

BMJ Best Practice

Cefaleia enxaquecosa em crianças

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	17
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	20
Novidades	26
Acompanhamento	27
Recomendações	27
Complicações	27
Prognóstico	28
Diretrizes	29
Diretrizes de diagnóstico	29
Diretrizes de tratamento	29
Nível de evidência	31
Referências	32
Aviso legal	36

Resumo

- ◇ A enxaqueca tem uma prevalência elevada em crianças (10%) e é uma fonte significativa de morbidade.
- ◇ É importante analisar cuidadosamente o amplo diagnóstico diferencial ao se avaliar uma criança com cefaleia.
- ◇ As expectativas de sucesso do tratamento devem levar em conta o nível em que os fatores psicológicos estão contribuindo para os sintomas.
- ◇ Nem todos os tratamentos (agudos ou profiláticos) funcionam para todos os pacientes.
- ◇ Pode ocorrer remissão espontânea com o aumento da idade em 25% a 50% das crianças.

Definição

A enxaqueca é definida pela International Headache Society (IHS) como uma cefaleia recorrente que ocorre com ou sem aura e dura de 2 a 48 horas. Geralmente, ela é de natureza unilateral, início gradual (15 a 30 minutos), qualidade pulsátil, intensidade grave ou moderada e agravada por atividades físicas de rotina. Náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia são sintomas comuns que a acompanham.[1]

Os critérios de diagnóstico para crianças são mais amplos que os utilizados para adultos em relação à duração e à localização da dor. Muitas crianças afetadas não se encaixam nas classificações tradicionais de diagnóstico que foram desenvolvidas na prática em adultos.[2] Isso não deve excluí-las de um teste de tratamento agudo ou profilático, contanto que os diagnósticos alternativos tenham sido cuidadosamente excluídos. O diagnóstico é difícil em crianças pequenas, pois esse quadro clínico é definido por sintomas subjetivos.

Epidemiologia

Raramente é diagnosticada em crianças com menos de 2 anos de idade, dada a sua definição baseada em sintomas, mas aumenta regularmente com a idade.[1] [3] [4] A idade média do início é de 7.2 anos para meninos e 10.9 anos para meninas, com 20% de crianças tendo seu primeiro ataque antes dos 5 anos de idade.[5] [6] Ocorre na mesma proporção para meninos e meninas antes da puberdade, mas depois se torna predominantemente feminina (3:1).[7] [8] A definição baseada nos sintomas exclui o diagnóstico em crianças muito novas.[5] [6] Existem evidências de que a prevalência aumentou nos últimos 30 anos[9] e, estatisticamente, 1 entre 9 crianças é afetada entre os 5 e os 15 anos de idade. Não existem evidências convincentes de que a prevalência varie com a classe social.[10] Atualmente, ela afeta cerca de 50 a cada 1000 crianças em idade escolar no Reino Unido, e uma estimativa de 7.8 milhões de crianças na União Europeia.[11] Nos EUA, a prevalência é de aproximadamente 4% a 7%.[12] Estudos em países desenvolvidos sugerem que a enxaqueca é o diagnóstico mais comum entre crianças que relatam cefaleia a um médico.[13]

Etiologia

A hiperexcitabilidade neuronal central é subjacente à suscetibilidade e ao desenvolvimento de episódios de enxaqueca.[14] [15] A ampla base de evidências para isso sugere uma causa multifatorial, com a implicação de aminoácidos, depleção de magnésio, canais de cálcio e genes controladores.

Fisiopatologia

Não há consenso absoluto sobre os mecanismos subjacentes à enxaqueca com ou sem aura. A enxaqueca com aura é inicialmente caracterizada por uma patognomônica oligoemia alastrante no córtex cerebral correspondente à área clinicamente afetada e, com frequência, além dela. A redução do fluxo sanguíneo geralmente acima do limite isquêmico começa na parte posterior e espalha-se na parte anterior, com uma transição gradual para a hiperemia ocorrendo na mesma região após um período de uma a várias horas.[1]

Os estudos publicados sobre a enxaqueca sem aura são discordantes quanto à possibilidade de que alterações no fluxo sanguíneo cerebral desencadeiam depressão alastrante cortical (CSD) durante os ataques. Podem ocorrer alterações no fluxo sanguíneo no tronco encefálico, bem como alterações corticais secundárias à ativação da dor. Ondas gliais ou outros fenômenos corticais podem estar envolvidos na

enxaqueca sem aura, e óxido nítrico (NO), 5-hidroxitriptamina (5-HT) e peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) foram implicados como moléculas mensageiras. Uma vez considerados como entidades principalmente vasculares, os ataques podem se originar no sistema nervoso central com sensibilização das vias da dor na parte contributiva. O mecanismo da dor da enxaqueca está consistentemente adquirindo definição, e a eficácia do tratamento de triptanos (agonistas do receptor 5-HT_{1B/D}, agonistas do receptor 5-HT_{1F} e agonistas do receptor de CGRP) fornece esclarecimentos adicionais sobre os mecanismos da enxaqueca.[1]

Classificação

Classificação Internacional das Cefaleias, 3ª edição (versão beta)[1]

A atualização de 2013 da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD) reestrutura a forma como os subtipos de enxaqueca são definidos, com a principal consideração atualmente sendo se a cefaleia ocorre sem ou com aura. Muitos pacientes podem sofrer ambos os subtipos, que podem ser resumidos a seguir:

Enxaqueca sem aura

- Um distúrbio de cefaleia recorrente com características específicas e sintomas associados. Pelo menos cinco ataques são necessários para confirmar o diagnóstico. Os episódios costumam durar 2 a 72 horas, e a cefaleia em crianças e adolescentes é geralmente frontotemporal e mais comumente bilateral que em adultos. A cefaleia occipital em crianças não é comum e requer cautela diagnóstica.
- A dor unilateral geralmente surge no final da adolescência ou no início da fase adulta. A dor é tipicamente de caráter pulsátil, de intensidade moderada ou grave, agravada por atividades físicas de rotina e associada a náuseas/vômitos e/ou fonofobia e fotofobia. A fotofobia em crianças pequenas pode ser razoavelmente inferida com base no comportamento delas. Uma relação menstrual com os ataques pode se tornar evidente em adolescentes mais velhas.

Enxaqueca com aura

- Uma síndrome caracterizada por ataques recorrentes (que duram alguns minutos) de sintomas visuais, unilaterais e sensoriais completamente reversíveis ou outros sintomas do sistema nervoso central que, em geral, se desenvolvem gradualmente e, depois, costumam ser seguidos por cefaleia e sintomas de enxaqueca associados. O desafio diagnóstico pode surgir na avaliação de crianças pequenas, que naturalmente podem ter dificuldades para articular sua sintomatologia e demandar mais esforços para serem examinadas com máxima precisão. A aura pode ser visual (mais comumente), sensorial, de fala e/ou linguagem, motora, tronco-encefálica ou retiniana. Cada uma dessas variações geralmente se dissemina de forma gradual ao longo de ≥ 5 minutos, e ocasionalmente podem ocorrer em sucessão duas ou mais auras que duram 5 a 60 minutos. Pelo menos um sintoma de aura é tipicamente unilateral e acompanhado ou seguido, em até 60 minutos, por cefaleia. Também pode haver sintomas premonitórios que talvez comecem horas ou um dia ou dois antes dos outros sintomas de ataque de enxaqueca (com ou sem aura) e incluem combinações de fadiga, dificuldade de concentração, rigidez de nuca, sensibilidade à luz e/ou ao som, náuseas, visão turva, bocejos e palidez.
- Uma descrição completa de fenótipos clínicos (previamente descritos como entidades isoladas) abrangendo atualmente esse subtipo pode ser encontrada na descrição da ICHD e inclui apresentações antes descritas como enxaqueca clássica, oftálmica, basilar, hemiparestésica, hemiplégica ou afásica.

Prevenção secundária

A prevenção secundária é uma parte importante do tratamento. Várias formas de intervenção comportamental, como terapia de relaxamento, biofeedback e evitação dos fatores desencadeantes, são consideradas benéficas.[20] [48] [49] A base de evidências de medicamentos para prevenir cefaleias enxaquecosas em crianças é fraca, e existe uma necessidade urgente de ECRCs metodologicamente sólidos.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um garoto de 9 anos de idade apresenta uma história de 6 meses de cefaleia recorrente. Ele não apresenta aura. A cefaleia aumenta gradativamente durante 20 minutos e, geralmente, é de natureza unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada e é agravada por exercícios físicos. Náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia são sintomas comuns que a acompanham. Durante os ataques, ele afirma dormir em um quarto escuro, geralmente vai se deitar mais cedo que o habitual e acorda totalmente recuperado no dia seguinte. Os ataques podem ter duração variável (de 2 a 48 horas), mas geralmente duram cerca de 16 horas. O exame neurológico durante um ataque é completamente normal. Ele está normotenso. Ele se sente inteiramente bem entre os ataques e vem tendo um bom progresso acadêmico. Há uma forte história familiar de enxaqueca com aura.

Outras apresentações

A aura pode preceder qualquer enxaqueca, dando ainda mais suporte ao diagnóstico. Muitas crianças com um conjunto de sintomas que inclui cefaleia podem não corresponder perfeitamente à classificação de enxaqueca da International Headache Society (IHS), embora elas possam se beneficiar das intervenções médicas atualmente em uso.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é clínico.

História clínica

Enxaqueca com ou sem aura

- Gatilhos alimentares (por exemplo, queijo, chocolate, frutas cítricas) e estresse podem ser fatores desencadeantes em crianças predispostas.[17] [18] [19]
- Os pacientes >2 anos de idade geralmente apresentam início gradativo de cefaleia unilateral ou bilateral com ou sem aura e ficam inteiramente bem entre os ataques.
- Os sintomas associados podem incluir náuseas, vômitos, diplopia, fotofobia, fonofobia e visão turva.
- Pode haver uma ligação entre enxaqueca infantil e síndromes periódicas, o que inclui vômitos cíclicos, torcicolo paroxístico benigno, vertigem paroxística benigna da infância e enxaqueca abdominal. Essas condições podem ser precursoras de enxaqueca ou estarem associadas a ela.

Enxaqueca com aura tronco-encefálica

- Os sinais do tronco encefálico são predominantes, e os principais sintomas incluem cefaleia occipital, ataxia, diplopia, visão turva, vertigem e zumbido.

- A ptose pode estar evidente, com pupilas dilatadas; pode haver desenvolvimento de alteração do nível de consciência e convulsão generalizada. Após o ataque, ocorre o completo retorno à normalidade.
- Muitos desenvolvem enxaqueca com ou sem aura em idade avançada, e a maioria apresenta uma forte história familiar de enxaqueca.

Enxaqueca hemiplégica

- Manifesta-se como sinais motores ou sensoriais unilaterais durante um episódio de enxaqueca.
- Os ataques podem persistir por dias. Mais de um ataque é incomum na infância, embora uma história familiar positiva seja comum.

A enxaqueca também pode se apresentar como um estado de confusão agudo, precedido por alguns sintomas típicos de enxaqueca com ou sem aura. Deve-se tomar muito cuidado para excluir diagnósticos alternativos mais graves antes de se obter este diagnóstico.

Exame físico

Para o diagnóstico ser seguro, o exame físico deve estar normal. A presença de algum dos seguintes fatores junto com cefaleia sugere um diagnóstico alternativo; deve-se procurar especificamente por eles e excluí-los:

- Alteração do nível de consciência
- Convulsão
- Comportamento inapropriado (sobretudo se o início for recente)
- Aumento do perímetro cefálico, olhar de "sol poente" e veias do couro cabeludo proeminentes
- Papilloedema
- Início ou agravamento de estrabismo
- Hipertensão com ou sem bradicardia
- Paralisia dos nervos cranianos ou deficits motores
- Sinais cerebelares
- Hepatoesplenomegalia.

Investigações clínicas

Para uma criança com quadro clínico clássico e exame físico normal, não é necessária nenhuma investigação. Exames de rotina laboratoriais, punção lombar e eletroencefalograma (EEG) não são recomendados.

Geralmente, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálicas não são indicadas; porém, realisticamente, existem casos individuais nos quais é essencial aliviar níveis extremos de ansiedade. Tais imagens podem ser "terapêuticas", embora continue havendo um risco de se detectar uma anormalidade acidental que aumente a ansiedade (e que seja assintomática): por exemplo, uma malformação de Arnold-Chiari.[3] A presença de hipertensão, bradicardia, alteração do nível de consciência ou qualquer deficit neurológico focal sugere uma lesão mais grave ou um diagnóstico alternativo e é um indicativo para que sejam obtidas imagens urgentes do sistema nervoso central (SNC). Em casos muito raros, a varredura pode demonstrar isquemia focal em pacientes com enxaqueca hemiplégica.

A neuroimagem e o rastreamento da infecção são obrigatórios quando há suspeita de enxaqueca com aura tronco-encefálica, para descartar diagnósticos alternativos.

Fatores de risco

Fortes

história familiar positiva de enxaqueca

- A enxaqueca é aproximadamente 50% mais provável em parentes de pessoas com a afecção que em pessoas cujos parentes não a têm.[16]

chocolate, queijo e frutas cítricas

- No caso de enxaqueca, gatilhos alimentares são relativamente infrequentes e afetam <10% dos pacientes.[17] [18] Queijo e chocolate são precipitadores clássicos em crianças predispostas, e uma tentativa de removê-los empiricamente da dieta é uma abordagem inicial razoável.
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

estresse

- O estresse pode ser um fator em até 25% das crianças; a escola e as relações interpessoais são as fontes de dificuldade mais comuns.[19]
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

alterações hormonais

- Em crianças e adolescentes afetados, é provável que a flutuação dos hormônios gonadais (por exemplo, com menstruação e uso de contraceptivos orais) seja responsável pelo padrão dos sintomas.
- Isso afeta somente uma minoria, embora nas pessoas afetadas a associação seja forte.
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

Fracos

álcool e cafeína

- Fatores desencadeantes em uma pequena minoria.[18]
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

depleção de volume

- Fatores desencadeantes em uma pequena minoria.[18]
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

uso excessivo de analgésicos

- Fatores desencadeantes em uma pequena minoria.[18]

- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

perturbação do sono

- A falta de sono pode ser um fator desencadeante significativo para muitas crianças.
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

luzes claras ou cintilantes

- Fatores desencadeantes em uma pequena minoria.[\[18\]](#)
- Muitas das evidências de fatores de risco na enxaqueca pediátrica foram extrapoladas de dados de estudos com adultos.

síndromes periódicas

- Pode haver uma ligação entre a enxaqueca infantil e as síndromes periódicas: por exemplo, vômitos cíclicos, torcicolo paroxístico benigno, vertigem paroxística benigna da infância e enxaqueca abdominal.
- Essas condições podem ser precursoras de enxaqueca ou estarem associadas a ela.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem história familiar positiva para enxaqueca; chocolate, queijo, frutas cítricas; estresse; menstruação; e o uso de contraceptivos orais.

idade >2 anos (comum)

- A enxaqueca raramente é diagnosticada em crianças com <2 anos de idade, dada a definição baseada em sintomas, mas o diagnóstico aumenta regularmente com a idade.[\[1\]](#) [\[4\]](#) [\[20\]](#)
- A idade média do início é de 7.2 anos para meninos e 10.9 anos para meninas, com 20% de crianças tendo seu primeiro ataque antes dos 5 anos de idade.
- A definição baseada nos sintomas exclui o diagnóstico em crianças muito novas.[\[5\]](#) [\[6\]](#) A incidência aumenta regularmente com a idade.

início gradativo da cefaleia (comum)

- Em geral, o início é gradativo por aproximadamente 15 minutos.
- O início súbito e abrupto de uma cefaleia intensa, sobretudo se for occipital, não é típico da enxaqueca.

exame físico normal (comum)

- Para o diagnóstico ser confirmado, o exame físico deve estar normal.

Outros fatores de diagnóstico

aura (comum)

- Pode estar associada à enxaqueca.

- Pode incluir alteração na percepção visual (linhas onduladas), luzes brilhantes ou déjà vu.

náuseas e/ou vômitos (comum)

- Pode estar associada à enxaqueca.

distúrbio visual (comum)

- Diplopia, visão turva e fotofobia podem ser sintomas associados.

fonofobia (comum)

- Pode estar associada à enxaqueca.

cefaleia occipital, ataxia, diplopia, visão turva, vertigem e zumbido (incomum)

- Associados à enxaqueca basilar.

sinais sensoriais ou motores unilaterais e cefaleia (incomum)

- Associados à enxaqueca hemiplégica.
- Mais de um ataque é incomum na infância, embora uma história familiar positiva seja comum.

ptose (incomum)

- A ptose pode ser evidente, com pupilas dilatadas, em pacientes com enxaqueca basilar.

convulsão generalizada (incomum)

- Pode haver desenvolvimento de alteração do nível de consciência e convulsão generalizada em pacientes com enxaqueca basilar.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
nenhum exame inicial	diagnóstico clínico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
tomografia computadorizada/ressonância nuclear magnética (TC/RNM) cranioencefálicas <ul style="list-style-type: none"> • Não é recomendado realizá-las rotineiramente para enxaqueca pediátrica. • A presença de hipertensão, bradicardia, alteração do nível de consciência ou qualquer deficit neurológico focal sugere uma lesão mais grave ou um diagnóstico alternativo e é um indicativo para que sejam obtidas imagens urgentes do sistema nervoso central (SNC). • Pode ajudar a acalmar pacientes e famílias muito ansiosos. 	quase sempre é normal na enxaqueca pediátrica; geralmente, os exames são realizados para confirmar diagnósticos alternativos de alta suspeição; raramente podem demonstrar isquemia focal em pacientes com enxaqueca hemiplégica

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cefaleia em salvas	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente de natureza intensa; unilateral; orbital, supraorbital e/ou temporal; com duração de 15 a 180 minutos. • Hiperemia conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, transpiração na face e na testa, miose, ptose e edema palpebral no lado da cefaleia são todos sintomas comuns. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico, e não há uma investigação específica para distinguir entre enxaqueca e cefaleia em salvas.
Cefaleia tensional	<ul style="list-style-type: none"> • As cefaleias tensionais episódicas são geralmente bilaterais, duram de 30 minutos a 7 dias, têm uma característica de pressão ou enrijecimento e não são agravadas por atividade física. • Náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia não estão geralmente associados. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico, e não há uma investigação específica para distinguir entre enxaqueca e cefaleia tensional.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cefaleia pós-traumática	<ul style="list-style-type: none"> Cefaleias após um traumatismo cranioencefálico do tipo concussão bem definido não são incomuns e devem sofrer remissão em um período de poucos dias ou algumas semanas. Uma lesão considerável pode ter precedido o início das cefaleias. Um pequeno hematoma extradural traumático pode se manifestar como cefaleia persistente e vômitos pós-lesão sem outros sinais clínicos. A presença de hipertensão, bradicardia, alteração do nível de consciência ou qualquer deficit neurológico focal sugere uma lesão mais grave ou um diagnóstico alternativo e é um indicativo para que sejam obtidas imagens urgentes do sistema nervoso central (SNC).^[21] 	<ul style="list-style-type: none"> TC cranioencefálica: na ausência de um deficit neurológico focal, hipertensão, bradicardia ou alteração do nível de consciência, é provável que a TC esteja normal.
Abscesso dentário	<ul style="list-style-type: none"> A presença de febre é um indicador claro de que a enxaqueca não é um diagnóstico sustentável. Dor de dente. História de cáries dentárias. 	<ul style="list-style-type: none"> O hemograma completo pode mostrar uma contagem de leucócitos elevada, e as hemoculturas podem ser positivas.
Otite média	<ul style="list-style-type: none"> A presença de febre é um indicador claro de que a enxaqueca não é um diagnóstico sustentável. Otalgia. 	<ul style="list-style-type: none"> O hemograma completo pode mostrar uma contagem de leucócitos elevada, e as hemoculturas podem ser positivas.
Meningite	<ul style="list-style-type: none"> A presença de febre é um indicador claro de que a enxaqueca não é um diagnóstico sustentável. Há a presença de meningismo. 	<ul style="list-style-type: none"> As culturas do líquido cefalorraquidiano (LCR) podem ser positivas na suspeita de meningite.
Sinusite	<ul style="list-style-type: none"> A presença de febre é um indicador claro de que a enxaqueca não é um diagnóstico sustentável. Dor facial e secreção nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> O hemograma completo pode mostrar uma contagem de leucócitos elevada, e as hemoculturas podem ser positivas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Patologia do sistema nervoso central (SNC)	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1% das crianças com cefaleia tem tumor cerebral. As cefaleias noturnas ou no início da manhã podem indicar hipertensão intracraniana após uma lesão com efeito de massa, como um tumor. • Alteração do nível de consciência, convulsões, comportamento inapropriado (sobretudo se o início for recente), aumento do perímetro cefálico, olhar de "sol poente", veias do couro cabeludo proeminentes, papiledema, oftalmoplegia, hipertensão com ou sem bradicardia, paralisia dos nervos cranianos, deficits motores e sinais cerebelares sugerem um distúrbio mais maligno do SNC: por exemplo, tumor,[22] encefalite, encefalomielite, vasculite/má formação, trombose do seio venoso e distúrbio degenerativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em crianças com <4 anos de idade com cefaleias, deve-se considerar fortemente a neuroimagem a fim de excluir uma lesão com efeito de massa. • TC/ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálicas e punção lombar são normais na enxaqueca e, geralmente, confirmarão (quando indicadas) a presença de uma patologia alternativa.
Erro de refração	<ul style="list-style-type: none"> • Se já tiver idade suficiente, a criança poderá relatar história que sugira miopia ou hipermetropia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação formal da acuidade visual confirma o diagnóstico de erro de refração como causa das cefaleias.
Hipertensão	<ul style="list-style-type: none"> • A medição da pressão arterial (PA) é obrigatória em todas as crianças com cefaleia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em uma criança com cefaleia, a presença de hipertensão deve precipitar uma busca abrangente pela causa, que geralmente é de origem renal, vascular, endócrina ou neurológica.
Cefaleia de baixa pressão intracraniana	<ul style="list-style-type: none"> • História de punção lombar recente ou laceração dural. • Geralmente, deitar alivia até certo ponto as cefaleias de baixa pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cefaleia relacionada a toxinas	<ul style="list-style-type: none"> O abuso de substâncias (por exemplo, cocaína, maconha) ou intoxicação (por exemplo, monóxido de carbono) são percebidos na história. Isso deve ser considerado quando os sintomas são atípicos, e as circunstâncias etárias/sociais podem sugerir que a exposição a toxinas seja uma possibilidade teórica. 	<ul style="list-style-type: none"> A urinálise demonstrará a presença de uma toxina como a cocaína. Testes específicos no local são indicados quando existe a possibilidade de intoxicação por monóxido de carbono.
Disfunção da articulação temporomandibular	<ul style="list-style-type: none"> O exame clínico (palpação, movimento) deve bastar para confirmar ou excluir a articulação temporomandibular como fonte de dor. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Apneia obstrutiva do sono	<ul style="list-style-type: none"> Pode se manifestar como cefaleia no início da manhã, acompanhada de náuseas e anorexia, em uma criança que ronca à noite, com excitação noturna e sonolência durante o dia. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Cefaleia por uso excessivo de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> Os adolescentes têm um risco elevado. O uso diário (ou quase diário) de analgésicos deve levar o médico a considerar esse diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.

Critérios de diagnóstico

Classificação Internacional das Cefaleias, 3ª edição (versão beta): enxaqueca sem aura^[1]

A. Pelo menos cinco ataques preenchendo os critérios B a D

B. Ataques de cefaleia que duram 4 a 72 horas (em crianças e adolescentes com menos de 18 anos, os ataques podem durar 2 a 72 horas)

C. A cefaleia apresenta pelo menos duas das seguintes características:

- Localização unilateral/bilateral/frontotemporal, geralmente não occipital
- Qualidade pulsátil
- Intensidade moderada ou grave
- Agravamento decorrente de atividade física rotineira ou que impeça tal atividade

D. Durante a cefaleia, pelo menos uma das seguintes características:

- Náuseas e/ou vômitos
- Fotofobia e fonofobia

E. Não atribuível a outros transtornos

Abordagem passo a passo do tratamento

A ênfase no plano de tratamento deve estar na redução da frequência, duração e intensidade da cefaleia e da incapacidade associada, e o tratamento deve ser adaptado a cada indivíduo.[23] Há poucos dados controlados para dar suporte ao uso da maioria dos medicamentos atualmente aprovados para o tratamento da enxaqueca pediátrica. Isso tem gerado uma tendência a extrapolar os dados de testes com adultos ou a usar experiências anedóticas pessoais para considerar o uso de qualquer medicamento. As expectativas de sucesso do tratamento devem levar em conta o nível em que os fatores psicológicos estão contribuindo para os sintomas. Embora as evidências que dão suporte à relevância disso sejam conflitantes, existe uma corrente de opinião que defende, muito razoavelmente, que os fatores psicológicos desempenham um papel significativo em influenciar a percepção sintomatológica e o sucesso ou a falha do tratamento prescrito.[24] As evidências para dar suporte a isso incluem o significativo efeito do placebo, observado em muitos dos dados publicados sobre intervenções farmacológicas específicas.[25] Nem todos os tratamentos funcionam para todos os pacientes, e alguns deles nem sequer responderão àqueles medicamentos para os quais existe a evidência mais clara disponível a partir de ensaios controlados que dão suporte a seu uso.

Manejo de episódios agudos

A autoadministração de analgésicos simples, como paracetamol e ibuprofeno em doses adequadas, é uma primeira abordagem razoável para o tratamento de paroxismos agudos.[26] [27] Não há evidências de benefícios advindos de estudos de pesquisas bem desenhadas, já que, nos ensaios publicados até agora, prevalecem altas taxas de supressão (17%) e falha em relatar os resultados antes de seu cruzamento. Isso pode ter introduzido um viés que se deve aos efeitos da continuação do tratamento após o cruzamento e se deve também a supressões desiguais entre os grupos. Há poucas evidências de que o paracetamol seja mais eficaz que o ibuprofeno, e ambos podem induzir a cefaleia por uso excessivo de analgésicos se utilizados frequentemente. Os efeitos adversos com paracetamol são raros, embora uma superdosagem possa causar danos ao fígado; ocasionalmente, o ibuprofeno pode resultar em distúrbio gastrointestinal e reações de hipersensibilidade em uma minoria.

Se analgésicos simples forem ineficazes, a codeína é o possível próximo passo (e o último recurso) a ser tomado por alguns médicos, embora seja contraindicada em crianças com idade inferior a 12 anos e não recomendada em adolescentes com idade entre 12 e 18 anos que são obesos ou têm afecções como apneia obstrutiva do sono ou doença pulmonar grave, pois ela pode aumentar o risco de problemas respiratórios.[28] Ela geralmente é recomendada somente para o tratamento de dor aguda moderada que não obtém resposta com outros analgésicos, em crianças com 12 anos de idade ou mais.[29] [30] Faltam evidências fortes quanto ao benefício, e o risco de efeitos adversos é alto. Sedação e constipação são efeitos adversos relativamente comuns, e ocorre depressão respiratória na superdosagem. Deve ser usada na mínima dose eficaz no menor período de tempo e o tratamento deve ser limitado a 3 dias.[29] [30]

Em crianças com paroxismos que incluem vômitos, um antiemético como a ciclizina pode ajudar a aliviar esses sintomas e melhorar a eficácia das outras terapias orais. Nos ataques, recomenda-se a administração desses agentes o quanto antes.

Para crianças com sintomas refratários, pode-se considerar um agonista 5-HT₁, como a sumatriptana intranasal. Os ensaios publicados até agora (embora em pequeno número de pacientes) parecem endossar o uso da sumatriptana intranasal, e ela tem licença de uso no Reino Unido em crianças com 12 anos de idade ou mais.[27] 1[A]Evidence Deve ser usada o mais rápido possível em um ataque. Os efeitos adversos (transtornos do paladar e do olfato) foram reportados em cerca de 20% dos usuários.

Poucos dados dão suporte ao uso de sumatriptana oral, mas ela tem licença para ser utilizada no Reino Unido em crianças com 6 anos de idade ou mais e pode ser usada off-label em outras áreas.[13] [31] [32] [33]

Além da sumatriptana, a base de evidências está se expandindo lentamente para dar suporte ao uso de outros medicamentos da mesma classe. Atualmente, os dados são insuficientes para recomendar o uso da zolmitriptana oral.[26] No entanto, descobriu-se em um estudo que a zolmitriptana intranasal é superior ao placebo para proporcionar algum alívio dos sintomas da enxaqueca em adolescentes e foi bem tolerada. Os efeitos colaterais mais comuns foram distúrbio do paladar, desconforto nasal e congestão nasal, afetando aproximadamente 20% dos pacientes.[34] A rizatriptana oral tem licença para uso nos EUA (em crianças de 6 anos de idade ou mais), mas não no Reino Unido, embora ainda não haja evidências que endossem seu uso de modo inequívoco na população pediátrica.[35] [36] [37] A almotriptana oral tem licença para ser utilizada em adolescentes (12 anos de idade ou mais) nos EUA, mas não está disponível em alguns outros países. As evidências do benefício clínico vêm de um ensaio duplo-cego controlado com placebo e com grupo paralelo de pacientes com idades entre 12 e 17 anos.[38] Os outros únicos dados pediátricos publicados estão limitados a dois pequenos estudos abertos.[39] [40]

Para os ataques agudos, existem algumas evidências de ensaios que dão suporte ao uso de uma terapia combinada que inclui um triptano e um anti-inflamatório não esteroideal (AINE).[41]

Manejo de episódios recorrentes

Quando a frequência e a intensidade dos ataques de enxaqueca interferem na vida escolar e social, pode-se indicar um tratamento medicamentoso preventivo, sobretudo se os analgésicos simples de venda livre são ineficazes na interrupção dos ataques.[42]

Caso haja necessidade de terapia medicamentosa profilática, recomenda-se evitar a polimedicação. O uso de cada agente deve ser revisado após uma tentativa inicial de profilaxia de cerca de 3 meses. Caso não haja melhora nos sintomas, o agente selecionado deve ser descontinuado e deve-se considerar uma alternativa. Provavelmente, é melhor evitar o uso da profilaxia de longo prazo em crianças, se conveniente. Os agentes com aparentes benefícios para determinadas crianças devem ser interrompidos periodicamente (ao menos uma vez por ano), e os sintomas devem ser revisados para avaliar se a profilaxia ainda é necessária.

As evidências disponíveis para dar suporte ao uso de agentes profiláticos estão se fortalecendo lentamente, mas ainda não está claro quais agentes oferecem a melhor perspectiva de uma resposta terapêutica. Os agentes que podem ser considerados incluem o propranolol, o pizotifeno e o topiramato. As evidências dos benefícios do propranolol nos estudos publicados são conflitantes, e ele não deve ser usado em crianças com asma. Atletas (que precisam de adrenalina para seu desempenho) podem ficar relutantes em usá-lo. Há pouquíssimas evidências disponíveis para dar suporte ao uso rotineiro do pizotifeno; no entanto, ele é amplamente prescrito em países onde ainda está disponível.[2][C]Evidence O topiramato foi avaliado em vários estudos e, com base nos resultados de alguns deles, descobriu-se que esse medicamento é benéfico. No entanto, os resultados variam entre os ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) e as medidas de desfecho analisadas; por isso, não se pode fazer nenhuma recomendação para apoiar seu uso.[43] 3[C]Evidence O topiramato foi aprovado nos EUA para a prevenção de cefaleia enxaquecosa em adolescentes entre 12 e 17 anos.

A persistência dos ataques debilitantes pode justificar o uso de outros agentes: a amitriptilina, o ácido valproico, a carbamazepina e a gabapentina são alternativas, embora seja necessário que a

iniciação em cada um deles seja feita por um especialista e que haja um monitoramento cuidadoso dos efeitos adversos. A amitriptilina é preferível à terapia anticonvulsivante e, em casos altamente resistentes, o verapamil e a indometacina também devem ser considerados.[2] Em 2018, a European Medicines Agency (EMA) concluiu uma revisão do valproato e seus análogos, recomendando que tais medicamentos sejam contraindicados para profilaxia de enxaqueca durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[44] Nos EUA, o valproato e seus análogos são contraindicados para profilaxia de enxaqueca em gestantes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[44]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)		
episódio agudo		
	1a	analgésicos
	adjunto	antieméticos
	2a	agonista 5-HT1 (triptano)
	adjunto	ibuprofeno

Em curso (resumo)		
a frequência e a intensidade do ataque têm impacto na qualidade de vida e na assiduidade escolar		
	1a	profilaxia com propranolol ou pizotifeno
	2a	profilaxia com topiramato
	3a	profilaxia com outros anticonvulsivantes ou amitriptilina
	4a	profilaxia com verapamil ou indometacina

Opções de tratamento

Agudo

episódio agudo

1a

analgésicos

Opções primárias

» **paracetamol**: 10-15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 75 mg/kg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia

Opções secundárias

» **fosfato de codeína**: crianças ≥ 12 anos de idade: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A administração de analgésicos simples em doses adequadas é uma primeira abordagem razoável para o tratamento de paroxismos agudos. O paracetamol ou ibuprofeno^{4[C]}Evidence são considerados opções de primeira linha para crianças.

» Se analgésicos simples forem ineficazes, a codeína é o possível próximo passo (e o último recurso) a ser tomado por alguns médicos, embora seja contraindicada em crianças com idade inferior a 12 anos e não recomendada em adolescentes com idade entre 12 e 18 anos que são obesos ou têm afecções como apneia obstrutiva do sono ou doença pulmonar grave, pois ela pode aumentar o risco de problemas respiratórios.^[28] Ela geralmente é recomendada somente para o tratamento de dor aguda moderada que não obtém resposta com outros analgésicos, em crianças com 12 anos de idade ou mais.^{[29] [30]} Faltam evidências fortes quanto ao benefício, e o risco de efeitos adversos é alto. Sedação e constipação são efeitos adversos relativamente comuns, e ocorre depressão respiratória na superdosagem. Deve ser usada na mínima dose eficaz no menor período de tempo e o tratamento deve ser limitado a 3 dias.^{[29] [30]}

adjunto

antieméticos

Opções primárias

Agudo

» **ciclizina**: crianças ≥ 6 anos de idade: 25 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 75 mg/dia

» A ciclizina (um anti-histamínico) pode ser usada em crianças que sofrem de náuseas e/ou vômitos como parte do quadro clínico. Recomenda-se a administração logo no início dos ataques.

2a agonista 5-HT₁ (triptano)

Opções primárias

» **sumatriptana nasal**: crianças ≥ 12 anos de idade: 10 mg em uma narina em dose única, pode repetir em 2 horas, máximo de 20 mg/dia

Opções secundárias

» **rizatriptana**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **almotriptana**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **zolmitriptana nasal**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Para crianças com sintomas refratários, pode-se considerar um agonista 5-HT₁. A escolha do agente dependerá das normas de licenciamento locais. Utilize-os o mais rápido possível após o início de um ataque.

» Os ensaios publicados até agora (embora em pequeno número de pacientes) parecem endossar o uso da sumatriptana intranasal, e ela tem licença de uso no Reino Unido em crianças com 12 anos de idade ou mais.¹[A]Evidence Em muitas crianças, o paladar pode ser um fator limitante para o uso.

» A rizatriptana oral tem licença para uso nos EUA (em crianças de 6 anos de idade ou mais), mas não no Reino Unido, embora ainda não haja evidências que endossem seu uso de modo inequívoco na população pediátrica.^{[35] [36] [37]}

» A almotriptana oral tem licença para ser utilizada em adolescentes (12 anos de idade ou mais) nos EUA, mas não está disponível em

Agudo

alguns outros países. As evidências do benefício clínico vêm de um ensaio duplo-cego controlado com placebo e com grupo paralelo de pacientes com idades entre 12 e 17 anos.[38] Os outros únicos dados pediátricos publicados estão limitados a dois pequenos estudos abertos.[39] [40]

» Atualmente, os dados são insuficientes para recomendar o uso da zolmitriptana oral.[26] No entanto, descobriu-se em um estudo que a zolmitriptana intranasal é superior ao placebo para proporcionar algum alívio dos sintomas da enxaqueca em adolescentes e foi bem tolerada.[34]

» Poucos dados dão suporte ao uso de sumatriptana oral, mas ela tem licença para ser utilizada no Reino Unido em crianças com 6 anos de idade ou mais e pode ser usada off-label em outras áreas.[13] [31] [32] [33]

adjunto **ibuprofeno**

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia

» Para os ataques agudos, existem algumas evidências de ensaios que dão suporte ao uso de uma terapia combinada que inclui um triptano e um anti-inflamatório não esteroide (AINE).[41]

Em curso

a frequência e a intensidade do ataque têm impacto na qualidade de vida e na assiduidade escolar

1a **profilaxia com propranolol ou pizotifeno**

Opções primárias

» **propranolol**: 0.5 a 1 mg/kg/dia por via oral administrado em doses fracionadas a cada 8 horas

Opções secundárias

» **pizotifeno**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

» O propranolol é usado como agente profilático, embora as evidências dos estudos publicados sejam conflitantes. Ele não deve ser usado em crianças com asma, e os atletas (que precisam de adrenalina para seu desempenho) podem

Em curso

ficar relutantes em usá-lo. Inicie com a dosagem mais baixa e aumente conforme necessário e de acordo com a resposta, e conforme os efeitos adversos permitirem.

» Há pouquíssimas evidências disponíveis para dar suporte ao uso rotineiro do pizotifeno; no entanto, ele é amplamente prescrito em países como o Reino Unido, como tentativa de profilaxia.^{2[C]}[Evidence](#) No entanto, o fabricante está descontinuando esse medicamento em alguns países por razões comerciais e ele pode não estar mais disponível.

2a profilaxia com topiramato

Opções primárias

» [topiramato](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

» O topiramato foi aprovado nos EUA para a prevenção de cefaleia enxaquecosa em adolescentes entre 12 e 17 anos.

» Todos os agentes devem ser iniciados após uma conversa com um neurologista pediátrico ou sob sua supervisão.

» A explicação cuidadosa dos possíveis efeitos adversos, aí incluídos os que necessitam de uma avaliação médica urgente, também é importante.

3a profilaxia com outros anticonvulsivantes ou amitriptilina

Opções primárias

» [ácido valproico](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

OU

» [gabapentina](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

OU

» [carbamazepina](#): consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

OU

» [amitriptilina](#): 0.25 a 1 mg/kg/dia por via oral administrado ao deitar

Em curso

- » Todos os agentes devem ser iniciados após uma conversa com um neurologista pediátrico ou sob sua supervisão.
- » A explicação cuidadosa dos possíveis efeitos adversos, aí incluídos os que necessitam de uma avaliação médica urgente, também é importante.
- » Com este medicamento, existe o risco de efeitos adversos anticolinérgicos (por exemplo, constipação, hesitação urinária, visão turva, taquicardia), e o aconselhamento pré-tratamento deve incluir uma discussão sobre tais efeitos.
- » Alguns sentem sedação, por isso, aconselha-se iniciar com dosagem de uma vez ao dia, ao fim do dia.
- » A dosagem e sua frequência podem ser aumentadas conforme necessário e conforme tolerado.
- » Em 2018, a European Medicines Agency (EMA) concluiu uma revisão do valproato e seus análogos, recomendando que tais medicamentos sejam contraindicados para profilaxia de enxaqueca durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[44] Nos EUA, o valproato e seus análogos são contraindicados para profilaxia de enxaqueca em gestantes. Tanto na Europa quanto nos EUA, o valproato e seus análogos não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[44]

4a profilaxia com verapamil ou indometacina**Opções primárias**

- » **verapamil**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

OU

- » **indometacina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

- » O uso desses agentes para esta indicação deve ser supervisionado por um neurologista pediátrico.
- » A explicação cuidadosa dos possíveis efeitos adversos, aí incluídos os que necessitam de uma avaliação médica urgente, também é importante.

Novidades

Flunarizina

Atualmente, a flunarizina não está licenciada para a prevenção de enxaquecas em crianças; no entanto, existem algumas evidências limitadas, em um estudo, de que a flunarizina é eficaz.[45] Nesse estudo, o número necessário para tratar uma redução de 50% na frequência e na duração da cefaleia foi de 2. O outro único estudo controlado por placebo publicado só relatou resultados em modo gráfico, o que fez com que eles não fossem passíveis de um exame detalhado.[46] Pode funcionar prejudicando a ativação do mecanismo de inflamação neurogênica e aumentando o limiar da dor. Geralmente, um tratamento de três meses é considerado adequado para se avaliar a eficácia.

Recomendações

Monitoramento

Os sintomas devem ser revisados a cada 3 a 6 meses a fim de avaliar com eficácia a frequência e a intensidade dos ataques. Em cada revisão clínica, também se deve considerar cuidadosamente os benefícios e/ou efeitos adversos de quaisquer intervenções farmacêuticas.

Instruções ao paciente

A avaliação inicial deve fornecer esclarecimentos sobre o nível de ansiedade do paciente e da família que podem contribuir para a percepção dos sintomas e deve facilitar a definição de expectativas realísticas de tratamento.

Antes do início do tratamento, é útil definir qual é a perspectiva de sucesso dos pais e do paciente: por exemplo, redução na ausência escolar, número de dias sem sintomas por mês.

Os pacientes também podem ser instruídos a evitar quaisquer possíveis fatores desencadeantes, como queijo e chocolate, se estes parecerem estar associados às enxaquecas. Também é importante estabelecer se o estresse é um fator contribuinte, e deve-se seguir alguns passos para reduzi-lo.

As mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia, a European Medicines Agency (EMA) declara que tal programa deve incluir:[44]

- uma avaliação do potencial da paciente para engravidar
- testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário
- aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento
- uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano
- um formulário de reconhecimento dos riscos ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
efeitos negativos na vida escolar	curto prazo	média
Geralmente remitem dentro de meses assim que o tratamento é iniciado e os sintomas se reduzem.		

Prognóstico

Não existem dados confiáveis em relação ao prognóstico de enxaqueca pediátrica diagnosticada pelos critérios da International Headache Society (IHS). Pode ocorrer remissão espontânea após a puberdade, e as cefaleias enxaquecosas podem cessar antes dos 25 anos de idade em 23% das pessoas, embora, até os 50 anos de idade, >50% das pessoas continuem sendo afetadas. Esse estudo antecede os critérios de diagnóstico da IHS.[9] Existem também evidências de que a enxaqueca que se desenvolve durante a adolescência tende a continuar na vida adulta, embora os ataques tendam a ser menos frequentes e intensos nas fases posteriores da vida.[47]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Headaches in over 12s: diagnosis and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain

Publicado por: Danish Headache Society

Última publicação em:
2012

Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication-overuse headache

Publicado por: British Association for the Study of Headache

Última publicação em:
2010

Internacional

International classification of headache disorders (version 3)

Publicado por: International Headache Society

Última publicação em:
2018

The diagnosis of brain tumours in children: a guideline to assist healthcare professionals in the assessment of children who may have a brain tumour

Publicado por: Archives of Disease in Childhood

Última publicação em:
2010

América do Norte

ACR appropriateness criteria: headache - child

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Headaches in over 12s: diagnosis and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Europa

Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain

Publicado por: Danish Headache Society

Última publicação em:
2012

Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication-overuse headache

Publicado por: British Association for the Study of Headache

Última publicação em:
2010

EFNS guideline on the drug treatment of migraine: revised report of an EFNS task force

Publicado por: European Federation of Neurological Societies

Última publicação em:
2009

Internacional

Aids for management of common headache disorders in primary care

Publicado por: WHO; European Headache Federation

Última publicação em:
2007

América do Norte

Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents

Publicado por: American Academy of Neurology

Última publicação em:
2004

Nível de evidência

1. Alívio dos sintomas: existem evidências de alta qualidade de que a sumatriptana intranasal é mais eficaz que o placebo na redução dos sintomas de enxaqueca em crianças até 17 anos de idade.
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Alívio dos sintomas: não há evidências de estudos bem conduzidos de que o pizotifeno seja benéfico no tratamento da enxaqueca pediátrica, embora ele seja amplamente utilizado para essa indicação.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Alívio dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que o topiramato pode ser mais eficaz que o placebo na redução da frequência da cefaleia em 3 a 5 meses. No entanto, os resultados variaram entre os ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) e a medida de desfecho analisada.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Alívio dos sintomas: há evidências de baixa qualidade de que o ibuprofeno pode ser mais eficaz que o placebo para o alívio da dor em crianças com enxaqueca.
Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Ryan S. Medicines for migraine. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2007 Apr;92(2):ep50-5.
- Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2014; (5):CD003968. [Texto completo](#)
- Richer L, Billinghamurst L, Linsdell MA, et al. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(4):CD005220. [Texto completo](#)

Referências

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013 Jul;33(9):629-808. [Texto completo](#)
2. Ryan S. Medicines for migraine. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2007 Apr;92(2):ep50-5.
3. Goadsby PJ. To scan or not to scan in headache. BMJ. 2004 Aug 28;329(7464):469-70. [Texto completo](#)
4. Migraine. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2000:1832-34.
5. Stewart WF, Linet MS, Celentano DD, et al. Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura. Am J Epidemiol. 1991 Nov 15;134(10):1111-20.
6. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine headache in the United States. JAMA. 1992 Jan 1;267(1):64-9.
7. Mortimer MJ, Kay J, Gawkrödger DJ, et al. The prevalence of headache and migraine in atopic children: an epidemiological study in general practice. Headache. 1993;33:427-431.
8. Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. Headache. 1994;34:319-328.
9. Bille B. Migraine in schoolchildren. Acta Paediatr Suppl. 1962;136:1-151.
10. Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 year olds. Headache. 1977;17:173-180.
11. Evers S. Drug treatment of migraine in children. A comparative review. Paediatr Drugs 1999;1:7-18.
12. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, et al. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. JAMA. 1989;261:2211-2216.

13. Barnes N, Millman G, James E. Migraine headache in children. *Clin Evid*. 2006 Jun;(15):469-75.
14. Bussone G. Pathophysiology of migraine. *Neurol Sci*. 2004;25 Suppl 3:S239-S241.
15. Ferrari MD. Migraine. *Lancet*. 1998;351;1043-1051.
16. Stewart WF, Staffa J, Lipton RB, et al. Familial risk of migraine: a population-based study. *Ann Neurol*. 1997 Feb;41(2):166-72.
17. Rothner AD. Childhood migraine: clinical features, classifications and diagnostic criteria. In: Abu-Arefeh I, ed. *Childhood headache*. London: MacKeith Press; 2002:54-65.
18. Hamalainen ML. Medical and dietary management of headache and migraine. In: Abu-Arefeh I, ed. *Childhood headache*. London: MacKeith Press; 2002:136-48.
19. Passchier J, Orlebeke JF. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia*. 1985 Sep;5(3):167-76.
20. Amery WK, Vandenberg V. What can precipitating factors teach us about the pathogenesis of migraine? *Headache*. 1987 Mar;27(3):146-50.
21. Barnes NP, Jayawant S. Migraine. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2005;90:ep53-ep57. [Texto completo](#)
22. Wilne S, Koller K, Collier J, et al. The diagnosis of brain tumours in children: a guideline to assist healthcare professionals in the assessment of children who may have a brain tumour. *Arch Dis Child*. 2010 Jul;95(7):534-9.
23. Bonfert M, Straube A, Schroeder AS, et al. Primary headache in children and adolescents: update on pharmacotherapy of migraine and tension-type headache. *Neuropediatrics*. 2013 Feb;44(1):3-19.
24. Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (5):CD003968. [Texto completo](#)
25. Bruijn J, Locher H, Passchier J, et al. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review. *Pediatrics*. 2010 Aug;126(2):323-32.
26. Silver S, Gano D, Gerretsen P. Acute treatment of paediatric migraine: a meta-analysis of efficacy. *J Paediatr Child Health*. 2008 Jan;44(1-2):3-9.
27. Richer L, Billingham L, Linsdell MA, et al. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(4):CD005220. [Texto completo](#)
28. US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children; recommends against use in breastfeeding women. April 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)

29. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. Codeine: restricted use as analgesic in children and adolescents after European safety review. Drug Safety Update. 2013 June;6(11):S1. [Texto completo](#)
30. European Medicines Agency. Restrictions on use of codeine for pain relief in children - CMDh endorses PRAC recommendation. June 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
31. Brenner M, Lewis D. The treatment of migraine headaches in children and adolescents. J Pediatr Pharmacol Ther. 2008 Jan;13(1):17-24. [Texto completo](#)
32. Damen L, Bruijn JK, Verhagen AP, et al. Symptomatic treatment of migraine in children: a systematic review of medication trials. Pediatrics. 2005 Aug;116(2):e295-302. [Texto completo](#)
33. Eiland LS, Hunt MO. The use of triptans for pediatric migraines. Paediatr Drugs. 2010 Dec 1;12(6):379-89.
34. Lewis DW, Winner P, Hershey AD, et al; Adolescent Migraine Steering Committee. Efficacy of zolmitriptan nasal spray in adolescent migraine. Pediatrics. 2007 Aug;120(2):390-6.
35. Winner P, Lewis D, Visser WH, et al; Rizatriptan Adolescent Study Group. Rizatriptan 5 mg for the acute treatment of migraine in adolescents: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Headache. 2002 Jan;42(1):49-55.
36. Bailey B, McManus BC. Treatment of children with migraine in the emergency department: a qualitative systematic review. Pediatr Emerg Care. 2008 May;24(5):321-30.
37. Ho TW, Pearlman E, Lewis D, et al. Efficacy and tolerability of rizatriptan in pediatric migraineurs: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial using a novel adaptive enrichment design. Cephalalgia. 2012 Jul;32(10):750-65.
38. Linder SL, Mathew NT, Cady RK, et al. Efficacy and tolerability of almotriptan in adolescents: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Headache. 2008 Oct;48(9):1326-36.
39. Charles JA. Almotriptan in the acute treatment of migraine in patients 11-17 years old: an open-label pilot study of efficacy and safety. J Headache Pain. 2006 Apr;7(2):95-7. [Texto completo](#)
40. Berenson F, Vasconcellos E, Pakalnis A, et al. Long-term, open-label safety study of oral almotriptan 12.5 mg for the acute treatment of migraine in adolescents. Headache. 2010 May;50(5):795-807.
41. Derosier FJ, Lewis D, Hershey AD, et al. Randomized trial of sumatriptan and naproxen sodium combination in adolescent migraine. Pediatrics. 2012 Jun;129(6):e1411-20.
42. Eiland LS, Jenkins LS, Durham SH. Pediatric migraine: pharmacologic agents for prophylaxis. Ann Pharmacother. 2007 Jul;41(7):1181-90.
43. El-Chammas K, Keyes J, Thompson N, et al. Pharmacologic treatment of pediatric headaches: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2013 Mar 1;167(3):250-8. [Texto completo](#)

44. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. EMA/145600/2018. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
45. Sorge F, Marano E. Flunarizine v. placebo in childhood migraine. A double-blind study. *Cephalalgia*. 1985;5(suppl 2):145-148.
46. Sorge F, De Simone R, Marano E, et al. Flunarizine in prophylaxis of childhood migraine. A double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Cephalalgia*. 1988;8:1-6.
47. Pearce JM. Migraine. In: Weatherall DJ, Ledingham JG, Warrell DA, eds. *Oxford textbook of medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1996:4024-4026.
48. McGrath PJ, Humphreys P, Keene D, et al. The efficacy of a self-administered treatment for adolescent migraine. *Pain*. 1992;49:321-324.
49. Blau JN, Thavapalan M. Preventing migraine: a study of precipitating factors. *Headache*. 1988;28:481-483.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Nick Barnes, MBBS, BSc, MRCP, MRCPCH

Consultant Paediatrician

Northampton General Hospital, Northampton, UK

DIVULGAÇÕES: NB declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Kenneth Mack, MD, PhD

Medical Director

Mayo Clinic Pediatric Center, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: KM declares that he has no competing interests.

Tony McShane, MBBS

Consultant Paediatric Neurologist

John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

DIVULGAÇÕES: TM declares that he has no competing interests.

Sandeep Jayawant, MBBS

Consultant Paediatric Neurologist

John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

DIVULGAÇÕES: SJ declares that he has no competing interests.

Howard S. Jacobs, MD

Associate Professor

Co-Director Pediatric Headache Clinic, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: HSJ declares that he has no competing interests.