

# CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA PRIMÁRIA

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

CARLA DA CUNHA JEVoux\*, PEDRO FERREIRA MOREIRA FILHO\*\*, JANO ALVES DE SOUZA\*\*\*

---

**RESUMO** - Sob a designação de cefaléia crônica diária (CCD) primária agrupam-se diferentes tipos de cefaléia que se caracterizam por se manifestarem diária ou quase diariamente, por longos períodos de tempo. Esse conceito refere-se a temporalidade e não a um tipo específico de cefaléia. É importante conhecer a CCD primária e seus subtipos. Nesta revisão são criticamente abordadas as principais características clínicas da CCD e sua história natural, bem como alguns fatores possivelmente influenciadores na cronificação das cefaléias.

**PALAVRAS-CHAVE:** cefaléia crônica diária, características clínicas.

### **Primary chronic daily headache: clinical aspects**

**ABSTRACT-** Under the denomination primary chronic daily headache (CDH) there are different types of headache which present daily or near-daily, during long spells. This concept refers to temporality and not to a specific kind of headache. It is important to know the CDH and its natural history, as well as some factors that possibly turn it into chronic. They are critically reviewed here.

**KEY WORDS:** chronic daily headache, clinical features.

---

Tradicionalmente, qualquer cefaléia indefinida, de ocorrência diária ou quase diária, sem características migranosas nítidas e que poderia ou não ser provocada pelo estresse ou outros fatores psicológicos, era diagnosticada como *cefaléia tensional*<sup>1-3</sup>. Uma mudança nesse conceito somente se operou a partir do estudo de Mathew e col.<sup>3</sup>, que introduziram o conceito de transformação da migrânea episódica (ME) em cefaléia crônica diária (CCD). A CCD foi mais bem reconhecida a partir de 1987, quando Mathew e col.<sup>4</sup> publicaram informações adicionais com uma série maior de pacientes; baseados na história clínica, subdividiram a CCD em três submodalidades, ou seja, cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), cefaléia diária persistente de início súbito (CDPIS) e migrânea transformada (MT). Atualmente, a hemicrania contínua (HC) também faz parte do grupo de CCD primária; apesar disso não será discutida aqui.

A CCD primária é de ocorrência frequente na prática cefaliátrica, apesar disso, o interesse pelo seu estudo é recente e são poucos os dados relativos à sua epidemiologia<sup>5-7</sup>. Estima-se que aproximadamente 35% a 40% dos pacientes avaliados nas mais importantes clínicas de cefaléia e 2% a 5% da população geral possam sofrer de CCD<sup>4,8,9</sup>.

Sob a denominação de CCD primária agrupam-se diferentes tipos de cefaléias que se caracterizam por se manifestarem diária ou quase diariamente, por longos períodos de tempo<sup>5</sup>. Esse conceito refere-se a temporalidade e não a um tipo específico de cefaléia.

---

Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF): \* Mestranda de Neurologia do HUAP/UFF; \*\* Professor Adjunto e responsável pelo Setor de Investigações de Cefaléias do Serviço de Neurologia do HUAP/UFF; \*\*\*Doutorando de Neurologia do HUAP/UFF. Aceite: 21-novembro-1997.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Solomon e col.<sup>10</sup> e Rains e col.<sup>11</sup> estudaram respectivamente 100 e 120 pacientes com CCD, selecionados com base somente na frequência da cefaléia, e verificaram a heterogeneidade desse grupo. Assim sendo, concluíram pela necessidade de dividir-se a CCD em modalidades.

### 1. Da migrânea transformada (MT)

A migrânea transformada (MT) foi originalmente descrita por Mathew e col.<sup>3</sup>, em 1982, e definida como uma síndrome clínica com história natural característica. Esses autores analisaram uma série de 80 pacientes com CCD, dos quais 61 (76,25%) apresentavam história prévia de ME antes do desenvolvimento da CCD.

Em 1987, Mathew e col.<sup>4</sup> publicaram informações sobre uma série de 630 pacientes com CCD, em que 489 (77,71%) apresentavam MT. Seus achados clínicos podem ser resumidos da seguinte maneira: usualmente, esses pacientes começam com migrânea episódica (com ou sem aura) na adolescência. Com o tempo, as crises de migrânea tornam-se mais frequentes e os pacientes passam a apresentar cefaléia intercrítica de leve intensidade. Por volta dos 30-40 anos, desenvolvem cefaléia diária ou quase diária com características mistas de migrânea e cefaléia do tipo tensional. Ao mesmo tempo, as características migranosas associadas como náusea, vômito, fotofobia e fonofobia tornam-se menos proeminentes. Sobrepostas a essa cefaléia de leve intensidade, crises típicas de migrânea podem continuar ocorrendo<sup>4</sup>. A fusão dos episódios de migrânea com a cefaléia do tipo tensional torna difícil para o médico distinguir os limites entre as duas entidades<sup>12</sup>.

A análise diagnóstica dos tipos de migrânea antes do desenvolvimento da CCD, na série de Mathew e col.<sup>4</sup>, revelou que 444 pacientes (90,8%) sofriram de ME sem aura e 45 (9,2%), de migrânea com aura. De acordo com esses autores, parece haver transformação da migrânea com aura para migrânea sem aura e, então, para CCD. Tal transformação foi documentada em 21 dos seus 45 pacientes com migrânea com aura. Ainda assim, alguns pacientes com CCD continuam a apresentar crises de migrânea com aura.

A média da idade dos pacientes com MT, por ocasião da primeira consulta, foi  $41 \pm 12$  anos, enquanto a idade no início da ME foi  $22 \pm 9,2$  anos. A duração média da ME, até a transformação em CCD foi de  $16 \pm 11$  anos e a média da idade para a transformação,  $39 \pm 11,2$  anos. A duração após a transformação foi de  $6 \pm 5$  anos. Esses dados são semelhantes aos de outras séries como a de Sandrini e col.<sup>13</sup> e Granella e col.<sup>14</sup>.

A análise da localização da cefaléia na MT, no estudo de Mathew e col.<sup>4</sup>, mostrou que a cefaléia de forte intensidade era predominantemente unilateral em 58% dos pacientes, sendo frontal ou fronto-temporal em 54% deles. As cefaléias crônicas de intensidade leve também ocorriam do mesmo lado, como nas crises de migrânea. Também observaram que os pacientes com MT, em contraste com aqueles com outras formas de CCD, apresentavam incidência significativamente alta de: fatores desencadeantes identificáveis (88%); sintomas gastrointestinais acompanhantes como náuseas, vômitos e diarreia (76%); despertar matinal com cefaléia (73,6%); história familiar de migrânea (73,5%); agravamento da cefaléia no período menstrual (60%); sintomas visuais e neurológicos associados (fotopsias, escotomas cintilantes, escotoma central, visão turva, dificuldade para focalização, parestesias, vertigens, síncope, dificuldade de concentração, confusão e dificuldade de memória - 36%) e hipertensão arterial sistêmica (10%).

Devido a essas características clínicas e à história natural, Mathew e col.<sup>4</sup> julgaram lógico utilizar-se o termo *migrânea transformada* nesses casos, enfatizando a importância do reconhecimento desse grupo de migranosos que, de outro modo, seriam classificados como do grupo *cefaléia tensional*.

Ainda nesta série, o abuso de medicações sintomáticas (MS) foi mais comum nos pacientes com MT do que nas outras formas de CCD (87,2%).

Reavaliando seus dados, Mathew<sup>6</sup> identificou dois grupos distintos, um maior, com uso excessivo de MS, e outro menor, sem uso excessivo de MS. A MT pode, portanto, decorrer de uma evolução natural a partir da ME ou, como na maioria das vezes, ser perpetuada pelo uso de MS.

Em resumo, o processo de transformação da migrânea inclui estes principais dados: a) a cefaléia gradualmente sofre aumento de frequência, durante meses ou anos; b) a dor gradualmente diminui de intensidade; c) as características migranosas específicas tornam-se menos proeminentes; d) a cefaléia diária passa a apresentar mais semelhanças com a cefaléia do tipo tensional do que com a migrânea; e) episódios sobrepostos de crises típicas de migrânea podem persistir.

### 2. Cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC)

A cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) constitui o segundo maior grupo das CCD<sup>4</sup>. A CTTC é definida pela Sociedade Internacional de Cefaléia<sup>15</sup>, e os critérios diagnósticos incluem frequência mínima de 15 dias de dor por mês (180 dias por ano) durante seis meses, tendo sido excluídas quaisquer causas orgânicas ou estruturais para a cefaléia. A dor tem caráter de pressão ou aperto, intensidade leve a moderada (pode dificultar, mas não impedir as atividades), localização bilateral e não é agravada por atividade física. Um dos seguintes fatores pode estar associado: náusea leve ou fotofobia ou fonofobia. Vômito não é uma característica da CTTC.

São reconhecidos dois tipos clínicos de CTTC: (1) aqueles associados com alteração dos músculos pericranianos, ao exame clínico, e/ou alteração na eletromiografia (EMG) e (2) aqueles não associados com alteração dos músculos pericranianos e/ou na EMG.

Algumas vezes, a cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE) evolui para a forma crônica, mas, outras vezes, o quadro é contínuo desde o seu início<sup>6,9</sup>.

As diferenças essenciais entre esse tipo de cefaléia e a migrânea são a ausência de história prévia de migrânea episódica e a ausência de exacerbações bem definidas com características migranosas como unilateralidade predominante, qualidade pulsátil da dor, náusea intensa e vômitos<sup>6,12</sup>.

Os pacientes com CTTC utilizam, também, com frequência, MS de forma excessiva<sup>9,12</sup>.

De 630 pacientes com CCD, Mathew e col.<sup>4</sup> encontraram 87 pacientes (13,3%) com CTTC. A idade no início da CCD nestes pacientes foi em média 29,5±9,5 anos. A cefaléia revelou-se bilateral em 92% dos casos, sendo as regiões posteriores da cabeça e do pescoço as mais frequentemente envolvidas. Foram observados, também: consumo excessivo de MS (67%); maior incidência de cefaléia durante a tarde ou nas primeiras horas da noite (64%); história familiar de cefaléia (32,1%); sintomas gastrointestinais (26%); agravamento menstrual (25%); fatores desencadeantes identificáveis (15%). Sandrini e col.<sup>13</sup> e Granello e col.<sup>14</sup> encontraram dados semelhantes.

### 3. Cefaléia diária persistente de início súbito (CDPIS)

Não raramente, são encontrados, na prática clínica, indivíduos com história de cefaléia persistente de início rápido e que continuam numa frequência diária. Esses pacientes não têm história prévia de CTT ou de migrânea e não apresentam fatores precipitantes como trauma ou estresse. Comumente, tais pacientes podem lembrar-se claramente do início do evento, do dia ou hora em que a cefaléia começou<sup>6,16</sup>. A cefaléia é, em geral, mal definida, difusa, semelhante a pressão, ou, ocasionalmente, pulsátil, podendo combinar características da migrânea sem aura e da CTT<sup>12,17</sup>.

Os indivíduos com CDPIS são geralmente mais jovens do que aqueles com MT<sup>4,18</sup>.

Na prática, a CDPIS é usualmente autolimitada, mas pode ocorrer por longo período, incluindo-se no grupo das cefaléias intratáveis<sup>6,16</sup>.

Em alguns desses pacientes, uma anamnese cuidadosa revelará sintomas sugestivos de viremia, algumas semanas antes do início da cefaléia<sup>12</sup>. Mathew, numa série não publicada de CDPIS, encontrou evidências sorológicas de infecção ativa pelo vírus Epstein-Barr em nove de dez pacientes estudados<sup>6</sup>.

Vanast<sup>16</sup> acompanhou, por 24 meses, 45 pacientes com CDPIS, sendo 19 homens e 26 mulheres. Oitenta por cento dos pacientes do sexo masculino apresentavam idade entre 26 e 45 anos e os do sexo feminino, entre 16 e 35 anos. A dor foi referida como não pulsátil por 72% dos pacientes e como ocasionalmente pulsátil por 28%. A localização da dor foi variável, tendo 38% relatado ser unilateral. Sintomas acompanhantes estiveram presentes na seguinte proporção entre os sexos: náuseas (M=57%; F=53%); vômitos (M=5%; F=19%); fotofobia (M=26%; F=42%) e fonofobia (M=21%; F=53%). A cefaléia desapareceu, sem qualquer tratamento, na maioria dos pacientes do sexo masculino (30% em três meses; 68% em seis meses; 80% em 12 meses e 86% em 24 meses). Nas mulheres, o processo foi mais lento (30% livres de dor em três meses; 52% em seis meses; 58% em 12 meses e 73% em 24 meses).

Mathew e col.<sup>4</sup>, numa série de 630 pacientes com CCD, encontraram 57 pacientes (9,04%) com CDPIS. A idade no início da CCD neste grupo foi, em média, 32,4±10,5 anos. A análise desses pacientes revelou que 80% apresentavam cefaléia bilateral e 66% faziam uso excessivo de MS.

#### *4. Fatores envolvidos na transformação para CCD*

Mathew e col.<sup>3</sup> argumentaram que seria razoável entender a migrânea transformada (MT) como uma sucessão da migrânea episódica (ME) que, influenciada e perpetuada, por uma série de fatores, sofreria alteração da sua natureza dolorosa. Esses autores avaliaram um grupo de 61 pacientes com MT e compararam a um grupo controle com ME, a fim de analisar os possíveis fatores modificadores. Com base no MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) um perfil anormal de personalidade foi identificado em 70,5% do grupo com CCD, comparado com 12,2% do grupo com ME. Baseando-se na escala de depressão de Zung, 46% dos pacientes com CCD e somente 5% dos pacientes com ME apresentavam contagens elevadas para depressão. Situações de estresse foram observadas em 67,2% no grupo com CCD em oposição a 30,4% com ME. O consumo excessivo de MS foi observado em 52,4% no grupo com CCD, comparado a 6% no grupo com ME. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava presente em 16,3% dos pacientes com CCD e em 2,4% dos pacientes com ME. A incidência do uso de anticoncepcional oral ou de terapia de reposição estrógena foi essencialmente a mesma em ambos os grupos. Eventos traumáticos da vida - como falecimento na família e cirurgia importante, entre outros - coincidiram com a transformação de ME para CCD em 13,1% dos casos. Em 4,9% dos pacientes não foi identificado nenhum fator.

Granella e col.<sup>14</sup> relacionaram em 87 pacientes com CCD, basicamente os mesmos fatores indicados por Mathew e col.<sup>3</sup>: abuso de MS (74,7%), HAS (11,4%), traumas psíquicos (5,7%) entre outros. O abuso de drogas foi o fator isolado mais relevante.

Mieli e col.<sup>19</sup> identificaram em 42 pacientes com MT, os seguintes fatores envolvidos na transformação: consumo excessivo de MS (76,1%); menopausa (58,8%); distúrbios do humor (33,3%); HAS (23,8%); perfil anormal de personalidade no MMPI (19%); distúrbio do sono (19%) e fatores existenciais traumáticos (11,9%).

Baldrati e col.<sup>20</sup> entrevistaram 50 pacientes com MT e encontraram número estatisticamente significativo de fumantes neste grupo em relação ao grupo controle (16%). Observaram, também, o uso excessivo de analgésicos (74%) e de ergotamina (26%), além de HAS (18%). Em 10%, a cronicidade coincidiu com evento psicológico traumático.

Sandrini e col.<sup>13</sup> analisaram esses fatores em 75 casos de CCD e observaram o uso excessivo de MS em 18 pacientes (24%), situação de estresse familiar em 16 (21,3%), menopausa em cinco (15,6% das mulheres estudadas), situação de estresse no trabalho em 12 (16%), HAS em três (4%), uso de anticoncepcional oral em uma (1,3%). Em 24 pacientes (32%) nenhum fator foi identificado.

Mongini e col.<sup>21</sup> confirmaram que a CCD está mais frequentemente relacionada a alterações da personalidade e a depressão do que outros tipos de dor crônica, e que isso poderia ser um fator predisponente para a síndrome da dor.

Kurman e col.<sup>22</sup> utilizaram o MMPI 2 em três grupos diagnósticos de cefaléia crônica (cefaléia pós-traumática, migrânea e cefaléia induzida por drogas) e encontraram níveis significativos de psicopatologia nos três grupos, não observando diferenças entre eles.

Mathew<sup>6</sup>, revendo seus próprios achados, afirma que os pacientes com CCD, além de frequentemente manifestarem depressão, ansiedade, distúrbios do sono e consumo excessivo de MS, apresentam ainda história familiar importante para cefaléia, bem como para alcoolismo e abuso de drogas.

Uma alta incidência de distúrbios do sono parece ocorrer nos pacientes com CCD<sup>4,6</sup>. Estes são geralmente compostos de redução do tempo total de sono, dificuldade para adormecer, despertar matinal precoce, aumento do número de despertar noturno, diminuição das ondas lentas do sono e diminuição da quantidade e duração do sono REM<sup>23</sup>. Acredita-se que isso possa contribuir para perda do bem-estar geral e predispor à cefaléia<sup>8</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. Classification of headache. *Arch Neurol* 1962;6:173-176.
2. Mathew NT. Transformed migraine. *Cephalalgia* 1993;13(Suppl 12):78-83.
3. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache* 1982;22:66-68.
4. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987;27:102-106.
5. Lipton RB, Silberstein SD. The neurologist's nightmare: chronic daily headaches. Meeting of the European Neurological Society, 5. Munich, June, 1995. *Course Headaches in adults*:41-50.
6. Mathew NT. Chronic refractory headache. *Neurology* 1993;43(Suppl 3):26-33.
7. Saper JR. Daily chronic headache. *Neurol Clin* 1990;8:891-901.
8. Rapoport AM. Chronic headaches: clinical spectrum, comorbidity and quality of life issues. Annual Meeting of Neurology, 48., San Francisco, March, 1996. *Course Headache in adults: advances and challenges*: 61-76.
9. Silberstein SD. Tension-type headaches. *Headache* 1994;34:S2-S7.
10. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992;32:325-329.
11. Rains JC, Penzien DB, Lofland KR, Bruehl SP, Semenchuk EM, Hursey KG. Chronic daily headache: examination of diagnosis, symptom patterns, and medication use in a large clinical sample (Abstract). *Headache* 1994;34:295-296.
12. Mathew NT. Chronic daily headache. *News in headache* 1992;2.4:3-5.
13. Sandrini G, Manzoni GC, Zanferrari C, Nappi G. An epidemiological approach to the nosography of chronic daily headache. *Cephalalgia* 1993;13(Suppl 12):72-77.
14. Granella F, Farina S, Malferrari G, Manzoni GC. Drug abuse in chronic headache: a clinico-epidemiologic study. *Cephalalgia* 1987;7:15-19.
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
16. Vanast WJ. New daily persistent headaches. Definition of a benign syndrome. *Headache* 1986;26:318.
17. Vanast WJ, Diaz-Mitoma F, Tyrrell DLJ. Hypothesis: chronic benign daily headache is an immune disorder with a viral trigger. *Headache* 1987;27:138-142.
18. Silberstein SD, Silberstein JR. Chronic daily headache: long-term prognosis following inpatient treatment with repetitive IV DHE. *Headache* 1992;32:439-445.
19. Micieli G, Piazza D, Sinfiorani E, Cavallini A, Trucco M, Gabellini S, Mancuso A, Pacchetti C. Antimigraine drugs in the management of daily chronic headaches: clinical profiles of responsive patients. *Cephalalgia* 1985;5(Suppl 2): 219-224.
20. Baldrati A, Bini L, D'Alessandro R, Cortelli P, Capoa D, De Carolis P, Sacquegna T. Analysis of outcome predictors of migraine towards chronicity. *Cephalalgia* 1985;5(Suppl 2):195-199.
21. Mongini F, Ferla E, Maccagnani C. MMPI profiles in patients with headache or craniofacial pain: a comparative study. *Cephalalgia* 1992;12:91-98.
22. Kurman RG, Hursey KG, Mathew NT. Assessment of chronic refractory headache: the role of the MMPI-2. *Headache* 1992;32:432-435.
23. Drake ME, Pakalnis A, Andrews, JM., Bogner J.E. Nocturnal sleep recording with cassette EEG in chronic headaches. *Headache* 1990;30:600-603.