

CEFALEIA EM SALVAS: UMA DOR DE CABEÇA DIFERENTE

CLUSTER HEADACHE: A DIFFERENT HEADACHE

Autores:

Clara Jorge¹, Ana Luísa Alves¹, Erika Fernandes²

RESUMO

Introdução: A cefaleia em salvas é uma entidade rara e consiste numa cefaleia primária e extremamente incapacitante. Esta patologia apresenta um início típico, o que facilita o seu reconhecimento e permite o seu diagnóstico que é essencialmente clínico. A intensidade dos ataques e consequente incapacidade requerem um diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Descrição do caso: Homem de 65 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorre ao seu médico de família por crises diárias de cefaleia hemicraniana, orbitária, de intensidade elevada, associada a rinorreia, foto e fonofobia, habitualmente com uma hora de duração, desde há cerca de dois meses. O exame objetivo era inocente. Após instituição terapêutica e ensinamentos relativos à patologia verificou-se a cedência da sintomatologia.

Comentário: O médico de família representa o médico “global” e “unificador”, que atua desde a prevenção até à resolução das situações mais complexas, principalmente as limitantes e com impacto socioeconómico. Apesar de ter uma clínica bem definida e disponibilidade de critérios de diagnósticos internacionais, esta cefaleia ainda é frequentemente subdiagnosticada e não tratada de acordo com as orientações. Os triptanos e/ou suplementação com oxigénio de alto débito são a primeira linha para o tratamento agudo. Verapamil com uma dosagem mínima de 240 mg por dia é a profilaxia de primeira linha. Desta forma, com este relato de caso, as autoras pretendem chamar a atenção para uma patologia algica intensa e limitante, com impacto socioeconómico já que implica o recurso recorrente ao sistema de saúde e o absentismo laboral. Assim, é importante fomentar estratégias de educação médica para otimizar o processo de diagnóstico no sentido de oferecer ao utente tratamento antecipado e adequado.

Palavras-chave: cefaleia, cefaleia em cluster, diagnóstico diferencial

Keywords: headache, cluster headache, differential diagnosis

INTRODUÇÃO

A cefaleia em salvas (CS) é um subtipo incomum de cefaleia trigémino-autonómica, sendo essencialmente primária.¹ Acomete quatro homens para uma mulher e na maioria das vezes o primeiro surto ocorre entre os 20 e 40 anos de idade. Os fatores precipitantes mais habituais são a ingestão de vasodiladores, tais como o álcool, os nitratos e a histamina. Esta cefaleia pode ser autossómica dominante em 5% dos casos.¹

Este tipo de cefaleia muito incapacitante tem uma constelação clínica característica, tornando o diagnóstico acessível: crises recorrentes de dor unilateral, geralmente orbitária/supraorbitária, durando 15-180 minutos, associada a sintomas autonómicos cranianos ipsilaterais (hiperemia conjuntival, lacrimejo, rinorreia/congestão nasal, miose/ptose).¹⁻³ As crises têm um perfil temporal único e exclusivo; ocorrem em séries, durando semanas ou meses (os chamados períodos de salva) separadas por períodos de remissão que duram geralmente meses ou anos. Em 10-15% dos casos estas são cefaleias em salvas crónicas, isto é, sem períodos de remissão.

A intensidade dos ataques e consequente incapacidade requerem um diagnóstico precoce e tratamento adequado, seja preventivo ou sintomático.⁴

Este relato de caso pretende ilustrar que a CS, apesar da sua singular apresentação clínica pode representar um desafio clínico permanecendo pouco reconhecida, o que constitui um fardo para os utentes que muitas vezes levam anos para serem diagnosticados e tratados adequadamente.

DESCRIÇÃO DO CASO

O utente (quadro I), pouco frequentador dos cuidados de saúde primários, recorre ao seu médico de família (MF), em março de 2016, por quadro de crise algica na região orbital esquerda associada a rinorreia, foto e fonofobia, desde há cerca de dois meses. As crises eram diárias, duas vezes por dia (após o almoço e/ou durante a noite), de intensidade moderada a grave (o utente classifica como “7” na escala numérica de dor), com duração de 30 a 60 minutos. Durante a anamnese constatou-se a existência de sintomas prodrómicos: odontalgia e manchas/“flashes” visuais.

Não apresentava dor no momento da consulta, mas afirmou já ter recorrido três vezes ao serviço de urgência (SU), tendo-lhe sido diagnosticada uma enxaqueca com aura e medicado com analgésicos (metamizol 575 mg) que surtiram pouco efeito na sintomatologia.

1. Médica Interna de Formação Específica em MGF, UCSP da Sé, ULS do Nordeste

2. Médica Interna de Formação Específica em MGF, UCSP de Santa Maria I, ULS do Nordeste

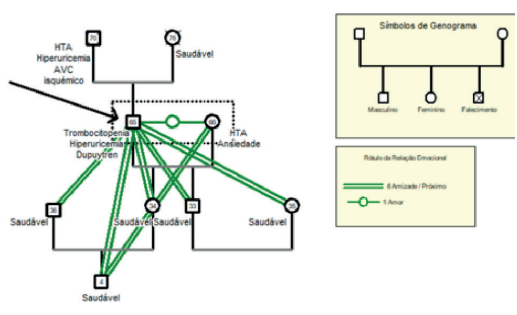
O utente descreve ainda episódios semelhantes em 2012, que cederam espontaneamente, apesar de medicado com anti-inflamatórios não esteroides que tinham também pouco efeito na sintomatologia.

Objetivamente não se identificaram alterações no exame neurológico, respiratório ou cardiovascular. Solicitaram-se análises sanguíneas (com velocidade de sedimentação e estudo de função do eixo hipotálamo-hipofisário), eletrocardiograma e tomografia computadorizada (TC) do crânio (segundo as orientações da Direção Geral da Saúde)⁵ e, dada a clínica sugestiva, o utente foi medicado com zolmitriptano 5 mg e aconselhado a evitar o consumo de álcool.

Após um mês, recorre à consulta para mostrar os resultados analíticos, que evidenciavam uma trombocitopenia de 134 000 plaquetas e TC cerebral que não revelava alterações. Relatou ainda dois episódios de cefaleia que cederam com a medicação proposta, encontrando-se naquele momento assintomático.

Esteve assintomático até julho de 2018, data em que refere cefaleia unilateral à direita, diária, depois do almoço, que cedia ao zolmitriptano oral, mas que desta vez era associada a tremor do membro superior direito, motivo pelo qual, recorre novamente ao Centro de Saúde, tendo sido encaminhado para o SU e medicado com sumatriptano subcutâneo. Ficou posteriormente orientado para consulta de Neurologia, que solicitou ressonância magnética nuclear (RMN) cerebral (relatada como normal) dada a cronicidade das queixas (figura 1) e que concordou com o diagnóstico estabelecido pelo MF.

Quadro I. Identificação do utente

Homem, 65 anos, caucasiano, agricultor
Antecedentes Pessoais Trombocitopenia (2005); hiperuricemia (2009) com crise gotosa (2013); contratura de <i>Dupuytren</i> (2015) secundária ao manuseamento de máquinas agrícolas.
Antecedentes Familiares Pai falecido aos 70 anos: hipertensão arterial, hiperuricemia e acidente vascular cerebral isquémico.
Avaliação Familiar Família nuclear Fase VII do ciclo de <i>Duvall</i> Classe social média Genograma: 
Hábitos Sem hábitos tabágicos Um copo de vinho tinto ao almoço ocasionalmente Medicação habitual: Alopurinol 300 mg, alprazolam 1 mg ao deitar
Parâmetros Biométricos Peso 81 kg, índice de massa corporal (IMC) 32,2 kg/m ²

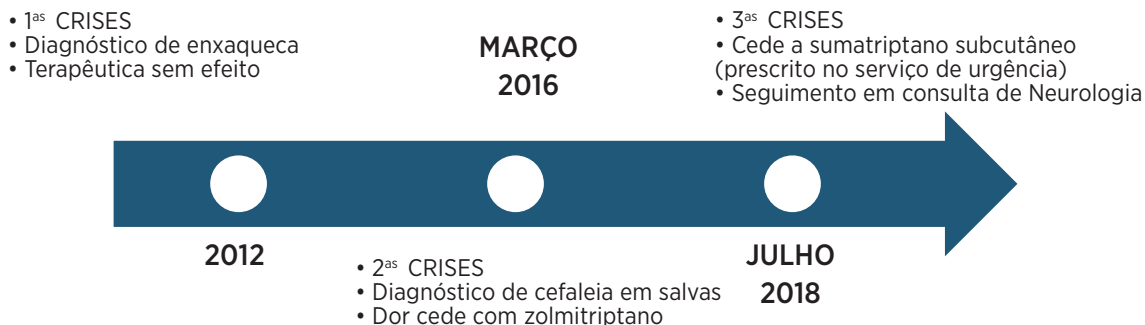


Figura 1. Cronologia das queixas álgicas do utente

Quadro II. Diagnóstico diferencial de cefaleias (segundo a Classificação Internacional de Cefaleias, 2014)

DIAGNÓSTICO	SINTOMAS	CARACTERÍSTICAS DO UTENTE	FATORES DE ALÍVIO	SINTOMAS ASSOCIADOS	NOTAS
CEFALEIA EM SALVAS	<p>Pelo menos 5 crises:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor unilateral supraorbital e/ou temporal, de intensidade severa e 15-180 minutos de duração. - Início súbito, geralmente na mesma altura do dia (frequência de uma crise/dois dias a oito crises/dia). <p>Crises em séries, durante semanas a meses, separadas por períodos de remissão, de meses a anos.</p>	Homens (+++) Início: 20-40 anos	Atividade, medicação (zolmitriptano), oxigénio de alto débito (7-10 L/min), durante 15 minutos.	<p>Sensação de inquietação/agitação.</p> <p>Pelo menos um dos sintomas autonómicos cranianos ipsilaterais*</p>	<p>Pode-se iniciar durante o sono.</p> <p>Nas crises mais fortes → dor excruciante</p>
ENXAQUECA SEM AURA	<p>Pelo menos 5 episódios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor unilateral, moderada a grave, pulsátil, início súbito, 4-72 horas de duração. 				Piora com exercício físico
ENXAQUECA COM AURA	<p>Episódios recorrentes, com minutos de duração.</p> <p>Pelo menos dois episódios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - um ou mais dos sintomas de aura totalmente reversíveis** - Pelo menos duas das seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • desenvolvimento gradual de aura; • cada sintoma dura 5-60 minutos; • pelo menos um sintoma aura é unilateral; • aura acompanhada ou seguida em 60 minutos por cefaleia. 	Mulheres (+++) Início: adolescentes ou adultos jovens	Escuridão, medicação, dormir.	<p>Pelo menos um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - foto/fonofobia; -náuseas/vómitos. <p>50% → sintomas autonómicos bilaterais</p>	<p>Se 3 sintomas numa aura a duração é 3 x 60 minutos</p> <p>Aura visual - 90% Afasia - sempre um sintoma unilateral.</p> <p>Disartria - pode ser unilateral ou não.</p>

Legenda: *Sintomas autonómicos cranianos ipsilaterais: hiperemia conjuntival/lacrimojo; congestão nasal/rinorreia; edema da pálpebra; sudorese facial e da região frontal; sensação ouvido tapado; miose/ptose

**Sintomas de aura totalmente reversíveis: visual, sensitivo, fala e/ou linguagem, motor, tronco cerebral, retiniano

COMENTÁRIO

O médico de família representa o médico “global” e “unificador”, que atua desde a prevenção até à resolução das situações mais complexas. No exercício diário da prática médica é essencial dominar os conceitos de doença e dor, para adotar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com esta e os seus problemas. Há que considerar os motivos que levam um utente a recorrer aos cuidados de saúde e a forma como valoriza os sintomas mas também os efeitos psicossociais da doença, a dor e o sofrimento que a doença/problema causa àquele doente.

Assim, o presente caso refere-se a um adulto pouco frequentador das consultas, com história de cefaleia de intensidade moderada a grave, sem diagnóstico específico e que se automedicava, sem resultado. Em muitos casos a dor é excruciante e só passa após administração de oxigénio de alto débito, que não chegou a ser necessário neste caso específico. Neste caso, as crises ocorriam frequentemente durante a noite, interrompendo o sono, sendo que a sua repetição provoca cansaço, ansiedade, depressão e conduz ao consumo exagerado de analgésicos. Estes problemas tornam-se particularmente difíceis nos surtos prolongados e nos doentes com formas crónicas.

A anamnese é de extrema importância uma vez que permite caracterizar os sintomas acompanhantes, os quais muitas vezes são desvalorizados pelo utente. Desta forma, o primeiro objetivo perante um utente com cefaleia é excluir patologias graves, através do diagnóstico diferencial (quadro II).

As duas intervenções mais eficazes na crise são o sumatriptano subcutâneo e a inalação de oxigénio de alto débito. A taxa de resposta é de 75%-80%. O verapamil (dosagem mínima de 240 mg/dia) é o fármaco de primeira linha para profilaxia das crises. A gestão da CS requer tratamento médico integrado com a educação do utente nomeadamente a evicção de fatores desencadeantes tais como o álcool, mudanças no ciclo de sono, emoções fortes e atividade física excessiva.⁶

Vários estudos demonstram que a CS, apesar de ter uma clínica bem definida e disponibilidade de critérios de diagnósticos internacionais,¹ ainda é frequentemente subdiagnosticada e não tratada de acordo com as recomendações internacionais.⁷

Desta forma, com este relato de caso, as autoras pretendem chamar a atenção para uma patologia álgica intensa e limitante, com impacto socioeconómico já que implica o recurso recorrente ao sistema de saúde e o absentismo laboral. Assim, é importante fomentar estratégias de educação médica para otimizar o processo de diagnóstico no sentido de oferecer ao utente tratamento antecipado e adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Classificação Internacional de Cefaleias (tradução portuguesa da International Classification of Headache Disorders – ICHD 3 beta), 3ª edição, 2014.
2. Van Kleef M, Lataster A, Narouze S, Mekhail N, Geurts JW, van Zundert J. Evidence-based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. 2. Cluster headache. *Pain Pract.* 2009;9(6):435-42.
3. Lai TH, Fuh JL, Wang SJ. Cranial autonomic symptoms in migraine: characteristics and comparison with cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;80(10):1116-9.
4. Clinical Guideline: Headaches in over 12s: diagnosis and management. NICE, 2012.
5. Direção Geral da Saúde., Prescrição Imagiológica da Cabeça e Pescoço: Tomografia Computadorizada Crânioencefálica. Norma nº 050/2011 de 27/12/2011.
6. Michelle Blanda MD. Cluster headache: treatment & management. *Medscape* [consultado em junho de 2018]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1142459-treatment>.
7. Klapper JA, Klapper A, Voss T. The misdiagnosis of cluster headache: a nonclinic, population-based, Internet survey. 2000;40(9):730-5.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não ter conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Clara Esteves Jorge
claraestevsjorge@gmail.com

RECEBIDO: 21 de junho de 2018 | ACEITE: 15 de outubro de 2018

