



Cefaleias numa população pediátrica portuguesa em contexto de urgência

Conceição Alves¹, Teresa Campos², Ana Paula Fernandes²

1. Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho
2. Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães

Resumo

Introdução: As cefaleias são muito frequentes em Pediatria, podendo ser manifestação de uma patologia grave que exija intervenção urgente. A investigação das cefaleias em contexto urgente é um desafio. Foi objectivo descrever o espectro diagnóstico e a abordagem das cefaleias numa urgência pediátrica e associar dados clínicos aos casos mais graves de cefaleias.

Metodologia: Estudo prospectivo histórico baseado na revisão casuística da população pediátrica admitida, durante um ano, no serviço de urgência de um hospital distrital português em que a queixa principal era cefaleias.

Resultados: As cefaleias representaram 0,95% das admissões na urgência. Analisaram-se 179 crianças com idade entre os dois e catorze anos. O espectro diagnóstico foi de 70,4% cefaleias secundárias (46,8% infecções respiratórias), 16,2% primárias (41,4% enxaquecas) e 13,4% inclassificáveis. Houve três casos patológicos graves, todos com alterações no exame neurológico. Em 51,7% das cefaleias primárias realizaram-se exames complementares (neuroimagem em 26,7%). O paracetamol foi o fármaco de primeira linha. Em 81,0% dos casos houve alta para o exterior. Em 31,0% das cefaleias primárias existiu nova recorrência ao serviço de urgência.

Discussão: As cefaleias como queixa principal são um motivo incomum de recurso à urgência, sendo na maioria secundárias a infecções, predominantemente do sistema respiratório. O recurso a exames complementares, nomeadamente de neuroimagem, foi excessivo. A investigação da localização e qualidade da cefaleia e dos antecedentes familiares, bem como um exame neurológico completo, podem melhorar a abordagem diagnóstica e terapêutica. As recorrências à urgência nas cefaleias primárias evidenciam a necessidade de melhorar o acompanhamento, bem como as medidas terapêuticas e profiláticas para o ambulatório.

Conclusões: A maioria das cefaleias em contexto de urgência na população pediátrica é benigna. Um exame neurológico minucioso sem alterações é primordial na exclusão de patologia grave e remete para segundo plano o recurso urgente à neuroimagem.

Palavras-chave: Cefaleia; criança; urgência

Acta Pediatr Port 2011;42(4):137-43

Headaches in a Portuguese paediatric population in an emergency context

Abstract

Background: Headaches are very common in paediatric patients, and can be secondary to a serious disorder that requires urgent care. Headache management in an emergency context is challenging. The aims of the study are to describe spectrum and assessment in a paediatric emergency department and to associate clinical data with the most severe headaches.

Methodology: One year retrospective study of a paediatric population in a emergency department of a district hospital with a chief complaint of headache.

Results: Headaches accounted for 0,95% of admissions to the emergency department. One hundred and seventeen children between two and fourteen years old were analysed. Diagnoses included 70,4% secondary headaches (46,8% respiratory infections), 16,2% primary headaches (41,4% migraine) and 13,4% unclassifiable. There were three serious pathological cases, all with abnormal neurological examination. Complementary studies were required in 51,7% of primary headaches (neuroimaging in 26,7%). Paracetamol was the first-line drug. Discharge from the emergency room occurred in 81,0% cases and readmissions in 31,0% of primary headaches.

Discussion: Headache as the chief complaint is an uncommon reason to attend to the emergency department. Most of them are secondary to infections, mainly from the respiratory system. There was an excessive request of diagnostic tests, particularly neuroimaging. Assessment of headache localization, quality and family history, as well as a complete neurological examination, can allow a better diagnostic and therapeutic management. Recurrences to the emergency department in primary headaches highlight the need for improving follow-up, as well as outpatient therapeutic and prophylactic measures.

Conclusions: Most headaches in paediatric patients in an emergency context are benign. A normal neurological examination is essential to exclude serious disorders and to lessen urgent neuroimaging tests.

Key-Words: Headache; child; emergency room

Acta Pediatr Port 2011;42(4):137-43

Recebido: 22.12.2008

Aceite: 19.10.2011

Correspondência:

Conceição Alves
Rua Central, nº 102
4495-019 Aguçadoura
sao.alves@gmail.com

ABREVIATURAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
IC	Intervalo de Confiança
IHS	Sociedade Internacional de Cefaleias
PL	Punção Lombar
SNC	Sistema Nervoso Central
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrico
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
VAS	Vias Aéreas Superiores

Introdução

A cefaleia é uma queixa muito frequente na população pediátrica¹, ocupando grande parte da prática clínica de pediatras e neuropediatras². A sua frequência é variável, devido à heterogeneidade de sistemas de classificação e de métodos de diagnóstico³. É um problema comum durante a infância, tornando-se ainda mais frequente na adolescência³. No estudo pioneiro de Bille⁴, envolvendo 9000 crianças, estimou-se que um terço das crianças até aos sete anos e metade das crianças até aos quinze anos já teria sofrido de cefaleia. Em estudos epidemiológicos mais recentes^{5,6}, a incidência distribuiu-se da seguinte forma: aos três anos 3 a 8%; aos cinco anos, 19,5%; aos sete anos, entre 37% e 51,5%; dos sete aos 15 anos, entre 57% e 82%.

Segundo dados da Direcção-Geral da Saúde, a cefaleia, como queixa principal, representa 2% dos motivos de ida ao serviço de urgência (SU) e 1,5 a 16% das consultas urgentes, embora esteja documentado que apenas um pequeno número necessite realmente de observação urgente⁷. Este sintoma causa grande ansiedade nos pais e é também uma fonte de preocupação do médico. Por um lado, apesar da maioria das cefaleias ser benigna e auto-limitada¹, em contexto de urgência, é essencial a exclusão de doenças com importante morbimortalidade que lhes possam estar associadas, como patologia tumoral ou infecção grave do sistema nervoso central (SNC), hidrocefalia, pseudotumor cerebral ou hemorragia intracraniana⁸. Por outro lado, é necessário orientar adequadamente os casos não graves, evitando o recurso repetido ao SU pediátrico (SUP) pela mesma queixa e, sobretudo, contribuindo para uma melhoria significativa da qualidade de vida da criança.

A ferramenta isolada mais importante no diagnóstico, classificação e orientação da criança com cefaleia é uma anamnese cuidada, complementada pelo exame físico geral e avaliação neurológica detalhada⁹. Os exames complementares de diagnóstico (ECD) estão indicados apenas na suspeita de causa orgânica subjacente⁸. Os médicos de medicina geral e familiar, pediatras e neurologistas têm vindo a constatar o valor limitado da neuroimagem na avaliação de crianças com cefaleia, reservando a sua realização sobretudo nos casos em que se verifiquem alterações de novo no exame neurológico^{10,11}.

Embora existam vários estudos epidemiológicos da frequência de cefaleias na população escolar a nível de Cuidados de Saúde Primários ou clínicas pediátricas^{4-6,12,13}, poucos são desenvolvidos sobre a cefaleia como queixa principal de ida

ao SU¹⁴⁻¹⁸. A maioria da informação sobre a avaliação das cefaleias nas crianças foi extrapolada de estudos realizados em ambulatório¹⁹. A investigação é também insuficiente quanto às características das cefaleias mais frequentemente associadas a doenças ameaçadoras da vida no SUP¹⁴. Salienta-se ainda a carência de estudos controlados sobre o tratamento e profilaxia das cefaleias primárias em crianças e adolescentes, nomeadamente em contexto de SU¹⁹.

Todas estas razões, aliadas à inexistência de um estudo português publicado nesta área, fundamentaram a realização deste projecto, através do qual se reviram os processos dos casos de cefaleias que surgiram no SUP de um hospital distrital português, no período de um ano, tendo sido também analisada a sua abordagem e orientação.

Objectivos

1) Descrever clinicamente a população pediátrica que recorreu ao SUP de um hospital distrital português com queixa principal de cefaleias, assim como o espectro diagnóstico e a evolução das cefaleias nessa população; 2) investigar o recurso a ECD e tratamento das cefaleias primárias; 3) associar dados clínicos aos casos mais graves de cefaleias.

Metodologia

Realizou-se um estudo prospectivo histórico baseado na revisão casuística da população de utentes com menos de quinze anos que foram admitidos no SUP de um hospital distrital português, no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2005, tendo como queixa principal cefaleias. Nesse período, registaram-se 25438 admissões no SUP. Identificaram-se, por meio informático, 242 admissões por queixa principal de cefaleias. Estes dados permitiram calcular a frequência de cefaleias como queixa principal no recurso ao SUP.

Pelo número do processo da admissão, consultou-se o respectivo episódio de urgência no ALERT® EDIS (ALERT Life Sciences Computing, S.A., Porto), programa que permite o registo clínico electrónico e interactivo de cada utente admitido no SUP. Acedeu-se apenas a 222 admissões por impossibilidade informática de obtenção do número do processo. Excluíram-se seis casos por insuficiência de dados, oito por abandono do SUP após ser efectuada a triagem de Manchester e dois por idade igual ou superior a quinze anos. A amostra deste estudo ficou assim constituída pelas 179 crianças que motivaram 206 admissões no período supracitado.

Para cada criança, pesquisou-se no ALERT® EDIS novas recorrências ao SUP pela mesma queixa nos doze meses seguintes ao episódio de urgência inicial. Os processos dos utentes encaminhados para consulta externa ou internamento foram também consultados na aplicação informática interactiva de apoio à actividade clínica SAM®, versão para Cuidados de Saúde Diferenciados (IGIS/ACSS, Lisboa).

Determinaram-se como variáveis e parâmetros a analisar: *i)* sexo; *ii)* idade; *iii)* classificação diagnóstica da cefaleia de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) e das adaptações à população pediátrica^{20,21} [modificou-se o conteúdo

da categoria “Infecções”, passando esta também a integrar as infecções intracranianas bacterianas e víricas, infecções sistémicas e infecções de estruturas cranianas, pescoço, olhos, ouvidos, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas; as cefaleias secundárias a infecções foram posteriormente distribuídas pelo local afectado, de acordo com os grupos definidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID10)²²; iv) localização, qualidade (pulsátil, não pulsátil, ou incapacidade do utente de descrever), impacto nas actividades diárias e padrão temporal das cefaleias (a intensidade não foi abrangida por ausência de registos objectivos)^{14,19,23}; v) antecedentes familiares de cefaleia primária, antecedentes pessoais e acompanhamento prévio em consulta de Neurologia ou Pediatria por cefaleia; vi) presença de sinais de alarme para a realização de neuroimagem [a) alterações do exame neurológico objectivamente observadas; b) outros sinais de alarme: cefaleia intensa, com início agudo ou com pouco tempo de evolução (menos de seis meses); padrão crónico progressivo; existência de *shunt* ventriculoperitoneal; síndrome neurocutâneo; idade inferior a três anos; cefaleia que repetidamente acorda a criança; cefaleia ou vômitos matinais; vômitos persistentes (intolerância alimentar); unilateralidade não alternante da cefaleia; localização occipital persistente; associação a manobras de Valsalva; ausência de resposta a analgésicos comuns; aura atípica; aumento desproporcional do perímetro cefálico (até aos três anos de idade); atraso estatura-ponderal¹¹]; vii) ECD realizados e resultado dos exames de neuroimagem [a) sem alterações; b) alterações *minor*, se alterações incidentais sem implicação directa na cefaleia; c) alterações patológicas, se alterações do SNC que foram causa do quadro clínico]; viii) gravidade da cefaleia (grave quando exigiu intervenção rápida no SUP e/ou quando foi secundária a distúrbio com envolvimento orgânico ou estrutural do SNC; contemplou-se meningite vírica, apesar da evolução benigna, por exigir internamento, vigilância e pela intensidade e morbidade da cefaleia; excluiu-se enxaqueca¹⁹); ix) tratamento sintomático das cefaleias primárias; x) encaminhamento após primeiro episódio de urgência; xi) recorrência dos utentes com cefaleias primárias nos doze meses seguintes ao primeiro episódio (recorrência precoce se até 72h¹⁹).

A cada utente foi atribuído um número, de forma a manter o anonimato e permitir a correspondência da informação na base de dados, criada no programa de análise estatística SPSS 16.0 for Windows® (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). Procedeu-se à análise descritiva de todas as variáveis através do cálculo do número total de casos, frequências absolutas e frequências relativas para os casos válidos. Para a variável idade, calculou-se a média e valor mínimo e máximo.

Compararam-se os resultados com os do estudo de Burton *et al*⁵. Calcularam-se os intervalos de confiança (IC) para cada frequência das variáveis de Burton *et al* a analisar, admitindo-se um erro máximo de 5%, através da fórmula:

$$p \pm 1,96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}}$$

observada no estudo e N corresponde à dimensão da amostra. Admitiu-se, com um grau de confiança de 95%, não existirem diferenças estatisticamente significativas quando a frequência estudada deste estudo se situou no IC correspondente do estudo de Burton *et al*⁵.

Resultados

No período de tempo analisado, as cefaleias como queixa principal representaram 0,95% dos episódios de urgência. Admitiram-se 179 crianças, 105 do sexo masculino (58,7%), com idades compreendidas entre os dois e os catorze anos (média de 8 anos DP 3). A maioria encontrava-se em idade escolar ($n=101$) (Figura 1).

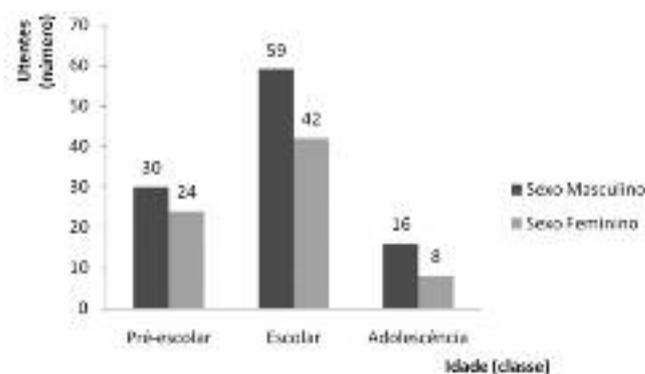


Figura 1 – Distribuição das cefaleias por sexo e grupo etário.

O espectro diagnóstico foi de 70,4% cefaleias secundárias, 16,2% primárias e 13,4% inclassificáveis (Quadros I e II). Quanto às cefaleias secundárias, a maioria foi atribuída a infecção respiratória ($n=59$; 46,8%), sendo as infecções respiratórias das vias aéreas superiores (VAS) as mais frequentes ($n=44$). Observaram-se oito cefaleias agudas pós-traumáticas atribuídas a TCE, três meningites (uma bacteriana e duas víricas) e três cefaleias pós-ictais em crianças com epilepsia.

Quadro I – Etiologia das cefaleias no Serviço de Urgência pediátrico.

Diagnósticos	$n = 179$	%
Cefaleias primárias	29	16,2
Enxaqueca	12	6,7
Não especificadas	17	9,5
Cefaleias secundárias	126	70,4
TCE* ou traumatismo do pescoço	8	4,5
Distúrbio intracraniano não vascular	5	2,8
Abuso ou abstinência de substâncias	1	0,6
Infecção	104	58,1
Distúrbio de estruturas faciais, cranianas ou do pescoço	6	3,4
Distúrbio psiquiátrico	1	0,6
Outras cefaleias, nevralgias cranianas ou dores faciais centrais ou primárias	1	0,6
Cefaleias inclassificáveis	24	13,4

*TCE, traumatismo cranioencefálico

Quadro II – Local afectado nas cefaleias atribuídas a infecção.

Local	$n=104$	%
Geral e inespecífico	35	33,7
Sistema nervoso	3	2,9
Sistema respiratório	59	56,7
Sistema digestivo	1	1,0
Olhos e anexos	1	1,0
Ouvidos e apófise mastóide	5	4,8

Das 29 crianças com cefaleias primárias, doze tinham enxaqueca (41,4%). Em 75,9% ($n=22$), os antecedentes pessoais eram irrelevantes. Os antecedentes familiares não foram registados em 20 casos (69,0%); em seis crianças havia história de cefaleias primárias em familiares de primeiro grau e nas restantes três os antecedentes familiares eram irrelevantes. Nas cefaleias inclassificáveis, os antecedentes familiares não foram registados em 87,5% das crianças.

Quanto às características das cefaleias observadas, só houve registos médicos da qualidade em 8,4% e do impacto nas actividades diárias em 15,6%, pelo que esses dados não foram comparados posteriormente. A localização das cefaleias (Quadro III) foi registada em apenas 53,6% dos casos ($n=96$), sendo a mais frequente a frontal quer nas cefaleias primárias (52,2%), quer nas secundárias (63,8%). A significância estatística não foi comprovada por insuficiência de dados.

Quadro III – Localização da cefaleia segundo a sua etiologia.

Localização ($n=96$)	Etiologia das cefaleias		
	Primária n (%)	Secundária n (%)	Inclassificável n (%)
Frontal	12 (52,2)	37 (63,8)	11 (73,3)
Occipital	1 (4,3)	10 (17,2)	2 (13,3)
Parietal	2 (8,7)	4 (6,9)	0 (0,0)
Hemicraniana	4 (17,4)	2 (3,4)	1 (6,7)
Global	4 (17,4)	5 (8,6)	1 (6,7)
Total	23 (100,0)	58 (100,0)	15 (100,0)

De acordo com o padrão temporal, as cefaleias agudas representaram 83,2% ($n=149$) de todos os casos. Houve um caso de cefaleia crónica progressiva, sendo as restantes cefaleias agudas recorrentes ($n=29$; 16,2%).

Nas cefaleias primárias, o padrão agudo recorrente foi o mais frequente (65,5%), pelo contrário, as cefaleias secundárias foram maioritariamente agudas (93,7%). A significância estatística não foi comprovada por insuficiência de dados. O Quadro IV representa a distribuição do padrão temporal de acordo com a etiologia das cefaleias.

Quadro IV – Padrão temporal da cefaleia segundo a sua etiologia.

Padrão temporal ($n=179$)	Etiologia das cefaleias		
	Primária n (%)	Secundária n (%)	Inclassificável n (%)
Aguda	9 (31,0)	118 (93,7)	22 (83,7)
Aguda recorrente	19 (65,5)	8 (27,6)	2 (6,9)
Crónica progressiva	1 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	29 (100,0)	126 (100,0)	24 (100,0)

De todas as crianças com cefaleias, 17 (9,5%) apresentavam pelo menos um sinal de alarme para a realização de neuroimagem, destacando-se alterações neurológicas (três casos com rigidez da nuca, dois com crises convulsivas e três com síncope), agravamento progressivo da cefaleia ($n=5$), vômitos persistentes ($n=5$), ausência de resposta a analgésicos comuns ($n=3$), unilateralidade não alternante da cefaleia ($n=1$) e localiza-

ção occipital persistente ($n=1$). Doze crianças foram submetidas a neuroimagem e três a punção lombar (PL). Uma criança, acompanhada em consulta externa, que apresentava cefaleia com localização occipital persistente, não foi sujeita a qualquer tipo de ECD, tendo sido encaminhada para o exterior, medicada com paracetamol. À outra criança com vômitos persistentes não foram solicitados nem exame neuroimagingológico nem PL, porém foi decidido o internamento, do qual teve alta com o diagnóstico final de cefaleia atribuída a infecção geral e inespecífica.

A neuroimagem foi requisitada em 8,9% dos casos ($n=16$) e em 25,0% ($n=4$) não havia sinais de alarme para a sua realização. Nenhum resultado foi patológico, porém 37,5% ($n=6$) revelaram alterações *minor*, como sinusite, formação quística no hipotálamo, quisto aracnoideu, megacisterna magna ou assimetria dos ventrículos laterais, sem necessidade de qualquer tipo de intervenção urgente.

O encaminhamento das crianças com cefaleias foi em 81,0% ($n=145$) para o exterior. Foram internadas onze crianças, tendo-se verificado três casos graves de cefaleias atribuídas a infecção do SNC (duas meningites víricas e uma bacteriana) com média de idades de 7,7 anos. As três cefaleias eram agudas e acompanharam-se de alterações neurológicas persistentes ao exame físico (rigidez da nuca), o que não se verificou nos casos não graves. A localização da cefaleia diferiu consoante o caso (frontal, global e não descrita) e não existiu registo médico da qualidade da cefaleia, impacto nas actividades diárias ou antecedentes familiares. Não surgiu nenhum caso de tumor cerebral, hidrocefalia ou disfunção de shunt ventriculoperitoneal. Não foi possível estabelecer uma associação estatística entre dados clínicos e a gravidade das cefaleias pelo número reduzido de casos.

No que diz respeito à abordagem das cefaleias primárias no SUP, requisitaram-se ECD em quinze das 29 crianças (51,7%). Registou-se a história familiar de cefaleia primária em sete casos: positiva em cinco e irrelevante em dois. Em 46,8% ($n=7$) realizou-se, pelo menos, estudo analítico. O ECD mais pedido isoladamente foi a pesquisa de glicemia capilar e/ou tira teste de urina (40,0%; $n=6$). Em 26,7% ($n=4$) dos casos fez-se estudo neuroimagingológico por presença de pelo menos um sinal de alarme, não neurológico. O tratamento sintomático foi registado em 69,0% dos casos. O paracetamol foi o fármaco de primeira linha (60,0%). O ibuprofeno prescreveu-se em 35,0% dos casos e a hidroxizina em 5,0%. Das 29 crianças com cefaleias primárias, quinze (51,7%) tiveram alta para o exterior, três das quais eram acompanhadas em consulta externa, e catorze (48,3%) foram encaminhadas para consulta de Neurologia ou Pediatria. Nove crianças (31,0%) foram readmitidas no SUP, sendo que cinco tinham sido encaminhadas ou eram já seguidas em consulta. Em 88,9% das visitas repetidas ao SUP o motivo foi por recorrência precoce das queixas ou novo episódio de cefaleia semelhante.

Discussão

O Quadro V apresenta os principais resultados de estudos da cefaleia como queixa principal no recurso ao SUP. A percenta-

Quadro V – Estudos da cefaleia como queixa principal no recurso ao serviço de urgência pediátrico.

	Burton <i>et al</i> ¹⁵ (1997)	Kan <i>et al</i> ¹⁷ (2000)	León-Díaz <i>et al</i> ¹⁸ (2004)	Alves <i>et al</i> (2011)
Local do SUP*	Hospital pediátrico urbano (EUA [†])	Divisão de neurologia pediátrica de um hospital pediátrico (EUA [†])	(Espanha)	Hospital distrital (Portugal)
Período de tempo	1 ano	1 ano	6 meses não contíguos	1 ano
N.º de crianças	288	130	185	179
Frequência de consulta no SU [‡] por cefaleia (%)	1,3	0,7	0,58	0,95
Idade	2-18 anos	< 18 anos	2-15 anos	2-14 anos
Etiologia (%)				
Infecção não craniana	60,4	28,5	49,2	56,4
Cefaleias primárias (%enxaqueca/total)	20 (15,6)	10 (8,5)	23,8 (14,6)	16,2 (6,7)
TCE [§]	6,6	20	8,1	4,5
Meningite vírica	5,2	2,3	1	1,1
Tumor cerebral	0,3	-	1,6	-
Hidrocefalia/shunt	0,7	11,5	0,5	-
Inclassificáveis	7,7	11,5	10,8	13,4
Neuroimagem (%)	7,3	40,8	9,7	8,9

*SUP, serviço de urgência pediátrico; †EUA, Estados Unidos da América; ‡SU, serviço de urgência; §TCE, traumatismo cranioencefálico.

gem de episódios de urgência por cefaleias neste estudo (0,95%) situou-se entre as frequências descritas na literatura (0,58 – 1,30%)^{15,17,18}. No SUP, verificou-se um padrão temporal da cefaleia predominantemente agudo, com um grande espectro etiológico, o que contrasta com a predominância de cefaleias recorrentes e crónicas (cefaleias de tensão e enxaquecas) das consultas externas de pediatria/neuropediatria¹⁸. Houve um caso de cefaleia crónica progressiva que, apesar de corresponder ao padrão mais preocupante por poder indicar aumento da pressão intracraniana¹¹, revelou ser uma cefaleia primária.

As cefaleias mais frequentes foram secundárias a infecções não cranianas (56,4%), predominando as infecções do aparelho respiratório (33,0%), o que é também descrito noutros estudos^{14,15}.

As cefaleias primárias foram também a segunda etiologia mais comum (IC: [15,0-25,0%]). Contudo, a enxaqueca esteve significativamente menos representada (IC: [11,4-19,8%]), o que se pode dever à desigualdade dos registos médicos na subclassificação das cefaleias e à exclusão dos utentes entre quinze e 18 anos.

Apesar da percentagem da neuroimagem estar dentro dos valores esperados (IC: [4,3-10,3]), em 25,0% dos casos foi realizada sem a presença de sinais de alarme. Seria de esperar uma requisição mais criteriosa destes exames imagiológicos, dada a existência de indicações prioritárias para o estudo neuroimagiológico^{3,10,11}. Particularizando a abordagem das cefaleias primárias, observou-se a necessidade de requisitar ECD, o que reforça a dificuldade do diagnóstico diferencial da cefaleia em contexto urgente e a importância fulcral da história e exame físico, particularmente o neurológico, na abordagem diagnóstica e na evicção do recurso inadequado a ECD.

A inexistência de registo médico da terapêutica em 31,0% dos casos das cefaleias primárias introduz um viés nos resultados, porque esse valor poder-se-á dever à falta de registo ou à ati-

tude de não medicar a criança. Nas crianças medicadas, a utilização preferencial de paracetamol ou ibuprofeno está de acordo com as recomendações do tratamento das cefaleias primárias em urgência, nomeadamente das enxaquecas na infância^{24,25}. Contudo, em nenhum caso se recorreu à classe dos triptanos, como o sumatriptano nasal, aceite como efectivo no tratamento agudo das enxaquecas em crianças e adolescentes²⁶, e que, pela sua formulação, poderia ser utilizado em ambulatório e tolerado na presença de náuseas, evitando o gasto em recursos humanos hospitalares e administrações endovenosas de fármacos. As visitas repetidas ao SUP por quase um terço das crianças com cefaleias primárias corroboram a necessidade de melhorar o seu acompanhamento em ambulatório, bem como as medidas terapêuticas e profiláticas, quer farmacológicas, quer comportamentais, procurando sobretudo impedir a recorrência da cefaleia, que está descrita ser comum nas 24 a 72h após a alta clínica¹⁹.

Para além de estar reportado que a maioria das cefaleias urgentes é benigna, o número reduzido de casos graves (1,7%), nomeadamente disfunção de shunt ventriculoperitoneal e consequente hidrocefalia, poder-se-á dever ao facto deste hospital distrital não ter especialidade neurocirúrgica e, portanto, o acompanhamento destas patologias decorrer em hospitais com cuidados terciários. Por outro lado, não surgiu nenhum tumor cerebral, o que pode ser reflexo da baixa incidência anual desta patologia (3/100.000)²⁷.

O objectivo de associar dados clínicos à gravidade das cefaleias não foi assim atingido pela insuficiência de casos graves que alcançassem significância estatística, além da falta de registos de características possivelmente relacionáveis. No entanto, é de realçar que, comparativamente aos casos não graves, as infecções do SNC foram as únicas a apresentar alterações neurológicas persistentes (rigidez da nuca) ao exame objectivo. Em estudos com possibilidade de associar os dados clínicos à gravidade foi demonstrado que as crianças com

cefaleias secundárias a patologias graves têm alterações neurológicas evidentes, nomeadamente alteração do estado de consciência, rigidez da nuca, papiledema, movimentos oculares anormais, ataxia ou hemiparesia¹⁴⁻¹⁸.

Nas crianças que apresentaram outro tipo de sinais de alarme que não alterações neurológicas persistentes, o estudo neuroimagiológico não foi patológico. Porém, em 37,5% descreveram-se alterações *minor* que não alteraram a abordagem terapêutica. Estes resultados são semelhantes aos encontrados noutros estudos^{28,29}, que revelaram que, em crianças com cefaleias, sem alterações do exame neurológico, se detectaram na neuroimagem alterações “benignas”, que não conduziram²⁸, ou conduziram numa minoria (1,2% de 681 crianças²⁹), a modificações da conduta clínica.

Deste estudo, destaca-se ainda a necessidade de melhorar os registos médicos no SUP, nomeadamente na descrição da localização e qualidade da cefaleia e na investigação de antecedentes familiares de cefaleias primárias. Estas informações são de extrema importância, visto que a localização occipital persistente e a incapacidade da criança descrever a dor estiveram fortemente associadas a patologia intracraniana¹⁴. A realização de neuroimagem torna-se também prioritária se a cefaleia for súbita e intensa, sobretudo na ausência de história familiar de enxaqueca¹⁰. Uma história familiar positiva pode assim pesar na decisão de não se recorrer a ECD.

De referir, por último, que este estudo apresenta diversas limitações. Sendo um estudo prospectivo histórico, só foi possível colher os dados existentes e não estudar outros de possível interesse e daí as limitações na análise de algumas variáveis já referidas. Houve dificuldade em vários casos na classificação diagnóstica das cefaleias pelo facto da classificação aquando da alta no SUP ser diferente da utilizada no estudo. Procurou-se diminuir o viés associado ao observador, estabelecendo critérios o mais uniformes possível e discutindo os casos mais ambíguos com pediatras mais vocacionadas nesta área. Sendo a amostra obtida uma amostra de conveniência, o que se justificou pela percentagem pequena do fenómeno estudado, não é representativa da população pediátrica abrangida pelo hospital e, deste modo, não se podem extrapolar dados. Espera-se, contudo, que este projecto tenha contribuído para aumentar o conhecimento desta área na literatura portuguesa.

Conclusão

Embora as cefaleias sejam uma queixa frequente em crianças e adolescentes, como queixa principal são uma causa incomum de recurso ao SUP. O espectro diagnóstico das cefaleias é dependente da proveniência da amostra. Em contexto urgente, a maioria das cefaleias na população pediátrica é benigna, atribuindo-se sobretudo a infecções respiratórias das VAS. No entanto, urge sempre impedir a mortalidade, excluindo patologias que façam perigar a vida, e prevenir a morbilidade, controlando a dor e encaminhando adequadamente cada criança que recorre ao SUP por cefaleias.

A requisição inadequada a ECD pode ser minorada pela elaboração de uma história clínica e exame objectivo cuidados. A ausência de alterações permanentes no exame neurológico

remete para segundo plano o recurso urgente à neuroimagem. De facto, o exame neurológico tem uma alta sensibilidade para patologia intracraniana e, neste estudo, comprovou-se que a sua normalidade é primordial na exclusão de patologia grave. São necessários mais estudos prospectivos sobre sinais de gravidade das cefaleias, em crianças que recorrem ao SU, e tratamento das cefaleias primárias.

Agradecimentos

Ao Prof. Pedro Oliveira e à Dr.^a Cristina Oliveira (Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho) pelo apoio na análise estatística.. A todo o Serviço de Pediatria (Centro Hospitalar do Alto Ave, Unidade de Guimarães), na pessoa do Dr. Pedro Freitas pela abertura demonstrada na realização deste estudo.

Referências

- Rothner AD. Evaluation of headache. In: Winner P, Rothner AD, editors. *Headache in Children and Adolescents*. Hamilton, London: BC Decker; 2001; 20-33.
- Brna PM, Dooley JM. Headaches in the pediatric population. *Semin Pediatr Neurol* 2006;13:222-30.
- Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A *et al*. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2002;59:490-9.
- Bille BS. Migraine in school children. A study of the incidence and short term prognosis, and a clinical, psychological and electroencephalographic comparison between children with migraine and matched controls. *Acta Paediatr Suppl* 1962;136:1-151.
- Lipton RB. Diagnosis and epidemiology of pediatric migraine. *Curr Opin Neurol* 1997;10:231-6.
- Lipton RB, Maytal J, Winner P. Epidemiology and classification of headache. In: Winner P, Rothner AD, editors. *Headache in Children and Adolescents*. Hamilton, London: BC Decker; 2001; 1-19.
- Direcção-Geral da Saúde. Urgências no ambulatório em idade pediátrica. Volume I – Orientações técnicas. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
- Cohen BH. Headaches as a symptom of neurological disease. *Semin Pediatr Neurol* 1995;2:144-50.
- Dooley JM, Gordon KE, Wood EP, Camfield CS, Camfield PR. The utility of the physical examination and investigations in the pediatric neurology consultation. *Pediatr Neurol* 2003;28:96-9.
- National Guideline Clearinghouse. Guideline summary: Headache – child. Disponível em: URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8603&nbr=4790 [accedido em 16/06/2008].
- Lewis DW. Headache in the pediatric emergency department. *Semin Pediatr Neurol* 2001;8:46-51.
- Sillanpää M, Antilla P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache* 1996;36:466-70.
- Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992;34:1095-101.
- Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache* 2000;40:200-3.
- Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1997;13:1-4.

16. Lobera Gutiérrez de Pando E, López Navarro JA, Youssef Fasheh W, Vernet Bori A, Luaces Cubells C. Headache in a short-stay unit. A retrospective study of 140 cases. *An Esp Pediatr* 1999;50:562-5.
17. Kan L, Nagelberg J, Maytal J. Headaches in a pediatric emergency department: etiology, imaging, and treatment. *Headache* 2000;40:25-9.
18. León-Díaz L, González-Rabelino G, Alonso-Cerviño M. Analysis of the aetiologies of headaches in a paediatric emergency service. *Rev Neurol* 2004;39:217-21.
19. Joseph M. Assessment and management of pediatric headache in the emergency department. *Pediatr Emerg Med Rep* 2008;13:53-68.
20. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24 Suppl 1:S9-160.
21. Winner P, Martinez W, Mate L, Bello L. Classification of pediatric migraine: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1995;35:407-10.
22. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Disponível em: URL: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> [acedido em 16/06/2008].
23. Rothner AD. The evaluation of headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol* 1995;2:109-18.
24. Hämäläinen ML, Hoppu K, Valkeila E, Santavuori P. Ibuprofen or acetaminophen for the acute treatment of migraine in children: a double-blind, randomized, placebo-controlled, crossover study. *Neurology* 1997;48:103-7.
25. Lewis DW, Kellstein D, Dahl G, Burke B, Frank LM, Toor S et al. Children's ibuprofen suspension for the acute treatment of pediatric migraine. *Headache* 2002;42:780-6.
26. Major PW, Grubisa HS, Thie NM. Triptans for the treatment of acute pediatric migraine: a systematic literature review. *Pediatr Neurol* 2003;29:425-9.
27. The epidemiology of headache among children with brain tumor. Headache in children with brain tumors. The Childhood Brain Tumor Consortium. *J Neurooncol* 1991;10:31-46.
28. Lewis DW, Dorbad D. The utility of neuroimaging in the evaluation of children with migraine or chronic daily headache who have normal neurological examinations. *Headache* 2000;40:629-32.
29. Schwedt TJ, Guo Y, Rothner AD. "Benign" imaging abnormalities in children and adolescents with headache. *Headache* 2006;46:387-98.