

## Cefalalgia cardíaca

### Cardiac cephalalgia

Joaquim Costa Neto,<sup>1</sup> Waldmiro Diegues Serva,<sup>2</sup> José Geraldo Speciali,<sup>3</sup> Wilson Farias da Silva,<sup>4</sup> Marcelo Moraes Valença<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Professor auxiliar de Neurologia da UPE

<sup>2</sup>Professor adjunto de Neurologia da UFPE

<sup>3</sup>Professor associado de Neurologia da USP - Ribeirão Preto

<sup>4</sup>Professor livre-docente de Neurologia da UFPE

#### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, novas modalidades de cefaléias vêm sendo descritas, uma delas por Lipton et al, em 1998, ao relatarem o quadro clínico de dois pacientes, um com 57 e o outro com 67 anos. Tratava-se de uma dor de cabeça que aparecia após 5 a 15 minutos de exercício físico vigoroso, aumentava de intensidade nos poucos minutos seguintes à sua eclosão e paulatinamente desaparecia após curto espaço de tempo. A cefaléia não era precedida por aura nem se fazia acompanhar por outros sintomas. Um dos pacientes relatava, também, cefaléia ligada à atividade sexual, que na realidade, é uma outra modalidade de cefaléia de esforço. Detectada a insuficiência coronariana, os pacientes foram submetidos à cirurgia para revascularização do miocárdio com completa resolução do quadro cefalálgico.

A esta modalidade de cefaléia, Lipton et al denominaram de **cefalalgia cardíaca**. Revendo a literatura, os autores encontraram mais cinco casos descritos. Nos sete pacientes, a dor era frontal em dois, temporal bilateral em dois, sendo que, em um destes, era de maior intensidade do lado esquerdo, dois relatavam dor no vértex do crânio e no último ela era occipitoparietofrontal. Sintomatologia cardíaca era referida por cinco dos pacientes: opressão torácica em dois, dor retroesternal em um e opressão torácica com dor no braço esquerdo em um outro e, por fim, sensação de peso no tórax e náuseas no último. O uso de vasodilatadores coronarianos foi suficiente para tornar três deles assintomáticos; quatro se submeteram a procedimentos para revascularização do miocárdio (anastomoses em dois, angioplastia nos outros dois).

Algumas explicações foram propostas por Lipton et al, os autores admitindo serem elas meramente especulativas: as fibras simpáticas cardíacas são supridas por gânglios torácicos e cervical, de onde provém, também, a inervação simpática da face, do pescoço e dos vasos cerebrais. Outra possibilidade estaria na diminuição do débito cardíaco com aumento da pressão no ventrículo esquerdo e no átrio direito, o que, associado à angina, resultaria na redução do retorno venoso cerebral e, conseqüentemente, aumento na pressão intracraniana. Assinalam que, não obstante não ter sido evidenciado aumento da pressão intracraniana durante a angina, cefaléia e hipertensão intracraniana têm sido descritas em pacientes com baixo débito venoso secundário a obstrução da jugular ou da veia cava superior. Uma terceira possibilidade, segundo Lipton et al, estaria na liberação pelo músculo isquêmico de um mediador ainda não identificado que poderia atuar sobre estruturas intracranianas sensíveis à dor. Lembrem que bradicina, histamina, serotonina e substância P têm sido propostas como mediadoras da dor isquêmica e poderiam, também, atuar intracranialmente. Especulam ainda que o aumento da pressão intracardíaca, na angina, poderia induzir a liberação de peptídeos atrial, ANP, e cerebral BNP, como resposta ao aumento pressórico no átrio direito e no ventrículo esquerdo.

Cefalalgia cardíaca poderia ser uma forma silente de insuficiência coronariana. Pacientes com dor anginosa e cefaléia não seriam tão raros. Vistos por este prisma, dizem Lipton et al, o pouco usual na cefalalgia cardíaca não é a dor de cabeça, mas sim, a ausência de dor anginosa típica.

A cefalalgia cardíaca está inclusa no grupo das cefaléias de esforço que alberga, ainda, a cefaléia benigna do

esforço, a cefaléia benigna da tosse e as cefaléias associadas com a atividade sexual, esta comportando três subgrupos: em peso (pré-orgásmica), explosiva (orgásmica) e postural (pós-orgásmica). Para o diagnóstico das cefaléias de esforço é necessário que se afaste, inclusive por neuroimagem, qualquer patologia orgânica, sendo que, no que diz respeito à cefalalgia cardíaca, o diagnóstico deve ser confirmado através dos exames complementares necessários ao diagnóstico de doença coronariana.

Para Lipton et al, a chave para o diagnóstico de cefalalgia cardíaca está na distribuição temporal da dor de cabeça que começa logo após o início de um esforço físico, desaparece com o repouso e com o uso de drogas antianginosas. Diríamos que este último aspecto é realmente distintivo visto que todas as modalidades benignas de cefaléia de esforço começam com atividade física e desaparecem com repouso. Os autores valorizam ainda, para suspeita diagnóstica, começo após os 50 anos e pacientes com risco de cardiopatia.

### Relato do Caso 1

RMPS, 50 anos, sexo feminino, procedente: Recife, Pernambuco.

A partir da adolescência, crises pouco frequentes de migrânea sem áurea. Nos últimos doze meses, migrânea com áurea. Nos últimos sete meses, cefaléia do tipo tensional episódica. Com início aos trinta anos, cefaléia pulsátil, difusa, intensa, quase sempre associada com náusea e palidez, surgindo quando de esforços físicos e desaparecendo paulatinamente ao fim de vinte minutos da interrupção do esforço. A partir dos 35 anos, a cefaléia desencadeada por esforços (correr, andar rápido, subir escada) tem sido precedida por dor precordial com irradiação no braço esquerdo, toda a sintomatologia desaparecendo também cerca de dez minutos após a suspensão da atividade física. Hipertensa em uso de bloqueadores de canais de cálcio, padece ainda de síndrome do pânico.

Ecocardiograma (13/06/02): alterações limítrofes do segmento ST; hipertensão reativa aos esforços.

Cintilografia de perfusão do miocárdio com dipiridamol (02/08/02). Hipoperfusão transitória (isquemia) em grau discreto na parede inferior do ventrículo esquerdo (porção médio-apical).

### Relato do caso 2

AN, 72 anos, sexo masculino. Dois meses antes da consulta e por indicação médica do seu cardiologista, iniciou marcha diária, e, a partir daí, após caminhar cerca de oitocentos metros, via-se acometido de dor holocraniana de moderada intensidade, sem sintomas acompanhantes que rapidamente cedia com o deter da caminhada, para retornar com o início da mesma.

Na avaliação cardiológica, o exame anterior tinha se mostrada dentro da normalidade, evidenciou doença coronariana, sendo submetida a cirurgia para revasculari-

zação do miocárdio (ponte safena 3), a partir de quando ficou assintomática.

## COMENTÁRIOS

A cefaléia cardíaca seria uma modalidade de cefaléia ligada aos esforços, alocada, portanto, no grupo que alberga as cefaléias benignas do esforço e da tosse e aquelas ligadas à atividade sexual. Suas fundamentais características seriam vir associadas à insuficiência coronariana e responder aos tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos que promovem correção da insuficiência de irrigação do miocárdio.

O registro dos nossos casos encontra respaldo na aparente raridade desta modalidade de cefaléia, não havendo, que seja de nosso conhecimento, relatos de casos na literatura nacional. Os nossos casos preenchem o que foi postulado por Lipton e colaboradores. O caso 1 renova o que os responsáveis pela primazia da descrição chamavam a atenção, isto é, de que o pouco usual em cefaléia cardíaca não é a dor de cabeça, mas, sim, a ausência de dor anginosa típica, o que leva à proposta de que pacientes maiores de 50 anos com cefaléia de esforço deveriam ser investigados no sentido de afastar doença coronariana.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AD HOC Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorder, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, Sup. 7, 1987.
2. Appenzeller O. Aspectos vasculares cerebrais. In: *Clínicas Médicas da América do Norte*. Ed. Interamericana: Rio de Janeiro. 1978, 467p.
3. Farias da Silva W et al. Cefaléia de esforço e da tosse. *Neurobiologia* 1980;43(2):145-150.
4. Farias da Silva W et al. Cefaléia em relação com atividade sexual. *Neurobiologia* 1980;43(4):425-428.
5. Farias da Silva W. Cefaléias: diagnóstico e tratamento. 1ª ed. Ed. Medsi. 1989, p.215-219.
6. Farias da Silva W et al. Cefaléia ligada a atividade sexual.
7. Johns DR. Benign sexual headache within a family. *Archives of Neurology* 1986;43(11):1.158-1.160.
8. Lance JW. Mechanism and management of headache. 5ª ed. 1993, 289p.
9. Lance JW, Goadsby PJ. Mechanism and management of headache. 6ª ed. 1999, 317p.
10. Levy RL. Stroke and orgasmic cephalalgia. *Headache* 1981;21:12-13.
11. Lipton RB et al. Cardiac cephalalgia: a treatable form of exertional headache. *Neurology* 1998;22(1):69-72.
12. Lundberg PO, Osterman PO. The benign and malignant forms of orgasmic cephalalgia. *Headache* 1974;14(2):164-165.

13. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Ed. Brown: Boston. 1970.
14. Martinez JM et al. Complicated coital cephalalgia. Three cases with benign evolution. Cephalalgia 1988;8:265-268.
15. Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalalgia. Headache 1974;13(2):181-187.
16. Raskin NH, Appenzeller O. Headache. WB Saunders, 244p, 1980
17. RASKIN, N.H., The cough headache syndrome: treatment. Neurology, 45:1784,1795
18. Selwyn DL. A study of coital related headaches in 32 patients. Cephalalgia 1985;5(suppl 3):300-301.
19. Silbert PL et al. Benign vascular sexual headache and exertional headache interrelationships and long term prognoses. J Neurol Neurosurg Psychiat 1991;54:417-421.
20. Valença MM, Valença LAAL. Hemorragia subaracnóidea: causas, manifestações clínicas e tratamento. Neurobiologia 2000;63(3-4):97-104.
21. Volquind N. Cefaléia ligada ao ato sexual. Uso de antiinflamatórios não hormonais. Apresentado no 1º Simpósio Bahiano de Dor de Cabeça. 1993.
22. Wolff HG. Headache and other head pain. Oxford Univ Press. 1948.

---

*Endereço para correspondência*  
*Dr. Joaquim Costa Neto*  
*Departamento de Neuropsiquiatria da*  
*Universidade Federal de Pernambuco*  
*Cidade Universitária*  
*50670-420 – Recife-PE*