**Cefaleias**

* Definições:

É uma queixa comum no pronto-socorro, sendo que 60% dos pacientes referem ao menos um evento entre 2 e 18 anos de idade. No entanto, raramente é a queixa principal que motivou o atendimento.

Seu diagnóstico diferencial é amplo, sendo que a maioria dos casos é de curso benigno e autolimitado, como quadros virais de vias aéreas superiores e enxaqueca. No entanto, pode ser o primeiro sintoma de diversas doenças graves.

A cefaleia pode ser classificada de acordo com o modo de instalação em aguda, aguda recorrente (< 15 episódios ao mês) e crônica (≥ 15 episódios ao mês). De acordo com a progressão, podem ser progressivas ou não progressivas. Cefaleias progressivas devem receber atenção especial na investigação de causas secundárias.

Segundo a etiologia, as cefaleias podem ser:

Primárias: causa não demonstrável por exames clínicos / laboratoriais. Ex.: enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salvas, cefaleias trigêmino-autonômicas;

Secundárias: provocada por doenças que alteram os exames clínicos e laboratoriais.

* Diagnóstico Clínico:

Importante caracterizar clinicamente a dor do paciente, perguntando diretamente à criança e confirmando os dados com os pais:

- Há quanto tempo sente dor?

- Localização unilateral, bilateral ou holocraniana?

- Tipo de dor: pulsátil, peso, aperto?

- Intensidade da dor: há limitação das atividades?

- Duração de cada evento?

- Frequência da dor? Houve piora recente?

- Qual horário mais comum?

- Quais os fatores desencadeantes?

- Quais os fatores de alívio?

- Há sintomas compatíveis com aura (pontos brilhantes, dificuldade para falar, amaurose, tontura, dormência / fraqueza em membros)?

- Há presença de náuseas / vômitos?

- A dor piora com a luz / barulho?

- História prévia de trauma?

- Há algum sintoma neurológico associado, como crises epilépticas, alteração do nível de consciência ou ataxia?

- História familiar de cefaleia, como enxaqueca?

O exame físico deve incluir medida de pressão arterial e exame neurológico, sendo importante avaliar a presença de sinais meníngeos, nível de consciência, presença de sinais localizatórios (força, coordenação, reflexos) e nervos cranianos, principalmente II nervo (óptico), III, IV e VI (movimentação ocular extrínseca).

Se a história sugerir presença de hipertensão intracraniana (HIC) e a neuroimagem não mostrar alterações, há indicação da avaliação do fundo de olho.

Pacientes com as seguintes condições, devem ser avaliados de maneira individual e serem submetidos a exames complementares de acordo com a sua doença de base: traumatismo cranioencefálico (TCE), febre, doença oncológica, coagulopatias, imunossuprimidos, doença falciforme, síndrome nefrótica, doença renal crônica, hidrocefalia com ou sem derivação ventricular.

* Exames Laboratoriais:

A investigação com neuroimagem deve ser feita em pacientes com sinais de alarme e suspeita de cefaleia secundária. A ressonância magnética é o exame de escolha em crianças, no entanto, pela sua menor disponibilidade, demora e necessidade de sedação, é usualmente substituída pela tomografia computadorizada de crânio nos atendimentos de pronto-socorro.

Indicação de neuroimagem:

- Cefaleia progressiva, cada vez mais forte e frequente;

- Piora da dor com esforço, tosse ou respirar;

- Início explosivo ou súbito de cefaleia de forte intensidade, com início < 6 meses;

- Presença de sinais / sintomas neurológicos: alteração do nível de consciência, papiledema, alteração da movimentação ocular, ataxia, sinal focal, rigidez de nuca sem febre.

- Sintomas sistêmicos, como rash cutâneo, dor articular e febre associada a perda ponderal;

- Fatores de risco secundários (descritos acima);

- Cefaleia nova, de forte intensidade, mudança na frequência / intensidade da dor;

- Dor relacionada ao sono, com despertar noturno, ou sempre presente ao acordar.

Na suspeita de HIC com neuroimagem normal, há indicação da punção lombar com manometria (medida da pressão de abertura).

* Complicações mais frequentes:

- Progressão de doença de base não diagnosticada, principalmente em casos com HIC;

- Uso abusivo de analgésicos com cefaleia crônica em pacientes com quadro de cefaleias primárias.

* Tratamento:

Para as cefaleias primárias, é importante indicar as medidas não farmacológicas, como mudanças dos hábitos de vida, com sono adequado, atividade física regular, evitar jejum prolongado e uso abusivo de analgésicos (> 2 vezes por semana), identificar alimentos associados à dor e evitar seu uso (principais: chocolate, alimentos com cafeína, alimentos com corante, glutamato monossódico, queijos). Durante a dor, importante o repouso em ambientes com pouca luminosidade e som.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicação | Idade | Apresentação | Dose | Frequência | Dose Máxima |
| Paracetamol | > 3kg | Solução 200mg/ml | 13mg/kg/dose =  1 gota/kg | 6/6 horas | 5 doses/dia |
| Dipirona | > 3 meses | Solução 50mg/ml  Ampola 500mg/ml  Supositório 300mg | 20-30 mg/kd/dose | 6/6 horas | 6 doses/dia |
| Ibuprofeno | > 6 meses | Solução 50mg/ml  Solução 100mg/ml | 10mg/kg/dose | 8/8 horas | 4 doses/dia |
| Cetoprofeno | > 6 meses | Solução 20mg/ml  Ampola100mg/ml | 1 mg/kg/dose | 8/8 horas | 4 doses/dia |
| Naproxeno | > 2 anos | Comprimidos 250mg e 500mg | 10 mg/kg/dia | 12/12 horas | 1.000 mg/dia |
| Sumatriptano | > 12 anos | Comprimidos 100mg  SC 6mg | Oral 25mg  SC: 3-6mg | Repetir em 2h, se necessário | Oral 50 mg  SC: 6mg |
| Rizatriptano | > 6 anos | Comprimidos 10mg | 5mg | Repetir em 2h, se necessário | 10 mg/dia |
| Dimenidrato | > 2 anos | Solução 25mg/ml  Ampola 30mg/10ml | 1 mg/kg/dose | 6/6 horas | 30mg/dose EV  200mg/dia VO |
| Ondansetrona | > 1 mês | Comprimido 4-8mg  Ampola 2mg/ml | 0,15 mg/kg/dose | 8/8 horas | 8 mg/dose |

A analgesia deve ser realizada de acordo com a intensidade da dor, com analgésicos comuns, AINES ou antieméticos, dependendo do quadro clínico. Os triptanos estão indicados para enxaquecas de forte intensidade e refratárias aos analgésicos comuns e / ou AINES.

Não há indicação de opióides para o tratamento das cefaleias primárias, pois podem modificar a resposta à dor e levar ao seu uso abuso e adição.

Durante as crises de enxaqueca, é comum a paresia gástrica e redução da absorção das medicações via oral, sendo indicada outra via de administração (venosa, retal, nasal).

A analgesia deve ser sempre precoce.

* Critérios de internação:

- Suspeita de causa secundária da dor com necessidade de investigação;

- Tratamento da doença de base, em pacientes com diagnóstico prévio;

- Ausência de controle adequado da dor.

* Critérios de alta:

- Melhora ou alívio da dor;

- Ausência de sinais de HIC ou outras cefaleias secundárias de potencial gravidade.

* Observações:

- Pacientes com cefaleias recorrentes, sugestivas de cefaleias primárias, como enxaqueca e cefaleia tensional, com frequência > 3 episódios ao mês e / ou prejuízo das suas atividades de vida diária, devem ser encaminhados para acompanhamento ambulatorial com Neuropediatra.

* Referências:

1. Gelfand AA. Pediatric and Adolescent Headache. Continuum (Minneap Minn). 2018 Aug;24(4, Headache):1108-1136.

2. Blume HK. Childhood Headache: A Brief Review. Pediatr Ann. 2017 Apr 1;46(4):e155-e165.

3. Merison K, Jacobs H. Diagnosis and Treatment of Childhood Migraine. Curr Treat Options Neurol. 2016 Nov;18(11):48.

4. Munday S, Rao A. Always on my mind: Headache in children. Emerg Med Australas. 2016 Aug;28(4):376-8.

5. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. J Headache Pain. 2014 Jan 8;15:2.

6. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. Dev Med Child Neurol. 2010 Dec;52(12):1088-97.

7. Lateef TM, Grewal M, McClintock W, Chamberlain J, Kaulas H, Nelson KB. Headache in young children in the emergency department: use of computed tomography. Pediatrics. 2009 Jul;124(1):e12-7.

* Responsável pela elaboração:

Manuela de Oliveira Fragomeni - Neuropediatra / HRT.