

CEFALEIAS EM IDADE PEDIÁTRICA

Sofia Marçalo¹, Mafalda Gonçalves²

Internas de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar ¹USF S. Félix/Perosinho, ²USF Anta, ACeS Espinho/Gaia

INTRODUÇÃO

As cefaleias são uma queixa muito frequente em idade pediátrica. Aos 18 anos de idade mais de 90% das crianças já reportaram pelo menos um episódio de cefaleia.¹ A sua prevalência aumenta com a idade, passando de 4,5% entre 4 e os 6 anos para 27,4% entre 16 e os 18 anos de idade.² A prevalência entre sexos é semelhante até aos 12 anos de idade, altura a partir da qual assume uma maior proporção no sexo feminino.² As cefaleias representam cerca de 2% dos motivos de ida ao serviço de urgência e 1,5% a 16% das consultas urgentes.³ No entanto, apesar de esta ser uma queixa comum, a verdade é que a avaliação sistemática dos critérios da *International Classification of Headache Disorders 3* (ICHD-3) ainda não está ainda disponível para a população pediátrica.^{4,5,6}

OBJETIVO

Rever as tipologias de cefaleias mais frequentes em idade pediátrica, bem como a sua abordagem e tratamento, orientados para os cuidados de saúde primários (CSP).

MÉTODOS

Revisão clássica através da pesquisa bibliográfica de guidelines, meta-análises, revisões sistemáticas e estudos originais, nas bases de dados National Guidelines Clearinghouse, Guidelines Finder, CMA Infobase, Cochrane, DARE database (NHS) e PUBMED, utilizando os termos MeSH: “headache”, “children”, “classification” e “treatment”. Foram incluídos estudos em português e inglês, publicados entre janeiro de 2006 e setembro de 2016.

RESULTADOS

De uma maneira generalista, para população pediátrica, os estudos assumem a divisão adulta em **cefaleias primárias** – não são decorrentes de doenças orgânicas específicas ou de origem sistémica - e **secundárias**. Nesta revisão descrevemos apenas as primeiras.

ENXAQUECA

Cefaleia aguda mais frequente em idade pediátrica: prevalência de 3-10%

SEM AURA

Cefaleia com pelo menos 2 destas:

- Pulsátil ou não pulsátil, que agrava com as atividades físicas rotineiras
- Bilateral
- Intensidade moderada a grave
- Localização na região fronto-temporal
- Alívio com o sono

Durante a crise pelo menos 1 dos seguintes:

- Náuseas, vômitos (ou ambos), dor abdominal
- Fotofobia ou sonofobia

COM AURA

Cefaleia com pelo menos 1 dos seguintes sintomas de aura – completamente reversíveis: visual, sensitiva, linguagem ou discurso, motora, tronco cerebral, retiniana.

Durante a crise pelo menos 2 das seguintes:

- 1 dos sintomas de aura estende-se durante ≥ 5 min
- Sintoma de aura dura entre 5 – 60 min
- 1 dos sintomas de aura é unilateral
- A aura é acompanhada ou sucedida em 60 min pela enxaqueca

CEFALEIA DE TENSÃO

Pelo menos 10 episódios de cefaleia com:

- Duração de **30 min a 7 dias**
- **Durante a crise pelo menos 2 destas:**
 - Localização bilateral
 - Caráter de pressão ou aperto (não pulsátil)
 - Intensidade leve ou moderada
 - Não agravada por atividades físicas rotineiras
- **Ambas as seguintes:**
 - Ausência de náuseas ou vômitos
 - Presença isolada de fotofobia ou de fonofobia (se presentes)

CEFALEIA EM CLUSTER

Pelo menos 5 episódios de cefaleia com:

- **Intensidade grave ou muito grave**
- **Localização orbitária, supraorbitária e/ou temporal, UNILATERAL**
- **Duração de 15 a 180 min**
- **1 ou ambos os seguintes:**
 - **Pelo menos 1** dos seguintes sintomas ou sinais, IPSILATERAL à cefaleia:
 - lacrimejo-conjuntival; rinorreia; edema palpebral; sudorese; rubor facial; plenitude auricular; miose e/ou ptose - *Síndrome de Horner*
 - Sensação de inquietude ou agitação

Anamnese detalhada

- **Ouvir a criança!** Confirmar com os pais.
- Questionar todos os episódios passados.
- Registrar um **diário** de episódios/caraterísticas
 - Reduz o viés de memória
 - Facilita a identificação de um padrão
 - Permite obter detalhes, fatores desencadeantes e de alívio (**hábitos de sono, hábitos farmacológicos, hábitos sociofamiliares**)

Exame objetivo

- Excluir doença aguda e do aparelho mastigatório.
- Avaliar desenvolvimento e acuidade visual.

Exame neurológico

É o indicador mais sensível da necessidade de investigação adicional e de neuroimagem (TAC).

Sinais ou sintomas neurológicos ou sugestivos de:

- ↑ pressão intracraniana
- Infecção intracraniana
- Doença neurológica progressiva

TAC

- **Alterações de desenvolvimento/cognição**
- **Idade < 5-6 anos**
- **Cefaleia:** intensa e súbita, crónica modificada, progressiva, matinal, refratária, muito localizada (occipital), que desperta à noite, que alivia com o vômito ou desencadeada por variações da pressão intracraniana

Em qualquer cefaleia primária

Educação e Mudança de Estilos de Vida

- Adequar expectativas
- Manter o **calendário de cefaleias**
- Evitar fatores desencadeantes
- Manter a frequência escolar
- Realizar atividade física 20 mins/dia
- Abordar distúrbios do sono, humor e ansiedade

Terapêutica de fase aguda

- Paracetamol
- Ibuprofeno
- AAS em adolescentes com boa experiência anterior



Uso excessivo de analgésicos

- Definido por um uso:
 - > 15 dias/mês se não sujeitos a prescrição
 - < 10 dias/mês se sujeitos a prescrição
- **TODOS** têm efeito *rebound*
- **Das principais causas de cefaleia crónica secundária**

Suspender toda a analgesia

Enxaqueca

Tratamento profilático se:

- Frequentes (> 2x/mês) ou prolongadas
- Impacto na funcionalidade ou qualidade de vida
- Relacionadas com o ciclo menstrual
- Problemas com a terapêutica de fase aguda

Propanolol 1ª linha mas contra-indicado se asma, diabetes insulínica, doença renal ou cardíaca.

Flunarizina

Provoca ↑ de peso

Topiramato

Provoca ↓ de peso

Antiepilépticos (valproato) ou antidepressivos (amitriptilina), se ansiedade ou depressão.

Cefaleia de tensão

Amitriptilina 5 - 10 mg/dia, para tratamento profilático

- Técnicas de relaxamento e comportamentais
- Terapia cognitivo-comportamental
- Relaxamento assistido

Em todas as situações abordar o contexto biopsicossocial

CONCLUSÃO

As cefaleias são uma queixa frequente em crianças e adolescentes. A variabilidade de apresentação consoante a idade torna difícil a aplicação de critérios de diagnóstico padronizados.⁵ Além disso, as cefaleias em idade pediátrica tendem a sofrer alterações das suas características ao longo do tempo, podendo melhorar ou mesmo entrar em remissão.⁶ Assim, a utilização de meios complementares de diagnóstico deve ser minorada, devendo privilegiar-se o enfoque na história clínica e exame objetivo cuidados. Relativamente ao tratamento, a maior parte dos estudos recomenda os anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) e o paracetamol para alívio agudo dos sintomas, e os beta-bloqueadores, a flunarizina, e o topiramato para profilaxia das crises.^{6,7} Em suma, é importante ter em conta que o fator primordial para o sucesso no tratamento das cefaleias na infância e adolescência é o próprio “médico”.

BIBLIOGRAFIA

1. Martins JR et al. Cefaleias num Serviço de Urgência Pediátrico – etiologia e orientação clínica. Acta Pediátrica Portuguesa. 2013;44(1):20-4.
2. Lateef TM et al. Headache in a national sample of American children: prevalence and comorbidity. J Child Neurol. 2009;24(5):536.
3. Alves C et al. Cefaleias numa urgência pediátrica. Acta Pediátrica Portuguesa. 2011;42(4):137-43.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33(9) 629–808.
5. Richer L et al. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD005220.
6. Classification of migraine in children. www.uptodate.com, acedido a 29/09/2016.
7. Siqueira LEM et al. Cefaleias na infância e adolescência. Pediatría Moderna. 2011; 67 (1) 5-12.