

ENXAQUECA NA INFÂNCIA DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

LUCIA M.C. FONTENELLE*, SILVIA CWAJG**

RESUMO - O estudo das cefaléias crônicas infantis, principalmente o da enxaqueca, vem recebendo muitas atenções nestes últimos anos. As publicações reconhecem sua importância epidemiológica e são unânimes em afirmar que os diagnósticos realizados não correspondem a realidade clínica. Citam que uma das dificuldades que justifica esta divergência seria a inadequação à criança dos critérios diagnósticos existentes. O presente estudo analisa um grupo de pacientes pediátricos que se queixava de dor de cabeça e obtém resultados que reforçam esta impressão.

PALAVRAS-CHAVE: enxaqueca na infância, dificuldades diagnósticas.

Diagnosis of childhood migraine

ABSTRACT - The study of chronic headache in children, mainly migraine, has deserved special attention in the last years. The publications point out their epidemiological importance and are unanimous to affirm that the diagnosis made do not correspond to clinical reality. They emphasize that one of the difficulties that justify this diversity would be inadequate diagnosis criteria. This study analyses a group of pediatric patients complaining about headache and reaches results that support this impression.

KEY WORDS: headache in children, migraine, diagnosis.

Dor de cabeça é um dos sintomas mais comuns na prática médica e, desde a publicação do estudo de Bille¹, em 1962, quando 9000 estudantes responderam a um questionário dirigido, sabe-se o quanto é frequente este tipo de queixa entre as crianças. No entanto, até há pouco tempo, o estudo das cefaléias crônicas insistia em privilegiar, apenas, os pacientes adultos. Somente a partir da década de 80, simpósios e congressos passaram a dedicar parte da sua programação à criança, sendo que o primeiro evento totalmente dirigido a avaliação desta faixa etária ocorreu em 1988, em Pávia, Itália, quando foi promovido o "Primeiro Simpósio Internacional sobre Cefaléia na Criança e no Adolescente"². Provavelmente, por este motivo, os critérios usados no diagnóstico das cefaléias são baseados nas manifestações apresentadas por homens e mulheres, dificultando o reconhecimento clínico das cefaléias infantis. À medida que novas publicações dão especial atenção aos pacientes pediátricos observam-se características próprias ao grupo. A verificação sistemática destas particularidades tem mostrado a necessidade de se adaptar à criança os critérios diagnósticos conhecidos, principalmente aqueles definidos pela International Headache Society (IHS)³, cuja utilização é, no momento, recomendada.

Neste estudo analisamos as queixas de 95 crianças que sofriam de cefaléia e verificamos que de acordo com o critério aplicado modifica-se o número de casos diagnosticados de enxaqueca.

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil: *Professora-Adjunta da Faculdade de Medicina da UFRJ, Mestre em Neurologia; **Medico Residente (R3) em Pediatria - área de especialização: Neuropediatria. Aceite: 3-julho-1998.

Quadro 1. Enxaqueca: critérios diagnósticos de Valhquist.

- cefaléia intervalada por períodos assintomáticos
- associada a, pelo menos, 2 das características abaixo:
 - dor unilateral
 - náuseas
 - aura visual
 - história familiar

Quadro 2. Exanqueca: critérios diagnósticos de Prenskey.

- cefaléia intervalada por períodos assintomáticos
- associada a, pelo menos, 3 das características abaixo:
 - dor abdominal, náuseas e vômitos
 - hemicrania
 - dor latejante
 - alívio com o sono
 - presença de pródromos
 - história familiar

Quadro 3. Exanqueca sem aura: critérios diagnósticos da IHS.

- presença de, pelo menos, 5 crises de cefaléia idiopática, recorrente, com duração de 4 a 72 h (em crianças de 2 a 72 h)
- associada a, pelo menos, 2 das características abaixo:
 - dor unilateral
 - pulsátil
 - moderada a severa
 - agravada por exercícios físicos
- durante a crise, a presença de, pelo menos, 1 das características abaixo:
 - náuseas e/ou vômitos
 - fotofobia e fonofobia

Estes resultados conflitantes demonstram a necessidade de se aperfeiçoar os critérios que definem o diagnóstico das cefaléias infantis, particularmente o da enxaqueca sem aura - mais impreciso, do ponto de vista clínico, do que o diagnóstico da enxaqueca com aura.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No presente estudo, avaliamos 95 crianças que procuraram o ambulatório de neurologia do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ), com queixa de dor de cabeça. As crianças ou seus acompanhantes, após anamnese formal, responderam a perguntas, previamente definidas em questionário, que objetivavam pormenorizar o sintoma principal. O questionário continha informações quanto ao início do quadro, frequência; duração; intensidade; localização e qualidade da dor, presença ou ausência de fatores desencadeantes; de pródromos; e de sintomas e sinais associados e/ou pós-críticos, assim como história familiar. Todos os pacientes foram submetidos ao exame neurológico e a fundoscopia. Neuro-imagem e eletrencefalograma foram realizados, apenas, nos casos que despertavam dúvida quanto a sua natureza.

A análise dos questionários pretendia avaliar quantos casos de enxaqueca sem aura - outra denominada de enxaqueca comum - poderiam ser diagnosticados utilizando-se os critérios de Valhquist (Quadro 1), de Prenskey (Quadro 2) e o da IHS (Quadro 3). É importante ressaltar que na aplicação do critério da IHS não foi respeitada a exigência de que a crise de dor de cabeça tivesse, pelo menos, 2 horas de duração, uma vez que se reconhece que as enxaquecas infantis são menos prolongadas do que as dos adultos⁴⁻⁸.

Resultados dos questionários:

1) Sexo, idade dos pacientes e idade do início e duração da queixa: 44 (46,31%) crianças eram do sexo masculino (masc) e 51 (53,68%) do feminino (fem). As idades variavam dos 3 aos 17 anos, com a mediana em 9 (3-18) e desvio padrão de 3,2 anos.

Quarenta e dois (44,21%) pacientes - 24 do sexo masc e 18 do fem - sofriram de cefaléia desde antes dos 7 anos de idade. Quarenta e sete (49,47%) crianças - 19 do sexo masc e 28 do fem - apresentaram a primeira crise entre 7 e 12 anos, e 4 (4,21%) - 1 do sexo masc e 3 do fem - passaram a ter queixa de dor de cabeça após os 12 anos. Em dois (2,1%) pacientes - ambos do sexo fem - não conseguimos apurar a idade do início.

As crises de cefaléia ocorriam há menos do que 6 meses em 5 (5,26%) crianças, entre 6 meses e 1 ano em 42 (44,21%), entre 1 e 2 anos em 15 (15,78%) pacientes, e há mais do que 2 anos em 31 (32,63%). Duas crianças (2,1%) não souberam definir há quanto tempo sentiam dor de cabeça.

2) Duração da crise dolorosa: a duração das crises era maior do que 2 horas em 41 (43,15%) casos, variava entre 1 e 2 horas em 8 (8,42%) casos, e entre 30 minutos e 1 hora em 20 (21,05%) casos. Em 22 (23,15%)

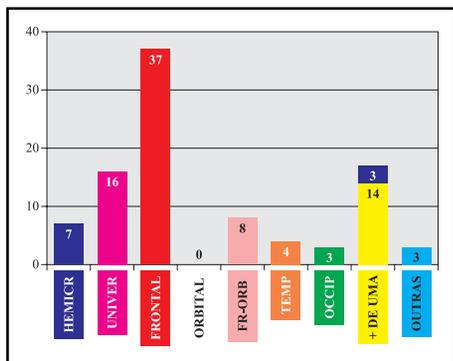


Fig 1. Enxaqueca: localização da dor.

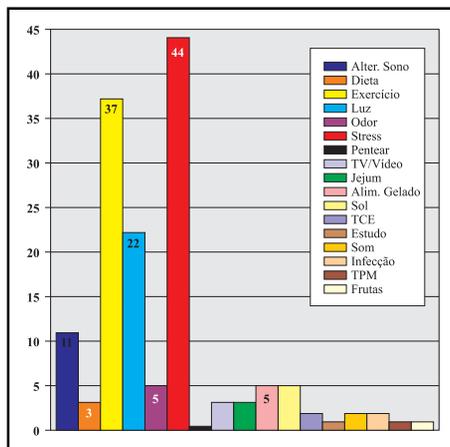


Fig 2. Enxaqueca: fatores desencadeantes.

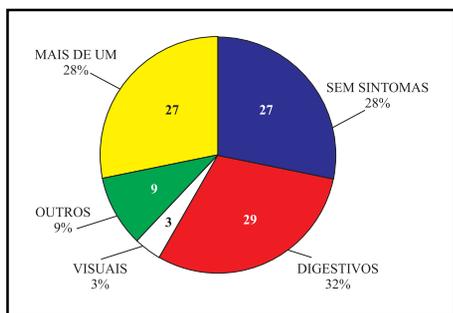


Fig 3. Enxaqueca: sintomas associados.

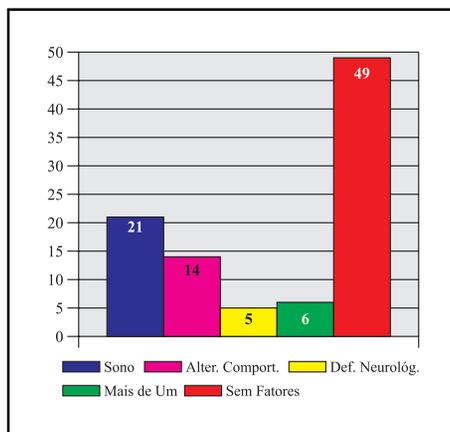


Fig 4. Enxaqueca: sintomas pós-críticos.

casos a crise perdurava por menos do que 30 minutos. Três (3,15%) pacientes apresentavam crises com duração variável e um (1,05%) paciente não soube responder a esta questão.

3) Intensidade da dor: 41 (43,15%) crianças afirmavam que a sua dor de cabeça era severa, em um (1,05%) caso a dor foi considerada de moderada a severa, 39 (41,05%) pacientes queixavam-se de dor moderada. Três (4,11%) crianças relatavam dor de intensidade leve a moderada e 11 (11,57%) apresentavam crises de leve intensidade.

4) Qualidade da dor: em 55 (57,89%) casos a dor era pulsátil e em 29 (30,52%) não pulsátil. Oito (8,42%) pacientes não souberam caracterizar o tipo de dor que sentiam. Duas (2,1%) crianças apresentavam diferentes tipos de dor. Em 1 (1,05%) questionário não constava esta resposta.

5) Frequência das crises: 19 (20%) pacientes tinham crises mais de uma vez por semana, em 35 (36,8%) eram semanais. Em 11 (11,57%) casos a crise ocorria mais de uma vez ao mês e em 12 (12,63%) era mensal. Seis (6,31%) pacientes foram ao ambulatório com queixa de crise única de dor de cabeça. Quatro (4,21%) crianças tinham crises numa frequência variável. Uma (1,05%) não sabia informar e em 7 (7,35%) casos as crises obedeciam a uma frequência diferente daquela estipulada, previamente, pelo questionário.

6) Localização da dor: 10 (10,52%) crianças apresentavam hemicrania, sendo que em 7 a dor localiza-se exclusivamente na metade do crânio e em 3 a dor situava-se ora no hemicrânio ora em outras regiões. Oitenta e quatro (88,42%) pacientes localizavam a dor nas diversas regiões do crânio (Fig 1). Um (1,05%) paciente não soube informar.

7) Presença de pródomos: em 7 (7,36%) casos foi verificada a presença de aura típica. Em 35 (36,84%) casos havia relato de sintoma único antecedendo a crise dolorosa - sendo que em 22 (62,86%) a queixa era

digestiva, em 9 (25,71%) visual, e de outros tipos em 4 (11,42%). Seis (6,31%) pacientes apresentavam mais de um sintoma precedendo a crise.

Não havia pródromos em 47 (49,47%) casos.

8) Fatores desencadeantes: 22 (23,15%) crianças não relacionavam qualquer tipo de situação às suas crises de cefaléia. Em 73 (76,84%) casos foram identificados diferentes fatores desencadeantes das crises (Fig 2).

9) Sintomas associados: 68 (71,57%) pacientes apresentavam sintomas associados as crises de dor de cabeça (Fig 3)

10) Sintomas pós-críticos: 46 (48,42%) pacientes apresentavam manifestações que sucediam a crise de dor (Fig 4)

11) História familiar: 42 (44,21%) crianças tinham história familiar de enxaqueca. Em outros 6 (6,31%) casos havia relato de familiares que apresentavam cefaléia de outra natureza. Em 9 (9,47%) famílias havia casos de enxaqueca concomitantes a epilepsia.

RESULTADOS

1) Dos 95 casos estudados 57 foram diagnosticados como de enxaqueca sem aura:

1a) 24 crianças apresentavam enxaqueca sem aura de acordo com os três critérios utilizados.

1b) 15 pacientes preenchiam, pelo menos dois dos critérios utilizados:

1b1) 6 casos atendiam aos pré-requisitos definidos pela IHS e por Prenskey.

1b2) 2 casos atendiam aos pré-requisitos definidos pela IHS e por Valhquist.

1b3) 7 casos atendiam aos pré-requisitos defendidos por Prenskey e por Valhquist.

1c) 18 casos eram de enxaqueca sem aura de acordo com um dos critérios diagnósticos:

1c1) 4 casos atendiam aos critérios da IHS.

1c2) 7 casos atendiam aos critérios de Prenskey.

1c3) 7 casos atendiam aos critérios de Valhquist.

2) 7 crianças sofriam de enxaqueca com aura.

3) 2 pacientes tinham manifestações sugestivas de cefaléia secundária, sendo encaminhados para a investigação complementar pertinente.

4) 29 pacientes apresentavam, provavelmente, outros tipos de cefaléia crônica uma vez que as características da sua queixa não atendiam a qualquer um dos três critérios diagnósticos utilizados neste estudo.

DISCUSSÃO

Avalia-se que a prevalência da enxaqueca infantil varie de 3,2% a 10,6%, dependendo da idade e do método diagnóstico aplicado⁵. Alguns autores^{5,9-11} consideram a enxaqueca como importante causa de absenteísmo escolar. Bastariam estes dados para deixar clara a necessidade de se “olhar” para a criança que tem dor de cabeça recorrente com mais atenção. É comum, no nosso meio, afastadas as possibilidades de se tratar de cefaléia sintomática, não se valorizar a queixa repetida de dor de cabeça no paciente pediátrico. Possivelmente, este descaso é o reflexo da desatenção que a medicina vem dando a este problema. Nesta última década, uma série de publicações e eventos científicos tem tentado recuperar o tempo perdido, dedicando-se à análise da cefaléia infantil. O principal resultado destes novos estudos evidencia a necessidade de se adaptar os critérios diagnósticos da enxaqueca à realidade da criança.

A análise dos 95 casos estudados neste trabalho mostra diferentes resultados dependentes do critério diagnóstico utilizado. Esta variabilidade tem sido encontrada em outras avaliações de pacientes pediátricos^{4,5,12,13}, determinando propostas que alteram os critérios conhecidos - principalmente o da enxaqueca sem aura da IHS, visando torná-lo mais específico a esta faixa etária.

Parece indiscutível que a duração das crises de enxaqueca na criança é menor do que a dos adultos. Tanto isto é verdade que a IHS acrescentou, em seu critério, um adendo diminuindo de 4

para 2 horas o tempo mínimo exigido para o diagnóstico da enxaqueca sem aura, na infância. Contudo, alguns estudiosos^{2,4-7,12} afirmam que as crianças, na sua maioria, ainda têm crises menos prolongadas e que o período de uma hora ou menos seria suficiente para a determinação diagnóstica. Considerando, no grupo estudado por nós, os 36 casos classificados como enxaqueca sem aura pelo critério da IHS - associados ou não aos demais critérios - verificamos que 15 pacientes tinham crises que duravam menos do que 2 horas, 5 sofriam de crises que variavam de 2 a 4 horas, e 16 apresentavam crises de mais de 4 horas. Portanto, se fosse obedecido rigidamente o critério, teríamos que excluir os primeiros pacientes.

Outra observação que diferencia a enxaqueca infantil da do adulto diz respeito à localização da dor. Uma das mais conhecidas características da enxaqueca - a hemicrania, presente em todos os critérios diagnósticos - não é tão importante na avaliação dos casos pediátricos. Apenas 10 crianças, na nossa amostra, sentiam dor na metade do crânio, sendo que três destas referiam dor em outras regiões na dependência da crise. Vários outros estudos obtiveram resultados semelhantes, valendo a pena ressaltar que, com frequência significativa, crianças que têm enxaqueca se queixam de cefaléia bilateral, apontando as regiões temporais ou a região frontal como os sítios preferenciais da dor^{7,8,13,14}, fato que se repete dentre os nossos pacientes (Fig 1). Gladstein e col.⁴ propõem que também neste aspecto o critério da IHS seja modificado.

Há outras discordâncias entre as características da enxaqueca da criança e a do adulto, embora não tão marcantes quanto a duração e a localização da dor. Uma proporção de crianças não identifica o caráter latejante ou pulsátil da dor^{5,8,12}. É possível que a obtenção desta informação esbarre na limitação do vocabulário infantil mas não é de todo improvável que, também neste aspecto, haja diferenças entre a enxaqueca infantil e a do adulto. Maytal e col.⁵ assim como Winner e col.⁸ concordam que muitas crianças não se queixam de cefaléia latejante mas lembram da especificidade deste sintoma para o diagnóstico da enxaqueca. Sendo assim, sugerem que este pré-requisito permaneça inalterado. Dentre os nossos pacientes, 55 - mais da metade da amostra - definiram sua dor como pulsátil. A clareza da resposta superou a expectativa dos aplicadores do questionário, já que a maioria das crianças matriculadas no ambulatório do IPPMG pertence a classes sociais menos favorecidas, com piores oportunidades educacionais. Acreditamos que a qualidade da informação tenha sido influenciada pela idade média dos pacientes que permitiu melhor compreensão do sintoma.

Winner e col.⁸ sugerem que, para a criança, o critério da IHS poderia sofrer modificações relacionadas a presença dos sintomas associados “náuseas e vômitos” e “fotofobia e fonofobia”. Observaram que neste grupo etário a queixa de dor abdominal é significativa e que tal sintoma deveria ser acrescentado ou representar uma alternativa aos demais problemas digestivos. Verificaram, também, que a soma de foto e fonofobia num mesmo paciente é incomum e que esta concomitância não deveria ser pedida para a realização do diagnóstico de enxaqueca sem aura, na criança. Outros estudos^{5,12} corroboram estes achados. Nos pacientes avaliados por nós, as manifestações digestivas, inclusive dor abdominal, predominaram em relação as queixas fóbicas e, dentre essas, a presença de fonofobia foi inexpressiva.

CONCLUSÕES

Uma proporção significativa de crianças apresenta crises de enxaqueca. Contudo - e apesar dos inúmeros estudos, publicados nestes últimos anos, reconhecerem esta afirmação - os diagnósticos realizados não correspondem à expectativa. É provável que esta observação resulte das dificuldades inerentes a um diagnóstico exclusivamente clínico que depende de informações detalhadas, nem sempre possíveis de serem obtidas do grupo etário em questão. Idade, pobreza do vocabulário de natureza educacional, e temperamento da criança influenciam na perfeita caracterização do sintoma “dor de cabeça”. Anamneses cuidadosamente colhidas e questionários dirigidos têm sido armas fundamentais na análise destes casos e têm contribuído para que mais diagnósticos possam ser definidos. Mas, independente desta questão, há dificuldades relacionadas aos critérios diagnósticos disponíveis, todos construídos a partir das queixas de pacientes adultos. Hoje, é possível afirmar que a enxaqueca infantil difere da enxaqueca do adulto em tempo de duração, na localização, no

predomínio dos sintomas associados e, talvez, na qualidade da dor. Baseados nestas observações, sugestões para que tais critérios, principalmente o da enxaqueca sem aura da IHS, sejam adaptados à criança têm sido feitas por vários estudiosos do assunto.

A análise do grupo de pacientes estudado no serviço de neurologia do IPPMG-UFRJ repete os resultados conseguidos por vários trabalhos dedicados a avaliação da enxaqueca infantil.

Agradecimentos - Agradecemos aos alunos do curso de especialização em neurologia infantil e aos R3 em pediatria - área de especialização em neurologia infantil - que aplicaram os questionários deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bille B. Migaine in schoolchildren. *Acta Paediatr.* 1962;51(Suppl 136): 1-151.
2. Bille B. Paediatric headache: epidemiology (Editorial). *Cephalalgia* 1995;15: 4.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
4. Gladstein J, Holden W, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993;33:497-500.
5. Maytal J, Young M, Schechter A, Lipton R. Pediatric migraine and the International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* 1997;48:602-607.
6. Metsahonkala L, Sillanpaa M. Migraine in children: an evaluation of the IHS criteria. *Cephalalgia* 1994;14:285-290.
7. Singer HS. Migraine headache in children. *Ped Rev* 1994;15:94-100.
8. Winner P, Martinez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine: proposed revisions to the IHS Criteria. *Headache* 1995;35:407-410.
9. Abu-Arefeh I, Russel G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994;309:765-769.
10. Holden E W, Gladstein J, Trulsen M, Wall B. Chronic daily headache in children and adolescent. *Headache* 1994;14:285-290.
11. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practice: clinical features and characteristics. *Cephalalgia* 1992;12:235-243.
12. Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev Med Child Neurol* 1994;36:419-428.
13. Bingol W, Wober C, Karwautz A, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescent: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995;15:13-21.
14. Chu ML, Shinnar S. Headache in children younger than 7 years of age. *Arch Neurol* 1992;49:79-82.
15. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using ad hoc, Vahlquist and IHS Criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992;34:1095-1101.