



# RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

## ARTIGO DE REVISÃO

## Cefaleias na adolescência

### *Headache among adolescents*

Adriana Rocha Brito<sup>1</sup>

#### Palavras-chave:

adolescentes,  
cefaleia,  
transtornos de  
enxaqueca.

#### Resumo

Cefaleia é uma das queixas mais comuns na adolescência e pode se apresentar como uma condição incapacitante, causando prejuízo substancial na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. A anamnese cuidadosa e o exame físico detalhado são essenciais para o diagnóstico correto do tipo de cefaleia. É preciso diferenciar entre etiologia primária e sintomática, pois, neste caso, a conduta é direcionada para a causa secundária. A enxaqueca e a cefaleia do tipo tensão são cefaleias primárias e são as causas mais frequentes de queixa de dor de cabeça nos adolescentes. O tratamento do adolescente com queixa de dor de cabeça recorrente ou crônica deve ter o objetivo de reduzir a frequência e a intensidade das crises, melhorando a qualidade de vida desses jovens. Todo adolescente com queixa de cefaleia deve ser acompanhado cuidadosamente, especialmente aqueles em uso de medicamentos profiláticos, visando à segurança do tratamento fornecido. Este artigo visa contemplar importantes aspectos da cefaleia nos adolescentes.

#### Keywords:

adolescents,  
headache,  
migraine disorders.

#### Abstract

Headache is one of the most common complaints in adolescence and may present as a disabling condition, causing substantial loss in quality of life of affected individuals. A careful history and physical examination are essential for the correct diagnosis of the type of headache. One should differentiate between primary and symptomatic etiology, in which case the conduct is directed to the secondary cause. Migraine and tension-type headaches are primary headaches and are the most common causes of headache complaints in adolescents. Teenager treatment with recurrent or chronic headache complaint must have the objective of reducing the frequency and intensity of crises, improving the quality of life. Every teenager with headache complaints should be carefully monitored, especially those using prophylactic drugs, for the safety of the treatment provided. This article aims to encompass important aspects of headache in adolescents.

<sup>1</sup>Neuropediatra e Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Federal Fluminense.

#### Endereço para correspondência:

Adriana Rocha Brito.

Hospital Universitário Antônio Pedro Departamento Materno-Infantil. Rua Marquês do Paraná, 303, Centro, Niterói, RJ, Brasil, CEP: 24033-900.

## INTRODUÇÃO

Cefaleia é uma das queixas mais prevalentes entre os adolescentes e pode se apresentar como uma condição incapacitante, causando prejuízo substancial na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Uma análise de estudos epidemiológicos realizados nos últimos 25 anos em crianças e adolescentes mostrou que a prevalência média global estimada de dor de cabeça foi 54,4% e a da enxaqueca foi de 9,1%<sup>1</sup>.

A avaliação de 411 publicações sobre prevalência das cefaleias na adolescência relatou que ela cresce com o aumento da idade e que de 66 a 71% dos adolescentes entre 12 e 15 anos de idade tem ao menos um episódio de cefaleia a cada três meses, e de 33 a 40% tem ao menos um por semana<sup>2</sup>.

## CAUSAS E CLASSIFICAÇÃO

Há mais de 200 tipos de cefaleia descritos na Classificação Internacional das Cefaleias publicada pela Sociedade Internacional de Cefaleia em 2013<sup>3</sup>. A anamnese cuidadosa e exame físico detalhado são essenciais para o diagnóstico correto. Na anamnese, devemos conhecer a duração da queixa, a frequência e duração da dor, sua localização, o tipo e a intensidade, os sintomas associados, o histórico familiar e os fatores precipitantes e de alívio. O exame físico minucioso deve avaliar a possibilidade de uma doença sistêmica e o exame neurológico é fundamental para excluir sinais de irritação meníngea, sinais neurológicos de localização ou de hipertensão intracraniana.

A cefaleia em adolescentes pode ter muitas causas, sendo relevante definir se estamos diante de cefaleia primária ou sintomática, esta última secundária a patologias definidas<sup>4</sup>. As principais causas secundárias são infecção do sistema nervoso central, infecção sistêmica, trauma craniano, hipertensão intracraniana, hemorragia, trombose e embolia, neoplasia intracraniana, doença intracraniana inflamatória não infecciosa, cefaleia atribuída ao uso de uma substância como álcool, cocaína, alimentos e/ou aditivos (como glutamato monossódico), uso excessivo de analgésicos ou ainda a privação de cafeína ou de alguma substância de uso crônico, a hipertensão arterial, o jejum, além de distúrbios no crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios paranasais, dentes e boca<sup>3</sup>. Não foi observada nenhuma associação consistente entre o uso frequente de aparelhos eletrônicos, extremamente comum nos adolescentes hoje em dia, e a prevalência dos diversos tipos de cefaleia<sup>5</sup>.

As indicações para realização de exame de imagem são<sup>4,6</sup>: cefaleia grave de início recente, aumento na frequência e na intensidade da dor ao longo do tempo, cefaleia que acorda o jovem de madrugada ou pela manhã, cefaleia occipital, cefaleia persistentemente unilateral, disfunção neurológica, exame neurológico alterado, coexistência de crises convulsivas, mudança de personalidade ou problemas de comportamento recente e mudança na característica da dor em paciente previamente diagnosticado com cefaleia primária.

É recomendado ao paciente que seja preenchido um diário, no qual são registradas as principais características de cada episódio de dor, permitindo uma avaliação mais rigorosa dos sintomas apresentados.

A enxaqueca e a cefaleia do tipo tensão são cefaleias primárias e as causas mais frequentes de queixa de dor de cabeça nos adolescentes.

A enxaqueca é um tipo recorrente de cefaleia e é classificada em enxaqueca comum, com aura, crônica (aparece em  $\geq 15$  dias por mês durante  $> 3$  meses) e provável (carece de uma característica para preencher todos os critérios dos subtipos anteriores). A enxaqueca comum exige a presença de pelo menos 5 episódios de dor com duração entre 2 e 72 horas e a presença de 2 das 4 características: localização unilateral, pulsátil, dor moderada ou grave ou ser agravada por atividade física de rotina. Há a associação com náuseas e/ou vômitos e/ou fotofobia e fonofobia. É importante lembrar que a enxaqueca em adolescentes é mais frequentemente bilateral, comparada aos adultos. Em geral, a cefaleia unilateral surge no final da adolescência<sup>3</sup>. A enxaqueca sem aura muitas vezes tem relação com a menstruação<sup>7</sup>.

Para o diagnóstico da enxaqueca com aura é necessária a presença de ao menos um dos seguintes sintomas reversíveis: visual (é o mais comum), sensitivo, fala e/ou linguagem, motor, de tronco cerebral e retiniano, e ao menos 2 das 4 características: pelo menos um sintoma de aura alastrando gradualmente em 5 ou mais minutos e/ou 2 ou mais sintomas que aparecem sucessivamente, cada aura individual durando de 5 a 60 minutos, ao menos um sintoma de aura sendo unilateral e a aura é acompanhada ou seguida em 60 minutos por cefaleia<sup>3</sup>.

A cefaleia tipo tensão é dividida atualmente em episódica pouco frequente (um mínimo de 10 episódios ocorrendo  $< 1$  dia por mês em média  $\rightarrow < 12$  dias por ano), episódica frequente (um mínimo de 10 episódios ocorrendo em 1 a 14 dias em média, por  $> 3$  meses  $\rightarrow \geq 12$  dias e  $< 180$  dias por ano), crônica (ocorre num período  $\geq 15$  dias por mês em média, por  $> 3$  meses  $\rightarrow \geq 180$  dias por ano) e provável (em que falta uma das características necessárias para cumprir todos os critérios de um dos subtipos anteriores), podendo estar associada ou não a aumento da sensibilidade dolorosa pericraniana à palpação manual. As cefaleias episódicas duram de 30 minutos a 7 dias, enquanto a crônica dura horas ou dias, podendo ser contínua.

São necessárias pelo menos 2 das 4 características para diagnóstico de cefaleia tipo tensão: localização bilateral, sensação de pressão ou em aperto, intensidade ligeira ou moderada e não ser agravada pela atividade física de rotina. Não há presença de náusea (exceto o tipo crônico que pode cursar com náuseas ligeiras) e/ou vômitos, mas pode estar presente fotofobia ou fonofobia<sup>3</sup>.

É importante alertar que nas crianças e adolescentes as cefaleias primárias (enxaqueca, cefaleia tipo tensão episódica e, sobretudo, a cefaleia tipo tensão crônica) são frequentemente

comórbidas a uma série de condições psiquiátricas, como distúrbios do sono, ansiedade e depressão, problemas de comportamento, da aprendizagem, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, tiques, que, se presentes, devem ser adequadamente tratados<sup>3,8</sup>.

## TRATAMENTO

O tratamento do adolescente com cefaleia crônica ou recorrente deve visar à redução da frequência e da intensidade das crises, com influência benéfica na qualidade de vida desses jovens.

O tratamento da cefaleia secundária deve ser direcionado para a sua causa de base.

A abordagem da cefaleia primária<sup>9</sup> deve levar em conta a identificação de fatores desencadeantes, o tratamento da dor aguda e o uso de medicações preventivas, embora nem todos os pacientes necessitem de terapia farmacológica.

Os principais fatores desencadeantes são ansiedade, depressão, febre, privação do sono, pular refeições, sendo assim recomendada mudança no estilo de vida, quando necessário<sup>10</sup>.

No momento da dor é recomendável que o paciente se deite num ambiente quieto e escuro e tente dormir, pois o sono é o tratamento mais potente contra a enxaqueca. Para o tratamento sintomático, são prescritos analgésicos comuns como acetoaminofeno, anti-inflamatórios não esteroides como ibuprofeno, as ergotaminas e os triptanos<sup>10</sup>. Evidências a partir de estudos realizados em adolescentes sugerem que alguns triptanos são eficazes no tratamento de ataques de enxaqueca aguda, como o sumatriptano, o zolmitriptano, o rizatriptano e o almotriptano<sup>6,11</sup>.

É preciso lembrar que o uso excessivo de analgésicos pode levar à cefaleia por abuso medicamentoso<sup>3</sup> e o paciente deve ser informado a este respeito. Deve-se considerar o uso de medicamento profilático quando o adolescente apresentar mais de 6 episódios por mês<sup>12</sup>, diante de cefaleias prolongadas e enxaqueca incapacitante que não responda adequadamente a outros tratamentos<sup>10</sup>. Os medicamentos preventivos incluem: bloqueadores dos canais de cálcio (flunarizina), anti-hipertensivos (propranolol), antidepressivos (amitriptilina), antiepiléptico (valproato de sódio, topiramato e levitiracetam). A escolha do medicamento deve levar em conta a presença de comorbidades associadas<sup>13</sup>. Ao iniciar tratamento profilático, reavaliar sua necessidade em intervalos de 6 a 12 meses<sup>14</sup>.

Na cefaleia tensional é importantíssimo avaliar a presença simultânea de ansiedade, depressão e estressores psicossociais. A abordagem terapêutica envolve psicoterapia e uso de medicamentos como acetoaminofeno, ibuprofeno, relaxantes musculares, ansiolíticos e antidepressivos.

Tratamentos não farmacológicos como *biofeedback* e técnicas de relaxamento<sup>15,16</sup>, além da terapia cognitivo-comportamental<sup>16</sup>, são bastante úteis, principalmente nos adolescentes<sup>15</sup> enxaquecosos e com cefaleia de tensão<sup>12</sup>.

Os adolescentes com queixa de cefaleia devem ser acompanhados cuidadosamente, especialmente aqueles em uso de medicamentos visando à segurança do tratamento fornecido.

## REFERÊNCIAS

1. Wöber-Bingöl C. Epidemiology of migraine and headache in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(6):341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0341-z>
2. Straube A, Heinen F, Ebinger F, von Kries R. Headache in school children: prevalence and risk factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(48):811-8. PMID: 24333367
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013;33(9):629-808. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0333102413485658>
4. Roser T, Bonfert M, Ebinger F, Blankenburg M, Ertl-Wagner B, Heinen F. Primary versus secondary headache in children: a frequent diagnostic challenge in clinical routine. *Neuropediatrics.* 2013;44(1):34-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332743>
5. Milde-Busch A, von Kries R, Thomas S, Heinrich S, Straube A, Radon K. The association between use of electronic media and prevalence of headache in adolescents: results from a population-based cross-sectional study. *BMC Neurol.* 2010;10:12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2377-10-12>
6. Swaiman K, Ashwal S, Ferriero DM, Schor NF. Swaiman's Pediatric Neurology: Principles & Practice. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p.880-99.
7. Hershey AD. Perimenstrual headache in adolescence. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(5):474-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0288-5>
8. Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, et al. Headache and comorbidity in children and adolescents. *J Headache Pain.* 2013;14:79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1129-2377-14-79>
9. Bonfert M, Straube A, Schroeder AS, Reilich P, Ebinger F, Heinen F. Primary headache in children and adolescents: update on pharmacotherapy of migraine and tension-type headache. *Neuropediatrics.* 2013;44(1):3-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330856>
10. Matarese CA, Mack KJ. Management considerations in the treatment of migraine in adolescents. *Adolesc Health Med Ther.* 2010;1:21-30.
11. Evers S. The efficacy of triptans in childhood and adolescence migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(7):342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0342-y>
12. Termine C, Ozge A, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: therapeutic management. *J Headache Pain.* 2011;12(1):25-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10194-010-0256-6>
13. Kacperski J, Hershey AD. Preventive drugs in childhood and adolescent migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(6):422. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-014-0422-7>
14. Aquino JHW, Fortes FM. Cefaleias na adolescência. *Adolesc Saude.* 2009;6(3):35-40.
15. Sartory G, Müller B, Metsch J, Pothmann R. A comparison of psychological and pharmacological treatment of pediatric migraine. *Behav Res Ther.* 1998;36(12):1155-70. PMID: 9745800 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00081-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00081-3)
16. Clinical answers: are nonpharmacological interventions for migraine effective in children and adolescents? *Evid Based Child Health.* 2013;8(3):754-8.