



Do especialista para o clínico

O Clínico Marcelo Traitel entrevista Dr. José G. Speciali, professor Associado de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), coordenador do Serviço de Cefaleias e Algias Cranio-Faciais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.



1. O que caracteriza a cefaleia?

Cefaleia, para os médicos, ou dor de cabeça, para os leigos, é toda dor que acomete a região da cabeça, que vai desde os olhos até o final da implantação do cabelo, na região da nuca. Se a dor acometer a região abaixo dos olhos é chamada de dor facial. Se a dor acometer abaixo da implantação dos cabelos, na região posterior do pescoço, a dor é chamada de cervical ou nucal.

2. Como classificamos as cefaleias?

Cefaleia é a dor mais frequente na população. Cerca de 90% da população teve ou vai ter algum tipo de cefaleia no decorrer de sua vida e cerca de 40% tem cefaleia com certa regularidade. É por isso que muitas pessoas e mesmo alguns médicos, às vezes, falam em dor de cabeça normal. Uma cefaleia nunca é um sintoma normal e sempre deve ser investigada e tratada.

A Sociedade Internacional de Cefaleia reconhece de 12 a 15 tipos de cefaleia e mais de uma centena e meia de causas de dor de cabeça. As cefaleias podem ser primárias ou secundárias. As cefaleias primárias são consequência de problemas impossíveis de serem demonstrados por exames de laboratório, ou seja, a cefaleia é a própria doença. Já as cefaleias secundárias são sintomas de doenças que podem ser diagnosticadas por exames laboratoriais específicos. A cefaleia secundária mais frequente é a da ressaca.

As cefaleias primárias mais conhecidas são a enxaqueca, cefaleia do tipo tensional, cefaleia em salvas, cefaleia em facadas (*ice-pick headache*), cefaleias por esforços físicos (tosse, levantar peso, atividade sexual).

As cefaleias secundárias podem ser causadas, segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia por:

1. traumas cranianos ou da coluna cervical;
2. transtornos da circulação cerebral como, por exemplo, a cefaleia do aneurisma cerebral cujo rompimento causa dor de cabeça súbita, intensa e, em geral, o paciente entra em coma, necessitando de tratamento em regime de UTI e cirurgia. Essa situação pode levar ao óbito em poucas horas, se não reconhecida e tratada urgentemente;
3. tumores intracranianos ou outras causas de hipertensão intracraniana;
4. abuso de substâncias lícitas ou ilícitas como, por exemplo, cocaína, maconha, álcool, sildenafil, dilatares coronarianos e, especialmente, uso abusivo de analgésicos. O abuso de analgésicos pode agravar a enxaqueca. As crises ficam mais frequentes, graves e de difícil tratamento. O uso de mais de 10 analgésicos por mês já provocam essa piora;

5. infecções e febre. As infecções mesmo uma simples gripe pode provocar muita cefaleia na fase aguda. A dengue, muito frequente em nosso meio, é uma das principais causas de cefaleia grave e febre alta. As meningites/encefalites são infecções intracranianas que podem se iniciar com febre e cefaleia e, nesses casos, o médico tem que estar atento para não interpretar a cefaleia como sendo uma gripe quando é uma meningite;

6. transtornos da homeostase. Hipoglicemia, altas altitudes (Campos de Jordão), hipertensão arterial, apneia do sono, hipotireoidismo podem provocar cefaleia;

7. transtornos dos olhos, nariz, garganta, seios da face, dentes, disfunção temporomandibular, da coluna cervical são causas frequentes de dor de cabeça;

8. transtornos psiquiátricos.

Algumas regras alertam o profissional da saúde para o diagnóstico diferencial entre cefaleias primárias e secundárias. Em primeiro lugar é necessário conhecer com minúcias as características das cefaleias primárias e secundárias e isso pode ser feito acessando o site da Sociedade Brasileira de Cefaleia (<http://www.sbce.med.br>) e abrir a Classificação Internacional das Cefaleias.

Estão padronizados na literatura médica os sinais que alertam os profissionais da saúde para a suspeita de cefaleia secundária:

1. a primeira ou a pior dor de cabeça da vida;
2. uma dor de cabeça diferente daquela que sempre teve;
3. a cefaleia que não cede ou aumenta com analgésicos;
4. sonolência ou falar coisas sem nexos;
5. quando a cefaleia for explosiva, ou seja, quando surgir como uma explosão, instantânea e ficar muito forte, insuportável;
6. se for notada rigidez na nuca, com dificuldade para fletir a cabeça;
7. quando for notado que um dos lados do corpo tem menos força ou se movimenta menos que o outro;
8. se forem verificados desvios oculares (estrobismo) ou incapacidade de abrir um dos olhos totalmente;
9. quando surgirem alterações visuais do tipo escurecimento, visão de arco-íris, com halo colorido ao redor dos objetos entre outros;
10. quando estiver acompanhada de febre;
11. se surgir após trauma craniano significativo;
12. quando estiver associada a um aumento súbito da pressão arterial.

3. Quais são as cefaleias primárias mais frequentes na população?

As cefaleias mais frequentes na população são a migrânea (ou enxaqueca) e a cefaleia do tipo tensional. A mi-

grânea é caracterizada por crises de cefaleia de forte intensidade, latejante (pulsátil), em geral unilateral, que piora com as atividades rotineiras sendo acompanhada por náusea e/ou vômitos, foto e fonofobia. Às vezes ela é precedida por fenômenos visuais chamados de Aura. É uma doença hereditária. Herda-se uma instabilidade neuronal e esses pacientes são sensíveis a variações hormonais, certos alimentos e/ou odores, bebidas alcoólicas, distúrbios emocionais e de sono, que são desencadeantes das crises. A cefaleia do tipo tensional é de fraca a moderada intensidade, em geral é em aperto e surge no final da tarde de um dia cansativo e tenso. Pode melhorar com a atividade física.

A cefaleia mais frequente na população é a cefaleia do tipo tensional. Ocorre em, aproximadamente, 60% dos indivíduos, enquanto que a migrânea ocorre em 14%. A migrânea tem maior prevalência em mulheres entre os 20-40 anos de idade. As cefaleias crônicas diárias ocorrem em 3-4% da população. Cefaleia também é muito frequente em crianças. Cerca de 10% delas tem dor de cabeça.

Essas cefaleias podem ficar muito frequentes, diárias ou quase diárias, por causa de problemas emocionais ou do uso abusivo de medicações para as crises, sendo nesse caso chamadas de cefaleias crônicas diárias.

As cefaleias impõem grandes perdas para as pessoas. É frequente perderem dias de trabalho ou escola, de lazer e compromissos sociais.

As cefaleias têm tratamento apesar de muitas pessoas considerarem-nas, quando não muito intensas e esporádicas, um sintoma normal e, por causa disso, não procurarem ajuda médica.

4. Como podemos diferenciar as cefaleias derivadas de problemas orais e as demais cefaleias? Quais exames devemos fazer para realizar este diagnóstico diferencial?

A Sociedade Internacional de Cefaleias não privilegia a distinção entre algias orofaciais e cefaleias, mas no item 11.6 coloca a possibilidade de uma cefaleia ser secundária a distúrbios dos dentes, mandíbula ou estruturas relacionadas. Os critérios diagnósticos dessa cefaleia são: presença de cefaleia holocraniana ou não, que tenha surgido em estreita relação temporal com distúrbios dos dentes, mandíbula ou estruturas relacionadas e que desaparece em até três meses, após o tratamento eficaz do distúrbio odontológico. Os comentários sobre esse item da classificação indicam que os distúrbios dos dentes frequentemente causam dor de dente e/ou dor facial e, raramente, cefaleia. A causa mais comum de cefaleia difusa é a periodontite e a pericoronite.

O diagnóstico pode ser difícil se o paciente procurar primeiramente um médico nessa situação (presença de cefaleia difusa por causa de problema odontológico). O que pode alertar o médico sobre a possibilidade de uma cefaleia secundária são os sinais de alerta listados acima. Se o paciente procurar um dentista a situação poderá ser identificada com maior rapidez.

5. Quando um paciente que apresenta problemas de DTM/ATM relata dor (cefaleia) em região temporal, nós acreditamos que esta dor é derivada desta patolo-

gia. Que tipo de diagnóstico devemos fazer para chegarmos a esta conclusão? Que tratamentos atualmente são preconizados e aplicados nas cefaleias decorrentes deste problema?

A resposta à primeira parte da pergunta é sim, DTM/ATM provoca dor localizada em regiões próximas da ATM, mas também pode causar dor de cabeça difusa ou hemicraniana. O item 11.7 Cefaleia ou dor facial atribuída a distúrbio da articulação temporomandibular da classificação das cefaleias que aborda a relação DTM e cefaleia. Os critérios diagnósticos da cefaleia secundária a problemas da ATM/DTM têm como apoio principal a estreita relação temporal entre o aparecimento da cefaleia e da DTM e, conseqüente, desaparecimento da cefaleia uma vez resolvido o problema da DTM.

Com as recentes publicações encontradas em revistas nacionais e internacionais especializadas, comprovou-se que as cefaleias atribuídas à DTM são causadas por DTM muscular. As DTM de origem articular parecem provocar apenas dor local. Se aceita hoje que as DTMs musculares se relacionam com as cefaleias de duas maneiras: 1. como fator causal de cefaleias difusas ou hemicranianas: nesses casos a cefaleia desaparecerá com a resolução do problema odontológico. A conduta mais oportuna seria solicitar a avaliação de um neurologista para descartar a possibilidade de uma cefaleia primária do tipo enxaqueca ou tensional ou de cefaleia secundária. Depois disso os procedimentos odontológicos seriam realizados; 2. como fator agravante de cefaleias primárias preexistentes: nos últimos anos várias publicações confirmam que as DTMs podem agravar cefaleias primárias, principalmente a enxaqueca. Profissionais menos avisados podem interpretar esse fato como sendo as DTMs causa de enxaqueca, conceito errôneo, pois enxaqueca é uma doença herdada que acomete os neurônios e caracterizada por hipersensibilidade do sistema nervoso central a fatores desencadeantes. Alguns migranosos têm mais crises e crises mais fortes quando têm outro tipo de dor (fenômeno conhecido como sensibilização central). Por causa disso, a dor da DTM pode agravar a enxaqueca e esta poderá melhorar uma vez tratada a DTM.

As duas perguntas finais dessa sessão já foram enfocadas acima: o exame clínico é fundamental. Exames de imagem da ATM serão indicados pelo dentista quando houver suspeita de doenças da ATM, pois se a dor for decorrente de problemas da musculatura mastigatória o diagnóstico é clínico.

O tratamento da cefaleia por ATM/DTM será pela correção da causa da cefaleia, ou seja, do tratamento dos pontos de gatilho musculares ou dos distúrbios da ATM. Uma vez tratada a causa odontológica da cefaleia essa desaparecerá em poucas semanas. Se não desaparecer é porque a cefaleia nada tinha a ver com os distúrbios odontológicos. 