

## NEURALGIA DE ARNOLD

Wilson Farias da Silva  
Professor Titular, Disciplina de Neurologia e Neurocirurgia  
Joaquim Costa Neto  
Chefe do Serviço de Neurologia do HC  
Ivana Silva da Cruz, Fabiola L. Medeiros e Hercília Albuquerque  
Médicos Residentes

Serviço de Neurologia e Neurocirurgia, Universidade Federal de Pernambuco.  
Ambulatório de Cefaléia do HC-UFPE

### INTRODUÇÃO

Processos degenerativos, infecciosos, inflamatórios, tumorais, traumáticos ou deformações congênitas das estruturas da região cervical alta ou da zona de transição crânio-cervical podem acarretar o aparecimento de dores na região occipital, por vezes com propagação para o pescoço (áreas de inervação das raízes C2 e C3), de início insidiosas ou subagudas, contínuas ou intermitentes, desencadeadas ou agravadas por movimentação ativa ou passiva da coluna cervical. Há dor à pressão dos nervos occipitais e/ou das estruturas ósseas da coluna cervical, hiperestesia no território neural, podendo se encontrar, ainda, contratura muscular de defesa. Alguns pacientes experimentam, concomitantemente, sensações vertiginosas, náuseas e vômitos.

O diagnóstico de neuralgia occipital é relativamente fácil, mas o determinar da etiologia, por vezes, é difícil, exigindo a realização de estudos por neuroimagem, do crânio e da coluna cervical, e exame do líquido cefalorraquidiano.

No diagnóstico diferencial estão incluídas condições de nosologia discutíveis, tais como cefaléia cervicogênica, síndrome de Barré-Liéou, além da síndrome de lesão em chicotada da coluna cervical relatada por Hunter e Mayfield.

O tratamento pode exigir o concurso de ortopedistas e fisioterapeutas. A resposta positiva, porém temporária, à injeção local de anestésico e corticosteróide assegura a permanente resolução do quadro clínico com a rizotomia de C2.

As considerações acima dizem respeito à modalidade passível de ser denominada de sintomática, reconhecendo-se, todavia, um outro quadro não sintomático numa patologia orgânica, seria primário ou essencial, e que se constitui a chamada neuralgia do nervo occipital maior ou neuralgia de Arnold e que é a razão desta comunicação.

A neuralgia de Arnold, entendida aqui apenas a essencial, é uma condição pouco freqüente, evoluindo com dores unilaterais e de grande intensidade, iniciadas na região nucal daí se irradiando para a região occipital, podendo se estender até a região retromastoidea, indo, ocasionalmente, até a região parietal.

O início comumente é agudo, porém a instalação pode ser progressiva, com sensação de queimação, associando-se aos paroxismos algícos, os quais podem ser representados por dores isoladas ou eclodir em uma série delas, agrupadas dentro de um pequeno intervalo de tempo.

O habitual é que, após uma salva de dores, sobrevenha um período de latência durante o qual o território neural pode permanecer hipoestésico.

As dores aparecem de modo espontâneo ou podem ser desencadeadas por estímulos cutâneos tais como colocar um chapéu, pentear os cabelos, realizar movimentos de flexão, extensão e rotação da cabeça e, também, exercer pressão sobre a região occipital.

Hiperestesia do couro cabeludo que recobre a área interessada freqüentemente é encontrada.

A neuralgia de Arnold tem evolução bastante irregular, os surtos de dor são espontâneos e surgem de modo aleatório, persistindo por tempo variável e com período de latência, por vezes longos, ocorrendo durante a evolução.

O tratamento clínico da neuralgia de Arnold, de modo análogo ao que ocorre com as outras neuralgias craniofaciais essenciais, tem na carbamazepina, em doses individualizadas para cada paciente, a medicação de escolha. Uma outra opção hodiernamente sugerida para tratar as neuralgias é a gabapentina na dose de 600 a 1800 mg ao dia. Na falha do tratamento conservador e após criteriosa avaliação, medidas cirúrgicas podem ser cogitadas.

## CASUÍSTICA

CASO 1. SMF; 46 anos; masc.; br.; prof. universitário

Há três semanas, espontaneamente e ao fletir a cabeça, dor no território do nervo occipital esquerdo, agudas, intensas, duração de segundos, isoladas ou agrupadas em pequenas salvas. Ao exame, dor à pressão do ponto de emergência do nervo occipital esquerdo. Rx de crânio mostrou espessamento do osso occipital com importante exostose na correspondência da protuberância occipital externa. A tomografia computadorizada do crânio mostrou-se normal. Medicado com carbamazepina, inicialmente 600 mg/dia e, posteriormente aumentada para 800 mg/dia em virtude de resposta parcial com a dose mais baixa, ficou assintomático ao fim de vinte dias de tratamento. Após trinta dias sem dores, a medicação foi suspensa, o paciente permanecendo assintomático.

CASO 2. EJA; 73 anos; masc.; br.; engenheiro.

Há vários anos, esporadicamente, dores em pontadas, intensas, curtíssima duração, erráticas, projetadas em áreas restritas do território dos nervos trigêmeo (Jabs and Jolts). Há 15 dias, dores na região occipital direita, intensas, como uma facada (sic), duração efêmera, pouco freqüentes e mais vezes surgindo quando apoiava o occiput no travesseiro. Exame clínico neurológico sem anormalidades. Rx de crânio normal. Rx da coluna cervical com osteófitos e pinçamentos de C4 a C8. Hemograma, VSH e protidograma normais. Medicado com carbamazepina, não retornou para controle.

CASO 3. LRN; 42 anos; masc.; br.; eletricitista.

Há oito dias, com início abrupto, dores na região occipital esquerda, intensa e de curta duração repetindo-se espontaneamente, mas podendo ser desencadeadas por espirros. Ao exame, dor à dígito-pressão do ponto de emergência do nervo occipital maior esquerdo. RMM evidenciou discopatia degenerativa de C6 – C7. Medicado com carbamazepina, melhora com 400 mg/dia e assintomático a partir de quando foi prescrita dose de 600 mg/dia. Continua em tratamento.

## COMENTÁRIOS

Tomando-se por base apenas os aspectos clínicos, nem sempre é fácil diferenciar neuralgia occipital sintomática (habitualmente dor contínua com exacerbações, anormalidades objetivas ao exame clínico-neurológico) da forma essencial (ausência de dor entre os paroxismos algícos; normalidade do exame clínico neurológico; tendência a auto-remissões separadas por períodos de latência), exames complementares quase sempre sendo necessários. O diagnóstico correto é, todavia, imprescindível para a formulação prognóstica e, principalmente, da estratégia terapêutica:

- Neuralgia de Arnold (essencial); bom prognóstico; possibilidade de auto-remissões com períodos algícos sepa-

rados por longos períodos de latência; resposta em geral excelente à carbamazepina.

- Neuralgia sintomática; prognóstico na dependência da doença primária, que também é o referencial para o tratamento se medicamentoso ou, com bastante freqüência, cirúrgico

## REFERÊNCIAS

1. Ad Hoc Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8 (suppl):7.
2. Andrychowski J, Nauman P and Czernicki Z. Occipital nerve neuralgia as postoperative complication. Views on etiology. *Neuro- Neurochir-Pol* 1998;32 (4):871-6.
3. Clavel M, Clavel P. Occipital neuralgia secondary to exuberant callus formation. Case report. *J Neurosurg* 1996;85(6): 1.170-1.
4. Ehni G, Benner B. Occipital Neuralgia and C1-C2 arthrosis syndrome. *J Neurocirg* 1984;61 961-65;1984.
5. Farias da Silva W. *Algias craniofaciais*. 1ª ed. 286p. Lemos editorial. São Paulo. 1998
6. Hunter CR, Mayfield FH. Role of the upper cervical roots in the production of pain in the head. *American J of Surgery* 1949; 78:743-51.
7. Joseph B, Kumar B. Gallies fusion for atlantoaxial arthrosis with occipital neuralgia. *Spine* 1991;19(4):454-5.
8. Kuhn W F, Kuhn SC, Gilberstadt H. Occipital neuralgias: Clinical recognition of a complicated headache. A case series and literature review. *J Orofac Pain* 1997;11(2):158-65.
9. Lance JW, Goadsby PJ. *Mechanism and management of headache*. 6ª ed. p 270-272. Butterworth- Heinemann. Boston 1999
10. Magnusson T. Extracervical symptoms after whiplash trauma. *Cephalalgia* 1994;14 (3):223-7; discussion 181-2.
11. Sjaastad O et al. Cervicogenic headache on hypothesis. *Cephalalgia* 1983;(3):249-256.
12. Sjaastad O, Dale I. Evidence for a new treatable headache entity. *Headache* 1974;14 (3):105-08.