

Cefaleias

Introdução

Ao atender um paciente que se queixa de cefaleia a primeira pergunta que devemos responder é: trata-se de cefaleia primária ou secundária. Algumas questões nos fazem pensar em cefaleia secundária, são elas: início de dor após os 50 anos (AVC, tumores), evento súbito (AVE hemorrágico intra-parenquimatoso ou HSA), aumento progressivo da dor (efeito de massa), dor recente em paciente com neoplasia, HIV (toxoplasmose, abscesso, meningite), história de queda ou TCE recente (hematomas subdural ou epidural), achados sistêmicos como febre, rigidez de nuca, rash cutâneo, sinal neurológico focal e fundo de olho alterado (edema de papila – hipertensão intracraniana). Caso todas as perguntas acima sejam negativas, estaremos de frente a um caso de cefaleia primária (90%).

Tensional

É a 1ª mais comum

Características clínicas:

Bilateral, em aperto (não pulsátil), crônica (pode flutuar durante alguns dias). Musculatura tensa, contraída, intensidade leve a moderada, piora no final do dia ou em situações de estresse e melhora com a atividade física ou relaxamento. Em geral **não há** sintomas associados: náuseas, vômitos, foto/fonofobia.

Tratamento:

AINEs, analgésicos comuns ou AAS; Cefaléia tensional crônica (>15 dias no mês):
amitriptilina.

Migrânea (2ª mais comum)

Características clínicas:

Cefaleia episódica que dura entre 4-72h e que apresenta-se como (no mínimo 2 dos 4): dor unilateral; pulsátil; moderada ou intensa; agravada com o exercício físico e náusea ou vômito ou foto e fonofobia.

Aura (20-25%): distúrbios visuais, flashes, parestesia perioral ou outros sintomas neurológicos.

Tratamento:

Crise aguda - AINEs, analgésicos, agonistas da serotonina 5HT-1 "os triptanos" (Sumatriptano), "derivados do Ergot" (Ergotamina) e antagonistas da dopamina (Metoclopramida).

Obs: Os agonistas da 5HT-1 são **contraindicados** em pacientes com doença cardíaca ou cerebrovascular.

Derivados do ergot - cuidado com ergotismo, gangrena digital.

Profilaxia: Indicada para pacientes com crises refratárias ou recorrentes (>5 no mês). Betabloqueadores (**Propranolol, timolol**); Antidepressivos tricíclicos (**amitriptilina**); e em menor escala Topiramato, valproato e gabapentina.

Não farmacológico – evitar os **gatilhos**: cafeína, álcool, dieta inadequada, stress, privação de sono.

Cefaleias Trigemino-autonômicas

Cefaleias de curta duração, podendo ocorrer várias vezes ao dia e que se acompanham de **sinais autonômicos como: lacrimejamento, rinorreia e hiperemia conjuntival**. Faz parte da abordagem desses pacientes a pesquisa de tumores da hipófise pois eles podem manifestar-se com cefaleias autonômicas.

Cefaleia em Salvas

Manifestações clínicas:

Homens com um ou dois ataques diários (aproximadamente na mesma hora do dia) durando entre 15 min e 3h, **explosivas, intensas, dor retro orbitária unilateral** associados aos **sintomas autonômicos ipsilaterais**. Os pacientes ficam agitados.

Tratamento

Crise – Oxigênio a 100% 10-12L/min + Sumatriptano.

Profilaxia – Verapamil e prednisona (prevenção em curto prazo).

Hemicrania Paroxística

Manifestações clínicas:

Crises de **2-45 min**; que terminam em até 72h e são associadas a manifestações

autônômicas unilaterais.

Tratamento: grande resposta a **indometacina**.

SUNCT (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing)

Manifestações clínicas:

Até **200 crises** por dia que duram até no máximo 4 minutos, em pontada, aguda e excruciante. Lacrimejamento e hiperemia conjuntival são muito importantes.

Tratamento:

Crise – Lidocaína IV.

Profilaxia – Topiramato, Lamotrigina, Gabapentina.

Cefaleias Secundárias

Hemorragia intracraniana: Cefaleia aguda, intensa, com ou sem rigidez de nuca e sem febre. Hemorragia subaracnóidea (pior cefaleia da vida) só pode ser afastada definitivamente com PL.

Meningite: Cefaleia aguda, intensa, com rigidez de nuca e febre. Piora importante com a movimentação ocular.

Neoplasia: Cefaleia profunda, surda, mal localizada, que piora com movimentação ou exercício. Em 10% pode acordar os pacientes à noite.

Baixo volume líquido : Cefaleia occipitofrontal que piora com postura sentada ou

ereta.

Causa mais comum – **Pós punção lombar**: início em até 48h ou até dias após o evento.

Tratamento

Consiste em repouso, hidratação venosa e, nos casos refratários, patch de sangue autólogo.

Arterite Temporal:

Idosa com cefaleia, dor à palpação das artérias, associado à polimialgia reumática, e claudicação de mandíbula. A dor é surda, de moderada intensidade, geralmente surgindo à noite e com exposição ao frio. Cursa com VHS elevado. Se não tratada, pode levar à amaurose. O diagnóstico é feito com biópsia, e o tratamento consiste em Prednisona 80 mg por 4 a 6 semanas.

Hipertensão Intracraniana

Conceitos

O crânio é um compartimento rígido que contém o parênquima cerebral, seus vasos sanguíneos e o líquido cefalorraquidiano. Qualquer aumento de volume nessa cavidade deve ser compensado pela saída de igual volume para que não haja aumento da pressão intracraniana.

Pressão intracraniana (PIC) normal: até 15-20 mmHg.

Definições:

Pressão de perfusão cerebral (PPC): PAM-PIC: seu valor normal situa-se acima de 50 mmHg. Idealmente devemos manter PPC > 60 mmHg.

Fluxo sanguíneo cerebral (FSE): determinado pela PPC – resistência vascular encefálica (RVE). O FSE mantém-se constante em uma ampla faixa de PAM (50-150 mmhg), sendo esse mecanismo conhecido como autorregulação cerebral.

Herniação cerebral: situação em que há deslocamento ou torção de estruturas do neuroeixo por compressão direta de lesão com efeito expansivo ou por aumento global da PIC.

Hérnia supracalosa – giro do cíngulo contra a borda livre da foice do cérebro, simulando infarto da artéria pericalosa (ramo da artéria cerebral anterior).

Hérnia uncal – uncus temporal contra a porção livre da tenda do cerebelo, podendo gerar compressão do nervo oculomotor e da artéria comunicante posterior. Quadro clínico de rebaixamento do nível de consciência, midríase ipsilateral, hemiparesia e sinal de Babinski contralaterais. Se não tratado em tempo hábil pode evoluir para coma e postura de descerebração.

Hérnia central – diencéfalo e porção superior do mesencéfalo pelo Forame de Pacchioni.

Cerebelares – resultados de aumentos da PIC infratentorial. Mais grave pelo risco de compressão bulbar. Quadro clínico pode ser representado por tetraplegia flácida, coma e até mesmo parada respiratória devido a compressão do centro respiratório localizado no bulbo.

Diagnóstico da HIC

Didaticamente ocorre em 4 fases de evolução:

Fase 1: Assintomática. Compensada por mecanismos compensatórios

Fase 2: Sintomas iniciais de HIC, como cefaléia, náuseas, vômitos, alterações do comportamento e do nível de consciência

Fase 3: Rebaixamento do nível de consciência, elevação da PA, diminuição da FC e alterações do ritmo respiratório (Tríade de Cushing)

Fase 4: Diminuição da PA, irregularidade da FC, midríase paralítica, coma, PCR.

Tratamento da crise de HIC

Terapia primária:

Elevação da cabeceira a 30°, cabeça em posição neutra, manter **PA sistólica acima de 90 mmHg, PaO₂ > 70 mmHg e sPO₂ > 94%**, manter normotermia, hematócrito entre 30-33%, sódio entre 140-145, profilaxia contra TVP, iniciar Fenitoína e manter por 7 dias, iniciar algoritmo de sedação caso necessário.

Terapia para casos refratários:

Ventriculostomia com instalação de cateter para monitorização da PIC – medida mais eficaz pois permite, além da monitorização da PIC, a drenagem periódica de LCR

Repetir a tomografia de crânio regularmente ou em casos de piora do quadro neurológico

Hiperventilação (alvo PCO₂ 30 - 35 mmHg) – Efeito transitório por causar vasoconstricção arterial e diminuição do volume sanguíneo intracraniano.

Terapia hiperosmolar – Manitol ou Salina hipertônica (Até Osm 320 mOsm/L)

Craniectomia descompressiva para HIC refratária - aumento da complacência cerebral e diminuição da PIC

Coma barbitúrico – diminui metabolismo e fluxo sanguíneo cerebral.

