

APREENDER O MUNDO

Nós, homens, somos muito ciosos de nossa inteligência, de nossa racionalidade. No entanto, a inteligência é, apenas, um dos múltiplos instrumentos de que dispomos para aprender a realidade. Há aspectos do mundo que não são acessíveis à razão e só podem ser conhecidos por outros meios, outras ferramentas.

Um bebê que mama no seio da mãe, a conhece perfeitamente, sem que nisso haja algo de racional. Vez ou outra, começamos uma pesquisa científica por intuição; só depois vem a laboração racional.

Se se analisa o rosto de uma pessoa querida, racionalmente, observando a inclinação da comissura labial, a abertura das pálpebras, a assimetria das orelhas, seguramente se perderá a beleza apreendida de modo amoroso.

O mesmo acontece com a poesia:

“Ó mar salgado, quanto de teu sal
São lágrimas de Portugal:
Por te cruzarmos, quantas mães choram
Quantos filhos em vão rezaram!
Quantas noivas ficaram por casar
Para que fosse nosso, ó mar!”

Se se analisa este poema dissecando palavras, versos e métrica, pode-se chegar ao número, litros e galões de lágrimas necessários para salgar o oceano, mas nunca se saberá a dor da mãe, esposa e noiva que perderam companheiros e filhos no mar imenso e desconhecido.

Hudson Hübner Franca - Professor titular de Cardiologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, membro da Academia de Medicina de São Paulo.

Cefaleias primárias

- Enxaqueca;
- Cefaleia tipo tensão;
- Cefaleia em salvas e hemicrania paroxística, crônica;
- Miscelânea: cefaleia das pontadas, cefaleia de esforço, cefaleia por agente físico (frio), etc.

Cefaleias secundárias

- Cefaleia associada com traumatismo craniano;
- Cefaleia associada com doenças vasculares;
- Cefaleia associada com doenças intracranianas, não vasculares;
- Cefaleia associada com uso ou retirada de substâncias;
- Cefaleia associada com infecção não cefálica;
- Cefaleia associada com doença metabólica;
- Cefaleia ou dor facial associada com várias estruturas (olhos, ouvidos, nariz, garganta, articulação temporomandibular, ossos, coluna cervical);
- Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor por desafereção;
- Cefaleias não classificáveis.

Quadro 1. Diagnóstico diferencial das cefaleias segundo a IHS, 1988.

Aproximadamente 90% das cefaleias correspondem a desordens benignas e recaem sob poucas categorias: enxaqueca, tipo tensão e cefaleia em salvas. Pesquisa baseada na população em geral constatou, no período de um ano, que a prevalência de cefaleia do tipo tensão foi de 38%,³ mas a maioria dessas pessoas não procurou nenhum tipo de serviço médico.⁴ Por outro lado, a cefaleia em salvas, com baixíssima incidência na população, menos de 0,1%, mas que tipicamente promove grande sofrimento e incapacitação, motivou esses pacientes a procurar atenção médica.⁵

Em um estudo brasileiro efetuado no atendimento primário de pacientes com cefaleia, 39% dos pacientes tinham cefaleias atribuídas a desordens sistêmicas (febre, hipertensão arterial aguda e sinusites), e 5% tinham cefaleias devido a desordens neurológicas (cefaleia pós-traumática, cefaleias secundárias a doença da coluna cervical e processos expansivos intracranianos).⁶

Observamos que no atendimento médico primário é comum atribuir-se a causa da cefaleia a distúrbios da refração ocular (ou esforço visual), sinusites e à hipertensão arterial.

É certo que IHS reconhece cefaleias associadas com erros de refração (HARE). Entretanto, um estudo observacional sugere que cefaleias raramente se devem somente a distúrbios da refração ocular. A correção visual pode, eventualmente, melhorar a cefaleia, mas isso excepcionalmente ocorre.⁷

Sintomas da enxaqueca podem confundir-se com outras causas de cefaleia. Como exemplo, um número significativo de pacientes com enxaqueca pode apresentar sintomas que sugerem patologia dos seios nasais.⁸ Adicionalmente, um estudo sobre pacientes observados na clínica geral, com cefaleia atribuída a sinusites recorrentes, encontrou-se que 90% desses preenchiam os critérios diagnósticos de enxaqueca.⁹

Quanto à hipertensão arterial, a noção que esta causa cefaleia é amplamente aceita, mesmo na ausência de sua confirmação por estudos bem projetados. As melhores evidências científicas atuais indicam que hipertensão arterial, por si mesma, não causa cefaleia. Ao contrário, pessoas com hipertensão arterial parecem sofrer menos cefaleia que a população geral.¹⁰⁻¹²

Um estudo publicado em 2008 (*HUNT study*),¹⁰ demonstrou que pessoas com as maiores pressões sistólicas tinham até 40% menor possibilidade de sofrer de cefaleia, quando comparados àqueles com registros de pressões sanguíneas consideradas absolutamente saudáveis.

Os pesquisadores também mediram a chamada pressão de pulso, isto é, a diferença entre a pressão arterial sistólica e diastólica. Aqueles com diferenças de pressão de pulso tão altas quanto 50% tinham menos cefaleias. Os pesquisadores ponderam que quanto mais alta a pressão de pulso, mais rígidos são os vasos sanguíneos. Quanto mais degeneração vascular, menor possibilidade que suas terminações nervosas estejam atuando apropriadamente. Se as terminações nervosas não estão funcionando corretamente, menor a possibilidade de o paciente sentir dor.

Contudo, pressão arterial extremamente alta, com nível considerado de crise hipertensiva (180/110 mmHg e sinais fundoscópicos de vaso constricção), pode ser acompanhada de cefaleia. Mas crise hipertensiva é uma emergência médica, devendo ser imediatamente tratada, de preferência em ambiente hospitalar, visto não existir limite de tempo seguro para esperar que a pressão arterial diminua espontaneamente ou que outros sintomas da crise hipertensiva se desenvolvam.

Como a hipertensão arterial é tipicamente assintomática, a maioria dos hipertensos que se apresenta com cefaleia, de fato, padece de cefaleia do tipo tensão, seja episódica ou crônica.

Princípios de avaliação das cefaleias

A avaliação de um paciente com uma nova cefaleia pode ser desafiadora. Ela requer uma abordagem cautelosa e noção das características clínicas das cefaleias mais ameaçadoras à integridade vital e funcional dos pacientes para evitar lamentáveis erros de diagnóstico e tratamento. Os principais objetivos da avaliação inicial das cefaleias são:^{13,14}

- 1) Afastar as patologias subjacentes mais graves e outras causas de cefaleias secundárias,
- 2) Determinar o tipo de cefaleia primária usando a história do paciente.

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO

A história é de importância capital no diagnóstico das cefaleias, principalmente quando esta é verdadeiramente de início súbito e especialmente quando é a mais grave versão de uma condição patológica subjacente.

Os dados da história que apontam para uma grave patologia subjacente são:

- A) Cefaleia de início instantâneo: “a pior dor de minha vida”, “como se um raio ou trovão atingisse minha cabeça” (*thunderclap headache*): hemorragia subaracnoidea, em 25% dos casos, etc. (Quadro 2).

- Descrita como se fosse o estrondo de um trovão (*thunderclap*). Ataca de repente e seriamente - referida como a pior dor de cabeça que o paciente já experimentou em sua vida, ou como tendo sentido uma violenta pancada na cabeça.
- Atinge seu ápice de intensidade em cerca de 1 minuto, e pode durar entre 1 hora e, embora mais atenuada, até 10 dias
- Pode ocorrer em qualquer parte da cabeça ou pescoço e ser acompanhada por náuseas e vômitos
- São raras, podendo ocorrer sem nenhuma razão física explícita (cefaleia trovoada primária), mas pode representar um perigo de morte quando secundária a: Hemorragia subaracnoidea, Hemorragia intracerebral hipertensiva ou Malformação arteriovenosa, Aneurisma dissecante da artéria carótida ou vertebral, Fístula liquórica, Tumor do III ou IV ventrículo, Infarto encefálico arterial ou venoso (tromboflebite de seios venosos), Infarto ou Hemorragia da glândula pituitária, Grave elevação da pressão arterial, como na síndrome reversível de vasoconstrição cerebral que inclui: a encefalopatia hipertensiva e vasculopatias associadas à gravidez e pós-parto (angiopatia pós-parto), Infecções, como meningite e encefalite, Cefaleia orgásmica ou do coito, Sinusites e mastoidites complicadas.

Quadro 2. Cefaleia trovoada (*thunderclap headache*)

- B) Cefaleia de início tardio, em pacientes acima de 55 anos de idade: arterite (temporal) de células gigantes, hemorragia subdural (Quadro 3).

- A característica típica é ocorrência em pacientes acima de 55 anos de idade, com cefaleia temporal intensa, às vezes associada com dor e rigidez muscular proximal (músculo temporal) e, ocasionalmente, claudicação mandibular.
- Súbita, raramente ocorre perda visual unilateral e deve ser tratada como uma emergência. Ocasionalmente, a arterite temporal pode levar a cegueira, ou se apresentar como um acidente vascular encefálico. Em casos com perda visual, a fundoscopia pode revelar características de uma neurite óptica (disco óptico edemaciado e veias retinianas dilatadas).
- Ao exame físico, existe um espessamento e dor a palpação da artéria temporal superficial (pode ser bilateral).
- Elevação marcante da velocidade de sedimentação dos eritrócitos (VHS). Biópsia da artéria temporal, sob anestesia local, prove o diagnóstico histológico definitivo.
- Uso precoce de altas doses de esteroides (prednisolona – 1 mg/kg) deve melhorar sintomas e pode prevenir dano cerebral, ou nervo óptico, irreversível.
- Comumente autolimitada, a arterite temporal pode ocasionalmente levar a sequelas neurológicas e oftalmológicas incapacitantes, e deve ser tratada urgentemente e referida ao neurologista, se houver dúvidas.
- Se a suspeita clínica é alta, a terapia deve ser instituída sem esperar pela biópsia da artéria temporal superficial (embora esta deva ser urgentemente providenciada), pois a perda visual pode ser súbita e permanente.

Quadro 3. Arterite temporal de células gigantes

- C) Piora contínua da cefaleia: patologia intracraniana.
 D) Cefaleia que piora com mudança de decúbito, como ao deitar e levantar-se; e aos esforços da tosse, espirro: patologia intracraniana.
 E) Cefaleia que interfere com o curso do sono: patologia intracraniana.
 F) Cefaleia que piora pela manhã, associada com náusea: síndrome de hipertensão intracraniana.
 G) Ocorrência de sintomas neurológicos que precedem ou aparecem durante a cefaleia: patologia intracraniana.
 H) Associação com convulsão, confusão ou alteração da consciência: patologia intracraniana, encefalite, hemorragia subdural.
- c) Sinais neurológicos focais; e
 d) Meningismo.

Investigações

- a) Hemograma completo, velocidade de sedimentação dos eritrócitos (VHS), ureia e eletrólitos, teste de função hepática, proteína C-reativa;
 b) Tomografia computadorizada do crânio (TCC);
 c) Punção lombar, se TCC normal e suspeita de HSA, meningite ou encefalite; e
 d) Ressonância magnética (IRM) de crânio.

Ainda resta pesquisar outras causas de cefaleias secundárias, geralmente sintomáticas de doenças sistêmicas (transficciosas, anemias graves, intoxicações, etc.) ou não (glaucoma, traumatismo craniano, artropatia cervical ou temporomandibular, etc.) (Quadro 4).

No exame físico são sinais indicativos de patologia intracraniana:

- a) Confusão, diminuição do nível de consciência;
 b) Papiledema;

História clínica

- Tipo de dor, localização da dor, intensidade de dor (podemos usar uma pontuação analógica, de 0 a 10, para definirmos a intensidade), irradiação, duração, periodicidade, ritmo, fenômenos físicos e neurológicos acompanhantes, fatores desencadeantes, fatores de melhora e piora, variações da dor baseada em fatores sazonais;
- Tratamento atual e passado, e sua efetividade;
- Uso de drogas lícitas ou ilícitas, além do uso de cafeína, e sua quantidade;
- História familiar;
- Relação com padrão de sono;
- Perfil emocional;
- Relação da dor com aspectos profissionais do paciente;
- Grau de incapacidade decorrente da cefaleia.

Exame físico

- Pressão arterial e temperatura;
- Palpação, percussão e ausculta da cabeça;
- Palpação e ausculta das artérias carótidas e palpação cuidadosa das artérias temporais, superficiais (principalmente em pacientes acima de cinquenta anos);
- Palpação de musculatura cefálica e cervical e dos globos oculares, percussão dos seios de face;
- Avaliação de estruturas bucais, pedindo ao paciente para abrir e fechar a boca, palpando estruturas intrabucais e avaliando a articulação temporomandibular;
- Otoscopia e percussão das mastoides;
- Sistemáticamente, avaliar **fundo de olho e sinais de irritação meníngea**.

Quadro 4. Elementos da história clínica e exame físico para o diagnóstico das cefaleias

Enfim, se os dados da história do paciente preenchem os critérios diagnósticos de uma cefaleia primária, restam aos clínicos gerais tratá-la e esclarecer o paciente sobre ela, sem necessidade de exames complementares.

Os provedores de cuidados médicos primários também devem estar sempre atentos sobre a possibilidade da coexistência de diferentes tipos de cefaleia em um mesmo paciente (exemplo: cefaleia do tipo tensão + enxaqueca + cefaleia por abuso medicamentoso); e particularmente sobre a mudança do padrão clínico característico de uma cefaleia primária previamente diagnosticada (exemplo: enxaqueca), condicionada por nova manifestação de uma cefaleia secundária, como, por exemplo, a ruptura de um aneurisma cerebral, meningite ou tumor cerebral.

Agradecimento

Ao Prof. Dr. Francisco Carlos de Andrade pela revisão crítica deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Packard RC. What does the headache patient want? *Headache*. 1979; 19: 370-4.
2. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Headache Classification Committee of International Headache Society*. *Cephalalgia*. 1988; 8 Suppl 7:1-96.
3. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*. 1998; 279:381.
4. Dowson A, Dahlof C, Tepper S, Newman L. Prevalence and diagnosis of migraine in a primary care setting. *Cephalalgia*. 2002; 22:590.
5. Bahra A, May A, Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology*. 2002; 58:354.
6. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Aetiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache*. 2000; 40:241.
7. Gil-Gouveia R, Martins IP. Headaches associated with refractive errors: myth or reality? *Headache*. 2002; 42:256.
8. Lipton RB, Diamond S, Reed M, Diamond ML. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001; 41:638.
9. Schreiber C, Hutchinson S, Powers C, Webster C. Physician diagnosed and patient self-diagnosed sinus headache is predominantly migraine. In: *Annual Scientific Meeting of the American Headache Society*. June. 2002, Seattle, Washington; American Headache Society; 2002.
10. Hagen K, Stovner LJ, Holmen J, Zwart JA, Bovim G. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22.685 adults in Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002; 72(4):463-6.
11. Tronvik E, Stovner LJ, Hagen K, Holmen J, Zwart JA. High pulse pressure protects against headache: prospective and cross-sectional data (HUNT study). *Neurology*. 2008; 70(16):1329-36.
12. Wiehe M, Fuchs SC, Moreira LB, Moraes RS, Fuchs FD. Migraine is more frequent in individuals with optimal and normal blood pressure: a population-based study. *J Hypertens*. 2002; 20(7):1303-6.
13. Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache*. 2003; 43:441.
14. Silberstein SD, Rosenberg J. Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache. *Neurology*. 2000; 54:1553.