

Cefaléias primárias: abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas

Primary headaches: a diagnostic approach by non-neurologist doctors

Gilma Serra Galdino^I; Tales Iuri Paz e Albuquerque^{II}; Jovany Luís Alves de Medeiros^{III}

Departamento de Fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba - Campus I - Campina Grande PB, Brasil (UEPB):

^INeurologista, Professora de Neurologia, Departamento de Fisioterapia, UEPB

^{II}Acadêmico de Fisioterapia, Bolsista do Programa CNPQ-PIBIC-UEPB

^{III}Doutor Professor de Neurologia, Departamento de Fisioterapia, UEPB

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o conhecimento do diagnóstico e conduta de médicos não-neurologistas quanto às cefaléias primárias.

MÉTODO: 91 médicos foram solicitados a diagnosticar e estabelecer condutas em três histórias de pacientes com características clínicas de migrânea sem aura (MSA), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) e migrânea com aura (MCA), elaboradas de acordo com a Classificação Internacional das Cefaléias - 2ª Edição (CIC-II).

RESULTADOS: MSA: dois profissionais (2,2%) fizeram o diagnóstico correto, 54 (59,3%) diagnosticaram migrânea sem especificar o subtipo. CTTC: 15 médicos (16,5%) diagnosticaram cefaléia de tensão sem especificar o subtipo. MCA: 26 (28,6%) fizeram o diagnóstico de migrânea e apenas um médico (1,1%) fez o diagnóstico correto do subtipo. Dezesseis médicos (17,6%) afirmaram conhecer a CIC-II.

CONCLUSÃO: A maioria dos médicos não-neurologistas desconhece os critérios utilizados para diagnóstico e classificação das formas mais frequentes de cefaléias primárias.

Palavras-chave: diagnóstico, classificação internacional das cefaléias, cefaléias primárias, migrânea com aura, migrânea sem aura, cefaléia do tipo tensional crônica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the knowledge of diagnostic and posture of non-neurologist doctors concerning primary headaches.

METHOD: 91 doctors were asked to diagnose and establish procedures on three patient histories presenting clinic characteristics of migraine without aura (MA), chronic tension-type headache (CTTH) and migraine with aura (MO), according to the International Classification of Headaches - 2nd Edition (CIC-II).

RESULTS: MSA: Two professionals (2.2%) were accurate in their diagnostic, 54 (59.3%) said it was migraine but did not specify the subtype. CTTC: 15 doctors (16.5%) diagnosed tension-type headache but did not specify the subtype. MCA: 26 (28.6%) said it was migraine, and only one doctor (1.1%) was right about the subtype. Sixteen doctors (17.6%) said to be aware of CIC-II.

CONCLUSION: Most of non-neurologist doctors do not know the diagnostic criteria used to diagnose and to classify the most frequent forms of primary headaches.

Key words: diagnostic, international classification of headaches, primary headaches, migraine with aura, migraine without aura, chronic tension-type headache.

As cefaléias são importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo¹⁻⁵ devido ao impacto individual e social que essa condição clínica acarreta, à alta incidência^{6,7} e ao elevado potencial de cronificação⁸, além dos custos econômicos e redução na qualidade de vida que afeta seus portadores⁹⁻¹². A despeito disso são na maioria das vezes subdiagnosticadas e subtratadas^{13,14}.

Neste estudo procuramos avaliar o conhecimento diagnóstico e conduta, por médicos não-neurologistas, frente a quadros clínicos sugestivos de cefaléias primárias.

MÉTODO

Foram entrevistados 91 médicos, com atuação no sistema privado de saúde, na cidade de Campina Grande. Eles foram contatados aleatoriamente. Excluíram-se neurologistas, neuropediatras e neurocirurgiões, imageologistas, laboratorialistas e os médicos que não tivessem atuação no atendimento primário. Aos médicos que concordaram em participar da pesquisa foram apresentadas três histórias clínicas com características de migrânea sem aura (MSA), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) e migrânea com aura (MCA) ([Quadro](#)), elaboradas de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia¹⁵ (ICHD - II). Aos participantes, foi solicitada a elaboração de até três hipóteses diagnósticas para cada caso, bem como opção quanto à solicitação de exames complementares, tratamento e encaminhamento a um especialista. Ao final eles responderam se conheciam a ICHD-II. Para a análise dos dados priorizamos a primeira hipótese diagnóstica, visto que a maior parte das respostas não contemplava as 2ª e 3ª hipóteses. Consideramos os termos enxaqueca, hemicrania e cefaléia vascular como equivalentes de migrânea; enxaqueca clássica e enxaqueca com aura como equivalentes de MCA, e enxaqueca comum e enxaqueca sem aura, equivalentes de MSA.

Os médicos entrevistados assinaram um termo de consentimento para as suas participações no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, protocolo nº. 1027/ 2005.

RESULTADOS

Dos 91 entrevistados, 51 (56%) eram homens e 35 (38,5%) mulheres, cinco (5,5%) não informaram o gênero; com idades entre 27 e 70 anos, média $44,8 \pm 9$ anos. Eles tinham entre 6 e 46 anos de formados, média $21,4 \pm 8,2$ anos, e 67 (73,6%) fizeram residência médica, sete (7,7%) estágio, dois (2,2%) mestrado e um (1,1%) doutorado; 14 (15,4%) não responderam sobre sua formação acadêmica. A área de atuação desses profissionais era muito diversa.

As escolhas diagnósticas para a história clínica de MSA estão relacionadas na [Tabela 1](#). Entre os entrevistados, 79 (86,8%) não solicitariam exames e 12 (13,2%) pediriam radiografia simples do crânio/seios da face (RX crânio/face), eletrencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada do crânio (TC); 77 (84,6%) não tratariam e 82 (90,1%) encaminhariam ao neurologista ou a outros especialistas.

Tabela 1. Diagnósticos dados como primeira hipótese diagnóstica para a história clínica "migrânea sem aura" por 91 médicos não neurologistas.

Diagnóstico	N	%
1. Enxaqueca	54	59,0
2. Não responderam	7	7,7
3. Distúrbios visuais	5	5,5
4. HAS	3	3,3
5. Tumor cerebral	3	3,3
6. Enxaqueca clássica	3	3,3
7. Migrânea	3	3,3
8. Cefaléia	2	2,2
9. Aneurisma	2	2,2
10. Cefaléia vascular	1	1,1
11. Síndrome enxaquecosa	1	1,1
12. Hipoglicemia	1	1,1
13. Sinusite	1	1,1
14. Hipertensão intra-craniana	1	1,1
15. Enxaqueca complicada	1	1,1
16. Enxaqueca sem aura	1	1,1*
17. Migrânea sem aura	1	1,1*
18. Hemicrania	1	1,1

*Diagnóstico correto.

Os diagnósticos referentes à história clínica de CTTC estão na [Tabela 2](#): 20 (22%) entrevistados solicitariam exames complementares - EEG/Rx crânio/face/CT crânio; 67 (73,6%) iniciariam o tratamento, 24 (26,4%) não tratariam e 59 (64,8%) encaminhariam ao neurologista, enquanto 20 (22%) optariam por outros especialistas.

Tabela 2. Diagnósticos dados como primeira hipótese diagnóstica para a história clínica "cefaléia do tipo tensional crônica" por 91 médicos não neurologistas.

Diagnóstico*	N	%
1. Enxaqueca	31	34,0
2. Cefaléia tensional	12	13,0
3. HAS	12	10,0
4. Não responderam	9	10,0
5. Tumor	6	6,6
6. Cefaléia	5	5,5
7. Aneurisma	2	2,2
8. Hemicrania	2	2,2
9. Cefaléia vascular	2	2,2
10. Climatério	2	2,2
11. Cefaléia cervicogênica	1	1,1
12. Cefaléia crônica diária	1	1,1
13. Hipertensão intra-craniana	1	1,1
14. Cefaléia por estresse	1	1,1
15. Artrose cervical	1	1,1
16. Enxaqueca clássica	1	1,1
17. Cefaléia tensional episódica	1	1,1
18. Malformação vascular	1	1,1

*Não houve diagnóstico correto.

A relação de diagnósticos referentes à história de MCA está na [Tabela 3](#): 26 (28,6%) entrevistados solicitariam exames complementares (EEG/Rx crânio/face/CT crânio); 80 (87,9%) não iniciariam o tratamento; 78 (85,7%) encaminhariam ao neurologista e seis (6,6%) ao neurocirurgião.

Tabela 3. Diagnósticos dados como primeira hipótese diagnóstica para a história clínica "migrânea com aura" por 91 médicos não neurologistas.

Diagnóstico	N	%
1. Tumor cerebral	25	27,4
2. Enxaqueca	21	23,0
3. Aneurisma	10	11,0
4. Não responderam	7	7,7
5. Cefaléia	5	5,5
6. HAS	4	4,4
7. Hipertensão intracraniana	3	3,3
8. Hemicrania	2	2,2
9. Cefaléia em salvas	2	2,2
10. Migrânea	2	2,2
11. Cefaléia tensional	2	2,2
12. Cefaléia vascular	1	1,1
13. Stress	1	1,1
14. Enxaqueca clássica	1	1,1*
15. Malformação vascular	1	1,1
16. Enxaqueca hemiplégica	1	1,1
17. Ictus transitórios	1	1,1
18. Cefaléia secundária	1	1,1
19. Dismenorréia	1	1,1

*Diagnóstico correto.

Apenas 16 (17,6%) médicos responderam conhecer a ICHD-II.

DISCUSSÃO

As cefaléias primárias poderiam ser diagnosticadas e tratadas por médicos clínicos visto que a probabilidade de uma primeira abordagem diagnóstica por médico não especialista é grande em decorrência da alta prevalência dessas condições na população geral¹⁴. A Sociedade Internacional das Cefaléias (International Headache Society - IHS) promoveu uma padronização dos critérios diagnósticos, listados na ICHD II, revista e publicada em 2004¹⁵; com o objetivo de uniformizar os sintomas e síndromes presentes nas cefaléias primárias. O intuito é evitar variações no diagnóstico dessas cefaléias pelos diversos observadores e assim melhorar a acurácia diagnóstica e a orientação terapêutica, tornar esse transtorno reconhecido como doença neurobiológica e minimizar os prejuízos ao seu portador¹⁶. A observância desses critérios da SIC possibilita o diagnóstico correto em cerca de 80% dos casos de MSA¹³. Essa classificação é hierárquica e leva em conta vários graus de especificidade, chegando a utilizar até quatro dígitos para codificar os vários níveis: o 1º dígito identifica o tipo (ex. 1. migrânea), o 2º dígito indica o subtipo (ex. 1.2. migrânea com aura), dígitos subseqüentes permitem fazer diagnósticos mais

específicos com relação a subformas (ex. 1.2.4. migrânea hemiplégica familiar). A orientação da IHS é que o médico não-especialista seja capaz de identificar o tipo (1º nível) e até o subtipo (2º nível) para estabelecer uma estratégia terapêutica adequada e eficaz¹⁶.

O diagnóstico de migrânea feito por 60 participantes para a história clínica de MSA aproxima-se dos resultados observados em estudos que apontam acerto diagnóstico, entre médicos não-especialistas, para casos de migrânea que variam entre 30% a 68%^{13,17-19}. A despeito de ser o tipo de cefaléia primária mais prevalente a CTT é freqüentemente não diagnosticada, sendo confundida com quadros de migrânea ou cefaléias secundárias²⁰⁻²². Entre os nossos entrevistados não houve acerto diagnóstico para o subtipo de CTTC.

Grande parte dos participantes optou pelo diagnóstico de cefaléias secundárias no caso de MSA, evidenciando a dificuldade encontrada por esses profissionais para fazer o diagnóstico diferencial entre cefaléia primária e secundária. Contraditoriamente, eles, na maioria, não indicaram a necessidade de solicitar exames complementares, o que diverge da maioria dos estudos que mostram uma alta porcentagem de solicitação de exames complementares entre não-especialistas, mesmo sem evidências de que esses exames possam contribuir para o esclarecimento diagnóstico^{23,24}. Ficou claro também a preferência pelo não tratamento, privilegiando o encaminhamento ao neurologista. Consideramos este fato um viés, visto que o estudo foi conduzido por neurologistas que tinham conhecimento pessoal com os participantes.

Os nossos dados corroboram a impressão de que a falta de conhecimento dos critérios diagnósticos da IHS para cefaléias primárias está na origem da dificuldade encontrada para se fazer o diagnóstico diferencial entre as cefaléias primárias e secundárias, assim como o desconhecimento generalizado dos subtipos de cefaléias primárias. O diagnóstico de migrânea foi mais fácil de ser feito, provavelmente em razão desse tipo de cefaléia ser mais discutido em fóruns médicos e existir um grande mercado de drogas anti-migranosas.

O fato de que 82,4% (75/91) afirmaram desconhecer a ICHD II demonstra a necessidade de programas de educação continuada para médicos de atendimento primário em relação aos critérios diagnósticos de cefaléia primária.

REFERÊNCIAS

1. Rasmussen BK. Epidemiology and sócio-economic impact of headache. Cephalgia 1999;19(Suppl 25):S20-S23. [[Links](#)]

2. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62:588-591. [[Links](#)]
3. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Incidence of primary headache: a Danish epidemiology follow-up study. *Am J Epidemiol* 2005;161:1063-1073. [[Links](#)]
4. Celik Y, Ekuklu G, Tokuc B, Utku V. Migraine prevalence and some related factors in Turkey. *Headache* 2005;45:32-36. [[Links](#)]
5. Lipton RB, Bigal ME. Epidemiology of migraine in Latin America: an editorial. *Headache* 2005;45:103-104. [[Links](#)]
6. Schwartz BS, Stewart W, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1988;279:381-383. [[Links](#)]
7. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001;21:774-777. [[Links](#)]
8. Katsarava Z, Scheeweiss S, Kurth T, et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology* 2004;62:788-790. [[Links](#)]
9. Berg J. Economic evidence in migraine and other headache: a review. *Eur J Health Econ* 2004;5(Suppl 1):S543-S554. [[Links](#)]
10. Gupta VK. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;63:1341. [[Links](#)]
11. Pransky GS, Berndt E, Finkelstein SN, Verma S, Agrawal A. Performance decrements resulting from illness in the workplace: the effect of headache. *J Occup Environ Med* 2005;47:34-40. [[Links](#)]
12. Belam J, Kernick D, Kline F, et al. A qualitative study of migraine involving patient researchers. *Br J Gen Pract* 2005;55:87-93. [[Links](#)]
13. Lipton RB, Stewart WF, Celentano DD, Reed ML. Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom-based and reported physician diagnoses. *Arch Intern Med* 1992;152:1273-1278. [[Links](#)]
14. Mannix LK. Epidemiology and impact of primary headache disorders. *Med Clin N Am* 2001;85:887-895. [[Links](#)]
15. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Disorders. The international classification of headache disorders. 2.Ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):1-160. [[Links](#)]

16. Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, Silberstein SD, Olesen J. Classification of primary headaches. *Neurology* 2004;63:427-435. [[Links](#)]
17. Stang PE, Von Korff M. The diagnosis of headache in primary care: factors in the agreement of clinical and standardized diagnoses. *Headache* 1994;34:138-142. [[Links](#)]
18. Piovesam EJ, Werneck LC. Visão generalista da migrânea (enxaqueca): reavaliação diagnóstica em 99 pacientes. *Rev Med Paraná* 1998;56:1-8. [[Links](#)]
19. Vincent MB, Carvalho JJ, Brazilian Headache Care Cooperative Group. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia* 1999;19:520-524. [[Links](#)]
20. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep patterns and relation to lifestyle. *Pain* 1993;53:65-72. [[Links](#)]
21. Schoenen J, Jensen R. Differential diagnosis and prognosis of tension-type headaches . In Olesen J (Ed). *The headaches*. 3.Ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins, 2006:701-705. [[Links](#)]
22. Ulrich V, Russel MB, Jensen R, et al. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraneurs: a population-based study. *Pain* 1996;67:501-506. [[Links](#)]
23. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: report the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology* 1994;44:1353-1354. [[Links](#)]
24. Frishberg BM. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology* 1994; 44:1191-1197. [[Links](#)]

Recebido 14 Dezembro 2006. Aceito 5 Abril 2007.

Dra. Gilma Serra Galdino - Rua Montevideú 720 / 902 - 58102-108 Campina Grande PB - Brasil. E-mail: gilmagaldino@hotmail.com

© 2007 *Associação Arquivos de Neuro-Psiquiatria*

**Pça. Amadeu Amaral, 47 cj. 33
01327-010 São Paulo SP Brazil
Tel.: +55 11 3287-6600
Fax: +55 11 3289-8879**