



O Que Está Faltando no Tratamento da Migrânea da Criança e Adolescente?

H. Massion
Cephalalgia 1997;
Suppl 17: 21-24

por José G. Speciali

A autora faz um sumário da migrânea na infância e adolescência, descrevendo aspectos de prevalência, diagnóstico e tratamento.

Epidemiologia: A migrânea tem prevalência de 5% na infância e a relação menino/menina é cerca de 1:1. A relação migrânea com aura/sem aura não é bem estabelecida, mas é cerca de 1:3. A migrânea aparece mais cedo nos meninos, principalmente a com aura. A migrânea **com aura** se inicia em torno dos 5 anos, nos meninos, e em torno dos 12 anos, nas meninas. A migrânea **sem aura** começa aos 10 anos, nos meninos, e entre os 14 e 17 anos, nas meninas. Prognóstico: não é tão bom quanto se pensa. Desaparece em 60% das crianças, quando se tornam adultos jovens, mas, aos 30 anos, 60% voltam a apresentar a doença, confirmando ser "doença para toda vida" ("life-long"). Limitação das atividades: As crianças perdem em média 2,8 dias de aula/ano e mais dias que os controles com outras doenças. Apenas 15% dos pais levam as crianças aos médicos, pois alegam desconhecer a

doença e as conseqüências de incentivar comportamentos doentios e falta às aulas.

Características da migrânea na infância: A duração da dor é mais curta que no adulto, com mínimo de 1 hora; mais freqüentemente são bilaterais com sintomas autonômicos mais graves. A dor é intensa, necessitando de repouso no leito em 96% das crises, seguido de sono de 0,5 a 16 horas de duração, acordando melhor ou sem dor. As auras, mais freqüentemente que nos adultos, são complexas, com micro/macropsias, metamorfopsias ("Alice no País das Maravilhas"), estados confusivos, e sintomas de migrânea basilar. As crianças com migrânea têm ainda maior prevalência de vertigem paroxística, vômitos cíclicos, dor abdominal recorrente, hemiplegia alternante.

Diagnóstico: É mais difícil que nos adultos, pois as crianças, principalmente as menores, não sabem relatar as características e não há exames confirmatórios. Até hoje há médicos que não sabem que migrânea em crianças é doença muito fre-

qüente e encaminham as que os procuram para oftalmologistas e otorrinolaringologistas. Os médicos que atendem devem gastar a maior parte de seu tempo, após o diagnóstico, na orientação aos pais e às crianças, explicar a doença, eliminar medos de problemas mais graves, trabalhar fatores desencadeantes, orientação alimentar e, se for o caso, pedir exames que descartem outras doenças, que necessitam de tratamentos específicos.

A autora do trabalho prefere tratamento profilático não medicamentoso. Indica *biofeedback* e relaxamento. Prefere o pizotifeno, oxetorona ou amitriptilina, caso falhem as medidas não medicamentosas. Na crise, indica o paracetamol e contra-indica a aspirina, pelo risco de desencadear síndrome de Reye. Utiliza ainda os antiinflamatórios não hormonais, mas não indica derivados do ergot. Associa, às vezes, a domperidona para vômitos. O sumatriptano pode ser usado, em crianças acima de 30kg de peso, na dose de 50mg, mas ainda não há trabalhos confirmando a melhor dose, sua eficácia e segurança.