



ARTIGO DE REVISÃO

Neurologia na adolescência*Neurology in adolescence*

Lucia Fontenelle*

Resumo

Objetivo: esta revisão tem como objetivo oferecer aos pediatras noções atualizadas dos problemas neurológicos que mais frequentemente afligem os adolescentes, pretendendo dar àqueles que vivem em centros e neles trabalham, e que não contam com o especialista, condições para diagnosticar, investigar e tratar a enxaqueca e as crises convulsivas, entre outras queixas comuns.

Métodos: as informações aqui resumidas são resultantes da revisão não-sistemática da literatura médica, somadas à experiência clínica gerada pelo atendimento ambulatorial dos pacientes do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ). Foram citados os artigos de maior relevância.

Resultados: adolescentes que apresentam queixas de natureza neurológica motivam freqüentes idas aos consultórios médicos. Uma porcentagem significativa de adolescentes tem crises convulsivas, cefaléia, distúrbios do comportamento e do aprendizado, entre outros problemas.

Conclusões: a avaliação da maioria desses casos pode dispensar o especialista. Esse artigo procura fornecer aos pediatras instrumentos que permitem diagnosticar e tratar grande parte dessas situações.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S205-S216: cefaléia, convulsões, distúrbios do comportamento, distúrbios do sono, adolescência.

Introdução

As doenças neurológicas que se iniciam na adolescência são, na maioria das vezes, menos agressivas do que aquelas que têm seu começo nos primeiros anos da vida. Entre elas, podem servir de exemplos as epilepsias que, salvo algumas exceções, são bem controladas com os anticonvulsivantes convencionais; as encefalopatias progressivas que, independentemente da sua natureza, costumam ter um curso mais lento e menos debilitante; e os tumores do sistema

Abstract

Objective: to provide pediatricians with updated information about the neurological problems that most frequently affect adolescents, allowing doctors to diagnose, investigate and treat migraine headaches and seizures, and other conditions.

Methods: non-systematic review of medical literature combined with clinical experience acquired at the Martagão Gesteira Institute of Child Care and Pediatrics, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Results: neurological conditions account for an increased frequency of medical appointments among adolescents. A significant number of these patients have seizures, and behavioral and learning disorders.

Conclusions: most cases can be assessed by non-specialists. This article aims at supplying pediatricians with tools that will help them diagnose and treat a great number of the situations.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S205-S216: headache, seizures, behavior disorders, sleep disorders, adolescence.

nervoso (SN) que, apesar de freqüentes nos pacientes abaixo de 15 anos, tendem, nessa faixa etária, a se situarem em locais mais acessíveis à manipulação cirúrgica, determinando, conseqüentemente, melhores resultados terapêuticos.

Nessa revisão, serão abordados os problemas neurológicos que mais comumente colocam frente à frente o adolescente e o pediatra – dor de cabeça, convulsões, alterações do comportamento, distúrbios do sono e síncope. As queixas que podem dispensar avaliação pelo especialista serão comentadas mais detalhadamente, com a finalidade de oferecer ao pediatra meios para diagnosticá-las e tratá-las.

* Professora-adjunta da Faculdade de Medicina da UFRJ. Mestre em Neurologia. Neuropediatra do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ.

Cefaléia

As *cefaléias agudas* exigem atenção médica escrupulosa porque podem ser a queixa principal de doenças que necessitam de diagnóstico imediato e de tratamento específico. Nessas situações, a dor de cabeça costuma estar associada a outros sinais e sintomas que compõem o quadro sindrômico característico da sua natureza, por exemplo: cefaléia e rigidez de nuca nas hemorragias intracranianas; cefaléia, rigidez de nuca e febre nas meningoencefalites; cefaléia e edema de papila na hipertensão intracraniana. Assim, o pediatra conta com elementos clínicos que facilitam o diagnóstico, apontam para a investigação a ser seguida e definem o tratamento indicado.

Sempre é proveitoso lembrar que a dor de cabeça aguda pode ser secundária a doenças não-neurológicas – algumas que exigem atendimento emergencial como a hipertensão arterial. Portanto, o paciente que se apresentar com esse tipo de queixa deve, sempre, ser avaliado globalmente, sendo a medida da pressão arterial exigência de rotina.

Os casos de cefaléias agudas acompanhadas por sinais neurológicos merecem ser submetidos à neuroimagem e necessitam, invariavelmente, de assistência médica especializada.

Cefaléias crônicas e progressivas também devem ser cuidadosamente avaliadas porque, na maioria das ocasiões, são causadas por processos expansivos cerebrais. Os pacientes que apresentam esse tipo de dor de cabeça precisam de investigação por imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) mesmo quando o exame neurológico não evidenciar sinais deficitários. Há tumores que crescem em “áreas silenciosas” – como o lobo temporal direito – e que podem alcançar tamanho considerável sem manifestar sua localização. A confirmação precoce de uma massa cerebral pode mudar o prognóstico cirúrgico, permitindo uma sobrevida sem seqüelas nos casos dos tumores benignos.

As *dores de cabeça periódicas* são as que mais comumente levam o adolescente aos consultórios. Desde a publicação do fundamental trabalho de Bille¹, que se sabe da porcentagem significativa de escolares que apresenta cefaléia intermitente: cerca de 40% das crianças, até os 7 anos, e cerca de 75%, até os 15, independentemente do tipo e da periodicidade da queixa. Apesar desses dados numéricos, só agora vem sendo despertado o interesse pediátrico pela cefaléia intermitente, à medida que cresce o conhecimento clínico sobre suas manifestações mais freqüentes: a enxaqueca e a cefaléia de tensão. No passado, a própria família subestimava a queixa de dor de cabeça recorrente, creditando sua origem a problemas emocionais. Conseqüentemente, não procurava cuidados médicos. Hoje, sabe-se que cerca de 10% das crianças aos 10 anos, tanto meninos como meninas, sofrem de enxaqueca, assim como cerca de 15% das adolescentes do sexo feminino, sendo, nos EUA, uma das principais causas de absentismo escolar^{2,4}. Proporção semelhante de adolescentes sofre de cefaléia de tensão⁵. Bastam esses dados para definir o necessário acompanhamento desses casos por pediatras e neuropediatras.

Enxaqueca

Em 1988, a *International Headache Society* (IHS) publicou os critérios diagnósticos que caracterizavam os diferentes tipos de cefaléia, inclusive os da enxaqueca em suas variáveis apresentações⁶. A enxaqueca com e sem aura exigia, para sua respectiva definição, que fossem obedecidas as particularidades expostas nas Tabelas 1 e 2. Entretanto, autores que se dedicam ao estudo da dor de cabeça infantil^{2,4,7-9}, inclusive em nosso meio^{10,11}, têm demonstrado que esses critérios precisam ser adaptados aos pacientes dessa faixa etária, principalmente no que diz respeito à duração e à localização da dor. Os pacientes pediátricos não apresentam, habitualmente, hemicrania – podendo a dor se situar na região frontal ou ser bitemporal, entre outras localizações –, e as crises costumam ser de menor duração – 1 hora ou menos. Também há discordância relacionada aos sintomas associados, sendo as crianças menos susceptíveis à soma de náuseas e vômitos ou à soma de foto e fonofobia, apresentando uma ou outra manifestação digestiva e fóbica, respectivamente. Entretanto, independentemente dessas questões, as crises de enxaqueca na infância precisam ser reconhecidas e tratadas convenientemente porque, na maioria dos casos, prejudicam as atividades diárias do paciente, podendo ser incapacitantes.

O tratamento indicado depende de cada caso, podendo ser sintomático ou preventivo. A primeira opção deve ser a escolhida sempre que trazer alívio rápido às crises e, também, nos casos em que os espaços assintomáticos sejam prolongados. Os analgésicos comuns associados aos antieméticos, por via oral ou parenteral, quando há náuseas e vômitos, solucionam a maioria das crises de enxaqueca em qualquer idade.

Tabela 1 - Enxaqueca com aura – critérios diagnósticos (IHS)

-
- a) Pelo menos duas crises que atendam ao critério B.
 - b) Ao menos, 3 das 4 características seguintes:
 1. um ou mais sintomas de aura, reversíveis e indicadores de uma disfunção cortical focal ou do tronco cerebral;
 2. a aura se desenvolve progressivamente em 4 minutos. Em caso de mais de um sintoma de aura, eles decorrem sucessivamente;
 3. a duração de cada sintoma de aura não pode exceder de 60 minutos;
 4. a cefaléia sucede a aura após intervalo assintomático de menos de 60 minutos. Entretanto a aura pode se antecipar ou ser concomitante a aura.
 - c) Ao menos, uma das características seguintes:
 1. história, exames clínico e neurológico não-sugestivos de doença orgânica;
 2. história, exames clínicos e neurológicos sugestivos de doença orgânica, descartada por neuroimagem ou por outros procedimentos de laboratório;
 3. presença de doença orgânica, mas sem relação temporal com a primeira crise de enxaqueca.
-

Tabela 2 - Enxaqueca sem aura - critérios diagnósticos (IHS)

-
- a) Presença de, pelo menos, 5 crises de cefaléia idiopática, recorrente, com duração de 4 a 72 horas (em crianças, de 2 a 72 horas).
- b) Associada a, pelo menos, 2 das características abaixo:
1. dor unilateral;
 2. pulsátil;
 3. moderada a severa;
 4. agravada por exercícios físicos.
- c) Durante a crise, presença de, pelo menos, uma das características abaixo:
1. náuseas e vômitos;
 2. fotofobia e fonofobia.
-

O tratamento preventivo episódico deve ser o indicado na enxaqueca com aura, ou quando o paciente conhece o fator desencadeante da sua crise – exercícios físicos, ou período menstrual, por exemplo. Orienta-se para que medicação adequada seja utilizada no momento da aura, ou antes da exposição à atividade deflagradora. Nos casos de aura, os derivados do ergot e os triptans produzem o abortamento da fase dolorosa na maioria dos casos. Os antiinflamatórios não-esteróides (naproxen) são bastante eficazes na segunda situação.

O tratamento preventivo crônico é recomendado, principalmente, na dependência do número mensal de crises, mas a duração e a incapacidade produzida pelas mesmas devem ser levadas em conta nessa abordagem terapêutica. Os β -bloqueadores (propranolol), os bloqueadores de canais de cálcio (flunarizina), os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), os antiinflamatórios não-esteróides (naproxen) e alguns anticonvulsivantes (divalproato de sódio, gabapentina), respeitadas suas contra-indicações, costumam ser eficazes, podendo ser utilizados por um período de 2 a 6 meses, às vezes nas doses mínimas indicadas.

Cefaléia de tensão

A cefaléia de tensão caracteriza-se por ser de ocorrência quase diária, de leve intensidade, de duração variável, não-latejante, e de localização bilateral. É um tipo de cefaléia muito comum em qualquer idade, inclusive na adolescência. Ao contrário da enxaqueca, não é agravada pelos exercícios físicos e não se acompanha por náuseas e vômitos. Eventualmente, pode estar associada à fotofobia ou à fonofobia.

A IHS⁶ classifica a cefaléia de tensão em *episódica*, quando as crises dolorosas têm uma frequência menor do

que 15 dias ao mês, e *crônica* quando ocorre por mais de 15 dias ao mês, e durante, pelo menos, 6 meses. Elas são produzidas pela contração da musculatura que envolve o crânio ou o pescoço e podem resultar de estresse psíquico, de “vícios” posturais, de alterações osteoarticulares como disfunção têmporo-mandibular ou bruxismo, entre outros.

O tratamento depende da natureza do processo. A indicação de analgésico deve ser restrita às crises de maior duração, já que numerosos episódios cedem espontaneamente. Recomenda-se cuidado com um possível abuso na utilização dessas drogas, uma vez que as crises costumam ser assíduas. As cefaléias de tensão psicogênicas exigem análise familiar das possíveis causas que afligem seus filhos, visando a corrigi-las ou atenuá-las. Um bom número de casos merece acompanhamento psicoterápico. Raramente há indicação de ansiolíticos. As cefaléias de tensão produzidas por bruxismo podem precisar de atendimento ortodôntico, sendo que o uso de aparelhos apropriados, durante o sono, resolve, invariavelmente, todos os casos. As disfunções da coluna vertebral eventualmente necessitam de avaliação ortopédica, mas os pais e os professores têm como evitar alguns hábitos que, freqüentemente, levam à cefaléia de tensão por erro de postura: entre outros, proibir que sejam levadas, às costas, mochilas excessivamente pesadas e utilizarem, nos colégios, mobiliário proporcional ao tamanho do aluno.

Outras cefaléias periódicas

Dor de cabeça recorrente, muitas vezes de difícil diagnóstico diferencial das cefaléias de tensão, pode estar associada às doenças dos olhos, dos seios da face e das vias aéreas superiores, entre outras. Astigmatismo ou problemas de acomodação visual podem determinar cefaléia quase diária, geralmente frontal, de leve intensidade, após o esforço da leitura tanto nas atividades escolares como nas lúdicas. Sinusite crônica pode manifestar-se por crises de dor de cabeça, mas menos comumente do que se acredita. Esse diagnóstico e o conseqüente uso de antibióticos só devem ser definidos após serem verificadas as anormalidades radiológicas próprias da doença: hipotransparência e espessamento mucoso dos seios da face, entre outras. Hipertrofia crônica das adenóides ou das amígdalas, principalmente quando determinam respiração ruidosa durante o sono, também são causas de cefaléia quase diária, de leve intensidade e de curta duração, ocorrendo habitualmente pela manhã. O tratamento específico para cada uma dessas causas determinará a correção do problema básico e o alívio da cefaléia: lentes corretivas, ou exercícios de ortóptica nos problemas de natureza visual; corticóides e antibióticos por tempo prolongado na sinusite crônica; e até recurso cirúrgico nas hipertrofias das adenóides e das amígdalas.

Cefaléia é uma queixa freqüente dos pacientes epiléticos após uma convulsão. Também é conhecida a co-morbi-

dade entre epilepsia e enxaqueca. E, mais ainda, algumas formas de epilepsia com foco occipital podem se exteriorizar por quadro recorrente de aura visual e cefaléia associado ou não a manifestações convulsivas. Mas, na maioria dos casos, as queixas periódicas de dor de cabeça não devem ser interpretadas como fenômenos de natureza epiléptica na ausência de crise convulsiva. Nem mesmo quando o eletroencefalograma (EEG) mostrar alterações irritativas (pontas e ondas agudas). A opção por anticonvulsivantes de uso contínuo no tratamento das cefaléias periódicas deve ser evitada.

Convulsões

Convulsão é o resultado de uma descarga elétrica excessiva e anormal de um grupo de neurônios. Portanto, sempre que um indivíduo apresentar uma manifestação convulsiva estamos frente a uma manifestação clínica que aponta para lesão, ou para disfunção cerebrais, que podem ser transitórias ou definitivas. Exemplo de uma convulsão secundária a uma disfunção cerebral transitória seria aquela determinada por um evento hipoglicêmico prontamente corrigido. Exemplo de uma convulsão secundária à lesão cerebral definitiva seria aquela produzida por uma malformação cortical ou pela presença de uma área cerebral de malácia secundária à hipóxia. A epilepsia caracteriza-se pela presença de crises convulsivas recorrentes, originadas ou por fatores constitucionais (genéticos), ou por anormalidades cerebrais estruturais. É bom lembrar que o uso generalizado da palavra convulsão para designar a epilepsia nem sempre reflete a complexidade clínica dessa doença que pode se exteriorizar por fenômenos variados: crises de perda da consciência sem atividade motora, crises autonômicas, crises psicomotoras, crises sutis, entre outras mais.

O tratamento da epilepsia depende, entre outras variáveis, do tipo de manifestação clínica apresentada pelo paciente. Assim, tentativas de classificação das crises têm sido feitas de tempos em tempos, com o objetivo de oferecer ao médico informações ideais sobre a doença do seu paciente. Atualmente, as crises convulsivas são classificadas, de acordo com a relação publicada em 1981¹², pela Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE), em crises generalizadas, em crises parciais e em crises não-classificadas (Tabela 3). A perda da consciência é o elemento fundamental nas crises generalizadas. Nas parciais, a característica principal é o início localizado, podendo ou não ser acompanhado por alteração do nível da consciência – crise parcial simples e complexa, respectivamente – ou por generalização secundária. Crises não-classificadas são aquelas nas quais as manifestações convulsivas não permitem a definição clara entre uma crise inicialmente generalizada ou parcial.

Tem-se discutido outras classificações que objetivem englobar os demais aspectos clínicos associados à crise, mas a utilização das mesmas ainda não se popularizou. A

classificação em síndromes epiléticas, que surgiu em 1989¹³, baseada na idade de início das manifestações epiléticas, no(s) tipo(s) de convulsão presente(s), e nas alterações eletroencefalográficas entre outras, define precocemente o prognóstico do quadro clínico, dando ao médico condições de conduzir mais adequadamente o tratamento antiepilético (Tabela 4). Para uma compreensão adequada dessa classificação é importante saber o significado das palavras idiopática, criptogenética e sintomática: crises idiopáticas são de natureza familiar, mesmo que ainda não se conheça o marcador genético do tipo de síndrome epilética em questão; as sintomáticas são secundárias a uma etiologia comprovada através da investigação diagnóstica; e as criptogenéticas são as crises de provável base lesional, cuja causa não pôde ser definida por imagem ou por outros exames disponíveis. As principais síndromes que interessam à faixa etária que ora estamos avaliando são as epilepsias mioclônicas juvenis, nas quais os fatores genéticos têm papel preponderante e cujas manifestações mioclônicas geralmente estão associadas a outros tipos de crises generalizadas (ausências e grande mal). Na maior parte dos casos, tanto o exame neurológico como o grau de inteligência são normais e a resposta ao tratamento é satisfatória.

Mais recentemente, em 1993¹⁴, a ILAE propôs uma definição dos termos que conceituam vários fenômenos convulsivos, que nos parece de interesse prático mostrar através da Tabela 5.

Hoje, alguns estudiosos discutem a não-utilização de anticonvulsivantes em algumas síndromes benignas¹⁵, mas o tratamento da epilepsia deve ser instituído na maioria dos

Tabela 3 - Classificação das crises epiléticas - ILAE 1981

-
- 1. Crises parciais (focais, locais)**
 - A) Simples
 - a. com sintomas motores
 - b. com sintomas somatosensoriais ou sensoriais
 - c. com sintomas autonômicos
 - d. com sintomas psíquicos
 - B) Complexas
 - a. começando como crise simples e progredindo para a perda da consciência
 - b. com perda da consciência desde o início
 - C) Parciais com generalização secundária
 - 2. Crises generalizadas (com ou sem convulsões)**
 - Ausências
 - Crises mioclônicas
 - Crises clônicas
 - Crises tônicas
 - Crises tônico-clônicas
 - Crises atônicas
 - 3. Crises não-classificadas**
-

Tabela 4 - Classificação das epilepsias e das síndromes epiléticas e condições relacionadas, ILAE, 1989

1. Síndromes e epilepsias localizadas
1.1 idiopáticas
epilepsia benigna da infância com pontas centro-temporais
epilepsia da infância com paroxismos occipitais
epilepsia primária da leitura
1.2 sintomáticas
1.2.a) epilepsia parcial contínua progressiva crônica
1.2.b) síndromes com manifestações específicas
epilepsia do lobo temporal
epilepsia do lobo frontal
epilepsia do lobo parietal
epilepsia do lobo occipital
1.3 criptogênicas
2. Síndromes e epilepsias generalizadas
2.1 idiopáticas
convulsão familiar neonatal benigna
convulsão neonatal benigna
epilepsia mioclônica benigna do lactente
epilepsia ausência da infância
epilepsia ausência juvenil
epilepsia mioclônica juvenil
epilepsia com crises tônico-clônicas ao despertar
outras epilepsias idiopáticas generalizadas
epilepsias desencadeadas por métodos de ativação
2.2 criptogênica ou sintomática
síndrome de West
síndrome de Lennox-Gastaut
epilepsia mioclônico-astática
epilepsia com ausência mioclônica sintomática
2.2.1 etiologia inespecífica
encef. mioclônica precoce
encef. epilética infantil precoce com surto supressão
outras epilepsias generalizadas sintomáticas
2.2.2 síndromes específicas
crises epiléticas complicando outras doenças
3. Síndromes epiléticas indeterminadas
3.1 com crises focais e generalizadas
crises neonatais
epilepsia mioclônica grave do lactente
epilepsia com ponta-onda lenta contínua do sono lento
epilepsia afasia adquirida (sind. Landau-Kleffner)
outras epilepsias indeterminadas
3.2 com características focais ou generalizadas duvidosas
4. Síndromes especiais
crises circunstanciais
convulsões febris
crises isoladas ou estado de mal isolado
crises ocorrendo em evento tóxico ou metabólico

casos. Monoterapia deve ser a regra, deixando-se a indicação de mais de uma droga para os casos de epilepsia refratária, onde é esperada grande dificuldade de se obter controle das convulsões. A Tabela 6 expõe de forma resumida as principais características que compõem o perfil clínico das epilepsias benignas e das refratárias. As doses terapêuticas de cada droga podem variar amplamente de paciente para paciente, e sempre que não for conseguido um controle total das manifestações epiléticas com as doses máximas indicadas, faz-se imprescindível avaliar a aderência ao tratamento através da dosagem sérica. Não é incomum que o adolescente apresente recorrências convulsivas em função de "esquecimento" das tomadas do remédio. A Tabela 7 aponta para as drogas antiepiléticas de primeira linha indicadas nos diferentes tipos de convulsões, com suas doses terapêuticas e séricas. Recomenda-se que a introdução dos anticonvulsivantes seja paulatina.

De modo geral, é relativamente fácil tratar a epilepsia do adolescente, cujas crises costumam ser controladas pelos anticonvulsivantes convencionais. O difícil é tratar o adolescente! Nem sempre se consegue a compreensão desse paciente para com as regras exigidas pelo tratamento con-

Tabela 5 - Conceito de fenômenos convulsivos, ILAE, 1993

Designação	Conceito
Crise epilética (CE)	manifestação resultante de uma descarga neuronal anormal e excessiva
Epilepsia	2 ou mais CE não provocadas por causa imediata identificável em 24h
Estado epilético	CE de mais de 30' ou várias CE nesse período sem recuperação da função
Epilepsia ativa	pelo menos 1 CE nos últimos 5 anos, independente de tratamento
Epilepsia em remissão, com tratamento	sem CE pelo menos nos últimos 5 anos, em uso de DAE
Epilepsia em remissão, sem tratamento	sem CE nos últimos 5 anos, sem uso de DAE
Convulsão isolada	uma ou mais convulsões ocorrendo no espaço de 24h
Convulsão febril (CF)	idade-dependente, afastada infecção do SN
Convulsão neonatal (CN)	convulsão ocorrida no primeiro mês de vida
CF com CN	CN com 1 ou mais CF
Evento não epilético	manifestação não-dependente de descarga neuronal

DAE = droga antiepilética, conv = convulsão

Tabela 6 - Perfil clínico das epilepsias benignas e refratárias

	Benignas	Refratárias
Início	tardio	precoce
Natureza	idiopáticas	sintomáticas/criptogênicas
Tipo de crises	generalizadas	crises mistas
História familiar de epilepsia	presente	ausente
Controle medicamentoso	total	nulo ou parcial
Exame neurológico	normal	deterioração psicomotora
Alterações do EEG	melhora com o tratamento	permanentes

tínuo e a longo prazo da epilepsia. Não só em relação ao uso diário da droga, eventualmente em mais de uma dose, como para a disciplina imposta à rotina da sua vida: obediência ao horário de dormir e ao das refeições; proibição de bebidas alcoólicas, de atividades esportivas de risco (surfe e asa delta, por exemplo) e de dirigir veículos motorizados, entre outras. É preciso lembrar, também, que possíveis efeitos colaterais das drogas antiepilépticas – como sonolência, lentificação na execução das tarefas escolares e desconcentração – quando presentes, podem levar o paciente a abandonar total ou parcialmente o tratamento. Portanto, a relação médico-paciente, na condução dos casos de epilepsia, nessa faixa etária, é da maior importância. É preciso explicar a natureza da doença, a necessidade e o porquê dos remédios, deixar claro que, na maioria das vezes, a doença e o tratamento não interferem nos seus potenciais intelectual, social e sexual, assim como na sua futura capacidade de gerar filhos saudáveis. É básico esclarecer suas dúvidas

com uma linguagem acessível a sua idade e ao seu nível de compreensão. É fundamental, além de tudo, que se deixe clara a perspectiva de alta do tratamento após um período de tempo variável – mais do que dois terços dos pacientes epiléticos têm remissão das crises a médio ou a longo prazos. A suspensão dos anticonvulsivantes nas epilepsias benignas depende, fundamentalmente, do controle total das crises por um tempo nunca inferior a dois anos e da normalização do EEG. A retirada da medicação deve ser gradual e vagarosa.

Alterações do comportamento

Os problemas de comportamento, junto às manifestações convulsivas e às dificuldades de aprendizado, constituem a tríade principal de queixas levadas pelos pais aos consultórios de neuropediatria. Em um número significativo de casos, elas coexistem e, quando isso acontece, confi-

Tabela 7 - Anticonvulsivantes de 1ª linha, doses e principais indicações

	Tipo de crise	Dose terapêutica	Dose sérica
Fenobarbital	grande mal (GM)	3 a 5 mg/k/dia	10 a 40 µg/ml
Fenitoína	parciais	3 a 7 mg/k/dia	10 a 20 µg/ml
Primidona	GM	10 a 20 mg/k/dia	4 a 12 µg/ml
Carbamazepina	parciais e GM	10 a 30 mg/k/dia	4 a 12 µg/ml
Ácido valpróico	ausência, GM, parciais	20 a 60 mg/k/dia	50 a 100 µg/ml

guras, quase sempre, uma situação de natureza orgânica. Várias encefalopatias estáticas ou progressivas assim se manifestam, associadas ou não a outros sinais e sintomas de acometimento do sistema nervoso. A história e o exame neurológico revalidam a hipótese de organicidade e apontam para a investigação diagnóstica a ser seguida. Entretanto, nesse resumo, serão abordados os problemas de comportamento que costumam se apresentar na criança aparentemente sadia: entre outros, hiperatividade, agressividade e depressão. Chamando a atenção para o fato de que as manifestações comportamentais que se iniciam na adolescência, não exclusivamente, mas na sua quase totalidade de casos, expressam uma reação de desajuste psicossocial.

Os critérios apresentados no DSM-IV, da *American Psychiatric Association*¹⁶, para o diagnóstico do *déficit da atenção/hiperatividade* (DDAH), definem que as manifestações clínicas costumam estar associadas à agressividade e à impulsividade, devendo necessariamente: 1) ter início antes dos 7 anos de idade; 2) persistir por pelo menos 6 meses consecutivos; 3) ser observada em mais de dois ambientes (em casa e na escola, por exemplo); e 4) determinar prejuízo funcional nos contextos social, acadêmico ou ocupacional. Apesar de se notar uma melhora espontânea dos sintomas no curso dos anos, não é incomum que as alterações clínicas se mantenham, em diferentes graus de intensidade, até a adolescência ou mesmo até a idade adulta. As crianças portadoras desse distúrbio de comportamento, num razoável número de vezes, criam involuntariamente desgaste familiar com sua permanente agitação, com o seu desinteresse pelas atividades escolares ou lúdicas, com a sua inconstância na execução das tarefas ou das brincadeiras e com o seu “ar” alheio, de quem parece nunca ouvir as ordens... O desgaste familiar, por sua vez, transforma a convivência com o filho numa rotina desagradável e indesejável que, em última conseqüência, se traduz, na criança, pela sensação de desamor. É evidente que nem todos os casos de DDAH são envoltos por aspectos tão dramáticos, mas há aqueles que sim – e nesses, a intervenção terapêutica pode produzir modificações importantes.

A decisão de tratar uma criança que apresente DDAH precisa atender não só aos critérios diagnósticos (Tabela 8) como também levar em consideração as características de cada caso: a idade do paciente, a intensidade das manifestações e suas repercussões escolares e emocionais, a tolerância familiar e os sintomas predominantes. É preciso, além de tudo, que o médico não se deixe influenciar pelas informações obtidas de uma única fonte. O ideal é que ele, antes de tomar sua decisão terapêutica, ouça pais e colégio, pelo menos.

Recursos não medicamentosos devem ser, na maioria dos casos, os primeiros a serem providenciados: atendimento pedagógico (escolha de colégio com turmas de até 20 alunos, posicionamento do aluno nas primeiras carteiras da sala de aula, reforço extraclasse do aprendizado) e apoio psicológico trazem benefícios para um grande número de

crianças hiperativas. Como alguns pacientes com DDAH apresentam déficits neurológicos “menores”: dislalia, disgrafia, coordenação motora insatisfatória, entre outros; eventualmente, a melhor indicação passa a ser fonoterapia e psicomotricidade. Paciente em idade escolar que venha sofrendo objetivamente as conseqüências do DDAH pode merecer tratamento farmacológico. O metilfenidato (Ritalina) tem sido bastante eficaz no controle da desatenção. Na minha opinião, deve ser prescrito em doses de 10 a 20 mg/dia, em tomada após o desjejum ou almoço, na dependência do horário da escola, por um período que não ultrapasse 2 ou 3 semestres consecutivos, com suspensão da droga nos fins de semana, nos grandes feriados e nas férias. Emagrecimento e insônia são os efeitos colaterais mais freqüentes, mas, em algumas ocasiões, pode se observar prejuízo da estatura final. Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), em doses de 25 a 50 mg/dia, e antidepressivos não tricíclicos como a fluoxetina e o bupropion têm sido usados com

Tabela 8 - Critérios diagnósticos - déficit da atenção com ou sem hiperatividade (DSM-IV)

A) ou 1 ou 2	
1. Desatenção –	6 ou mais dos sintomas abaixo, persistindo por mais de seis meses:
	a) não presta a atenção a detalhes ou comete erros por descuido
	b) dificuldades para manter a atenção nas atividades escolares ou lúdicas
	c) parece não ouvir as ordens
	d) não segue instruções e não termina as tarefas ou deveres
	f) evita as tarefas ou deveres que exijam esforço mental
	g) perde material escolar
	h) facilmente se distrai
	i) esquece os deveres escolares ou atividades diárias
2. Hiperatividade –	6 ou mais dos sintomas abaixo, persistindo por mais de seis meses:
	a) movimenta-se excessivamente
	b) levanta-se ou anda quando se espera que fique sentado ou parado
	c) corre ou escala em situações impróprias
	d) tem dificuldade para se envolver em atividades silenciosas
	e) age como se estivesse “a todo o vapor”
	f) fala em demasia
Impulsividade:	
	g) responde antes da pergunta ser finalizada
	h) não aguarda sua vez
	i) interrompe ou se mete nos assuntos dos outros

resultados animadores, mas os dois últimos, por um tempo ainda insuficiente para se avaliar possíveis efeitos adversos. Outras drogas eficazes, como a D-anfetamina e o pemoline (Cylert), não estão disponíveis nas farmácias brasileiras. A ação da cafeína, aviada em doses de 75 a 150 mg/dia, não tem merecido crédito¹⁷, mas, na prática, observa-se que algumas crianças apresentam melhora clínica.

Agressividade é um sintoma freqüentemente observado na adolescência e geralmente expressa um rito de passagem pela idade. Mas, quando se manifesta persistente e repetidas vezes, em desacordo com as regras da convivência social, pode ser um sinal de alerta: agressão a pessoas ou a animais, destruição de propriedade, furto e violação de regras (fugir de casa, gazetear à escola, por exemplo) são comportamentos que exigem diagnóstico diferencial com transtorno de personalidade anti-social. Na dependência da intensidade das manifestações, o tratamento pode variar desde a intervenção amistosa dos pais até terapêutica medicamentosa (antipsicóticos, lítio, benzodiazepínicos, beta-bloqueadores, entre outros menos eficazes) associada à psicoterapia.

Depressão na adolescência tem sido cada vez mais observada e provavelmente está relacionada aos insucessos – objetivos ou subjetivos – obtidos na competição desenfreada que caracteriza a sociedade contemporânea. O diagnóstico tem sido reconhecido precocemente à medida que os sintomas próprios da depressão nessa faixa de idade se popularizaram. Hoje, pais de razoável grau de escolaridade se vêem atentos a essa possibilidade quando seus filhos têm insônia, inapetência ou fadiga crônica, entre outras alterações.

As manifestações da depressão, segundo o DSM-IV¹⁶, são classificadas como transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno de ajustamento com humor deprimido, transtorno de ajustamento misto de ansiedade e depressão e transtornos depressivos sem outra especificação quando não são atendidos os critérios das primeiras. Na criança e no adolescente, os sintomas depressivos, habitualmente, são secundários a estresse, aparecendo até 3 meses depois do motivo deflagrador e regredindo no curso de 6 meses (transtornos de ajustamento). O transtorno distímico, nessa faixa etária, caracteriza-se tanto por humor deprimido como por irritabilidade, observados na maior parte do dia e mantidos por um período mínimo de um ano. Alterações do apetite e do sono, cansaço, sentimento de baixa-estima e desconcentração, ou dificuldade para tomar decisões estão presentes em diferentes associações. O transtorno distímico interfere na rotina de vida do paciente e pede por psicoterapia associada ao uso de anti-depressivos nos casos mais intensos. Doença psicótica, hipotireoidismo e abuso de drogas precisam ser afastados como causadores de quadros clínicos semelhantes.

Outros distúrbios do comportamento podem ser observados na adolescência, entre eles a bulimia, a anorexia e as

fobias - todos da esfera de interesse da psiquiatria. A psiquiatria infantil tem crescido como especialidade à medida que numerosas crianças necessitam de avaliação competente, diagnóstico precoce e acompanhamento adequado às particularidades dos seus quadros clínicos.

Distúrbios do sono

Muitos pais preocupam-se com a qualidade do sono de seus filhos. Crianças que dormem muito, crianças que dormem pouco, crianças que se agitam ao dormir, crianças que têm terror noturno ou que fazem “xixi na cama”... enfim, queixas diversas mas todas envoltas pela ansiedade de que possam estar encobrendo um quadro de mau significado. É possível que o temor demonstrado pela família esteja baseado na crença antiga de que muitos fenômenos noturnos expressam manifestações da própria epilepsia ou de outras doenças. Entretanto, são muito poucos os distúrbios do sono apresentados por crianças de qualquer idade que merecem atenção médica.

Na prática, podemos dizer que os distúrbios do sono são determinados ou por excesso, ou por falta, ou pela presença de manifestações impróprias ao sono que caracterizam, respectivamente, as hipersônias, as insônias e as parassônias. Vamos comentá-las de acordo com a freqüência com que são atendidas nos consultórios institucionais ou particulares.

Parassônias

As parassônias são definidas pela presença de algumas manifestações motoras, autonômicas e psíquicas, que não deveriam ocorrer durante o sono, entre elas: falar, andar, ranger os dentes e urinar. Habitualmente, não estão correlacionadas a doenças subjacentes, são mais comuns nas crianças menores e costumam desaparecer espontaneamente. Numa minoria de casos, tais distúrbios – quando muito intensos e assíduos ou quando permanecem fora da faixa etária usual – exigem tratamento sintomático, já que podem provocar conseqüências tanto orgânicas como emocionais, por exemplo: o bruxismo, com freqüência, produz cefaléia matutina e problemas dentários; da mesma forma, a enurese noturna pode minar a auto-estima de um adolescente.

Estão englobados como parassônias de ocorrência comum na infância: o *jactatio capitis*, o sonilóquio, o sobresalto do sono (*sleep starts*), o sonambulismo, o terror noturno, o pesadelo, a paralisia do sono, o bruxismo e a enurese. Os três primeiros são originados na fase de transição sono-vigília; o bruxismo é um problema do sono leve, de ondas lentas (estágios 1 e 2 NREM) e os demais fazem parte dos distúrbios dos estágios 3 e 4 NREM, do sono profundo de ondas lentas¹⁸.

O *jactatio capitis* manifesta-se por movimentos rítmicos da cabeça ou do tronco, executados pela criança ao adormecer, que “embalam” o sono. Geralmente são de leve intensidade, mas, quando vigorosos, afligem os que os assistem e exigem cuidados de proteção à criança como forrar as laterais do berço com espuma de látex. Raramente se mantém até a adolescência e, quando isso acontece, supõe-se que seja o resultado de um hábito adquirido, não obedecendo às teorias, ainda especulativas, que explicam o fenômeno nos primeiros anos de vida.

Falar durante o sono define o *sonilóquio*, que pode ser verificado esporadicamente, em todas as idades, sendo mais freqüente na infância. As manifestações vão desde murmúrios até frases de conteúdo mais elaborado e duram de poucos segundos a horas, mas, independentemente dessa variabilidade, cursam com amnésia para o que foi dito. O sonilóquio ocorre tanto no sono REM quanto no NREM (estágios 3 e 4), sendo os primeiro mais complexos. Excepcionalmente, os pacientes que apresentam esse distúrbio merecem tratamento. Psicoterapia pode ser indicada nos casos onde o teor da fala é angustiante e os episódios são freqüentes.

Sobressalto do sono são abalos musculares que dão a sensação de queda da cama ou de flutuação, entre outras, e que são percebidos por indivíduos de todas as idade. Não devem causar qualquer tipo de preocupação e, conseqüentemente, não há indicação de tratamento. Muito raramente, merecem diagnóstico diferencial com mioclonias noturnas de natureza epiléptica.

O *sonambulismo* afeta um número considerável de crianças e jovens, mas é incomum na idade adulta. Outros membros da família costumam apresentar o mesmo fenômeno, assim como terror noturno e enurese, permitindo que se indague da possibilidade de uma mesma forma de herança, com expressões diferentes, explicar as três parassônias. Os episódios de sonambulismo costumam ocorrer no início do sono, durar poucos minutos e ser constituídos por atos motores simples. Mais raramente, o sonambulismo se manifesta de forma complexa, quando o paciente caminha pela casa, evitando obstáculos, descendo ou subindo escadas, ou mesmo saindo para a rua. Fenômenos autonômicos como sudorese e taquicardia podem ser observados nessas ocasiões. Na maioria das vezes, os familiares não conseguem acordar o sonâmbulo e quando isso acontece há amnésia para o fato. O tratamento medicamentoso deve ser evitado, mas benzodiazepínicos podem atenuar os raros casos de risco implícito para o paciente. A família deve ser orientada a usar artifícios de proteção como trancas nas portas, grade nas janelas e portões nas escadas, nos casos já mencionados.

Terror noturno é talvez a parassônia que mais aflige aos pais. Nela, a criança tem o sono interrompido por gritos ou choro, senta na cama, mostra uma fisionomia muito assustada e apresenta palidez, sudorese e outras manifestações

vegetativas. Se acordada nesse momento, não tem idéia do que estava ocorrendo e não se lembra do conteúdo do sonho ou lembra de modo fragmentado, portanto não há repercussão do episódio no seu psiquismo. A família deve ser alertada para essas evidências e tranqüilizada quanto ao desnecessário tratamento. Nos casos mais raros de terror noturno que se inicia tardiamente, pode ser detectado algum problema básico de ordem emocional ou psiquiátrica, que precisa de investigação diagnóstica mais cuidadosa.

Os *pesadelos* são comuns na idade escolar e mais esporádicos na adolescência e na fase adulta da vida. Ao contrário do terror noturno, os pesadelos são desacompanhados ou associados a descargas autonômicas leves, e, quando seguidos por despertar, são lembrados em todo o seu conteúdo. A sensação é desagradável e, às vezes, produzem insegurança e ansiedade, mas, quando assistidas pela família e acalmadas, as crianças voltam a dormir tranqüilamente.

A *paralisia do sono* pode estar presente em qualquer idade e é caracterizada pela sensação, às vezes aterradora, de estar acordado sem poder se mover. É conseqüência de um despertar na fase REM com a manutenção da atonia, que é peculiar a esse estágio do sono. Nos casos mais intensos e freqüentes, cercados por grande ansiedade, benefícios podem ser alcançados com o uso de antidepressivos tricíclicos.

O *bruxismo* ou ranger dos dentes durante o sono é queixa comum, eventualmente tão freqüente e intensa que leva ao acometimento dos dentes e das suas estruturas de sustentação. Nos casos mais brandos, a criança pode acordar com dor craniofacial. Nessas circunstâncias, a terapêutica inclui medidas corretivas, quase sempre de natureza ortodôntica.

Enurese noturna primária é uma parassônia de natureza familiar, mais comum no sexo masculino, definida como a ocorrência de micção involuntária noturna, em crianças maiores de 3 anos e meio de idade, que não tenham adquirido controle vesical anteriormente. Quando o “xixi na cama” passa a ser observado após um período prolongado de controle, é necessário investigar causas determinantes de enurese secundária: infecções ou malformações do aparelho urinário e doenças medulares entre outras, havendo indicação para investigação diagnóstica complementar. Habitualmente, a enurese noturna primária passa a ser vista, pelo pais, como uma possível anormalidade após seus filhos alcançarem a idade escolar e é nessa ocasião que buscam por assistência médica. As crianças de 7 ou 8 anos de idade também começam a ficar incomodadas por não ter controle urinário noturno, fato que as impede de dar vazão ao desejo de dormir nas casa dos amigos – hábito social que se inicia nessa faixa etária.

Não é raro que enurese mantida até a adolescência produza sentimento de inferioridade em seus portadores. Portanto, trata-se de uma manifestação benigna, mas que

merece atenção face às suas repercussões na formação da personalidade da criança. O médico que atender um paciente com essa queixa deve ter disposição para explicar a natureza do sintoma, dando ênfase a sua grande prevalência entre a população infantil e acentuando a provável existência de outros membros da família, talvez o próprio pai, que tenham passado pelo mesmo problema – fazendo com que a criança não se sinta “a única”. Diminuir ou abolir a ingestão de líquidos a partir da hora do jantar e dormir em ambientes com uma temperatura tépida são os primeiros conselhos a ser dados. Solicitar que a mãe se programe para acordar o filho durante a noite para urinar, em intervalos de tempo gradualmente maiores, costuma trazer alguns benefícios. Deve-se evitar indicar tratamento medicamentoso, mas, em poucas ocasiões, quando a enurese traz grandes dificuldades de ordem emocional para a criança e de ordem prática para a rotina doméstica, pode-se indicar, por um período de 3 a 6 meses, o uso de algumas drogas como a amitriptilina e o hormônio antidiurético (DDAVP).

Consideramos válido tecer alguns comentários sobre determinados quadros epiléticos que podem ser confundidos com parassônias. É bom lembrar que o sono é um elemento facilitador das crises convulsivas e que numerosos pacientes apresentam manifestações comiciais exclusivamente durante o sono. Assim, crises parciais complexas podem se assemelhar a episódios de sonambulismo, e a liberação de urina de uma convulsão generalizada pode ser interpretada como enurese noturna primária. Toda a vez que informações oferecidas ou buscadas pelo médico na anamnese apontarem para a possibilidade da epilepsia explicar o distúrbio noturno apresentado pela criança, deve-se procurar o diagnóstico através do EEG e do vídeo-EEG, quando o primeiro exame não for esclarecedor. O vídeo-EEG permite a visualização da manifestação noturna concomitante ao registro da atividade elétrica cerebral, não deixando dúvidas quanto a sua natureza.

Insônia

A insônia na adolescência quase sempre é transitória e reflete um desconforto físico ou mental de natureza circunstancial. Passados o mal-estar, ou a preocupação, está resolvida a insônia. Na maior parte das vezes, há dificuldade para conciliar o sono, mas, eventualmente, o paciente dorme com facilidade e acorda após poucas horas, sentindo que dormiu por um período insuficiente. Quando a insônia se prolonga, cansaço e sonolência diurnos e queda do rendimento escolar são os sintomas que se apresentam. Nessas ocasiões, é recomendável que a família procure se chegar ao filho para tentar ajudá-lo a superar a causa da insônia. Apoio psicoterápico pode ser a solução ideal quando os problemas são reconhecidamente de caráter emocional. Às vezes, se faz necessário associar ansiolíticos ou hipnóticos em dose mínima eficaz, pelo menos na fase

inicial do atendimento. Medidas para facilitar a hora de dormir (chamadas de higiene do sono) devem ser tomadas: evitar usar, à noite, estimulantes como o café ou o chá; optar pelo horário matutino para fazer exercícios físicos; tomar um banho quente ou fazer uma refeição leve antes de ir para a cama; deixar o quarto numa temperatura adequada; levantar e procurar por uma atividade relaxante, não insistindo em ficar deitado esperando pelo sono, são os principais conselhos dados pelos que estudam a insônia.

Apesar da insônia ter um bom prognóstico tanto na infância (quando costuma estar correlacionada aos hábitos noturnos da casa: pais que chegam tarde do trabalho e excitam com afagos e brincadeiras seus filhos, uso da televisão até um horário tardio) como na adolescência, não se deve menosprezar o sintoma. A preocupação maior prende-se à possibilidade da insônia encobrir situações de pior prognóstico, que exigem acuidade diagnóstica e medidas terapêuticas específicas. Insônia pode ser a manifestação inicial da depressão, da esquizofrenia e da dependência de drogas, entre outras. Portanto, é preciso ter sensibilidade para que se possa perceber atrás do distúrbio do sono o problema que o adolescente quer esconder, ou... mostrar.

Hipersônias

Narcolepsia caracteriza-se por períodos de sonolência excessiva durante o dia. Associada apenas à cataplexia ou, ainda, aos demais sintomas da síndrome – paralisia do sono e alucinações hipnagógicas – é fácil de ser reconhecida; mas é de difícil diagnóstico quando queixa isolada. Parece um distúrbio pouco comum, mas o trabalho de Coleman e col.¹⁹ mostrou que dos 3.900 pacientes estudados, por apresentarem problemas relacionados ao sono, 51% manifestavam sonolência diurna exagerada, sendo uma porcentagem significativa produzida pela narcolepsia. A crise de sono é incontrolável, intensifica-se no curso do dia, e pode demorar de minutos a muitas horas. Frequentemente há relato de história familiar, possivelmente transmitida por herança multifatorial ou autossômica dominante com penetrância variável. O início do quadro costuma se dar na adolescência, produzindo franco prejuízo às atividades escolares, sociais e esportivas. Parte dos pais vê o filho como preguiçoso e displicente, gerando desajustes emocionais. E, eventualmente, pode se tornar um problema perigoso quando o paciente dorme em situações de risco, como no volante de um automóvel. A polissonografia é um recurso de grande valor na definição diagnóstica, sendo fundamental para se chegar a essa conclusão quando há narcolepsia isolada. A doença é crônica, tende a se manter por toda a vida, mas o tratamento com metilfenidato em monoterapia ou associado aos antidepressivos tricíclicos traz grandes benefícios para o paciente, com controle total ou parcial das crises de sono.

Diagnóstico diferencial entre a crise de narcolepsia acompanhada de cataplexia (perda súbita do tônus muscular durante a vigília) e a crise atônica da epilepsia generalizada pode ser necessário, uma vez que ambas guardam semelhança entre si. Mais uma vez o vídeo-EEG permite diferenciá-las. Alucinações hipnagógicas (sonhos ao adormecer que parecem reais ao paciente) também podem sugerir manifestações epiléticas do lobo temporal. O mesmo recurso propedêutico esclarece o diagnóstico.

Síncope

Síncope são constituídas por episódios súbitos de perda do tônus postural e queda ao chão associados à perda da consciência e hipotensão arterial. São manifestações relativamente frequentes e podem ser produzidas por anomalias cardíacas ou por mecanismos reflexos de natureza vascular periférica, quando são denominadas de síncope vasovagal. Sua semelhança com fenômenos epiléticos acaba por levar os pacientes que sofrem desses episódios aos consultórios dos neurologistas. Entretanto, há uma série de características que diferenciam as crises epiléticas das síncope reflexas: as síncope são antecedidas por situações deflagradoras, habitualmente de cunho emocional, como tirar sangue para exame de laboratório, sentir dor aguda, assistir a um acidente violento; a perda do tônus se faz de modo gradual, permitindo que o paciente tenha tempo para se proteger, pelo menos parcialmente, da queda; a perda da consciência costuma ser precedida por turvação visual, ou náusea, ou por outras sensações. A recuperação costuma ser muito rápida.

A perda de consciência das convulsões generalizadas, ao contrário, inicia a crise; o paciente não tem condições de procurar por proteção; a crise certamente é bem mais demorada, é acompanhada por fenômenos motores bem conhecidos e seguida por uma fase pós-crítica de sonolência, entre outros sintomas, que pode se prolongar por bastante tempo. Às vezes, as síncope mais demoradas podem ser acompanhadas por desvio dos olhos, abalos musculares, ou liberação de urina. Nessas condições, o diagnóstico diferencial é mais difícil e exige anamnese, dirigida para a presença de fatores de risco para a epilepsia na história do paciente e da sua família. Avaliação eletroencefalográfica pode acrescentar informações de importância para o caso. Não se indica qualquer tipo de tratamento para as síncope reflexas.

As síncope de origem cardíaca são menos comuns do que as reflexas e estão associadas às anomalias de condução. São acompanhadas por manifestações que lembram as crises convulsivas, em um número maior de vezes do que as síncope reflexas, mas a ausculta cardíaca e o eletrocardiograma costumam ser suficientes para determinar o diagnóstico definitivo.

Outras queixas têm, frequentemente, chegado aos consultórios do neuropediatra: vertigem, distúrbios visuais, déficit auditivo, problemas de linguagem e dificuldade de aprendizagem, além daquelas que foram aqui mencionadas. Muitas delas de natureza não orgânica ou, quando orgânicas, de natureza não neurológica. Entretanto, face à importância que podem alcançar como primeira ou exclusiva manifestação de doenças do SN necessitam ser valorizadas, muito bem avaliadas por exame clínico criterioso e investigadas pelos métodos pertinentes. O prognóstico final pode depender da atenção precoce dada às queixas que parecem pouco importantes.

Referências bibliográficas

1. Bille B. Paediatric headache in schoolchildren. *Acta Paediatr* 1962;51(Suppl 136): 1-151.
2. Maytal J, Young M, Shechter A, Lipton RB. Pediatric migraine and the International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* 1977;48:602-7.
3. Holden EW, Gladstein J, Trulsen M, Wall B. Chronic daily headache in children and adolescents. *Headache* 1994; 34:508-14.
4. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practice: clinical features and characteristics. *Cephalalgia* 1995;12:235-43.
5. Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C, Amminger GP, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995;15:13-21.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(suppl 7):1-96.
7. Gladstein J, Holden EW, Peralta L, Raven M. Diagnoses and symptom patterns in children presenting to a pediatric headache clinic. *Headache* 1993;33:497-500.
8. Winner P, Martinez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1995;35:407-10.
9. Sechia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA, Reggin JD. International Headache Society Criteria and Childhood Headache. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1994;36: 419-28.
10. Fontenelle LMC, Cwajg. Enxaqueca na infância – dificuldades diagnósticas. *S Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(3B):553-8.
11. Gherpelli JL, Nagae PLM, Souza AM, Bosse EM, Rabello GD, Diament A, et al. Migraine in childhood and adolescence. A critical study of the diagnostic criteria and of the influence of age on clinical findings. *Cephalalgia* 1998;18:333-41.
12. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981;22:489-501.
13. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30: 389-99.
14. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for Epidemiologic studies on Epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-6.

15. Aicardi J. General Principles of Management. In: Aicardi J. *Epilepsy in Children*, 2ª ed. New York: Raven Press; 1994. p.394-401.
16. Critérios Diagnósticos do DSM-IV. Referência Rápida, tradução Dayse Batista. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
17. Dulcan MK. Attention deficit disorder: evaluation and treatment. *Pediatr Ann* 1985;14:383-400 apud Bazire S. *Psychotropic Drug Directory*. Jesses Farm (UK): Mark Allen Publishing Ltda.;1999.
18. Reimão R. Parassonias: epidemiologia, diagnóstico, terapêutica, em sono – estudo abrangente. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.p.347-60.
19. Coleman RM, Roffwarg HP, Kennedy SJ, et al. Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis: a national cooperative study. *J Amer Med Ass* 1982;247:997-1003 apud Reimão R. *Sono – Estudo Abrangente*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.