

Cefaléias inusitadas: de Zeus a Harry Potter

Uncommon headaches: from Zeus
to Harry Potter

Péricles Maranhão-Filho¹, M.D., Ph.D.;
Maurice B. Vincent², M.D., Ph.D.

Resumo

Ao longo da história da medicina, dores de cabeça induzidas por particularidades singulares têm sido descritas. Este é o caso da “cefaléia do rabo de cavalo” ou da “cefaléia do banho quente”. O objetivo desta breve revisão é voltar os olhos para algumas cefaléias inusitadas descritas desde os tempos mitológicos até o mundo imaginário contemporâneo. Algumas das cefaléias aqui revistas estão presentes na classificação atual sob outras denominações, uma vez que, até ingenuamente, muitas destas denominações levaram em consideração para sua descrição apenas o fator desencadeante. Cabe ao médico assistente sempre atentar para os mecanismos de desencadeamento e alívio da dor, para que possamos tentar entender um pouco mais da intimidade destas curiosas cefaléias.

palavras-chave: cefaléias secundárias, fatores desencadeantes para cefaléias.

Abstract

Headaches secondary to multitude of queer trigger factors have been depicted throughout history. This is the case of “pony-tail headache” and “hot-bath headache”. The objective of the present brief review is to throw light on some of these somehow bizarre disorders, described from mythological times to today’s imaginary world. Quite few of them are listed in the 2004 International Headache Society classification criteria under other items, since original descriptions were naively based only on the trigger phenomena. The physician must always pay attention to any triggering and relieving mechanism as an attempt to further understand the intimacy of these curious headaches.

keywords: primary headaches, headache triggers.

^{1,2} Professor Adjunto, Faculdade de Medicina, Serviço de Neurologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil e ² Departamento de Neurocirurgia, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. ¹ Assistant in Neuroscience. A. Martinos Center for Biomedical Imaging, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Charlestown, Massachusetts, United States of America.

Endereço para correspondência:

Dr. Péricles Maranhão-Filho. Av. Canal de Marapendi, 1680 /1802. Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. 22631-050
e-mail: pmaranhaofilho@gmail.com

Introdução

Algumas cefaléias, além de raras, primam pelo inusitado da situação que as desencadeia. O saudoso professor Bernardo Couto¹, quando lecionava sobre Cefaléias, sempre apresentava no final das suas aulas um “slide” intitulado: “Cefaléias Aneóticas”. Aneóticas, menos no sentido de engraçadas e mais no sentido de inéditas, originais ou incomuns. Algumas delas permaneceram na memória dos seus alunos pelo inusitado das situações desencadeantes, tais como: cefaléia do cachimbo – provocada pela mordedura mantida e assimétrica, cefaléia do restaurante chinês e cefaléia do cachorro quente, citadas abaixo, além da “cefaléia do baixinho que gostava de dirigir carro grande” – originada pelo estiramento do pescoço tentando enxergar por cima do painel.

Resultados

Neste artigo ressaltamos 22 tipos de cefaléias consideradas inusitadas ou incomuns, cujos diagnósticos podem ser facilmente suspeitados devido ao padrão estereotípico e pontual dos respectivos fatores desencadeantes. Duas delas pertencem à outra dimensão,

Tabela. Cefaléias inusitadas.

1. Cefaléia de Zeus (*Zeus headache*)⁹
2. *Crash headache* (*Crash migraine*)¹⁶
3. Cefaléia do Banho Quente (*Hot-Bath headache*)³³
4. Cefaléia de Lavar o Cabelo (*Hair-wash headache*)³⁸
5. Cefaléia do Rabo de Cavalo (*Ponytail headache*)⁵
6. Cefaléia do Riso (*Laughing headache*)^{24,31}
7. Cefaléia do Choro (*Crying headache*)⁶
8. Cefaléia do Bocejo (*Yawning headache*)²²
9. Cefaléia Numular (*Numular headache*)³⁶
10. Cefaléia Cardíaca (*Cardiac headache*)⁴
11. Cefaléia do Jogador de Futebol (*Footballer's migraine*)²⁸
12. Cefaléia da Alta Altitude (*High-altitude headache*)³⁴
13. Cefaléia do Avião (*Airplane headache*)²
14. Cefaléia dos Óculos de Natação (*Goggle headache*)^{11,23}
15. Cefaléia do Yom Kippur (*Yom Kippur headache*)³²
16. Cefaléia da Lactação (*Lactation headache*)¹
17. Cefaléia do Cachorro Quente (“Hot Dog” *Headache*)²¹
18. Cefaléia do Restaurante Chinês (*Chinese Restaurant Syndrome*)³⁷
19. Cefaléia da Vitamina A (*Vitamin A headache*)³⁷
20. Cefaléia da privação de água (*Water deprivation headache*)⁷
21. Cefaléia da Goma de Mascar (*Chewing gum headache*)⁸
22. Cefaléia Harry Potter (*Harry Potter headache*)⁴¹

e a maioria das demais não consta da última edição da *International Headache Society Classification of Headache Disorders-II* (ICHD-II) 2004²⁰.

Cefaleia de Zeus (*Zeus headache*)

A mais importante cefaléia inusitada da mitologia grega foi a de Zeus. Aconselhado por Urano e Géia, o casal primordial, e preocupado com a possibilidade de perder seus poderes sobrenaturais, Zeus engoliu – literalmente – Métis, sua primeira esposa, e que dele estava grávida. Segundo o casal, se Métis tivesse uma filha e depois um filho, este ao nascer arrebataria do pai o supremo poder.

Após a maturação do conceito, Zeus passou a sentir dor de cabeça contínua e de tão forte intensidade que quase o enlouquecia. Para se ver livre desta agonia e descobrir sua origem, ordenou a Hefesto, o deus das forjas e pai de Priapos, que lhe abrisse o crânio com um machado. Executada a operação, às margens do Lago Tritônio, na Líbia, saltou-lhe da cabeça, vestida e armada com lança e égide, dançando a pírica (dança de guerra, por excelência), a grande deusa Atená⁹.

A cefaléia de Zeus além de preencher critérios da *International Headache Society*²⁰ como Cefaléia Atribuída à Desordem Intracranial Não Vascular [ICHD-II:7], pode também ser proclamada como a primeira cefaléia secundária com expressão diária cujo sucesso terapêutico foi inquestionável!

Crash headache (*Crash migraine*)

Nos indivíduos sabidamente enxaquecosos, a ocorrência de cefaléia intensa e súbita (atingindo intensidade máxima em 10 – 20 segundos), autolimitada e acompanhada por náusea (metade dos casos) e vômitos, pode ser denominada de *Crash headache*¹⁶. Este padrão temporal e de intensidade nada mais é do que a cefaléia em trovoadas primária (ou idiopática). A localização da dor geralmente é posterior ou holocranial. Tudo leva a crer ter ocorrido hemorragia subaracnóide, mas os exames de averiguação (punção lombar e a angiografia dos vasos cerebrais) se mostram normais. Pode haver recrudescimento em 2-3 dias. O diagnóstico diferencial com a síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (RCVS) ou síndrome de Call-Fleming¹⁰ que se manifesta por cefaléia intensa (*thunderclap headache*) seguida por sinal neurológico focal deve ser sempre ser aventado.

¹Professor Bernardo Couto (1919-1997), foi Catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina da UFF, da UFRJ, além de Diretor do Instituto de Neurologia Deolindo Couto e Chefe do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Cefaléia do banho quente (Hot-Bath headache)

A Cefaléia do Banho Quente (CBQ), descrita inicialmente como “cefaléia induzida pelo banho”, acomete principalmente mulheres asiáticas de meia idade (média de idade 51 anos)³³. Embora na maioria das vezes o desencadear da dor tenha se relacionado com banho com água quente, a cefaléia pode ser despertada por outras formas de contato com a água, tais como: despejar água sobre o corpo, lavar partes do corpo ou apenas mergulhar numa piscina. Supõe-se que nos indivíduos predispostos, o estímulo excessivo de receptores temperatura-sensíveis na face e no *scalpe* possam provocar esta cefaléia³³. Entretanto – há casos descritos nos quais o contato pode não envolver necessariamente a cabeça sendo o desencadear produzido, por exemplo, apenas por estarem com o corpo – até o pescoço – mergulhado em uma banheira com água quente.

A apresentação típica envolve uma salva de dor de forte intensidade, de início hiper agudo (consistente com cefaléia em trovoadas). Na verdade, nem sempre a temperatura da água importa, uma vez que a crise de dor pode ser despertada seja com a água fria, morna ou quente. Cada ataque apresenta duração de 30 minutos a 30 horas.

Em alguns pacientes foi detectado vasoconstrição cerebral multifocal reversível. Uma vez que até a presente data, não há tratamento agudo satisfatório, evitar o contato com a água (o banho), impede o desencadear da dor. O emprego profilático da nimodipina pode abreviar a duração das crises, mas a maioria dos casos a dor é auto limitada no período compreendido entre duas semanas e três meses²⁹. O banho também pode constituir um dos desencadeantes da RCVS.

Cefaléia de lavar o cabelo (Hair-wash headache)

Como uma extensão da cefaléia primária do banho, “hair wash” se apresenta como um inusitado desencadear de crises enxaqueca em algumas mulheres indú. Cerca de 10-15 minutos após começar lavar os cabelos inicia-se uma cefaléia latejante que aumenta de intensidade gradualmente e preenche critérios da *IHS*²⁰ para enxaqueca sem aura. Em alguns casos a dor pode ser prevenida com profilaxia episódica utilizando-se naproxeno sódico ou ergotamina, uma hora antes do “hair wash”³⁸.

Cefaléia do Rabo de Cavalo (Ponytail headache)

Descrita por J. Blau em 2004⁵, este tipo de cefaléia com desencadear extracranial presumivelmente se origina de músculos pericraniais, tendões ou fâscias tracionados. A cefaléia que obviamente predomina no sexo feminino (mas não exclusivamente), foi positiva em 50 de 91 mulheres entrevistadas, com idades que variaram de 9 a 57 anos. A dor predomina na base do rabo de cavalo (10/50), e pode iniciar num período que varia de imediatamente até horas depois de prender o cabelo. Quanto mais apertado o rabo de cavalo, mas fácil surgir a dor. Algumas pacientes também se queixam de dor ao utilizar arcos para sustentar os cabelos. Massagear com os dedos o local dolorido costuma aliviar a dor, e soltar o rabo de cavalo ou retirar o arco de cabelo eliminam o problema. Provavelmente a cefaléia do rabo de cavalo deve envolver uma predisposição pessoal para cefaléias primárias. Assim, a hipersensibilidade característica dos pacientes predispostos a cefaléias primárias – alodínea – serve como substrato para o desenvolvimento deste tipo de dor mediante o estímulo sensitivo que um “rabo de cavalo” apertado pode proporcionar.

Cefaléia do Riso (Laughing headache)

O riso, principalmente o riso farto, fogoso e animado, pode precipitar crise de dor de cabeça geralmente relacionada ao contexto das enxaquecas ou das cefaléias de esforço, ou de ambas. Merece menção o fato que, curiosamente, o riso falso, dissimulado, e sem sentimento (riso social), não desencadeia a dor²⁴.

Por vezes, o riso se mostra como o único tipo de “esforço” precipitante da cefaléia, não ocorrendo dor de cabeça ao inclinar-se para frente, evacuar, realizar a manobra de Valsalva, tossir, espirrar, etc. Por outro lado já foi descrito a associação de cefaléia do riso (com dor fina, de curta duração, no vértex) induzida por riso intenso, bocejo, esforço de evacuar, e em pacientes com má-formação de Arnold-Chiari tipo I³¹.

Nos casos cuja investigação causal é negativa, o emprego de divalproato de sódio pode funcionar como um agente profilático efetivo. A cefaléia do riso quando primária, é autolimitada.

Cefaléia do Choro (Crying headache)

Em 1995, em carta endereçada ao periódico *Lancet*, J. Blau chamou atenção para um tipo de dor de cabeça até então desconhecida. Questionando 75 mulheres com

idades entre 17 e 64 anos, notou que 35 delas apresentavam, ao final do choro ou logo após, cefaléia (principalmente) do tipo “pressão”, predominando na região frontal (10/35), com duração de 5 minutos a 12 horas. Afirmaram que a compressão digital, massagem, água fria, ar fresco, banho quente ou o uso de analgésico comum aliviavam o sintoma. Quarenta por cento delas não fazia nada!⁶

Em 1998, Evans¹⁷ chamou atenção para o choro como fator desencadeante de enxaqueca. Considerou que o choro tem que ser “sentido” e sofrido. Choro de alegria, ou lacrimejamento advindo de cortar cebolas p. ex., não funciona como “trigger”.

Cefaléia do Bocejo (*Yawning headache*)

Embora a IHS não a denomine como tal, esta dor pode ser classificada como [ICHHD-II: 11-7] – Cefaléia ou dor facial atribuída à articulação têmporo-mandibular²⁰.

O bocejo é um fenômeno paroxístico, normal nos mamíferos, que pode significar sonolência, fadiga, fome ou tédio. A dor eliciada pelo bocejo é bem conhecida em pacientes com: neuralgia cranial, disfunção da articulação têmporo-mandibular ou com síndrome de Eagle (dor no hipofaringe, orelha ou base da língua relacionado à hipertrofia do processo estilóide ou ossificação do ligamento estilo-hióideo). A cefaléia ou algia cranial provocada pelo bocejo pode ocorrer sem nenhuma causa aparente (cefaléia primária – do bocejo)²², e não necessita tratamento específico. Requer, porém, diferenciação com causas secundárias de maior relevância.

Cefaléia Numular (*Numular headache*)

A rigor, esta cefaléia está listada nos anexos da Classificação da IHS de 2004 sob o item A13.7-1²⁰. A cefaléia numular se caracteriza por dor leve ou de moderada intensidade, exclusivamente sentida numa área elíptica com diâmetro de aproximadamente 1 a 6 cm (duas polpas digitais ou uma moeda de R\$ 1,00) localizada principalmente na região parietal. A área sintomática é única, não muda de forma nem de tamanho com o tempo. É contínua com flutuações incluindo exacerbações lancinantes de vários segundos a minutos. O local da dor pode coçar, queimar ou espetar. Embora na maioria das vezes a “moeda” se localize sempre na mesma região, há casos nos quais varia de posição a cada ataque. Trata-se de uma cefaléia primária benigna, que pode coexistir com outros tipos de cefaléia,

mas que impõe diagnóstico diferencial com lesões locais tanto da caixa óssea como de partes moles³⁶.

Cefaléia cardíaca (*Cardiac headache*)

Reconhecida pela IHS [ICHHD-II:10.6], a cefaléia cardíaca (CC) apresenta de especial o fato que o início da dor se relaciona com exercício físico vigoroso associado com alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia miocárdica²⁰. A dor desaparece no repouso. O tratamento medicamentoso efetivo para isquemia miocárdica e a re-vascularização miocárdica é seguido por completa resolução da cefaléia. Assim sendo, nesta circunstância, a isquemia miocárdica é um coadjuvante grave de uma forma de cefaléia do esforço rara e tratável. O exame neurológico e os exames de imagem se mostram normais.

É de grande importância saber distinguir entre CC e enxaqueca. Ambas as condições podem produzir dor intensa acompanhada por náuseas e podem ser desencadeadas pelo exercício. Substâncias vasoconstrictoras (sumatriptano, ergotamina e dihidroergotamina) indicadas no tratamento da enxaqueca, são contra-indicadas nos pacientes com CC, devido ao efeito vasoconstrictor que acarretam. A substância vasodilatadora nitroglicerina pode induzir forte cefaléia nos indivíduos normais e nos enxaquecosos. Porém, quando foi utilizada em quatro pacientes com CC promoveu alívio da cefaléia. A chave do diagnóstico da CC está no padrão temporal da dor de cabeça, que começa no início do esforço físico vigoroso, e se atenua no repouso e com o uso de substâncias antianginosas²⁰. O mecanismo da CC é especulativo, e a suspeita diagnóstica deve ser levantada nos indivíduos com mais de 50 anos e com fatores de risco para doença cardíaca.

Em publicação recente, Bigal et al.⁴, num estudo caso-controle e utilizando questionário validado, investigaram os riscos de doenças cardiovasculares (DCV) em mais de 11.000 indivíduos (6.102 enxaquecosos *versus* 5.243 controles). Após os ajustes necessários quanto ao sexo, idade, disfunções, tratamento e fatores de risco de DCV, os indivíduos enxaquecosos mostraram risco significativamente maior de: infarto cardíaco, acidente vascular cerebral e claudicação. Embora ainda não seja totalmente claro se os fatores de risco para DCV relacionam-se tanto com a enxaqueca com aura quanto com a enxaqueca sem aura, dentre os muitos mecanismos biologicamente plausíveis relacionando enxaqueca com DCV, aparentemente, pacientes com enxaqueca com aura

possuem alta prevalência de fatores de risco para DCV assim como genótipo específico relacionado à DCV.

Cefaléia do jogador de Futebol (*Footballer's migraine*)

Antes mesmo da primeira classificação da IHS ser lançada em 1988, WB Matthew chamou atenção para um tipo inusitado de cefaléia recorrente que acometeu quatro jovens. Três jogadores de futebol e um lutador de boxe²⁸.

As crises, embora variassem de intensidade, mantinham o mesmo cortejo sintomático. Todas eram precedidas por algum impacto na cabeça. No caso dos jogadores, após impacto na bola ou contra o jogador adversário. Logo após o trauma apresentavam visão tubular com duração de aproximadamente 1h, seguida – num deles – por dormência numa das mãos, que ascendia até a face. A seguir ocorria – nos três – grave cefaléia com duração de várias horas, associada com vômitos. O uso de ergotamina antes dos jogos prevenia as crises. Os sintomas nunca ocorreram em outras ocasiões. No caso do lutador de boxe, nos últimos meses ocorreram sete episódios de turvação visual ou de visão tubular seguida por cefaléia grave e generalizada. Todas as crises ocorreram exclusivamente após traumas (“punch”) na cabeça durante a luta.

Outras cefaléias induzidas por esforço físico específicos recebem epítetos correspondentes, como por exemplo, a “Cefaléia do levantador de peso”²⁰.

Cefaléia da alta altitude (*High-altitude headache*)

A cefaléia da alta altitude está listada na classificação internacional das cefaléias [ICHD-II: 10.1.1]²⁰. O dor de cabeça costuma ser a principal manifestação da exposição às grandes altitudes. Ocorre 24h após permanecer em altitudes acima de 2.500 metros, e se resolve 8h após retornar ao nível do mar. Tende a ser bilateral – frontal, temporal ou holocranial – e de moderada a grande intensidade. Mais frequentemente se apresenta com caráter compressivo.

Acetazolamida e prednisona mostraram-se eficazes na prevenção desta cefaléia, que usualmente responde à redução de 500 a 1000 metros³⁴ na altitude.

Cefaléia do Avião (*Airplane headache*)

Em 2004, Victoria Atkinson e Liesly Lee, registraram o caso de um homem de 28 anos com cefaléia especificamente relacionada com viagens de avião².

A dor, que era de forte intensidade, em espetada, na região bifrontal e entre os olhos, surgia sempre na mudança de altitude (ao decolar e aterrizar), durava cerca de 20 minutos, e desaparecia espontaneamente durante vôo em altitude cruzeiro. Não havia fotofobia, fonofobia, náusea, vômitos, nem nenhum outro sinal ou sintoma neurológico. Esse padrão era recorrente a cada vôo (cerca de dois por ano) e perdurou por oito anos. O exame clínico, neurológico e de imagens (tomografia computadorizada de crânio e seios da face assim como a ressonância magnética do cérebro), não revelaram qualquer anormalidade. Na literatura aferida, até aquela época havia apenas um relato de caso de um comandante-piloto que passou apresentar cefaléia durante o vôo após iniciar o uso de pravastatina para controle do colesterol³. Posteriormente, Beringen et al.³ descreveram seis casos de pacientes que apresentavam cefaléias semelhantes, exclusivamente durante vôos (1 ao avião decolar e 5 ao posar), e sem história de outros tipos de dores de cabeça. Evans et al.¹⁸ também registraram mais quatro casos de pacientes que apresentaram tal dor somente ao avião pousar. Uma dessas pacientes (caso 3) tentou o ibuprofeno como abortivo (1.200 mg) e profilático (800 mg), 1h antes de aterrissar, mas sem resultado satisfatório.

O mecanismo fisiopatológico subjacente deste tipo de cefaléia permanece incerto. Já foi considerada a possibilidade de barotrauma³ originado pelas alterações de pressão e que poderiam afetar os nervos etmoidais (ramos do nervo oftálmico do nervo trigêmeo) e/ou os nociceptores das artérias etmoidais, ativando o sistema trigemino-vascular, causando assim cefaléia¹³.

Diferente da cefaléia da alta altitude mencionada acima, no caso em questão o fator desencadeante relaciona-se com a mudança rápida de altitude, e não propriamente com a permanência em altitudes elevadas.

Talvez a Cefaléia do Avião nem seja uma cefaléia rara, mas sim um tipo de cefaléia pouco registrada¹⁸.

Cefaléia dos óculos de natação (*Goggle headache*)

De predomínio frontal, esta cefaléia tem origem mecânica. Na verdade, ocorre devido ao efeito compressivo dos óculos apertados exercido sobre as fibras do nervo supraorbitário²³. Revendo 18 pacientes, Caminero e Pareja¹¹ encontraram este tipo de cefaléia em 67% de mulheres, com idade média de 51,6 anos. A dor era intermitente em 7 e contínua em 11 pacientes, com duração média de 5,9 anos. Cinco tinham história

de trauma frontal e 4 apresentavam hipoestesia na fronte. A neuralgia do supraorbitário deve ser suspeitada quando há dor frontal no trajeto do nervo, sobretudo com história de trauma frontal. Comum é o trauma do nervo devido colisão automobilística sem que o(a) incauto(a) esteja sob a proteção do cinto de segurança. A palpação dolorida e assimétrica do nervo no lado acometido, quando de sua emergência pela incisura supraorbitária, reforça as suspeitas diagnósticas. Alívio imediato pode ser obtido pela anestesia local.

Cefaléia do Yom Kippur (*Yom Kippur headache*)

Embora esta cefaléia não receba esta denominação específica, na classificação da IHS atual, a encontramos sob o item [ICHHD-II: 10.5] – *Headache attributed to fasting*²⁰.

O Yom Kippur ou Kippur² é um dos dias mais importantes do judaísmo. No calendário hebreu começa no crepúsculo que inicia o décimo dia do mês hebreu de *Tishrei* (primeiro mês do calendário hebraico rabínico, que coincide com setembro ou outubro), continuando até o pôr do sol seguinte. Os judeus tradicionalmente observam esse feriado como um período de reza intensa e jejum de 25 horas.

Existem cinco proibições no Yom Kippur: 1) comer (come-se um pouco antes do pôr-do-sol ainda na véspera do dia até o nascer das estrelas do dia de Yom Kippur); 2) usar calçados de couro; 3) relacionamento conjugal; 4) passar cremes, desodorantes, etc. e 5) banhar-se por prazer¹⁵. A essência destas proibições é causar aflição ao corpo, dando, então, prioridade à alma.

A cefaléia do Yom Kippur está diretamente relacionada com o jejum. Habitualmente aparece primeiro quando se completa 16h sem alimento (isto é, nas primeiras horas da manhã seguinte – no dia do feriado). A dor usualmente é leve ou moderada, bilateral, de predomínio frontal, não pulsátil em qualidade. Sofredores crônicos de cefaléia desenvolvem com muito mais facilidade (66%) do que aqueles que não têm história de cefaléia (29%)³². Embora existam alguns argumentos contrários, a cefaléia do Yom Kippur provavelmente ocorre devido à hipoglicemia promovida pelo jejum prolongado.

Cefaléia da lactação (*Lactation headache*)

Em 1989, Askmark e col.¹ publicaram o relato de caso de uma jovem mãe de 26 anos, com antecedente de enxaqueca com e sem aura, mas que apresentava crises de cefaléia de forte intensidade na região parieto-temporal bilateral, que surgia cerca de 2 minutos após iniciar a amamentação. A duração da dor era de 2 a 7 minutos, mas em algumas ocasiões perdurava com dor leve por todo o dia. Não ocorria náusea, vômitos ou qualquer alteração visual. A amamentação ocorria 5x ao dia e todas às vezes a dor surgia com ela. Numa ocasião, durante a amamentação o bebê parou de sugar o seio direito e a cefaléia imediatamente desapareceu, retornando logo após o bebê voltar a sugar o mamilo esquerdo. Tentou-se o emprego de propranolol (40mg uma hora antes de amamentar), sem resultado. Não se chegou a uma conclusão etiopatogênica da cefaléia em questão, mas vale a pena tentar relacioná-la com a presença de substâncias liberadas (oxitocina, vasopressina, prolactina), durante a amamentação. É curioso, neste contexto, lembra que adenomas hipofisários “quentes” estão relacionados à produção de cefaléias independentemente do seu tamanho, sugerindo que sua produção é de origem bioquímica, e não mecânica por tração da sela, como previamente suspeitado²⁵.

Cefaléia do Cachorro Quente (*“Hot Dog” headache*)

A melhor maneira de se classificar esta cefaléia é considerá-la dentro do item [ICHHD-II: 8.15] – *Headache induced by food components and additives*²⁰ da IHS. Sabe-se que algumas pessoas apresentam cefaléia ao ingerirem salsicha alemã ou outros alimentos defumados tais como bacon, salame ou presunto²¹. Evidências sugerem que a causa dessa inconveniência são os nitritos encontrados nestes alimentos, e oriundos da redução bacteriana e química do nitrato durante o processo de defumação. Nitritos e seus produtos de decomposição reagem com a mioglobulina e a hemoglobina para formar compostos vermelhos – nitromioglobina e nitrohemoglobina²¹. Daí a coloração uniforme encontrada em alguns alimentos defumados.

Tal e qual a cefaléia provocada pela nitroglicerina, às dores ocorrem nas regiões fronto-temporais bilaterais,

¹ Segundo o calendário gregoriano a próxima data do Yom Kippur será dia 18 de setembro de 2010. O feriado começa ao pôr do sol do dia precedente à data referida.

são na metade das vezes pulsáteis, moderadas na intensidade e acompanhadas de “flush” facial^{12,37}.

Pacientes sensíveis podem apresentar cefaléia ao ingerir apenas 1 mg de nitrito de sódio. Alguns países regulamentam a dose de nitrito utilizada durante a defumação dos alimentos em 200 ppm (200mg/kg de alimento). Por haver uma perda natural no cozimento e estoque dos alimentos, a concentração de nitrito nos defumados passa a ser de 50 a 130 mg/kg.

O mecanismo pelo qual os nitritos provocam a cefaléia ainda não foi esclarecido^{12,21}.

Cefaléia do Restaurante Chinês (*Chinese Restaurant Syndrome*)

Cerca de 30% das pessoas que se alimentam de comida chinesa referem reação adversa³⁷. Os sintomas da Síndrome do Restaurante Chinês surgem 15-20 minutos após a ingestão do alimento, e consistem primeiramente de uma sensação de torpor e formigamento na nuca, que se estende pelos ombros e braços. Os músculos periorbitais fasciculam, contraem-se os músculos masseteres e temporais, além de surgir lacrimejamento, dor retroesternal e sudorese. As mulheres são mais vulneráveis. Uma forma clínica particular é representada por cefaléia – único sintoma – reconhecida pela Classificação da IHS 2004²⁰, que também surge 15 a 20 minutos após alimentação, com duração inferior à 2h¹⁴. A dor pode ser uni ou bilateral, do tipo pesada e que piora com a atividade física.

O glutamato monossódico (GMS) tem sido considerado como o precipitante químico que favorece o surgimento destes sintomas. Este elemento é um ingrediente ativo no molho *soyso*, utilizado como condimento que acentua o sabor de determinadas especiarias chinesas. A dose oral mínima de GMS que precipita os sintomas em pessoas pré-dispostas varia de 1,5 a 12g. A ingestão prévia de outro tipo de alimento atrasa a absorção do GMS e protege o indivíduo susceptível de apresentar sintomas. A utilização do GMS com ingestão concomitante de bebidas alcoólicas pode funcionar como fator precipitante dos sintomas³⁷. Entretanto, não há nenhuma evidência ou estudo controlado sugerindo que o GMS seja de fato o responsável por estes sintomas⁴⁵.

Cefaléia da Vitamina A

Há mais de 100 anos exploradores do Pólo Ártico já afirmavam que a ingestão de grande quantidade de fígado de urso polar poderia provocar intensa cefaléia.

Rodahl e Moore ajudaram desvendar esse mistério quando descobriram que cada 100g do fígado deste animal, continha aproximadamente 15.000 UI de vitamina A e consideraram ser esse o agente precipitante da cefaléia³⁷.

A dor é violenta e de predomínio frontal e retro-orbital. Náusea, dor abdominal e vertigem geralmente acompanham a cefaléia, mas a dor pode surgir como fenômeno isolado.

Hipervitaminose A crônica pode ocorrer em indivíduos que ingerem pelo menos 50.000UI de vitamina diariamente por semanas ou meses. Os principais sintomas são: dor articular, fadiga, alopecia, fissura dos lábios, hepatomegalia e cefaléia. Crianças principalmente podem desenvolver síndrome de hipertensão intracranial idiopática como manifestação de hipervitaminose A³⁷.

Cerca de 5% da vitamina A plasmática, se encontra sob a forma de ester retinil, e o restante sob a forma de retinol ligado a proteína. Toxicidade a vitamina A ocorre quando a capacidade da proteína de transportar retinol é excedida, então este último se apresenta a membrana celular de outra forma que não a ligada a proteína, provocando um efeito não específico à membrana celular³⁷.

Cefaléia por privação de água (*Water-deprivation headache*)

Um dos autores (MV) examinou um caso curioso de cefaléia desencadeada por privação de água. O paciente dizia que, sobretudo em vôos longos, a falta de ingesta hídrica poderia desencadear seus episódios enxaquecosos⁴⁴. Este tipo curioso de desencadeamento foi descrito por Blau et al. em 2004⁷. Estes autores examinaram inicialmente dois estudantes de medicina que relatavam surgimento de cefaléia toda vez que diminuía a ingesta hídrica. Pesquisando entre familiares e conhecidos, encontraram este fator de desencadeamento em 34 de 95 enxaquecosos, o que demonstra que a privação de reposição hídrica é um desencadeante freqüente. Martins e Gouveia²⁷ relataram o caso de um paciente de 35 anos que fez um detalhado diário de suas crises enxaquecosas, e encontrou uma clara relação entre a freqüência das crises e a diminuição na ingestão de água. Este tipo de desencadeamento deve fazer parte dos questionamentos do médico dentro da anamnese das cefaléias, sejam elas enxaquecosas ou não.

Cefaléia da goma de mascar (*Chewing gum headache*)

Considerar que o adoçante sintético aspartame, é o potencial agente etiológico da “cefaléia da goma de mascar” é motivo de controvérsia^{8, 12, 40, 42}.

Os autores que defendem esta possibilidade supõem que o aspartame bloqueie a resposta normal no triptofano cerebral, após ingestão de carboidratos e assim induzindo cefaléia. Aproximadamente 8% dos enxaquecosos acusam o aspartame como um agente desencadeador de suas crises¹².

Algumas cefaléias inusitadas relacionam-se à ingestão de líquidos ou alimentos - ou a falta dos mesmos. Na oitava sessão da segunda edição da *International Headache Society Classification Disorders* (ICHD-II)²⁰, são consideradas as cefaléias código (8.1.5), provocadas por alimentos e condimentos. As substâncias feniletilamina, tiramina e aspartame, são citadas, porém, segundo a própria *IHS*, não há dados suficientes para considerá-las substâncias efetivamente capazes de causar cefaléias²⁰.

Cefaléia do Harry Potter (*Harry Potter headache*)

Para finalizar um manuscrito com esse teor, nada mais apropriado do que comentarmos a respeito da cefaléia do mais famoso adolescente da literatura contemporânea, Harry Potter. Num curioso e bem humorado artigo, Fred Sheftel et al.⁴¹ analisaram minuciosamente seis dos sete volumes da biografia do mago, com o intuito de, sob a ótica das denominadas “pessoas comuns”⁴³, tentar classificar as cefaléias recorrentes apresentadas pelo jovem Harry.

Segundo JK Rowling³⁹, autora da série e criadora do personagem, o paroxismo de dor sentida Harry Potter o persegue desde os 11 anos de idade. É de forte intensidade, progressiva, persistentemente focal (sobre uma cicatriz avermelhada em forma de raio logo acima da região supra-orbital à direita), vem sem aviso, porém é desencadeada pela proximidade física ou mental do seu arquiinimigo Voldermort. Inicialmente a dor não se acompanhava de sintomas adjacentes, mas com o passar do tempo surgiram náusea, vômitos com obscurecimento visual e lacrimejamento. Sabe-se até que, durante a dor, pode ficar tão incapacitado a ponto de deixar cair seu cajado e desmaiar³⁹.

De acordo com as características apresentadas, considerando os critérios da ICHD-II, e utilizando-se de sólida argumentação, os autores inicialmente descartam possibilidades diagnósticas tais como: cefaléia

crônica pós-traumática [5.2.1], neuralgia do trigêmeo [13.1.1], cefaléia primária em facadas [4.1], cefaléia atribuída à hemorragia subaracnóide [6.2.2], cefaléia *thunderclap* primária [4.6], enxaqueca com aura [1.2] e, apesar da presença de alguns aspectos “pouco habituais”, sugerem como possibilidades mais prováveis, enxaqueca sem aura [1.1] ou enxaqueca provável [1.6]. Em carta endereçada ao editor, Hagen K.⁴¹ comenta o artigo de Sheftel⁴¹, e considera que a possibilidade de neuralgia paroxística do nervo supra-orbital [ICHD-II:13.6]²⁰, também poderia ser aventada. Mas, obviamente, os artigos que tratam da cefaléia do Harry Potter, nada mais são do que meros exercícios diagnósticos tendo como cenário a Classificação Internacional das Cefaléias da *IHS*.

Conclusões

Alguns fenômenos corriqueiros e do dia-a-dia como: bocejar, sorrir, chorar, prender os cabelos, ou até mesmo tomar banho quente, assim como ingerir alguns alimentos, ou então a carência da ingestão dos mesmos, podem provocar dores de cabeça em indivíduos predispostos. Pelo inusitado da situação poderia se considerar este fato como sendo apenas uma “curiosidade médica”, caso estas situações não gerassem dor, por vezes de forte intensidade. Na maioria das vezes, o tratamento destas cefaléias se resume, quando possível, apenas na eliminação do fator desencadeante. Outras vezes, o incomodo desaparece espontaneamente sem necessitar tratamento, mas também sem que saibamos sua origem. Muitas destas cefaléias inusitadas não teriam sido descritas se não fosse a observação atenta e cuidadosa de médicos curiosos e não conformados em considerar apenas os critérios vigentes (até certo ponto ditatoriais) da Classificação das Cefaléias da *IHS*. Por outro lado, algumas delas podem ser classificadas de acordo com a sistemática atual. Do ponto de vista fisiopatológico, por exemplo, é mais adequado incluir a “enxaqueca do futebolista” no rol das “cefaléias primárias do exercício” do que considerá-la condição isolada, pois, seguindo neste rumo, poderíamos diagnosticar tantas cefaléias quantos fossem os esportes praticados pelos indivíduos suscetíveis.

Consideramos também, que a alguns desencadeantes são imputados à ocorrência de cefaléias, de forma injustificada. Sem mencionar as cefaléias de Zeus e Harry Potter, um exemplo típico consiste na possibilidade da cefaléia induzida pela falta de óculos de grau (principalmente em crianças), ou provocada por vícios

de refração. Tal associação é rara e, certamente, muito menos freqüente do que se imagina. Recentemente, um trabalho com adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, mostrou que, ao contrário do que muitos pensam o uso freqüente de eletrônicos como iPods, computadores, videogames e televisão, não está associado ao aparecimento de cefaléias³⁰.

Referências

1. Askmark H, Lundberg PO. Lactation headache—a new form of headache? *Cephalalgia* 1989;9:119-122.
2. Atkinson V, Lee L. An Unusual Case of an Airplane Headache. *Headache* 2004;44:438-439.
3. Berilgen MS, Müngen B. Headache associated with airplane travel: report of six cases. *Cephalalgia* 2006; 26:707-711.
4. Bigal ME., et al. Migraine and cardiovascular disease: A population-based study. *Neurology* 2010;74:628-635.
5. Blau JN. Ponytail Headache: A Pure Extracranial headache. *Headache* 2004;44:411-413.
6. Blau JN. Crying headache. *Lancet* 1995; 345:803.
7. Blau JN, Kell CA, Sperling JM. Water-deprivation headache: a new headache with two variants. *Headache*. 2004 Jan;44(1):79-83.
8. Blumenthal HJ, Vance DA. Chewing gum headaches. *Headache* 1997;37:665-666.
9. Brandão JS. Mitologia Grega. 11ª Ed. Vol II. Petrópolis: Vozes. 2000 .
10. Call GK, Fleming MC., Sealfon S, et al. Reversible cerebral segmental vasoconstriction. *Stroke* 1988;19:1159-1170.
11. Caminero AB, Pareja JA. More “goggle headache”: supraorbital neuralgia. *Cephalalgia*. 2001 Apr;21(3):216-223.
12. Cory Toth. Medications and Substances as a Cause of Headache: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Neuropharmacology* 2003;26(3):122-136.
13. Coutinho E., Pereira-Monteiro J. ‘Bad trips’: airplane headache not just in airplanes? *Cephalalgia* 2008;28:986-987.
14. De Francisci G, Parisi N, Magalini S I. The Chinese Restaurant Syndrome *Recenti Progressi in Medicina* 1981;70(4):353-357(em italiano).
15. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Yom_Kipur acesso em 25/01/2010.
16. Dodick D W. Thunderclap Headache. *Headache* 2002;42:309-315.
17. Evans RW. Crying migraine. *Headache*. 1998;38:799-800.
18. Evans RW, Purdy RA., Goodman SH. Airplane Descent Headaches. *Headache* 2007;47:719-723.
19. Hagen K. Harry Potter’s. *Headache* 2008;48(1):166.
20. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24(Supp1):1-160.
21. Henderson WR, Raskin NH. “Hot-dog” headache: individual susceptibility to nitrite. *Lancet*. 1972;2:1162-1163.
22. Jacome DE. Primary yawning headache. *Cephalalgia* 2001;21:697-699.
23. Jacobson RI. More “goggle headache”: supraorbital neuralgia. *N Eng J Med* 1983;308(22):1363.
24. Levin M, Ward TN. Laughing Headache: A Novel Type of Triggered Headache With Response to Divalproex Sodium. *Headache* 2003;43:801-803.
25. Levy MJ, Matharu MS, Meeran K. et al., The clinical characteristic of headache in patients with pituitary tumours. *Brain* 2005;128:1921-1930.
26. Lipton RB. Cardiac cephalgia: A treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997;49:813-816.
27. Martins IP, Gouveia RG. More on water and migraine. *Cephalalgia*. 2007;27(4):372-374.
28. Matthews WB. Footballer’s Migraine. *British Medical Journal* 1972;2:326-327.
29. Mak W, Tsang KL, Tsoi TH, Au Yeung KM, et al. Bath-related headache. *Cephalalgia* 2005;25:191-198.
30. Milde-Busch A, von Kries R, Thomas S, et al. The association between use of electronic media and prevalence of headache in adolescents: results from a population-based cross-sectional study. *BMC Neurol*. 2009;10(1):12.
31. Morales-Asyñ F, Mauri JA, Iniguez C, et al. Longterm evolution of a laughing headache associated with Arnold-Chiari type I malformation. *Headache*. 1998;38:552-553.
32. Mosek A., Korczyn A D, Yom Kippur headache. *Neurology* 1995;45:1953-1955.
33. Negoro K., et al. Bening Hot Bath-Related Headache. *Headache* 2000;40:173-175.
34. Queiroz LP, Rapoport AM. High-altitude headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2007 Aug;11(4):293-296.
35. Ramsey CS, Snyder QC. Altitude-induced migraine headache secondary to pravastatin: case report. *Aviat Space Environ Med* 1998;69:603-606.
36. Randolph W. Evans RW, Pareja JA. Nummular Headache. *Headache* 2005;45:164-165.
37. Raskin NH. Headache. Second Edition. Saunders Company, USA. 1988.
38. Ravishankar K. ‘Hair-wash headache’—an unusual trigger for migraine in Indian patients. *Cephalalgia* 2005;25:1184-1185.
39. Rowling JK. Harry Potter and the Order of the Phoenix. London: Bloomsbury Publishing, 2003.
40. Schiffman SS, Buckley CE, Sampson HA, et al. Aspartame and susceptibility to headache. *N Engl J Med* 1987;317:1181-1185.
41. Sheftell F, Steiner TJ, Thomas H. Harry Potter and the Curse of Headache. *Headache* 2007;47:911-916.
42. Strong FC. Why do some dietary migraine patients claim they get headaches from placebos? *Clin Exp Allergy* 2000;30:739-743.
43. Vincent MB. Harry Potter, mágica e enxaqueca. *Migrâneas & Cefaléias* 2007;10: 94-97.
44. Vincent MB. A água e a enxaqueca. *Migrâneas & Cefaléias* 2007;10,35-39.
45. Williams AN, Woessner KM. Monosodium glutamate ‘allergy’: menace or myth? *Clin Exp Allergy* 2009 May;39(5):640-646.