

## Cefaleias Numa População Pediátrica

ARMANDO FERNANDES, ANTÓNIO LEVY GOMES

Neurologia – Serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria

### Resumo

A cefaleia é um sintoma frequente na idade pediátrica, sendo a sua causa mais habitual a enxaqueca.

**Objetivos:** Caracterização clínica das crianças com cefaleias seguidas na Consulta de Neurologia Pediátrica; avaliação da resposta clínica à terapêutica profiláctica para a enxaqueca e avaliação crítica dos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleias para a enxaqueca.

**Doentes e Métodos:** Estudo retrospectivo de 109 crianças com cefaleias recorrentes (enxaqueca, cefaleia de tensão e cefaleias mistas), referenciadas à Consulta de Neurologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, de 01-01-94 a 30-06-96.

**Resultados e conclusões:** As cefaleias recorrentes representaram 8,28% da patologia assistida na Consulta de Neurologia Pediátrica. A enxaqueca foi a causa mais frequente de cefaleias recorrentes (80,7%), seguida da cefaleia de tensão (14,7%).

Nos doentes com enxaqueca havia história familiar positiva em 69,3% dos casos, principalmente materna (63,1%). Nestes doentes, a localização unilateral da dor, o carácter pulsátil e a duração superior a 4 horas ocorreram, apenas, em 22,3%, 30,2% e 42% dos casos, respectivamente. Este facto sugere a necessidade de algumas modificações aos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias. Ainda, nestes doentes houve uma melhoria clínica em 73,8% dos casos, 23,1% dos quais sem terapêutica profiláctica para a enxaqueca.

A escolha dos exames imagiológicos deverá ser baseada na suspeita clínica, após realização da anamnese e da observação clínica (incluindo o exame neuro-oftalmológico).

**Palavras-chave:** Cefaleias, criança, infância, profilaxia, terapêutica.

### Abstract

Headache is a common symptom in Paediatrics, and its most cause is migraine.

**Objectives:** Clinical characterisation of children with headache complaints followed at the Paediatric Neurology Clinic, assessment of clinical response to preventive treatment of migraine and critical evaluation of diagnostic criteria of migraine established by the Headache International Society.

**Patients and Methods:** Retrospective study of 109 children with recurrent headache (migraine, tension headache and mixed headaches) referred to the Paediatric Neurology Clinic of Hospital Santa Maria, from 01.01.94 to 30.06.96.

**Results and Conclusions:** Recurrent headache represented a 8.28% of clinical conditions observed at Paediatric Neurology Clinic. Migraine was the most frequent cause of recurrent headache (80.7%), followed by tension headache (14.7%).

In patients with migraine a positive family history was found in 69.3% of cases, specially maternal (63.1%). In these patients, unilateral pain, throbbing pain and headache lasting more than four hours only occurred in, respectively, 22.3%, 30.2% and 42% of cases. This fact suggest the need to change the criteria of the Headache International Society. In these patients there was also a clinical improvement in 73.8% of cases, 23.1% of which without preventive treatment of migraine.

Choice of imageology examinations should be based on clinical suspicion, after careful history taking and clinical observation (including neuro-ophthalmological examination).

**Key-words:** Child, headache, infancy, profilaxis, treatment.

### Introdução

A cefaleia é um sintoma frequente na criança <sup>(1-14)</sup>.

Os dados disponíveis mostram que a frequência vai cumulativamente aumentando com a idade e que aos 3 anos, 8 a 12% das crianças referem cefaleias <sup>(12)</sup>, aos 5 anos 19,5% e 37,5% das crianças com 7 anos referem cefaleias no ano precedente <sup>(13, 14)</sup>. Segundo Collin <sup>(15)</sup>, essa percentagem aumenta para 76% entre as crianças de 9 e

12 anos. Esta elevada percentagem é explicada pelo elevado número de estruturas dolorosas que podem provocar cefaleias (artérias da base do crânio, seios venosos, dura e artérias da dura, estruturas intervadas pelos V, IX e X nervos cranianos, músculos do pescoço, couro cabeludo, perióstio das cavidades dentárias e seios perinasais). Na maioria, estas cefaleias são esporádicas e raras não preocupando nem os pais nem os médicos, o que vai acontecer nos casos em que são frequentes e recorrentes o que acontece entre 6 e 23% das crianças, até aos 12 anos. Destas últimas, a causa mais habitual é a enxaqueca <sup>(1-14)</sup>.

Os principais objectivos do nosso trabalho visaram: 1) a caracterização clínica das crianças com cefaleias recorrentes seguidas na Consulta de Neurologia Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria; 2) a avaliação da resposta clínica à terapêutica profiláctica nas crianças com enxaqueca; e, 3) a avaliação crítica dos critérios de diagnósticos propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias para a enxaqueca na criança.

### Doentes e Métodos

A classificação das cefaleias foi adaptada dos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias <sup>(16)</sup>. Assim, consideramos enxaqueca quando a criança apresentava cefaleias paroxísticas, separadas por intervalos livres e associadas a pelo menos dois dos seguintes dados: dor de cabeça unilateral, náusea ou vômito, aura visual (ou equivalente) e antecedentes familiares de enxaqueca nos pais ou irmãos; cefaleia de tensão quando havia episódios de dor, em banda (frontal, occipital), pelo menos 15 dias/mês, por um período superior a 6 meses, sem pródromos, nem náuseas ou vômitos, piorando ao final do dia e, muitas vezes, associadas a stress, ansiedade ou depressão; e

cefaleias mistas quando havia uma sobreposição das características anteriores.

De 01-01-94 a 30-06-96 foram admitidos na Consulta de Neurologia Pediátrica do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria 1316 novos doentes, dos quais 139 (10,56%) por cefaleias. Destes, 109 (8,28%) apresentavam cefaleias recorrentes (enxaqueca, cefaleias de tensão e cefaleias mistas).

No presente estudo, abordam-se unicamente as crianças com cefaleias recorrentes, através de uma análise retrospectiva dos respectivos processos clínicos.

Analísaram-se os seguintes dados: idade, sexo, antecedentes familiares e pessoais, manifestações clínicas, exames complementares de diagnóstico, terapêutica e evolução.

Todos os dados foram introduzidos numa base de dados especialmente elaborado para o efeito (Microsoft Access®). Os dados descritivos são expressos como valores absolutos e/ou percentagens, médias e desvios-padrão.

### Resultados

Os resultados obtidos estão reunidos nos quadros que se seguem (Quadros I a X).

QUADRO I  
Características da população global

Total de ingressos (n)	1316
Total de crianças com cefaleias (%)	139 (10,56)
Total de crianças com cefaleias recorrentes (%)	109 (8,28)

QUADRO II  
Cefaleias recorrentes – características populacionais

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Idade de aparecimento das cefaleias <sup>(1)</sup> (meses)	60,2 ± 10,3	122,3 ± 11,6	88 ± 12,4
Idade da primeira consulta <sup>(1)</sup> (meses)	64,4 ± 8,8	128,1 ± 10,5	93,7 ± 14,2
Sexo			
Feminino (%)	46 (52,3)	10 (62,5)	3 (60)
Masculino (%)	42 (47,7)	6 (27,5)	2 (40)
Destino			
Alta (%)	13 (14,7)	8 (50)	1 (20)
Consulta Neurologia Pediátrica (%)	52 (59,1)	2 (12,5)	3 (60)
Desconhecido (%)	23 (26,1)	6 (37,5)	1 (20)

(1) média ± desvio padrão

**QUADRO III**  
Cefaleias recorrentes – antecedentes familiares e pessoais

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<b>Antecedentes Familiares</b>			
Enxaqueca (%)	61 (69,3) ♦	1 (6,3)	1 (20)
Cefaleias de tensão (%)	1 (1,1)	1 (6,3)	0
Epilepsia (%)	9 (10,2)	0	1 (20)
Atraso psicomotor (%)	2 (2,2)	0	0
Irrelevantes (%)	16 (18,2)	14 (87,5)	3 (60)
<b>Antecedentes Pessoais</b>			
Doença infecciosa (%)	12 (13,6)	2 (12,5)	1 (20)
Asma (%)	8 (9)	0	0
Epilepsia (%)	4 (4,5)	0	0
Traumatismo cranioencefálico (%)	3 (3,4)	0	1 (20)
Irrelevantes (%)	46 (52,2)	12 (75)	2 (40)

♦ Mãe = 45 (63,1%); avós = 14 (22,9%); pai = 12 (19,6%); irmãos = 5 (8,1%)

**QUADRO IV**  
Cefaleias recorrentes – características das cefaleias

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Aura visual (%)	8 (9,1)	0	0
Interrupção de actividade (%)	71 (80,7)	1 (6,3)	3 (60)
Acordar à noite (%)	9 (10,2)	0	0
<b>Duração</b>			
< 4 horas (%)	51 (58)	12 (75)	3 (60)
≥ 4 horas (%)	37 (42)	4 (25)	2 (40)
<b>Crises por mês</b>			
< 3 (%)	8 (9,1)	–	–
≥ 3 (%)	80 (90,9)	–	–

**QUADRO V**  
Cefaleias recorrentes – características das cefaleias em crianças com idade ≥ 6 anos actualmente

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<b>Localização</b>			
Unilateral (%)	17 (22,3)	0	0
Bilateral (%)	38 (50)	8 (50)	3 (60)
Outra (%)	21 (27,5)	8 (50)	2 (40)
<b>Carácter</b>			
Pulsátil (%)	23 (30,2)	1 (6,3)	1 (20)
Não pulsátil (%)	53 (69,8)	15 (93,7)	4 (80)
Absentismo escolar (%)	23 (34)	0	1 (20)

**QUADRO VI**  
Cefaleias recorrentes – manifestações clínicas associadas

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Náuseas e vômitos (%)	62 (70,5)	2 (12,5)	3 (60)
Fonofobia (%)	20 (22,7)	0	2 (40)
Fotofobia (%)	9 (10,2)	0	2 (40)
Palidez (%)	6 (6,8)	0	2 (40)
Dor abdominal (%)	4 (4,5)	0	1 (20)
Prostração (%)	3 (3,4)	0	2 (40)
Tonturas (%)	2 (2,2)	0	0

**QUADRO VII**  
Cefaleias recorrentes – factores desencadeantes e atenuantes

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Factores desencadeantes			
Não identificados	74 (84,1)	2 (12,5)	4 (80)
Stress (%)	8 (9)	14 (87,5)	1 (20)
Alimentos <sup>(1)</sup> (%)	3 (3,4)	0	0
Outros (%)	3 (3,4)	0	0
Factores atenuantes			
Não identificados (%)	21 (23,8)	8 (50)	2 (40)
Repouso / sono (%)	63 (71,6)	8 (50)	2 (40)
Vômitos (%)	4 (4,5)	0	1 (20)

<sup>(1)</sup> Chocolate = 2; queijo = 1

**QUADRO VIII**  
Cefaleias recorrentes – exames complementares de diagnóstico

	Enxaqueca	C. tensão	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
Electroencefalogramas			
Realizados	28	5	2
Com alterações (%)	6 (20)	2 (40)	0
Tomografia axial computadorizada			
Realizadas	26	1	1
Com alterações (%)	0	0	0

**QUADRO IX**  
**Enxaqueca – terapêutica**

Educação (vida saudável), tranquilização, evicção dos factores desencadeantes, ...

**Decisão empírica para a prescrição de terapêutica medicamentosa**

- \* Incapacidade
- \* Factores pessoais, familiares, hereditários, ...
- \* Crises: > 3-4/mês

**Profilaxia da enxaqueca = 65 (73,8%)**

- \* Fármacos: 1 = 54 (83,1%)      2 ou mais: 11 (16,9%)
  - Flunarizina = 57 (87,6%)
  - Propranolol = 7 (10%)
  - Ciproheptadina = 6 (9,2%)
  - Pizotifeno = 1 (1,5%)

**QUADRO X**  
**Cefaleias recorrentes – evolução**

	Enxaqueca	C. mista
<b>Número</b>	<b>88</b>	<b>5</b>
Melhoria clínica «franca» (%)	65 (73,8)	4 (80)
Com terapêutica profiláctica (%)	50 (76,9)	3 (75)
Sem terapêutica profiláctica (%)	15 (23,1)	1 (25)
Sem resultados disponíveis (%)	23 (26,1)	1 (20)
Alta (%)	13 (14,7)	1 (20)

### Discussão

Os estudos epidemiológicos realizados sobre cefaleias apresentam prevalências muito variáveis deste sintoma na idade pediátrica, sendo este facto resultante das diferentes metodologias utilizadas e da motivação da população estudada, limitando-se a valorização da repercussão deste sintoma na actividade escolar<sup>(17)</sup>. Além disso, são poucas as revisões acerca das características clínicas das cefaleias em crianças, o que dificulta a comparação das frequências observadas na nossa série.

Apesar das limitações dos estudos epidemiológicos sobre as cefaleias na infância, podemos deduzir a elevada prevalência deste sintoma, que aumenta com a idade<sup>(1, 2, 4, 12-15)</sup>. As cefaleias recorrentes representaram 8,28% da nossa patologia (Quadro I), dados semelhantes aos referidos na literatura<sup>(18)</sup>.

A ansiedade familiar que suscita este sintoma condiciona uma consulta médica precoce, evidenciável pelo escasso tempo de evolução do quadro clínico numa alta percentagem dos casos. Esta ansiedade manifestada perante o medo, por vezes não verbalizado, de um tumor

cerebral, é extensível ao doente, à família e, tantas vezes à própria equipa médica. Esta última vê-se obrigada a actuar com rapidez para alcançar o diagnóstico definitivo<sup>(1, 2, 3, 4, 8)</sup>.

Uma vez que as cefaleias poderão ser um sintoma inespecífico de expressão de múltiplas e variadas doenças, resulta de importância fundamental a realização de uma anamnese exhaustiva, que recolha dados referentes aos factores desencadeantes, prodrómicos, frequência, ritmo, horário, localização, irradiação, carácter, sintomas associados, factores atenuantes, com o objectivo de caracterizar com a maior precisão possível o quadro clínico que motivou a consulta e favorecer assim uma correcta aproximação diagnóstica anterior à realização do exame objectivo e ao pedido dos exames complementares de diagnóstico. Isto nem sempre é possível em doentes pediátricos, e quanto mais jovens eles forem, mais inespecífica será a informação obtida<sup>(1-4, 6, 8)</sup>. Contudo, segundo Gascon<sup>(19)</sup>, um diagnóstico correcto da etiologia da cefaleia, poderá ser feito na altura da primeira consulta em 80 a 90% dos casos, desde que se faça uma história cuidadosa e um exame físico e neurológico minuciosos. O carácter hemcraniano

e pulsátil das cefaleias e, em menor proporção, a presença de aura, permitirão a primeira aproximação diagnóstica pela anamnese <sup>(1-4, 8, 19)</sup>.

De forma similar ao observado por outros autores <sup>(7, 8, 20)</sup>, a enxaqueca foi, no nosso estudo, o tipo de cefaleias mais frequentes, constituindo 80,7% dos diagnósticos definitivos: uma cefaleia frontal de carácter recidivante acompanhada de sintomatologia vegetativa (náuseas, vômitos, etc.) e fotofobia, que melhora com o repouso, sono ou vômito, corresponde ao perfil clínico mais frequentemente referido nos nossos doentes (Quadros V a VII). De acordo com outros autores <sup>(1, 7, 16)</sup>, a enxaqueca comum foi a forma mais frequente, ocorrendo em 80 (90,9%) das crianças com enxaqueca.

A cefaleia de tensão foi diagnosticada em 16 (14,7%) doentes (Quadro II). Esta elevada percentagem será explicada, em parte, pela existência da Consulta de Adolescentes do nosso Serviço, que foi a nossa principal fonte de referência.

Nos doentes com enxaqueca havia história familiar positiva em 69,3% dos casos, principalmente materna (63,1%) (Quadro III), coincidindo neste aspecto com o referido na literatura <sup>(1, 2, 8, 21)</sup>.

O exame objectivo foi considerado normal na quase totalidade das nossas crianças com cefaleias recorrentes, contudo, em 1/3 dos casos não estava referido o valor da tensão arterial. O electroencefalograma, exame sem interesse para o diagnóstico de enxaqueca ou de outro tipo de cefaleia <sup>(1-4, 6, 8)</sup>, foi realizado em 35 doentes (Quadro VIII). Na maioria dos casos os doentes eram já portadores deste exame aquando da vinda à consulta. Na nossa série, o electroencefalograma apresentava alterações em 6/28 (20%) dos doentes com enxaqueca, quatro dos quais pertencentes a crianças com o diagnóstico prévio de epilepsia (epilepsia primária generalizada – 1 caso; epilepsia generalizada tipo ausência – 1 caso e epilepsia parcial – 2 casos). Nas outras duas crianças, o electroencefalograma revelava alterações lentas difusas (Quadro VIII).

A tomografia computadorizada cerebral passou a ser o método diagnóstico de eleição em caso de suspeita de patologia orgânica cerebral <sup>(1-8, 22)</sup>, mas para evitar o uso indiscriminado e excessivo deste exame, o pediatra deverá ser capaz de orientar a sua conduta diagnóstica de forma a dar-lhe um uso razoável em termos de custo-benefício <sup>(1, 2, 8)</sup>. Assim, à semelhança de outros autores <sup>(1-4, 8, 23)</sup>, recomendamos e realizamos tomografia computadorizada cerebral em crianças com cefaleia com a(s) seguinte(s) característica(s) associada(s): presença de sintomatologia neurológica; presença de sinais oculares (edema papilar, diminuição da acuidade visual); vômitos persistentes de frequência aumentada ou precedidos de cefaleias recorrentes; alterações nas características da cefaleia: aumento

na gravidade e frequência, ou que acorda a criança durante o sono; cefaleias matinais recorrentes; criança de baixa estatura ou com aceleração no crescimento; presença de diabetes insípida; e, criança de idade igual ou inferior a 3 anos de idade. Nas 28 crianças com cefaleias recorrentes que realizaram tomografia computadorizada, em nenhuma, a anamnese, o exame objectivo e o exame neuro-oftalmológico apontavam para patologia orgânica cerebral, pelo que não nos surpreende que em todas elas o referido exame complementar fosse considerado normal (Quadro VIII). Também aqui as três principais causas que explicam o elevado número de tomografias computadorizadas realizadas foram: a vinda à consulta já com o exame realizado, a idade da criança ser inferior a três anos e uma dor localizada sempre ao mesmo local. No entanto, estes dados questionam a rentabilidade da tomografia computadorizada cerebral nos doentes em que a cefaleia se apresenta como o único sintoma, sem se associar a achados específicos do exame objectivo <sup>(1-3, 8, 24)</sup>.

A anamnese, o exame objectivo e o exame neuro-oftalmológico detalhados devem constituir os pilares fundamentais para o diagnóstico etiológico das cefaleias. Se estas forem devidas a um tumor cerebral, os sinais neurológicos e oftalmológicos aparecem precocemente. Assim, quatro meses após o aparecimento das cefaleias já 88% dos doentes apresentam esses sinais <sup>(25)</sup>; se aos seis meses o exame objectivo for normal podemos ficar sossegados pois a probabilidade de se encontrar um processo expansivo é diminuta <sup>(25)</sup>.

Em 1988, foram publicados os novos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias para o diagnóstico das cefaleias do adulto. Desde então, vários estudos realizados com esta nova classificação em populações adultas confirmaram a sua utilidade e aplicabilidade no diagnóstico das cefaleias, assim como a sua sensibilidade e especificidade <sup>(26)</sup>. Contudo, certos autores têm sugerido que alguns destes critérios para as cefaleias funcionais, enxaqueca e cefaleia de tensão, deveriam submeter-se a revisão <sup>(26)</sup>.

Na idade pediátrica, todavia, esta classificação parece ter tido pouco uso até ao momento, uma vez que classicamente se têm vindo a utilizar os critérios de Vahlquist <sup>(26)</sup> para a enxaqueca infantil. Na nossa série, à semelhança de outros autores <sup>(7, 26)</sup>, verificámos que nos doentes com enxaqueca, a localização unilateral da dor ocorreu em 22,3%, o carácter pulsátil em 30,2% e a duração superior a quatro horas em 42% dos casos (Quadros IV e V). Este facto sugere a necessidade de algumas modificações aos critérios da Sociedade Internacional de Cefaleias, no que respeita à enxaqueca em idade pediátrica e que propomos no final deste trabalho.

A terapêutica da enxaqueca na idade pediátrica é complexa e visa essencialmente:

a) educar e tranquilizar o doente e a família (através de uma boa relação médico-doente/família, da explicação ao doente/família que a enxaqueca é uma forma frequente de dor de cabeça, que é benigna e que se pode melhorar, muitas vezes apenas com a identificação e evicção dos seus factores precipitantes);

b) terapêutica da crise, cujas regras gerais podem ser resumidas da seguinte forma: 1) a terapêutica deve iniciar-se o mais precocemente possível, 2) deve evitar-se a administração de fármacos pela via oral, 3) aconselhar o doente a tentar descansar e a dormir durante uma ou duas horas; e, finalmente, 4) o uso escrupuloso de fármacos para o alívio da dor [analgésicos (paracetamol, ...), anti-inflamatórios não esteróides (ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, ...), derivados ergotamínicos (tartrato de ergotamina)] e das náuseas e vômitos [antieméticos (domperidona, cisapride, ...)];

c) Terapêutica preventiva, promovendo, se possível, a evicção dos factores desencadeantes. Em casos de crises frequentes ( $\geq 3$  ou 4 por mês) e graves ou incapacitantes (que provoquem absentismo escolar), poderão tentar-se medidas farmacológicas (propranolol, ciproheptadina, pizotifeno, flunarizina, ...) durante três a seis meses ou, mesmo, até 12 meses. O efeito placebo na profilaxia da enxaqueca é de 40%. Outras medidas não farmacológicas, nomeadamente a acupuntura, o biofeedback, a auto-hipnose, as técnicas de relaxamento e a ginástica aeróbica, têm sido experimentadas. Algumas destas medidas têm ainda uma eficácia discutível<sup>(1-6, 26)</sup>. Na nossa série, podemos verificar que, pelo menos, 23,1% dos doentes com enxaqueca apresentaram uma melhoria da sua sintomatologia sem qualquer terapêutica farmacológica (Quadro X). A profilaxia da enxaqueca foi realizada em 73,8% dos doentes, sendo na maioria dos casos (83,1%) com apenas um fármaco (Quadro IX). A flunarizina foi o fármaco por nós mais utilizado (87,6%), em doses de 5-10 mg, em toma única diária. Habitualmente mantemos esta terapêutica durante três meses, suspendendo-a ao fim desse tempo. Em caso de ressurgimento da sintomatologia dolorosa, recomeçamos a terapêutica durante idêntico período de tempo.

Em suma, a cefaleia é um sintoma frequente em idade pediátrica, em relação ao qual se impõe uma história e exame objectivo cuidadoso e, por vezes, o recurso a meios auxiliares de diagnóstico.

### Conclusões

A aplicação estrita dos critérios defendidos internacionalmente são de difícil aplicação na criança. Basta para isso imaginar a perplexidade dum criança ao lhe perguntarmos se a dor é pulsátil ou unilateral. Mesmo quan-

to à definição da duração da dor temos de ser cautelosos dada a dificuldade da criança na avaliação do tempo.

Por tudo isto pensamos que temos de simplificar os critérios e que numa dor que apareça recorrentemente, com intervalo livre entre as crises e que seja suficientemente intensa (que obriga a criança a deitar-se ou que provoca o vômito) o diagnóstico de enxaqueca deve ser feito, sobretudo se houver antecedentes familiares de enxaqueca.

Ressalta das várias entrevistas feitas com os pais das crianças com cefaleias que o factor mais importante e que de certa forma os mais tranquiliza é o facto de saberem que existem cefaleias nas crianças e que estas constituem mesmo um dos principais motivos de vinda à Consulta de Neurologia Infantil.

Nas crianças com enxaqueca, fomos provavelmente demasiadamente intervencionistas mas os resultados obtidos com a flunarizina são extremamente animadores e praticamente sem efeitos acessórios. A nossa experiência é que vale a pena tentar esta terapêutica dada a possibilidade de a curto prazo os doentes ficarem assintomáticos.

Por fim, temos de aceitar que haverá um número de doentes com cefaleias a quem não conseguimos fazer o diagnóstico etiológico preciso não valendo a pena «exagerar» na quantidade de exames complementares a pedir.

### BIBLIOGRAFIA

1. Rothner AD. Headache. In: Swaiman KF, ed. *Pediatric Neurology – Principles and Practice*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1994: 219-26.
2. Rothner AD. Migraine headache. In: Swaiman KF, ed. *Pediatric Neurology – Principles and Practice*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1994: 865-72.
3. Levy Gomes A. Cefaleias na criança. In: Sanofi-Winthrop, ed. *Textos das I Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria*; 28-29 Outubro 1993; Lisboa 1993; 35-42.
4. Levy ML. Cefaleias. *Revista Desenvolvimento Criança* 1992; VII: 27-32.
5. Almeida F, Cerqueira R. Cefaleias crónicas idiopáticas em *Pediatria Juvenil* 1993; 9: 59-65.
6. Martins IP. Enxaqueca – clínica e terapêutica. *Revista Interno* 1993; 1: 21-30.
7. Martins IP, Luzes B, Parreira E. Migraine na criança. In: *Caderno de resumos das I Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria*; 28-29 Outubro 1993; Lisboa 1993.
8. Sanchez-Precioso S, Garcia-Cantó E, Villaescusa O, Barbero P, Moreno JA, Mulas F. Cefalea en la infancia: un estudio retrospectivo. *Rev Neurol (Barc)* 1995; 23: 764-8.
9. Rufo M, Collado CR, Poyatos JL, López MF, Bueno MG, Soria EG, et al. Forma de presentación de las cefaleas en la infancia. *Rev Neurol (Barc)* 1996; 24: 268-72.
10. Campos MR, Soria EG, Dominguez JLP, Collado CR, López MF, Rodriguez MGB, et al. Factores de influencia en las cefaleas infantiles. *Rev Esp Pediatr* 1995; 51: 539-44.
11. Abu-Arefeh I, Russel G. Prevalence of headache and migraine in school-children. *BMJ* 1994; 309: 765-9.
12. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Stomach aches and Readaches in a community sample of preschool children. *Pediatrics* 1987; 79: 677-82.

13. Sillanpaa M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of preschool headaches in a regional child population. *Cephalgia* 1989; 9: 3-4.
14. Sillanpaa M. Prevalence of migraine and other headaches in Finnish children starting school. *Headache* 1976; 15: 228-90.
15. Collin C, Kockaday J, Waters WE. Headaches and school absence. *Arch Dis Child* 1985; 60: 245-7.
16. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 29-34.
17. Herranz Fernandez JL. Datos epidemiológicos sobre el dolor de cabeza en niño y en el adolescente. *Ann Esp Pediatr* 1993; 39 (Suppl 5): 102-19.
18. Mortimer MJ, Kay J, Jarm A. Epidemiology of headache, and childhood migraine in an urban general practice using ad hoc, Vahlquist I HS criteria. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34: 1095-101.
19. Gascon GC. Chronic and recurrent headaches in children and adolescent. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 1027-51.
20. Chu ML, Shinnar S. Headaches in children younger than 7 years of age. *Arch Neurol* 1992; 49: 79-82.
21. Campos Castelló J. Dolor de cabeza de origen migrañoso. *Ann Esp Pediatr* 1993; 39 (Suppl 5): 113-9.
22. Graczyckm AIM, Tortosa EG. Diagnóstico diferencial de las cefaleas. *Medicine* 1992; 6: 171-6.
23. Haslam RHA. Headache. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson - Textbook of Pediatrics*. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1702-5.
24. Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L. The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics* 1995; 96: 413-6.
25. Barlow CF. Headaches and brain tumors. *AJDC* 1982; 136: 99-100.
26. Navarro-Quesada FJ, Lluch MD, Roldán S, Ramos I. Valorización de la utilidad de los criterios de la HIS en el diagnóstico de las cefaleas funcionales en la edad pediátrica. *Rev Neurol (Barc)* 1995; 23: 760-3.

Correspondência: Armando Fernandes  
Serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria  
Av. Prof. Egas Moniz  
1600 Lisboa  
e-mail: amrf@mail.telepac.pt