

Espasmos de Choro: Problema de Comportamento?

Sara Melo¹, Rui Chorão²

RESUMO

Os espasmos de choro são uma entidade clínica frequente que, no entanto, assusta os pais e são motivo de consulta para grande número de crianças. A sua apresentação clínica, apesar de típica, pode não ser suficiente para um diagnóstico correcto, sendo importante o diagnóstico diferencial com outras patologias. Os espasmos de choro têm sido associados a perturbações do comportamento, mas esta relação não está completamente esclarecida.

Com esta revisão procura-se esclarecer a associação entre espasmos de choro e perturbações de comportamento.

Apresenta-se uma revisão bibliográfica actual versando a fisiopatologia, apresentação clínica, diagnósticos diferenciais, complicações e tratamento dos espasmos de choro e faz-se uma apreciação da influência destes no comportamento dos pais e a sua associação com alterações do desenvolvimento psicoafectivo da criança.

Conclui-se que os espasmos de choro podem conduzir, nos pais e cuidadores, a comportamentos desajustados que condicionam muitas vezes perturbações do comportamento nestas crianças. É importante diagnosticar atempadamente esta situação para orientar os pais na sua conduta, evitando o desenrolar desses comportamentos, assim contribuindo para uma promoção da saúde mental da criança e cuidadores.

Palavras Chave: Espasmos de choro, Perturbação de Comportamento, Epilepsia,

Nascer e Crescer 2010; 19(1): 20-24

INTRODUÇÃO

Os espasmos de choro são uma entidade clínica comum, ocorrendo em cerca de 5% das crianças com idade igual ou inferior a 8 anos^{1,2}. Levam um grande número de crianças a recorrer ao Serviço de Urgência e a frequentar consultas de Neuropediatria ou Pediatria.

Consistem numa sequência típica de eventos que se iniciam de modo reflexo em resposta a um factor desencadeante (medo, susto, frustração ou dor súbita) e podem levar à apneia e perda de consciência, esporadicamente com crise convulsiva secundária. São involuntários, auto-limitados e geralmente não causam complicações sérias.^{1,2,3,4,5} Têm uma apresentação clínica variável com três formas clássicas descritas: cianótica, pálida e mista. Obrigam, geralmente, a diagnósticos diferenciais com etiologias mais graves, como a epilepsia ou a síndrome do QT longo. São fonte de grande angústia para os pais, que não entendem estes eventos e se sentem confrontados com uma situação de ansiedade, dúvida e medo, sem que disponham de fármacos ou qualquer outro método para “controlar” e evitar as “crises” dos seus filhos.

Vários estudos demonstraram maior incidência de problemas de comportamento nas crianças com espasmos de choro.^{4,6} De facto, estas crianças parecem ser mais impulsivas e manipuladoras, apresentam grande intolerância à frustração e podem sofrer de perturbação de oposição e desafio e de perturbação

de conduta, sendo muitas vezes avaliadas em consulta de Pedopsiquiatria por este motivo.

Este trabalho faz uma revisão teórica acerca da apresentação clínica, diagnóstico e diagnósticos diferenciais dos espasmos de choro através da consulta de bibliografia actualizada. Pretende actualizar os conhecimentos em relação à fisiopatologia e aos factores de risco já conhecidos e, sobretudo, esclarecer a associação entre espasmos de choro e perturbações de comportamento.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorrem em cerca de 4-5% das crianças com idade igual ou inferior a 8 anos, com igual distribuição por rapazes e raparigas.^{1,2,3} Apresentam um pico de incidência aos 2-3 anos, sendo que um estudo de *cohortes*³ identificou um pico de incidência ligeiramente mais precoce nos rapazes (13-18 meses) do que nas raparigas (19-24 meses).

O primeiro episódio ocorre mais frequentemente entre os 6-18 meses, embora haja registo de casos antes dessa idade; geralmente desaparecem no início da idade escolar.⁷ A frequência dos episódios pode variar entre múltiplos por dia até um por ano e a apresentação clínica é variável, como a seguir se descreve.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Após um estímulo com conotação negativa a criança começa a chorar. Após a expiração, a respiração pára, involuntariamente, com conseqüente alteração da coloração da pele e do tónus muscular. A presença ou ausência de perda de consciência, na sequência de apneia, definem a sua gravidade.

Existem dois tipos de espasmos de choro, de acordo com a coloração da pele:

¹ Serviços de Pedopsiquiatria, CHPorto, Hospital de Maria Pia

² Serviços de Neuropediatria, CHPorto, Hospital de Maria Pia

cianóticos e pálidos; a maioria das crianças apresenta apenas um dos tipos, embora algumas apresentem episódios mistos.

O evento é de curta duração (geralmente inferior a um minuto) e tem resolução espontânea. Pode ser acompanhado de crise convulsiva devido a hipóxia prolongada (ocorrendo em menos de 15% das crianças)³.

FISIOPATOLOGIA

Parece haver uma desregulação autonómica na base destes acontecimentos, com aumento de resposta simpática nos episódios cianóticos e aumento da resposta parassimpática nos episódios pálidos. De um modo geral, são crianças que respondem exageradamente aos estímulos negativos.⁸

Cianóticos

Mais comum em crianças enérgicas, activas, coléricas, opositivas e em crianças com frequência cardíaca mais elevada e tensão arterial diastólica em ortostatismo inferior ao esperado para a idade. São precipitados por estímulos como frustração, raiva ou medo, que levam a um choro violento, seguido de uma paragem respiratória na expiração. A coloração cianótica da pele surge rapidamente e pode anteceder uma perda de consciência.⁹

Pálidos

Mais comum em crianças passivas, inibidas, impressionáveis e que apresentam sinais de resposta vagal aumentada. Neste caso, o estímulo precipitante costuma ser uma dor ou um susto súbitos, a que se seguem palidez cutânea e perda de consciência.⁹

Foi proposta uma via explicativa dos fenómenos fisiopatológicos responsáveis por este tipo de espasmos de choro¹⁰:

Dor, susto → choro ténue → isquemia cerebral hipocápnica → apneia e hipoxemia → espasmo respiratório com aumento da pressão intra-torácica → diminuição do débito cardíaco → compromisso da circulação cerebral

FACTORES PREDISPONENTES

Têm vindo a ser identificados alguns factores que parecem estar associados

a um risco aumentado de espasmos de choro. Destes, os mais estudados e com dados mais consistentes parecem ser:

- Predisposição genética – autossómica dominante com penetrância incompleta (20-35% das crianças têm história familiar positiva)³
- Anemia ferropénica³ – parece estar associada a um aumento da frequência dos espasmos de choro, sendo que o suplemento de sulfato ferroso (5 mg/kg/dia) poderá estar indicado nestes doentes¹¹
- Disautonomia familiar – doença do sistema nervoso periférico, autossómica recessiva. Na infância manifesta-se por dificuldades em mamar e deglutir, podendo ocorrer episódios de pneumonia de aspiração. Em crianças mais velhas é frequente encontrar-se insensibilidade à dor, perturbações da marcha, incontinência urinária, arritmias cardíacas e atraso pubertário. Nos primeiros cinco anos de vida são comuns os espasmos de choro seguidos de síncope.¹²
- Síndrome de Rett – parece estar associado a uma maior frequência de espasmos de choro.¹¹

DIAGNÓSTICO

Uma história clínica com uma sequência de eventos típica associada a um exame neurológico normal é, geralmente, suficiente para o diagnóstico.

No entanto, se a história não é típica ou suficientemente clara ou se os sintomas são muito exuberantes, deve pedir-se: filme do episódio paroxístico, electrocardiograma (sobretudo nos pálidos, para exclusão de arritmia), electroencefalograma (EEG) (normal em 88% dos casos) e hemograma.^{1,9,11}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diagnósticos que mais vezes necessitam de ser excluídos são a epilepsia (nomeadamente quando há convulsão na sequência de apneia) e a síndrome do QT longo (pela síncope). (Tabela 1)

No entanto, embora menos prováveis, outros diagnósticos poderão ser considerados, caso a caso, na avaliação destes episódios^{9, 10, 11}:

- Síndrome de Münchhausen *by proxy*
- Obstrução nasal (infecção, malformação congénita, massa, medicação)
- Obstrução respiratória (infecção, malformação congénita, broncoespasmo, embolia, edema pulmonar)
- Doenças neuromusculares (miastenia gravis, poliomielite)
- Patologia gastrointestinal (refluxo gastroesofágico, hérnia do hiato)
- Outras patologias cardiovasculares (malformações, arritmias, pericardite, policitemia, mixoma auricular)
- Fármacos

COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO

Trata-se de uma situação geralmente benigna, sem morbilidade associada, apesar de estarem descritos raros casos de morte por complicações respiratórias ou convulsões.

A sua presença numa idade precoce parece estar associada a um maior risco de síncope na idade adulta^{1,3,4}, provavelmente pelo aumento da resposta vagal que estará na génese de alguns destes episódios.

Dado o carácter auto-limitado e o curso benigno, não se justifica o uso de medicação antiepiléptica na grande maioria dos casos e não há medicação preventiva ou de emergência conhecidas. No entanto, estudos recentes demonstraram uma diminuição do número de episódios em crianças tratadas com ferro, independentemente da presença de anemia^{1,2,3,11}.

PROBLEMA DE COMPORTAMENTO OU COMPORTAMENTO PROBLEMA?

Na década de 1960, os estudos demonstravam maior incidência de problemas de comportamento, nestas crianças - hipercinésia, agressividade, comportamento opositivo e enurese.⁵ Mais recentemente, alguns estudos têm demonstrado o contrário. De facto, Di Mario e Bureson⁶, com a ajuda da *Achenbach Child Behavior Checklist* e da *Revised Child Behavior Profile* estudaram crianças com espasmos de choro e compararam-nas com crianças sem patologia, não encontrando diferenças no perfil de comportamentos. Recentemente, alguns

estudos têm demonstrado que estas crianças apresentam, de facto, maior intolerância à frustração e piores mecanismos de adaptação, mas a causa destas alterações não depende da patologia em si. A que se deve, então esta associação? Importa recordar que os espasmos de choro têm, a maior parte das vezes, início durante a fase anal de desenvolvimento psico-afectivo, marcada pelo desejo de autonomia e individuação da criança face às figuras parentais. Deste modo, são frequentes, nesta altura, conflitos de autoridade entre pais e criança, necessários ao estabelecimento de limites consistentes, propícios ao desenvolvimento de mecanismos adaptativos de tolerância à frustração. Nestas crianças, o aparecimento deste tipo de sintomatologia, assusta os pais e gera uma ambivalência entre a necessidade de impor regras e o medo de uma nova “crise”.¹⁰ Neste sentido, os espasmos de choro podem ser incluídos numa série de comportamentos entendidos como de oposição (não chegando a ser um verdadeiro comportamento de desafio), muito comuns a partir dos dois anos de idade.

Pensa-se que os pais das crianças com espasmos de choro sofrem de mais stress do que pais de crianças com epilepsia.⁶ Isto parece dever-se à ausência de alterações nos exames efectuados e de medicação farmacológica específica que previna ou controle estes episó-

dios. Por outro lado, estes episódios são muitas vezes atribuídos a “problemas de comportamento / educação”. Deste modo, surge uma antecipação do receio face às crises e emergem sentimentos de incompetência e culpabilidade.^{13,14}

Apesar de inofensivos, os espasmos de choro assustam os pais. Assim, as mães destas crianças sentem os filhos como menos compensadores, mais exigentes, mais distraídos, menos adaptados ao meio e sentem-se mais deprimidas, mais isoladas socialmente e menos competentes como esposas e como mães.¹⁵ Ao mesmo tempo, os pais destas crianças apresentam mais problemas conjugais e maiores preocupações com a sua própria saúde. Num clima de ansiedade, isto pode levar à demissão educativa, com o fim de evitar qualquer frustração para impedir o retorno das crises. De facto, ainda que totalmente involuntários, são percebidos pela criança como um meio de manipulação, uma vez que provocam nos pais uma resposta de satisfação imediata do desejo ou um evitamento da frustração que faz sofrer. Assim sendo, se os espasmos de choro não forem compreendidos e aceites pelos pais como uma situação benigna, auto-limitada e sem consequências graves, podem desencadear-se estratégias relacionais pouco adaptativas e favorecedoras de perturbações do comportamento a longo prazo. (Tabela 2)

COMO AJUDAR?

Os clínicos que lidam com estas crianças podem ter um papel importante na prevenção deste ciclo de comportamentos disfuncionais que levam a um aumento do risco de psicopatologia da criança. De facto, a maioria das mães afirma sentir-se tanto menos ansiosa quanto mais informação tiver acerca destes eventos e se lhe forem fornecidas, por um profissional seguro na matéria, indicações precisas de como actuar.⁵ Deve estabelecer-se uma relação empática, desprovida de qualquer atitude crítica, que possa servir como base segura de aconselhamento para estes pais. A atitude terapêutica deve abranger, não só a própria criança, como ser também centrada na promoção da saúde mental dos pais, valorizando actividades que estimulem a sua autonomia em relação à criança e favoreçam a sua auto-estima. Deve transmitir-se, de forma clara, toda a informação acerca do mecanismo e do curso natural dos espasmos de choro. Além disso, torna-se necessário promover atitudes consistentes em ambos os pais, bem como a necessidade de regras de conduta que não reforcem estes comportamentos na criança.

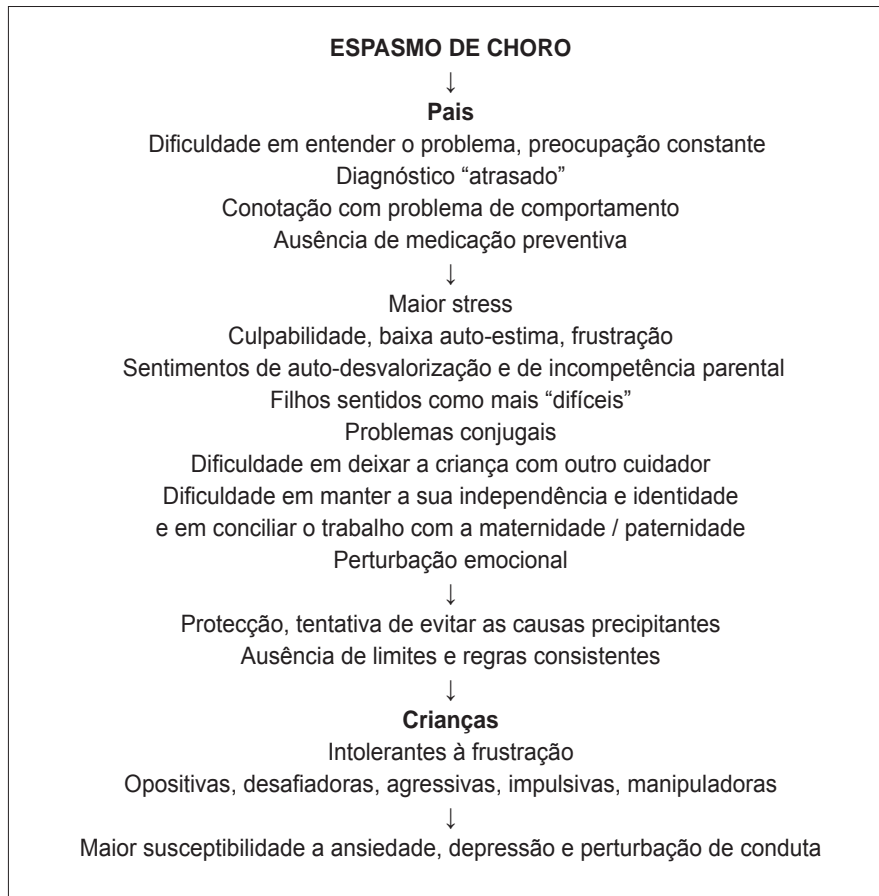
É fundamental que os pais percebam que, para evitar estes episódios, bem como os comportamentos de oposição, devem actuar antes que a criança esteja em stress. Reconhecendo os si-

Tabela 1. Diferenças entre convulsões generalizadas, síncope e espasmos de choro

Adaptado de Mackay M.⁹

	Crise convulsiva tónico-clónica generalizada	Síncope	Espasmos de Choro
Factores precipitantes	Privação de sono	Dor, ortostatismo, susto	Dor, alteração emocional súbita
Sintomas prodrómicos	Habitualmente não	Náuseas, visão turva, palidez cutânea, diaforese	Não
Duração da perda de consciência	Minutos	Segundos	Segundos
Movimentos clónicos	Sim	Por vezes	Por vezes
Recuperação	Demorada	Rápida	Rápida
Sedação pós-ictal	Sim	Não	Não (pode ocorrer quando houver crise convulsiva associada)
EEG	Alterado / normal	Normal	Normal

Tabela 2 - Sequência de comportamentos disfuncionais que se podem associar a Psicopatologia nas crianças com Espasmos de Choro



nais mais precoces de oposição, devem colocar a criança em local sossegado, por exemplo na sua própria cama, durante 2-3 minutos e esperar que a criança acalme por ela mesma, sem lhe pegar e sem brincar com ela. Por outro lado, os pais devem, eles próprios, aprender a gerir os seus próprios sentimentos de raiva e zanga, de modo a evitar perdas de controlo súbitas. Como modelo de actuação para os seus filhos, a capacidade de controlo interno e a consistência da sua actuação, irão ajudar à organização de um sistema de controlo interno na própria criança. Podem, ainda, ser dadas referências de apoios locais considerados competentes e seguros (infantários, serviços de babysitting, programas de ocupação de tempos livres). Se, além dos espasmos de choro, a criança apresentar outros comportamentos de oposição e desafio ou outros sinais de sofrimento psíquico

(por exemplo, auto ou heteroagressividade, isolamento, alterações do padrão de jogo, irritabilidade ou “head banging”), deve orientar-se esta família para uma consulta de Psiquiatria da Infância.

CONCLUSÃO

Os espasmos de choro são uma entidade comum que surge em crianças previamente saudáveis e em idades precoces. Parecem ter na sua génese uma desregulação autonómica, mas não estão associados a morbilidade significativa. São auto-limitados e não necessitam de nenhuma medicação preventiva ou de crise.

A sua associação a problemas de comportamento, empiricamente observada na clínica, parece ser real. No entanto, esta associação não se deve à patologia em si, mas aos comportamentos que desperta nos pais ou cuidadores da criança.

A melhor forma de ajudar estes pais será reconhecendo o problema atempadamente, sem ambiguidade no diagnóstico, não o desvalorizando excessivamente nem lhes atribuindo a culpa pelos episódios. Deve-se, antes, ajudá-los a perceber o seu filho como uma criança “normal” que precisa de regras e limites para um desenvolvimento adequado e uma melhor adaptação às exigências da idade adulta - mais paciente, capaz de adiar gratificações, mais tolerante à frustração. Quando os pais não são capazes de gerir estes episódios ou quando surge outro tipo de sintomatologia acompanhante, a família deverá ser encaminhada para uma consulta de Psiquiatria da Infância.

É, assim, necessário que os médicos que observam estas crianças estejam adequadamente informados para reconhecer, diagnosticar e lidar com esta patologia de forma eficaz.

BREATH-HOLDING SPELLS: A BEHAVIOURAL DISTURBANCE?

ABSTRACT

Breath-holding spells are common, but they usually frighten parents and they are a reason for seeking medical attention for many children. Although they course with a typical sequence of events, sometimes this is not sufficient to make the diagnosis, and the exclusion of other medical conditions is required. Breath-holding spells have been related to behavioural problems but this association is not completely clear.

The aim of this review is to clarify the relation between breath-holding spells and behavioural problems in children.

We present an up-to-date review concerning the physiopathology, clinical presentation, differential diagnosis and treatment of breath-holding spells, and make some considerations about its influence in parental behaviour and its effects in child's psycho-affective development.

We conclude that breath-holding spells may be in the origin of some maladaptive behaviour in parents that may lead to disturbed behaviours in their child. Early assessment and diagnosis are very important in order to prevent this circuit of misbehaviours and to promote infant's and toddler's mental health.

Key-words: Breath-holding spells, Behavioural disturbances, Epilepsy

BIBLIOGRAFIA

1. Breningstall GN. Breath-holding spells. *Pediatr Neurol.* 1996; 14:91-7.
2. DiMario FJ Jr. Breath-holding spells in childhood. *Am J Dis Child.* 1992; 146:125-31.
3. Francis J, DiMario FJ Jr. Prospective study of children with cyanotic and pallid breath-holding spells. *Pediatrics.* 2001; 107:265-9.
4. Anderson JE, Bluestone D. Breath-holding spells scary but not serious. *Contemporary Pediatrics.* 2000; 17:61-7.
5. Cesare TL, Pinchas L. Breathholding spells (cyanotic and pallid infantile syncope). *Pediatrics.* 1967; 39:563-81
6. DiMario FJ, Burleson JA. Behavior profile of children with severe breath-holding spells. *J Pediatrics.* 1993; 122:488-91.
7. Goraya JS, Viridi VS. Persistence of breath-holding spells into late childhood. *J Child Neurol.* 2001; 16:697-8.
8. Mackay M. Fits, faints and funny turns in children. *Aust Fam Physician.* 2005; 34:1003-8.
9. Fenichel G in: *Clinical Pediatric Neurology – a signs and symptoms approach*, 4rd ed. London, UK: Saunders Publishers Ltd. 2001; 17-8.
10. Forfar JF, Arneu GC. In: *Textbook of Pediatrics*, 3rd ed, London: Churchill Livingstone Ed. 1999; 1808-9
11. Keneth FS. Nonepileptic Paroxysmal Disorders. In: Ashwal S, Swaiman KF editors. *Pediatric Neurology – Principles and Practice*, 1st ed. London: Mosby Ed. 1989; 443-4.
12. Johnston MV. Conditions that mimic seizures. In: Nelson Textbook of Pediatrics. In: Beheram and Vaughan eds. 18th ed, London. Saunders Company. 2007; 2476-7.
13. Fitzgerald M, Butler B, Kinsella A. The burden on a family having a child with special needs. *Ir J Psychol Med.* 1990; 7:109-13.
14. Beebe SA, Casey R, Pinto-Martin J. Association of reported infant crying and maternal parenting stress. *Clin Pediatr.* 1993; 32:15-9.
15. Mattie-Luksic M, Javornisky G, DiMario FJ. Assessment of stress in mothers of children with severe breath-holding spells. *Pediatrics.* 2000; 106:1-5

CORRESPONDÊNCIA

Sara Melo
Dep. de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Maria Pia, CHPorto
Rua Prof. Álvaro Rodrigues
4149-003 Porto, Portugal
Telefone: (+351) 226 192 400