

CEFALEIAS PRIMÁRIAS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fernanda de Oliveira Kirst
Arthur Dondonis Daudt
Carmen Vera Giacobbo Daudt

UNITERMOS

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL; ENXAQUECA; CEFALEIA EM SALVAS.

KEYWORDS

TENSION-TYPE HEADACHE; MIGRAINE; CLUSTER HEADACHE.

SUMÁRIO

Cefaleia é uma das queixas mais frequentes na prática médica. Dentro deste contexto, as cefaleias primárias representam o maior motivo de busca por auxílio médico. O objetivo desta revisão é abordar o diagnóstico e tratamento abortivo das cefaleias do tipo tensional, enxaqueca e em salvas.

SUMMARY

Headache is one of the most frequent complaints in medical practice. Within the context of headache, primary represents the biggest reason for seeking medical attention. The aim of this paper is to discuss the diagnosis and treatment of tension-type headache, migraine and cluster headache.

INTRODUÇÃO

As cefaleias podem ser classificadas em dois tipos distintos: as cefaleias primárias e as secundárias. As cefaleias primárias podem ser conceituadas como crônicas de apresentação episódica ou contínua, de etiologia ainda desconhecida, mas de natureza disfuncional, não estrutural¹. Já as secundárias são provocadas por doenças demonstráveis por exames clínicos ou laboratoriais, normalmente de caráter estrutural. Este artigo tem como objetivo uma breve discussão sobre as diferenças entre os principais tipos de cefaleias primárias a fim de direcionar o tratamento para atingir o melhor desfecho possível.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de cefaleia na maioria das vezes é clínico, sendo a investigação focada na anamnese e complementada pelo exame físico. É importante o profissional estar atento às seguintes questões:

- Ausência de quadro algico semelhante no passado;
- Início súbito e progressão importante da dor em curto espaço de tempo;
- Alteração de sensório;
- Infecção concomitante;
- Idade acima de 50 anos;
- Imunossupressão;
- História de trauma ou associação com traumatismo craniano;
- Exame físico apresentando papiledema, meningismos ou qualquer outra alteração neurológica²

A partir da ausência dos sinais e sintomas descritos anteriormente, a probabilidade de causa secundária do quadro de cefaleia diminui, guiando a investigação para as cefaleias primárias.

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

A cefaleia do tipo tensional é a mais comum das cefaleias primárias. Pelo seu caráter menos incapacitante, esse tipo de cefaleia não é vista nos consultórios médicos na frequência esperada, pois a automedicação muitas vezes consegue sanar a queixa. Ela pode ser classificada como episódica infrequente quando ocorre menos de um episódio ao mês, episódica frequente, quando a cefaleia ocorre de 1 a 14 dias ao mês, e crônica quando as crises duram 15 dias ou mais ao mês durante 3 meses³. A caracterização da dor deve conter a presença de pelo menos dois dos quatro critérios abaixo:

- Dor localizada bilateralmente na cabeça e/ou pescoço;
- Dor constante e não pulsátil;
- Intensidade baixa ou moderada da dor;
- Ausência de agravo com esforço físico;

Somados à ausência de náusea ou vômito e foto ou fonofobia, duração entre 30 minutos a 7 dias e nenhuma outra causa sobressalente para fechar diagnóstico de cefaleia tensional⁴.

Tratamento abortivo:

Geralmente há boa resposta ao uso de antiinflamatórios não esteroides (AINES). Alguns pacientes podem não responder à monoterapia com AINES, para esses a associação de AINES com cafeína pode apresentar resolução do quadro, como por exemplo paracetamol 250mg combinado com AAS 250mg e cafeína 65mg. O uso de relaxantes musculares não possui evidências documentadas de melhora da cefaleia tensional⁵.

Ibuprofeno: 400mg. Dose máxima diária: 3200mg.

Cetoprofeno: 25 - 50mg. Dose máxima diária: 300mg.

Naproxeno: 250 - 500mg. Dose máxima diária: 1.250mg.

Acido Acetilsalicílico: 1000mg. Dose máxima diária: 4000g.

Paracetamol: 1000mg. Dose máxima diária: 4000g. Primeira escolha no tratamento de gestantes.

ENXAQUECA

A enxaqueca possui duas classificações: comum e clássica. A enxaqueca comum não apresenta aura e é diagnosticada através de cinco crises apresentando as seguintes características:

- Duração entre 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso);

- Náusea ou vômito durante o período álgico;

- Presença de pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, apresentação pulsátil, intensidade de moderada à severa, agravo em situações de esforço físico de leve intensidade;

- Exclusão de outros diagnósticos sindrômicos;

Já a enxaqueca clássica necessita de pelo menos duas crises com:

- Presença de aura, caracterizada pelo aparecimento de alteração visual, sensorial, motora ou verbal antes do início da enxaqueca, não durando mais que uma hora e sendo de caráter exclusivamente reversível⁶.

- Presença de pelo menos duas das seguintes características: pelo menos um sintoma de aura desenvolvendo-se gradualmente por 5 minutos e/ou dois ou mais sintomas de aura em sucessão; cada aura durando entre 5 e 60 minutos; desenvolvimento do quadro álgico dentro de 60 minutos da presença de aura; pelo menos um sintoma de aura unilateral⁴.

Tratamento abortivo:

O tratamento abortivo da enxaqueca divide-se no uso de medicações inespecíficas, coadjuvantes, específicas não seletivas e seletivas. A decisão acerca de quais medicações utilizar deve ser baseada na presença de comorbidades somadas à experiência prévia do paciente com os fármacos em questão.

Drogas inespecíficas:

Ácido acetilsalicílico: 1000g. Dose máxima diária: 4000mg.

Dipirona: 1000mg. Dose máxima diária: 4000mg.

Naproxeno: 500mg. Dose máxima diária: 1250mg.

Paracetamol: 1000mg. Dose máxima diária: 4000mg.

Meloxicam: 7.5-15mg. Dose máxima diária: 15mg.

Drogas coadjuvantes:

Metoclopramida: 10 mg. Dose máxima diária: 60mg.

Bromoprida: 10 mg. Dose máxima diária: 60mg.

Drogas específicas não selectivas (é recomendado uso precoce):

Ergotamina: 1-2mg. Dose máxima diária: 4mg.

Diidroergotamina: 1-2mg. Dose máxima diária: 4mg.

Drogas específicas selectivas:

Sumatriptano: 50-100mg. Dose máxima diária: 200mg.

Zolmitriptano: 2,5mg. Dose máxima diária: 10mg.

Naratriptano: 2,5mg. Dose máxima diária: 5mg.

Rizatriptano: 5-10mg. Dose máxima diária: 30mg.

CEFALEIA EM SALVA

A cefaleia em salva é a mais severa das cefaleias primárias, sendo conhecida também como a cefaleia do suicida. Pode ser classificada como crônica e episódica. O diagnóstico é feito através de cinco crises de forte intensidade na região orbital, supraorbital e/ou temporal apresentando as seguintes características:

-Duração entre 15 e 180 minutos;

-Frequência das salvas em dias intercalados e até 8 por dia

-Pelo menos um dos seguintes critérios (sensação de agitação ou inquietação; presença de um sintoma ipsilateral ao sítio de dor (rinorréia ou congestão nasal, edema de pálpebra, miose ou ptose, sudorese em face ou fronte, lacrimenjamento ou conjuntiva avermelhada).⁴

Tratamento abortivo:

O₂ 100% de saturação, via máscara nasal, 10-15L/min de saturação por 20 minutos é uma terapia segura e sem efeitos adversos, porém em pacientes que apresentem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica grave não deve ser utilizada devido ao risco de desenvolvimento de hipercapnia severa e narcose carbônica.

Caso não haja melhora com oxigenoterapia, o uso de 6mg por via subcutânea de sumatriptano está indicado.

CONCLUSÃO

As cefaleias primárias representam grande parte do dia-a-dia da prática médica. Devido a grande diversidade de sintomas, é essencial enquadrar cada

caso em um diagnóstico sindrômico, para assim escolher o tratamento mais adequado. É necessário ter sempre em mente a individualização da escolha medicamentosa para alcançar o melhor desfecho possível em cada tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sanvito WL, Monzillo PH. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1997; 30(4):437-48.
2. Cutrer MF. Evaluation of the adult with headache in the emergency department. In: UpToDate Online. 2013 abr. Available: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-headache-in-the-emergency-department?source=search_result&search=Evaluation+of+the+adult+with+headache+in+the+emergency+department&selectedTitle=1%7E150
3. Feoktistov A, Diamond M. Diagnosing and understanding adult headache. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014 Apr;47(2):175-85.
4. International Headache Society (IHS). Headache Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia* 2013; 33(9):629-808.
5. Taylor FR, Swanson JW, Dashe JF. Tension-type headache in adults: acute treatment. [Database on internet]. In: UpToDate Online. 2013 abr. Available: http://www.uptodate.com/contents/tension-type-headache-in-adults-acute-treatment?source=search_result&search=Tension-type+headache+in+adults%3A+acute+treatment&selectedTitle=1%7E150
6. Cutrer FM, Bajwa ZH, Sabahat A. Pathophysiology, clinical manifestation and diagnosis of migraine in adults. [Database on internet]. In: UpToDate Online. 2014 fev. Available: <http://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults>
7. Rang HP. et al. Rang & Dale: farmacologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; c2008.