

Migrêneas & Cefaléias

Publicação da Sociedade Brasileira de Cefaléia

Ano I - nº 2

Agosto 1994

Distribuição Gratuita

CEFALÉIA CERVICOGÊNICA: NOVAS CONSIDERAÇÕES MAURICE VINCENT

O surgimento de cefaléias em decorrência de anormalidades cervicais é fato observado há muitos anos (1-3). Apesar disto, seu reconhecimento ainda é polêmico (4,5). A Classificação Internacional das Cefaléias (6) desconhece qualquer Cefaléia Cervicogênica (CC) que satisfaça aos seus itens 1.1.2.1 (Cervical spine) e 11.2.2 (Retropharyngeal tendinitis). Mesmo assim, não dispomos ainda de critérios satisfatórios para diferenciar a CC de outras entidades, principalmente da migrânea sem aura (6). Conseqüentemente, sua real incidência e prevalência são desconhecidas. Tampouco sabe-se quais são os mecanismos envolvidos em sua fisiopatologia, e qual é o tratamento mais apropriado e eficiente. O presente trabalho apresentado aqui em forma resumida, é baseado na experiência do autor em 29 casos de Cefaléia Cervicogênica. Os valores estão apresentados em média + desvio padrão (mínimo - máximo). O método estatístico empregado foi o qui-quadrado.

Aspectos clínicos e diagnóstico diferencial

A CC é entidade freqüente, correspondendo a cerca de 10% dos casos de cefaléia em nossa experiência. Sob o ponto de vista clínico, assemelha-se principalmente à migrânea sem aura (Ms/A), e dela deve ser diferenciada com especial cuidado.

Quando CC e Ms/A co-existem, o paciente sabe diferenciá-las com facilidade e pode descrever em separado a duração e frequência de cada tipo de ataque. Há também casos de migrânea ou cefaléia do tipo tensão com um ou mais componentes cervicogênicos, mas um número maior de casos ainda será necessário para conclusões mais precisas a este respeito. Estes aspectos são objeto de nosso estudo no momento. O pescoço aparenta ser a

origem dos ataques, o que se evidencia pela ocorrência desencadeada pela movimentação cervical ou pela adoção de posturas desconfortáveis. Em 38.4% dos pacientes houve dor à rotação da cabeça para o lado da dor, e 23.0% à rotação contralateral. Deve-se atentar também para a postura adotada pela cabeça. Permanecer olhando para um dos lados, como em um ônibus, por exemplo, pode estimular o ataque.

Muitos pacientes têm dor ao acordar, provavelmente por terem permanecido longos períodos com o pescoço em posições desencadeadoras. A digito-pressão ao exame físico pode ser fator desencadeante de ataques, de intensidade menor ou semelhante aos episódios espontâneos.

Mais importante do que a dor desencadeada pela palpação é o padrão de irradiação da dor, que deverá ser o mesmo. É comum pacientes retornarem à consulta queixando-se de um longo ataque iniciado pelo exame físico feito na consulta anterior. Em controles, qualquer dor desaparece ao término da digito-pressão. Por razões desconhecidas, a CC é afecção predominante no sexo feminino (86%). A idade de aparecimento da doença foi 33.06 +/- 18.51 (6-69) anos, mais tarde em relação à Ms/A.

A duração da doença até o início do estudo foi de 11.93 +/- 13.61 (0-47) anos. O ataque tem duração muito variável. Há casos onde as dores duram minutos, relacionados a um determinado movimento ou postura da cabeça, e casos de dor contínua, com exacerbações de frequência e duração variadas. Em geral, as crises se iniciam de maneira intermitente, cronificando-se com o tempo.

A tendência é de ataques com mais de 72 horas, mais longos que na Ms/A. Conforme descrito por Sjaastad, a dor se inicia na região posterior e se irradia para a região

órbito-fronto-temporal, podendo envolver também a face e o ouvido. Menos frequentemente, o padrão de irradiação é inverso, ou surge a dor em todo o hemicrânio simultaneamente. Vimos um caso com dor lombar associada, que desapareceu instantaneamente ao bloqueio do nervo occipital maior. A irradiação para a região contralateral é possível, mas rara.

Pode ter a dor caráter latejante, mas geralmente é compressiva, ou lateja apenas nos períodos de exacerbação, quando pode se acompanhar de outros traços migranosos. Todos os pacientes têm ataques unilaterais que não mudam de lado (critério de inclusão), sendo este o principal fator de diferenciação em relação à Ms/A. A ocorrência de casos bilaterais foi observada pelo autor, mas excluída do presente estudo de acordo com os critérios publicados por Sjaastad et al (7). Não há muitos sinais e sintomas associados à dor durante ataques de CC. Uma sensação de *aquecimento* na nuca ou hemicrânio pode anteceder o ataque. Mal-estar geral e tonteiras de caracterização imprecisa foram relatados. Não encontramos com frequência dificuldades para deglutir (um caso) ou diminuição da acuidade visual (dois casos). De acordo com os critérios diagnósticos, uma dor não-radicular, difusa, imprecisa e mal localizada pode surgir no membro superior ipsilateral. Nós observamos que tal sintoma não surge necessariamente ao mesmo tempo da cefaléia. Em nossa série, a unilateralidade (ou bilateralidade com dor mais acentuada de um lado) sem mudança de lado foi verificada em 100% dos pacientes, e é o critério diagnóstico mais importante. Sinais diretos de envolvimento do pescoço foram evidenciados em 96.6% dos casos. O critério mais ausente foi dificuldade para engolir, em apenas um caso (3.4%).

Todos os pacientes foram submetidos aos critérios diagnósticos para Ms/A de acordo com a IHS. Dez pacientes (34.4%) satisfizeram as exigências para este diagnóstico, sendo que as características mais encontradas, em ordem decrescente de frequência, foram: unilateralidade, duração de 4 a 72 horas, náusea e/ou vômito, fotofobia e fonofobia, caráter pulsátil, piora com exercício e moderada a severa intensidade. Nenhum caso preencheu todos os critérios para Ms/A.

O exame físico

Tradicionalmente, o exame físico é considerado pouco importante nas cefaléias. Em seu livro clássico *Principles of Neurology*, Adams & Victor dizem que "Auscultation of the skull may disclose a bruit (...) and palpation may disclose the tender, hardened arteries of temporal arteritis or sensitive areas overlying inflamed sinuses, but apart from such special instances, physical examination of the head itself is seldom useful". Seguramente, este não é o caso na CC. Como parte de uma investigação atualmente em andamento em nosso Setor, dados preliminares indicam que a presença de assimetrias ao exame físico é significativamente importante para o diagnóstico de CC quando se compara a controles sem cefaléia ($p=0.0001$). Caso não disponha de algômetro, propomos ao médico palpar e quantificar a resposta ao exame em 4 níveis: +: Sensibilidade normal. A dor desaparece com a interrupção da palpação; ++: Dor mais intensa, refletindo dolorimento anormal à palpação; +++: Dor muito intensa, geralmente com reação de retirada da cabeça, ou tentativa de interromper a palpação. O paciente tenta afastar a mão do médico; ++++: Dor intensa com irradiação para a frente ou, pelo menos, vértice no caso de palpação posterior. Os nervos mais importantes a serem palpados em se tratando de CC são os supra-orbitários, occipitais maiores e occipitais menores. A raiz C2 e o ligamento estilo-mandibular podem ser particularmente sensíveis à digito-pressão. O sinal do pincé-roulé, conforme descrito por Maigne (8), parece ser importante apenas pela presença ou não de assimetria, verificada em 41.3% dos pacientes ($p=0.06$, controles: $n=10$).

Finalmente, deve-se examinar o grau de mobilidade cervical, embora nenhuma redução seja necessária para o diagnóstico.

Tratamento

Dezenove pacientes fizeram bloqueio com 2-3 ml de bupivacaína a 0,5% no nervo occipital maior, dois tiveram bloqueios neste nervo e no occipital menor simultaneamente, e um foi bloqueado no occipital menor. Apenas um paciente não apresentou alívio considerável (redução de dor maior de 50% avaliada por VAS) ao procedimento, mas neste paciente não foi obtida anestesia no território do nervo bloqueado, sendo o bloqueio considerado inadequado. Curiosamente, um número significativo de pacientes (52.1%) permaneceu por longo prazo (até meses) sem dor, mesmo depois do fim do efeito do anestésico local. A razão para este fenômeno é desconhecida. Embora não tenha havido um grupo controle adequado com placebo, a proporção dos pacientes com benefícios após o bloqueio (95.6%) sugere fortemente um efeito terapêutico real. Todavia, estudos criteriosamente controlados são necessários para comprovação destas observações. Alguns pacientes foram infiltrados com metilprednisolona, mas este medicamento não parece superior ao anestésico local. O bloqueio não é medida terapêutica universal, e deve, sobretudo, ser utilizado como instrumento de comprovação diagnóstica. Técnicas fisioterapêuticas de manipulação podem ser benéficas em alguns casos. A termocoagulação por radiofrequência segundo Blume (9) parece funcionar em alguns casos. Os medicamentos profiláticos contra migrânea não atuam na CC. Analgésicos têm efeito inespecífico e efêmero.

Considerações finais

Ao contrário do que se possa imaginar, a CC é uma condição freqüente, cuja fisiopatologia ainda não é inteiramente conhecida, para a qual generalista e neurologista devem estar atentos. Casos de MS/A "não responsivos" ao tratamento anti-migranoso habitual podem ser na verdade, pacientes com CC não identificada. Deve-se lembrar de que o termo "cervicogênica" não implica no envolvimento de nenhuma raiz ou estrutura cervical em particular. É possível

que impulsos sensitivos cervicais modifiquem níveis de neurotransmissores envolvidos na gênese da dor (10). Métodos de neuroimagem, incluindo RM, podem ser inteiramente normais, embora se possa detectar algumas anormalidades, tais como hérnias e degenerações discais. O trauma, ao contrário do que prega o grupo norueguês, não parece ser um determinante importante para a instalação da síndrome. O material reunido sugere que: 1) Esta condição existe e pode ser facilmente identificada; 2) CC e Ms/A são entidades distintas, com fisiopatologia, clínica e tratamento completamente independentes, embora em alguns casos a exteriorização clínica possa ser semelhante; 3) É necessário rever os critérios diagnósticos para ambas as doenças e considerar itens importantes, tais como a não alternância da dor na CC. 4) O estudo criterioso destes pacientes pode trazer subsídios para o melhor entendimento da fisiopatologia desta e outras cefaléias, abrindo novas possibilidades terapêuticas.

Referências:

1. Bärtschi-Rochaix W. Headaches of cervical origin. In: Vinken, PJ, Bruyn, GW eds Handbook of clinical neurology. Vol 5. Headache and cranial neuralgia. Amsterdam: North Holland Publ Co 1968;192-203
2. Hunter CR, Mayfield FH. Role of the upper cervical roots in the production of pain in the head. *Am J Surg* 1949;48:743-751
3. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, Breivik H, Gronbaek E. Cervicogenic headache. An hypothesis. *Cephalalgia* 1983;3:249-256
4. Sjaastad O. Cervicogenic headache: the controversial headache. *Clin Neurol Neurosurg* 1992;94(suppl.):S147-S149
5. Edmeads J. The cervical spine and headache. *Neurology* 1988;38:1874-1878
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 [Suppl 7]:1-96
7. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. *Headache* 1990;31: 725-726
8. Maigne R. Un signe évocateur et inattendu de céphalée cervicale: "La douleur au pincé-roulé du sourcil". *Ann Med Phys* 1976;XIX(4):416-434
9. Blume H, Atac M, Golnick J. Neurosurgical treatment of persistent occipital myalgia-neuralgia syndrome. In: Pfaffenrath, V, Lundberg, PO, Sjaastad, O eds Updating in headache. Berlin: Springer-Verlag 1985;24-34
10. Vincent MB, Ekman R, Edvinsson L, Sand T, Sjaastad O. Reduction of calcitonin gene related peptide in jugular blood following electrical stimulation of rat greater occipital nerve. *Cephalalgia* 1992;12:275-279