SABi

Cefaléia: As 10 perguntas no diagnóstico diferencial

Headache: The 10 questions in the differential diagnosis

Shella Ourlques Martins [1]
Stephen Doral Stefani [1]
Márcia Chaves [2]

Resumo

Cefaléia é uma queixa muito comum na prática médica, podendo ser primária ou secundária a uma doença neurológica ou sistêmica. Entre as cefaléias primárias, as mais comuns são a cefaléia tensional, a cefaléia em salvas e a enxaqueca, que correspondem a 90% dos pacientes que procuram atendimento médico por este sintoma. Cada uma destas síndromes apresenta aspectos clínicos característicos, geralmente identificáveis com uma boa anamnese. O objetivo deste artigo é apresentar um padrão de anamnese que facilite o diagnóstico diferencial entre as cefaléias primárias, possibilitando, assim, tanto ao médico generalista quanto ao neurologista, um diagnóstico correto e, consequentemente, um manejo mais adequado.
Palavras-Chave: Anamnese, Enxaqueca, Cefaléia Tensional, Cefaléia em Salvas

Summary

Headache is a very commom complaint in the medical practice. It can be primary or secundary to a neurological or systemic disease. Among primary headaches, the most commom are tensional, cluster headache and migraine, corresponding to 90% of the patients who look for medical assistance because of this symptom. Each one of these syndroms presents carachteristic clinical aspects, easily identificated by a good anamnesis. The goal of this article is to present a pattern of anamnesis able to ease a differential diagnosis among the primary headaches, by giving to both generalist and neurologist the facility of a correct diagnosys and, consequentely, a more adequate management.
Key Words: *Anamnesis, Migraine, Cluster Headache, Tensional Headache*

1. Doutorandos da Faculdade de Medicina da UFRGS. Monitores do Departamento de Medicina Interna.
2. Professora de Neurologia do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina Interna da UFRGS.
Endereço para correspondência: Rua Pres. Juarez, 60 ap 101. Porto Alegre. Fone : 340-9626.

Introdução

Cefaléia é um dos sintomas clínicos mais comuns, estando presente em um grande número de afecções. Estudos demonstram uma prevalência de 68 a 80% (1,2,3), sendo caracterizada como dor incapacitante em 9% dos casos (4). Nos EUA, é a terceira causa mais comum de consulta, motivando 15% dos homens e 28% das mulheres que procuram atendimento médico (5). Em clínica neurológica geral, nos EUA, aproximadamente 15% dos atendimentos ocorrem por cefaléia (6).

A anamnese é a parte mais importante da avaliação, sendo, na maioria das vezes, suficiente para o diagnóstico. Mesmo assim, não se descarta a necessidade de um exame físico e neurológico bem feitos.

O objetivo deste artigo é salientar a importância da anamnese, enfocando aspectos objetivos e operacionais no diagnóstico diferencial das cefaléias crônicas.

Quando suspeitar de cefaléia secundária

O primeiro passo é distinguir se a cefaléia é primária ou faz parte de uma doença sistêmica ou neurológica em evolução. (figura 1).

O paciente com cefaléia aguda que apresenta qualquer uma das seguintes características necessita de investigação complementar (7-12):

- primeira ou pior cefaléia que o paciente já experimentou;
- início durante o exercício;
- presença de qualquer anormalidade ao exame, em especial déficit neurológico focal, rigidez de nuca, alterações de consciência ou cognição, febre não explicável por causa sistêmica;
- início subagudo com piora progressiva;
- agravamento da dor durante a observação.

O diagnóstico diferencial através da anamnese

Se a cefaléia for crônica e sem sintomas neurológicos associados, deve-se definir o tipo específico dentro das principais síndromes, que correspondem a 90% dos pacientes em atenção primária (11) - cefaléia tensional, enxaqueca e cefaléia em salvas.

Uma maneira objetiva e didática de elaborar o diagnóstico é fazer as 10 perguntas mais importantes na história do paciente com cefaléia (11,13).

1. *Qual a frequência das suas dores de cabeça? São diárias, várias vezes por mês, uma vez ao mês ou menos freqüentes?*

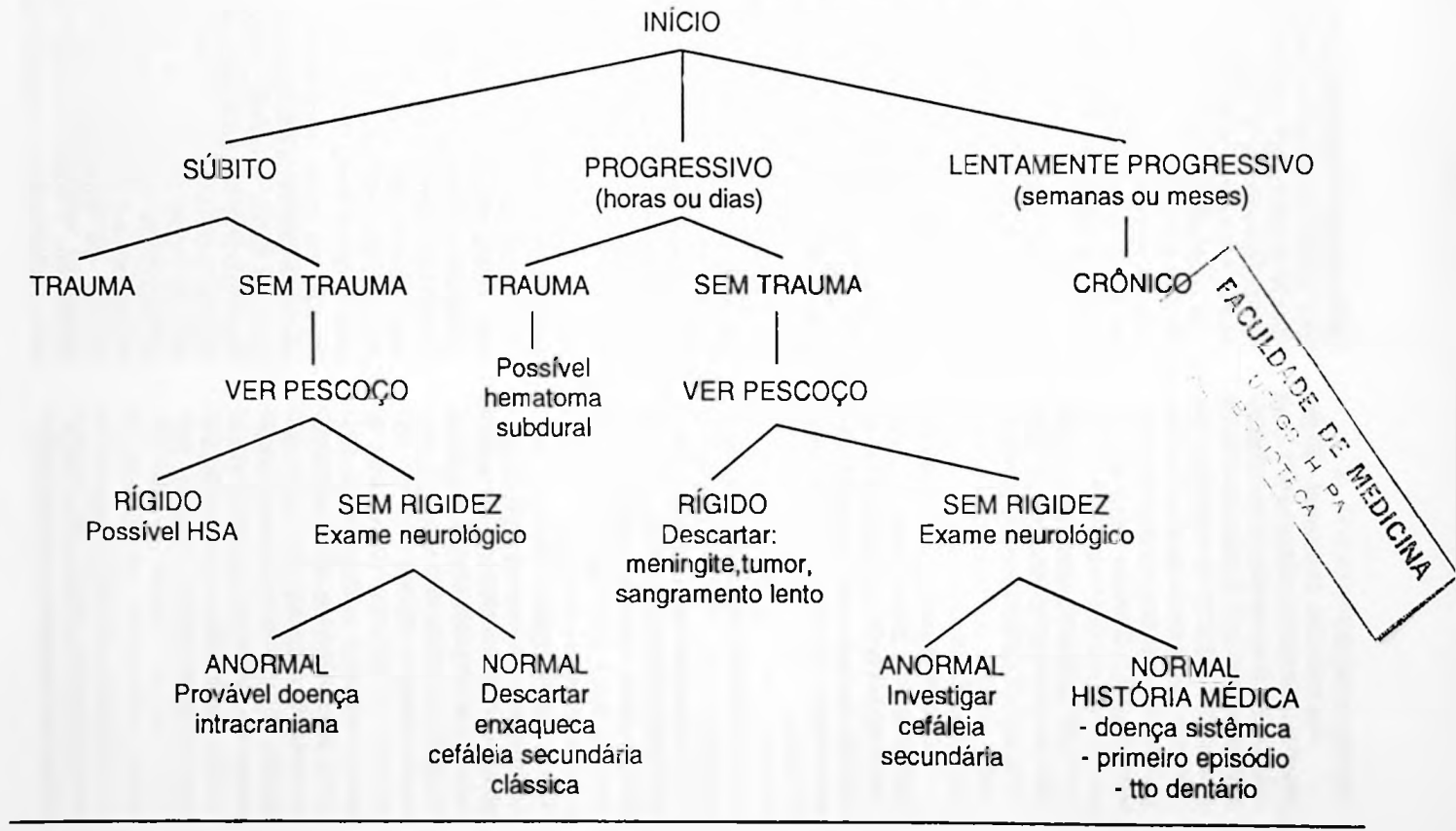
Cefaléia crônica diária ou quase diária geralmente é tensional. É definida como episódica quando ocorre, no máximo, 14 dias por mês e crônica quando ocorre 15 dias ou mais (4,11,14-17).

Enxaqueca ocorre esporadicamente, em crises, uma ou mais vezes por mês, mês após mês. A freqüência usual é de 1 a 4 vezes mensais, podendo ocorrer 1 vez por ano até 15 vezes por mês (11,15,16,18).

Cefaléia em salvas caracteriza-se por 2 ou 3 crises por dia, podendo variar de 2 por semana a 8 por dia. As crises ocorrem por um período de poucas semanas seguido por longos períodos de remissão, geralmente de 7 a 12 meses (11,14,19,20).

2. *Quanto tempo dura a sua*

Figura 1 - PACIENTE COM A PRIMEIRA CEFALÉIA



FACULDADE DE MEDICINA

dor de cabeça?

Na cefaléia tensional a dor pode durar de 30 minutos a 7 dias (4,11,15). A enxaqueca manifesta-se por crises que duram de 4 a 72 horas (11,12,21). A cefaléia em salvas ocorre em crises curtas, em média 45 minutos, podendo durar 10 minutos a 3 horas (4,11,21).

3. *Qual a intensidade da sua dor de cabeça? É apenas um leve desconforto, é tão inconfortável que você precisa de medicação ou é incapacitante?*

Cefaléia leve a moderada geralmente é do tipo tensional. Quando incapacitante é enxaqueca ou em salvas, que geralmente têm intensidade de moderada a forte (11,21).

4. *Mostre-me onde sua cabeça dói.*

A cefaléia tensional geralmente é bilateral, afetando toda a cabeça, podendo ocorrer algumas vezes em área localizada, especialmente em região occiptal (16,17,21). A enxaqueca geralmente é unilateral, podendo tornar-se generalizada ou, em crises diferentes, mudar de lado. A dor pode estar localizada ao redor ou atrás dos olhos, ou na região fronto-temporal (12, 15, 16, 18, 21). A cefaléia em salvas é exclusivamente unilateral, iniciando na região orbitária ou retrorbitária, podendo irradiar-se para supraorbitária, frontal e temporal homolateral ou, alternativamente, para maxilar, dentes superiores, palato e mandíbula do mesmo lado (4, 20, 21).

5. *Descreva-me sua dor.*

Na cefaléia tensional a dor é em aperto, pressão ou constricção, não-pulsátil. Os pacientes referem dor "como se fosse uma faixa apertando a cabeça" (12,16,17). Na enxaqueca a dor é pulsátil, geralmente correlacionada com os batimentos cardíacos (11,12,18). Na cefaléia em salvas a dor é descrita como aguda, perfurante, como ruptura, em pontada ou, algumas vezes, pulsátil (4,11,20,21).

6. *A que horas do dia geralmente ocorre sua dor de cabeça?*

A cefaléia tensional inicia à tarde ou começa pela manhã e vai piorando com o decorer do dia (11,12). A enxaqueca pode iniciar a qualquer momento do dia (11). Cefaléia em salvas freqüentemente ocorre à noite (50 a 75% dos casos) e acorda o paciente aproximadamente 90 minutos depois do início do sono, correspondendo a primeira fase do sono REM da noite. Por este motivo, tem características de ocorrer na mesma hora, em sucessivas noites (15,19,20,21).

7. *Alguma coisa acontece antes da sua dor de cabeça?*

Sintomas neurológicos antes da cefaléia diferenciam a enxaqueca clássica (com aura) da enxaqueca comum (sem aura). Estes sintomas geralmente ocorrem 1 ou 2 horas antes da cefaléia e duram menos que 1 hora. Sintomas visuais são os mais freqüentes. Os sintomas positivos são fotopsia (*flashes* de luzes e cores), teicopsia (figuras brilhantes ou linhas onduladas) ou intensificação do espectro (padrão zigue-zague). Os distúrbios negativos incluem escotomas, hemianopsias ou metamorfopsias (ilusão de tamanho ou forma distorcida). Podem ocorrer, também, alterações sensitivas e

motoras. Algumas vezes ocorrem alucinações visuais e olfatórias. Os pródromos ocorrem na seguinte freqüência: 1.escotomas, 2.teicopsia ou intensificação do espectro, 3.fotopsia, 4.parestesias, 5.alucinações visuais ou olfatórias. Raramente a aura pode consistir em sintomas sugestivos de despersonalização ou desrealização (15, 16, 21, 22).

Sintomas premonitórios podem ocorrer tanto na enxaqueca comum quanto na clássica, ocorrendo 2 a 72 horas antes do início da cefaléia. Estes sintomas incluem irritabilidade, euforia, anorexia, depressão, tensão e cansaço (11, 15, 18).

8. *Você tem outro sintoma durante a sua dor de cabeça?*

A cefaléia tensional comumente está acompanhada por ansiedade, depressão ou estresse. Sintomas visuais não estão presentes. Pode estar associada a cansaço, fraqueza e aumento da sensibilidade na nuca (11,17).

Na enxaqueca é essencial estar presente fono e fotofobia, ou náuseas e/ou vômitos. Podem estar presentes também anorexia, lacrimejamento, borramento da visão ou diplopia, tontura, coriza, diarréia ou constipação, extremidades frias, tremor, ataxia e disartria (15,16,18,21).

A cefaléia em salvas deve estar associada a 1 ou mais dos seguintes sintomas durante o episódio: hiperemia conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorréia, sudorese, rubor facial, miose e ptose palpebral (Síndrome Parcial de Horner) ipsilateralmente à dor. Bradicardia pode estar presente (15,21,23).

9. *O que você faz durante a dor?*

Os pacientes com cefaléia tensional mantêm suas atividades, apesar da dor (11). Na enxaqueca, os pacientes procuram lugares escuros e silenciosos, porque a atividade rotineira agrava a dor (16). Na cefaléia em salvas, os pacientes tipicamente caminham de um lado para outro, com uma dor tão intensa que eles não conseguem manter-se quietos (20,21).

10. *Que idade você tinha quando iniciou a dor de cabeça?*

A cefaléia do tipo tensional pode iniciar em qualquer idade (24). A enxaqueca inicia, geralmente, no adolescente ou adulto jovem. Se iniciar depois dos 40 anos, deve-se fazer investigação para cefeléia secundária (15,24). A cefaléia em salvas geralmente inicia 10 anos mais tarde que a enxaqueca (dos 27 aos 30 anos) e afeta homens mais frequentemente que mulheres (11,15,19).

Outras questões

Outras questões que podem colaborar são a respeito de história familar e fatores desencadeantes.

Nos pacientes com enxaqueca, história familiar é positiva em aproximadamente 70% dos casos (18). A enxaqueca é muitas vezes desencadeada por bebidas alcoólicas, nicotina, cafeína, alterações emocionais, alterações hormonais (menstruação, ovulação, anticoncepcional oral), alimentos e bebidas ricas em tiramina (queijos e vinhos), vasodilatadores (histamina, prostaglandina, serotonina, neurocinina e acetilcolina), alterações climáticas (11,15,18). A cefaléia em salvas pode ser desencadeada por

álcool e vasodilatadores (11,20,21). A cefaléia tensional frequentemente é desencadeada por estresse, depressão ou ansiedade (11,16).

Conclusão

A cefaléia crônica, uma queixa tão freqüente e desconfortável, pode ser facilmente diagnosticada através de uma anamnese bem conduzida. Alguns pacientes podem apresentar cefaléia mista, geralmente do tipo tensional e enxaqueca, causando maior dificuldade. Uma síndrome específica, quando detectada, propicia um tratamento mais correto e, portanto, mais efetivo. Por outro lado, a cefaléia pode fazer parte de uma doença grave e, como tal, deve receber atenção especial. Para isto, o exame clínico e neurológico são indispensáveis e, quando indicados, também a realização de exames complementares.

Referências Bibliográficas

1. Olenick JS, Taylor RB. Emergency evaluation and treatment of headache. Primary Care 1986, 13: 97-107.
2. Taylor H, ed. The nuprin pain report. New York, Louis Harris and Associates, 1985.
3. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. Neurology 1977, 27: 265-9.
4. Featherstone HJ. Headaches - approach and management. Commom Problems in Primary Care. American College of Physicians Meeting, 1992.
5. National Center of Health Statistics - Acute Conditions: Incidence and Associated disability, United States. In: National Center of Health Statistics. Vital and Health Statistics, National Health Survey Ser. 10, No. 77 (DHEW publication No. 73-1503, Rockville, 1972).
6. Hopkins A, Ziegler DK. Headache: the size of the problem. In.: Hopkins A, ed. Headache: Problems in Diagnosis and Management. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 1-7.
7. Edmeads J. Challenges in the diagnosis of acute headache. Headache 1990, 2 (supl.): 537-40.
8. Edmeads J. Emergency management of headache. Headache 1988, 28: 675-9.
9. Friedman AP. Clinical approach to the patient with headache. Neurol Clin 1983, 1: 361-8.
10. Sapeer JR. Daily chronic headache. Neurol Clin, 8:891-901.
11. Kunkel RS, Silberstein SD. Making the diagnosis with the 15-minutes headache history. A Special Report on Headache 1992: 5-6.
12. Queiroz Filho JP. Cefaléias. JBM 1991, 60: 25-31.
13. Mondell BE. Evaluation of the patient presenting with headache. Med Clin North Am 1991, 75: 521-4.
14. Sapper JR. Chronic Headache Syndrom. Neurol Clin 1989, 7: 387-412.
15. Paglioli EB, Falavigna A. Diagnóstico das Cefaléias. In. Paglioli EB, Da Costa JC, Falavigna A, eds. Topodiagnóstico Neurológico. Porto Alegre, Evangraf 1989: 133-52.
16. Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. Cephalalgia 1988, 8(supl7): 1-96.
17. Kunkel RS. Diagnosis and treatment of muscle contraction (tension-type) headaches. Med Clin North Am 1991, 75: 595-603.
18. Diamond S. Migraine Headaches. Med Clin North Am 1991, 75: 545-66.
19. Friedman AP, Mikropoulos HE. Cluster headaches. Neurol 1958, 8:653-63.
20. Kudrow L. Diagnosis and treatment of cluster headache. Med Clin North Am 1991, 75: 579-94.
21. Strub RL. Chronic headache. In.: Weissberg LA, Strub RL, Garcia CA, eds. Decision Making in Adult Neurology. St Louis, Mosby 1993: 16-9.
22. Diamond S. Migraine headaches: Its dianosis and treatment. Clin J Pain 1989, 5: 3-9.
23. Ekbom K. A clinical comparison of cluster headache and migraine. Acta Neurol Scand 1980, 46 (supl 41): 1-44.
24. Silberstein SD. Treatment of headache in primary care practice. Am J Med 1984, 77: 65-72.