

Cuidado com a cefaleia crônica diária!

Be careful with the chronic daily headache!

Paulo Sergio Faro Santos

Neurologista, Chefe do Setor de Cefaleia e Dor Orofacial, Departamento de Neurologia, Instituto de Neurologia de Curitiba

Faro Santos PS. Cuidado com a cefaleia crônica diária! *Headache Medicine*. 2018;9(1):33-34

INTRODUÇÃO

Muito se ouve sobre pacientes com cefaleia crônica diária (CCD) na rotina do neurologista. Nessa situação sempre me questiono se os profissionais entendem o termo a que se referem. CCD na verdade não é um diagnóstico, mas a presença de toda e qualquer cefaleia com frequência de pelo menos 15 dias no mês por no mínimo três meses, ou seja, é um termo genérico.

Compreende-se a utilização da expressão CCD no período em que foi rotulada pela primeira vez, final da década de 1970 ou início da década de 1980, provavelmente pelo médico italiano Federigo Sicuteri.⁽¹⁾ Na época ainda não havia uma normatização diagnóstica para as cefaleias. A primeira edição da classificação internacional das cefaleias, ou *International Classification of Headache Disorders (ICHD)* – termo mais utilizado, ocorreu apenas em 1988.⁽²⁾ Atualmente utilizamos a terceira edição desta classificação que foi publicada neste ano (2018).⁽³⁾

Para entendermos melhor, a ICHD nas suas três edições publicadas até o momento nunca utilizou o termo cefaleia crônica diária como diagnóstico nosológico.⁽²⁻⁴⁾ Eis o cerne da questão, na rotina médica, o termo CCD está sendo utilizado com este sentido.

Diante de um indivíduo que se enquadra nos critérios de CCD, o profissional deverá submetê-lo primeiramente a uma anamnese completa. Em regra geral, toda cefaleia crônica um dia foi episódica, desta maneira precisa-se descobrir o padrão da cefaleia previamente ao período de piora, a fim de auxiliar no diagnóstico da atual cefaleia crônica. Além disso, deve-se buscar por sinais de alerta na história, no exame físico, neurológico

e cefaliátrico, no intuito de definir a necessidade de exames complementares, se houver suspeita de cefaleia secundária.⁽⁵⁾ Após exclusão de causas secundárias, as CCDs podem ser divididas em cefaleias de curta duração e de longa duração, de acordo com suas manifestações clínicas (Tabela 1).⁽⁶⁾

Tabela 1 - Diagnóstico diferencial entre as cefaleias crônicas diárias

CCD de curta duração	CCD de longa duração
Cefaleia em salvas crônica	Migrânea crônica
Hemicrânia paroxística crônica	Cefaleia tipo tensional crônica
<i>Short-lasting unilateral neuralgiform headaches with conjunctival injection and tearing (SUNCT) syndrome</i>	Hemicrânia contínua
<i>Short-lasting unilateral neuralgiform headaches with autonomic symptoms but without lacrimation and conjunctival injection (SUNA)</i>	Cefaleia persistente diária desde o início
Cefaleia hipóica	Cefaleia atribuída ao uso excessivo de medicação

Um estudo populacional americano revelou que, apesar de atualmente termos disponível a ICHD, pouco mais da metade dos indivíduos que possuíam o diagnóstico de migrânea foram erroneamente diagnosticados com cefaleia tipo tensional, cefaleia atribuída à sinusopatia e cefaleia em salvas.⁽⁷⁾

O diagnóstico incorreto levará o paciente a fazer uso de medicações inadequadas para sua cefaleia e, por conseguinte, acarretará em persistência e até agravamento dos seus sintomas. Se pensarmos que em casos de hemicrânia contínua e hemicrânia paroxística crônica o

tratamento mais indicado é a indometacina, na cefaleia tipo tensional crônica são os antidepressivos e para indivíduos com migrânea crônica os anticonvulsivantes, a toxina botulínica e, mais recentemente, os anticorpos monoclonais contra o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) ou seu receptor, entenderemos a importância de não se utilizar o termo CCD, mas sim buscar o diagnóstico.

Sabe-se que as cefaleias são um problema de saúde pública e que implicam custos diretos e indiretos ao indivíduo e ao sistema de saúde público e/ou privado. O custo indireto ocorre principalmente pelo absenteísmo, por exemplo, a migrânea é a terceira principal causa de incapacidade em pessoas abaixo dos 50 anos e a cefaleia atribuída ao uso excessivo medicamentoso está dentre as vinte doenças mais incapacitantes. Em relação aos custos diretos, estão inclusos os custos das medicações e a solicitação desnecessária de exames complementares, principalmente de neuroimagem.⁽⁸⁾

Diante deste complexo cenário, recomenda-se que cada vez mais o neurologista se familiarize com os critérios diagnósticos das principais cefaleias primárias e lembre-se de consultar a ICHD em suspeita de cefaleias menos comuns. Assim, o diagnóstico será feito de maneira assertiva, os exames complementares, se necessários, não serão realizados aleatoriamente e o tratamento será direcionado, de maneira a reduzir a incapacidade do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sjaastad O. "Chronic daily headache" ("Cefaleia crônica quotidiana"). *Cephalalgia*. 1985; 5 Suppl 2:191-3.
2. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 1988;8 (Suppl 7):1-96.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders (3rd edition). *Cephalalgia*. 2018; 38 (3rd edition): 1-211.
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. Sheeler RD, Garza I, Vargas BB, O'Neil AE. Chronic Daily Headache: Ten Steps for Primary Care Providers to Regain Control. *Headache*. 2016. 56(10):1675-1684.
6. Halker RB, Hastriter EV, Dodick DW. Chronic Daily Headache: An Evidence-Based and Systematic Approach to a Challenging Problem. *Neurology® Clinical Practice* 2011;76 (Suppl2):S37-S43.
7. Lipton RB, Diamond S, Reed M, Diamond ML, Stewart WF. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001; 41: 638-645.
8. Mennini FS, Gitto L. The costs of headache disorders. *J Headache Pain*. 2015; 16(Suppl 1): A3.

Correspondência

Paulo Sergio Faro Santos
 dr.paulo.faro@gmail.com

Recebido: 7 de março de 2018

Aceito: 28 de março de 2018