

# Cefaleia rinogênica: visão otorrinolaringológica

## *Sinonasal Headache: Otolaryngologic view*

Queixas compatíveis com cefaleia de alguma natureza etiológica são muito comuns em consultórios de neurologistas, clínicos, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, odontologistas e até psiquiatras.

A Sociedade Internacional de Cefaleia (*IHS – International Headache Society*)<sup>(1)</sup> divide essa doença em dois grandes grupos: primárias e secundárias. Dentre as secundárias estão as cefaleias ou dores faciais atribuídas a distúrbios do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outras estruturas craniofaciais.

O termo cefaleia rinogênica pode estar relacionado a qualquer doença nasossinusal, como as rinosinusites agudas ou agudizações de rinosinusites crônicas. Entretanto, esse termo refere-se também a cefaleias originadas de pontos em que ocorre contato mucoso entre estruturas do nariz<sup>(1,2)</sup>.

Nesse contexto, pacientes apresentam cefaleia, congestão nasal e pontos de gatilho sem rinorréia ou outras características da rinosinusite, sendo que a maioria deles se enquadra na classificação de enxaqueca sem aura. As chamadas cefaleias de pontos de contato são aquelas causadas por persistente contato mucoso resultante de alterações anatômicas como desvio septal, pólipos nasais, anormalidades de conchas e estreitamentos anatômicos do infundíbulo etmoidal ou recesso do seio frontal<sup>(2)</sup>.

Ainda que controversa, a fisiopatologia dessa entidade baseia-se no modelo de inervação da mucosa nasal. As divisões oftálmica e maxilar do nervo trigêmeo possuem uma vasta rede de fibras adrenérgicas e colinérgicas, cuja maioria passa pelo gânglio pterigopalatino e controla ações dos vasos e glândulas da mucosa. Estudos recentes demonstraram que, além dos clássicos neurotransmissores noradrenalina e acetilcolina, há pelo menos um terceiro grupo de mediadores: os neuropeptídeos. Dentre os neuropeptídeos, o mais importante para a fisiologia e patologia nasal parece ser a substância P, um polipeptídeo constituído por 11 aminoácidos, um dos mediadores de fibras nervosas sensitivas e vagais, que são fibras do tipo C, não mielinizadas<sup>(1,2)</sup>.

Tais mediadores induzem na mucosa nasal vasodilatação, hipersecreção, aumento da permeabilidade mucosa e da atividade mucociliar, resultando em hiperemia e edema dessa mesma. A partir desse modelo, a congestão nasal e a obstrução de um óstio sinusal rico em terminações nervosas podem servir como gatilho para desenvolvimento de diversas formas de cefaleia neurovascular. Além desse modelo descrito acima, a contato entre as estruturas, promove um processo inflamatório local devido à disfunção mucociliar, o que pode levar à liberação de mediadores que se relacionam com o processo doloroso.

Para confirmação dessa suspeita diagnóstica, além de uma anamnese bem detalhada, é fundamental o exame físico otorrinolaringológico, nasofibrolaringoscopia e tomografia computadorizada de seios paranasais. A nasofibrolaringoscopia permite visualização de pontos de contato da mucosa nasal, características do meato médio como estado da mucosa, presença ou de secreção, tipo de secreção e direção de drenagem dessa secreção. Ou seja, esse exame é importante para definir se há sinais de inflamação dos seios paranasais. A tomografia é um exame complementar imprescindível em casos de queixas álgicas na face. Ela permite uma avaliação tridimensional dessas áreas de contato, assim como o grau de opacificação dos seios paranasais em doenças nasossinusais. Ainda que não seja a nossa rotina, apalpação dos seios paranasais para avaliação de dor pode ser feita, mas não substitui a riqueza de detalhes provenientes da nasofibrolaringoscopia e tomografia computadorizada<sup>(2-4)</sup>.

Deste modo, o tratamento das cefaleias rinogênicas está focado em diminuir áreas de contato seja por tratamento clínico focado na diminuição do edema inflamatório da mucosa nasal, seja por cirurgias que diminuam a possibilidade de áreas de contato.

É justamente no tópico de indicação cirúrgica onde encontramos polêmicas sobre a real eficácia desse tipo de procedimento. Do ponto de vista prático, por não haver ainda embasamento científico e fisiopatológico robusto sobre o papel das cirurgias nasais para o tratamento desse tipo de cefaleia, a indicação de cirurgia é somente válida mediante a presença de outros sintomas nasais como obstrução nasal importante, rinorréia persistente<sup>(2,5-7)</sup>.

A indicação de cirurgia nasal com o intuito único e exclusivo de melhorar a dor mediante a presença de áreas de contato ainda é incerta e, frente ao paciente, merece ser encarada como uma tentativa, após falência de diversas outras alternativas clínicas.

**Ricardo Ferreira Bento**  
**Professor titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP**

**Fabio de Rezende Pinna**  
**Doutor em Ciências pela FMUSP- Médico Assistente da Divisão de Otorrinolaringologia do HCFMUSP**

## **REFERÊNCIAS**

1. International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders (ICHD II), first revision, 2005 [Internet]. [cited 2013 July 7]. Available from: <http://www.i-h-s.org/>
2. Stammberger H, Wolf G. Headaches and sinus disease: the endoscopic approach. *Ann OtolRhinolLaryngolSuppl.* 1988; 134:3-23.
3. Santos Júnior RC, Santos AC, Jesus EP, AbudLN. Estudo das variações anatômicas do meato médio de doentes com queixas nasais através da nasofibroscopiaflexível. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69(2):198-206.
4. PereiraFJ, Velasco e Cruz AA, Anselmo-Lima WT, Elias Júnior J. Computed tomographic patterns of orbital cellulitis due to sinusitis. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69(4):4, 513-8.
5. Harley DH, Powitzky ES, Duncavage J. Clinical outcomes for the surgical treatment of sinonasal headache. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 ;129(3):217-21.
6. Giacomini PG, Alessandrini M, DePadova A. Septoturbinal surgery in contact point headache syndrome: long-term results. *Cranio.* 2003 ;21(2):130-5.
7. Welge-Luessen A, Hauser R, Schmid N, Kappos L, Probst R. Endonasal surgery for contact point headaches: a 10-year longitudinal study. *Laryngoscope.* 2003; 113(12):2151-6.