

## **TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA NO PACIENTE COM CEFALÉIA: É UMA AVALIAÇÃO ROTINEIRA REALMENTE NECESSÁRIA?**

Mitchell, C.S.; Osborn, R.E. e Grosskreutz, S.R.  
*Headache* 33:82-86, 1993

Cefaléia é uma queixa muito freqüente em clínica neurológica, sendo responsável por dezesseis milhões de consulta por ano nos EUA.

Aproximadamente 12% dos CTs realizados nos serviço dos autores são devido à queixa de cefaléia, incluindo neste grupo exames de rotina e de urgência, e a grande maioria destes exames são normais, sendo questionado então o custo-benefício destes exames.

Foram selecionados 350 pacientes com queixa de cefaléia atendidos consecutivamente na clínica dos autores. Foram excluídos aqueles pacientes com causa conhecida para a cefaléia e foram incluídos os que apresentavam cefaléia com exame clínico e/ou neurológico normal ou anormal.

Foram realizados 147 (42%) exames sem contraste, 128 (32%) com contraste e 75 (25%) exames com e sem contraste.

O grupo era constituído por 193 (55%) homens, com média de idade de 33 anos e 157 (45%) mulheres com média de idade de 34 anos.

Haviam 7 pacientes (2%) com achados significativos no CT e 25 (7%) com achados não significativos. Todos os pacientes com achados significativos tinham exame neurológico ou clínico anormal ou sintomas clínicos atípicos. As alterações encontradas foram as seguintes: metástases, abscesso epidural, meningioma frontal, ar no seio venoso dural, ressangramento de hematoma subdural, hidrocefalia não-comunicante, ausência de cavum do septo pelúcido. Haviam também 27 (8%) pacientes que tinham exames físico e/ou neurológico anormais com CT normal e outros 29 (8%) que tinham sintomas atípicos com CT normal. Vinte e sete pacientes (8%) referiam ser a pior cefaléia que já tinham tido em suas vidas (apenas 1 paciente com achados significativos). O reforço anormal do contraste ocorreu em dois casos: um com abscesso epidural e outro com metástases.

Foram encontrados 7 (2%) pacientes com CTs anormais, sendo que 3 pacientes apresentavam exame neurológico normal e sintomas atípicos. Outros 7% apresentavam CTs com alterações mas estas, não tinham relação com a cefaléia que o paciente queixava.

Em revisão da literatura de 1985 até 1992 os autores encontraram vários trabalhos com resultados concordantes com os seus e apenas 3 com resultados diferentes.

No total foram estudados 1106 pacientes com cefaléia e exame neurológico normal e foram encontrados 6 (0,5%) pacientes com achados significativos no CT. Quando o CT é realizado em pacientes com cefaléia atípica e exame neurológico anormal ocorre um aumento de 500% nas chances de haver alteração no CT.

Em oposição a estes trabalhos existem 3 estudos com altos índices de positividade no CT em pacientes com cefaléia. O grupo de pacientes com elevada incidência de achados anormais no CT totalizou 804 CTs de pacientes com cefaléia e exame neurológico normal, havendo 54 (6,7%) CTs com achados significativos.

Conclusão: existe, um baixo índice de alterações no CT em pacientes com cefaléia típica, com exame clínico e neurológico, normais. Estes dados estão de acordo com a maioria dos dados da literatura. Estes dados sugerem ser desnecessária a realização de CT rotineiro em pacientes com cefaléia típica e exames clínico e neurológico normais.

*José Roberto Santiago Barreto.*

## **BENIGN COITAL HEADACHE**

Ostegaard J.R., Kraft M.  
*Cephalalgia* 12:353-5, 1992.

Sinônimos: Cefalalgia orgásmica, Cefaléia orgásmica, Cefalalgia coital benigna orgásmica, Cefaléia coital, Cefaléia masturbatória benigna, Cefaléia relacionada à atividade sexual.

Conceito: É uma cefaléia relacionada à atividade sexual sem condição patológica subjacente grave.

Tipos (segundo Lance e Paulson e Klawans): Tipo I: cefaléia que tem início precoce no ato sexual, com aumento de intensidade progressivo, com o pico da dor ocorrendo durante o orgasmo sendo caracterizada como dor surda de localização occipital ou difusa. Tipo II: cefaléia com início durante ou próximo do orgasmo, de grande intensidade, com caráter explosivo ou pulsátil, com duração de minutos a horas, podendo persistir dor surda por 48 horas, de localização frontal ou occipital. A atividade física pode piorar ou disparar a dor nos primeiros dias após o episódio inicial. Tipo III: esta cefaléia é semelhante ao tipo II, mas diferencia-se daquela pela piora da dor quando o paciente levanta-se e pela persistência do quadro por 2-3 semanas.

Importância de distinguir a cefaléia orgásmica de hemorragia sub aracnóidea (HSA): cefaléia pode ser o sinal de aviso de uma HSA ou da eminente ruptura de um aneurisma, sendo esta cefaléia conhecida como Cefaléia Sentinela. Este tipo de dor de cabeça apresenta características clínica muito semelhante às cefaléias orgásmicas. A atividade sexual é o fator precipitante de HSA em 3,8-12% dos pacientes com aneurisma e em 4,1% dos pacientes com mal formação artério-venosa.

O objetivo deste trabalho é estudar as características e a evolução da cefaléia coital benigna e procurar diferenciar a mesma da HSA.

Foram selecionados 32 pacientes (24 M e 8F) atendidos com cefaléia orgásmica na Danish Neurological Private Clinic entre 1988 e 1991. Estes pacientes foram convidados para uma entrevista, onde compareceram 26 pacientes (19 M, 7 F), que compuseram o grupo deste estudo. O seguimento variou de 6 meses a 14 anos e os pacientes foram divididos em 3 grupos conforme o tipo de cefaléia que apresentavam.

O tipo de cefaléia predominante era o tipo II, com 73% dos casos e a menos comum a tipo I com 8%, A cefaléia do tipo III ocorreu em 5 pacientes (19%).

A cefaléia tipo I era occipital ou difusa, a do tipo II era occipital e, menos comumente frontal e a do tipo III apresentava localização inespecífica. A presença de história de cefaléia do tipo migrânea estava presente em 42% dos pacientes com cefaléia do tipo II e cefaléia do tipo tensão estava presente em