

# Um caso de cefaleia em forma de moeda



Alice Avanzo<sup>1</sup>; <https://orcid.org/0009-0000-3040-8195>; conceptualization; formal analysis; investigation; data curation; writing – original draft preparation; writing – review and editing.

Rui Diogo Rodrigues<sup>1</sup>; <https://orcid.org/0009-0004-5522-6020>; conceptualization; formal analysis; supervision.

Mafalda Grafino<sup>2</sup>; <https://orcid.org/0000-0002-7211-7596>; validation; formal analysis; supervision.

Natacha Murinello<sup>3</sup>; <https://orcid.org/0009-0007-1906-3369>; validation; formal analysis; supervision.

## RESUMO

**Introdução:** A cefaleia numular, assim designada a partir do latim *nummus* (moeda), é um tipo raro de cefaleia primária que se manifesta como dor localizada numa área bem circunscrita do crânio, com formato redondo ou elíptico distintivo e diâmetro variável entre 1 e 6 cm.

**Descrição do caso:** Relata-se o caso de uma mulher de 80 anos, que apresentava episódios recorrentes de dor com dois anos de evolução, localizados na região parietal esquerda. A dor afetava uma área bem delimitada do crânio, de forma arredondada, com cerca de 2 x 2 cm de extensão, sendo descrita pela doente como uma sensação de pressão, de intensidade ligeira. Os episódios eram autolimitados, tinham recorrência bimestral e duração de cerca de 24 horas. Após investigação analítica e imagiológica, uma vez excluídos outros diagnósticos diferenciais, nomeadamente possíveis lesões estruturais subjacentes, medicou-se com analgesia oral com uma evolução clínica favorável.

**Comentário:** Na literatura estão descritos cada vez mais casos de cefaleias numulares. Perante um quadro de dor, contínua ou intermitente, circunscrita a uma área do crânio nitidamente delineada, redonda ou elíptica, dever-se-á considerar a hipótese de se tratar de um caso de cefaleia numular. É igualmente imperativa a necessidade de excluir outros diagnósticos diferenciais, como possíveis lesões estruturais, sendo importante estar ciente das opções terapêuticas atualmente disponíveis para esta condição.

**Palavras-chave:** Cefaleia numular; Cefaleia em moeda; Cefaleia primária; Caso clínico.

## INTRODUÇÃO

A cefaleia numular é uma cefaleia primária descrita pela primeira vez em 2002 por Pareja e colaboradores,<sup>1</sup> cuja designação deriva do latim *nummus* (moeda), em alusão à forma redonda ou elíptica da área do crânio onde a dor é percebida. Caracteriza-se por episódios recorrentes (com possível evolução para dor contínua) de dor numa área do crânio circunscrita, de forma tipicamente redonda ou elíptica e de contornos bem definidos.<sup>1</sup>

Por definição, os sintomas não podem ser atribuídos a qualquer lesão estrutural subjacente nem podem ser

explicados por qualquer outro tipo de cefaleia primária.<sup>2</sup>

Trata-se de uma forma rara de cefaleia que, segundo vários autores, permanece subdiagnosticada, não apenas pela sua limitada notoriedade clínica, mas também porque na maioria dos casos a dor apresenta intensidade ligeira a moderada. Isto pode contribuir para que, por um lado, os doentes não relatem as queixas ou, por outro, fazer com que os médicos não as valorizem adequadamente. Adicionalmente, sendo uma entidade que frequentemente remite espontaneamente, os doentes podem não chegar a ter oportunidade de mencionar as queixas em consulta.<sup>3</sup>

No entanto, foram reportados vários casos de cefaleias com características sugestivas de cefaleia numular que, após a marcha diagnóstica, se revelaram secundárias a causas estruturais, muitas das quais passíveis de tratamento.<sup>4-6</sup>

1. Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar. USF Carcavelos, ULS Lisboa Ocidental. Carcavelos, Portugal.

2. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Carcavelos, ULS Lisboa Ocidental. Carcavelos, Portugal.

3. Médica Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. USF Carcavelos, ULS Lisboa Ocidental. Carcavelos, Portugal.



Apresenta-se o presente caso para enfatizar a importância do reconhecimento da cefaleia numular, uma condição rara e descrita por diversos autores como subdiagnosticada, cujo diagnóstico deve ser feito por exclusão, a fim de descartar lesões estruturais subjacentes e para a qual existem opções terapêuticas eficazes que merecem consideração.<sup>3</sup>

### DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma utente caucasiana, 80 anos, residente em Carcavelos, pertencente a uma família nuclear, na fase VIII do Ciclo Familiar de *Duvall*, de classe socioeconómica média (Graffar III). Vive com o marido e tem dois filhos e uma neta. Reformada de escriturária, quarto ano de escolaridade. Sem antecedentes familiares de relevo. Apresenta como antecedentes pessoais: osteoporose, dislipidemia e doença osteodegenerativa da coluna. Nega antecedentes de cefaleias e doenças do foro psiquiátrico, bem como hábitos toxifílicos, tabágicos ou etílicos. Está vacinada de acordo com o Programa Nacional de Vacinação e faz medicação habitual com uma associação de ácido alendrónico 70 mg e colecalciferol 5600 U.I. (uma vez por semana, em jejum) e atorvastatina 20 mg por dia, ao deitar.

A utente recorre à Unidade de Saúde Familiar de forma irregular e é observada em consulta programada a 28 de maio/2024. Apresenta episódios recorrentes de dor com dois anos de evolução, localizados na região parietal esquerda, numa área pequena e bem delimitada, com cerca de 2 × 2 cm de extensão, de forma redonda e contornos regulares. A dor é descrita como uma sensação de pressão, de intensidade ligeira (cerca de 3/10, segundo a escala analógica da dor da Organização Mundial da Saúde)<sup>20</sup> e, na maioria dos episódios, não motiva o uso de medicação analgésica. A dor não irradia e não se associa a outros sintomas regionais ou sistémicos. Associadamente refere sintomas sensitivos localizados na mesma área – parestesias, hiperestesia e alodínia – que ocorrem durante o episódio doloroso e desaparecem com a resolução da dor. Cada episódio tem a duração aproximada de 24 horas, durante as quais os sintomas se mantêm contínuos e estáveis. A frequência das crises é bimestral, com as mesmas características clínicas a repetirem-se de forma consistente ao longo do tem-

po. A utente não identifica fatores desencadeantes nem fatores de agravamento ou alívio. As queixas não interferem com o sono nem com as suas atividades de vida diária. Nega qualquer outra queixa. Não há história prévia de episódios de traumatismo crânio-encefálico. Não existem episódios prévios sugestivos de somatização. A utente nega febre, astenia, perda ponderal, assim como outros sintomas neurológicos, como perda de força, assimetrias na mímica facial, alteração da linguagem ou da articulação verbal, alterações visuais ou outras.

Ao exame objetivo não apresenta alterações dos parâmetros vitais, encontrando-se vígil, orientada na pessoa, no tempo e no espaço, sem alteração da linguagem, sem alterações dos pares cranianos, nem da força e tónus muscular, sensibilidade algica ou coordenação motora. A amplitude de movimento da mandíbula e do pescoço da utente regista-se dentro dos limites normais. O exame músculo-esquelético da cabeça e do pescoço não revela nenhuma patologia discernível. Na pele e anexos da região parietal imputada também não se encontram alterações.

Dado que os episódios apresentavam uma duração de cerca de 24 horas e uma intensidade ligeira, excluiu-se o diagnóstico de cefaleia em facada, uma cefaleia primária caracterizada por paroxismos de dor muito intensa, com duração de segundos a minutos, envolvendo tipicamente várias regiões do crânio. Foram também excluídas as nevralgias cranianas, como a do nervo occipital ou supraorbital, que se apresentam com dor em choques ou facadas, em territórios definidos pelos nervos envolvidos, o que não corresponde ao padrão da dor apresentado pela doente, nem foi evidenciado à palpação qualquer ponto de hipersensibilidade compatível com estas entidades. A epicrania fugaz (*epicrania fugax*) foi igualmente considerada, mas descartada pelo padrão da dor: nesta, a dor é breve, paroxística e irradia de forma rápida ao longo do hemicrânio, o que contrasta com a localização constante e limitada da dor da doente. Foram também ponderadas causas dermatológicas, como alopecia areata, dermatite numular e infeção por vírus varicela-zoster, mas nenhuma lesão cutânea foi identificada à observação direta. A ausência de prurido, inflamação ou áreas de alopecia visíveis torna essas hipóteses pouco prováveis.



Formulou-se a hipótese de diagnóstico de cefaleia numular e foi prescrita medicação com naproxeno 500 mg, a tomar à ocorrência dos episódios.

Foram solicitados meios complementares de diagnóstico com o objetivo de excluir causas secundárias.

A tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) permitiu excluir lesões estruturais intracranianas, como meningiomas, cavernomas, cistos aracnoides, adenomas hipofisários ou outras neoplasias, as quais já foram implicadas em casos de cefaleia numular secundária. A ausência de alterações no exame neurológico objetivo, nomeadamente sinais focais, também tornava essas entidades menos prováveis.

Os resultados das análises não revelaram alterações: hemograma, função renal e hepática, vitaminas B12 e B9, estudo de metabolismo de ferro, função tiroideia, ionograma, cálcio, magnésio, fósforo, perfil lipídico e urina tipo II – dentro dos valores de referência.

Perante a constância das características da dor, a localização precisa e estável no tempo, a ausência de sinais de alarme ou de lesões identificadas em exames complementares, foi estabelecido o diagnóstico de cefaleia numular, por exclusão.

A doente foi reavaliada dois meses depois, verificando-se que continuava a ter episódios bimestrais de cefaleia numular, embora sempre de intensidade ligeira e sem recurso à medicação analgésica.

## COMENTÁRIO

Os cuidados de saúde primários são, para a maioria dos utentes com cefaleias, o primeiro ponto de contacto.<sup>7</sup> No entanto, de acordo com um recente estudo espanhol, os cuidados prestados a este nível, no que toca às cefaleias, podem por vezes ser subótimos. São reportadas elevadas taxas de diagnóstico incorreto, tratamento inadequado dos episódios agudos e atraso no início da terapia preventiva.<sup>8</sup>

A cefaleia numular é uma entidade rara e continua a ser, segundo vários autores, pouco reconhecida na prática clínica, o que justifica a apresentação deste caso como contributo para a sua melhor identificação e abordagem.<sup>3</sup>

A cefaleia numular é uma cefaleia primária cuja designação reflete a forma redonda ou elíptica da área bem delimitada do couro cabeludo onde a dor é per-

cecionada, sem que exista qualquer lesão estrutural subjacente que a justifique.<sup>2</sup>

Epidemiologicamente, é ligeiramente mais prevalente em mulheres (1,6:1) e o seu início ocorre geralmente na quarta e quinta décadas de vida.<sup>9</sup>

Como noutras cefaleias primárias, a fisiopatologia da cefaleia numular é incerta.<sup>10</sup>

Uma das condições comórbidas mais frequentemente relatadas com a cefaleia numular é a enxaqueca.<sup>11</sup> As comorbilidades da cefaleia numular mencionadas na literatura também incluem transtorno bipolar, anorexia e depressão.<sup>12</sup>

A dor implicada na cefaleia numular pode envolver qualquer parte do crânio, embora pareça existir uma predileção para a região parietal.<sup>13</sup> A intensidade da dor é geralmente ligeira-moderada e o padrão é variável, sendo que existem casos de episódios recorrentes de dor assim como casos de dor contínua com ou sem adicionais exacerbações.<sup>12</sup>

A dor é descrita na maioria dos casos como opressiva. As características mantêm-se constantes ao longo do tempo, sendo que por vezes podem co-ocorrer sintomas sensitivos, como disestesia, parestesia, hiperestesia e alodínia.<sup>10</sup>

Por norma, é uma cefaleia em que as crises não se associam a queixas como náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia ou sintomas autonómicos. Tipicamente não estão descritos fatores de alívio ou agravamento e nem fatores de precipitação das crises.<sup>2</sup>

Na classificação mais recente, a *International Headache Society* (IHS) inclui a cefaleia numular no grupo das cefaleias primárias, descrevendo também uma entidade relacionada, designada por “provável cefaleia numular”.<sup>2</sup> Os critérios diagnósticos, de acordo com a 3.<sup>a</sup> edição da *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-3), encontram-se sistematizados na Tabela 1. O diagnóstico de “provável cefaleia numular” aplica-se nos casos em que não são cumpridos todos os critérios necessários para o diagnóstico definitivo, nomeadamente quando estão presentes apenas três das quatro características clínicas do critério B, desde que não sejam preenchidos os critérios para qualquer outra cefaleia.

Ressalta-se que é um diagnóstico que é feito por exclusão.

Não existem recomendações específicas sobre a investigação necessária para confirmar este diagnóstico.



**TABELA 1. Critérios de diagnóstico da cefaleia numular, de acordo com a 3.ª edição da *International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)***

A	Cefaleia contínua ou intermitente que cumpra o critério B
B	Dor apenas localizada numa área do crânio com todas as seguintes características: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nitidamente delimitada</li> <li>2. de tamanho e forma constantes</li> <li>3. redonda ou elíptica</li> <li>4. diâmetro entre 1 e 6 cm</li> </ol>
C	Não é melhor explicado por outro diagnóstico da ICHD-3

No entanto, há consenso de que é apropriado solicitar, pelo menos, um painel metabólico, hemograma, avaliação da função hepática e tiroideia e urina tipo II.

Adicionalmente, alguns autores sugerem a inclusão de um painel de autoimunidade na investigação da cefaleia numular, sobretudo quando existem sinais sugestivos de doença sistémica. Chen e colaboradores identificaram alterações autoimunes em cerca de 70% dos casos, com diagnósticos subsequentes de síndromas como Sjögren, artrite reumatoide e síndrome dos anticorpos antifosfolípidos. Estes dados apontam para uma possível ligação entre a cefaleia numular e fenómenos autoimunes, potencialmente traduzindo uma forma localizada de neuropatia sensitiva de base imunitária.<sup>12,19</sup>

Quanto aos exames de imagem, a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética (RM) são indicadas para excluir causas secundárias. A RM é considerada o exame de eleição, sobretudo na presença de alterações ao exame neurológico objetivo, pela sua maior sensibilidade na deteção de lesões estruturais.<sup>16</sup>

É essencial destacar que, perante cefaleias com características diferentes das habituais ou cefaleias de novo, sobretudo se com agravamento progressivo, em pessoas de idade mais avançada ou associadas a sintomas sistémicos ou outros sinais neurológicos, deve haver um elevado índice de suspeição para causas secundárias.<sup>14</sup>

Os diagnósticos diferenciais da cefaleia numular podem ser organizados topograficamente e por sistema. Entre as causas intracranianas a considerar encontram-se quistos aracnoides, meningiomas, cavernomas,

adenomas hipofisários e outras neoplasias, que podem provocar dor localizada por efeito de massa ou envolvimento meníngeo local. No osso do crânio devem ser considerados osteomas, metástases, doença de Paget e granulomas em contexto de histiocitose de Langerhans. Ao nível da pele e tecidos subcutâneos importa considerar lesões como infeção por vírus varicela-zóster, dermatite numular, esclerodermia, tricodinia, entre outras.

Adicionalmente deve-se distinguir a cefaleia numular de outras cefaleias primárias ou síndromas dolorosos cranianos com apresentação semelhante. A cefaleia em facada caracteriza-se por dor paroxística de grande intensidade, com duração de segundos e frequentemente de localização multifocal, o que contrasta com a dor mais prolongada e circunscrita da cefaleia numular. A epicrania fugaz manifesta-se por episódios breves de dor que se propaga rapidamente ao longo de trajetos lineares ou em ziguezague no mesmo hemicrânio, com origem numa área focal sensível, sendo a sua irradiação uma característica distintiva. As nevralgias cranianas, como as do nervo occipital, supraorbital ou aurículo-temporal, distribuem-se segundo territórios anatómicos específicos e tendem a ser desencadeadas por palpação ou movimento, apresentando padrões de dor distintos dos da cefaleia numular.<sup>3-5,15</sup>

A intervenção terapêutica não é sempre necessária e, em muitos casos, a escuta terapêutica e a tranquilização serão suficientes.<sup>16</sup> Ainda não existem recomendações unívocas quanto à abordagem terapêutica a instituir perante os casos de cefaleia mais intensa ou nas cefaleias numulares contínuas. A estratégia mais



usada é analgesia com recurso a anti-inflamatórios não esteroides (AINE), sendo o fármaco que se tem mostrado mais promissor a indometacina.<sup>17</sup>

Em casos de dor persistente, de dor moderada a intensa e falta de resposta aos analgésicos, a terapia preventiva diária pode ser indicada. A profilaxia foi considerada necessária em 58,3% dos pacientes na maior série de casos publicada até à data.<sup>18</sup> A gabapentina tem sido o fármaco mais amplamente usado para este efeito e tem mostrado resultados positivos.<sup>11</sup>

Outras opções incluem: antidepressivos tricíclicos, betabloqueantes, injeções de toxina botulínica, pregabalina, carbamazepina e estimulação nervosa transcutânea (TENS).<sup>16</sup>

Embora alguns tratamentos mostrem resultados promissores, nenhum deles isolado resultou numa resolução completa dos sintomas.<sup>11</sup>

No que diz respeito à história natural e ao prognóstico a longo prazo da cefaleia numular, há ainda uma escassez de literatura disponível. No entanto, a evidência disponível mostra que se trata de uma condição benigna e que tem tendência a resolver-se espontaneamente após um período variável de sintomas.<sup>18</sup>

O presente caso clínico constitui um contributo para o reforço do reconhecimento da cefaleia numular enquanto entidade primária pouco frequente. A apresentação da doente foi típica desta condição, com um quadro clínico clássico em termos de localização, características da dor e estabilidade temporal, distinguindo-se apenas pela idade mais avançada da utente, divergente do perfil epidemiológico mais frequentemente descrito. Esta particularidade justificou a realização de meios complementares de diagnóstico, os quais se revelaram tranquilizadores. Embora a RM seja geralmente considerada o exame de imagem de eleição, a TC-CE foi considerada adequada no contexto dos cuidados de saúde primários, perante a ausência de sinais de alarme e a evolução clínica favorável. O tratamento com naproxeno 500 mg à ocorrência foi eficaz, não se tendo considerado necessária a introdução de terapêutica preventiva, dado o caráter intermitente e a intensidade ligeira da dor. O caso vem, assim, reforçar a importância do papel do médico de medicina geral e familiar na gestão longitudinal da patologia e tranquilização do utente face a uma condição benigna.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, et al. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology*. 2002;58(11):1678-9.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
3. Ikram H, Vakil H, Zipperer K, Fang X, Jan Q, Islam J, et al. The tricky diagnosis of nummular headaches: description of two cases and literature review. *Cureus*. 2022;14(5):e25043.
4. López-Ruiz P, Cuadrado ML, Aledo-Serrano A, Alonso-Oviés A, Portales-Etessam J, Ganado T. Superficial artery aneurysms underlying nummular headache: 2 cases and proposed diagnostic work-up. *Headache*. 2014;54(7):1217-21.
5. Alvaro LC, García JM, Areitio E. Nummular headache: a series with symptomatic and primary cases. *Cephalalgia*. 2009;29(3):379-83.
6. Yin HL, Chui C, Tung WF, Chen WH. Nummular headache after transphenoidal surgery: a referred pain-based headache syndrome. *Neurol Neurochir Pol*. 2013;47(4):398-401.
7. Frese T, Druckrey H, Sandholzer H. Headache in general practice: frequency, management, and results of encounter. *Int Sch Res Notices*. 2014;2014:169428.
8. López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Vilorio-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria [Headache as a reason for consultation: the primary care perspective]. *Neurología*. 2021;36(8):597-602. Spanish
9. Cuadrado ML. Epicranial headaches part 2: nummular headache and epicrania fugax. *Cephalalgia*. 2023;43(4):3331024221146976.
10. Clar-de-Alba B, Barriga FJ, Rodríguez-Caravaca G. Descripción clínica y fisiopatológica de la cefalea numular: serie de casos [Clinical and pathophysiological description of nummular headaches: a case series]. *Rev Neurol*. 2020;70(5):171-8. Spanish
11. Moon J, Ahmed K, Garza I. Case series of sixteen patients with nummular headache. *Cephalalgia*. 2010;30(12):1527-30.
12. Pareja JA, Montojo T, Alvarez M. Nummular headache update. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012;12(2):118-24.
13. Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummular headache update. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(6):340.
14. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOP10 list. *Neurology*. 2019;92(3):134-44.
15. García-Iglesias C, Martínez-Badillo C, García-Azorín D, Trigo-López J, Martínez-Pías E, Guerrero-Peral ÁL. Secondary nummular headache: a new case series and review of the literature. *Pain Med*. 2021;22(11):2718-27.
16. Wilhour D, Ceriani CE, Nahas SJ. Nummular Headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19(6):26.
17. Baldacci F, Nuti A, Lucetti C, Borelli P, Bonuccelli U. Nummular headache dramatically responsive to indomethacin. *Cephalalgia*. 2010;30(9):1151-2.
18. Guerrero AL, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Mulero P, Miranda S, Peñas ML, et al. Nummular headache with and without exacerbations: comparative characteristics in a series of 72 patients. *Cephalalgia*. 2012;32(8):649-53.



19. Chen WH, Chen YT, Lin CS, Li TH, Lee LH, Chen CJ. A high prevalence of autoimmune indices and disorders in primary nummular headache. *J Neurol Sci.* 2012;320(1-2):127-30.
20. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability [homepage]. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/37896>

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Alice Avanzo  
E-mail: [aliceavanzo1992@gmail.com](mailto:aliceavanzo1992@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0000-3040-8195>

Recebido em 09-01-2025

Aceite para publicação em 02-09-2025

---

## ABSTRACT

### A CASE OF COIN-SHAPED HEADACHE

**Introduction:** Nummular headache, so named from the Latin *nummus* (coin), is a rare type of primary headache that presents localized pain in a well-circumscribed area of the scalp, typically round or elliptical in shape, with a diameter ranging between 1 and 6 cm.

**Case description:** We report the case of an 80-year-old woman with a 2-year history of recurrent pain episodes localized in the left parietal region. The pain was confined to a well-defined, rounded area of the scalp measuring approximately 2 × 2 cm and was described by the patient as a mild pressure sensation. The episodes were self-limited, occurred bimonthly, and lasted approximately 24 hours. Following analytical and imaging investigations and after excluding other differential diagnoses, particularly underlying structural lesions, symptomatic treatment with oral analgesics was initiated, resulting in favorable clinical progression.

**Comment:** An increasing number of nummular headache cases are being reported in the literature. In the presence of continuous or intermittent pain confined to a clearly delineated, round or elliptical area of the skull, the diagnosis of nummular headache should be considered. It is also essential to exclude other differential diagnoses, such as structural lesions, and to be aware of the current therapeutic options available for this condition.

**Keywords:** Nummular headache; Coin-shaped headache; Primary headaches; Case report.