

## ARTIGO DE REVISÃO

# Cefaleias em crianças com idade inferior a 7 anos: revisão da literatura

## *Headaches in children under 7 years-old: literature review*

Marta Lopes<sup>1</sup>, Raquel Alves<sup>2</sup>, Inês Carrilho<sup>3</sup>

1-Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira;

2-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos;

3-Serviço de Neuropediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto, Porto.

### Resumo

**Introdução:** As cefaleias são uma queixa muito comum na população geral. São raras antes dos dois anos e a sua prevalência aumenta com a idade. A abordagem das cefaleias nas crianças mais novas pode ser difícil, pelas dificuldades de expressão, receio de que a cefaleia tenha uma causa grave subjacente e características diferentes em relação às cefaleias noutras faixas etárias.

**Objetivos:** O objetivo do presente trabalho foi rever os estudos publicados acerca das cefaleias em crianças com idade inferior a sete anos.

**Desenvolvimento:** Analisámos vários estudos sobre cefaleias nesta faixa etária. Os tipos de cefaleias mais prevalentes nas consultas são a enxaqueca e a cefaleia tipo tensão e no serviço de urgência as secundárias a quadros febris/infeções víricas. Quatro estudos compararam dois grupos etários distintos, reportando diferenças significativas relativamente à história familiar de cefaleias, duração e frequência das crises, características associadas e resposta ao tratamento. Oito trabalhos estudaram a prevalência de problemas psicopatológicos e sintomas somáticos em crianças com cefaleias, sendo significativamente mais frequentes do que em crianças sem cefaleias.

**Conclusões:** Há ainda poucos estudos nesta faixa etária e os que existem são muito heterogéneos. Algumas questões são ainda controversas e permanecem por resolver. Não existem recomendações específicas para a abordagem das cefaleias nesta idade. Embora não incluídos nos critérios de diagnóstico, há comentários específicos para a idade pediátrica na classificação atualmente em vigor.

### Abstract

**Background:** Headaches are a common complaint in the general population. Its beginning before two years-old is rare and its prevalence increases with older age. Approaching young children with headaches can be a challenge because of communication difficulties, fear of severe causes and different characteristics when compared with headaches in children in other age groups.

**Aims:** The aim of the present work was to review the published studies about headaches in children younger than seven years-old.

**Development:** We analysed several papers about headaches in children in this age range. The most prevalent headaches at outpatient clinic are migraine and tension-type headache and in the emergency setting are headaches secondary to febrile ill-

### Informações sobre o artigo:

Artigo de Revisão, publicado em Sinapse, Volume 18, Número 1, Maio de 2018. Versão eletrónica em [www.sinapse.pt](http://www.sinapse.pt)  
© 2018 Sociedade Portuguesa de Neurologia. Todos os direitos reservados.

### Palavras-chave:

Cefaleias  
Pediatria  
Revisão

### Key-words:

Headache  
Pediatrics  
Review

### Correspondência

**com o autor:**  
Marta Lopes  
Serviço de Neurologia  
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira  
Rua Dr. Cândido de Pinho,  
4720-411 Santa Maria da Feira,  
Portugal  
[marta.fmup@gmail.com](mailto:marta.fmup@gmail.com)

ness or viral infections. Four studies compared two age groups and found significant differences in familial history of headaches, duration and frequency of episodes, associated features and treatment response. Eight papers report the prevalence of psychopathological problems and somatic symptoms in children with headaches, which are more prevalent than in children without headaches.

**Conclusions:** There are few studies about headaches in children at this age range, which are very heterogeneous. Some issues remain unsolved. There aren't specific guidelines for the approach of young children with headaches. Despite not included in diagnostic criteria, there are some commentaries about headache in paediatric age in the international headache classification.

## Introdução

A abordagem de doentes em idade pediátrica pode ser particularmente desafiante para qualquer clínico que lide com esta faixa etária. Crianças mais novas apresentam um desafio acrescido, ainda maior quando a queixa principal é uma cefaleia. São necessários tato e sensibilidade especiais para colher a anamnese pois a capacidade de exprimirem os sintomas é reduzida ou mesmo impossível. Estão descritas técnicas para ajudar na caracterização das cefaleias em idade pediátrica<sup>1</sup>, tais como pedir à criança que desenhe a sua dor de cabeça<sup>2,3</sup>. A descrição dos pais é fundamental, podendo, no entanto, haver sub ou sobrevalorização de algumas características comparativamente à descrição das crianças<sup>4</sup>.

As cefaleias são uma queixa comum na população geral e a sua prevalência aumenta com a idade. Abu-Arafeh et al.<sup>5</sup>, numa revisão sistemática de estudos de base populacional, estimaram uma prevalência de 58,4% de cefaleias e 7,7% de enxaqueca em crianças e adolescentes. Num estudo acerca da prevalência de sintomas somáticos em crianças espanholas entre os 3 e os 5 anos de idade, 16,7% das crianças apresentaram pelo menos um episódio de queixas de cefaleia nas duas semanas anteriores ao questionário aplicado aos pais, sendo a terceira queixa somática mais comum, depois das dores abdominais (38,8%) e da fadiga (20,4%)<sup>6</sup>.

Outra questão é a classificação das cefaleias nas crianças. Por exemplo, as crises de enxaqueca e cefaleias tipo tensão podem ser muito curtas, com dor bilateral, menos pulsáteis e com menos sintomas característicos acompanhantes em relação às enxaquecas na idade escolar<sup>1,7,8</sup>, não permitindo o seu diagnóstico à luz dos critérios principais da classificação internacional de cefaleias versão 3 (ICHD-3)<sup>9</sup> (tabela 1). No entanto,

podemos ler nas secções de “notas” e “comentários” algumas apreciações acerca da enxaqueca na idade pediátrica, nomeadamente em relação à duração (duas a 72 horas) e à maior frequência de queixas bilaterais<sup>9</sup>.

Por outro lado, frequentemente os pais ou cuidadores desconhecem a prevalência de cefaleias primárias na idade pediátrica, conforme já descrito<sup>5</sup>, sendo os episódios fonte de grande ansiedade, visto que a criança se pode apresentar muito queixosa e com sintomas associados de vômito, palidez ou letargia. Várias associações disponibilizam informação acerca das cefaleias nesta faixa etária, podendo ajudar os pais e profissionais a perceber e lidar melhor com o problema<sup>10-13</sup>.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico de Enxaqueca sem aura (ICHD-3)<sup>9</sup>

A. Pelo menos 5 episódios preenchendo os critérios B a D
B. Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)
C. A cefaleia tem, pelo menos, duas das quatro características seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localização unilateral</li> <li>2. Pulsátil</li> <li>3. Dor moderada ou grave</li> <li>4. Agravamento por atividade física de rotina ou seu evitamento (por exemplo, caminhar ou subir escadas)</li> </ol>
D. Durante a cefaleia, pelo menos um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas e/ou vômitos</li> <li>2. Fotofobia e fonofobia</li> </ol>
E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

A maior preocupação dos clínicos e dos pais perante uma criança com cefaleias, em especial nas crianças mais novas, é a possibilidade de uma causa secundária grave. Alguns estudos tentaram identificar fatores de risco, sendo que há estudos que identificam a idade pré-escolar

como fator de risco<sup>14</sup>, enquanto outros não<sup>15-17</sup>. Apesar da maioria dos doentes com lesões ocupando espaço se apresentar com sinais de alarme na história clínica e/ou alterações no exame neurológico, há uma pequena percentagem de doentes que se manifesta inicialmente com quadro clínico e exame neurológico “inocentes”<sup>18,19</sup>. Por isso, há divergências acerca da “obrigatoriedade” de realização de neuroimagem em crianças mais novas com cefaleia isolada<sup>19-22</sup>, não sendo um dos fatores versados nas recomendações da *American Academy of Neurology*<sup>23</sup>. Há, por outro lado, o risco da deteção de alterações imagiológicas incidentais, podendo algumas representar dificuldades de interpretação e seguimento<sup>23-25</sup>.

Para um diagnóstico mais concreto e um tratamento adequado é necessário um seguimento prolongado das crianças ao longo do seu desenvolvimento, pois as características da cefaleia frequentemente alteram-se<sup>26</sup>. A enxaqueca em idade muito jovem pode ter manifestações clínicas diferentes, em que a cefaleia está ausente ou não é aparente, exigindo um diagnóstico diferencial cauteloso. As atualmente chamadas “síndromes episódicas que podem ser associadas a enxaqueca” incluem a perturbação gastrointestinal recorrente – que engloba a síndrome de vômitos cíclicos e a enxaqueca abdominal –, a vertigem paroxística benigna e o torcicolo paroxístico benigno<sup>9</sup>.

Os estudos acerca das cefaleias nas crianças abaixo da idade escolar são ainda escassos quando comparados com os estudos noutras faixas etárias. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão dos estudos publicados acerca das cefaleias especificamente nestas crianças.

## Metodologia

Efetuamos uma revisão bibliográfica da literatura, através da plataforma Pubmed, Google Académico e das referências de vários artigos, e reunimos trabalhos que estudaram cefaleias em crianças com idade inferior a sete anos.

## Desenvolvimento

Encontramos 17 trabalhos que estudaram vários aspetos das cefaleias em crianças com idade inferior a 7 anos e que agrupamos na tabela 2.

## Relatos de casos clínicos

O trabalho mais antigo que encontramos reporta a

1949 e consiste num relato de 31 casos clínicos de enxaqueca com início entre um e quatro anos de idade. O autor faz referência a particularidades nas características clínicas da enxaqueca nesta faixa etária, comparativamente à idade adulta, nomeadamente crises mais curtas, sinais prodrómicos menos intensos e náusea mais intensa. Faz ainda referência à possibilidade da enxaqueca se manifestar por sintomas somáticos paroxísticos sem cefaleia, tais como palidez, náusea e vômitos cíclicos. Vahlquist publicou outros artigos acerca da enxaqueca na idade pediátrica, incluindo os primeiros critérios de diagnóstico<sup>27</sup>.

## Estudos transversais

Dos estudos incluídos na presente revisão, oito são transversais: cinco estudos populacionais<sup>4,6,28-30</sup> e três estudos amostrais (consulta hospitalar de cefaleias)<sup>20,33,34</sup>.

Nos estudos de base populacional, a prevalência de cefaleias variou entre 10,3% e 52,4%. Sillanpää et al.<sup>28</sup> estudaram possíveis fatores de risco para cefaleias num coorte de crianças com cinco anos de idade e encontraram os seguintes: baixo peso ao nascimento ou superior a 4000 g, viver em apartamento, número de pessoas por quarto, baixo estrato socioeconómico e realizarem atividades recreativas. Estudaram ainda os sintomas associados, sendo que enurese diurna, dor abdominal e problemas de comportamento foram significativamente mais frequentes nas crianças com cefaleias relativamente às crianças sem cefaleias. Domenèch-Llaberia et al.<sup>6</sup> estudaram todos os sintomas somáticos em crianças entre os três e os cinco anos de idade. Nas duas semanas anteriores ao questionário foram reportados sintomas em 56% das crianças. Os sintomas mais prevalentes foram as dores abdominais (38,8%). A prevalência de cefaleias foi de 16,7%. Descrevem ainda que as crianças com queixas frequentes têm mais ausências à escola, problemas psicopatológicos, eventos de vida associados (principalmente nascimento de um irmão), mães com psicopatologia e familiares com doenças crónicas, quando comparadas com as crianças sem queixas. Ostkirchen et al.<sup>4</sup> focaram-se em dois dos sintomas somáticos mais prevalentes nas crianças em idade pré-escolar: dor abdominal e cefaleias, sendo que 48,8% apresentaram os dois sintomas. Cefaleias muito frequentes foram muito mais prevalentes no sexo masculino, com um ratio masculino:feminino de 10:1. 1,1% das crianças iniciou as queixas de cefaleias aos dois anos, 14,6% aos quatro

Tabela 2. Estudos acerca das cefaleias em idade pré-escolar, ordenados por ano de publicação

Estudo Ano, País	Coorte	N	Cefaleias incluídas Critérios	% sexo masc.	Idade média início queixas (min-máx)	Aspetos estudados
<b>Relatos de casos</b>						
Vahlquist et al. <sup>27</sup> 1949, Suécia	Consulta de pediatria	31	Enxaqueca Vahlquist <sup>27</sup>	74%	3 A (1-4 A)	Descrição dos casos clínicos
<b>Estudos transversais</b>						
Sillanpää et al. <sup>28</sup> 1991, Finlândia	Populacional	4405	Todas ---	NR	À data do estudo 5 A	Prevalência; fatores de risco; sintomas somáticos e prob. comportamento
Chu et al. <sup>20</sup> 1992, EUA	Hospitalar - consultas cefaleias	104	Todas AH Committee <sup>49</sup> Vahlquist <sup>27</sup>	53%	4,8 A (0,2-6,9 A) 40% < 5 anos	Classificação; caracterização clínica
Domenèch-Llberia et al. <sup>6</sup> 2004, Espanha	Populacional	807	Sintomas somáticos	52%	3-5 A	Prevalência; sintomas somáticos e psicopatologia
Raieli et al. <sup>31</sup> 2005, Itália	Hospitalar - consulta cefaleias	105	Todas ICHD-2 <sup>36</sup>	56,1%	4 A 3 m (1,2-5,9 A)	Classificação; caracterização clínica; psicopatologia
Ostkirchen et al. <sup>4</sup> 2006, Alemanha	Populacional	555	Todas ICHD-2 <sup>36</sup>	62,6%	NR 2-7 A	Prevalência; caracterização clínica;
Correia et al. <sup>29</sup> 2013, Brasil	Populacional	75	Todas NR	47%	À data do estudo 54 ± 6,91 m	Comparação grupos sem e com cefaleias: história familiar, psicopatologia
Cavestro et al. <sup>30</sup> 2014, Itália	Populacional 3-5 A vs 6-11 A	649 155 vs 494	Todas ICHD-2 <sup>36</sup>	47,7% vs 51,8%	À data do questionário: 3-11 A	Comparação dos grupos: prevalência, sintomas associados, tratamento; neuroimagem; follow-up de grupo restrito
Raieli et al. <sup>32</sup> 2015, Itália	Hospitalar - consulta de cefaleias <7 A vs ≥ 7 A	40 vs 334	Enxaqueca ICHD-2 <sup>36</sup>	50% vs 50%	À observação: 5,7 A vs 11,3 A observação: 5,7 A vs 11,3 A	Comparação dos grupos: caracterização clínica, sintomas somáticos, história familiar
<b>Estudos retrospectivos</b>						
Lateef et al. <sup>33</sup> 2009, EUA	Hospitalar - Serviço de Urgência	364	Todas NR	NR	2-5 A	Classificação; análise dos casos com neuroimagem
Eidlitz-Markus et al. <sup>34</sup> 2010, Israel	Hospitalar - consulta cefaleias ≤6 A vs >6 A	92 32 vs 60	Enxaqueca ICHD-2 <sup>36</sup>	47% vs 50%	À data do estudo 5,26±0,8 A vs 11,6±2,97 A	Comparação dos dois grupos etários: clínica, sintomas associados, resposta ao tratamento
Torriero et al. <sup>35</sup> 2016, Itália	Hospitalar - consulta cefaleias	368	Primárias ICHD-2 <sup>36</sup> vs ICHD-3 <sup>9</sup>	48,9%	4,4±1,2 A	Comparação critérios classificação; caracterização clínica
<b>Estudos prospetivos</b>						
Zuckerman et al. <sup>37</sup> 1987, Reino Unido	Populacional	308	Todas ---	47%	NR	Prevalência; associação cefaleias e abdominalgia; prob. comportamento
Balottin et al. <sup>38</sup> 2004, Itália	Hospitalar - consulta cefaleias	35	Enxaqueca e CT ICHD-1 <sup>41</sup>	49%	4 A 2 m (10 m-6 A)	Classificação; caracterização clínica; sintomas somáticos, prob. comportamento e fatores stressores
Balottin et al. <sup>39</sup> 2005, Itália	Hospitalar - consulta cefaleias	25	Enxaqueca e CT ICHD-1 <sup>41</sup> vs ICHD-2 <sup>38</sup>	48%	À data da 1ª observação: 4,5±1,2 A (1-6 A)	Comparação critérios classificação; história familiar; sin-tomas somáticos, prob. comportamento e psiquiátricos; evolução
Battistella et al. <sup>8</sup> 2006, Itália	Hospitalar - consulta cefaleias <6 A vs 12-18 A	163 vs 80	Todas ICHD-1 <sup>41</sup>	58% vs 39%	3,8 A (1-5,8) vs 13,1 A (12-16,5)	Classificação; caracterização clínica; evolução; comparação entre os grupos etários
Ramdas et al. <sup>40</sup> 2013, Reino Unido	Hospitalar - consulta cefaleias	921 1-6 A: 73	Todas ICHD-2 <sup>36</sup>	52%	À data da 1ª consulta: 4,87±1,29 A	Classificação; caracterização clínica; achados neuroimagem

Legenda: A – anos; CT – Cefaleias tipo tensão; DP – desvio-padrão; m – meses; NR – não reportado; prob. – problemas; vs - versus

anos e 37,7% aos seis anos de idade. Duração de crises inferior a uma hora foi reportada por 18,7% das crianças. 30,5% reportaram localização bifrontal e 6,1% crises unilaterais. 12,4% referiram cefaleias tipo pressão e 7,2% pulsáteis. Correia et al.<sup>29</sup> dedicaram-se a estudar os problemas psicopatológicos das crianças com cefaleias e a associação com a presença de cefaleias nas mães e outros membros da família. No grupo de crianças com cefaleias, 55% têm mães e 57% outros familiares de primeiro ou segundo grau com cefaleia, significativamente mais do que o grupo de crianças sem cefaleias. As crianças com cefaleias apresentaram também mais problemas emocionais e de comportamento em relação às crianças sem cefaleias, nomeadamente comportamentos agressivos, reações emocionais e queixas somáticas. Cavestro et al.<sup>30</sup> estudaram dois grupos etários: grupo pré-escolar (3-5 anos de idade) e grupo escolar (6-11 anos). A prevalência de cefaleias no grupo pré-escolar foi de 10,3% e no grupo escolar de 31,4%, sendo que observaram um aumento da prevalência anual de cefaleias desde os 3-4 anos, com pico aos nove anos de idade (41%). No grupo pré-escolar, crianças com cefaleias apresentaram significativamente mais história familiar de cefaleias. Cerca de 40% tinham também queixas de dor abdominal. Os autores verificaram um aumento do consumo de analgésicos com o avançar da idade.

Encontramos ainda três estudos transversais de base em consultas de cefaleias<sup>20,31</sup>. Chu et al.<sup>20</sup> incluíram 104 crianças entre os 0,2 e 6,9 anos e Raieli et al.<sup>31</sup> 105 crianças entre os 1,2 e 5,9 anos de idade. O tipo de cefaleias mais frequente foi a enxaqueca, em 75% e 35,2% dos casos, respetivamente. Cefaleias pós-traumáticas constituíram 12 e 17,1%. Na série de Raieli et al., 2,85% das crianças apresentaram causas graves: um astrocitoma e dois Chiari tipo I. Chu et al.<sup>20</sup> descreveram as características das cefaleias em conjunto. As mais comuns foram cefaleia pulsátil (63%), localização bifrontal (66%), fadiga e stress como fatores precipitantes (42%) e vômitos (57%) e náuseas (45%) como sintomas associados. Fotofobia foi referida por 25% das crianças. 17% das enxaquecas apresentaram aura. 58% de todas as cefaleias e 72% das enxaquecas apresentaram história familiar de enxaqueca. Raieli et al.<sup>31</sup> analisaram as características em cada grupo de cefaleias. No grupo das enxaquecas, 43,2% tiveram duração inferior a duas horas, 75,6% eram bilaterais, 43,2% pulsáteis e os sintomas associados mais frequentes foram a fonofotofobia em

59,4%. Vômitos foram referidos em 32,4%. A história familiar de enxaqueca nas crianças com enxaqueca foi de 70,2%, sendo significativamente superior quando comparado ao grupo de crianças com cefaleias tipo tensão. Em 70% das crianças com cefaleias tipo tensão a duração dos episódios foi reportada como sendo inferior a uma hora. Problemas psicopatológicos foram detetados em 51,3% no grupo da enxaqueca, 63,15% no da cefaleia tipo tensão e em 80% no da cefaleia diária crónica.

O outro estudo com base em consulta de cefaleias estudou especificamente crianças com enxaqueca, comparando os grupos etários de menos de sete e sete ou mais anos de idade<sup>32</sup>. No primeiro grupo, 82,5% apresentaram duração de crises inferior a quatro horas, 22,5% queixas unilaterais e 62,5% cefaleia pulsátil. Aura foi reportada em 5% dos casos. Os sintomas acompanhantes mais frequentes foram a fonofobia (77,5%) e fotofobia (72,5%), seguidos de náuseas (52,5%) e vômitos (45%). Sintomas disautónómicos foram descritos em 55% dos casos. História familiar de enxaqueca foi detetada em 97,5% dos casos. O grupo de crianças mais novas apresentou significativamente menor duração das crises, menor frequência de crises/mês e menor duração da doença em relação ao grupo de crianças mais velhas. Não encontraram diferenças significativas na história familiar de enxaqueca e nas características clínicas das crises.

### Estudos retrospectivos

Encontramos três estudos retrospectivos, um de base no serviço de urgência<sup>33</sup> e dois em consultas de cefaleias<sup>34,35</sup>.

O estudo no serviço de urgência<sup>33</sup> incluiu crianças entre os dois e os cinco anos de idade. A grande maioria das cefaleias foram secundárias, em 84,3% dos casos, sendo as mais frequentes as cefaleias associadas a quadros febris e infeções virais e/ou respiratórias, em 72,3%. Dos 364 casos incluídos, 11 cefaleias tinham causas graves: quatro meningites e sete tumores cerebrais, sendo que seis deles eram já conhecidos e um foi diagnosticado de novo. Das crianças sem doença sistémica ou neurológica conhecida antes da admissão, 16 realizaram TC cerebral, tendo-se detetado um exame alterado, correspondendo ao tumor cerebral referido anteriormente. Esta criança apresentava sinais de alarme na história clínica e alterações no exame neurológico.

Relativamente aos estudos com base em centros de

cefaleias, Eidlitz-Markus et al.<sup>34</sup> estudaram apenas crianças com enxaqueca e compararam dois grupos etários: seis ou menos e mais de seis anos de idade. Os grupos diferiram significativamente em alguns aspetos: no grupo mais jovem verificaram-se menos queixas de tonturas, menor prevalência de aura, menos crises/mês e menos demora desde o início das queixas até ao início do tratamento. Em relação à resposta ao tratamento, na faixa etária mais jovem houve maior proporção de crianças com resposta completa ao tratamento e uma melhoria na ordem dos 75 a 100% apenas com tratamento conservador. Por sua vez, Torriero et al.<sup>35</sup> estudaram 368 doentes com idade inferior a seis anos. 70,8% apresentaram crises com duração inferior a 60 minutos. Os sintomas associados mais frequentes foram a fonofobia (44,1%), fotofobia (42,6%) e vômitos (23,3%). 78,8% apresentaram pelo menos um familiar de primeiro grau com cefaleias primárias. Usando as classificações ICHD-2 (38) e ICHD-3 beta<sup>9</sup>, cerca de 30% dos casos não foram classificáveis. Após retirarem o critério de duração a proporção de casos não classificáveis diminuiu para 16,1% e, incluindo a história familiar como critério, diminuiu para 8,5%.

### Estudos prospetivos

Encontramos cinco estudos prospetivos, um de base populacional<sup>37</sup> e os restantes em consultas hospitalares<sup>8,38-40</sup>.

Zuckerman et al.<sup>37</sup> realizaram um estudo na comunidade baseado em questionários colhidos aos oito meses e aos três anos pós-parto e tentaram perceber possíveis fatores de risco somáticos, psicossociais, demográficos e maternos para o desenvolvimento de cefaleias e dor abdominal aos três anos de idade. A prevalência de cefaleias e dor abdominal recorrentes aos três anos foi de 3% e 9%, respetivamente. 22% das crianças com dor abdominal recorrente apresentaram também cefaleias recorrentes. As crianças sintomáticas apresentaram mais problemas comportamentais em relação às assintomáticas. Foi encontrada uma associação entre depressão materna e cefaleias recorrentes na criança.

Balottin et al.<sup>38</sup> estudaram prospetivamente uma coorte de 35 crianças, 10 com diagnóstico de enxaqueca e 16 de cefaleia tipo tensão. A duração reportada das crises foi inferior a duas horas em 8/10 casos de enxaqueca e inferior a 30 minutos em 8/16 casos de cefaleia tipo tensão. Em 22 dos casos verificou-se remissão espon-

tânea precoce das crises de cefaleia. A associação com outros sintomas somáticos foi frequente, em 18/35 antes dos dois anos e em 20/33 após os dois anos de idade, sendo os mais frequentemente reportados as perturbações do sono. História familiar de cefaleias foi positiva em 22/35 casos. O mesmo grupo de autores<sup>39</sup> seguiu parte desta coorte, 25 doentes, durante um período de tempo maior (média 4,2 anos). Compararam a precisão diagnóstica da ICHD-I (41), ICHD-2<sup>36</sup> e critérios alternativos<sup>42</sup>. A maior diferença destes últimos foi na duração das crises, aceitando crises com duração inferior a uma hora para a enxaqueca e inferior a 30 minutos para a cefaleia tipo tensão. A proporção de diagnósticos definitivos foi de 24%, 36% e 80%, respetivamente. Remissão completa das cefaleias durante o tempo de seguimento foi observada em 64% dos doentes. 78% das crianças com cefaleias persistentes apresentaram perturbações somáticas, tais como perturbações de sono. 40% e 64% das crianças apresentaram eventos de vida e distúrbios psiquiátricos, respetivamente.

Battistella et al.<sup>8</sup> realizaram um estudo transversal seguido de seguimento longitudinal de uma coorte de 163 doentes com menos de seis anos. Na fase do estudo transversal, usaram como grupo de comparação 80 doentes entre os 12 e os 18 anos de idade, tendo verificado várias diferenças significativas entre os dois. No grupo mais jovem, as cefaleias foram classificadas como cefaleias tipo tensão em 42%, enxaquecas em 36% e cefaleias primárias em ginada em 10% dos casos. Este grupo apresentou maior proporção de doentes do sexo masculino, menor duração das crises (72% <2h e 52% <1h), menor exacerbação com o exercício físico e menor frequência de fonofobia (54%) fotofobia (52%) e náuseas (20%). Não houve diferenças entre os grupos na frequência de vômitos durante as crises. Verificou-se que as crianças mais novas têm mais familiares de primeiro grau com cefaleias (78%) e que a idade de início das cefaleias nos pais foi menor relativamente ao grupo mais velho. No seguimento longitudinal, através de questionário realizado em média 3,5±2,7 anos após a primeira avaliação, os autores constataram evolução favorável em 80% dos casos de cefaleias tipo tensão e cefaleias primárias em ginada e em 49% dos casos de enxaqueca.

Ramdas et al.<sup>40</sup> seguiram uma coorte de 73 crianças entre um e seis anos de idade. As cefaleias foram classificadas como enxaqueca em 34, cefaleia tipo tensão

em 11, mistas em quatro e não classificáveis em 16. No grupo da enxaqueca, um dos doentes tinha aura e dois enxaqueca hemiplégica. A idade média de início foram 3,4 anos. 22/34 referiram dor máxima bifrontal. Apenas dois apresentaram dor unilateral. A duração mediana das crises foi de 12 horas e a frequência mediana de uma crise por mês. Tratamento conservador e/ou analgesia simples foram eficazes na maioria dos doentes. Síndromes episódicas foram reportados em seis crianças. De referir que dos 16 doentes com cefaleias não classificáveis, cinco apresentaram crises muito curtas, entre cinco e 30 minutos e 11 apresentaram características que excluíram cefaleia tipo tensão, mas que não cumpriram critérios suficientes, à luz da ICHD-2<sup>36</sup>, para serem classificadas como enxaqueca. Todos os doentes da coorte apresentaram exame neurológico normal. Neuroimagem foi realizada em 20%, tendo-se detetado em um exame um quisto aracnoideu que foi considerado achado incidental.

### Comentários e conclusões

A comparação entre os estudos é difícil, devido aos diferentes desenhos de estudo, populações-alvo, tipos de cefaleias e faixas etárias incluídas.

O serviço de urgência é um contexto muito particular para várias patologias, nomeadamente para as cefaleias. Uma grande fatia das cefaleias agudas não são classificáveis. Na nossa experiência, dentro das classificáveis, as mais frequentes são cefaleias primárias e cefaleias secundárias a infeção sistémica, traumatismo craniano ou perturbações psiquiátricas<sup>43</sup>. Encontramos apenas um estudo de base no serviço de urgência de uma população em idade pré-escolar (entre os dois e os cinco anos de idade), estudo esse que reportou uma proporção de cerca de 75% das cefaleias como sendo secundárias a quadros febris e infeções víricas/respiratórias. Nessa população as cefaleias primárias constituíram cerca de 16% dos casos<sup>33</sup>.

Nos estudos de base populacional que encontramos não é feita a classificação de cefaleias, sendo estas analisadas como um todo. Nos estudos em consultas de cefaleias as reportadas como mais prevalentes são a enxaqueca (35,2%-75%) e as cefaleias tipo tensão (15%-42%)<sup>8,20,31,40</sup>.

Um dos aspetos realçado por alguns estudos é a maior prevalência de alterações de comportamento, outros problemas psicopatológicos e sintomas somáti-

cos nas crianças com cefaleias quando comparadas com os seus pares sem cefaleias<sup>6,28,29,37,38</sup>. Raieli et al.<sup>31</sup> reportam uma proporção significativa de crianças com psicopatologia em vários grupos de cefaleias, chegando aos 80% no grupo da cefaleia diária crónica. Adicionalmente, vários estudos encontram associações entre fatores parentais e as cefaleias nas crianças. Um estudo reporta que a frequência das cefaleias na criança é influenciada pela frequência de cefaleias na mãe<sup>44</sup>. Outro reporta que a mãe, o pai ou os irmãos terem cefaleias frequentes são fatores associados a maior probabilidade de cefaleias na criança<sup>45</sup>. Crianças com cefaleias têm maior probabilidade de ter familiares com cefaleias comparativamente a crianças sem cefaleias<sup>29</sup>. Fatores genéticos e ambientais podem ter um papel nesta associação<sup>46</sup>.

Alguns estudos demonstram alterações nas características das cefaleias com a idade. Virtanen et al.<sup>7</sup> seguiram crianças dos seis aos 13 anos de idade. No grupo de crianças com enxaqueca aos seis anos, 32% converteram para cefaleia tipo tensão aos 13 anos. No grupo com cefaleia tipo tensão aos seis anos, 38% converteram para enxaqueca aos 13 anos. No grupo sem cefaleias aos seis anos, 5% desenvolveram enxaqueca e 8% cefaleias tipo tensão. De referir ainda que uma proporção significativa das crianças com cefaleias aos seis anos apresenta remissão completa aos 13 anos (15% das enxaquecas e 27% das cefaleias tipo tensão). Alguns dos estudos que comparam grupos de crianças abaixo da idade escolar com outro de idade mais avançada reportam diferenças significativas em algumas características, nomeadamente proporção de crianças do sexo masculino, duração, frequência, sintomas associados, história familiar e resposta ao tratamento, mas os resultados são variáveis. Os desenhos de estudo e faixas etárias diversos podem explicar algumas das divergências.

As crianças mais novas constituem um grupo muito particular e são raros os estudos nesta faixa etária específica. Cefaleias como enxaqueca podem ser subdiagnosticadas nesta idade, porque a criança não se consegue exprimir, ou porque as manifestações são mais subtis ou diferentes, tal como nas síndromes periódicas.

Relativamente à indicação para realização de neuroimagem há ainda controvérsia, tal como já referido. No entanto, o mais sensato será provavelmente uma seleção cuidada das crianças, integrando os dados da anamnese e exame geral e neurológico, visto que os exames de imagem não são inócuos, nomeadamente a exposi-

ção a radiação pela TC e a possível necessidade de procedimento anestésico para realização de RM.

Em conclusão, há ainda poucos estudos na idade pré-escolar e os que existem são muito heterogêneos. Mesmo dentro da faixa etária inferior a 6-7 anos parece haver um grupo particular, e que é o das crianças mais novas. Algumas questões são ainda controversas e permanecem por resolver. Não existem ainda recomendações específicas para a abordagem das cefaleias nesta idade. Na ICHD-3 existem comentários específicos em relação a alguns tipos de cefaleia em idade pediátrica, havendo abertura para uma adaptação dos critérios de diagnóstico de enxaqueca. ■

### Referências bibliográficas

1. McCrea N, Howells R. Fifteen minute consultation: headache in children under 5 years of age. *Arch Dis Child Educ Pr Ed*. 2013;98:181-5.
2. Wojaczynska-Stanek K, Koprowski R, Wróbel Z, Gola M. Headache in children's drawings. *J Child Neurol*. 2008;23:184-91.
3. Mazzotta S, Pavlidis E, Cordori C, Spagnoli C, Pini L, Pisani F. Children's headache: drawings in the diagnostic work up. *Neuropediatrics*. 2015;46:261-8.
4. Ostkirchen GG, Andler F, Hammer F, Pöhler KD, Snyder-Schendel E, Werner NK, et al. Prevalences of primary headache symptoms at school-entry: A population-based epidemiological survey of preschool children in Germany. *J Headache Pain*. 2006;7(5):331-40.
5. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52:1088-97.
6. Domènech-Llaberia E, Jané C, Canals J, Ballespí S, Esparó G, Garralda E. Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Adolesc Psychiatry*. 2004;43:598-604.
7. Virtanen R, Aromaa M, Rautava P, Metsähonkala L, Anttila P, Helenius H, et al. Changing headache from preschool age to puberty. A controlled study. *Cephalalgia*. 2007;27:294-303.
8. Battistella P, Fiumana E, Binelli M, Bertossi E, Battista P, Perakis E, et al. Primary headaches in preschool age children: clinical study and follow-up in 163 patients. *Cephalalgia*. 2006;26:162-71.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
10. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. Porto, Portugal. Disponível em: <http://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/cefaleias>.
11. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. Porto, Portugal. Disponível em: [http://www.cefaleias-spc.com/?page\\_id=93](http://www.cefaleias-spc.com/?page_id=93).
12. The migraine trust. London, UK. Disponível em: <https://www.migrainetrust.org/living-with-migraine/coping-managing/young-sufferers/guide-for-parents-and-carers/>.
13. National Headache Foundation. Chicago, EUA. Disponível em: <http://www.headaches.org/headaches-in-children/>.
14. Conicella E, Raucci U, Vanacore N, Vigevano F, Reale A, Pirozzi N et al. The child with headache in a pediatric emergency department. *Headache*. 2008;48:1005-11.
15. Rho YI, Chung HJ, Suh ES, Lee KH, Eun BL, Nam SO et al. The role of neuroimaging in children and adolescents with recurrent headaches – multicenter study. *Headache*. 2011;51:403-8.
16. Medina LS, Joseph P, David Z, Davis R, Karl K, Patrick B. Children with headache: clinical predictors of surgical space-occupying lesions and the role of neuroimaging. *Radiology*. 1997;202:819-24.
17. Ravid S, Gordon S, Schiff A, Shahar E. Headache in children: young age at onset does not imply a harmful etiology or predict a harsh headache disability. *J Child Neurol*. 2013;28:857-62.
18. Vázquez-Barquero A, Ibáñez F, Herrera S, Izquierdo J, Berciano J, Pascual J. Isolated headache as the presenting clinical manifestation of intracranial tumors: a prospective study. *Cephalalgia*. 1994;14:270-2.
19. Straussberg R, Amir J. Headaches in children younger than 7 years: are they really benign? *Arch Neurol*. 1993;50:130.
20. Lynn Chu M, Shinnar S. Headaches in children younger than 7 years of age. *Arch Neurol*. 1992;49:79-82.
21. Shinnar S, Chu ML. Headaches in children younger than 7 years: are they really benign?-reply. 1993. 50:130-1.
22. Alehan F. Value of neuroimaging in the evaluation of neurologically normal children with recurrent headache. *J Child Neurol*. 2002;17:807-9.
23. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A et al. Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. *Neurology*. 2002;59:490-8.
24. Erhan B, Yasemin T, Pakize K, Yi U, Handan G, Semra K. Incidental white matter lesions in children presenting with headache. *Headache*. 2013;53:970-6.
25. Yılmaz U, Çeleğin M, Yılmaz T, Gürçınar M, Ünalp A. Childhood headaches and brain magnetic resonance imaging findings. *Eur J Paediatr Neurol*. 2004;18:163-70.
26. Antonaci F, Voiticovschi-Iosob C, Stefano AL Di, Galli F, Ozge A, Balottin U. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literature. *J Headache Pain*. 2014;15:15-26.
27. Vahlquist B. Migraine in children. *Int Arch Allergy*. 1955;7:348-55.
28. Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia*. 1991;11:239-42.
29. Correia L, Linhares M. Temperament and behavioral problems of preschool children with headache - a controlled study. *Span J Psychol*. 2013;16:1-9.
30. Cavestro C, Montrucchio F, Benci P, Pompilio D, Mandrino S, Cencio P et al. Headache prevalence and related symptoms, family history, and treatment habits in a representative population of children in Alba, Italy. *Pediatr Neurol*. 2014;51:348-53.
31. Raieli V, Eliseo M, Pandolfi E, La Vecchia M, La Franca G, Puma D et al. Recurrent and chronic headaches in children below 6 years of age. *J Headache Pain*. 2005;6:135-42.
32. Raieli V, Pitino R, Giordano G, Spitalieri C, Consolo F, Puma D et al. Migraine in a pediatric population: a clinical study in children younger than 7 years of age. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57:585-8.
33. Lateef T, Grewal M, McClintock W, Chamberlain J, Kaulas H, Nelson K. Headache in young children in the emergency department: use of Computed Tomography. *Pediatrics*. 2009;124:e12-7.
34. Eidlitz-Markus T, Haimi-Cohen Y, Steier D, Zeharia A. Effectiveness of nonpharmacologic treatment for migraine in young children. *Headache*. 2010;50:219-23.
35. Torriero R, Capuano A, Mariani R, Frusciante R, Tarantino S, Papetti L et al. Diagnosis of primary headache in children younger than 6 years: a clinical challenge. *Cephalalgia*. 2016. doi:<https://doi.org/10.1177/0333102416660533>.
36. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24:9-160.
37. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Stomachaches and headaches in a community sample of preschool children. *Pediatrics*. 1987;79:677-82.
38. Balottin U, Nicoli F, Pitillo G, Ginevra OF, Borgatti R, Lanzi G. Migraine and tension headache in children under 6 years of

- age. *Eur J Pain*. 2004;8:307-14.
39. Balottin U, Termine C, Nicoli F, Quadrelli M, Ferrari-Ginevra O, Lanzi G. Idiopathic headache in children under six years of age: a follow-up study. *Headache*. 2005;45:705-15.
40. Ramdas S, Prasad M, Abu-Arafeh I. Primary headache disorders in children under 7 years of age. *Scott Med J*. 2013;58:26-9.
41. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8:1-96.
42. Lanzi G, Gruppo collaborativo ad hoc SISC. Linee Guida e raccomandazioni per il trattamento dell'emicrania in età evolutiva. *Confin Cephalalgica*. 1996;V:17-24.
43. Lopes M, Castelo J, Branco M, Moreira S, Roriz J. Headache management in the emergency department of a Portuguese Centre. Unpublished data.
44. Arruda MA, Guidetti V, Galli F, Albuquerque RCAP, Bigal ME. Frequency of headaches in children is influenced by headache status in the motherhead. *Headache*. 2010;50:973-80.
45. Virtanen R, Aromaa M, Rautava P, Metsähonkala L, Anttila P, Helenius H et al. Changes in headache prevalence between pre-school and pre-pubertal ages. *Cephalalgia*. 2002;22:179-85.
46. Kröner-Herwig B, Gassmann J. Headache disorders in children and adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache*. 2012;52:1387-401.
47. Vahlquist B, Hackzel G. Migraine of early onset. *Acta Paediatr*. 1949;38:622-36.
48. Prensky A, Sommer D. Diagnosis and treatment of migraine in children. *Neurology*. 1979;29:506-10.
49. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. Classification of headaches. *JAMA*. 1962;179:127-8.