

# Cefaleias primárias: causas e consequências

JOSÉ M. PEREIRA MONTEIRO\*

## Resumo

*A cefaleia é um sintoma subjectivo e pode ser definida como uma sensação de desconforto ou dor localizada na extremidade cefálica. Esta definição inclui todas as algias cranianas, faciais e crânio-faciais. Dado este sentido lato é fácil entender que a sua prevalência na população geral seja muito elevada, sendo uma das queixas mais comuns encontradas na prática clínica. Mas, apesar do sofrimento e da incapacidade temporária a que está associada, continua a ser pouco valorizada pelos clínicos, não sendo, muitas vezes, devidamente diagnosticada nem adequadamente tratada. A sua prevalência na população geral é muito elevada, sendo uma das queixas mais comuns encontradas na prática clínica apesar de continuar a ser pouco valorizada pelos clínicos, não sendo, muitas vezes, devidamente diagnosticada nem adequadamente tratada.*

## INTRODUÇÃO

**A** cefaleia é um sintoma subjectivo e pode ser definida, conforme proposto pelo *Ad Hoc Committee on Classification of Headache*,<sup>1</sup> em 1962, como uma “sensação de desconforto ou dor localizada na extremidade cefálica”. Esta definição, adoptada pela *World Federation of Neurology* no mesmo ano,<sup>2</sup> inclui todas as algias cranianas, faciais e crânio-faciais. Dado este sentido lato é fácil entender que a sua prevalência na população geral seja muito elevada, sendo uma das queixas mais comuns encontradas na prática clínica. Mas, apesar do sofrimento e da incapacidade temporária a que está associada, continua a ser pouco valorizada pelos clínicos, não sendo, muitas vezes, devidamente diagnosticada nem adequadamente tratada.

## EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia de qualquer doença tem importantes implicações no seu tratamento. As cefaleias não escapam a esta regra. Por sua vez, o diagnóstico

correcto é crucial para a avaliação das características sócio-demográficas de qualquer afecção e para o cálculo da sua incidência e prevalência. Em 1988, a *International Headache Society*<sup>3</sup> publicou uma classificação de cefaleias que estabeleceu uma terminologia consistente e critérios de diagnóstico para as cefaleias primárias e secundárias. Estes foram quase universalmente aceites e deram um novo impulso à investigação e à prática clínica das cefaleias. A sua revisão em 2004 traduz um aperfeiçoamento na classificação e nos critérios de diagnóstico, baseado na evidência científica acumulada neste intervalo de tempo.

## PREVALÊNCIA

Em 1991, através de estudos populacionais, Rasmussen e col.<sup>5</sup> verificaram que numa população de Copenhaga a prevalência de cefaleias de tensão ao longo da vida era de 78%, de enxaqueca de 16%, que as formas mais comuns de cefaleias secundárias eram o jejum prolongado com 19%, seguindo-se as doenças nasais ou dos seios perinasais com 15% e os traumatismos cranianos com 4%. Verificaram, também, que a doença intracraniana não vascular representava apenas 0,5%. A prevalência ao longo da vida de outras formas de cefaleias idiopáticas benignas foi também avaliada por Rasmussen e col. em 1992<sup>6</sup> tendo encontrado cefaleias por estímulo frio em 15%, por compressão externa em 4%, em fisgada em 2% e as cefaleias benignas da tosse, do exercício

\* Assistente graduado de Neurologia do HGSA, Porto; Professor agregado de Neurologia do ICBAS/UP.

físico e as relacionadas com a actividade sexual em 1% cada.

Em 1992, Stewart e col.<sup>7</sup> verificaram que numa grande amostra de população dos EUA (10.585 indivíduos com mais de 15 anos) a prevalência anual de enxaqueca era de 12%.

Em 2003, Sjaastad e Bakketeig<sup>8</sup> encontraram uma prevalência de 3,8 por mil habitantes numa população isolada com 1838 indivíduos em Vaga.

### FORMAS DE APRESENTAÇÃO

A cefaleia pode ter diversas formas de apresentação clínica que podemos ordenar, para fins didácticos, mas sobretudo com objectivos clínicos, de acordo com o seu perfil temporal.

Reconhecem-se três tipos diferentes de perfil temporal de acordo com a forma e duração da sua evolução: agudo, que evolui em horas ou dias (h/d); sub-agudo e progressivo que evolui em sema-

nas (s) e crónico que evolui em meses ou anos (m/a), este subdividido em episódico (intermitente ou paroxístico) e contínuo (sem intervalos livres de dor ou com curtos intervalos livres de dor). A importância da definição do perfil temporal advém da sua correlação fácil com as causas da cefaleia, isto é, com a etiologia.

### ETIOLOGIA

Sabe-se de longa data que há dois grandes grupos de causas possíveis para as cefaleias, isto é, as secundárias a uma patologia identificável, designada como estrutural ou orgânica, e as que não têm uma causa identificável e que são designadas por primárias ou idiopáticas, sendo estas habitualmente resultantes da disfunção temporária ou permanente de sistemas não vitais. Assim, podemos distribuir e relacionar as cefaleias em função da causa e do

### QUADRO I

#### CEFALEIAS: RELAÇÃO DO PERFIL TEMPORAL COM A CAUSA

##### PRIMÁRIAS/IDIOPÁTICAS/DISFUNCIONAIS CRÓNICAS (m/a)

##### Episódicas/paroxísticas

- Enxaqueca c/ e s/ aura episódica
- Cefaleia em Salvas episódica
- Hemicrânia paroxística episódica
- Cefaleia tipo tensão episódica

##### Contínuas

- Enxaqueca crónica
- Cefaleia em Salvas crónica
- Hemicrânia paroxística crónica
- Cefaleia tipo tensão crónica

##### SECUNDÁRIAS/ORGÂNICAS/SINTOMÁTICAS AGUDAS (h/d)

##### Vascular

- arterial
  - hemorragia
  - isquemia
- venosa

##### Infeciosa

##### Traumática

##### Tóxica

##### Metabólica

##### SUB-AGUDAS (s)

##### Tumo

- primário
- secundário

##### Hematoma

##### Abcesso

##### Quisto

##### Granuloma

perfil temporal como se apresenta no Quadro I, o que em resumo significa que as cefaleias secundárias ou orgânicas se apresentam como agudas ou subagudas e as cefaleias primárias ou idiopáticas como crônicas, episódicas ou contínuas.

### CLASSIFICAÇÃO

A Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD – II 2004)<sup>4</sup> adoptou esta terminologia de divisão em dois grandes grupos, o das cefaleias primárias e o das cefaleias secundárias, reunindo num terceiro grupo todas as nevralgias cranianas, algias faciais e crânio-cervicais porque inclui variedades que se apresentam quer com formas idiopáticas quer com formas sintomáticas.

Na primeira parte foram incluídas as variedades mais frequentes que são as cefaleias primárias e que inclui as entidades descritas no Quadro II.

Na segunda parte foram incluídas todas as modalidades de cefaleias secundárias, conforme consta no Quadro III.

Na terceira parte foram incluídas as variedades clínicas apresentadas no Quadro IV.

### QUADRO II

#### CEFALEIAS PRIMÁRIAS: CLASSIFICAÇÃO

1. Enxaqueca (*Migraine*)
2. Cefaleia tipo tensão
3. Cefaleia em Salvas (*Cluster Headache*) e outras cefalalgias trigémino-autonómicas
4. Outras cefaleias primárias
  - 4.1. Tipo guinada "*Stabbing*"
  - 4.2. Tosse
  - 4.3. Exercício
  - 4.4. Actividade sexual
    - 4.4.1. Pré-orgásmica
    - 4.4.2. Orgásmica
  - 4.5. Hípnic
  - 4.6. Explosiva "*Tunderclap*"
  - 4.7. Hemicrânia contínua
  - 4.8. Persistente diária, de novo (NDPH)

### QUADRO III

#### CEFALEIAS SECUNDÁRIAS: CLASSIFICAÇÃO

1. Cefaleia atribuída a traumatismo crânio-encefálico e/ou cervical
2. Cefaleia atribuída a doença vascular craniana ou cervical
3. Cefaleia atribuída a perturbação intracraniana não vascular
4. Cefaleia atribuída a substâncias ou sua privação
5. Cefaleia atribuída a infecção
6. Cefaleia atribuída a perturbação da homeostase
7. Cefaleia ou dor facial atribuída a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais
8. Cefaleia atribuída a perturbação psiquiátrica

### QUADRO IV

#### QUADRO IV – NEVRALGIAS CRANIANAS, DOR FACIAL E OUTRAS CEFALEIAS: CLASSIFICAÇÃO

1. Nevralgias cranianas e causas centrais de dor facial
2. Outra cefaleia, nevralgia craniana e dor facial central ou primária

### QUADRO V

#### CEFALEIAS PRIMÁRIAS: CAUSAS

##### MECANISMOS NEURONAIS

Hiperexcitabilidade neuronal

Deficiência do sistema de controlo endógeno da dor

##### FACTORES GENÉTICOS

Enxaqueca

Enxaqueca Hemiplérgica Familiar (FHM) \*

Enxaqueca com aura / Enxaqueca sem aura (MA/MO) #

Cefaleia em salvas

Cefaleias de tensão

##### FACTORES AMBIENTAIS

Endógenos

Exógenos

\* FHM = familiar hemiplegic migraine

# MA= migraine with aura; MO= migraine without aura

As cefaleias e as algias faciais sintomáticas são as que têm a causa identificada através da sua expressão clínica e/ou confirmada pelos meios auxiliares de diagnóstico. O mesmo não se

verifica nas cefaleias primárias, cujas verdadeiras causas permanecem ainda desconhecidas, não obstante os progressos verificados nas últimas décadas em relação aos conhecimentos sobre a patogenia destas afecções (resumidos no quadro V) e que serão objecto de maior destaque noutros artigos deste *dossier*.

No entanto, as consequências das cefaleias primárias são bem conhecidas, estão estratificadas, sendo umas directas, isto é, individuais, e outras indirectas, sociais e económicas (Quadro VI), estando estas razoavelmente quantificadas quanto aos seus custos directos (Quadro VII). Entre os custos indi-

#### QUADRO VI

##### CEFALEIAS PRIMÁRIAS: CONSEQUÊNCIAS<sup>9,10</sup>

DIRECTAS INDIVIDUAIS (Doente)	INDIRECTAS SOCIAIS (Família/sociedade)	INDIRECTAS ECONÓMICAS (Doente/família/sociedade)
Dor e sintomas associados	Perturbação do ambiente familiar, profissional e social	Diminuição do rendimento
Incapacidade funcional	• 50% consideram que as crises afectam a sua família	Aumento das despesas de saúde
Perturbação da carreira profissional	• 45% receiam conduzir por causa das crises	<b>Custos Sociais da Doença</b> Custos directos Custos indirectos Custos intangíveis
Perturbações psicológicas duma crise num evento social	• 40% receiam a possibilidade de ocorrência	
Diminuição da qualidade de vida	• 35% descrevem influência nos planos sociais	

#### QUADRO VII

##### CEFALEIAS PRIMÁRIAS: CUSTOS DIRECTOS, RESPECTIVAMENTE EM PERCENTAGEM DO TOTAL DE GASTOS COM RECURSOS MÉDICOS E FÁRMACOS/MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO<sup>9,10</sup>

CUSTOS DIRECTOS	
RECURSOS MÉDICOS	FÁRMACOS E MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
< 1 mês 5%	medicamentos 66,7%
< 1 ano 14%	
> 1 ano 15%	
cuidados médicos 34%	prescrições 25,2%
cuidados primários 26%	auto-medicação 27,1%
cuidados diferenciados 12%	outros 14,4%
neuroológicos 5%	meios auxiliares de diagnóstico 15 %
psiquiátricos 3%	imagem 10 %
Outros (ORL/OFT) 4%	outros 5 %

#### QUADRO VIII

##### CEFALEIAS PRIMÁRIAS: SOLUÇÕES

###### DIAGNÓSTICO

Anamnese

Exame físico

Crítérios de diagnóstico (ICHD II 2004)

Meios Auxiliares de Diagnóstico

Crítérios de utilização

###### TRATAMENTO

Sintoma

Doença

Preventivo

rectos, contam-se a redução da produtividade escolar e laboral, estimada em cerca de 16,2%, e o absentismo, com perdas anuais de cerca de 3,97 dias de trabalho ou estudo atribuíveis a cefaleias primárias.<sup>9,10</sup>

A solução destes problemas (Quadro

VIII) está em boa parte nas mãos dos clínicos, quer através de um diagnóstico o mais correcto e atempado possível, baseado no uso apropriado dos critérios de diagnóstico da ICHD II de 2004, quer através da utilização criteriosa dos meios auxiliares de diagnóstico de acordo com as recomendações da Academia Americana de Neurologia,<sup>11</sup> quer pela utilização dos tratamentos sintomáticos e preventivos adequados a cada caso seguindo as recomendações terapêuticas para as cefaleias e as regras de evidência científica,<sup>12</sup> quer ainda através da sua necessária participação na educação sanitária da população em geral.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. JAMA 1962 Mar 3; 179: 717.
2. Dalessio DJ. Wolff's Headache and other head pain. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 1980.
3. 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.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1: 9-160.
5. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44 (11): 1147-57.
6. Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. Neurology 1992 Jun; 42 (6): 1225-31.
7. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. JAMA 1992 Jan 1; 267 (1): 64-9.
8. Sjaastad O, Bakkevig LS. Cluster headache prevalence: Vaga study of headache epidemiology. Cephalalgia 2003 Sep; 23 (7): 528-33.
9. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Work-related disability: results from the American migraine study. Cephalalgia 1996 Jun; 16 (4): 231-8.
10. Pereira Monteiro JM. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana. [tese de doutoramento]. Porto: ICBAS; 1995.
11. American Academy of Neurology. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache. Disponível em: <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0088.pdf> [acedido em 12/09/2006].
12. Pereira Monteiro JM, Fontes Ribeiro CA, Luzeiro I, Machado G, Esperança P. Recomendações terapêuticas para cefaleias. I parte: Cefaleias primárias. Sinapse 2004 Nov; 4 (2 Supl 1): 1-32.