

BMJ Best Practice

Avaliação da cefaleia aguda em crianças

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	5
Etiologia	5
Emergencies	9
Considerações de urgência	9
Diagnóstico	11
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	17
Diagnóstico diferencial	19
Diretrizes de diagnóstico	35
Referências	37
Aviso legal	39

Resumo

- ◊ Cefaleias são comuns em crianças, com incidência crescente da primeira infância para a adolescência. Elas são responsáveis por 0.7% a 1.3% de todas as consultas pediátricas no pronto-socorro.[\[1\]](#) [\[2\]](#) As cefaleias podem ser classificadas como primárias ou secundárias.[\[3\]](#) Cefaleias primárias incluem enxaqueca, cefaleia tensional, em salvas, assim como a cefaleia persistente diária de início súbito. Cefaleias secundárias são sintomáticas de uma doença intracraniana ou clínica subjacente que necessita de tratamento. A avaliação inicial de cefaleia aguda tem como objetivo determinar se existe uma causa secundária para cefaleia que necessite de intervenção urgente.

◊ Classificação clínica :

A cefaleia pode ser classificada em termos de evolução temporal.

Cefaleia aguda

- Um episódio único de cefaleia sem cefaleias anteriores.
- Pode representar a primeira ou uma forma grave incomum de cefaleia primária.
- Pode sugerir uma nova causa secundária aguda para cefaleia que, portanto, necessite de avaliação.

Cefaleia aguda recorrente

- Cefaleias estereotipadas separadas por períodos livres de cefaleia.
- Mais sugestivas de um distúrbio de cefaleia primária, especialmente se o padrão tiver persistido por um longo período.
- Também pode ocorrer em cefaleia secundária, como com a elevação intermitente da pressão intracraniana.

Cefaleia crônica progressiva

- Um aumento gradual na cefaleia.
- Sugestiva de uma lesão intracraniana em expansão.
- Das crianças com tumores cerebrais, 62% apresentam cefaleia antes do diagnóstico e 98% têm pelo menos um sintoma neurológico ou uma anormalidade no exame físico.[\[4\]](#)
- Os sintomas mais comuns incluem náuseas ou vômitos, dificuldade de andar, sintomas visuais, fraqueza focal ou alteração de personalidade.[\[4\]](#)
- Os sinais mais comuns incluem edema do nervo óptico, movimentos oculares anormais, ataxia, reflexos anormais e defeitos no campo ou acuidade visual.[\[4\]](#)

Cefaleia crônica não progressiva

- Cefaleia constante.
- Pode ser decorrente de um tipo crônico de cefaleia primária ou de etiologias secundárias simulares.

◊ Critérios de diagnóstico de enxaqueca :

O diagnóstico de enxaqueca sem aura requer:[\[3\]](#) [\[5\]](#)

- A: pelo menos 5 ataques atendendo aos critérios B-D

- B: ataques de cefaleia com duração de 2 a 72 horas (quando não tratada ou tratada sem sucesso) (nota: comparada com 4 a 72 horas em adultos)
- C: a cefaleia tem pelo menos 2 das seguintes características:
 - Localização unilateral, podendo ser bilateral, frontotemporal*
 - Qualidade pulsátil
 - Dor intensa ou moderada
 - Agravamento decorrente da atividade física de rotina ou que cause o impedimento de tal atividade (por exemplo, caminhar, subir escadas)
- D: durante a cefaleia, pelo menos 1 das seguintes características:
 - Náuseas ou vômitos
 - Fotofobia e fonofobia, que podem ser inferidas pelo comportamento
- E: não atribuível a outros transtornos.

*A classificação da ICHD-3 observa que a cefaleia enxaquecosa em crianças e adolescentes (menores de 18 anos), com maior frequência, é bilateral do que em adultos; dor unilateral geralmente surge no final da adolescência ou início da vida adulta. Em geral, a cefaleia enxaquecosa é frontotemporal. A cefaleia occipital em crianças é rara e exige cautela diagnóstica.[\[3\]](#)

O diagnóstico de enxaqueca com aura requer:

- A: pelo menos 2 ataques atendendo aos critérios B e C
- B: 1 ou mais dos seguintes sintomas de aura totalmente reversível**:
 - 1. Visual
 - 2. Sensitivas
 - 3. Fala e/ou discurso
 - 4. Motoras
 - 5. Tronco encefálico
 - 6. Doenças da retina
- C: Pelo menos 3 das 6 seguintes características:
 - 1. Pelo menos 1 sintoma de aura que se dissemina gradualmente durante 5 minutos
 - 2. Dois ou mais sintomas de aura que ocorrem em sucessão
 - 3. Cada sintoma individual de aura dura de 5 a 60 minutos
 - 4. Pelo menos 1 sintoma de aura é unilateral
 - 5. Pelo menos 1 sintoma de aura é positivo
 - 6. A aura é acompanhada ou seguida, em até 60 minutos, por cefaleia
- D: não atribuível a outros transtornos.

**A classificação ICHD-3 observa que, em crianças e adolescentes, ocorrem sintomas visuais bilaterais menos típicos que possam representar uma aura.[\[3\]](#)

Etiologia

Estudos em crianças que se apresentam ao pronto-socorro com cefaleia têm demonstrado que as etiologias mais comuns incluem cefaleia primária (principalmente enxaqueca e, raramente, tensional) e cefaleia relacionada à sinusite.^{[1] [2] [6]} Distúrbios primários de cefaleia exigem a exclusão de etiologias de cefaleias secundárias.

Doença neurológica grave é diagnosticada em 6% a 15% das crianças. Essas doenças incluem meningite viral ou bacteriana, mau funcionamento da derivação ventriculoperitoneal, neoplasias, hemorragias intracranianas (epidural, subdural, intraparenquimal) e pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática). É recomendado que pacientes com doença de etiologias neurológicas sejam diagnosticados por meio de história e exame físico completos, com o uso criterioso de neuroimagem.^{[1] [2] [6]}

Traumático

Trauma cruentoencefálico pode causar contusão cerebral, cefaleia pós-concussão e hemorragia (por exemplo, parenquimal, subdural, epidural e subaracnoide). A avaliação urgente de causas secundárias de cefaleia é geralmente indicada quando existe uma história de trauma cruentoencefálico precedendo a cefaleia. Um exame neurológico detalhado é essencial. Caso haja suspeita de uma dessas etiologias secundárias, uma neuroimagem urgente com tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste é indicada (um sangramento agudo aparece hiperdenso). O tratamento inclui avaliação neurocirúrgica e internação na unidade de terapia intensiva. Pode ser utilizado, se necessário, tratamento inespecífico para cefaleia.

Vascular

Cefaleia pode ser sintomática de doenças vasculares subjacentes, incluindo:

Enxaqueca

- Geralmente unilateral; intensidade moderada a intensa; frequentemente associada a náuseas, vômitos e distúrbios visuais

Dissecção (carótida, artérias vertebrais ou intracranianas)

- Pode ser uma história de lesão na cabeça ou pescoço
- O início dos sintomas pode ser tardio

Hemorragia intracraniana

- Subaracnoide (pode ocorrer em virtude de ruptura de aneurisma ou no contexto de lesão cerebral traumática)
- Parenquimal (pode estar relacionada a malformações vasculares ou pode haver história de trauma)

Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico

- Início agudo de cefaleia com convulsões focais e sintomas de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos, consciência deprimida)

Trombose sinovenosa

- Início gradual da cefaleia agravado pela inclinação ou agachamento, ou com o esforço ao evacuar (Valsalva).

Caso haja suspeita de etiologia secundária, uma neuroimagem de urgência com tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste é indicada (o sangue aparece hiperdenso). Ressonância nuclear magnética (RNM) do cérebro e, às vezes, do pescoço (ocasionalmente com angiografia por ressonância magnética [RM]) é indicado em caso de suspeita de dissecção ou trombose sinovenosa.

Infecciosa

As infecções intracranianas incluem:

- Encefalite (pode ser secundária a infecções comuns da infância, porém evitáveis, como sarampo, caxumba e rubéola)
- Meningite (*Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis* são as causas mais comuns de meningite bacteriana em crianças; meningite viral geralmente é mais leve)
- Cáries dentárias, abscesso e doença gengival
- Sinusite. Sensibilidade à palpação, mucosa inflamada e secreção nasal purulenta podem sugerir sinusite. Pode ser acompanhada por dor de dente ou de ouvido.

Pacientes com cefaleia e febre ou rigidez de nuca geralmente devem ser submetidos a uma punção lombar, frequentemente após a realização de uma tomografia computadorizada (TC) para descartar quaisquer lesões intracranianas. Caso a punção lombar não possa ser realizada rapidamente, antibióticos e antivirais podem ser iniciados antes de o líquido cefalorraquidiano (LCR) ser avaliado. Dor de dente exige encaminhamento urgente ao dentista.

Neoplásica

- Tumores cerebrais podem causar pressão intracraniana que evoluí gradualmente com o crescimento do tumor ou abruptamente, se ocorrer uma hemorragia intratumoral (com hidrocefalia concomitante).
- Frequentemente, esses pacientes se apresentam com agravamento crônico da cefaleia, que pode ser mais intensa quando em posição supina e pela manhã.
- Das crianças com tumores cerebrais, 62% apresentam cefaleia antes do diagnóstico e 98% têm pelo menos um sintoma neurológico ou uma anormalidade no exame físico.^[4]
- Tomografia computadorizada (TC) de crânio pode identificar tumores grandes, mas a ressonância nuclear magnética (RNM) com gadolínio é o estudo de imagem ideal.
- Tumores cerebrais comuns em crianças são astrocitoma, meduloblastoma e ependimoma.

Associada a medicamentos

Uso excessivo de medicamentos

- O uso excessivo de muitos medicamentos de venda livre e de medicamentos prescritos para cefaleia (por exemplo, ergotamina, triptanos, analgésicos, opioides ou uma combinação desses medicamentos) pode causar cefaleia crônica.
- Com a transformação em cefaleia crônica, as características iniciais da cefaleia subjacente podem estar reduzidas ou ausentes, de modo que a história deve incluir uma descrição da cefaleia inicial que causou o uso do medicamento.
- A identificação e a supressão do medicamento responsável é um componente importante do tratamento da cefaleia.

Cefaleia responsiva à indometacina

- Algumas das formas de cefalgie autonômica do trigêmeo da cefaleia primária são responsivas à indometacina.
- Todas são caracterizadas por cefaleia e sintomas autonômicos.
- Hemicrania paroxística (cefaleia unilateral, intensa e desconfortável que dura 20 minutos e ocorre 10 a 40 vezes por dia com sintomas autonômicos, como congestão nasal, lacrimejamento e hiperemia conjuntival).
- Hemicrania contínua (cefaleia unilateral durando horas ou dias associada a sintomas autonômicos mais leves ou enxaquecosos).

Musculoesquelético

Tensão muscular e anormalidades articulares (por exemplo, disfunção da articulação temporomandibular) podem resultar em cefaleia. O exame físico da cefaleia deve identificar o local exato da dor. Sensibilidade e exacerbações posicionais são pistas importantes para os encarceramentos. O exame da orofaringe e dos dentes e a palpação de músculos do pescoço são um importante componente do exame físico.

Outra

Outras etiologias primárias importantes a serem consideradas incluem:

Cefaleia em salvas

- Os pacientes se apresentam com uma cefaleia excruciente em facadas, frequentemente na órbita, que dura 15 a 180 minutos e ocorre 1 a 10 vezes por dia
- Características autonômicas estão presentes, incluindo lacrimejamento, hiperemia conjuntival, congestão nasal, ptose e edema palpebral
- A ressonância nuclear magnética (RNM) é indicada pois, embora rara, pode ser sintomática de uma lesão cerebral em crianças

Cefaleia diária persistente de início súbito

- Caracterizada por uma cefaleia com duração maior que 3 meses que é constante e ocorre diariamente a partir de 3 dias de seu início
- Pode ser secundária a uma patologia subjacente, portanto, a RNM com contraste, às vezes também com venografia por ressonância magnética (RM) e a avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR), incluindo a pressão de abertura, é importante.

Outras etiologias secundárias importantes incluem:

Encefalopatia hipertensiva

- Os pacientes podem se apresentar com pressão arterial elevada

Apoplexia hipofisária

- Pode manifestar anormalidades no movimento ocular e/ou estado mental alterado

Disfunção da derivação ventriculoperitoneal

- Crianças com derivação ventriculoperitoneal podem apresentar disfunção da derivação (etiologia proximal ou distal)
- Requer intervenção urgente, especialmente caso também haja suspeita de hipertensão intracraniana (edema do nervo óptico, paralisia do VI nervo craniano com diplopia horizontal, cefaleia que se agrava na posição supina)

Pseudotumor cerebral

- Edema do nervo óptico ou uso de medicamentos desencadeantes deve induzir a consideração da existência de pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática) e a punção lombar deve incluir uma pressão de abertura

Hidrocefalia intermitente

- Pode ocorrer quando uma lesão de massa obstrui de forma intermitente o fluxo do LCR, principalmente próximo à estrutura estreita do sistema ventricular
- Caso a pressão permaneça elevada apenas brevemente, o edema do nervo óptico pode não se desenvolver
- O diagnóstico é importante porque obstruções futuras (especialmente durante o sono) podem não remitir espontaneamente e podem rapidamente causar hipertensão intracraniana em virtude de hidrocefalia obstrutiva.

Uma história detalhada é importante na identificação dessas raras, mas importantes, causas secundárias de cefaleia.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Cefaleia em trovoada

Cefaleia em trovoada (ou cefaleia intensa de início súbito) é incomum. Entretanto, ela é frequentemente associada a um distúrbio cerebral grave subjacente que exige terapia específica e urgente.^[7]

As possíveis etiologias incluem:

- Hemorragia subaracnoide
- Hemorragia parenquimal
- Trombose sinovenosa
- Dissecção arterial
- Apoplexia hipofisária
- Hipotensão intracraniana
- Hidrocefalia intermitente.

O manejo inicial inclui o seguinte.

Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste

- Após uma anamnese e exame físico, o exame diagnóstico frequentemente começa com uma TC de crânio sem contraste na qual o sangramento agudo se apresentará hiperdenso. A angiotomografia pode ser útil na avaliação anatômica vascular.^[8]

Punção lombar

- Neuroimagem pode ser indicada antes da punção lombar para descartar uma grande lesão de massa e avaliar o risco de hérnia.
- Em caso de forte suspeita de hemorragia subaracnoide (isto é, cefaleia em trovoada com início rápido e intenso) e se a TC de crânio não for diagnóstica, deve ser realizada uma punção lombar. O exame do sobrenadante do líquido cefalorraquidiano (LCR) centrifugado quanto à ocorrência de xantocromia (coloração amarela) é o método mais sensível para detecção de hemorragia subaracnoide e é mais bem identificado e quantificado no laboratório que visualmente. A xantocromia pode persistir por várias semanas após a hemorragia subaracnoide. Se esse método não estiver disponível, o envio dos tubos 1 e 4 para celularidade também pode permitir a diferenciação entre sangue subaracnoide verdadeiro e sangue de uma punção traumática.
- Em caso de suspeita de hipertensão intracraniana (isto é, a cefaleia se agrava ao deitar ou ocorre ao acordar, zumbido, edema do nervo óptico, diplopia horizontal) ou suspeita de hipotensão (isto é, trauma recente nas costas ou pescoço, a cefaleia se agrava quando em posição vertical), é indicada uma punção lombar com pressão de abertura na posição de decúbito lateral relaxada.

Ressonância nuclear magnética (RNM) ou angiografia por ressonância magnética (angiografia por ressonância magnética [RM]) é realizada se houver as seguintes suspeitas clínicas:

- Dissecção arterial (isto é, lesão recente no pescoço, dor cervical, sinais neurológicos focais)
- Trombose sinovenosa (isto é, evidências de hipertensão intracraniana, obesidade ou ganho de peso recente, uso de medicamentos com risco de hipercoagulação, como pílulas contraceptivas orais, sinais neurológicos focais)

- Tumor (isto é, a cefaleia piora lentamente, edema do nervo óptico, sinais neurológicos focais)
- Hemorragia subaracnoide ou subdural (identifique malformação arteriovenosa ou aneurisma; identifique a extensão e a intensidade do parênquima cerebral lesionado).

Somente após a avaliação adequada podem ser consideradas etiologias mais benignas, incluindo, inicialmente, enxaqueca intensa, cefaleia tensional ou cefaleia em salvas.

O tratamento é direcionado para etiologia subjacente. Medicamentos para dor inespecíficos podem ser utilizados sintomaticamente para alívio da cefaleia, conforme necessário. Frequentemente, a avaliação neurocirúrgica e a internação na unidade de terapia intensiva são necessárias.

Hérnia aguda

Pacientes com lesões intracranianas que causam hipertensão intracraniana podem se apresentar inicialmente com:

- Cefaleia, geralmente posicional (agrava-se quando deitado)
- Vômitos, podendo ser em jato
- Diplopia
- Nível deprimido de consciência
- Oftalmoplegia ou pupilas assimétricas (edema do nervo óptico pode estar ausente, dependendo da acuidade da apresentação)
- Tríade de Cushing: hipertensão, bradicardia com ou sem respiração apnêustica (respiração caracterizada pela fase inspiratória prolongada seguida por apneia expiratória, mais frequentemente associada a traumatismo crânioencefálico).

Caso esteja presente uma lesão com efeito de massa, é necessária avaliação neurocirúrgica de urgência. Manter uma posição neutra do pescoço e a cabeceira do leito elevada (de 20 a 30 graus) pode melhorar a drenagem venosa. O manejo inicial da pressão intracraniana criticamente elevada inclui a terapia hiperosmolar intravenosa (manitol ou sódio) e hiperventilação para atingir uma pCO₂ de 35 mmHg. Pode ser necessária a redução adicional na pCO₂ para se obter reduções rápidas, mas temporárias, no fluxo sanguíneo cerebral e, portanto, na pressão intracraniana, mas a hiperventilação excessiva ou prolongada pode comprometer a perfusão cerebral, acarretando lesão isquêmica hipóxica adicional.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A cefaleia pode ser primária (decorrente de uma cefaleia subjacente) ou secundária (sintomática de uma doença sistêmica ou neurológica subjacente).^[9] A etapa diagnóstica inicial é considerar tipos secundários de cefaleia.^[10] Crianças com cefaleia de início abrupto, outros problemas neurológicos ou clínicos ou sintomas ou sinais focais revelam maior risco para apresentar uma etiologia de cefaleia secundária. Anamnese detalhada, exame clínico e exame neurológico são necessários para todos os pacientes. As investigações incluem exame de imagem (tomografia computadorizada [TC] ou ressonância nuclear magnética [RNM]), exames de sangue e punção lombar e não depender da avaliação clínica.

Os pacientes podem se beneficiar da manutenção de um calendário ou diário detalhado da cefaleia para avaliar a frequência verdadeira e a descrição das cefaleias. Essa ação também pode ser útil para o manejo da cefaleia e para determinar se o tratamento produz uma mudança quantitativa na ocorrência das cefaleias.^[11] O manejo geralmente se concentra em medicamentos abortivos (tomados no início da cefaleia; úteis para cefaleias mais raras) ou medicamentos profiláticos (tomados diariamente, mesmo na ausência de cefaleia; úteis para cefaleias mais frequentes ou para as que não respondem bem a medicamentos abortivos). Comorbidades psicológicas podem coexistir e são importantes a considerar. Poucos estudos abordam modalidades de tratamentos no pronto-socorro para crianças que apresentam enxaqueca.^[12]

História

Curso temporal

- Cefaleia de início recente ou cefaleia de agravamento progressivo está mais relacionada a uma etiologia sintomática aguda da cefaleia.
- Cefaleia de início abrupto está mais associada à cefaleia aguda sintomática e é denominada cefaleia em trovoada.

Contexto

- O início com atividade está mais relacionado à hemorragia intracraniana.
- Hemorragia intracraniana ou dissecção arterial deve ser considerada caso ocorra trauma cranioencefálico ou no pescoço.
- Hipotensão intracraniana deve ser considerada caso haja história de trauma recente nas costas.
- Importante para estabelecer se o início foi associado ou provocado por um estímulo particular.

Localização

- Localização da dor (por exemplo, cefaleias tensionais comumente resultam em dor leve, posterior ou difusa).

Cefaleias anteriores

- História pregressa de cefaleia similar sugere cefaleia primária, a menos que haja evidências de hipertensão intracraniana intermitente ou progressiva, sugerida pelo agravamento da cefaleia quando o paciente permanece em certas posições.
- Cefaleias frequentes estão mais associadas ao agravamento de uma etiologia intracraniana.
- Cefaleias com frequência crescente estão mais relacionadas ao agravamento de uma etiologia intracraniana.

- Pacientes com transtornos da cefaleia primária também podem desenvolver outras etiologias sintomáticas agudas, que devem ser consideradas se essa cefaleia for diferente das cefaleias recorrentes típicas do paciente.

Provocação

- Alteração da cefaleia com uma mudança de posição sugere hipotensão ou hipertensão intracraniana.
- Quando se agrava com a posição de decúbito, é sugestiva de hipertensão intracraniana.
- Quando se agrava com a posição ortostática, é sugestiva de hipotensão intracraniana.
- Quando se agrava após a evacuação, é sugestiva de hipertensão intracraniana agravada com Valsalva.

Doenças associadas ou história médica

- Outros sintomas ou sinais neurológicos são sugestivos de uma etiologia secundária de cefaleia.
- Alterações visuais são sugestivas de edema do nervo óptico relacionado à hipertensão intracraniana; diplopia decorrente de lesões focais ou de hipertensão intracraniana; ou alteração visual por acidente vascular cerebral (AVC)/ataque isquêmico transitório.

Avaliação inicial

Sinais vitais

- Pressão arterial anormal (hipertensão sugere possível hipertensão intracraniana ou encefalopatia hipertensiva).
- Temperatura (febre sugere a possibilidade de etiologia infecciosa que pode ser intracraniana ou extracraniana).
- Tríade de Cushing: hipertensão, bradicardia e padrão respiratório irregular (sugere hipertensão intracraniana).

Estado mental

- Anormalidades sugerem processo de encefalopatia.

Pele

- Lesões neurocutâneas (lesões cutâneas hiper ou hipopigmentadas; telangiectasias oro-bucais; sardas axilares ou inguinais) podem sugerir lesões intracranianas.

Exame físico da cabeça e pescoço

Ausculta do crânio e pescoço

- Sopros sugerem malformação ou dissecção vascular.

Seios nasais

- Sensibilidade à palpação, mucosa inflamada e secreção nasal purulenta podem sugerir sinusite.

Articulação temporomandibular (ATM)

- Sensibilidade à palpação da ATM ou das têmporas.
- Clique na ATM ao abrir e/ou ao fechar a mandíbula.

Exame oral/dentário

- Pode revelar cáries dentárias, doença gengival ou abscesso oral, que podem causar cefaleia.

Sinais meníngeos

- Meningismo, fotofobia.
- Sugestivos de inflamação meníngea decorrente de doença inflamatória, infecciosa ou neoplásica.

Perímetrocefálico (em todas as crianças)

- Uma taxa anormal do crescimento do perímetrocefálico sugere lesão intracraniana.

Exame neurológico

Um exame neurológico completo é necessário em todos os pacientes. A identificação de sinais anormais sugere uma lesão cerebral subjacente e uma etiologia de cefaleia secundária. Os achados focais podem sugerir uma localização específica da lesão, com base nos sinais do exame físico. Achados não focais, como edema do nervo óptico ou paralisias do nervo abducente bilateral (VI nervo craniano), podem ser sinais inespecíficos de hipertensão intracraniana. Anormalidades no exame neurológico geralmente sugerem que é necessária uma avaliação adicional urgente, frequentemente começando com uma TC de crânio sem contraste.

II nervo craniano (NC): nervo óptico

- Edema do nervo óptico sugere hipertensão intracraniana.
- Os campos visuais podem estar reduzidos com a hipertensão intracraniana.

Função ou assimetria das pupilas

- Uma pupila anormalmente dilatada em um cômodo claro sugere síndrome de hérnia.
- Uma pupila anormalmente contraída em um cômodo escuro sugere síndrome de Horner com dissecção da artéria carótida.
- Pupilas dilatadas com paralisia oculomotora (globo ocular voltado para fora e para baixo) sugere paralisia do III NC e lesões compressivas, incluindo hérnia aguda.

Movimentos extraoculares

- Deficiências, como nistagmo lateral, globo ocular desconjugado ou limitações no olhar horizontal ou vertical, sugerem lesão do tronco encefálico.
- Globo ocular voltado para fora e para baixo combinado com pupila dilatada sugere paralisia do III NC e possível lesão compressiva, incluindo hérnia aguda.

Paralisia do nervo troclear (IV NC)

- Apresenta-se com inclinação da cabeça e dobra do queixo.
- Pode ocorrer com trauma cranioencefálico ou com lesões do tronco encefálico.

Paralisia do nervo abducente (VI NC)

- Apresenta-se com rotação da cabeça ou diplopia horizontal.
- Sugere hipertensão intracraniana ou lesões do tronco encefálico.

Assimetrias e anormalidades sensoriais, relativas à força, ao tônus e aos reflexos

- Sugere lesões focais.

Sinal de Babinski

- Elevação dos pododáctilos (sugere uma lesão no neurônio motor superior no cérebro ou na medula espinhal).

Sinais cerebelares

- Sugere uma lesão da fossa posterior (isto é, tumor, cerebelite).

Avaliação da marcha

- Marcha pior que a inicial em qualquer criança, de base ampla em indivíduos mais velhos que uma criança pequena ou anormal decorrente de disfunção unilateral é preocupante.

Neuroimagem urgente

A maioria dos pacientes com cefaleia não necessita de neuroimagem urgente.

As indicações para neuroimagem de urgência incluem:

- Uma cefaleia muito grave com início agudo (pior cefaleia da vida do indivíduo; por exemplo, cefaleia em trovoada, cefaleia da tosse primária)[13]
- Novos sinais neurológicos focais
- Meningismo
- Edema do nervo óptico
- História sugestiva de hipertensão intracraniana (cefaleia com rápida progressão, vômitos, diplopia, edema do nervo óptico, se não agudamente elevada)
- Possível infecção ou mau funcionamento da derivação ventriculoperitoneal
- Cefaleia com câncer metastático conhecido ou possível
- Cefaleia em um paciente imunocomprometido.

Em uma revisão, várias características clínicas individuais demonstraram estar associadas a uma anormalidade intracraniana significativa, e os pacientes com essas características tiveram a recomendação de se submeter à neuroimagem.[14] Essas características incluem cefaleia em salvas, achados anormais no exame neurológico, cefaleia indefinida (isto é, não em salvas, não enxaqueca ou não tensional), cefaleia com aura ou vômitos ou cefaleia agravada pelo esforço físico ou por uma manobra semelhante à de Valsalva. Nenhuma característica clínica foi útil para descartar condições patológicas significativas. Uma revisão constatou que, em pacientes que apresentam cefaleia em trovoada, um exame neurológico normal e uma TC normal do cérebro nas primeiras 6 horas após o início da cefaleia são extremamente sensíveis para descartar HSA aneurismática.[8]

A TC de crânio sem contraste é geralmente indicada como o estudo inicial por sua rapidez, pronta disponibilidade e sensibilidade para a detecção de sangue. A RNM (algumas vezes com angiografia ou venografia) pode ser indicada como um estudo subsequente, especialmente para detectar tumores pequenos, malformação vascular, alterações inflamatórias ou anormalidades na fossa posterior e na medula cervical.

Neuroimagem sem urgência

Outras indicações para neuroimagem incluem:

- Novos episódios de cefaleias
- Padrão crônico-progressivo
- Local invariável da cefaleia
- Cefaleia que desperta a criança do sono ou está presente ao despertar
- Criança que não pode fornecer uma anamnese precisa.

Se esses pacientes estiverem saudáveis em outros aspectos, a TC deve ser adiada para evitar exposição à radiação e uma RNM deve ser obtida em ambiente ambulatorial. Um parâmetro da prática clínica da American Academy of Neurology aborda a avaliação da cefaleia recorrente na criança e no adolescente.^[15]

Punção lombar

Em caso de suspeita de infecção ou hipertensão intracraniana, o tratamento não deve ser protelado para a obtenção de uma punção lombar.

A punção lombar deve ser considerada para:

- Início agudo de cefaleia intensa
- Cefaleia associada à febre e/ou a meningismo, estado mental alterado ou convulsões
- Pacientes imunocomprometidos
- História sugestiva de pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática).

Estudos concomitantes

- Em caso de suspeita de hipertensão intracraniana, a neuroimagem deve ser realizada antes da punção lombar para evitar a rara, mas real, possibilidade de hérnia.
- Em caso de suspeita de pressão alta ou baixa, a pressão de abertura deve ser medida com o paciente relaxado em posição de decúbito lateral.
- Se ocorrer suspeita de sangramento subaracnoide, o exame do sobrenadante do líquido cefalorraquidiano (LCR) centrifugado para averiguação de xantocromia (coloração amarela) é o método mais sensível e é mais bem identificado e quantificado no laboratório que visualmente. A xantocromia pode persistir por várias semanas após a hemorragia subaracnoide. Se esse método não estiver disponível, o envio dos tubos 1 e 4 para celularidade também pode permitir a diferenciação entre sangue subaracnoide verdadeiro e sangue de uma punção traumática.

Exames auxiliares

Testes adicionais que podem ajudar a definir o diagnóstico diferencial em casos específicos incluem o seguinte.

Trombose sinovenosa

- Hemograma completo, tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) para elucidar um problema de coagulação.

Disfunção da derivação ventriculoperitoneal

- Radiografias seriadas da derivação (imagens da derivação no pescoço, tórax e abdome podem revelar desconexão como a etiologia de mau funcionamento).
- Todos os pacientes com suspeita de disfunção da derivação ventriculoperitoneal devem ser encaminhados para uma avaliação neurocirúrgica e possível punção da derivação.

Tumor cerebral

- Biópsia para confirmar a patologia.

Cefaleia responsiva à indometacina

- Essas cefaleias incluem cefalalgias autonômicas do trigêmeo, cefaleias induzidas por Valsalva e cefaleias primárias em facada (cefaleia do furador de gelo ou síndrome da dor em agulhadas ou movimentos bruscos).
- Hemicranias paroxísticas e contínuas respondem invariavelmente de maneira absoluta à indometacina; cefaleias por Valsalva e do furador de gelo podem responder de forma igualmente dramática, mas menos consistente. Cefaleia hípnica também pode responder à indometacina.^[16]

Cefaleias em salvas

- Tentativa terapêutica de suplementação de oxigênio: a remissão da cefaleia é diagnóstica. Cefaleia em salvas é rara em crianças, mas pode ser sintomática de uma lesão cerebral; portanto, indica-se RNM.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Cefaleia enxaquecosa

Sinusite aguda

Incomum

Hemorragia subaracnóide

Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico

Hemorragia parenquimal

Dissecção vascular (carótida, artérias vertebrais ou intracranianas)

Trombose sinovenosa cerebral

Cefaleia pós-concussão

Contusão cerebral

Hemorragia subdural

Hipotensão intracraniana

Hemorragia epidural

Meningite

Encefalite

Cáries dentárias, doença gengival ou abscesso

Tumor cerebral

Síndrome da articulação temporomandibular

Cefaleia tensional

Cefaleia responsiva à indometacina

Cefaleia por uso excessivo de medicamentos

Incomum

Cefaleia em salvas

Cefaleia diária persistente de início súbito

Hidrocefalia intermitente

Pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática)

Disfunção da derivação ventriculoperitoneal

Apoplexia hipofisária

Encefalopatia hipertensiva

Neuralgia occipital

Neuralgia facial

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Cefaleia enxaquecosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar positiva para enxaqueca; os sintomas podem ser unilaterais ou pulsáteis; dor moderada ou intensa, agravada por atividades físicas; pode estar associada a náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia; pode ocorrer com aura	normal	<p>»nenhuma: o diagnóstico é clínico, e não são rotineiramente recomendados exames de imagem</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) de crânio: negativa para patologia intracraniana A presença de anormalidades intracranianas sugere diagnósticos diferentes de cefaleia enxaquecosa.</p> <p>»punção lombar: ausência de sangue ou pleocitose; pressão de abertura normal Não é necessária se a história for sugestiva de enxaqueca e se não existirem sintomas ou sinais sugestivos de patologia intracraniana.</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) do crânio: estrutura cerebral normal; sem aumento Não é necessária se a história for sugestiva de enxaqueca e se não existirem sintomas ou sinais sugestivos de patologia intracraniana.</p>

◊ Sinusite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia frontal; secreção nasal purulenta; dor facial	obstrução nasal, halitose, sensibilidade facial	<p>»nenhuma: o diagnóstico é clínico, e não são rotineiramente</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) dos seios da</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Sinusite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
e congestão; febre, tosse, cefaleia, fadiga, dor de dente, dor de ouvido ou plenitude aural		recomendados exames de imagem	face: espessamento dos seios nasais; erosões ósseas Alargamento anormal do espaço subdural ou presença de ar intracraniano é preocupante para empiema subdural e exige atendimento neurocirúrgico imediato.

Incomum

🚩 Hemorragia subaracnoide

História	Exame	1º exame	Outros exames
início rápido de intensa cefaleia, frequentemente descrita como "a pior dor de cabeça de minha vida"	pode estar associada à alteração do nível de consciência, sinais meníngeos ou sinais focais; pode ocorrer sem achados físicos	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: um sinal brilhante (hiperdenso) é consistente com sangramento agudo; tipicamente, uma aparência total do cérebro com perda das cisternas basais A hiperdensidade pode ser sutil e pode ser observada nos espaços subaracnoides (no interior dos sulcos) ou no interior das cisternas.	» punção lombar: eritrócitos presentes no primeiro e no quarto tubo sugerem que o sangue é patológico e não é decorrente de punção lombar traumática; pode ocorrer xantocromia, proveniente de lise dos eritrócitos Em caso de suspeita de hemorragia subaracnoide com base na anamnese e no exame físico e se a TC de crânio não for diagnóstica, deve ser realizada uma punção lombar. » angiografia cerebral: identificada anormalidade arterial

Incomum**Hemorragia subaracnoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Auxilia a intervenção cirúrgica.

Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo de cefaleia; convulsões focais; sintomas de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos, consciência deprimida)	sinais neurológicos e convulsões focais, alteração do nível de consciência	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: um sinal brilhante (hiperdenso) é consistente com sangramento agudo; a TC pode identificar AVCs isquêmicos intensos ou mais antigos Podem se expandir durante o período agudo. Indica-se tratamento urgente, que geralmente inclui avaliação neurocirúrgica e possível internação na unidade de tratamento intensivo (UTI). Se o paciente for hipertenso, indica-se a redução da pressão arterial.	» ressonância nuclear magnética (RNM) ou angiografia por ressonância magnética (ARM): múltiplas áreas subcorticais de isquemia sugerem origem embólica; a ARM pode demonstrar uma malformação arteriovenosa ou fístula; a RNM (com imagem ponderada por difusão) identificará AVCs antes da TC É necessário o exame para se obter o diagnóstico da causa subjacente da hemorragia. Pode ser necessária uma angiografia cerebral convencional se a ARM for negativa.

Incomum**🚩 Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			» ecocardiografia: pode revelar uma causa cardíaca Se for considerado AVC embólico.

🚩 Hemorragia parenquimal

História	Exame	1º exame	Outros exames
início abrupto de cefaleia (cefaleia em trovoada), estado mental alterado (sugestivo de hipertensão intracraniana), pode existir história de trauma, pode estar relacionada a malformações vasculares (malformações arteriovenosas [MAV]), pode existir história de hipertensão	o estado mental alterado pode sugerir envolvimento cerebral difuso ou hemorragia no interior do sistema de ativação reticular ou pode sugerir hipertensão intracraniana; sinais neurológicos focais estão relacionados ao local da hemorragia	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: sinal brilhante (hiperdenso) é consistente com hemorragia recente Indica-se tratamento urgente, que geralmente inclui avaliação neurocirúrgica e possível internação na unidade de tratamento intensivo (UTI). Se o paciente for hipertenso, indica-se a redução da pressão arterial.	

🚩 Dissecção vascular (carótida, artérias vertebrais ou intracranianas)

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver história de lesão na cabeça ou no pescoço, que pode ser leve ou considerada insignificante, e o início dos sintomas pode ser tardio; apresenta-se com cefaleia e dor	os sinais neurológicos focais são consistentes com AVC secundário (hemiplegia com dissecções da carótida e hemiataxia com dissecções da artéria vertebral); a auscultação	» ressonância nuclear magnética (RNM) ou angiografia por ressonância magnética (ARM) da cabeça e do pescoço: hematoma	» angiografia: estreitamento gradual segmentar Se a RNM não for diagnóstica e se a suspeita clínica for elevada, deve-

Incomum

Dissecção vascular (carótida, artérias vertebrais ou intracranianas)

História	Exame	1º exame	Outros exames
cervical, com ou sem sintomas neurológicos focais decorrentes de acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório (AIT) secundário	do pescoço pode revelar sopros; síndrome de Horner (leve ptose, anidrose e miose) é consistente com lesão na carótida	intramural hiperintenso crescente no interior da parede vascular em sequências axiais em T1 com saturação de gordura; pode mostrar interrupção no sinal arterial; a imagem ponderada por difusão demonstra áreas de infarto A angiotomografia pode substituir a ARM.	se realizar uma angiografia.

Trombose sinovenosa cerebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
início gradual de cefaleia agravado pela inclinação ou agachamento ou com o esforço ao evacuar (Valsalva); alterações comuns na visão (por exemplo, visão turva, dupla visão horizontal, constrição da visão periférica e obscurecimento visual transitório); possível zumbido pulsátil; pode haver febre	meningismo e/ou sensibilidade ou edema do mastoide; achados neurológicos focais ou não focais; edema do nervo óptico; limitação da abdução ocular bilateral	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: seios venosos hiperdensos, hemorragia e áreas de parênquima cerebral hipodenso Os seios venosos podem aparecer hiperdensos com hematocrito elevado.	» Hemograma completo: possível policitemia » tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa): estado hipercoagulável

◊ Cefaleia pós-concussão

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de trauma; confusão; concentração, memória e capacidade de solução de problemas alteradas; irritabilidade; alterações emocionais; cefaleias podem levar	achados não focais, exceto para leves alterações no estado mental	» nenhuma: o diagnóstico é clínico, e não são rotineiramente recomendados exames de imagem	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: anormalidade intracraniana, fratura craniana

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Cefaleia pós-concussão**

História	Exame	1º exame	Outros exames
vários meses para remitir			Deve ser considerada em pacientes com sintomas significativos ou que apresentam piora para descartar qualquer anormalidade intracraniana grave.

🚩 Contusão cerebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de trauma; confusão ou alteração de personalidade; convulsões focais; as cefaleias podem apresentar recorrência com esforço físico algumas semanas depois do evento desencadeante	achados neurológicos focais, nível de consciência alterado ou teste do estado mental anormal	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: escura (hipodensidade) em caso de edema ou brilhante (hiperdensa) em caso de hemorragia. Hipodensidade mal definida em placas às vezes associada a pequenos focos ou hiperdensidade (em caso de hemorragia). Ocorre frequentemente na região frontal ou temporal (próximo a protuberâncias ósseas). Pode se expandir com o tempo.	» RNM: hiperintensidade por recuperação da inversão atenuada por fluidos (FLAIR) consistente com edema; sequências de gradiente eco em T2 mostram hipointensidade consistente com hemorragia, podendo "florescer" com o tempo. Superior à TC para determinar a presença e extensão da lesão.

🚩 Hemorragia subdural

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre geralmente depois de trauma cranioencefálico; podem ocorrer intervalos de lucidez entre o trauma	achados focais no exame físico, convulsões focais, nível de consciência alterado ou coma	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: sinal brilhante (hiperdenso)	

Incomum**Hemorragia subdural**

História	Exame	1º exame	Outros exames
e o início dos sintomas, que podem se desenvolver muito lentamente (frequentemente em decorrência de sangramento venoso) e incluir cefaleia, convulsões e sintomas relacionados à hipertensão intracraniana (vômitos e náuseas)		é consistente com sangramento agudo Acúmulo extra-axial em formato de quarto-crescente que pode atravessar as suturas, mas não as conexões durais. Pode comprimir o cérebro subjacente.	

Hipotensão intracraniana

História	Exame	1º exame	Outros exames
a cefaleia geralmente é difusa e incômoda, piora depois de 15 minutos de posição ortostática e está associada à rigidez de nuca, zumbido, hiperacusia, fotofobia e náuseas; pode existir história de punção lombar ou trauma nas costas/pescoço recente; pode estar associada à síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, neurofibromatose ou doença renal policística	audição anormal e fotofobia; a tração para baixo pode causar paralisias nos nervos cranianos ou estado mental alterado e pode acarretar higromas ou hematomas subdurais	» punção lombar com pressão de abertura: pressão de abertura <60 mm H ₂ O com o paciente sentado A medição deve ser feita com o paciente sentado.	» ressonância nuclear magnética (RNM) com contraste: captação de contraste difusa da paquimeninge, evidências de afundamento cerebral e, às vezes, de higroma ou hematoma subdural » mielografia por tomografia computadorizada (TC): pode apresentar divertículo e localizar extravasamento

Hemorragia epidural

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente existe história de trauma crânioencefálico; pode ocorrer frequentemente um intervalo de lucidez entre o trauma e o início dos sintomas de cefaleia;	achados neurológicos focais, convulsões focais, nível de consciência alterado ou coma	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: sinal brilhante (hiperdenso) é consistente com sangramento agudo	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

Hemorragia epidural

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas relacionados à hipertensão intracraniana (vômitos e náuseas); convulsões		Acúmulo extra-axial bicôncavo hiperdenso. Não atravessa as suturas, mas pode atravessar a foice e o tentório. Pode comprimir o cérebro subjacente.	

Meningite

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia de início agudo, febre, rigidez de nuca	sinais meníngeos positivos (sinais de Kernig e Brudzinski), estado mental alterado	» punção lombar: leucócitos elevados e/ou proteína elevada » tomografia computadorizada (TC): descarta hemorragia e hérnia	» aglutinação em latex: positiva na meningite bacteriana » cultura fúngica: pode ser positiva em pacientes imunocomprometidos Se o paciente estiver imunocomprometido, a cultura fúngica deve ser considerada. » coloração de Gram: pode ser positiva A coloração de Gram do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostra bactérias em cerca de 60% dos casos de meningite bacteriana; a ausência de bactérias não descarta meningite bacteriana. Infecção por alguns organismos (por exemplo, Listeria) ou LCR obtido depois do início da antibioticoterapia torna

Incomum

Meningite

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>menos provável uma coloração de Gram positiva.</p> <p>»cultura bacteriana: pode ser positiva O patógeno bacteriano pode ser isolado de um espécime normalmente estéril clinicamente, como LCR ou sangue. Amostras obtidas depois do início da antibioticoterapia têm menor probabilidade de serem positivas.</p>

Encefalite

História	Exame	1º exame	Outros exames
convulsões; febre, exposição a agente infeccioso (por exemplo, arbovírus transmitidos por artrópodes, como encefalite equina do leste, do oeste, de St. Louis, encefalite equina venezuelana e vírus do Nilo Ocidental; herpes simples tipo 1; vírus da coriomeningite linfocítica)	estado mental alterado, variando de deficiências de pouco significado à apatia completa; anormalidades neurológicas motoras ou sensoriais focais; distúrbios da fala; reflexos tendinosos profundos exagerados e/ou patológicos	<p>»punção lombar: leucócitos elevados e/ou proteína elevada</p> <p>»tomografia computadorizada (TC): descarta hemorragia e hérnia</p>	<p>»eletroencefalograma (EEG): desaceleração ou desorganização generalizada é consistente com encefalopatia; descarta estado de mal epiléptico subclínico no paciente inconsciente</p> <p>Descargas epileptiformes surgindo da região frontotemporal são sugestivas de encefalite devida ao vírus do herpes.</p> <p>»cultura fungica: pode ser positiva em pacientes imunocomprometidos</p> <p>Se o paciente estiver imunocomprometido, a</p>

Incomum

 Encefalite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>cultura fúngica deve ser considerada.</p> <p>»cultura viral: pode identificar os vírus causadores Rotineiramente solicitada pela maioria dos médicos depois da obtenção das amostras do líquido cefalorraquidiano (LCR), embora uma revisão tenha constatado que os vírus foram recuperados em apenas 6% de 22,394 culturas virais de amostras de LCR.^[17]</p> <p>»reação em cadeia da polimerase: pode identificar os vírus causadores O teste inicial deve incluir vírus do herpes simples (HSV)-1, HSV-2 e enterovírus; o teste para varicela-zóster, citomegalovírus e outros vírus também pode ser adequado, dependendo da situação clínica.</p> <p>»sorologia: pode identificar os vírus causadores Pode ser usada se o diagnóstico não for obtido da análise do LCR, da cultura viral ou da reação em</p>	

Incomum**Encefalite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			cadeia da polimerase. Geralmente exige soros pareados, portanto guarde o soro do estágio agudo da doença. Análise em amostra única para encefalite de St. Louis, caxumba e infecção pelo vírus do Nilo Ocidental.

◊ Cáries dentárias, doença gengival ou abscesso

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor tipicamente localizada na boca; pode se apresentar como dor facial ou cefaleia	cáries, doença gengival, abscesso	» nenhuma: o diagnóstico é clínico; o paciente deve ser encaminhado para consulta dentária	

Tumor cerebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia progressiva indolente, náuseas ou vômitos, dificuldade de andar, sintomas visuais, fraqueza focal ou alteração de personalidade	edema do nervo óptico, anormalidades do nervo craniano, ataxia, reflexos anormais, defeitos no campo ou na acuidade visual	» tomografia computadorizada (TC) de crânio: tumor Se for feita investigação específica para tumor, a ressonância nuclear magnética (RNM) é preferível com relação à TC. » ressonância nuclear magnética (RNM) com e sem gadolinio: tumor A RNM é superior à TC na identificação de pequenos tumores,	» punção lombar: células tumorais Se houver suspeita de meningite carcinomatosa. » biópsia do cérebro: tumor Às vezes, a biópsia é necessária para estabelecer o tipo de tumor ou para diferenciar tumor de outras lesões focais.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**Tumor cerebral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		principalmente na fossa posterior, e na determinação do tipo do tumor. Deve-se realizar RNM da coluna para descartar metástases em gota.	

◊ Síndrome da articulação temporomandibular

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor pulsátil constante, frequentemente associada ao ranger dos dentes e a outros comportamentos mandibulares anormais	a dor pode ser desencadeada por movimento ou pressão da mandíbula sobre os músculos da mastigação e pode estar associada a estalos da mandíbula ou a movimento reduzido da mesma	» nenhuma: o diagnóstico é clínico; é necessário encaminhamento a um dentista	

◊ Cefaleia tensional

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia frequentemente mais leve, difusa ou com localização posterior; nenhuma característica enxaquecosa (náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia) ou autonômica associada	o exame neurológico é não focal; pontos-gatilho podem ser identificados no pescoço	» nenhuma: o diagnóstico é clínico, e não são rotineiramente recomendados exames de imagem	

◊ Cefaleia responsiva à indometacina

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia unilateral, intensa e desconfortável que dura 20 minutos e que ocorre 10 a 40	exame neurológico não focal	» ressonância nuclear magnética (RNM) com e sem gadolinio: normal	» tentativa com indometacina: a cefaleia melhora rapidamente com

Incomum**◊ Cefaleia responsiva à indometacina**

História	Exame	1º exame	Outros exames
vezes por dia com sintomas autonômicos, como congestão nasal, lacrimejamento e hiperemia conjuntival; ou cefaleia unilateral que dura horas ou dias, associada a sintomas autonômicos ou enxaquecosos mais leves		Lesões cerebrais e da coluna cervical podem mimetizar cefalalgias autonômicas trigeminais.	a administração de indometacina

◊ Cefaleia por uso excessivo de medicamentos

História	Exame	1º exame	Outros exames
história medicamentosa de ergotamina, triptanos, analgésicos, opioides ou uma combinação desses medicamentos; desenvolvimento ou piora marcante da cefaleia durante o uso excessivo; a cefaleia remite ou reverte ao padrão anterior até 2 meses depois da descontinuação do medicamento que foi usado em excesso	o exame neurológico é não focal	» nenhuma: o diagnóstico é clínico, e não são rotineiramente recomendados exames de imagem	

◊ Cefaleia em salvas

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia excruciente em facadas, frequentemente na órbita, que dura 15 a 180 minutos e ocorre 1 a 10 vezes por dia, muitas vezes todos os dias por diversos dias ou semanas, e então remite por várias semanas ou meses	o exame neurológico é não focal; características autonômicas estão presentes, incluindo lacrimejamento, hiperemia conjuntival, congestão nasal, ptose e edema palpebral	» RNM: normal na cefaleia em salvas Cefaleia em salvas é rara e pode ser sintomática de uma lesão cerebral em crianças, portanto, indica-se RNM.	» suplementação de oxigênio: remissão da cefaleia Diagnóstica e terapêutica.

Incomum**◊ Cefaleia diária persistente de início súbito**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia com duração maior que 3 meses que é constante e ocorre diariamente dentro de 3 dias de seu início; intensidade leve a moderada, localização bilateral e não agravada pelas atividades de rotina; pode ter aspectos enxaquecosos	o exame neurológico é não focal	» RNM: normal A cefaleia diária persistente de início súbito pode ser secundária a uma patologia subjacente, portanto, a RNM com contraste, às vezes também com venografia por ressonância magnética (RM), é importante.	» punção lombar: normal A cefaleia diária persistente de início súbito pode ser secundária a uma patologia subjacente, portanto, a avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR), incluindo pressão de abertura, é importante.

🚩 Hidrocefalia intermitente

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia intensa intermitente	sinais relacionados à hipertensão intracraniana, como edema do nervo óptico, paralisia do nervo abducente ou estado mental alterado, podem estar presentes, mas podem estar ausentes se a obstrução for breve	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: podem estar presentes lesão de massa e hidrocefalia Pequenas lesões em locais específicos, potencialmente não detectáveis por TC, podem causar hidrocefalia obstrutiva.	» ressonância nuclear magnética (RNM) do cérebro com e sem contraste: lesão de massa próxima do sistema ventricular

🚩 Pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática)

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia agravada pela inclinação ou agachamento ou com o esforço ao evacuar (Valsalva); alterações comuns na visão (por exemplo, visão turva, dupla visão	achados não focais no exame físico; edema do nervo óptico, abdução ocular bilateral	» tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: normal Descarte seios venosos hiperdensos, massa intracraniana ou	

Incomum**Pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
horizontal, constrição da visão periférica e obscurecimento visual transitório); possível zumbido pulsátil		<p>hemorragia e dilatação ventricular.</p> <p>»punção lombar: elevação da pressão de abertura >250 mmHg O paciente deve estar em posição de decúbito lateral para a medição precisa da pressão de abertura.</p> <p>Não estão disponíveis dados normativos de pressão de abertura para crianças.</p> <p>Uma pressão de abertura >250 mmHg é considerada patológica.</p> <p>Descarta pleocitose ou proteína elevada no líquido cefalorraquidiano (LCR).</p>	

Disfunção da derivação ventriculoperitoneal

História	Exame	1º exame	Outros exames
agravamento da cefaleia em posição supina; diplopia horizontal; história de trauma próximo à trilha da derivação	novos sinais neurológicos focais; tríade de Cushing de hipertensão, bradicardia e padrão respiratório irregular; assimetria pupilar; hipertensão intracraniana (estado mental alterado, diplopia horizontal, edema do nervo óptico); evidências de interrupção ou infecção do túnel (sensibilidade	<p>»tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste: desconexão da derivação, mau posicionamento do cateter da derivação ou aumento dos ventrículos sugere disfunção da derivação</p> <p>»radiografias seriadas da derivação: imagens</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerar responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

🚩 Disfunção da derivação ventriculoperitoneal

História	Exame	1º exame	Outros exames
	ou eritema na trilha); sensibilidade à palpação abdominal; ascite; abdome agudo (etiologia distal)	da derivação no pescoço, tórax e abdome podem revelar desconexão como a etiologia de mau funcionamento » avaliação neurocirúrgica e possível punção da derivação: se houver um reservatório, pode ser indicada a medição da pressão	

🚩 Apoplexia hipofisária

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, frequentemente de início agudo; deficiência visual (frequentemente diplopia)	oftalmoplegia, choque	» tomografia computadorizada (TC) de crânio e pescoço: massa selar ou supraselar hiperdensa	

🚩 Encefalopatia hipertensiva

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo ou gradual de diminuição da atenção, alterações na visão (visão turva ou obscura) e convulsões	o exame físico pode ser limitado por alteração no estado mental; hipertensão	» tomografia computadorizada (TC) de crânio: pode mostrar áreas bilaterais em placas de hipodensidade com predominância posterior Atenção à hiperdensidade do seio venoso (sugestiva de trombose venosa) e à hemorragia recente.	

Incomum**◊ Neuralgia occipital**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia posterior ou na calota, dor com movimento do pescoço/ombro	sensibilidade sobre os côndilos occipitais	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	

◊ Neuralgia facial

História	Exame	1º exame	Outros exames
súbita dor facial lacinante unilateral	exame físico normal	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Head injury: assessment and early management**

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação em: 2017

Internacional**The international classification of headache disorders, 3rd edition**

Publicado por: Headache Classification Committee of the International Headache Society
Última publicação em: 2018

América do Norte**Diagnosis and treatment of headache**

Publicado por: Institute for Clinical Systems Improvement
Última publicação em: 2013

América do Norte

ACR appropriateness criteria: headache - child

Publicado por: American College of Radiology
Última publicação em: 2012

Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches

Publicado por: Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society
Última publicação em: 2002

Artigos principais

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. [Texto completo](#)
- Kabbouche MA, Cleves C. Evaluation and management of children and adolescents presenting with an acute setting. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17:105-108.
- Abend NS, Younkin D, Lewis DW. Secondary headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17:123-133.
- Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2002;59:490-498. [Texto completo](#)

Referências

1. Kan L, Nagelberg J, Maytal J. Headaches in a pediatric emergency department: etiology, imaging, and treatment. *Headache*. 2000;40:25-29.
2. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, et al. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 1997;13:1-4.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. [Texto completo](#)
4. The Childhood Brain Tumor Consortium. The epidemiology of headache among children with brain tumor: headache in children with brain tumors. *J Neurooncol*. 1991;10:31-46.
5. Hershey AD. Current approaches to the diagnosis and management of paediatric migraine. *Lancet Neurol*. 2010;9:190-204.
6. Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache*. 2000;40:200-203.
7. Linn FH, Wijdicks EF. Causes and management of thunderclap headache: a comprehensive review. *Neurologist*. 2002 Sep;8(5):279-89.
8. Dubosh NM, Bellolio MF, Rabinstein AA, et al. Sensitivity of early brain computed tomography to exclude aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2016;47:750-755.
9. Kabbouche MA, Cleves C. Evaluation and management of children and adolescents presenting with an acute setting. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17:105-108.

10. Abend NS, Younkin D, Lewis DW. Secondary headaches in children and adolescents. *Semin Pediatr Neurol.* 2010;17:123-133.
11. Jensen RT, Sandrini GO. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. A multicentre European and Latin American study. *Cephalgia.* 2011;31:1549-1560.
12. Bailey B, McManus BC. Treatment of children with migraine in the emergency department: a qualitative systematic review. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24:321-330.
13. Evers S, Goadsby P, Jensen R, et al; EFNS task force. Treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders (Group 4 of the IHS classification) - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2011;18:803-812. [Texto completo](#)
14. Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, et al. M. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA.* 2006;296:1274-1283.
15. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2002;59:490-498. [Texto completo](#)
16. Dodick DW. Indomethacin-responsive headache syndromes. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8:19-26.
17. Polage CR; Petti CA. Assessment of the utility of viral culture of cerebrospinal fluid. *Clin Infect Dis.* 2006;43:1578-1579.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Christopher B. Oakley, MD

Assistant Professor

Department of Child Neurology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: CBO declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Christopher B. Oakley would like to gratefully acknowledge Dr Nicholas S. Abend and Dr Daniel J. Licht, the previous contributors to this monograph. NSA and DJL declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Paul Hamilton, MD

Director

Department of Emergency Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY

DIVULGAÇÕES: PH declares that he has no competing interests.