

Obstrução Nasal e Cefaléia: uma Associação Real?

Luisa Bellussi, Giulio Cesare Passàli e Desidério Passàli

A cefaléia representa uma afecção extremamente comum, entretanto é pobremente tolerada em crianças, afetando inúmeros aspectos da atividade diária, neste grupo etário. Análises epidemiológicas mostraram que esta patologia acomete entre 15-20% das crianças na faixa escolar, com 3-5% das mesmas, apresentando a clássica enxaqueca, com os dois picos de maior incidência entre seis e oito anos e entre 10-13 anos de idade.

Pode haver uma repercussão das atividades sociais e escolares associadas com a intensidade e frequência dos ataques de cefaléia; neste mesmo contexto, Carlsson recentemente relatou que ao redor de 26% das crianças, em sua amostra, foram afetadas pela cefaléia uma vez ao mês, enquanto que 6% referiam ser acometidas pela mesma, várias vezes na semana ou mesmo de forma diária.

Como consequência, uma tarefa difícil para uma abordagem correta da cefaléia na idade evolutiva, é colocar o distúrbio em uma de duas categorias estabelecida pela Sociedade Internacional de Cefaléia International Headache Society (IHS): cefaléias “essencial” (ou primária) e “sintomática” (ou secundária).

A maioria dos dados clínicos para a definição e caracterização destas categorias são: idade do início da cefaléia, tempo, duração, localização, frequência, gravidade, características da cefaléia associada a sinais e sintomas, efeito “gatilho” ou fatores precipitadores, bem como a presença de déficit neurológico. Na faixa etária pediátrica, as cefaléias essenciais mais comuns estão representadas por cefaléia por tensão e enxaqueca, enquanto que as cefaléias secundárias são principalmente causadas por infecções ou inflamações intra ou extra-cranianas, massas intracranianas, e traumas de cabeça e pescoço.

A cefaléia (não do tipo hemicrânia) mais comum ao otorrino é aquela secundária à infecção ou inflamação da cavidade paranasal, que é decorrente da pressão de exudatos nas fibras sensitivas, bem como a congestão da mucosa nas cavidades sinusais excluídas de ventilação nasal. Em contraste, na rinosinusite aguda, na qual sintomas locais (obstrução nasal, presença de secreção purulenta, tosse) e sintomas gerais (febre e mal-estar geral) não deixam dúvidas quanto à razão de cefaléia concomitante, a identificação e o diagnóstico diferencial de formas crônicas, marcadas mais pela persistência que pela gravidade dos sintomas, é uma tarefa mais complexa. De toda forma, a ausência de pontos de gatilho para uma ocorrência súbita, a evolução para crises, bem como a natureza

lancinante da dor, leva à exclusão de nevralgia típica ou mesmo as de causa dentária ou distúrbios da articulação têmporo-mandibular (ATM). Considerando o tempo e localização da cefaléia, na sinusite crônica, a dor referida (nos conhecidos pontos cranianos ou faciais), é geralmente matutina, por conta do acúmulo de secreção durante a noite, com redução ou desaparecimento durante o dia, como resultado da drenagem parcial ou total do exudato. Evidências recentes indicam que a cefaléia também pode-se desenvolver a partir da falha respiratória nasal. A cefaléia rinogênica, também chamada de síndrome da cefaléia do corneto médio, é derivada da mucosa nasal, como resultado de uma alteração crônica dos mecanismos fisiológicos da região rinossinusal.

O conceito no qual a cefaléia possa ter também origem nasal, foi introduzido na literatura a partir das primeiras décadas de 1900. Em 1949, Wolf deu suporte a esta hipótese a partir do experimento no qual obteve, após estimulação da mucosa do corneto médio, dor referida, localizada tanto em baixo dos olhos, quanto no zigoma e na testa. Portanto, uma alteração na homeostase nasal pode ser sentida na face ou na cabeça.

Nestes pacientes, as cefaléias podem estar relacionadas com alterações induzidas por congestão vascular do corneto médio, na microcirculação cerebral (devido a conexões existentes entre vasos etmoidais e endocranianos), o que, por seu turno, determina uma condição crônica de hipóxia-hipercapnia e liberação de neurotransmissores da cefaléia. Por último, alguns autores demonstraram que outros sintomas nasais e alérgicos comumente ocorrem em enxaquecas e outras cefaléias neurovasculares, por exemplo. Barbanti afirma, em estudo recente, que até 67% dos “enxaquecosos” apresentam distúrbio nasal e/ou ocular durante suas crises de cefaléia.

Para determinar uma possível associação entre a obstrução nasal e a cefaléia, avaliamos 126 crianças (57 do sexo masculino e 69 feminino, com idade média de 10.4 anos) com queixa de cefaléia. Todos tiveram uma história clínica acurada, focada na definição das características da sua cefaléia e um exame ORL completo e objetivo, para a identificação de patologias nasais. Também realizamos: a) Rinomanometria Anterior Ativa (Menfis Rhino System, Menfis Biomedica, Bolonha, Itália), sem descongestão farmacológica, a fim de testar a função respiratória nasal; b) análise do tempo de transporte mucociliar (MCTt), por meio da medida do tempo requerido para o pó de carvão (colocado no corneto inferior), alcançar a faringe. Por último, os pacientes fizeram o teste de pele (Prick Teste ou Teste de Puntura ou Teste Cutâneo) para alergia.

Foram escolhidas substâncias alergênicas a serem testadas, mais comumente responsáveis pela alergia nasal em nosso país (Itália): Gramineae, Parietaria e *Dermatophagoides pteronissinus*.

De acordo com a frequência dos ataques alérgicos e com a dificuldade para realização de tarefas diárias habituais, dividimos os pacientes em dois grupos: um primeiro grupo (grupo A: 106 crianças) constituído por crianças acometidas por múltiplas crises de cefaléia por mês, com alteração significativa da vida diária, e um segundo grupo composto por crianças (grupo B: 20 crianças), com cefaléia esporádica, sem efeitos significativos nas atividades diárias.

Com o foco na história clínica, encontramos obstrução nasal (84%), rinorréia (64%), espirros (51%) e hiposmia (16% das amostras).

Com relação à localização e as características da dor, 75,5% das crianças acometidas pela cefaléia localizaram seus sintomas na região frontal e em 12,5% das crianças, a cefaléia aparecia em crises múltiplas, enquanto que em 12% delas a dor foi associada com outros sintomas como distúrbios visuais, náusea e vômitos.

O exame ORL objetivo revelou uma hipertrofia do corneto inferior em 63 crianças, desvio de septo em 11, coexistência de hipertrofia do corneto inferior com desvio de septo em 32, e normalidade da anatomia da região nasossinusal em 20.

Considerando a totalidade da população estudada (N=126) o Prick teste resultou positivo em 80 das 126 crianças (64%) e negativo em 46 das crianças (36%).

A resistência total nasal, bem como os valores de MCTt estiveram dentro do padrão de normalidade em 20 pacientes, enquanto que 106 crianças mostraram resistência nasal alterada e tempo prolongado.

Subsequentemente comparamos os dados objetivos acima descritos, com as características da cefaléia (grupo A *versus* grupo B).

Analisando as relações entre a sensibilização alérgica e a cefaléia, encontramos que não havia associação significativa entre os resultados do Prick teste e o tipo da cefaléia.

Focando na alteração da resistência nasal, notamos uma mudança maior neste parâmetro (aumento da resistência) em 101 de 105 crianças (96,2%) acometidas por cefaléia grave (grupo A) e em 5 de 21 (23,8%) daquelas acometidas por cefaléia esporádica ($P<0.0001$).

De acordo com nossos resultados, disfunções da fisiologia nasal, conforme demonstrada pela alteração da resistência nasal e do transporte mucociliar nasal, parecem afetar a gravidade e as características da cefaléia, em pacientes predispostos. Para sermos mais específicos, encontramos que, crianças com a fisiologia nasal alterada apresentaram episódios mais graves e mais frequentes de cefaléia ($P<0.0001$).

O mecanismo que afeta a gravidade da cefaléia nestes pacientes, poderia razoavelmente ser explicado pela congestão vascular dos cornetos médios. A estase do fluxo sanguíneo, neste nível, graças a conexões existentes entre vasos etmoidais e endocranianos, leva à liberação de substâncias vasoativas, as quais podem, por sua vez, desencadear a cefaléia. Entretanto, é importante, neste contexto, ter em mente que a mucosa do corneto médio possui inervações sensoriais ricas, às custas de fibras nervosas sensitivas que se originam a partir do gânglio semilunar do nervo trigêmio, bem como estímulos sensoriais vindo a partir de vasos cranianos e da dura máter que chegam ao núcleo do trigêmio. Com a informação sensorial vinda a partir da mucosa nasal e de estruturas supratentoriais, projetadas no mesmo neurônio, é fácil compreender como pode ocorrer esta dor referida. Entretanto, ao contrário, a hipótese pela qual a sensibilização a alérgenos inalados poderia estar desempenhando um maior papel na gênese da cefaléia, não foi confirmado pelo nosso trabalho. Uma sensibilização alérgica foi detectada em crianças tanto com cefaléia moderada quanto grave, além disto, 40 em 46 crianças com Prick testes negativos apresentaram dores de cabeça graves, sem diferença estatística

significativa entre os dois grupos. De toda forma, uma avaliação acurada da região rinosinusal está revestida de uma forte racionalidade em todas as crianças acometidas, tanto pela cefaléia típica, quanto pela atípica, a fim de elucidar os casos, onde a alteração da homeostase rinossinusal, poderia ter um papel na patogênese da doença. Uma identificação precoce destas alterações iniciais poderia, caso um tratamento adequado seja prontamente ofertado, afetar significativamente a história natural das cefaléias neste grupo de crianças, podendo contribuir muito para melhorar sua qualidade de vida.

Leitura recomendada

1. Carlsson J. Prevalence of headache in school-children relation to family and school factors. *Acta Paediatr.* 85 (1996) 692-696.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* (1988) 8 (suppl 7): 1-96.
3. Barbanti P, Fabbrini G, Pesare M. Neuro-vascular symptoms during migraine attacks. *Cephalalgia* 21 (2001) 291-295.
4. Wolf HG. *Headache and Other Head Pain*. Oxford University Press, New York, 1948 (pp. 446-471).
5. Schuller DE, Cadman TE, Jeffreys WH. Recurrence headaches: what every allergist should know. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 76 (1996) 219-230.
6. Passàli D, Damiani V, Passàlli FM, Passàli GC, Bellussi L. Nasal obstruction and headache: a real correlation? *Int. J. Pediatr. Otorhinolaringol* 68 (2004) 1407-1411.