

QUANDO UMA CEFALEIA SINALIZA UM TUMOR CEREBRAL?

WHEN DOES A HEADACHE SIGNAL A BRAIN TUMOR?

Fillipe Machado Vieira¹, Thomas Moré Frigeri²

¹ Acadêmico de Medicina da Associação Turma Médica 2018 da Escola de Medicina da PUCRS ² Médico Neurocirurgião membro do Serviço de Neurocirurgia do Hospital São Lucas da PUCRS

RESUMO

Introdução: O objetivo principal deste tudo é facilitar o acesso a profissionais da área médica aos dados de literatura referentes à cefaleia de origem neoplásica. Através de uma revisão bibliográfica, investiga-se os principais sinais clínicos da doença, de maneira a simplificar a prática médica das casuísticas comumente encontradas na rotina clínica.

Métodos: Revisão bibliográfica sobre o diagnóstico e manejo de cefaleias com provável origem neoplásica visando aprimorar a acurácia na identificação dessa patologia.

Resultados: Observamos que a cefaleia de provável origem neoplásica apresenta uma clínica atípica na grande maioria dos casos, a qual varia com tipo, tamanho, localização e velocidade de crescimento do tumor. Para correto diagnóstico clínico, é recomendado a procura por sinais de alerta e, quando presentes, um exame de imagem com TC ou RNM se faz necessário. Como a sobrevida nesses pacientes costuma ser limitada, é imperativo

o diagnóstico preciso da etiologia da cefaleia para controle adequado da dor e escolha do tratamento. Caso nenhum sinal de alerta esteja presente, deve-se então tranquilizar o paciente.

Conclusão: A cefaleia, por sua natureza comum, é benigna na maior parte dos casos, sendo subvalorizada pelo próprio paciente. De fato, são poucas as ocorrências de tumores cerebrais concomitantes à cefaleia. Entretanto, investigar e tratar os casos em que a cefaleia está presente é de suma importância para o manejo correto do paciente, pois 71% dos tumores cerebrais apresentam cefaleia como primeiro sinal clínico, segundo dados da literatura.

Palavras-chave: cefaleia, tumor cerebral, dor de cabeça, câncer.

ABSTRACT

Introduction: The main objective is to facilitate access to science-related literature for headache associated with brain tumors. Through a bibliographic review, investigating the main clinical events of the disease, in a way to simplify a medical practice of the common series are a medical routine.

Methods: Bibliographic review on the diagnosis and management of headache with neoplastic origin helping to improve the accuracy in the identification of this pathology.

Results: Headache of probable neoplastic origin presents with atypical characteristics in the vast majority of cases, which varies on type, size, location and speed of tumor growth. For correct clinical diagnosis, the search for warning signs is recommended and, when present, an imaging examination with CT or MRI is mandatory. As the survival in these patients is usually limited, it is imperative to accurately diagnose the etiology of headache for adequate pain control and treatment choice. If no alert signal is present, the patient should be reassured.

Conclusion: Headache has a benign nature in most cases. However, it is still undervalued by patients. In fact, there are few occurrences of brain tumors concomitant with headache. Investigating and treating the cases in which headache is present is of paramount importance for the correct management of the patient, since 71% of the brain tumors present headache as the first clinical sign.

Keywords: headache, brain tumor, cancer.

INTRODUÇÃO

A cefaleia, ou comumente chamada dor de cabeça, é um dos sinais clínicos mais comuns da rotina clínica, de maneira que quase toda a população já teve ou terá algum episódio durante a vida (1,2). Normalmente ela responde ao repouso e à administração de analgésicos, porém algumas vezes ela pode indicar uma situação secundária a um tumor cerebral. Em 1940, Ray e Wolfe realizaram uma série de experimentos em pacientes submetidos à craniotomias, no qual mapearam as áreas da cabeça sensíveis à dor. Desde então, é sabido que, embora o parênquima cerebral seja insensível à dor, outras estruturas adjacentes a ele não o são. As principais estruturas envolvidas com as cefaleias podem ser descritas como: distensão e dilatação de artérias extra e intracranianas, tração da dura-máter, pele, músculos do crânio, bem como a compressão de nervos cranianos (V, VII, IX e X).(1,2)

Dados epidemiológicos apresentam uma prevalência anual de cefaleia de até 90% em homens e 95% em mulheres. Por ser uma queixa muito frequente, a cefaleia causa um importante impacto socioeconômico, incluindo custos significativos com serviços médicos, perda de produtividade e redução da qualidade de vida.(3) Além disso, também está relacionada a dificuldades de aprendizado, ao fracasso educacional e absenteísmo escolar, em média de 2,8 dias/ano.(3-5)

Foi publicado pela “*International Headache Society*”, em 1988, uma classificação de cefaleias (“*International Headache Classification Disorders*”), tendo uma segunda edição em 2004 e uma terceira edição beta em 2013, na qual as cefaleias são classificadas de acordo com suas características fenotípicas, podendo, resumidamente, serem do tipo primária (p.ex: migrânea, tensional, trigeminal, etc.) ou secundária (p.ex: atribuída à trauma, distúrbios vasculares, infecções, lesões estruturais, etc.).(6)

Embora a maior parte das cefaleias sejam de origem primária (95%), é importante que o médico mantenha o olhar atento à essa queixa e seja capaz de avaliar a clínica de seus pacientes para determinar se essa é uma condição benigna ou se indica uma patologia neurológica mais grave adjacente.(4,7)

A literatura demonstra que a cefaleia está presente em 48% a 71% dos pacientes com tumor cerebral tanto primários quanto por lesão metastática, embora ela raramente se apresente de maneira isolada – sem achados neurológicos associados – ou em sua forma clássica. Portanto, é um desafio para o clínico a diferenciação das cefaleias e, apesar disso, ferramentas de diagnóstico como as “*Red Flags*” podem auxiliar nesta tarefa e serão melhor descritas a seguir.(1,8)

MÉTODO

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura médica com artigos científicos selecionados dentro do PubMed entre os meses de maio e junho de 2018, utilizando-se as seguintes terminologias: “*headache*”, “*brain tumor*”, “*headache disorders*”, “*brain tumor in adults*”, “*Brazil headache*”. Os critérios de inclusão para os estudos, foram: relevância, contemporaneidade e aplicabilidade dos artigos na prática clínica em território nacional. Não houve a intenção de descrever detalhadamente os tipos de tumores cerebrais ou outras manifestações clínicas neurológicas associadas, mas sim, detalhar a importância da cefaleia de provável origem neoplásica, assim como seu diagnóstico diferencial de outras cefaleias, visando a

aprimorar a identificação de tumores cerebrais na prática clínica podendo assim tranquilizar o paciente sempre que possível.

RESULTADOS

Apresentação clínica

A apresentação clínica da cefaleia causada por tumor cerebral é geralmente não específica e varia com a localização, tamanho e velocidade de crescimento do tumor. Apesar da inconstância, a dor é mais prevalente pela manhã ou à noite, associada com náuseas e vômitos, e pode ser descrita pelo paciente como de moderada à grave, em pressão, aperto ou latejante e progressiva.(1)

A frequência das dores depende da localização do tumor: 90% dos pacientes com tumores intraventriculares apresentam cefaleia; 70 a 84% dos pacientes com tumores infratentoriais; 60% dos pacientes com tumores supratentoriais (1,9). Outros fatores foram descritos como determinantes para aumentar o risco de cefaleia, como o aumento da pressão intracraniana, grau de desvio da linha média e aumento de edema. (1). Em casos de tumores de crescimento lento, estes podem ter menor propensão a causar cefaleia, pois as estruturas relacionadas à sensibilidade à dor têm mais tempo de adaptação, contrariamente ao que ocorre nos casos de tumores de crescimento rápido. Caso o paciente apresente uma cefaleia que se encaixe nos critérios de cefaleia primária, o risco de que ela seja por origem neoplásica é baixo (0,045%). (10)

Diagnóstico clínico

Devido à variabilidade das características da cefaleia entre os pacientes, sinais de alerta, conhecidos como "*red flags*", foram desenvolvidos para guiar o clínico no diagnóstico. Suspeitar sempre que o paciente apresentar qualquer um dos sinais abaixo: (1)

- mudança no padrão da dor de cabeça;
- dores de cabeça ao início da noite ou de manhã cedo;

- cefaleia de natureza progressiva;
- cefaleia associada à febre ou outros sintomas sistêmicos;
- cefaleia com meningismo;
- cefaleia com sinais neurológicos;
- precipitação da dor de cabeça à manobra de Valsalva (curvando-se, tossindo ou espirrando);
- aparecimento de uma nova dor de cabeça em um adulto, especialmente acima dos 50 anos de idade;
- aparecimento de uma nova dor de cabeça em idosos ou crianças;
- cefaleia nova ou modificação no padrão da dor em paciente com câncer.

Caso seja identificado uma ou mais queixas acima, uma investigação com exames de neuroimagem é recomendada. (1) Além dos sinais de alerta mencionados, há também sinais que podem tranquilizar o paciente e o médico durante a investigação clínica: (7)

- idade menor do que 30 anos;
- história de cefaleia prévia, sem alteração no padrão da dor;
- ausência de achados neurológicos;
- ausência de comorbidades de alto risco associadas (p.ex.: HIV);
- nenhum achado clínico novo na anamnese ou exame físico.

Na presença desses critérios, o paciente deve ser tranquilizado e orientado de que, embora cefaleias estejam presentes como um dos sinais de tumor cerebral, uma minoria é considerada cefaleia secundária causada por patologias neurológicas (5%) e dentro dessa mesma amostragem, menos ainda tem as lesões intracraniais expansivas (1,1%) como sua etiologia, conforme um estudo realizado pelo departamento de neurologia da Universidade de São Paulo, no Brasil, com 561 pacientes de duas unidades de cuidados básicos.(4)

Neuroimagem

Pacientes com suspeita de tumores cerebrais têm indicação de neuroimagem, visto que um resultado de exame normal pode ser reconfortante para o paciente que tenha apresentado algum “*red flag*”. Sabe-se que a tomografia computadorizada (TC) é suficiente para mostrar algumas neoplasias, além de que a grande disponibilidade e baixo custo desse exame faz com que essa modalidade seja a primeira utilizada em pacientes com cefaleia e suspeita de neoplasias na atenção primária. Contudo, a sensibilidade e especificidade da ressonância magnética excede as da tomografia computadorizada, tornando-a superior especialmente se houver suspeita de lesão em fossa posterior ou lesão hipofisária. (1)

A ressonância magnética (RNM) cerebral com contraste ainda é o estudo de neuroimagem padrão-ouro para a avaliação de tumores cerebrais. (1)

FIGURA 1



Tratamento

O tratamento da cefaleia associada ao tumor dependerá do tipo de tumor, do estado funcional do paciente e do estágio da doença e deverá ser feito junto a uma equipe multidisciplinar formada por neurocirurgião, oncologista e, quando necessário, uma equipe de cuidados paliativos. Geralmente, o tratamento do próprio tumor melhora a queixa de cefaleia. (1)

Agudamente, alguns corticosteroides, como a dexametasona, podem trazer alívio temporário à dor de cabeça e outros sintomas causados por edema cerebral vasogênico. Pacientes em radioterapia também apresentaram melhora das queixas de cefaleia. Além disso, a recidiva da dor de cabeça geralmente reflete a recidiva do próprio tumor. Por fim, pacientes com história cefaleia primária são mais propensos a apresentar cefaleia associadas ao tumor cerebral, e nesse caso, a terapia padrão para cefaleia primária é indicada – mesmo que haja características atípicas. (1)

Como a sobrevida é limitada nesses pacientes, o controle adequado da dor e outros sintomas associados é importante para manter a qualidade de vida do paciente com tumor cerebral passível ou não de ser curado. (1)

CONCLUSÃO

A cefaleia, por sua natureza comum, é benigna na maior parte dos casos. De fato, são poucas as ocorrências de tumores cerebrais concomitantes à cefaleia. Os tumores cerebrais podem apresentar sintomas similares aos da cefaleia primária, o que torna o trabalho do clínico em distinguir os casos graves dos não-graves um desafio mais complicado. Além disso, mesmo com *red flags* presentes, a acurácia desta ferramenta pode ser questionável. Portanto, exames de imagem complementares se fazem necessários.

A tomografia computadorizada ainda é o exame de imagem mais utilizado devido à sua disponibilidade, velocidade e precisão. Contudo, a ressonância magnética é mais sensível e específica.

Finalmente, é sempre preciso considerar tumores de cabeça em pacientes com queixa de cefaleia, tendo como base o conhecimento das *red flags* e podendo assim tranquilizar o seu paciente sempre que for possível.

REFERÊNCIAS

1. Kirby S, Purdy RA. Headaches and Brain Tumors. *Neurol Clin NA* [Internet]. 2014;32(2):423–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2013.11.006>
2. Ray BS WH. Experimental studies on headache. Pain-sensitive structures of the head and their significance. *Arch Surg*. 1940;41:813.
3. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: Data from the National Health Interview Survey. *Headache*. 1993;33(1):29–35.
4. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache*. 2000;40(3):241–7.
5. Braga Vilela, Polyana Cristina; Alves Ferreira Souza L, Evangelista RA, Varanda Pereira L. Ocorrência e prejuízos da cefaleia em estudantes universitárias de enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(1):138–44.
6. Vincent M, Wang S. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* [Internet]. 2018;38(1):1–211. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102417738202>
7. Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults. *Am Fam Physician*. 2013;87(10):682–7.
8. Butowski NA. Epidemiology and diagnosis of brain tumors. *Contin Lifelong Learn Neurol* [Internet]. 2015;21(2):301–13. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84926511460&partnerID=40&md5=9c-22cd201d8432f4205f62cf9aa319f6>

9. The Childhood Brain Tumor Consortium. The epidemiology of headache among children with brain tumor. Headache in children with brain tumors. The Childhood Brain Tumor Consortium. *J Neurooncol* [Internet]. 1991;10(1):31–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2022972>
10. Kernick D, Stapley S, Goadsby P, Hamilton W. What happens to new-onset headache presented to primary care? A case-cohort study using electronic primary care records. *Cephalalgia*. 2008;28(11):1188–95.
11. Douglas AC, Wippold FJ, Broderick DF, Aiken AH, Amin-Hanjani S, Brown DC, et al. ACR appropriateness criteria headache. *J Am Coll Radiol* [Internet]. 2014;11(7):657–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacr.2014.03.024>