

CEFALEIAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rafael Paglioli
Marjana Reis Lima
Luiz Carlos Porcello Marrone

UNITERMOS

CEFALEIA/diagnóstico, CEFACLEIA/classificação, TRANSTORNOS DE ENXAQUECA, CEFALÉIA DE TIPO TENSIONAL, CEFACLEIA EM SALVAS; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

KEYWORDS

HEADACHE/diagnosis; HEADACHE/classification; MIGRAINE DISORDERS, TENSION-TYPE HEADACHE ; TENSION TYPE, CLUSTER; DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.

SUMÁRIO

Este trabalho tem por objetivo descrever um dos principais motivos de consultas médicas na atenção primária: cefaleia. Como investigar e quando suspeitar de uma doença mais grave. Quais as principais características e como realizar o diagnóstico diferencial entre as cefaleias primárias mais prevalentes.

SUMMARY

This study aims to describe one of the most common complaints of medical attention in primary care: headache. How to investigate and when to suspect of a more serious disease. What are the main features and how to perform a differential diagnosis between the most prevalent primary headaches.

INTRODUÇÃO

Cefaleia é um dos sintomas mais frequentemente relatados na prática médica, com uma prevalência em algum momento da vida estimada em mais de 90% em homens e mais de 95% em mulheres; com maior frequência nos anos de maior produtividade (entre 20 e 40 anos), e prejuízo na qualidade de vida. No Brasil, é responsável por 9,3% das consultas por queixas agudas em atenção primária.¹ As cefaleias se dividem em dois grandes grupos: primárias, sem causas subjacentes responsáveis pelo sintoma; e secundárias, causadas por outra doença que produza cefaleia como um de seus sintomas.

Anamnese em Cefaleias

A história clínica do paciente é o primeiro e mais importante passo para a classificação e diagnóstico da cefaleia, e consequente conduta terapêutica. As informações mais importantes para a coleta dos dados são:

- **Circunstâncias de aparecimento:** recente ou antiga, início agudo ou progressivo, relacionada a algum momento da vida;

- **Evolução e padrão temporal:** frequência, duração e mudanças no padrão da dor;

- **Características clínicas:** Localização (bilateral, unilateral fixa ou alternante), Caráter (em aperto, pulsátil, em choque, em pontada), Intensidade (fraca, moderada, intensa, excruciante), Fatores precipitantes ou agravantes (alimentação, postura, movimentação), Fatores de alívio (medicamentosos, não-medicamentosos), Sintomas e/ou sinais associados (náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, injeção conjuntival, lacrimejamento, obstrução nasal, coriza, salivação, edema facial, ptose, miose, sudorese, rigidez de nuca, déficit focal, febre, fraqueza).

- **Presença de aura:** distúrbios visuais, parestésicos, paréticos, de nervos cranianos, da fala, do equilíbrio, da audição, da coordenação e da consciência.

- **Comorbidades e características pessoais:** patologias associadas, uso de medicamentos, alergias, tabagismo, etilismo, prática de exercícios, hábitos alimentares, sono, história familiar.²

Fatores de Alarme

Após a caracterização da cefaleia, é importante identificarmos sinais e sintomas alarmantes que fariam necessária uma investigação complementar (com solicitação de exames de neuroimagem, laboratoriais e exame de líquido) e avaliação de um médico especialista. Esses fatores auxiliam no diagnóstico das cefaleias secundárias, que podem cursar com uma doença, neurológica ou não, de maior gravidade.³

- **A primeira ou a pior cefaléia:** aneurismas sintomáticos, hemorragia subaracnóide, processo expansivo intracraniano, meningite. (*Neuroimagem, exame do LCR*)
- **Início súbito ou recente:** AVE hemorrágico, trombose venosa cerebral, dissecação arterial, aneurisma, apoplexia hipofisária. (*Neuroimagem, exame do LCR*)
- **Início após os 50 anos:** arterite temporal, cefaleia hipóptica, lesão com efeito de massa. (*VSG, Neuroimagem*)

- **Intensidade e frequência progressiva e persistentemente maiores:** processo expansivo intracraniano, hematoma, infecção neurológica com evolução lenta. (*Neuroimagem, labs e exame do LCR*)
- **História de câncer ou AIDS:** meningite, abscessos cerebrais, neurotoxoplasmose, metástases, encefalites. (*Neuroimagem, LCR*)
- **Associada a alterações no exame neurológico:** lesão com efeito de massa, malformação arteriovenosa, vasculites. (*Neuroimagem*)
- **Associada a febre e/ou sinais meníngeos:** meningite, encefalite, infecção sistêmica, collagenoses, hemorragia subaracnóide. (*Neuroimagem, exame do LCR, labs*)
- **Associada a traumatismo craniano:** hematoma extradural, hematoma subdural, AVE hemorrágico, cefaléia pós-traumática. (*Neuroimagem*)
- **Persistentemente unilaterais:** lesão estrutural. (*Neuroimagem*)

Classificação das Cefaleias Primárias

Após a exclusão de uma causa secundária, deve ser feito o diagnóstico diferencial entre as cefaleias primárias a partir das informações coletadas na anamnese. No grande grupo das cefaleias primárias, existem 3 tipos principais: *migrânea*, *tensional* e *em salvas*. De acordo com a Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD 2004) o diagnóstico é feito baseado nas seguintes características:⁴

Migrânea:

Sem aura (Enxaqueca comum):

- Pelo menos cinco crises preenchendo os seguintes critérios;
- Crise de cefaleia durando 4 a 72 horas (sem resposta ao tratamento ou não realização do mesmo);
 - Cefaleia tendo pelo menos duas das seguintes características: Unilateral; Pulsátil; Dor de intensidade moderada a intensa; Dor agravada ou impedindo atividade física rotineira (caminhada, subir escadas, etc).
 - Durante a cefaleia, ocorrência de pelo menos um destes sintomas: Náusea e vômitos; Fotofobia e Fonofobia.
 - Nenhum outro diagnóstico que explique a cefaleia.

Com aura (Enxaqueca clássica):

Aura é um sintoma neurológico temporário que pode se referir a uma área focal do cérebro. As mais comuns são: sintomas visuais unilaterais, mais comumente formas geométricas que se expandem e se movem, visão

embaralhada ou sensação anormal “que vai e vem”, fraqueza unilateral, dificuldade na fala.

- Pelo menos duas crises que preencham os seguintes critérios;
- Aura consistente com pelo menos 1 dos seguintes, menos fraqueza motora: Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (luzes que piscam, pontos ou linhas luminosas) e/ou negativos (perda de visão, hemianopsia); Sintomas sensoriais completamente reversíveis, incluindo efeitos positivos (pontadas, agulhadas) e/ou negativos (insensibilidade); Disfasia completamente reversível.
- Pelo menos dois dos seguintes: Sintomas visuais homônimos ou sintomas sensoriais unilaterais; Pelo menos um sintoma de aura se desenvolve gradualmente por cinco ou mais minutos; Cada sintoma dura entre 5 e 60 minutos.
- Cefaleia com os mesmos critérios para migrânea sem aura: iniciando durante a aura ou seguindo a aura por 60 minutos;
- Não atribuída a outra doença.

Cefaleia tensional:

- Pelo menos 10 episódios acontecendo em menos de um dia/mês (menos de 12 dias/ano no tipo *episódica infrequente*) ou de 1 a menos de 15 dias/mês durante pelo menos 3 meses (de 12 a 180 dias/ano no tipo *episódica frequente*) e preenchendo os seguintes critérios;
- Cefaleia durando 30 minutos a sete dias;
- Pelo menos duas das seguintes características da dor: Localização bilateral; Caráter de pressão ou aperto (não pulsátil); Intensidade leve ou moderada; Não se agrava com atividade física rotineira (caminhada, ciclismo, etc).
- Ambos os itens seguintes: Ausência de náusea ou vômito (anorexia pode ocorrer); Fotofobia ou fonofobia estão ausentes ou apenas um deles pode estar presente.
- Não atribuível a outra doença.

Cefaleia em salvas:

- Pelo menos cinco episódios que preencham os seguintes critérios;
- Dor intensa ou muito intensa unilateral orbital, supraorbital e/ou temporal; se não tratada, duram 15 a 180 minutos;
- Cefaleia acompanhada de pelo menos um dos seguintes sintomas ipsilateral à dor: Conjuntiva injetada (avermelhada) ou lacrimejamento; Congestão nasal ou rinorreia; Edema palpebral; Sudorese na testa ou na face; Miose e/ou ptose; Sensação de agitação e inquietação.
- As crises têm a frequência de dias intercalados até oito por dia;

- Não atribuído a nenhuma outra doença.

O tipo de cefaleia mais comum na população em geral é a tensional, afetando até 80% das pessoas ao longo da vida. Em termos gerais, a prevalência das cefaleias primárias pode ser dividida em 16% por migrânea, 69% por cefaleia tensional e 0,1% por cefaleia em salvas.⁵ Apesar disso, o principal tipo de cefaleia na consulta médica em atenção primária é a migrânea, que corresponde a 45,1% dos atendimentos por este motivo (em função de sua maior).¹ O que demonstra que, mesmo sendo mais comum, a cefaleia tensional por si só geralmente não é um motivo que faça com que os pacientes procurem atendimento.

O diagnóstico diferencial das cefaleias é de essencial importância, visto que cada tipo necessita de uma conduta e um manejo terapêutico específicos.

QUADRO SIMPLIFICADO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS:⁶

Sintoma	Migrânea	Tensional	Em salvas
Localização	Unilateral (60-70%) Bilateral (40-30%)	Unilateral (10-20%) Bilateral (80-90%)	Unilateral (periorbital ou temporal)
Características	Início gradual, pulsátil, moderada ou forte intensidade, agravada por atividade física de rotina	Pressão ou aperto	Início rápido, profunda, contínua, excruciante e de qualidade explosiva; atinge máximo de dor em poucos minutos
Intensidade da dor	Forte	Leve – Moderada	Muito forte
Comportamento em relação à dor	Repouso em ambiente silencioso e escuro	Pode haver necessidade de permanecer em repouso	Inquietude
Distribuição em relação ao gênero	Mais comum em mulheres	Ambos	Mais comum em homens
Duração	4 a 72 horas	30 minutos a 7 dias	30 a 90 minutos
Sintomas associados	Náuseas, vômitos, fono e fotofobia, presença ou não de aura	Fono ou fotofobia	Lacrimejamento, hiperemia conjuntival, congestão nasal, rinorreia, palidez, sudorese, Horner parcial

REFERÊNCIAS

1. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and Distribution of Headaches in Two Brazilian Primary Care Units. *Headache* 2000;40:241-47.
2. Nunes MH, Marrone AC. *Semiologia Neurológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
3. Chaves MFL, Finkelsztejn A, Stefani MA, et al. *Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. International Headache Society (IHS), Headache Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
5. Fauci AS, Braunwald, E, Kasper, DL, et al. *Harrison Internal Medicine*. 17ª. ed. New York: McGraw Hill; 2008.
6. Bajwa ZH, Wootton RJ. Evaluation of headache in adults. *UpToDate*. Online 18.1; abr 2012 [update 2007 jul 25]. [10 p.] [acesso 2012 may 9].