

Cefaleias na Criança. Avaliação Clínica

FERNANDO CHAVES *, FILIPA SANTOS **, JOSÉ PEDRO VIEIRA *

* Serviço 2. Hospital de Dona Estefânia

** Serviço 1. Hospital de Dona Estefânia

Resumo

As cefaleias recorrentes são um problema frequente na prática clínica pediátrica.

Os autores fazem um estudo prospectivo para avaliação clínica de um grupo de 51 crianças e adolescentes com cefaleias, seguidos numa consulta do Hospital Dona Estefânia.

O diagnóstico foi baseado nos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS). A enxaqueca foi o diagnóstico mais frequente (n=49), sendo o carácter pulsátil e os sintomas gastrointestinais os elementos mais importantes para o diagnóstico. A unilateralidade das cefaleias só se verificou em 28% dos casos.

As cefaleias de tensão embora muito menos frequentes que as enxaquecas também surgem na criança, levantando por vezes problemas de diagnóstico diferencial.

As cefaleias por frequentemente criarem grande ansiedade aos pais e por poderem ocultar patologia mais grave, obrigam a uma abordagem individualizada de cada caso.

Palavras-Chave: Cefaleias na criança. Enxaqueca.

Summary

The repeated chronic headache are a common problem in the pediatric clinic. The authors made a prospective study to evaluate the clinic situation of a group of 51 children and teenagers suffering from chronic headache, who have been followed in Dona Estefânia Hospital.

The diagnosis was based on the International Headache Society (IHS) criteria. Migraine was the most frequent diagnosis (n=49), considering the pulsatile character and the gastrointestinal symptoms the most relevant elements for this diagnosis. The unilaterality of the chronic headache only occurred in 28% of the cases.

The tension chronic headache, eventhough significantly less frequent than migraine, also appear in children, originating problems of differential diagnosis.

Due the fact that children chronic headache frequently cause great anxiety in the parents and also because they can hide a more serious pathology, they impose a particular approach on each case.

Key-Words: Children chronic headache. Migraine.

Introdução

As cefaleias recorrentes são um problema frequente na prática clínica pediátrica.

O quadro clínico das cefaleias na criança tem sido analisado por diversos autores ^(1, 2, 3) com o objectivo de averiguar se existem alguns aspectos específicos a este grupo etário.

Em particular tem suscitado interesse, a frequência relativa dos diferentes tipos de cefaleias e as características clínicas de enxaqueca e de cefaleias de tensão.

O objectivo deste trabalho é a análise e discussão das questões anteriormente descritas, baseadas no estudo dos dados clínicos de um grupo de crianças seguidas numa Consulta de Cefaleias.

Doentes e Métodos

Foi feito um estudo prospectivo de 51 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 4 e 14 anos (média 9,2 anos), seguidos na Consulta de Cefaleias do Hospital de Dona Estefânia. 21 são do sexo masculino e 30 do sexo feminino. A avaliação e o seguimento são feitos por Pediatras com o apoio da Neurologia Pediátrica.

Os elementos clínicos foram obtidos a partir da informação fornecida pela criança e pelos pais. O diagnóstico foi baseado nos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) ⁽⁴⁾. Todos os elementos clínicos utilizados, foram objecto de um inquérito sistemático a todos os doentes. Todos os doentes incluídos têm um período de evolução e/ou seguimento superior a 12 meses, sem qualquer modificação das características clínicas e consequentemente do diagnóstico.

Resultados

1) Grupo de crianças com enxaqueca.

Os elementos clínicos obtidos neste grupo estão referidos no quadro I. O número total de crianças observadas, com enxaqueca foi 49 (21 do sexo masculino e 28 do sexo feminino).

QUADRO I

Referência	Urgência	20
	Médico assistente	27
	Outros	2
História familiar	Sim	40
	Não	9
Lateralização	Bilateral	34
	Unilateral	14
	Não definida	1
Horário	Vespertino	27
	Matutino	6
	Sem horário definido	15
Carácter pulsátil	Sim	30
	Não	13
	Não definida	6
Aura	Escotomas/Fotopsias	9
	Parestesias	2
	Não	38
Equivalente de Enxaqueca	Sim	1
	Não	48
Interferência com actividade diária	Sim	20
	Não	20
Sintomas associados	Não definido	9
	Gastro-intestinais	38
	Fono/Fotofobia	19
	Tonturas/Alt. equilíbrio	11
	Outras	6
	Outras	6
Factores precipitantes	Excesso actividade física	13
	«Preocupações/Stress»	11
	Alimentos	2
	Perturbações do sono	3

2) Grupo de crianças com cefaleias de tensão

Em duas crianças as cefaleias, foram bilaterais, não pulsáteis, não associadas a sintomatologia gastrointestinal,

a fono ou fotofobia, de intensidade ligeira a moderada e não agravada pela actividade física de rotina. Em ambos os casos as cefaleias eram frequentes. Numa criança surgia diariamente e noutra duas a três vezes por semana. Tratam-se de duas crianças do sexo feminino, 5 anos de idade e com história de instabilidade familiar e conflito emocional.

Discussão

A literatura sobre cefaleias na criança mantém a opinião de que a enxaqueca é o diagnóstico mais frequente ^(1, 2, 3, 5), facto que, também se verificou no nosso grupo de doentes.

Um dos poucos estudos epidemiológicos de uma população, foi realizado na Suécia por Bille ⁽⁶⁾; este concluiu que abaixo dos treze anos a incidência de enxaqueca é igual em ambos os sexos, havendo acima desta idade um maior número de casos do sexo feminino.

Igualmente Linet ⁽⁷⁾, constatou uma maior incidência no sexo feminino num estudo de população em idade adulta (7,4% do sexo feminino, 3% do sexo masculino).

Verificámos que 28 de 49 crianças com enxaqueca são do sexo feminino (57%), havendo apenas um doente com mais de treze anos. Bille ⁽⁶⁾ refere como idade de início os seis anos. No grupo dos nossos doentes salientamos um número muito significativo de casos em que a idade de início foi inferior (16 casos ou seja 32%). Dada a idade precoce de início de sintomas, que na maior parte das vezes são inespecíficos, parece-nos importante referir que, por vezes se põem muitos problemas no diagnóstico diferencial (ex. traumatismo craneoencefálico, intoxicação medicamentosa).

A sintomatologia mais frequentemente associada às cefaleias foi a do foro gastrointestinal (77%, náuseas e/ou vómitos), e menos frequentemente fonofobia e/ou fotofobia (38%). Parece-nos ainda relevante que 11 das 49 crianças tenham referido a sensação de «tonturas» ou perturbações do equilíbrio, associada às cefaleias. Salientamos que em nenhum destes casos ocorreu um inequívoco síndrome vertiginoso e nenhuma destas crianças tinha outros sintomas ou sinais atribuíveis a enxaqueca da artéria basilar. Na realidade, o padrão de início e evolução do sintoma tonturas/desequilíbrio parece mais de acordo como sintoma associado do que como aura de enxaqueca.

Verificámos que a característica pulsátil das cefaleias é um dos elementos mais frequente (61%), daí a sua importância para o diagnóstico. Salientamos contudo que este sintoma só foi possível definir no grupo de crianças mais velhas (idade superior a 6 anos). Seshia ⁽³⁾ considera, pelo contrário, que este sintoma é pouco frequente e por isso menos útil para o diagnóstico.

A unilateralidade das cefaleias só se verificou num pequeno número de crianças (28%) o que também já tinha sido referido por alguns autores⁽⁸⁾. Nos estudos de Congdon e Forsythe e de Seshia as cefaleias foram unilaterais em 31 e 38% dos casos respectivamente. Não é claro se a enxaqueca na criança é inicialmente uma cefaleia bilateral ou se há antes uma limitação na capacidade de descrição dos sintomas.

Estes factos têm levantado a questão da adequação dos critérios de diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaleias à população infantil. Na realidade na criança mais pequena é frequente o quadro clínico de cefaleias bilaterais, em que não é possível definir o carácter pulsátil, sendo contudo estas duas características consideradas elementos cardinais para o diagnóstico de enxaqueca.

A aura foi pouco frequente; aura visual (escotomas ou fotópsias) em nove doentes e parestesias em dois.

Há múltiplas referências na literatura a fenómenos periódicos da infância considerados como precursores ou equivalentes de enxaqueca, permanecendo contudo polémica a interpretação de alguns destes fenómenos: vertigem paroxística benigna, dor abdominal recorrente, vômitos cíclicos, «dores do crescimento». No nosso grupo identificámos apenas uma criança em que havia uma história prévia ao início da enxaqueca de vertigem paroxística benigna.

Nos nossos doentes com enxaqueca, verificámos que em apenas 20 as cefaleias interferiam com a actividade diária.

Há pouca informação sobre factores precipitantes de enxaqueca na criança. Num estudo sob a forma de questionário a crianças e adolescentes⁽⁹⁾, foram considerados mais frequentes o stress físico e emocional e o jejum; mais raramente, alguns alimentos (chocolate) e certas condições atmosféricas (chuva, tempestade, calor).

Encontrámos como factores precipitantes o «excesso de actividade física/fadiga» (26%), as «preocupações» ou «stress emocional» (22%). Três crianças relacionam os seus episódios de enxaqueca com perturbações do sono e duas com alimentos (um caso com chocolate e outro com alimentos em conserva).

Havia história familiar de enxaqueca em familiares de primeiro grau em 40 crianças (81%). Estão referidos na literatura valores entre 50 e 72%^(1,10). Com os dados de que se dispõe parece indiscutível a existência de um factor genético na enxaqueca.

Salientamos que muitos doentes foram referenciados à consulta de cefaleias pelo serviço de urgência; pensamos que este facto reflecte em parte a preocupação dos pais, perante uma criança que nos períodos de crise aparenta ter uma doença grave, mas também a insuficiência de recursos na prestação de cuidados de saúde primários.

Há pouca referência na literatura a cefaleias de tensão na criança, estas são em geral consideradas muito

menos frequentes que as enxaquecas^(3,11), sobretudo antes da adolescência. Nas duas crianças em que considerámos este diagnóstico, parece-nos importante realçar a presença de conflito ou tensão familiar, o carácter frequente das cefaleias, que induziu grande ansiedade aos pais, o contraste com a aparente benignidade clínica sobretudo no que se refere à não interferência com a actividade de rotina e à normalidade do exame neurológico. Do ponto de vista das características clínicas, as cefaleias eram bilaterais, não pulsáteis, de intensidade ligeira a moderada e não estavam associadas a sintomas gastro-intestinais. Salienta-se também a não interferência com a actividade física de rotina.

Com base nos dados referidos parece-nos importante sublinhar que:

1) A enxaqueca é o diagnóstico de cefaleias mais frequente na criança.

2) A idade de início é frequentemente anterior aos seis anos.

3) O carácter pulsátil e os sintomas gastrointestinais são elementos muito importantes para o diagnóstico.

4) A unilateralidade e a presença de aura não são frequentes na criança (ou não é possível obter uma descrição suficientemente precisa destes sintomas).

5) A história familiar de enxaqueca é muito frequentemente positiva, mas devido à elevada frequência na população em geral, não deve ser considerada muito específica para o diagnóstico.

6) As cefaleias de tensão, embora raras podem ocorrer na criança, levantando por vezes problemas de diagnóstico diferencial que obrigam a exames complementares de diagnóstico para excluir patologia orgânica (tumor, hidrocefalia).

7) Mais do que em excluir outra patologia, cada criança que surge com cefaleias deve ser avaliada individualmente.

REFERÊNCIA

1. Prensky, A. L. «Migraine and migrainous variants in pediatric patients» *Pediatr Clin North Am.* 1976; 23: 461-471.
2. Congdon P. J., Forsythe WJ. «Migraine in childhood». *Dev Med Child Neurology.* 1979; 21: 209-216.
3. Seshia S. S., Wolstein JR, Adams C. et al. «International Headache Society criteria and childhood headache». *Dev Med Child Neurology.* 1994; 36: 419-428.
4. International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 8 1991; (suppl 7), 1-96.
5. Hockaday J. M. «Basilar migraine in childhood» *Dev Med Child Neurology.* 1979; 1: 455-463.
6. Bille, B. «Migraine in school children». *Acta Paediatr Scan.* 1962; 51 (suppl. 136): 1-151.
7. Linet MS, Stewart WF, Caletano DD et al. «An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults» *JAMA* 1989; 261: 2211.
8. Seshia S. S., Wolstein J. R. «International Headache Society: Classification and diagnostic criteria in children: a proposal for revision». *Dev Med Child Neurology.* 1995; 37: 879-882.

9. Leviton A., Spack WV, Masek B. et al. «A Computerized Behavioral Assessment for Children with Headaches». *Headache* 1984; 24: 182-185.
10. Diamond S. «Migraine Headache». *Med Clin North Am.* 1991; 75: 545-563.
11. Menkes JH: «Migraine and other types of chronic headache» in «Textbook of Child Neurology» 5th ed Baltimore; Williams and Wilkins. 1995; p. 791.

Correspondência: Fernando Macedo Chaves
Serviço 2 – Departamento de Pediatria
Hospital de Dona Estefânia