

# COMO IDENTIFICAR UMA CEFALÉIA SECUNDÁRIA NA EMERGÊNCIA

Bernardo Chaves D`Ávila Portal  
Stefano Boemler Busato  
William Alves Martins  
Luiz Carlos Marrone

## UNITERMOS

CEFALÉIA SECUNDÁRIA; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; ETIOLOGIA; EMERGÊNCIA.

## KEYWORDS

SECONDARY HEADACHE; DIFFERENTIAL DIAGNOSIS; ETIOLOGY; EMERGENCY.

## SUMÁRIO

É importante a identificação de uma cefaléia de causa secundária na emergência, pois torna-se necessária uma investigação complementar através de exames laboratoriais, de neuroimagem, assim como avaliação de líquido quando indicado. Há fatores de alarme identificáveis durante o atendimento, que podem facilitar essa identificação, possibilitando um tratamento adequado.

## SUMMARY

*The identification of a secondary cause of headache in the emergency room is important because is necessary further investigation through laboratorial tests, neuroimaging, and lumbar puncture when indicated. There are identifiable danger signs on history and examination, which can facilitate this identification, enabling appropriate treatment.*

## INTRODUÇÃO

Cefaléia é uma das queixas mais frequentes na prática clínica. Estima-se que 2% a 4% de todas as consultas em pronto-socorro se devam a cefaléia.<sup>1</sup>

Durante o atendimento em uma emergência médica, cuja queixa principal do paciente resume-se à cefaléia, é de extrema importância que seja realizada uma avaliação que vise à diferenciação entre uma cefaléia primária e secundária. A primeira não demonstra nenhum tipo de fator orgânico determinante e é classificada segundo a Sociedade Internacional de Cefaléias em quatro grupos: 1. Migrânea; 2. Cefaléia do tipo tensional; 3. Cefaléia em salvas e hemicrânia paroxística crônica; 4. Miscelânea de cefaléias não

associadas com lesão estrutural. Ao passo que a cefaléia secundária reúne patologias que produzem cefaléia como um de seus sintomas. Essas patologias podem ser neurológicas ou sistêmicas, intra ou extra-crânicas. São exemplos de cefaléia secundária: trauma de cabeça e/ou pescoço, distúrbios vasculares, distúrbios intracranianos não vasculares, uso de substâncias ou a sua supressão, infecção não cefálica, distúrbios metabólicos, distúrbios de estruturas da face ou crânio; distúrbio psiquiátrico, etc.<sup>2</sup>

Embora o número de itens diagnósticos das cefaléias secundárias seja maior, as cefaléias primárias correspondem a mais de 90% dos casos de dor de cabeça na prática clínica.<sup>3</sup>

A maioria das cefaléias são diagnosticadas através de uma anamnese detalhada, cuja função principal é a caracterização da cefaléia e a localização de eventuais sinais e sintomas de alarme. No entanto, é fundamental que seja realizado um exame físico e neurológico para avaliar a necessidade de uma investigação complementar como, por exemplo, exames de neuroimagem e de LCR (líquido céfalo-raquidiano).<sup>2</sup>

Estudos mostram que o erro diagnóstico em pacientes com cefaléia é frequente, estando entre 23% e 51% dos pacientes com hemorragia subaracnóideia, chegando a 50% dos pacientes com Migrânea.<sup>1</sup> Visto que a morbidade de uma cefaléia secundária é substancialmente maior, essa diferenciação pode ser determinante para um melhor prognóstico e para um manejo adequado do quadro. A identificação de sinais de alarme deve ser feita imediatamente após a caracterização da cefaléia.

### **CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS: COMO RECONHECER OS FATORES DE ALARME<sup>3</sup>**

**1. A PRIMEIRA OU A PIOR CEFALÉIA:** 45% dos casos de aneurismas intracraniais sintomáticos são referidos pelo paciente como “a pior cefaléia da vida” ou “dor de cabeça como nunca havia sentido antes”.

**2. INÍCIO SÚBITO OU RECENTE:** cefaléia de alta intensidade iniciada subitamente sugere sangramento intra-cranial (Figuras 1 e 2). A classificação (IHS - 2004) reconhece a forma primária desta cefaléia, mas recomenda investigação a fim de afastar ruptura de aneurisma, trombose venosa cerebral, dissecação arterial, aneurisma da artéria vertebral ou apoplexia hipofisária.<sup>4</sup>

**3. INÍCIO APÓS OS 50 ANOS:** a maioria das cefaléias primárias iniciam-se entre 20 e 30 anos de idade. Embora existam cefaléias próprias da terceira idade, como Arterite Temporal e Cefaléia Hípica.

**4. INTENSIDADE E FREQUENCIA PROGRESSIVA E PERSISTENTEMENTE MAIOR:** sugere processo expansivo intra-cranial. Aproximadamente 20% dos casos de tumor cerebral, em fase inicial, há dor referida imediatamente por sobre a lesão. Durante o seu crescimento, o processo expansivo associa-se a aumento da pressão intra-cranial e conseqüente caráter difuso da dor.

**5. HISTÓRIA DE CÂNCER OU SIDA:** nesses casos, mesmo quando a cefaléia possui características primárias, é recomendável que se investigue ativamente uma possível causa subjacente.

**6. ASSOCIADA A ALTERAÇÕES DO EXAME NEUROLÓGICO:** Cefaléia em Salvas apresenta-se com sinais autonômicos associados durante as crises.

A Migrânea com ou sem aura, assim como a cefaléia tensional não devem estar associadas a sinais ou alterações neurológicas durante as crises.

A fase assintomática das cefaléias primárias deve ser livre de sinal ao exame neurológico. Com excessão da cefaléia em Salvas, cujo “Sinal de Horner persistente” pode estar presente.

**7. ASSOCIADA A FEBRE E/OU SINAIS MENÍNGEOS:** são conhecidos como sinais de alerta maiores. Esses estão sempre associados a cefaléias secundárias. As principais hipóteses diagnósticas passam a ser a Hemorragia Subaracnóide e a infecção meningea.

**8. ASSOCIADO A TRAUMATISMO CRANIANO:** existem três aspectos a serem valorizados com relação ao trauma cranial: 1. O trauma pode precipitar ou exacerbar uma cefaléia primária. 2. O trauma pode ser o agente causal da própria condição (cefaléia pós-traumática aguda ou crônica). 3. O trauma pode promover alterações estruturais e provocar uma cefaléia secundária. Quando uma “nova cefaléia” ocorre pela primeira vez em íntima relação temporal com o trauma conhecido, deve ser considerada como cefaléia secundária atribuída ao trauma. No entanto, quando uma cefaléia primária preexistente torna-se pior, em íntima relação com o trauma, as três possibilidades acima devem ser consideradas.

**9. APRESENTANDO MUDANÇAS NAS CARACTERÍSTICAS:** é importante que a dor de cabeça seja sempre abordada como se fosse a primeira consulta do paciente. Em cefaléias crônicas e paroxísticas, a simples alteração da intensidade ou da freqüência pode estar associada a uma “nova cefaléia”, e essa pode ser secundária.

**10. CEFALÉIAS PERSISTENTEMENTE UNILATERAIS:** Migrânea, cuja dor ocorre persistentemente do mesmo lado, mesmo que de caráter crônico, deve ser investigada, uma vez que a alternância da localização da dor diminuiu a possibilidade de lesão estrutural.

Na suspeita de uma cefaleia secundária, deve-se proceder com investigação complementar através de exames laboratoriais e de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de encéfalo) e avaliação de LCR quando necessário.

O tratamento das cefaleias primárias tem por objetivo reduzir a frequência e a intensidade da dor. Nessa situação, podemos utilizar medicações

preventivas ou abortivas de dor. No caso das cefaleias secundárias, o tratamento é diretamente relacionado à doença de base.<sup>4</sup>



Figura 1 - Hematoma subdural subagudo em hemisfério esquerdo com desvio da linha

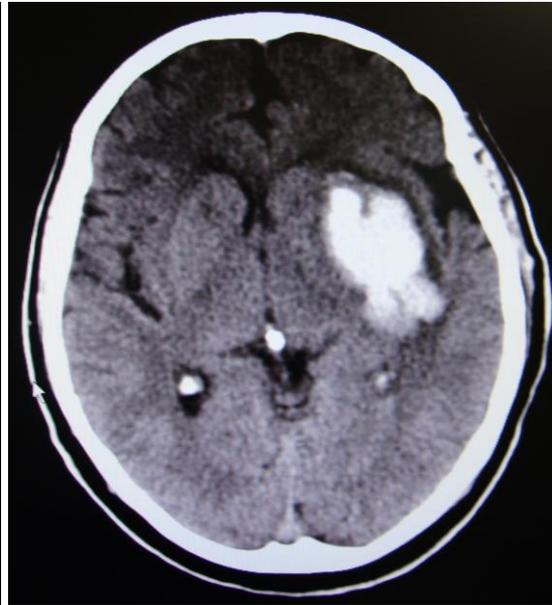


FIGURA 2 - Hemorragia intra-parenquimatosa putaminal em hemisfério esquerdo.

## CONCLUSÃO

Embora as dores de cabeça na sua maioria sejam primárias, o risco representado por algumas cefaléias secundárias justifica a preocupação de pacientes e médicos. É importante que um profissional devidamente treinado seja capaz de diferenciar esses dois grandes grupos de cefaléias, uma vez que diferentes condutas podem ser necessárias. Não há exames de laboratório que possam ser utilizados como critérios diagnósticos, em qualquer das formas primárias de cefaléia. Existem síndromes típicas, mas que podem ter formas variadas de apresentação. Para o diagnóstico correto, a anamnese e o exame físico detalhados são primordiais.

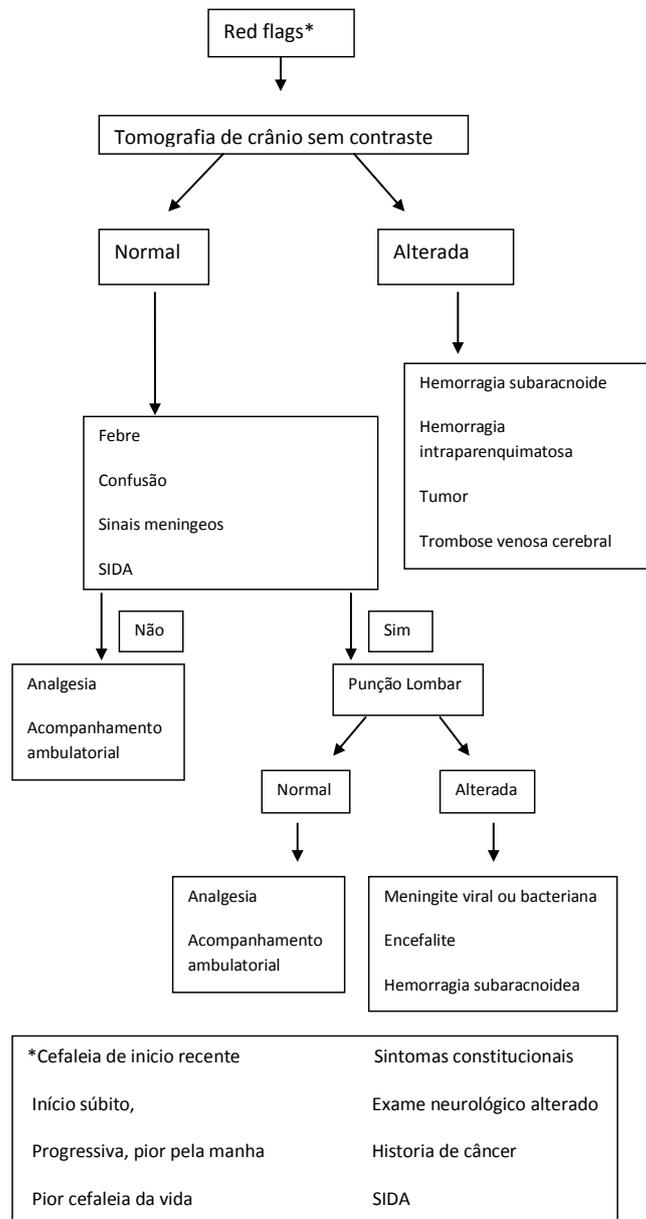


Figura 2 - Algoritmo para manejo da cefaléia com fatores de alarme.

## REFERÊNCIAS

1. Martins HS. et al. Emergências Clínicas: abordagem prática - USP. 9. ed. Barueri: Manole; 2014.
2. Nunes ML, Marrone ACH. organizadores. Semiologia neurológica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
3. Cefaléias, conceitos e casos: uma experiência interativa. Instituto Cortex - ensino e pesquisa. Péricles Maranhão.
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. Imagens gentilmente cedidas pelo serviço de radiologia do HSL da PUCRS.