

# 1. ÍNDICE

<b>Resumo</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Palavras-chave</b> .....	4
<b>Introdução</b> .....	5
<b>Material e Métodos</b> .....	6
<b>Resultados</b> .....	8
<b>Discussão</b> .....	16
<b>Conclusão</b> .....	19
<b>Referências</b> .....	20
<b>Agradecimentos</b> .....	22

## 2. RESUMO

**Introdução:** As cefaleias são queixas comuns em pediatria, ocorrendo em mais de 90% das crianças em idade escolar e sendo causa frequente de recorrência ao Serviço de Urgência (SU). A cefaleia pode ter etiologias bastante diversificadas, desde ansiedade inerente ao ambiente escolar e/ou familiar a condições passíveis de ameaçar a vida da criança.

**Objectivos:** Pretendeu-se analisar as etiologias dos casos de cefaleia que recorrem ao SU do Hospital Pediátrico de Coimbra. Analisou-se a história pregressa e a orientação dada a essas crianças, nomeadamente no que diz respeito ao conhecimento da sua etiologia, abordagem diagnóstica e tratamento efectuado.

**Metodologia:** Foram registados os números dos processos das crianças que, entre Abril e Setembro de 2010 recorreram ao SU por cefaleias. Foram então analisados, no que diz respeito a orientação clínica dada e seguimento deste grupo de crianças. As etiologias foram classificadas de acordo com os critérios da *International Headache Society (IHS)*.

**Resultados:** Foram analisados os processos de 184 crianças, com idades compreendidas entre os 2 e os 16 anos (com uma média de idades de 8,1 anos). Da amostra faziam parte 98 rapazes (53%) e 86 raparigas (47%), o que correspondeu a 0,9% do número total de visitas ao Serviço de Urgência. As etiologias mais frequentemente encontradas foram infecções extracranianas, tais como infecções do tracto respiratório (32,6%) e gastroenterites (14,1%), cefaleias primárias (16,8%) e cefaleias com origem em patologia de ansiedade (5,4%). Etiologias de maior gravidade constituíram 2,7% dos casos, nomeadamente complicações associadas a Neurofibromatose (2), trombose jugular (1), malformações cerebrais (1) e infecções cranianas (1). Houve necessidade do recurso a exames complementares de diagnóstico em 38 crianças

(21%), sendo que a tomografia axial computadorizada foi utilizada 14 vezes (7,6%). Em 41 casos (22,3%) houve necessidade de orientação para consulta externa, tendo sido seguidas em consultas de especialidade. Em 12% dos casos não foi identificada uma etiologia específica, tendo o quadro clínico regredido, sem recorrências.

**Conclusão:** Este estudo confirmou a existência de uma grande variedade de patologias associadas a quadros de cefaleias e de uma dificuldade significativa no diagnóstico diferencial entre causas primárias e secundárias da mesma. Existiu uma clara predominância das afecções extracranianas relativamente a uma pequena percentagem de alterações intracranianas de gravidade significativa. O recurso a neuroimagem foi efectuado numa pequena percentagem dos casos, significativamente menor que noutras séries, possivelmente revelando uma utilização racional e ponderada do mesmo.

### 3. ABSTRACT

**Introduction:** Headache is a common complaint in paediatrics, occurring in more than 90% of children in school age and a frequent cause of attendance to paediatric emergency department. Headache has a wide range of aetiologies, from anxiety associated to school and/or family environments, to life threatening conditions.

**Objectives:** The aim of this study was to analyze the aetiology of headache in children attended in the emergency department of Hospital Pediátrico de Coimbra. The clinical history was reviewed, namely complementary tests applied and treatment options proposed, according to the aetiology.

**Methods:** Analysis of the clinical records and follow up of the children attended in the emergency department from April to September 2010 was performed. Patients were classified according to International Headache Society (IHS) criteria.

**Results:** One hundred and eighty four children, aged 2 to 16 years (mean age: 8,1 years), had their clinical records analyzed. There were 98 boys (53%) and 86 girls (47%), 0,9% of the total number of visits. The most common aetiologies were non-cranial infections, particularly respiratory tract infections (32,6%) and gastroenteritis (14,1%), primary headaches (16,8%), and headaches attributed to somatisation disorders (5,4%). Life threatening situations constituted 2,7% of the total, such as complications associated to type 1 neurofibromatosis (2), jugular thrombosis (1), cerebral malformation (1) and intracranial infection (1). Biochemical and radiological tests were performed in 38 patients (21%). Head computed tomography scan was performed in 14 patients (7,6%). Forty one children (22,3%) were referred to specialized outpatient clinics. In 27,7% patients a specific aetiology was not identified, with a benign evolution being recorded.

**Conclusions:** This study confirmed the wide range of pathologies that can cause headaches and the remarkable difficulty in the differential diagnosis between primary and secondary headaches. In the majority of the patients, headaches were secondary to non-cranial affections. Only a small percentage of children had life threatening intracranial disorders. Cerebral computed tomography scan was performed only in a few children, considerably less than in other series, possibly demonstrating a rational use of this test.

**PALAVRAS CHAVE:** Cefaleias. Pediatria. Urgência. Etiologia

**KEY-WORDS:** Headaches. Children. Emergency. Aetiology

## 4. INTRODUÇÃO

As cefaleias são queixas comuns em pediatria. Ocorrem pelo menos uma vez durante a idade escolar em cerca de 90% das crianças. Têm uma prevalência de 5,9% a 37,7% em idades pediátricas. (Sillanpaa et al.,2002) A cefaleia em pediatria é fonte frequente de ansiedade para pais e crianças, sendo causa comum de consulta no serviço de urgência.

A cefaleia tem etiologias bastante diversificadas, desde ansiedade inerente ao ambiente escolar e/ou familiar, a condições passíveis de ameaçar a vida da criança. O largo espectro etiológico das cefaleias e os seus diferentes graus de gravidade fazem com que o objectivo primário da observação numa unidade de Urgência seja o de reconhecer, com a maior brevidade possível, as patologias ameaçadoras da vida, bem como o de evitar a hospitalização desnecessária em situações de menor gravidade.

Não existem muitos estudos dedicados à avaliação da cefaleia em unidades pediátricas.

O objectivo deste estudo foi o de identificar as etiologias mais frequentes e as mais graves encontradas em crianças com quadro de cefaleias num contexto de urgência pediátrica. Foram analisados os quadros clínicos das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pediátrico de Coimbra por cefaleias, num período de 5 meses (entre 1 de Abril de 1 de Setembro de 2010).

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

Foram registados os números dos processos das crianças que, entre 1 de Abril de 2010 e 1 de Setembro de 2010, recorreram ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Pediátrico de Coimbra por cefaleias. Foram excluídos os casos com cefaleias de origem traumática.

De cada caso foi registado: idade, sexo, início e duração do quadro clínico, sintomas associados, exame objectivo, exames complementares de diagnóstico utilizados, diagnóstico e seguimento num período de três meses após o primeiro episódio de urgência, incluindo recorrências ao SU e seguimento em consultas de especialidade. Foram ainda registados parâmetros relativos à descrição das cefaleias pelos doentes, nomeadamente a sua duração e localização. Os casos foram revistos pelo autor em conjunto com um Neuropediatra e um interno do Internato Geral em Pediatria.

Os doentes foram divididos em grupos, de acordo com dois critérios: idade e tempo decorrido desde o início das cefaleias. Consoante a idade, as crianças foram divididas em três grupos: idade pré-escolar (2 – 5 anos); idade escolar (6 – 12 anos); adolescência (13 – 16 anos). Com base no tempo decorrido desde o aparecimento das cefaleias foram criados três grupos: de início recente (em que as cefaleias se iniciaram nos 2 meses que antecederam a visita ao SU), de início intermédio (com início há mais de 2 meses e menos de 8 meses) e de longa duração (com início há mais de 8 meses). A divisão efectuada foi arbitrária e com o intuito de se identificarem grupos em que, de acordo com as divisões efectuadas, as etiologias de maior gravidade ocorram com mais frequência.

As cefaleias foram classificadas de acordo com os critérios da *International Headache Society* (IHS), 2ª edição.

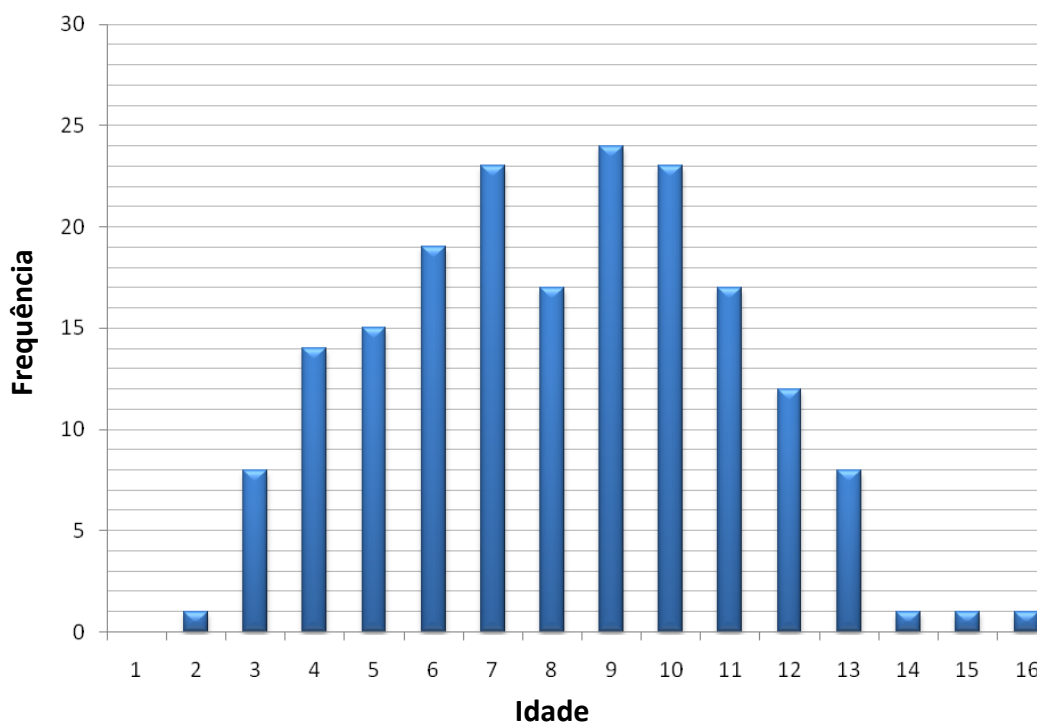
A análise estatística foi feita recorrendo ao SPSS 18.0. Recorreu-se ao teste do Qui--quadrado ( $X^2$ ) para avaliar a significância estatística.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 GENERALIDADES

No total foram estudados os processos clínicos de 184 crianças. Todas recorreram ao SU uma vez durante o período do estudo. Em igual período, o número total de atendimentos no SU foi de 20.774. A amostra corresponde a 0,9% do total dos episódios de urgência.

Do grupo em estudo fizeram parte 98 rapazes (53%) e 86 raparigas (47%), com idades compreendidas entre os 2 e os 16 anos: média - 8,1 anos (Figura 1).



**Figura 1** – Frequência das idades das crianças incluídas na amostra. **1** - 1 ano (0); **2** - 2 anos (1); **3** - 3 anos (8); **4** - 4 anos (14); **5** - 5 anos (15); **6** - 6 anos (19); **7** - 7 anos (23); **8** - 8 anos (17); **9** - 9 anos (24); **10** - 10 anos (23); **11** - 11 anos (17); **12** - 12 anos (12); **13** - 13 anos (8); **14** - 14 anos (1); **15** - 15 anos (1); **16** - 16 anos (1).



Os doentes foram divididos em grupos, de acordo com a idade: 38 crianças em idade pré-escolar (21%), 135 em idade escolar (73%) e 11 adolescentes (6%).

De acordo com o tempo decorrido desde o início das cefaleias, 168 doentes (91%) referiram cefaleias de início recente, 9 (5%) de início intermédio e 7 (4%) de longa duração.

Foi possível o registo de uma localização preferencial da cefaleia em 116 casos (63%). A cefaleia era bilateral ou holocraniana em 100 crianças (86,2%) e unilateral em 16 (13,8%).

Em 165 doentes (89,7%) foram descritos sintomas associados às cefaleias, nomeadamente febre, vómitos, alterações do trânsito intestinal, alterações motoras, sensitivas ou visuais e/ou alterações do comportamento.

Havia alterações no exame objectivo em 90 crianças (49%), nomeadamente sinais neurológicos focais em oito (4% do total de crianças) e edema da papila em duas (1%)

Em 38 crianças (21%) houve recurso a um ou mais exames complementares de diagnóstico (tabela I).

**Tabela I.** Exames complementares de diagnóstico utilizados no estudo etiológico

Exames Complementares de Diagnóstico	N	%
1. Hemograma e <i>bioquímica sangue</i>	15	8,2
2. Tomografia axial computadorizada cerebral	14	7,6
3. Radiografia do tórax	7	3,8
4. Análise sumária de urina	7	3,8
5. Exames microbiológicos	6	3,3
6. Radiografia dos seios perinasais	4	2,2
7. Electrocardiograma / ecocardiograma	4	2,2
8. Radiografia do abdómen	1	0,5
9. Punção lombar	1	0,5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>32,1</b>

A tomografia axial computadorizada foi utilizada em 14 casos (34%) por suspeita de patologia de causa central. Em 5 doentes foram detectadas alterações de significado patológico: *disfunção do sistema ventrículo-peritoneal; formação frontal direita com focos hemorrágicos; trombose da veia jugular; edema cerebral e cerebeloso; pansinusite.*

Em 41 casos (22,3%), as crianças foram orientadas para consulta de especialidade, 21 destas (51,2%) para consulta de Neurologia.

Foi obtido um diagnóstico específico em 162 crianças (88% do total de pacientes). O diagnóstico foi obtido no SU, durante internamento ou em consulta de especialidade nos três meses subsequentes ao episódio de urgência. Os doentes foram agrupados em quatro categorias, de acordo com diagnóstico final:

1. Cefaleias atribuídas a patologias incluídas nos critérios da IHS que não colocam em risco a vida da criança: 123 casos (66,8%) (tabela II). A causa mais comum de cefaleias foi infecção do tracto respiratório (32,6%), incluindo faringite, amigdalite, pneumonia, sinusite e otite. O quadro clínico de gastroenterite aguda foi associado a 14,1% dos casos de cefaleias analisados. Em 10 crianças foi diagnosticada cefaleia com origem em patologia de ansiedade.
2. Cefaleias primárias: 31 crianças (16,8%). A mais comumente encontrada foi a enxaqueca (61,3%), correspondendo os restantes casos a cefaleia de tensão (38,7%).
3. Cefaleias associadas a comorbilidades sem uma relação de causalidade demonstrada (inclassificável pelos critérios da IHS): três crianças (1,6%) - síncope em duas e urticária em uma.

**Tabela II.** Cefaleias atribuídas a patologias que não colocam em risco a vida da criança

Etiologia (códigos da ICDH-II <sup>1</sup> )	N	%
1. sinusite (11.5), otite (11.4), amigdalite (11.8)	34	18,5
2. gastroenterite (9)	26	14,1
3. infecções virusais (9.2.2)	26	14,1
4. infecção do tracto respiratório superior (9.2)	23	12,5
5. somatização /ansiedade (12.1)	10	5,4
6. pneumonia (9)	3	1,6
7. cárie dentária (11.6)	1	0,5
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>66,8</b>

ICDH-II = International Classification of Headache Disorders, 2ª edição

4. Cefaleias associadas a patologia intracraniana grave: cinco crianças (2,7%). Duas sofriam de neurofibromatose tipo 1 e apresentaram disfunção do sistema ventrículo-peritoneal e hemorragia intracraniana, respectivamente. Nos outros três chegou-se aos diagnósticos de trombose jugular, meningite viral e malformação cerebral.

Em resumo, 97% (157) das 162 crianças com diagnóstico final apresentaram cefaleia de etiologia benigna (grupos 1 a 3) e cinco (3%) sofriam de patologia intracraniana grave (grupo 4).

## 6.2 CEFALIAS DE ACORDO COM OS GRUPOS ETÁRIOS

A etiologia da cefaleia variou de acordo com a idade.

As cefaleias secundárias de etiologia benigna foram diagnosticadas em 89,5% das crianças em idade pré-escolar, em 66,7% das crianças em idade escolar e em 18,2% dos adolescentes (tabela III).

**Tabela III.** Relação do diagnóstico de cefaleia secundária benigna com o escalão etário

ETIOLOGIA	ESCALÃO ETÁRIO			Total
	Adolescentes	Idade escolar	Idade pré-escolar	
Com cefaleia secundária benigna	2	90	34	126
Sem cefaleia secundária benigna	9	45	4	58
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>135</b>	<b>38</b>	<b>184</b>

A variável “cefaleia secundária de etiologia benigna” apresenta diferenças estatisticamente significativas. As crianças em idade escolar e pré-escolar apresentam mais cefaleias de etiologia secundária benigna, ao contrário dos adolescentes ( $p=,000$ ).

Cefaleias primárias foram diagnosticadas em 54,5% dos adolescentes, 17,8% das crianças em idade escolar e 2,6% das crianças em idade pré-escolar (tabela IV).

**Tabela IV.** Relação do diagnóstico de cefaleia primária com o escalão etário

ETIOLOGIA	ESCALÃO ETÁRIO			Total
	Adolescentes	Idade escolar	Idade pré-escolar	
Com cefaleia primária	6	24	1	31
Sem cefaleia primária	5	111	37	153
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>135</b>	<b>38</b>	<b>184</b>

A variável “cefaleia primária” apresenta diferenças estatisticamente significativas. Os adolescentes apresentam mais cefaleias primárias (grupo 2), e as crianças em idade escolar e pré-escolar apresentam menos frequentemente este diagnóstico ( $p=,000$ ).

Cefaleias de etiologia de maior gravidade (grupo 4) foram diagnosticadas em quatro crianças em idade escolar (3%) e em um adolescente (9,1%). No que diz respeito a esta variável não existem diferenças estatisticamente significativas na sua distribuição etária ( $p=,249$ ).

### 6.3 TEMPO DECORRIDO DESDE O INÍCIO DOS SINTOMAS

As cinco crianças com patologia passível de colocar em risco a vida apresentavam cefaleias de início recente. As crianças com cefaleias primárias representaram 44,4% e 71,4% dos casos de início intermédio e de longa duração, respectivamente. (tabela V)

Não se encontrou associação estatística entre o tempo decorrido desde o início dos sintomas e a gravidade da etiologia da cefaleia ( $p=,783$ ).

**Tabela V.** Relação do diagnóstico de cefaleia primária com o tempo decorrido desde o início dos sintomas

ETIOLOGIA	INÍCIO DA CEFALEIA			Total
	Recente	Intermédio	De longa duração	
Com cefaleia primária	22	4	5	31
Sem cefaleia primária	146	5	2	153
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>184</b>

## 6.4 CEFALÉIAS E SINTOMAS ASSOCIADOS

A existência de sintomas associados não se associou estatisticamente à benignidade ou malignidade da etiologia da cefaleia ( $p=,471$ ) (tabela VI).

**Tabela VI.** Relação da gravidade da cefaleia com presença ou ausência de sintomas associados

ETIOLOGIA	SINTOMAS ASSOCIADOS		Total
	Ausentes	Presentes	
Benigna	18	161	179
Maligna	1	4	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>165</b>	<b>184</b>

A febre foi o sintoma mais frequentemente associado à cefaleia, tendo sido registrada em 72 doentes (39,1%). Crianças com febre associada à cefaleia constituíram 53,4% dos casos de cefaleias secundárias e 3,2% dos casos de cefaleias primárias (tabela VII).

**Tabela VII.** Relação do diagnóstico de cefaleia com a presença de febre

ETIOLOGIA	FEBRE		Total
	Ausente	Presente	
Cefaleia Primária	30	1	31
Cefaleia Secundária	61	70	131
Cefaleia não-classificada	21	1	22
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>165</b>	<b>184</b>

Relativamente à variável febre foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Doentes com cefaleias e febre têm mais frequentemente cefaleia de etiologia secundária ( $p=,000$ ). Crianças com cefaleias primárias não apresentam febre ( $p=,000$ ).

Vómitos associados às cefaleias foram registados em 13 casos de cefaleia primária (42%) e 40 casos de cefaleia secundária (31%). Não se verificou associação estatística entre cefaleia primária e secundária e a presença ou ausência de vómitos ( $p=,089$ ).

Em 80% dos casos de patologia intracraniana grave foram detectadas alterações neurológicas focais, nomeadamente parésia do VI par craniano, miose fixa, défices focais de força muscular, sinal de Brudzinkshi positivo e rigidez ou dor à flexão da nuca. Este tipo de alterações verificou-se em 2,8% dos casos de patologia benigna (tabela VIII).

**Tabela VIII.** Relação da gravidade da cefaleia com a presença de alterações no exame neurológico

ETIOLOGIA	EXAME NEUROLÓGICO		Total
	Sem alterações	Com alterações	
Cefaleia de etiologia benigna	174	5	<b>179</b>
Cefaleia de etiologia maligna	1	4	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>9</b>	<b>184</b>

Esta variável apresentou diferenças estatisticamente significativas. Crianças com cefaleias e patologia intracraniana grave apresentam alterações no exame neurológico, ao contrário das crianças sem este tipo de patologia ( $p=,000$ ).

Dezassete casos de cefaleia primária (55%) estiveram associadas a fonofobia e/ou fotofobia.

## 4. DISCUSSÃO

Os estudos de cefaleias pediátricas em contexto de urgência são escassos. As cefaleias foram um motivo de observação no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra em 0,9% dos atendimentos no período em análise. Este resultado é concordante com os obtidos em estudos similares, que variam entre 0,6% e 2% (Kan et al., 2000; Leon-Diaz et al., 2004).

No nosso grupo de doentes, as cefaleias ocorreram na maioria dos casos em crianças em idade escolar (73%) e tiveram início nos dois meses que antecederam a consulta no serviço de urgência (91%).

Foi possível a classificação das cefaleias de acordo com os critérios da *International Headache Society* num número significativo dos casos (86%), após revisão clínica multidisciplinar. Este resultado é similar ao obtido por outros autores em séries semelhantes (85 – 93%). (Burton et al., 1997; Lobera-Gutiérrez et al., 1999; Kan et al., 2000; Lewis DW, 2001)

À semelhança de outras séries, a principal etiologia encontrada foi infecção extracraniana, nomeadamente infecção do tracto respiratório e gastroenterite, consideradas como factores etiológicos em 32.6% e 14% dos casos, respectivamente. Quando consideradas as cefaleias primárias (31 casos), a enxaqueca constituiu o diagnóstico mais frequente (61%); seguido pela cefaleia de tensão (39%).

Na tabela IX faz-se uma análise comparativa deste trabalho com outros estudos publicados.



A percentagem baixa de adolescentes com cefaleias que recorreram ao SU traduziu-se num pequeno número de casos de enxaqueca, em contraposição com elevado número de cefaleias benignas secundárias, nomeadamente a infecções febris. Poder-se-ia especular que as regras de acesso ao SU do Hospital Pediátrico no período do estudo (crianças até aos 13 anos exclusive, excepto se com doença crónica, seguidos no hospital) terão limitado o número de adolescentes na amostra: seria previsível um maior número de adolescentes do sexo feminino com enxaqueca. No entanto, os resultados obtidos foram semelhantes aos de outros trabalhos realizados em contexto de urgência. (Tabela IX) A cronicidade, bem como a elevada incidência familiar da enxaqueca, retiram-na desse contexto de cuidados de saúde.

**Tabela IX.** Comparação dos resultados obtidos neste estudo com os obtidos em estudos anteriores

	Kan et al.	Lewis et al.	Leon-Diaz et al.	Conicella et al.	Estudo actual
<b>Tipo de estudo</b>	Retrospectivo	Prospectivo	Retrospectivo	Retrospectivo	Prospectivo
<b>n</b>	130	150	185	432	184
<b>Idades</b>	< 18 anos	< 18 anos	2 - 15 anos	2 - 18 anos	2 - 16 anos
<b>Etiologias</b>	%	%	%	%	%
<b>Secundária benigna</b>	63,2	59,6	60,6	35,4	66,8
<b>Secundária maligna</b>	15,3	14,9	4,3	4,1	2,7
<b>Primária</b>	10	18	24,3	24,5	16,8
<b>Não classificável</b>	11,5	7	10,8	36	13,7

De acordo com a literatura, a patologia intracraniana grave mais comumente associada a cefaleias é a meningite viral (2,3 - 9%), seguida dos tumores do sistema nervoso central (SNC), hidrocefalia, hemorragias intracranianas e *pseudotumor cerebrii*. (Burton et al., 1997; Lobera-Gutiérrez et al., 1999; Kan et al., 2000; Lewis DW, 2001)

Neste estudo as cefaleias atribuídas a patologia intracraniana grave constituíram 2,7% dos casos (5 casos), tendo sido diagnosticada apenas uma infecção do SNC de etiologia viral (0,5% do total de casos). Este diagnóstico pode ter sido subestimado atendendo ao número reduzido de punção lombar e estudo do líquido cérebro-espinhal.

No presente estudo foi possível a associação de alguns elementos clínicos com a etiologia da cefaleia, nomeadamente o escalão etário e o tempo de duração do quadro.

No que diz respeito à idade, verificou-se que cefaleias secundárias de etiologia benigna são mais frequentemente encontradas em crianças em idade escolar e pré-escolar (69% e 92%), ao passo que na adolescência o diagnóstico mais frequente é o de cefaleia primária (55%).

Relativamente ao tempo decorrido desde o início da cefaleia, 100% das crianças com patologia intracraniana grave tinham cefaleias de início recente, enquanto a maioria das cefaleias de início intermédio e de longa duração se revelou cefaleias primárias. Estes resultados são semelhantes com os obtidos por Conicella et al. (2008).

Quando analisados os sintomas associados às cefaleias conclui-se que a presença de vómitos não se revelou útil no diagnóstico diferencial da cefaleia, tendo sido registado de uma forma quase uniforme em diferentes patologias. No entanto, a presença de febre esteve associada a cefaleias de etiologia secundária, não ocorrendo em cefaleias primárias. De salientar ainda as alterações focais encontradas no exame neurológico, frequentemente associadas a patologia intracraniana grave (presente em 80% dos casos).

A realização de tomografia axial computadorizada craniana está indicada em casos em que se suspeita de patologia orgânica cerebral. O seu uso em doentes com cefaleias e exame objectivo sem alterações tem um valor limitado, com probabilidades reduzidas de detecção de patologia intracraniana. (Mitchell et al., 1993; Maytal et al., 1995; Rufo-Campos et al., 2003)

Na presente série, a tomografia computadorizada foi utilizada em 14 casos (7,6%), devido a suspeita clínica de alterações intracranianas. Esta percentagem, bem como a da utilização de outros métodos complementares de diagnóstico como a radiografia dos seios perinasais, são claramente inferiores às verificadas em estudos similares, o que pode interpretar-se como uma maior racionalização do seu uso. (Mitchell et al., 1993; Maytal et al., 1995; Lobera-Gutiérrez et al., 1999; Kan et al., 2000; Domínguez et al., 2002)

## **5. CONCLUSÃO**

Em conclusão, a maioria das cefaleias em contexto de urgência são de etiologia secundária benigna (dois terços dos casos) e verificam-se em crianças de idade escolar (três quartos da amostra). As cefaleias primárias (enxaqueca e cefaleias de tensão) estão substancialmente menos representadas (menos de um quinto dos casos). Os exames complementares de diagnóstico, e em particular a tomografia axial computadorizada cerebral raramente se justificam, uma vez que a percentagem de casos com patologia intracraniana grave é muito baixa. A sua realização deve basear-se no contexto clínico, incluindo uma história bem orientada e um exame objectivo completo.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (2004) The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 24: 1-160.
2. Domínguez M, Santiago R, Campos J, Fernández M (2002) La cefalea en la infancia, una aproximación diagnóstica. *An Esp Pediatr* 57: 432-443.
3. Kan L, Nagelberg J, Maytal J (2000) Headaches in a pediatric emergency department: Etiology, imaging and treatment. *Headache* 40: 25-29.
4. Leon-Diaz A, Rabelino-Gonzalez G, Alonso-Cervino M (2004) Analisis etiologico de las cefaleas desde un servicio de emergencia pediátrica. *Rev Neurol.* 39: 217-221.
5. Lewis DW, Qureshi F (2000) Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache* 40: 200-203.
6. Lewis DW (2001) Headache in the pediatric emergency department. *Semin Pediatr Neurol.* 8: 46-51.
7. Lobera-Gutiérrez de Pando E, López-Navarro JA, Youssef-Fasheh W, Vernet-Bori A, Luaces-Cubells C (1999) Cefalea en una unidad de estancia corta. Estudio retrospectivo de 140 casos. *An Esp Pediatr* 50: 562-566.

8. Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L (1995) The value of brain imaging in children with headaches. *Pediatrics* 96: 413-416.
9. Mitchell CS, Osborn RE, Grosskreutz SR (1993) Computed tomography in the headache patient: is routine evaluation really necessary. *Headache* 33: 143-144.
10. Rufo-Campos M, Jiménez-Parrilla F, López-Corona JM (2003) La historia clínica de las cefaleas. In: *Cefaleas en la infancia y adolescência* (Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M, eds), pp 7-46. Madrid: Ergon.
11. Sillanpaa M, Abu-Arafeh I (2002) Epidemiology of recurrent headache in children. In: Abu-Arafeh I, ed. *Childhood Headache*: 19-34.

## **7. AGRADECIMENTOS**

Um agradecimento especial à Dra. Isabel Fineza, à Dra. Dora Gomes, à Dra. Conceição Robalo e à Professora Doutora Luísa Diogo pela disponibilidade e enorme ajuda na realização deste trabalho.

Um agradecimento a todos os Enfermeiros e Enfermeiras do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra pela colaboração prestada, essencial para a realização do trabalho.

Um agradecimento à minha família e a todos os meus amigos pela presença, força, conselhos e grande apoio.