

Data de Submissão: 29/03/2018

Data de Aprovação: 11/06/2018

ARTIGO ORIGINAL

Apresentação clínica das cefaleias primárias na infância e adolescência

Clinical presentation of primary headaches in childhood and adolescence

Alcir Francisco da Silva¹, André Luis Santos do Carmo¹, Fernanda Wagner Fredo¹, Isac Bruck¹, Monica Nunes Lima Cat¹, Benaia Silva¹, Sérgio Antonio Antoniuk¹

Palavras-chave:

Cefaleia,
Enxaqueca com Aura,
Enxaqueca sem Aura,
Cefaleia do Tipo
Tensional,
Saúde da Criança
Adolescente.

Resumo

As cefaleias primárias na faixa etária pediátrica têm importante impacto na vida cotidiana e apresentam uma alta prevalência. O objetivo desse trabalho é fazer um levantamento dos principais sintomas apresentados na avaliação inicial de crianças e adolescentes com migrânea com aura (MCA), migrânea sem aura (MSA) e cefaleia do tipo tensional (CTT). **Métodos:** foram analisados os questionários de primeira consulta de 232 pacientes com cefaleias crônicas recorrentes. Foram incluídos 172 pacientes, dos quais 33 com MCA, 96 com MSA e 43 com CTT. Os grupos foram comparados em relação às características clínicas. **Resultados:** a dor era moderada/grave em mais de 80% dos pacientes; 87,8% de MCA teve pelo menos uma falta escolar devido a dor no último ano ($p = 0,005$); havia ausência de fator precipitante em 25,4% de CTT ($p = 0,02$); 55,5% de MCA apresentou sintoma premonitório ($p = 0,0003$); vertigem foi associada em 54,5% de MCA ($p = 0,0008$) e a ausência de sintomas associados em 18,6% na CTT ($p = 0,0003$). **Conclusões:** apesar dos critérios de classificação das cefaleias serem claros, as manifestações clínicas são diversas e as diferentes entidades sofrem sobreposição de quadros. Contudo, há pequenas diferenças que permitem boa elucidação diagnóstica.

Keywords:

Headache,
Migraine with Aura,
Migraine without Aura,
Tension-Type Headache,
Child,
Adolescent.

Abstract

Pediatric primary headache disorders have a high prevalence and an important impact on children's life. The aim of this study is to identify the main features in the initial assessment of children diagnosed with migraine with aura (MWA), migraine without aura (MoA) and tension-type headache (TTH). **Methods:** data from a structured questionnaire of the first 232 patient charts referred for chronic recurrent headache were reviewed. The analysis included 172 cases, of which 33 had MWA, 96 had MoA and 43 had TTH, and had their clinical characteristics compared. **Results:** more than 80% of the patients had moderated/severe pain. In the MWA, 87.8% had at least one day of school absence in the last year ($p = 0.005$). 2.4% of the TTH had no trigger identified ($p = 0.02$). Of MWA, 55.5% had a premonitory symptom ($p = 0.0003$). Vertigo was associated in 54.5% of the MWA ($p = 0.0008$), and of TTH, 18.6% had no associated symptom ($p = 0.0003$). **Conclusions:** although diagnostic criteria for primary headache disorders in children are well defined, a variety of clinical manifestations may be present and different entities can have overlapping features. There are, nevertheless, small differences that contribute to the diagnosis.

¹ Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas - Departamento de Pediatria - Curitiba - Paraná - Brasil

Endereço para correspondência:

Alcir Francisco da Silva.

Hospital das Clínicas. Departamento de Pediatria. Rua XV de Novembro, 1299 - Centro, Curitiba - PR, Brasil. CEP: 80060-000.

E-mail: a.f.silva@uol.com.br / andrelsc@gmail.com

INTRODUÇÃO

As cefaleias primárias são afecções comuns na faixa etária pediátrica mas, ainda assim, são necessários mais estudos que melhor apontem as diferenças existentes na apresentação clínica nas diferentes idades.

As cefaleias podem se apresentar enquanto sintomas de outras afecções (quando as chamamos secundárias) ou de forma autônoma sem uma causa conhecida (cefaleias primárias). Podem também ser únicas e episódicas, bem como recorrentes e crônicas¹.

Várias formas de apresentação das cefaleias são encontradas, e foi necessária a criação de uma classificação uniforme para padronização do estudo, correto diagnóstico e tratamento. A Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS, na sigla em inglês), por meio do seu Comitê para Classificação das Cefaleias, edita periodicamente a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3b), atualmente em sua terceira edição beta². Nela, as cefaleias crônicas primárias são didaticamente divididas em 4 categorias principais – cefaleia de tipo tensional, migrânea (enxaqueca), cefaleia trigÊMino-autônômica (que é pouco usual na faixa etária pediátrica) e outras formas de cefaleias primárias².

As cefaleias crônicas podem ser consideradas um continuum que engloba tanto as cefaleias de tipo tensional quanto as migrêneas, o status migrainosus e as síndromes cíclicas da infância³. Elas possuem uma verdadeira miríade de apresentações clínicas, que variam de indivíduo para indivíduo e através do tempo em um mesmo paciente^{4,5}.

As migrêneas são cefaleias crônicas associadas a sintomas autonômicos, como náuseas e vômitos, foto e fonofobia e podem ser acompanhadas de outros sintomas reversíveis como alterações visuais, sensoriais, motoras, de fala (quando, então, são chamadas migrânea com aura). As cefaleias de tipo tensional (CTT) comumente não se apresentam com náuseas ou vômitos².

Um estudo transversal, realizado em Curitiba por meio de questionários respondidos pelos pais de crianças em idade escolar, mostrou que em um período de 12 meses, 90% das crianças entrevistadas tiveram ao menos um episódio de cefaleia, e em um mês, 45%¹. O mesmo estudo mostrou que os pais acusavam que a maioria desses episódios eram secundários a outras afecções, como infecções de vias aéreas superiores. Já a incidência das cefaleias crônicas varia conforme o tipo estudado, faixa etária e sexo. A migrânea com aura, em meninas, tem pico entre 12 e 13 anos, estimada em 14,1:1.000 habitantes; já a sem aura, tem pico entre 14 e 17 anos, estimada em 18,9:1.000 habitantes. Em meninos, a migrânea com aura tem pico aos 5 anos, estimada em 6,6:1.000, e a sem aura aos 10 a 11 anos e estimada em 10:1.000 habitantes⁶.

O diagnóstico é eminentemente clínico e se baseia nos critérios da Classificação Internacional de Cefaleias². Somente há indicação de pesquisa laboratorial e de imagem (ressonân-

cia magnética ou tomografia computadorizada) na presença de sinais e sintomas que as justifiquem, para afastar outras afecções subjacentes que levem à cefaleia⁷⁻¹⁰.

A qualidade de vida das crianças e adolescentes que têm cefaleias crônicas recorrentes é bastante afetada, seja pelo aspecto intrínseco da própria dor, seja pelos demais sintomas comumente associados. Os impactos na vida cotidiana podem ser sentidos pelo grande número de faltas à escola ou ao trabalho, tornando as cefaleias muito debilitantes¹¹.

O tratamento deve incluir o manejo da dor durante as crises e a profilaxia deve ser indicada quando há impacto importante sobre a qualidade de vida, medido por meio de triagens e principalmente por meio do diário da dor¹², bem como avaliação sobre o absenteísmo escolar, baixo rendimento acadêmico, entre outros fatores¹³. A indicação de tratamento profilático, bem como a melhor escolha para manejo da dor não é foco deste trabalho.

MÉTODOS

Foram analisados os prontuários de 232 pacientes atendidos no ambulatório de cefaleias primárias da infância do Centro de Neuropediatria (CENEP) do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) entre junho de 2009 e junho de 2014. Todos foram avaliados por um neurologista experiente que classificou seus sintomas conforme normas da ICHD-3b e divididos em 3 grupos (migrânea com aura – MCA, migrânea sem aura – MSA, e cefaleia de tipo tensional – CTT). Os critérios de inclusão no estudo foram preencher os critérios da ICHD-3b para MCA, MSA e CTT, e foram excluídos do estudo aqueles em que a cefaleia era secundária a outras causas ou havia dúvida quanto ao diagnóstico. Foram excluídos 60 pacientes. Na primeira consulta, foi aplicado questionário padronizado que continha dados relevantes da história clínica, preenchido pelo examinador. A pesquisa foi registrada e aprovada no Conselho de Ética em Pesquisa do CHC-UFPR sob o registro 33507714.6.0000.0096. Os dados foram tabulados em Microsoft Excel® 2010 e a análise estatística foi feita usando o Teste de qui-quadrado de Pearson para variáveis qualitativas e a ANOVA para variáveis quantitativas.

RESULTADOS

Do total de 172 pacientes, 33 foram classificados como tendo migrânea com aura (MCA), 96 como tendo migrânea sem aura (MSA) e 43 como tendo cefaleia de tipo tensional (CTT).

Com relação a sexo, 45,3% dos pacientes eram meninos e 54,7% meninas. No grupo de MCA, 60,61% eram meninas e 39,49% meninos; no grupo de MSA, 47,92% meninas e 52,08% meninos; enquanto no grupo de CTT, 65,12% eram do sexo feminino e 34,88%, masculino ($p = 0,12$), conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Características da dor

	MCA %	MSA %	CTT %	p
Masculino	39,39	52,08	34,88	
Feminino	60,61	47,92	65,12	1,266
Tempo de início				
Menos de um ano	21,21	30,21	33,23	0,314
Entre 1 e 3 anos	42,42	29,17	34,88	0,362
Mais de 3 anos	33,33	39,58	32,56	0,662
Características da dor				
Latejante	72,73	76,84	32,56	< 0,00001*
Pontada	39,39	20,83	20,93	0,083
Opressiva	6,06	16,67	37,21	0,0017*
Contínua	3,03	0	2,33	0,267
Queimação	3,03	1,04	2,33	0,711
Choque	0	1,04	2,33	0,635
Indefinida	6,06	2,08	6,98	0,326
Intensidade				
Forte	60,61	54,17	39,53	0,147
Moderada	36,36	41,67	46,51	0,672
Fraca	3,03	4,17	13,95	0,063
Duração do episódio de dor				
1 a 5 min	0	2,08	2,33	0,692
5 min a 4 horas	45,45	62,5	72,09	0,058
4 a 72 horas	39,39	33,33	23,26	0,298
> 72 horas	6,06	0	2,33	0,068
Frequência				
Diária	9,09	5,21	9,3	0,592
2 a 5 por semana	54,55	58,33	65,12	0,622
1 a 4 por mês	30,3	32,29	26,19	0,773
Horário				
Manhã	12,12	14,58	20,93	0,522
Tarde	48,48	51,58	62,79	0,374
Noite	18,18	14,59	6,98	0,513
Sem horário definido	30,3	23,96	20,93	0,633
Localização				
Frontal	45,45	60,42	44,19	0,122
Temporal	36,36	25	11,63	0,039*
Vértex	6,06	12,5	13,95	0,523
Occipital	9,09	4,17	27,91	0,0018*
Holocraniana	0	4,17	4,65	0,473
Fatores desencadeantes				
Nenhum	3,03	13,54	25,58	0,020*
Som	42,42	33,33	27,91	0,411
Luminosidade	63,64	42,71	30,23	0,013*
Jejum	36,36	14,58	9,3	0,004*
Esforço visual	33,33	21,88	13,95	0,13

Estresse	30,3	21,88	30,23	0,456
Exercícios	18,18	10,42	11,63	0,496
Dormir demais	15,15	2,08	0	0,0013*
Odores	15,15	10,53	9,3	0,697
Fatores mecânicos	9,09	8,33	4,65	0,699
Menstruação	9,09	5,21	4,65	0,664
Alimentos relacionados ao desencadeamento da crise				
Nenhum	66,67	71,88	88,1	0,062
Chocolate	27,27	14,58	4,65	0,032*
Embutidos	12,12	9,38	2,33	0,241
Biscoito	3,03	1,04	0	0,467
Queijo	21,21	8,33	4,65	0,042*

A idade média foi de $11,2 \pm 2,7$ anos nos pacientes com MCA, $10,8 \pm 2,8$ no grupo com MSA e $10,6 \pm 2,4$ no grupo CTT ($p = 0,58$).

Com relação ao tempo desde o início dos sintomas até a primeira avaliação no ambulatório especializado, 42,42% de MCA, 29,17% de MSA, e 34,88% de CTT tiveram o aparecimento dos sintomas entre 1 e 3 anos antes da primeira consulta no ambulatório ($p = 0,36$); e 33,33% de MCA, 39,58% de MSA, e 32,56% de CTT tiveram o aparecimento há mais de 3 anos da primeira consulta ($p = 0,66$), conforme apresentado na Tabela 1.

No que toca o tipo de dor, 72,73% e 76,84% dos pacientes dos grupos de MCA e MSA, respectivamente, apresentavam dor tipo latejante, contra 32,56% de CTT ($p < 0,00001$). Ao mesmo tempo, 6,06% e 16,67% dos pacientes MCA e MSA, respectivamente, apresentaram dor tipo opressiva, contra 37,21% dos pacientes do grupo CTT ($p = 0,0017$). Sobre a intensidade da dor, tiveram sua dor classificada como forte 60,61% de MCA, 54,17% de MSA, e 39,53% de CTT; enquanto 36,36% de MCA, 41,67% de MSA, e 46,51% de CTT tiveram a dor classificada como moderada (0,672) (Tabela 1).

A duração média dos episódios de dor foi inferior a 4 horas em 45,45% dos pacientes com MCA, 62,5% dos com MSA e 72,09% daqueles com CTT, e de 4 a 72 h em 39,39%, 33,33% e 23,26% ($p = 0,2$), respectivamente. A dor tinha frequência de 2 a 5 vezes por semana em 54,55% dos pacientes do grupo de MCA, 58,33% dos de MSA, e 65,12% dos de CTT ($p = 0,62$). O período mais comum para o aparecimento das crises de dor foi o vespertino em 48,48% na MCA, 51,58% na MSA, e 62,79% na CTT ($p = 0,37$), e não havia horário definido em 30,3%, 23,96% e 20,93% ($p = 0,63$), respectivamente (Tabela 1).

A localização da dor nos pacientes com MCA, MSA e CTT foi, respectivamente: frontal em 45,45%, 60,42% e 44,19% ($p = 0,12$); temporal em 36,36%, 25% e 11,63% ($p = 0,039$); e occipital em 9,09%, 4,17% e 27,91% ($p = 0,0018$) (Tabela 1).

Os seguintes fatores desencadeantes foram registrados nos pacientes com MCA, MSA e CTT, respectivamente: nenhum fator em 3,03%, 13,54% e 25,58% ($p = 0,02$); luz forte

em 63,64%, 42,71% e 30,23% ($p = 0,013$); jejum em 36,36%, 14,58% e 9,3% ($p = 0,004$); e sono excessivo em 15,15%, 2,08% e 0% ($p = 0,0013$) (Tabela 1).

Do grupo de CTT, 88,1% dos pacientes assinalou a ausência de alimentos como fator desencadeante de dor, contra 66,67% dos de MCA, e 71,88% dos de MSA ($p = 0,062$). Contudo, 27,27% dos pacientes com MCA assinalou dor desencadeada após consumo de chocolate, contra 14,58% dos de MSA, e 4,65% dos de CTT ($p = 0,032$); e 21,21% dos pacientes com MCA após o consumo de queijo, contra 8,33% de MSA, e 4,65% de CTT ($p = 0,042$), como observado na Tabela 1.

Como sintoma premonitório, 15,15% dos pacientes MCA relatou ter fotofobia; enquanto os com MSA, 2,08%; e com CTT, 0%, ($p = 0,0013$). Já tristeza foi descrita em 9,09% de MCA, 0% de MSA e 4,6% de CTT ($p = 0,02$); enquanto que visão turva ou perda de visão foi relatada em 18,18% de MCA, e 0% de MSA e CTT ($p < 0,000001$), como consta na Tabela 2.

Do grupo com MCA, 36,36% relatou como aura a presença de irritabilidade, 9,09% tonturas, 51,52% relatou escotomas visuais, 21,21% perda ou turvação visual, 9,09% dor abdominal e 6,06% parestesias. Um único paciente relatou ter alucinações auditivas durante o quadro de dor. Esses dados podem ser observados na Tabela 3.

A ausência de sintomas associados à dor foi assinalada por 18,6% dos pacientes com CTT, contra 0% nos outros dois grupos ($p = 0,00003$). Fotofobia foi relatada em 84,85% dos pacientes com MCA, 76,84% dos pacientes com MSA, e 23,26% dos pacientes com CTT ($p < 0,00001$). Fonofobia estava presente em 84,84% dos de MCA, 76,04% de MSA e 32,56% de CTT ($p < 0,000001$). Vertigem foi assinalada por 54,55% dos pacientes com MCA, 35,42% de MSA, e 13,95% de CTT ($p = 0,0008$). A presença de vômitos foi relatada por 54,55% do grupo MCA, 37,5% do grupo MSA e apenas 13,95% do grupo CTT ($p = 0,0003$). Não houve diferença estatística entre os grupos para presença de palidez, perda de visão, olheiras, coriza e lacrimejamento.

Dos pacientes com MCA, 78,79% relatou que o repouso aliviava a dor, enquanto o mesmo ocorria com 67,37% dos

Tabela 2. Características associadas à dor

	MCA %	MSA %	CTT %	p
Sintomas premonitórios				
Fotofobia	15,15	2,08	0	0,0013*
Náuseas	15,15	9,38	2,33	0,137
Tristeza	9,09	0	4,65	0,020*
Irritabilidade	18,18	6,25	9,3	0,125
Sonolência	6,06	3,13	0	0,291
Dificuldade de concentração	6,06	2,11	0	0,217
Fadiga	12,12	3,16	4,65	0,136
Visão turva/perda de visão	18,18	0	0	< 0,000001*
Sintomas associados				
Nenhum	0	0	18,6	0,00003*
Fotofobia	84,85	76,84	23,26	< 0,000001*
Fonofobia	84,85	76,04	32,56	< 0,000001*
Náuseas	69,7	65,63	37,21	0,002*
Vômitos	54,55	37,5	11,63	0,0003*
Vertigem	54,55	35,42	13,95	0,0008*
Palidez	45,45	37,5	23,26	0,11
Perda de visão/visão turva	9,09	8,33	0	0,139
Olheiras	3,03	0	2,33	0,267
Coriza	3,03	0	2,33	0,267
Lacrimejamento	12,12	6,25	0	0,078
Escotomas	15,15	2,08	0	0,001*
Fatores de alívio				
Nenhum	0	10,42	16,28	0,06
Repouso	78,79	67,37	37,21	0,0002*
Dormir	72,73	55,21	34,88	0,004*
Silêncio	33,33	25	20,93	0,461
Local escuro	60,61	56,25	33,33	0,023*
Brincar	0	0	9,3	0,021*
Assistir à TV	0	3,13	13,95	0,009*
Aspectos emocionais				
Nada	0	18,75	18,6	0,026*
Agressividade	15,15	11,46	13,95	0,831
Irritabilidade	42,42	36,46	30,23	0,54
Tristeza	21,21	13,68	19,05	0,527
Família ansiosa	18,18	6,25	11,63	0,127
Ansiedade	63,64	48,94	53,49	0,345
Pais separados	9,09	10,42	16,28	0,535
Cuidador diferente dos pais	3,03	1,04	2,33	0,711
Dificuldade escolar	9,09	16,84	20,93	0,378
Distúrbios associados				

Nenhum	30,3	33,33	46,51	0,008*
Insônia	12,12	7,29	6,98	0,647
Sonambulismo	21,21	7,29	6,98	0,052
Sonilóquio	18,18	33,33	27,91	0,25
Terror noturno	3,03	10,42	6,98	0,387
Cinetose	24,24	21,05	16,28	0,678
Dor abdominal	15,15	17,71	4,65	0,118
Bruxismo	21,21	26,04	11,63	0,16
História familiar				
Cefaleia	18,18	15,63	16,28	0,94
Enxaqueca	54,55	35,11	27,91	0,049*
Nenhuma	21,21	50,53	55,81	0,004*
Vida cotidiana				
Ao menos 1 falta na escola no último ano	87,88	75,79	55,81	0,005*

Tabela 3. Tipos de aura apresentadas pelos pacientes do grupo MCA

Aura	
Náusea	6,06%
Disartria	3,03%
Irritabilidade	36,36%
Tontura	9,09%
Perda de visão/visão turva	21,21%
Escotomas visuais	51,52%
Dor abdominal	9,09%
Parestesia	6,06%
Fraqueza	6,06%

com MSA e 37,21% dos com CTT ($p = 0,0002$). Já dormir trazia alívio para 72,73% dos pacientes com MCA, 55,21% dos com MSA e 34,88% dos com CTT ($p = 0,004$), enquanto que ficar em um ambiente escuro trazia alívio para 60,61% dos pacientes com MCA, 56,25% dos com MSA e 33,33% dos com CTT ($p = 0,023$). Brincar foi fator de alívio para 9,3% dos pacientes com CTT ($p = 0,002$) contra nenhum dos outros dois grupos, e ver TV foi aliviante para 13,95% dos pacientes com CTT contra 0% dos pacientes com MCA e 3,13% dos pacientes com MSA ($p = 0,009$), conforme consta da Tabela 2.

Quase a totalidade dos pacientes dos três grupos (entre 95 e 100%) usava algum tipo de medicação para cessar a dor durante a crise, sendo a mais utilizada o paracetamol (58%), seguida por dipirona (20%) e ibuprofeno (15,6%).

Com relação a alterações psicoemocionais associadas, 100% dos pacientes do grupo MCA apresentava algum tipo de alteração, contra 81,25% de MSA e 81,4% de CTT ($p = 0,02$). As principais alterações apresentadas foram irritabilidade, com 42,42% de MCA, 36,46% de MSA e 30,23% ($p = 0,54$), e ansiedade, com 63,64% de MCA, 48,94% de MSA e 53,49% de CTT ($p = 0,34$). Cerca de 46,51% dos pacientes com CTT não apresentavam nenhum distúrbio associado, contra 33,33% de MSA e 30,3% de MCA ($p = 0,008$). Os principais distúrbios

encontrados foram sonilóquio (MCA 18,18%, MSA 33,33% e CTT 27,91% – $p = 0,25$), bruxismo (MCA 21,21%, MSA 26,04% e CTT 11,63% – $p = 0,16$), e cinetose (MCA 24,24%, MSA 21,05% e CTT 16,28% – $p = 0,67$). Dos pacientes com MCA, 54,55% tinham história familiar positiva para migrânea, contra 35,11% dos com MSA e 27,91% com CTT ($p = 0,049$) (Tabela 2).

Os efeitos da doença nas atividades de vida diária foram medidas por meio das faltas na escola de cada indivíduo. Do grupo com MCA, 87,88% tiveram ao menos uma falta na escola no último ano devido à dor, contra 75,79% de MSA e 55,81% de CTT ($p = 0,005$), como observado na Tabela 2.

DISCUSSÃO

O tempo entre o início da dor e a primeira consulta em nossa amostra foi maior que o encontrado na literatura, que mostra que a maioria dos pacientes procura ajuda médica antes dos primeiros 12 meses de início do quadro¹⁴, o que pode ser explicado devido ao fato de que a amostra foi selecionada entre pacientes de um hospital terciário e que, em geral, já haviam sido referenciados por outros profissionais devido ao mau controle da doença. Esse mesmo fator também pode explicar a maior intensidade e frequência de crises de

dor encontrada em nossos pacientes em todos os grupos, diferindo da literatura, que mostra dores de menor intensidade em pacientes com cefaleia de tipo tensional^{14,15}.

Apesar disso, as dores eram de curta duração em todos os grupos, fato corroborado pela literatura, que mostra que a maior parte das crises tem menos de 4 horas de duração¹⁶ e ocorriam com mais frequência no período vespertino.

A localização da dor é um critério de classificação do tipo de cefaleia, bem como a presença de náuseas, vômitos, foto e fonofobia concomitantes²; logo, obrigatoriamente os grupos de migrânea deveriam divergir do grupo de CTT. Contudo, além dessas divergências obrigatórias, a presença de vertigem mostrou-se significativamente maior nos grupos de migrânea. Da mesma maneira, a presença de fotofobia e tristeza como sintomas premonitórios foi maior no grupo MCA.

Historicamente, sabe-se que as auras visuais são o tipo mais prevalente. Nosso estudo mostrou a aura como alteração visual em 72% dos pacientes, contrastando com outras séries que mostraram números menos expressivos, como 36,7%, ainda que respondendo pela maioria dos casos¹⁶.

Para alívio da dor, a maioria de nossos pacientes dos grupos de migrânea se beneficiaram com a cessação de atividades, como repouso, dormir ou ficar em um ambiente escuro¹⁶. Contudo, vale ressaltar que apenas os pacientes do grupo de CTT apresentaram alívio com atividades que envolviam movimento ou concentração, como ver TV e brincar.

As alterações psicológicas da dor crônica são amplamente estudadas em pacientes na idade adulta; contudo, pouco se sabe sobre os impactos de uma afecção como a cefaleia em pacientes cuja personalidade ainda está em formação. Sabe-se, contudo, que pacientes com cefaleia crônica apresentam uma maior prevalência de transtorno de ansiedade que a população em geral, sem, contudo, caracterizar a associação como causa e efeito¹⁷. Da mesma maneira, a maioria de nossos pacientes tinham como queixa sintomas de ansiedade associados. Além de alterações psicológicas, o impacto da doença no cotidiano da criança também pode resultar em alterações nas funções executivas, em especial a memória e a atenção^{18,19}.

Como já se sabe, existe uma forte correlação da migrânea com história familiar^{3,16,18}, algo que ficou marcado principalmente no grupo de MCA. Já a ausência de histórico familiar foi um achado mais específico de CTT.

A falta de diferença entre os grupos em muitas das variáveis levantadas também nos remete à hipótese do espectro de cefaleias crônicas em que, ao longo do tempo, o indivíduo portador apresentaria características típicas flutuantes entre cada grupo de classificação^{3,4,8,20}. Sendo assim, os quadros clínicos das diferentes entidades, ainda que didaticamente separados, oferecem uma sobreposição importante²⁰. Contudo, o exame minucioso nos permite definir pequenos detalhes na história que são mais característicos de cada um dos tipos de cefaleia.

Apesar de muito frequentes em crianças e principalmente em adolescentes, a forma de apresentação das cefaleias nessa faixa etária, ainda que sabidamente diferentes da idade adulta, carece de estudos e discussão. Mais ainda, os impactos desse tipo

de afecção crônica em crianças e adolescentes, cujos sistemas neuropsicológicos ainda estão em formação, necessitam de novos estudos, a fim de elucidar alguns pontos ainda pouco esclarecidos.

REFERÊNCIAS

1. Antoniuk S, Kozak MF, Michelon L, Netto MRM. Prevalence of headache in children of a school from Curitiba, Brazil, comparing data obtained from children and parents. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(4):726-33.
2. Torelli P, Jensen RH, Tavanaiepour D, Levy RM, Tan X, Dai Y, et al. The International Classification of Headache Disorders. 3 ed. (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 53(6):137-46.
3. Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol*. 2006; 5(3):268-74.
4. Dooley JM, Augustine HF, Brna PM, Digby AM. The Prognosis of Pediatric Headaches-A 30-Year Follow-up Study. *Pediatr Neurol*. 2014; 51(1):85-7.
5. Kienbacher C, Wöber C, Zesch HE, Hafferl-Gattermayer A, Posch M, Karwautz A, et al. Clinical features, classification and prognosis of migraine and tension-type headache in children and adolescents: a long-term follow-up study. *Cephalalgia*. 2006; 26(7):820-30.
6. Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. *Am J Med Suppl*. 2005; 118:3-10.
7. Lewis DW. Headaches in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2007; 37(6):207-46.
8. Lewis DW. Pediatric migraine. *Neurol Clin*. 2009; 27(2):481-501.
9. Lewis DW, Koch T. Headache evaluation in children and adolescents: when to worry? When to scan? *Pediatr Ann*. 2010; 39(7):399-406.
10. Gunner KB, Smith HD. Practice guideline for diagnosis and management of migraine headaches in children and adolescents: part one. *J Pediatr Health Care*. 2007; 21(5):327-32.
11. Sonal Sekhar M, Sasidharan S, Joseph S, Kumar A. Migraine management: How do the adult and paediatric migraines differ? *Saudi Pharm J*. 2012; 20(1):1-7.
12. Nappi G, Jensen R, Nappi RE, Sances G, Torelli P, Olesen J. Diaries and calendars for migraine. A review. *Cephalalgia*. 2006; 26(8):905-16.
13. Ashrafi MR, Salehi S, Malamiri RA, Heidari M, Hosseini SA, Samiei M, et al. Efficacy and safety of cinnarizine in the prophylaxis of migraine in children: a double-blind placebo-controlled randomized trial. *Pediatr Neurol*. 2014; 51(4):503-8.
14. Durá Travé T, Yoldi Petri ME. Cefaleas agudas recurrentes: características clínicas y epidemiológicas. *An Pediatr*. 2005; 62(2):141-6.
15. Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Schnider P, Vesely C, Wagner-Ennsgraber C, et al. Tension-type headache in different age groups at two headache centers. *Pain*. 1996; 67(1):53-8.
16. Cuvellier J-C, Donnet A, Guégan-Massardier E, Nachit-Ouinekh F, Parain D, Vallée L. Clinical features of primary headache in children: a multicentre hospital-based study in France. *Cephalalgia*. 2008; 28(11):1145-53.
17. Rousseau-Salvador C, Amouroux R, Gooze R, Salvador A, Tourniaire B, Rusinek S, et al. Risk factors of anxiety and depression in children and adolescents with headache: A cross-sectional study. *Rev Eur Psychol Appliquée/European Rev Appl Psychol*. 2013; 63(5):295-302.
18. Chiappedi M, Mensi M, Antonaci E, Zavani E, Tronconi L, Termine C, et al. Intellectual profile of adolescents with headache: a case-control study using the WISC-IV. *Front Neurol [Internet]*. 2018; 9:1-5.
19. Guidetti V, Farkas V, Margari L, Palumbi R, Lecce PA, Craig F, et al. Non-verbal cognitive abilities in children and adolescents affected by Migraine and Tension-Type headache: an Observational study Using the leiter-3. *Front. Neurol*. 2018; 9(78):1-6.
20. Gupta SN, Gupta VS, Borad N. Spectrum of migraine variants and beyond: The individual syndromes in children. *Brain Dev. The Japanese Society of Child Neurology*; 2015.
21. Dao JM, Qubty W. Headache diagnosis in children and adolescents. *Current Pain and Headache Reports*. 2018; 4-9.