



RELATO DE CASO

Hemicrania Contínua

Hemicrania Continua

Yára D. Fragoso¹, Paulo C. Machado²

Resumo

Objetivo: relatar um caso de Hemicrania Contínua em uma jovem de 17 anos que apresentava esse tipo de cefaléia há 9 anos, sem diagnóstico. Embora essa seja uma cefaléia primária relativamente rara, a imediata resposta ao tratamento com indometacina justifica que seja uma entidade melhor conhecida.

Métodos: relato do caso de uma adolescente que apresentava Hemicrania Contínua há anos, sem diagnóstico e sem tratamento específico. Revisão da literatura médica a respeito, através de Medline.

Resultados: o tratamento clínico com baixas doses de indometacina determinou o desaparecimento completo da cefaléia.

Conclusão: a Hemicrania Contínua deve ser considerada entre as hipóteses diagnósticas de pacientes que apresentam cefaléia contínua, hemicrania, sem alterações ao exame clínico, neurológico e exames subsidiários, independentemente da idade de aparecimento. Este é o caso da paciente mais jovem com Hemicrania Contínua e foi trazido para discussão por um acadêmico de medicina, alertado para essa possibilidade diagnóstica.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(3): 201-203: cefaléia, adolescência, indometacina.

Introdução

Em 1974, Sjaastad and Dale descreveram uma forma de cefaléia que era completamente abolida com o uso de Indometacina¹. Esta cefaléia foi denominada Hemicrania Paroxística Crônica (HPC) e, desde então, centenas de casos foram identificados no mundo². Trata-se de uma forma de cefaléia estritamente unilateral, com surtos de dor de duração relativamente curta (em geral 1 a 20 minutos por crise), ocorrendo diversas vezes ao dia (geralmente 5 a 20 crises ao dia), predominante em mulheres jovens, podendo se iniciar dos 11 aos 60 anos de idade. As crises de dor são em geral intensas, em aperto,

Abstract

Objective: to report a case of Hemicrania Continua in a female aged 17, who presented this kind of headache for 9 years without diagnosis. Although this may be a relatively rare primary headache, the immediate response to clinical treatment with indomethacin justifies this entity be better known.

Methods: case report of a female adolescent who had presented Hemicrania Continua for many years, without diagnosis and adequate treatment. Review of the relevant medical literature by means of Medline.

Results: treatment with low doses of indomethacin caused complete cessation of the headache.

Conclusion: Hemicrania Continua must be considered as a diagnostic possibility for patients who present continuous unilateral headache, without abnormalities in the clinical, neurologic and laboratorial examination, irrespective of the age the headache starts. This is the youngest patient reported to have Hemicrania continua and it was brought to discussion by a medical student, aware of this possible diagnosis.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(3): 201-203: headache, adolescence, indomethacin.

predominando na porção anterior do lado afetado. Podem se associar fenômenos autônomos tais como lacrimejamento, congestão nasal e congestão conjuntival ipsilaterais à dor. Exames clínico, neurológico, laboratoriais e de imagem eram normais e todos os pacientes obtinham efeito imediato e completo com o uso de indometacina na dose de 25 a 75mg/dia.

Dez anos após a original descrição dessa cefaléia, outros pacientes com dor semelhante foram observados. Esses novos pacientes apresentavam cefaléia com as características acima descritas, exceto que a dor era contínua³. Além disso, observava-se uma tendência a uma dor mais tolerável, menos fenômenos autônomos acompanhando a dor e ausência de mecanismos precipitantes da dor, como pode acontecer com a HPC⁴. Essa nova entidade foi denominada Hemicrania Contínua (HC) e até o período da última revisão de literatura (1991)⁵, apenas

1. Médico, PHD.

2. Doutorando.

Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

18 casos haviam sido identificados no mundo, inclusive sendo um caso no Brasil⁶. Por vezes, uma forma remitente de HC se instalava para se seguir da forma contínua⁷, em outros casos a dor se instalava já na forma contínua. A resposta à indometacina também era tão característica que se tornava indispensável ao diagnóstico. Outros antiinflamatórios não hormonais falham em resolver a dor, embora em poucos casos tenha sido relatado um benefício parcial com o uso de naproxeno⁵.

Relato de Caso

Em setembro de 1997, uma jovem de 17 anos compareceu ao ambulatório didático de Neurologia, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas de Santos, com queixa de 9 anos de cefaléia. Desde sua instalação, essa cefaléia foi sempre unilateral (à direita), mais acentuada na região parietal, porém com irradiação para área frontal e temporal do mesmo lado. Na maior parte do tempo, a dor era tolerável e a atividade física invariavelmente causava piora da dor. Quando moderada, a dor tinha característica de “peso”, quando acentuada a dor se tornava “latejante” e “em pontadas”. Nos períodos de dor intensa, a sensação de peso se espalhava por todo hemicrânio direito, enquanto o latejamento e pontadas se restringiam à região parietal direita. Desde sua instalação a dor foi contínua e mesmo nos melhores períodos, algum grau de dor persistia de dia e de noite. Nenhum outro sintoma se associava à dor, exceto quando muito intensa. Neste caso, tontura e náusea estavam presentes e em duas ocasiões a paciente desmaiou por causa da dor.

A paciente pôde continuar com suas atividades escolares, não havendo qualquer prejuízo de seu desempenho intelectual. Entretanto, durante todo esse período, a paciente não pôde participar de aulas de educação física sem que houvesse piora da dor. Qualquer jogo ou brincadeira requerendo pular, correr, abaixar ou se mover rapidamente determinava imediata e intensa piora da dor. Quando vista em nosso ambulatório, até mesmo andar relativamente rápido causava intensificação da cefaléia.

A história familiar de cefaléia era negativa.

Desde a instalação dessa cefaléia, a paciente consultou diversos médicos e recebeu prescrições de muitos analgésicos. Embora não se lembre o nome de todas essas medicações, nenhuma delas resultou em melhora da dor. Ela se lembrava de ter recebido ácido acetilsalicílico e dipirona diversas vezes. Embora uma formulação específica de dipirona sódica usada em altas doses pudesse diminuir a intensidade da dor mais severa, esse efeito não era sempre observado.

Os exames clínico e neurológico não mostravam anormalidades, sendo normais também o eletroencefalograma e a tomografia cerebral.

A paciente recebeu 25mg/dia de indometacina e apresentou melhora parcial da cefaléia. Três dias depois a dose foi aumentada para 50mg/dia (25mg duas vezes por dia) e

houve cessação completa da dor em poucas horas. O tratamento continuou por duas semanas, sendo a dose novamente reduzida para 25mg/dia, persistindo a remissão completa da cefaléia. Um mês após o início do tratamento a paciente concordou em iniciar atividades físicas que, invariavelmente, teriam piorado a dor antes do uso de indometacina. A cefaléia não retornou com os exercícios e a paciente leva agora uma vida muito mais ativa. Seis meses após o início do tratamento, essa jovem iniciou dois cursos diários e começou a trabalhar como auxiliar em uma escola maternal.

Por insistência dos pais que temem “dependência”, a paciente não faz uso diário de indometacina. Um período de 10 a 14 dias sem medicação resulta em reaparecimento da dor com as mesmas características, e apenas indometacina abole a dor em poucas horas.

Discussão

Desde sua descrição inicial há mais de uma década, HC passou a ser aceita como uma entidade clínica específica, pertencente ao grupo de cefaléias responsivas à Indometacina. Embora a HPC esteja classificada entre as formas de cefaléia reconhecidas pela International Headache Society⁸, a HC não está classificada. Mesmo a HPC encontra-se no grupo da Cefaléia em Salvas⁸, porém é amplamente reconhecido que as características clínicas da HPC e da Cefaléia em Salvas são bastante diversas. Uma nova classificação internacional de cefaléias, proposta para os próximos anos, deverá incluir HPC e HC como entidades diferentes de cefaléias responsivas à Indometacina⁹.

O caso aqui relatado preenche os critérios diagnósticos para HC. O resultado obtido com o tratamento específico para essa condição modificou o padrão e a qualidade de vida dessa jovem que, por 9 anos, foi restrita pela cefaléia.

Um importante aspecto do caso aqui descrito foi a identificação do mesmo por um acadêmico de medicina, após aulas e discussões sobre o tema “Cefaléias”. Normalmente abordada de forma inadequada durante o curso médico, com a média de 1 a 4 horas/aula em todos os 6 anos de duração do curso, a cefaléia é uma queixa muito freqüente nos pacientes de vários especialistas¹⁰. Quando primárias, ou seja, sem que haja uma patologia de base tratável que determine o aparecimento desse sintoma, as cefaléias costumam ser abordadas por especialistas de diversas áreas médicas, muitas vezes de forma frustrante para o médico e para o paciente. O melhor período para o ensino de cefaléias é durante o curso médico, com discussões mais avançadas durante a residência e especialização em áreas que atendam pacientes com cefaléia regularmente¹¹. Acreditamos que vários outros casos de HC possam existir na população infantil sem que essa possibilidade diagnóstica esteja sendo considerada simplesmente pelo desconhecimento.

Referências bibliográficas

1. Sjaastad O, Dale I. Evidence for a new (?) treatable headache entity. *Headache* 1974; 14:105-58.
2. Antonaci F, Sjaastad O. Chronic Paroxysmal Hemicrania (CPH): a review of clinical manifestations. *Headache* 1989; 29:648-56.
3. Sjaastad O, Spierings ELH. "Hemicrania continua": another headache absolutely responsive to indomethacin. *Cephalalgia* 1984; 4:65-70.
4. Sjaastad O, Egge K, Horven I, Kayed K, Lund-Roland L, Russell D, et al. Chronic Paroxysmal Hemicrania: mechanical precipitation of attacks. *Headache* 1979; 19:31-36.
5. Bordini C, Antonaci F, Stovner LJ, Schrader H, Sjaastad O. Hemicrania Continua: a clinical review. *Headache* 1991; 31:20-26.
6. Zukerman E, Hannuch SMN, Souza Carvalho D, Fragoso YD, Jenger KA. Hemicrania continua: a case report. *Cephalalgia* 1987; 7:171-73.
7. Spierings ELH. The Chronic Paroxysmal Hemicrania concept expanded. *Headache* 1988; 28:597-598.
8. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8: 1-96.
9. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997; 120:193-209.
10. Antonaci F. What is the role of international societies and what could they do better? *Cephalalgia* 17 (suppl 17): 25-28; 1997.
11. Fragoso YD, Ferreira DM, Cavinato AB, Tsutida CY, Rodrigues S. The role of the Ophthalmologist in the evaluation of children with headache. *Rev Bras Oftal* 56: 315-321, 1997.

Endereço para correspondência:

Dra. Yara D. Fragoso
Faculdade de Ciências Médicas de Santos
Rua Osvaldo Cruz 179 - Santos - SP
CEP 11045-000
Tel/Fax: (013) 221.3252
E-mail: yara@bsnet.com.br