



Cefaleia é a queixa álgica mais frequente da população pediátrica¹.

A maioria das crianças apresenta essa queixa em algum período de suas vidas, geralmente concomitante a processos infecciosos, nos quais é comum a presença de outros sintomas associados.

● Cefaleia
● enxaqueca

Coordenador

Claudio A. Len

Professor Adjunto, Doutor, Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

Autores

1. Dor Abdominal Recorrente

Sílvia Maria de Macedo Barbosa

2

Cefaleia/ Enxaqueca

Eliete Chiconelli Faria

- Médica Assistente, Neuropediatra, Pós-graduanda da Disciplina de Neurologia/Neurocirurgia, Setor de Neurologia Infantil da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

Marcelo Masruha Rodrigues

- Professor Adjunto, Doutor, Setor de Neurologia Infantil, Disciplina de Neurologia Clínica do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

3. Cólica do Lactente

Ana Teresa Stochero Leslie | Ruth Guinsburg

4. Dor Musculoesquelética Idiopática (Dor do Crescimento)

Clovis Artur A. Silva

5. Desordens Temporomandibulares (DTM)

Liete Figueiredo Zwir | Maria Teresa R. A. Terreri

6. Fibromialgia Juvenil

Melissa M. Fraga

7. Dor em Erupção Dental

Adriana Mazzoni | Renata Dejtjar Waksman

8. Dores Relacionadas à Prática de Esportes

Ana Lucia de Sá Pinto

Tabela 4: Abordagem dos fatores desencadeantes e de comportamentos relacionados às crises de enxaqueca¹⁰

<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações para o paciente e para a família sobre a enxaqueca. Assegurar que a causa da cefaleia não é uma doença intracraniana grave, potencialmente letal;
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene do sono (os horários deverão ser mantidos até mesmo nos finais de semana, feriados e nas férias escolares);
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação em horários regulares e hidratação adequada;
<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar atividade física regular (prática de esportes) para crianças em idade escolar e adolescentes (é fundamental que a criança sinta prazer em realizar tal atividade);
<ul style="list-style-type: none"> • Indicar perda de peso para crianças com sobrepeso ou obesas – se houver necessidade, solicitar acompanhamento conjunto com nutricionista;
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre tudo para os casos de enxaqueca crônica, averiguar possíveis situações que estejam ocasionando estresse emocional: ansiedade de separação, divórcio parental, brigas conjugais, nascimento de irmão menor, <i>bullying</i>, maus-tratos, troca de turno escolar ou de escola, baixo desempenho escolar ou cobrança exagerada por desempenho. Quando necessário, solicitar acompanhamento conjunto com psiquiatra infantil e psicólogo;
<ul style="list-style-type: none"> • Não há indicação para restrição dietética sistemática; entretanto, sempre que for identificado um fator alimentar potencialmente relacionado, a criança deverá abster-se do mesmo;
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar bebidas cafeinadas com moderação e evitar produtos dietéticos;
<ul style="list-style-type: none"> • Especial atenção deve ser dada aos adolescentes, particularmente para a possível relação com o uso de álcool ou tabaco também descritos como fatores desencadeantes de cefaleia recorrente;
<ul style="list-style-type: none"> • Em adolescentes do sexo feminino, verificar a relação das crises com o período menstrual e se há utilização de anticoncepcional hormonal. Caso haja, verificar a dosagem e a relação com o surgimento ou piora da cefaleia; e
<ul style="list-style-type: none"> • Se houver abuso de analgésicos (ingestão de analgésicos por período igual ou superior a 15 dias por mês, há pelo menos três meses), seu uso deverá ser descontinuado.

O tratamento agudo da enxaqueca tem como objetivo o alívio completo da dor, propiciando ao paciente o pronto restabelecimento de suas atividades normais. Deve ser tratada rapidamente e de forma eficaz, visando a não recorrência em curto período de tempo¹⁰. É importante ressaltar que, para muitas crianças, o sono é suficiente para abortar o quadro doloroso, sendo repouso em ambiente escuro e silencioso indicado em todos os casos. Se o pediatra conseguir fazer a criança dormir, ela provavelmente acordará sem dor. Ele também deverá transmitir ao paciente e aos familiares os seguintes fundamentos do tratamento agudo:

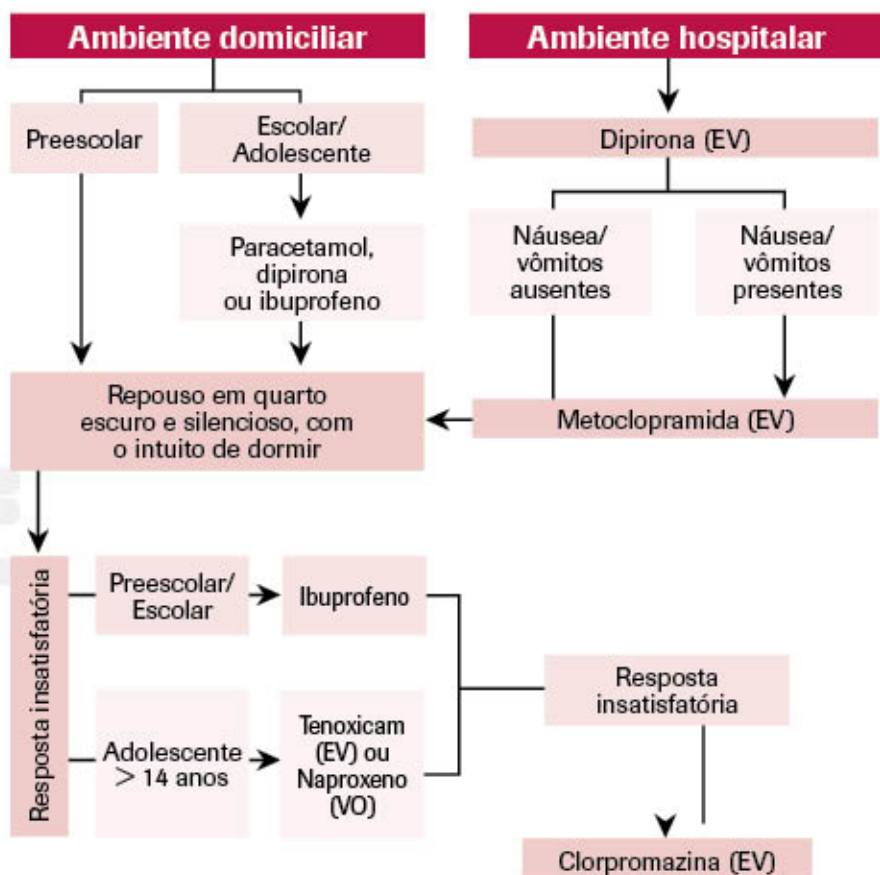
- A medicação deverá ser tomada tão logo comece a crise de enxaqueca (preferencialmente nos primeiros 20 minutos);
- O paciente deverá tomar a dose apropriada (explique aos familiares que eles não podem utilizar subdoses pelo receio de estarem "intoxicando a criança"); e
- Evitar abuso de analgésicos (uso por três ou mais vezes por semana).

Existem poucos estudos controlados sobre o tratamento agudo das crises de enxaqueca na faixa etária pediátrica. Baseado nesses estudos, as seguintes recomendações podem ser feitas¹¹:

1. O paracetamol e o ibuprofeno são medicações eficazes e seguras;
2. Dentre os triptanos (agonistas de receptores 5-HT₁), somente o sumatriptano e o zolmitriptano, utilizados sob a forma de spray nasal, e o almotriptano e o rizatriptano, sob a forma de comprimidos, mostraram-se seguros e eficazes no tratamento de crises em crianças acima de 12 anos (estudos classe I); as informações existentes até o momento são inadequadas para julgar a eficácia do sumatriptano por via subcutânea; e
3. Não existem informações confiáveis para se recomendar ou refutar o uso de outros triptanos e derivados do ergot.

Com base em nossa experiência, e nos dados de literatura já descritos, apresentamos um algoritmo (figura 2) para o tratamento das crises de enxaqueca na faixa etária pediátrica. As doses habituais das medicações utilizadas encontram-se descritas nas tabelas no final do consenso.

Figura 2: Algoritmo para o tratamento das crises de enxaqueca em crianças e adolescentes



O tratamento preventivo da enxaqueca tem como objetivo a redução da frequência, duração e intensidade das crises, melhora da resposta às medicações sintomáticas, e melhora da qualidade de vida do paciente. Seu uso deve, entretanto, ser limitado àqueles pacientes cuja cefaleia ocorre com frequência suficiente para garantir o uso de medicação em regime diário¹⁰.

A maioria dos estudos clínicos requer uma frequência mínima de três dias de dor por mês (avaliada por meio de diário da dor).

O pediatra deverá ter em mente a perspectiva de impacto funcional da doença. Assim, uma criança que apresenta quatro crises mensais, porém não perde dias de aula e não tem seu rendimento escolar afetado, talvez não necessite de profilaxia.

De maneira análoga, uma criança com uma média de duas crises mensais com muitos vômitos e abstenção escolar talvez precise. A decisão deverá sempre ser compartilhada com a família.

O uso da medicação profilática pelo período mínimo de 8 a 12 semanas é necessário para estabelecer o sucesso ou fracasso da terapêutica. Caso haja sucesso, a medicação deverá ser mantida por um período de 6 a 12 meses. Costuma-se retirá-la gradualmente durante o período de férias escolares de verão¹⁰.

Baseado nos estudos controlados sobre profilaxia da enxaqueca na faixa etária pediátrica, as seguintes recomendações podem ser feitas¹¹:

1. Flunarizina, ciproheptadina, propranolol, amitriptilina, divalproato de sódio e topiramato são medicações profiláticas eficazes;
2. Pizotifeno, nimodipina e clonidina não são eficazes e, portanto, não devem ser utilizadas; e
3. As evidências são insuficientes para se fazer qualquer recomendação terapêutica com relação à ciproheptadina, trazodona, levetiracetam, gabapentina e zonisamida.

Com base em nossa experiência, e nos dados de literatura já descritos, propomos para o tratamento profilático da enxaqueca na faixa etária pediátrica:

1. Prescolares e escolares sem comorbidades: propranolol, ciproheptadina ou flunarizina. Esta última tem a vantagem de poder ser administrada uma vez ao dia, ao passo que o propranolol e a ciproheptadina necessitam de, pelo menos, duas administrações diárias. É importante lembrar que a flunarizina e a ciproheptadina induzem o aumento do apetite, com frequente ganho ponderal.
2. Adolescentes sem comorbidades: propranolol ou amitriptilina.
3. Crianças e adolescentes que apresentam como comorbidades insônia, atraso de fase do sono, depressão e transtornos de ansiedade: amitriptilina.
4. Crianças e adolescentes que apresentam como comorbidade o transtorno afetivo bipolar: divalproato de sódio.
5. Escolares e adolescentes obesos: topiramato.

6 PERSPECTIVAS

Os estudos disponíveis que avaliam terapias comportamentais em crianças, como, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento e biofeedback térmico, são, em geral, mal conduzidos e levam a resultados conflitantes. Entretanto, parece haver algum benefício relacionado à utilização de *técnicas de relaxamento*¹⁰. Na prática, recomendamos este tipo de abordagem apenas para adolescentes com altos níveis de ansiedade e com crises muito frequentes. Apenas um estudo com número pequeno de pacientes avaliou a *acupuntura* no tratamento de crianças com enxaqueca. Os resultados apontam para um possível benefício, podendo ser utilizada com terapia adjuvante em escolares e adolescentes com crises frequentes¹⁰.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cefaleia é a queixa algica mais comum na faixa etária pediátrica. Sua principal causa recorrente é a enxaqueca. Alguns sinais de alerta como cefaleia muito frequente de início recente, início da dor com idade menor que cinco anos, alteração no padrão de dor de uma cefaleia preexistente, entre outros, indicam a necessidade de investigação de cefaleia de causa secundária. O tratamento da enxaqueca consiste na abordagem dos fatores desencadeantes e de comportamentos relacionados às crises dolorosas, medicações para tratamento agudo e uso de profiláticos quando há prejuízos nas atividades habituais da criança. ■■

Tabela: Medicamentos para profilaxia de enxaqueca em crianças e adolescentes

Medicação	Posologia	Administração	Contraindicações	Efeitos adversos
Flunarizina	20 – 40 kg: 5 mg/dia > 40 kg: 10 mg/dia	Dose única, antes de dormir	Síndromes parkinsonianas	Ganho ponderal, parkinsonismo, depressão
Propranolol	20 – 40 kg: 10 mg, 12/12 h > 40 kg: 20 mg, 12/12 h	12/12 h	Asma, depressão, insuficiência cardíaca, diabetes, hipotensão ortostática	Sonolência, letargia, fadiga, depressão, hipotensão ortostática
Ciproheptadina	2 a 6 anos: até 8 mg/dia > 6 anos: até 16 mg/dia	12/12 h	Glaucoma, retenção urinária, obstrução piloro-duodenal	Sonolência, visão turva, retenção urinária e distúrbios gastrointestinais
Amitríptilina	20 – 40 kg: 10 mg/dia > 40 kg: 25 mg/dia	Dose única, antes de dormir	Mania, retenção urinária, arritmia cardíaca	Ganho ponderal, xerostomia, sonolência, hipotensão ortostática
Divalproato de sódio	> 20 kg: 500 mg/dia	Dose única*, após o jantar	Hepatopatia, diátese hemorrágica	Náusea, alopecia, tremores, dispepsia, ganho ponderal, pancreatite, hepatite
Topiramato	20 – 40 kg: 50 mg/dia > 40 kg: 100 mg/dia	Introdução lenta e gradual, fracionada de 12/12 h	Litíase renal, glaucoma, depressão	Náusea, dispepsia, parestesia, glaucoma agudo, litíase renal, depressão

* Administração indicada para utilização da formulação de liberação lenta (ER).

Tabela : Medicações para o tratamento das crises de enxaqueca em crianças e adolescentes

Medicação	< 30 kg	> 30 kg
Metoclopramida	0,1 – 0,2 mg/kg/dose Até 3 doses ao dia	10 mg/dose Até 3 doses ao dia
Paracetamol	10 – 15 mg/kg/dose Até 6 doses ao dia	1.000 mg/dose Até 3 g/dia
Dipirona	6 – 10 mg/kg/dose < 6 anos: Até 1 g/dia 6 – 12 anos: Até 2 g/dia > 12 anos: até 3 g/dia	500 mg/dose
Dipirona e isometepteno	1 gota/kg	300 mg + 65 mg/dose
Ibuprofeno	10 – 20 mg/kg/dose Até 4 doses ao dia	800 – 1.200 mg/dose Até 1.600 mg/dia
Tenoxicam +	-	20 – 40 mg/dose, diluído em diluente próprio
Sumatriptano (inalatório) +	-	10 – 20 mg/dose
Sumatriptano (SC) +	-	3 – 6 mg/dose
Zolmitriptano +	-	2,5 mg/dose
Rizatriptano +	-	5 mg/dose
Clorpromazina	0,1 – 0,5 mg/kg/dose, diluído em SF 0,9% (infusão lenta – 1 a 2 horas)	

+ Utilizar somente em adolescentes.

Referências Bibliográficas:

1. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115(2): e152-62.
2. Resegue R, Masruha MR. Cefaleia em crianças e adolescentes. PRONAP – Programa Nacional de Atualização em Pediatria. 2007/2008; Ciclo X(2): 85-119.
3. Hershey AD. Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine. *Lancet Neurol*. Feb; 9(2): 190-204.
4. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 Suppl 1: 9-160.
5. Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wober-Bingol C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. *J Headache Pain*. Feb; 12(1): 13-23.
6. Mazzotta G, Floridi F, Mattioni A, D'Angelo R, Gallai B. The role of neuroimaging in the diagnosis of headache in childhood and adolescence: a multicentre study. *Neurol Sci*. 2004 Oct; 25 Suppl 3: S265-6.
7. Panayiotopoulos CP. Visual phenomena and headache in occipital epilepsy: a review, a systematic study and differentiation from migraine. *Epileptic Disord*. 1999 Dec; 1(4): 205-16.
8. Greig PR, Goroszeniuk D. Role of computed tomography before lumbar puncture: a survey of clinical practice. *Postgrad Med J*. 2006 Mar; 82(965): 162-5.
9. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Headache diary in the diagnosis of childhood migraine. *Headache*. 1997 Apr; 37(4): 240-4.
10. Lewis DW. Pediatric migraine. *Neurol Clin*. 2009 May; 27(2): 481-501.
11. Termine C, Ozge A, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wober-Bingol C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: therapeutic management. *J Headache Pain*. Feb; 12(1): 25-34.

1 INTRODUÇÃO

Cefaleia é a queixa algíca mais frequente da população pediátrica¹. A maioria das crianças apresenta essa queixa em algum período de suas vidas, geralmente concomitante a processos infecciosos, nos quais é comum a presença de outros sintomas associados.

A cefaleia não costuma, nesses casos, ser o principal motivo do atendimento médico². Ao atender uma criança ou adolescente cuja queixa principal é cefaleia, deve-se ter as seguintes premissas em mente:

- A principal causa de cefaleia recorrente em crianças é a enxaqueca^{3*}.
- Distúrbios visuais de refração e sinusite crônica são causas pouco frequentes de cefaleia, mas infelizmente a maior parte das crianças atendidas por médicos generalistas recebe erroneamente esses diagnósticos.
- Sinusite aguda tem um quadro clínico característico, no qual a cefaleia é apenas um dos componentes, além de febre, descarga nasal posterior purulenta, tosse que piora com o decúbito, halitose, adinamia, anorexia, dor à palpação dos seios da face etc. Esse diagnóstico não deve ser empregado para justificar um episódio de cefaleia em uma criança que não apresente nenhum dos outros sintomas.

* A Sociedade Brasileira de Cefaleia recomenda que seja utilizado o termo *migrânea*, entretanto não partilhmos da mesma opinião. Não há motivo para substituir um termo consagrado pelo uso há dezenas de anos por outro praticamente desconhecido pela população.

2 OBJETIVOS DO ATENDIMENTO

1) Na consulta de urgência (pronto-atendimento ou pronto-socorro)

- Descartar as outras causas de cefaleia que não a enxaqueca, sobretudo as potencialmente graves. Entretanto, lembrar que, felizmente, essas são pouco frequentes.
- Alívio da dor.
- Esclarecer o diagnóstico aos familiares, explicando que a cefaleia não decorre de alterações visuais ou "sinusite crônica", diagnósticos que infelizmente já estão arraigados no imaginário da população leiga como causas de cefaleia.
- Encaminhar adequadamente o paciente por ocasião da alta.

2) Na consulta eletiva (ambulatório ou consultório)

- Diagnosticar o tipo específico de cefaleia, sobretudo a enxaqueca. Descartar outras causas de cefaleia, principalmente as potencialmente graves.
- Esclarecer o diagnóstico aos familiares. Na verdade, apesar de os cuidadores geralmente não confessarem, o motivo real da consulta é conseguir a garantia de que a criança não apresenta uma doença intracraniana grave (habitualmente, o receio é de tumores ou de aneurismas).

- Identificar possíveis fatores desencadeantes das crises de enxaqueca.
- Estabelecer um planejamento terapêutico.

3 CLASSIFICAÇÃO

A Classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia – 2ª ed. (CIC – 2004)⁴ reconhece mais de 150 tipos diferentes de dores de cabeça, sendo estas divididas em 14 grupos.

Os quatro primeiros grupos constituem cefaleias primárias (aquelas cujos sintomas e características da dor definem a doença do paciente, ou seja, a dor de cabeça é a própria doença), os demais grupos, cefaleias secundárias (aquelas causadas por outra doença).

4 DIAGNÓSTICO

Na maioria dos casos, o diagnóstico pode ser feito apenas com o exame clínico⁵. A determinação do padrão evolutivo é fundamental para o diagnóstico.

Tabela 1: Causas de cefaleia aguda emergente

Atribuída à infecção sistêmica	Hemorragias intracranianas
Sinusite, otite e mastoidite	Meningites e encefalites
Distúrbios dentários	Vasculites
Distúrbios oftalmológicos	Hipertensão arterial
Traumatismo craniano	Efeito colateral de medicações
Hidrocefalia aguda	Uso de drogas ilícitas

Figura 1: Algoritmo para avaliação da

ANAMNESE

- Início (quando e como)
- Caráter (pulsátil, em aperto, em pressão, em peso, surda)
 - Localização e irradiação
- Intensidade (se interrompe as brincadeiras, por exemplo)
 - Duração e frequência
- Fatores desencadeantes, acompanhantes, de melhora e piora
 - Averiguar tratamento utilizado e sua efetividade
 - História familiar
- Verificar comorbidades: depressão, epilepsia, transtornos de ansiedade, distúrbios do sono
 - Identificar possível abuso de analgésicos

EXAME FÍSICO GERAL (atenção aos itens)

- Pressão arterial, temperatura
- Palpação do crânio e das articulações temporomandibulares (avaliação estática e dinâmica)
 - Percussão dos seios da face
- Inspeção da cavidade oral (afecções dentárias e periodontais são causas de dores irradiadas)
 - Otoscopia e percussão das mastoides

EXAME NEUROLÓGICO (atenção aos itens)

- Fundo-de-olho (observar pulso venoso)
 - Movimentação ocular extrínseca
 - Sinais de irritação meníngea

A cefaleia que se inicia em pacientes sem história prévia (cefaleia aguda emergente) pode indicar uma cefaleia primária em apresentação inicial, ou tratar-se de cefaleia secundária (tabela 1).

Um exame de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) deverá ser solicitado caso estejam presentes certos sinais ou sintomas que sirvam de alerta (figura 1). A escolha do tipo de exame depende basicamente da suspeita etiológica.

cefaleia em crianças e adolescentes

- Anamnese compatível com cefaleia primária (sem sinais de alerta) e
- Exame físico geral e neurológico normais

- Iniciar tratamento para cefaleia primária

- Exame neurológico anormal e/ou
- Presença de outros sinais ou sintomas neurológicos, críticos ou intercríticos (exemplos: diplopia, afasia, parestesias, papiledema, ataxia). Exceto: aura visual

- Cefaleia de instalação súbita (caráter explosivo)
- Alteração no padrão de dor de uma cefaleia preexistente
- Cefaleia progressiva ou muito frequente de início recente
 - Hemicrania fixa
- Dificuldade escolar recente, distúrbios agudos do comportamento
- Despertar noturno por cefaleia ou sua ocorrência ao despertar
 - Cefaleia associada a crises epiléticas
 - Cefaleia após trauma de crânio
 - Ausência de resposta à terapia de rotina
- Cefaleia em pacientes com doenças sistêmicas que façam suspeitar de complicações intracranianas (exemplos: síndrome nefrótica, collagenoses)

- Realizar investigação considerando a possibilidade de cefaleia secundária (solicitar exame de imagem)

Na maioria dos casos, sobretudo no contexto do atendimento de urgência, a tomografia computadorizada é o exame de escolha. Esta deverá ser realizada com contraste sempre que se suspeitar de etiologia inflamatória ou neoplásica⁶. A enxaqueca apresenta critérios diagnósticos bem definidos (tabela 2).

Tabela 2: Critérios diagnósticos da enxaqueca sem aura em crianças (CIC – 2004)⁴

- a. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B e E.**
- b. Cefaleia durando de uma a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz).***
- c. A cefaleia preenche ao menos duas das seguintes características:**
 - 1. Localização unilateral ou bilateral
 - 2. Caráter pulsátil
 - 3. Intensidade moderada ou forte
 - 4. Exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escada)
- d. Durante a cefaleia, pelo menos um dos seguintes sintomas:**
 - 1. Náusea e/ou vômitos;
 - 2. Fotofobia e/ou fonofobia (podem ser inferidas pelo comportamento da criança).
- e. Não atribuída a outro transtorno.**

Trata-se de um dos itens mais controversos da classificação, haja vista que crianças com enxaqueca podem apresentar crises de duração ainda mais curta. Entretanto, quanto menor o critério de duração, menor a especificidade desta ferramenta diagnóstica, apesar do aumento de sua sensibilidade. Se a frequência da dor for igual ou superior a 15 dias por mês, há pelo menos três meses, o indivíduo apresenta *enxaqueca crônica*.

Nos pacientes com enxaqueca, a dor pode ser precedida, acompanhada ou raramente seguida por sintomas e sinais neurológicos focais, denominados, em conjunto, aura de enxaqueca (tabela 3).

Esta usualmente se instala por cinco a vinte minutos, durando habitualmente menos de uma hora, podendo ser visual, sensitiva, motora ou de linguagem, e podendo também apresentar manifestações secundárias a disfunções do tronco encefálico, como, por exemplo, vertigem, diplopia e zumbido.

Tabela 3: Critérios diagnósticos da enxaqueca com aura em crianças (CIC – 2004)⁴

a. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios de B a D.

b. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes, mas sem nenhuma paresia:

1. Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo características positivas (p.ex., luzes tremulantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (i.e., perda de visão);
2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis, incluindo características positivas (i.e., formigamento) e/ou características negativas (i.e., dormência); e
3. Disfasia completamente reversível.

c. Pelo menos dois dos seguintes:

1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais;
2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos; e
3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos

d. Cefaleia preenchendo os critérios de B a D para *enxaqueca sem aura* começa durante a aura ou a sucede com intervalo de até 60 minutos.

e. Não atribuída a outro transtorno.

A aura visual da enxaqueca é geralmente monocromática (escotomas, cintilações, espectro de fortificação, defeitos dos campos visuais, amaurose). A presença de aura visual colorida ou de fenômenos visuais complexos obriga o médico a descartar fenômeno epilético⁷. Quando houver suspeita de meningite ou de outros quadros inflamatórios do sistema nervoso central, o exame de líquor passa a ser imprescindível.

Não há necessidade de realização de exame de neuroimagem prévio à coleta, a não ser que existam sinais neurológicos focais ou papiledema⁸. Além disso, esse exame está indicado nas suspeitas de hemorragia subaracnoidea quando a neuroimagem resultar normal e nos casos de suspeita de hipertensão intracraniana idiopática, situação em que deve ser feita com raquimanometria⁵.

Não há indicação para realização de eletroencefalograma em pacientes com queixa de cefaleia, bem como não há necessidade de realizar, de forma sistemática, nestes pacientes radiografias ou tomografias de seios da face e avaliação oftalmológica⁵. Uma ferramenta importante utilizada para a terapêutica e acompanhamento de pacientes com cefaleia é o registro dos episódios dolorosos (*diário da dor*). Devem-se orientar os familiares ou as próprias crianças para que anotem o dia e horário de suas dores, as suas características, os possíveis fatores desencadeantes e as medidas utilizadas para melhora do quadro⁹.

5 TRATAMENTO

1. Abordagem dos fatores desencadeantes e de comportamentos relacionados às crises dolorosas (tabela 4);
2. Medicações para tratamento agudo (abortivos ou sintomáticos);
3. Medicações para tratamento preventivo (profiláticos); e
4. Intervenções não-farmacológicas.

Realização:



Apoio institucional:

Johnson & Johnson

Endereço: Estrada do Galvão, 150 - Jd. São João - São Paulo - SP - 05489-000

Material destinado exclusivamente
a profissionais de saúde.
Reprodução e distribuição proibidas.

Impresso em
Agosto de 2011
Cód. 21361