por pizotifeno ou vice-versa).

RESULTADOS

Os resultados obtidos após 6 meses foram tabulados (Tabela 1). A idade foi em média 9 anos e 4 meses \pm 2 anos e 7 meses; não houve diferença significativa entre os sexos. A duração média da queixa foi 2 anos e 2 meses \pm 1 ano e 4 meses. A localização mais freqüente foi a frontal (49%), seguida da queixa de dor holocraniana (11,5%), localização hemicrania clássica foi encontrada em apenas 9% dos casos. A maioria dos pacientes relatava

Característica	Nº de casos	%	
Localização	Frontal	38	49,0
	Parietal	9	11,5
	Holocraniana	9	11,5
	Temporal	8	10,0
	Hemicrânia	7	9,0
	Vertex	6	8,5
	Occipital	5	6,5
	Não sabe	2	2,5
Caráter	Latejante	27	35,0
	Contínua	21	27,5
	Pontada	12	15,5
	Pressão	5	6,5
	Não sabe	12	15,5
Fator desencadeante	Stress emocional	29	37,5
	Esforço físico	14	18,0
	Aumento de T ambiente	6	7,5
	Alimentar	5	6,5
	Hormonal (menstruação)	1	1,5
Alterações associadas e concomitantes	Visuais (fotofobia, embaçamento, fosfena)	25	32,0
	Sensitivas (parestésias, tontura, zumbido)	21	27,0
	Motoras (paresias)	4	5,0
	Outras: Vômito	27	35,0
	Náusea	25	32,0
	Sonolência	9	11,0
	Dor abdominal	8	10,0
	Distúrbio autonômico (palidez, taquicardia)	7	9,0

Tabela 1 — Características da cefaléia em 77 casos.

dor de forte intensidade e as freqüências diária e semanal predominaram (27% e 44% respectivamente), bem como a periodicidade vespertina. O caráter latejante foi predominante (35%), seguido do contínuo (27%). Os fatores associados mais freqüentes foram náusea, vômito e tontura. Os déficits motores foram infreqüentes. Vinte e quatro por cento dos pacientes referiam sintomatologia visual. A emoção e o esforço físico foram os fatores desencadeantes mais comuns e 60% das crianças só obtiveram melhora com o uso de medicação. Todos os RX de crânio foram normais; três pacientes tinham alterações inespecíficas no EEG. Nenhum paciente apresentou alteração de pressão arterial. As TC realizadas em 7 pacientes foram normais, assim como os exames do LCR (realizados em dois casos). A freqüência de antecedentes familiares de cefaléia foi 76,5% e de epilepsia, 14%.

Foi separado um grupo de 36 pacientes que preencheram os critérios de enxaqueca (4,8,12). Destes, 31 foram tratados utilizando-se aleatoriamente o pizotifeno ou o propranolol como droga de primeira escolha. Doze pacientes tratados inicialmente com propranolol (1-2 mg/kg/dia) referiram melhora clínica evidente, em sua maioria livres de cefaléia após o primeiro mês de tratamento. Dos 19 pacientes tratados inicialmente com pizotifeno (0,5-1,5 mg/kg/dia), 12 referiram melhora importante após o primeiro mês de tratamento; em 6 não houve resposta mesmo com o incremento da dose, sendo substituída a medicação, com resposta favorável ao propranolol, em três casos. Os outros três aguardam reavaliação ambulatorial. Perdeu-se o seguimento de um caso tratado inicialmente com pizotifeno. Dos 5 casos que embora preenchessem os critérios para enxaqueca não preenchiam os da profilaxia, perdeu-se o seguimento de dois; em um caso foi diagnosticada cefaléia psicogênica e dois estão em avaliação na Higiene Mental.

Nos 41 casos que não preencheram os critérios para enxaqueca foi encontrado sinusopatia em 7; erro de refração em 7; em 27 casos a queixa era de cefaléia esporádica, em sua maioria decorrente de patologia pediátrica comum ou causas ambientais (ansiedade, problemas escolares), sendo verificada melhora espontânea dos sintomas após um mês.

COMENTARIOS

A prevalência de cefaléia na infância varia em estudos populacionais entre 40 a 90%, em sua maioria de caráter esporádico, não recorrente. A incidência de enxaqueca nestes estudos varia entre 4 e 38% em escolares, com maior prevalência em adolescentes. Várias são as causas associadas a cefaléia na infância. Dalessio⁴ classifica cefaléia em 7 grupos principais: 1. cefaléia vascular tipo enxaqueca (clássica, comum, complicada, variantes); 2. cefaléia vascular não enxaqueca (associada a febre, hipertensão arterial, hipóxia); 3. cefaléia por contração muscular; 4. cefaléia psicogênica (depressão, síndromes convulsivas, estados hipocondríacos); 5. cefaléia por tração (tumor, hematoma, abscesso, pós punção lombar, pseudotumor cerebral); 6. cefaléia devido a meningite; 7. cefaléia devido a doenças da face ou estruturas cervicais. Em nosso estudo 46,5% dos casos foram considerados de caráter vascular, contra 53% classificáveis nos grupos 2, 3 e 4.

Não podemos transpor para as crianças os mesmos critérios diagnósticos de enxaqueca do adulto⁸, pois correríamos o risco de mal diagnosticar muitos casos. Nas crianças as características clínicas variam consideravelmente e podem ser mascaradas por outros sintomas como dor abdominal e sintomas vegetativos, às vezes mais importantes que a própria cefaléia. Além disso, nem sempre é possível delinear todo o quadro clínico com exatidão, principalmente em crianças em idade pré-escolar. Devido a tais dificuldades foram propostos vários métodos para critérios diagnósticos. Vahlquist¹² e Bille¹ consideram como apresentando enxaqueca aqueles casos nos quais a cefaléia é paroxística e aqueles em que os episódios são separados por intervalos assintomáticos e são associados a pelo menos duas das seguintes características: dor unilateral, náuseas, aura visual e hereditariedade. Prensky¹⁰ considera necessárias três das 6 características seguintes: dor abdominal, náusea ou vômito, cefaléia unilateral, cefaléia cruciante ou latejante, alívio completo após períodos de repouso e história de cefaléia em um ou mais membros da família. A nosso ver, o critério de Hockaday^{7,8} é o mais abrangente, aceitando como enxaqueca as cefaléias paroxísticas recorrentes nas quais outras causas foram excluídas. Contudo, para efeito de diagnóstico, utilizamos em nosso trabalho o critério de Vahlquist por entendê-lo mais objetivo.

O tipo mais frequente de enxaqueca na infância, diferentemente do adulto, é a comum. A cefaléia bifásica ou clássica, de característica eminentemente hemicrânia

incide em cerca de 30% dos casos, sendo caracterizada neste estudo em 9% dos pacientes. Não foi possível identificar entre nossos pacientes casos de cefaléia complicada, embora os dados de literatura refiram maior incidência de enxaqueca do tipo vértebro-basilar e hemiplégica em pacientes jovens. A idade de início do quadro varia nos diferentes estudos. Selby e Lance¹¹ encontraram 21% de início antes dos 10 anos e 25% entre 10 e 20 anos; Hockaday^{7,8} observou início aos 7 anos em 62% dos casos e aos 10 anos em 86%; Congdon e Forsythe³ observaram início antes dos 5 anos em 30% dos casos. Neste levantamento cerca de 50% dos pacientes referiram início do quadro entre 7 e 9 anos. Os fatores desencadeantes emocionais foram predominantes, de acordo com dados de Maratos e Wilkenson⁹. Não observamos evidências epidemiológicas de relação entre epilepsia e enxaqueca.

As duas drogas utilizadas para profilaxia mostraram-se eficazes em mais de 90% dos casos, razão pela qual acreditamos que em casos de ataques frequentes, graves, ou quando há perturbação do cotidiano do paciente, o tratamento deve ser tentado.

REFERÊNCIAS

1. Bille B — Migraine in childhood. *Panminerva Med* 24:57, 1982.
2. Carvalho DS — Fatores de risco da enxaqueca na faixa etária de 7 a 15 anos. Dissertação de Mestrado em Neurologia Clínica. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1986.
3. Congdon PJ, Forsythe WI — Migraine in childhood; a study of 300 children. *Develop Med Child Neurol* 21:209, 1979.
4. Dalessio DJ — Wolf's Headache and other Head Pain. Ed 4. Oxford Univ Press, London, 1980.
5. Fenichel GM — Migraine in children. In Swaiman KF (ed): *Neurologic Clinics* 3:77, 1985.
6. Forsythe LD, Gilles M — Propranolol (inalderal) in the treatment of childhood migraine. *Develop Med Child Neurol* 26:737, 1984.
7. Hockaday JM — Headaches in children. In Rose FC (ed): *Handbook of Clinical Neurology* 48:31, 1986.
8. Hockaday JM — The diagnosis of migraine in childhood. In MacFarlane JS (ed): *Progress in Child Health*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1984.
9. Maratos T, Wilkenson M — Migraine in children: a medical and psychiatric study. *Cephalalgia* 2:179, 1982.
10. Prensky SL — Migraine and migraine variants in pediatric patients. *Pediat Clin N Amer* 23:461, 1976.
11. Selby G, Lance JW — Observations on 500 cases of migraine on a allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 23:23, 1960.
12. Vahlquist B — Migraine in children. *Int Arch Allergy* 7:348, 1955.