

# Diagnóstico diferencial das cefaléias

## Headaches: Differential diagnosis

Pedro Ferreira Moreira Filho,<sup>1</sup> Jano Alves de Souza,<sup>2</sup> Carla da Cunha Jevoux,<sup>3</sup>  
Cláudio Manoel Brito,<sup>4</sup> Elder Machado Sarmiento<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professor Adjunto IV de Neurologia da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

<sup>2</sup>Doutor em Neurologia pela Universidade Federal Fluminense

<sup>3</sup>Doutoranda em Neurologia pela Universidade Federal Fluminense

<sup>4</sup>Mestrando em Neurologia pela Universidade Federal Fluminense

Ambulatório de Cefaléias do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF – Niterói-RJ

Quando suspeitar da organicidade de uma cefaléia? A maior preocupação do médico frente a um paciente com cefaléia é a possibilidade de uma causa potencialmente grave ocasionando esse sintoma. No diagnóstico das cefaléias ditas primárias, que são as mais freqüentes na prática diária, não existe exame complementar capaz de auxiliar no diagnóstico clinicamente elaborado. A realização de uma anamnese detalhada, exames clínico e neurológico possibilitam a formulação do diagnóstico correto das cefaléias primárias, assim como afastar as secundárias.

Para o diagnóstico diferencial das cefaléias, diversos dados devem ser coletados (tempo de evolução da dor, modo de apresentação, localização, intensidade, duração, freqüência, sintomas associados, fatores precipitantes, etc.), embora nenhum tenha valor absoluto ou, ao contrário, seja destituído de valia. Quando a cefaléia apresenta início recente, padrão indefinido ou se está associada com sinais neurológicos progressivos, a investigação se torna obrigatória.

Neste trabalho abordaremos o diagnóstico diferencial sob o ponto de vista temporal em três categorias: agudas, subagudas e crônicas. Lembrando que uma cefaléia pode ter um início agudo e cronificar, assim como uma forma crônica pode agudizar.

### CEFALÉIAS AGUDAS

Algumas afecções que podem provocar cefaléias agudas:

#### **Meningites**

A meningite provoca dor de cabeça intensa, holocraniana, geralmente é acompanhada por distúrbio da consciência, febre e/ou rigidez de nuca, esta última, muitas vezes, pouco evidente. O estudo do líquido cefalorraquiano, nesses casos, é mandatório.

#### **Hemorragia subaracnoídea**

É uma afecção freqüente que acarreta forte cefaléia bilateral de início súbito com rigidez de nuca, hipertermia, torpor ou coma. Quando houver suspeita de hemorragia subaracnoídea por ruptura de aneurisma ou qualquer outra malformação arteriovenosa, a investigação deve ser exaustiva, variando de tomografia cerebral computadorizada, punção lombar até arteriografia cerebral.

#### **Encefalopatia hipertensiva**

A rápida elevação da pressão arterial pode resultar em cefaléia. A encefalopatia hipertensiva é uma afecção caracterizada por cefaléia, confusão mental, sonolência, crises convulsivas e comprometimento visual conjuntamente com uma rápida elevação da pressão arterial. A pressão diastólica normalmente está acima de 140 mmHg, e o fundo de olho evidencia edema de papila com focos hemorrágicos. Obviamente que a abordagem terapêutica é a redução dos níveis tensionais.

#### **Cefaléia associada à atividade sexual**

Cefaléia precipitada por masturbação ou coito, caracterizada por dor em peso, bilateral, que se intensifica com

a excitação sexual e tornando-se subitamente intensa (explosiva) no orgasmo, na ausência de qualquer lesão intracraniana. Pode ainda surgir, após o coito, cefaléia postural semelhante àquela da hipotensão. Estes são os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) para caracterizar este quadro. Deve ser afastada possibilidade de qualquer lesão intracraniana. Como esse quadro pode mimetizar em alguns aspectos a hemorragia subaracnoídea, o examinador deve estar atento.

### **Traumatismo cranioencefálico**

Para todo indivíduo que apresenta cefaléia após um traumatismo cranioencefálico, exames complementares apropriados devem ser realizados para afastar hematomas intracranianos, trombozes de seios venosos, hidrocefalia pós-traumática. Entretanto, são numerosos os casos em que, apesar da investigação complementar não demonstrar alterações, o paciente mantém dor crônica, persistente ou episódica, podendo apresentar características migranosas, ou da cefaléia do tipo tensional.

Essa é a denominada cefaléia pós-traumática e pode fazer parte da síndrome pós-traumática, juntamente com irritabilidade, insônia, falta de concentração.

Pode ser desencadeada por traumatismos cranianos leves. Muitos desses enfermos são encaminhados erroneamente ao psiquiatra, fazendo com que haja um retardo no tratamento dos sofrendores dessa síndrome.

### **Hipotensão liquórica**

Esse tipo de cefaléia ocorre geralmente após punção lombar, é bilateral, aparecendo menos de sete dias após a punção. Aparece ou se agrava em menos de 15 minutos após assumir a posição ortostática, e melhora ou desaparece se o paciente se deitar. Melhora do quadro é observada em duas semanas.

---

## **CEFALÉIAS SUBAGUDAS**

As causas mais freqüentes de cefaléias subagudas são:

### **Tumores cerebrais**

Cefaléia ocorre em 40% dos pacientes que apresentam tumores cerebrais. A dor pode inicialmente ser episódica e lateralizada simulando a migrânea. Com o tempo, apresenta paulatino incremento na intensidade e/ou freqüência e tende a se tornar holocraniana, de intensidade moderada a forte e, na metade dos casos, vem acompanhada de náuseas e vômitos, podendo ser agravada por tosse ou esforço físico. Esses pacientes passam a ser despertados pela dor. O exame neurológico é de fundamental importância, principalmente o exame do fundo de olho onde é encontrado edema das papilas ópticas. Exames complementares como tomografia cerebral e/ou ressonância nuclear magnética são fundamentais para o diagnóstico.

### **Arterite de células gigantes**

A arterite de células gigantes é caracterizada por uma inflamação dolorosa da artéria temporal e sintomas de comprometimento sistêmico como febre, fadiga, mialgia, anorexia e perda de peso.

A cefaléia tende a ser intensa, latejante, constante e progressiva. Piora geralmente à noite e com exposição ao frio.

Os critérios diagnósticos são:

- Idade acima de 50 anos;
- Dor à palpação da artéria temporal ou à diminuição da amplitude de sua pulsação;
- Velocidade de hemossedimentação elevada;
- Positividade na biópsia da artéria temporal.

A claudicação da mandíbula, quando presente, é praticamente patognômico desta afecção. O início da corticoterapia é mandatório o mais rápido possível, mesmo antes da biópsia da artéria temporal para prevenir a complicação mais temida desta doença, que é a cegueira.

### **Pseudotumor cerebral**

A elevação da pressão do líquido cefalorraquiano (LCR) sem evidências da presença de hidrocefalia ou processo expansivo é denominada hipertensão intracraniana idiopática ou pseudotumor cerebral. Predomina em pacientes do sexo feminino, obesas ou grávidas. Seu quadro clínico é caracterizado por cefaléia holocraniana, perda da acuidade visual transitória e zumbido. No exame neurológico encontramos edema de papila bilateral na quase totalidade dos casos e paresia do nervo abducente uni ou bilateral em até 40% dos casos. O diagnóstico é confirmado através da tomografia cerebral computadorizada, que demonstra os ventrículos com volumes normais ou diminuídos, e na medida da pressão do LCR que está elevada (> 250 mm H<sub>2</sub>O), sem anormalidades em seus componentes. Punções lombares repetidas para retirada de LCR é o tratamento de eleição para impedir o comprometimento visual que, em alguns casos, pode evoluir para amaurose.

### **Cefaléia induzida por drogas**

Atualmente é conhecida uma gama enorme de substâncias utilizadas no tratamento de várias afecções e que têm como efeito colateral a cefaléia. Também, o uso excessivo e freqüente de medicações sintomáticas ou abortivas em pacientes com cefaléias primárias, de fato perpetuam a cefalalgia. A classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), em seu capítulo 8 (cefaléia associada ao uso de substâncias ou à sua retirada), aborda de maneira pouco abrangente estas substâncias. A cada dia são lançados novos fármacos que têm como secundarismo, dor de cabeça. Dividiremos estes fármacos em dois grupos:

- 1) cefaléia induzida por drogas utilizadas para condições outras que não cefaléia;
- 2) cefaléia induzida por drogas usadas para alívio da

própria cefaléia. No primeiro grupo dividiremos as substâncias em dois subgrupos a saber:

- a) drogas relacionadas à cefaléia de uma maneira geral;
- b) fármacos que podem desencadear a migrânea.

Como exemplo do subgrupo “a” temos a indometacina, nifedipina e cimetidina, entre outras; no subgrupo “b”, diclofenaco, cimetidina e ranitidina.

No segundo grupo (cefaléia induzida por drogas usadas para alívio da própria cefaléia), foram reconhecidas duas formas de cefalalgias crônicas: cefaléias por ergotamina e cefaléia por analgésicos conforme os itens 8.2.1 e 8.2.2 respectivamente na classificação da SIC.

Recentemente, sob a designação de cefaléia crônica diária (ainda não classificada na SIC), é utilizada para se referir a um grupo de cefaléias primárias recorrentes, de ocorrência diária ou quase diária, freqüentemente contínua ou quase contínua e que persiste por meses ou anos. Muitos pacientes com cefaléia crônica diária fazem uso abusivo de medicações sintomáticas, o que contribui para a perpetuação da dor.

## CRÔNICAS

No grupo das cefaléias crônicas, provavelmente estão reunidas 90% das cefalalgias encontradas nos ambulatórios, diariamente. As formas clínicas mais freqüentes são:

### Migrânea sem aura

A migrânea sem aura contribui com cerca de 80% das enxaquecas. Segundo os critérios da SIC, os episódios têm duração de 4 a 72 horas (quando não tratados ou tratados sem sucesso), a localização é unilateral, o caráter pulsátil, a intensidade de moderada à forte. Durante as crises, ocorre fotofobia e fonofobia, náusea e/ou vômitos. O paciente deve ter tido pelo menos cinco episódios com as características descritas para que seja feito o diagnóstico de enxaqueca sem aura.

Em alguns casos, o diagnóstico diferencial entre migrânea sem aura e cefaléia tensional episódica pode ser difícil, exigindo que o paciente descreva várias crises para que possa ser feito o diagnóstico definitivo.

### Migrânea com aura

Esta forma representa cerca de 20% das apresentações de enxaqueca. Segundo a SIC, as auras são sintomas neurológicos inequivocamente localizáveis no córtex ou tronco cerebral, que usualmente se desenvolvem de modo gradual em cinco, vinte minutos e habitualmente duram menos de sessenta minutos. Cefaléia, náusea e/ou fotofobia usualmente sucedem a aura.

A enxaqueca oftalmopléica é uma forma de migrânea que se caracteriza por crises repetidas de cefaléia, associada com parestesia de um ou mais nervos motores oculares, na ausência de lesão intracraniana. Portanto, para que

seja feito este diagnóstico, é necessário afastar, através de exames complementares, afecções que possam comprometer os nervos oculomotores, principalmente as malformações aneurismáticas.

A migrânea retiniana, segundo a SIC, são crises repetidas de escotomas ou cegueira monocular com duração menor que uma hora e associadas com cefaléia. A SIC recomenda que lesões oculares ou estruturais vasculares sejam afastadas antes de se fazer o diagnóstico de migrânea retiniana.

### Cefaléia do tipo tensional

A cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE) se caracteriza pelos critérios da SIC, por episódios recorrentes de dor de cabeça com duração de trinta minutos a sete dias. Tem caráter de pressão ou aperto, localização bilateral, intensidade fraca ou moderada e, ao contrário da migrânea sem aura, seu principal diagnóstico diferencial, não é agravada por atividades físicas de rotina. A CTTE talvez seja a forma mais freqüente de cefaléia, entretanto, proporcionalmente, poucos pacientes procuram tratamento.

Quando uma cefaléia com as características da CTTE, acomete o paciente por período igual ou superior a 15 dias/mês (180 dias/ano), está caracterizada a cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC).

### Cefaléia em salvas

A cefaléia em salvas predomina no sexo masculino e se caracteriza por crises de dor excruciante unilateral, orbitária ou temporal com duração de 15 minutos a três horas. Ipsilateralmente à dor, ocorre hiperemia conjuntival, lacrimejamento, miose e congestão nasal. A freqüência é de uma a duas crises diárias e não é incomum ocorrer durante a noite, acordando o paciente.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a cefaléia hipócnica, que acomete pacientes acima de 65 anos, que são acordados por uma cefalalgia bilateral, com duração de trinta a sessenta minutos, associada com náuseas.

Outro diagnóstico diferencial da cefaléia em salvas é com a hemicrânia paroxística crônica, que predomina no sexo feminino e cujas crises são semelhantes às da cefaléia em salvas, porém com uma freqüência maior e a duração das crises comparativamente menores (dois a 45 minutos). Um dos critérios para que se faça o diagnóstico de hemicrânia paroxística crônica é que o seu tratamento seja absolutamente responsivo à indometacina.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar a importância da anamnese, exame neurológico e clínico na investigação das cefaléias. Na grande maioria das vezes, o diagnóstico é clínico. Se respeitada esta tríade (anamnese, avaliação neurológica e clínica), os exames complementares, quando necessários, serão mais objetivos, conseqüentemente menos onerosos, propiciando um início de terapêutica mais precoce, beneficiando o paciente.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Lance WL, Goadsby PJ. Mechanism and management of headache. England, 6th ed., Oxford. Butterworth Heinemann 1999, p.1-317.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. Oxford. Isis Medical Media 1998, p.1-219.
3. Silva WF. Algas craniofaciais. Lemos Editorial, São Paulo, 1998, p.7-286.
4. Sociedade Internacional de Cefaléia (Dinamarca). Comitê de Classificação das Cefaléias. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Tradução de Edgard Raffaelli Junior et al. Lemos Editorial, São Paulo, 1997, p.1-108.
5. Speciali JG, Farias da Silva W. Cefaléias. Ed. Lemos Editorial, São Paulo, 1ªed. 2002, 490p.
6. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. The Headaches. 2ª ed, Ed Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999, p.1.026.

---

*Endereço para correspondência*

*Dr. Pedro Ferreira Moreira Filho*

*Rua Rabino H. Lemle 389/202 – Recreio dos Bandeirantes*

*22790-040 – Rio de Janeiro-RJ*

*E-mail: pmoreira@ism.com.br*

---

### NARAMIG®

**APRESENTAÇÃO:** comprimidos de 2,5 mg - embalagem contendo 4 comprimidos.

**INFORMAÇÃO TÉCNICA:** Foi demonstrado que o naratriptano é um agonista seletivo dos receptores subtipo 5-HT 1B e 5-HT 1D, que mediam a contração vascular. Estes receptores são encontrados principalmente em vasos sanguíneos intracranianos (cerebrais e meníngeos), atuando sobre a dilatação e/ou formação de edema nestes vasos - mecanismo subjacente da enxaqueca. Além disto, o naratriptano parece inibir a atividade do trigêmeo, contribuindo para o bloqueio central da percepção dolorosa. O T<sub>1/2</sub> é de 6 horas. **INDICAÇÕES:** NARAMIG® é indicado para o tratamento agudo de crises de enxaqueca, com ou sem aura. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade a componentes da fórmula. NARAMIG® não deve ser usado por pacientes com antecedentes de infarto agudo do miocárdio, cardiopatia isquêmica, ou acidente vascular cerebral. É contra-indicado o uso de NARAMIG® em pacientes com insuficiência hepática ou renal severa, ou com hipertensão grave. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NARAMIG® deve ser usado somente em enxaqueca. A administração concomitante de derivados da ergotamina não é recomendada. Entretanto, a co-administração de naratriptano com ergotamina, diidroergotamina ou sumatriptano não resultou em efeitos clinicamente significativos. **Gravidez:** Não foi confirmado ser seguro o uso de naratriptano em mulheres grávidas. Os raros registros de emprego inadvertido em gestantes não implicaram em dano aparente ao feto. **Lactação:** O naratriptano é secretado no leite de animais. **Efeitos sobre a capacidade de dirigir e operar máquinas:** O paciente deve ter cuidado ao dirigir ou operar máquinas, pois pode ocorrer sonolência como consequência da enxaqueca em si, ou do uso da medicação. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não há evidências de interações com betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, álcool ou alimentos. O naratriptano não inibe a MAO. As interações medicamentosas são pouco prováveis. **REAÇÕES ADVERSAS/COLATERAIS:** A incidência de efeitos colaterais parece similar ao placebo. Os sintomas são geralmente de curta duração, podendo porém, ser intensos. **POSOLOGIA:** NARAMIG® deve ser administrado preferentemente tão logo se inicie uma crise de enxaqueca. A dose recomendada para adultos é de um comprimido (2,5mg). Se os sintomas da enxaqueca recidivarem, uma segunda dose pode ser tomada, com intervalo mínimo de 4 horas. **Insuficiência renal ou hepática:** a dose diária máxima total é de um único comprimido de 2,5mg. **SUPERDOSE:** Devem ser aplicadas as medidas de suporte habituais. É pouco provável a ocorrência de eventos adversos graves. MS: 1.0025.0094