
CEFALÉIAS DO PONTO DE VISTA DO OTORRINO- LARINGOLOGISTA

LAMARTINE J. PAIVA *

Devido ao pouco tempo de que dispomos para analisar o papel do especialista na orientação diagnóstica e terapêutica do paciente portador de cefaléia, procuraremos fazer um estudo sucinto do problema.

É necessário antes de mais nada, lembrar algumas noções anátomo-histo-fisiológicas das regiões por êle estudadas, já que estamos falando entre clínicos. Iniciando com o compartimento paranasal, lembraremos que êle se comunica com as fossas nasais por meio de regiões angustiadadas, os óstios, localizados nos meatos médio e superior. O canal de drenagem dos seios frontais situa-se na zona do soalho dos mesmos, tendo seu escoamento favorecido pela ação da gravidade, aliás, o que também acontece para os seios etmoidais. O óstio dos seios esfenoidais localiza-se na sua parede anterior e o dos seios maxilares encontra-se junto à parede medial, porém, acima do soalho dessas cavidades. Estes últimos dados anatómicos, como veremos, têm bastante importância, porquanto condicionam um mecanismo desfavorável para a sua drenagem.

O fôro mucoso rino-paranasal é constituído por um epitélio do tipo cilíndrico ciliado, vibrátil, mais desenvolvido nas fossas nasais; abaixo desse epitélio que repousa sobre uma camada de células cúbicas, basais, temos o cório ou derma, rico em glândulas túbulo-acinosas, ao lado de um tecido pseudoerétil muito vascularizado, constituído de lagos venosos, responsável pelo entumescimento das conchas, aquecimento, umedecimento e filtração do ar respirado.

Todo esse sistema tem uma subordinação neuro-sensorial através dos ramos sensitivos do nervo trigêmeo e de uma estação de natureza autônoma anexa ao nervo maxilar superior, o gânglio esfenopalatino de Meckel. Este gânglio apresenta três raízes aferentes: uma sensitiva, ramo direito do nervo maxilar, um ramo motor representado pelo nervo grande petroso superficial, derivado do nervo facial e finalmente, uma raiz simpática constituída pelo nervo petroso profundo proveniente do plexo carótico. Estes dois últimos ramos correm intimamente unidos no interior do canal pterigóideo formando o nervo vidiano.

* Assistente da Clínica Otorrinolaringológica (Prof. Raphael da Nova) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O gânglio esfenopalatino situado anteriormente ao canal vidiano e posteriormente à cauda do corneto médio, envia filetes eferentes de trajeto ascendente, horizontal e descendente, às regiões das conchas, septo nasal, cavidades paranasais, abóbada da faringe, pavilhão das trompas, palato duro e mole e regiões amigdalinas.

A sensibilidade térmica e dolorosa da boca caminha através do trigêmeo; a da região faringo-laríngea é conduzida por fibras dos nervos glossofaríngeo e vago. Os impulsos dolorosos das regiões das orelhas externas caminham pelos ramos do trigêmeo, vago e filetes do plexo cervical. Na caixa do tímpano, junto à parede promontorial, observamos amplas anastomoses entre os nervos facial, glossofaríngeo e simpático.

As intercomunicações variadas entre os diversos núcleos encefálicos dos nervos sensitivos ou de suas estações intermediárias, podem explicar a presença de dores em regiões bastante distintas, com um ponto de partida em território nitidamente distante daqueles. Devemos lembrar ainda, as relações íntimas que apresentam as estruturas encefálicas dos andares anterior, médio e posterior do crânio com as regiões examinadas e tratadas pelos otorrinolaringologistas. No que diz respeito às fibras oriundas do sistema tóracolombar, sabemos que elas seguem o caminho das artérias carótidas e seus ramos, fazendo corpo com elas e, portanto, dirigindo-se para as regiões por aquelas irrigadas.

Após esta indispensável recordação, podemos dizer que estando tôdas estas cavidades normalmente arejadas, mucosas íntegras, portanto em funcionamento perfeito, dentro de uma estrutura normal, não encontramos ponto de partida para o fenômeno dor.

Wolff no seu completo trabalho sobre cefaléias conseguiu provocar sensação dolorosa na língua de um indivíduo por intermédio de uma corrente farádica ligada a um elétrodo, desde um limiar doloroso mínimo, até um máximo suportável. A seguir, procurou estabelecer uma classificação subjetiva das sensações em porções aproximadamente equitativas, chamando a intensidade dolorosa máxima de 10 dols e a mínima de 1 dol.

Prosseguindo o seu estudo, conseguiu produzir sensações dolorosas a partir de estímulos localizados em várias regiões das fossas nasais e cavidades paranasais. Estas últimas obteve de um indivíduo que se submeteu à extração dentária, através de cuja comunicação pôde, por meio de um balão distensível, aplicar pressões desejadas e variadas com o fim de estimular as paredes sinusais da cavidade maxilar.

Concluiu que as regiões endo-sinusais são pouco dolorosas, chegando a uma sensação correspondente a 4 ou 5 dols se a excitação fôsse persistente. As regiões dos óstios revelaram-se os pontos de excitação máxima para a dor, chegando o paciente a acusar um extremo doloroso igual a 10 dols. Para o lado da cavidade frontal, êle conseguiu apenas 1 a 2 dols no estímulo endo-sinusal. Em todos êsses casos não podemos esquecer uma constante pessoal própria para cada indivíduo.

Isto vem dar apoio ao fato conhecido de lesões, mesmo neoplásicas, situadas no interior das cavidades sinusais, não carretarem dores acentuadas, a não ser em períodos bastante adiantados da moléstia, já em presença de lesões destrutivas com comprometimento das estruturas ner-

vosas. Ao mesmo tempo, vem explicar satisfatòriamente o aparecimento das dores características dos processos sinusais agudos por inflamação da sua mucosa, ligados ao mecanismo de drenagem dificultada pelo mesmo motivo, junto aos seus óstios.

Vamos encarar agora os processos mais encontrados na explicação da cefaléia no âmbito da otorrinolaringologia. Dentre êsses processos, as infecções rino-paranasais agudas são as mais freqüentes. A sintomatologia é bastante clara, surgindo após resfriado, tratamento dentário ou trauma e caracterizada por respiração nasal deficiente, presença de secreção, alterações do olfato e cefaléia localizada na região periorbitária, ora mais junto a arcada dentária, ora mais alta, refletindo-se, às vezes, para o vértex, parietais e nuca, de acòrdo com a cavidade atingida.

Geralmente, estas dores têm caráter horário, aparecendo quase sempre dentro do mesmo período e acabam por desaparecer com o tratamento instituído, dentro no máximo de uma semana a dez dias. Nestes casos, o exame local é bastante importante, porquanto, certos pacientes apresentam desvios anatômicos e terreno apropriado para a repetição dos quadros acima referidos. A correção do desvio do septo nasal e das alterações da mucosa, a predisposição a mais das vèzes de fundo alérgico, devem ser orientadas.

Certos doentes que se queixam de cefaléias, vão mostrar à rinoscopia anterior um desvio de septo, que pode explicá-las devido a um mau arejamento da cavidade junto à qual êle refere dor. O uso de vasoconstritores e anestésicos na região endonasal vão dar alívio àquele sintoma, quando referido na ocasião do exame. Êste mecanismo de mau arejamento endocavitário pode ser explicado pela presença no interior dos sinus, de formações císticas de natureza simples como um cisto mucoso, cujo enchimento poderá determinar compressão de estruturas nervosas, produzindo dor; ocorre freqüentemente alívio da dor por drenagem, que o doente conta, de um líquido amarelo citrino, quando abaixa a cabeça. No caso da mucocèle, ou quando êste se infecta, transformando-se em piocèle, o diagnóstico não é difícil e o tratamento cirúrgico resolve.

Nas sinusites crônicas o interessante é que raramente o doente se queixa de cefaléia, mesmo quando, devido à congestão e edema da mucosa, haja formação de pólipos. Os sintomas mais evidentes nestes casos estão sempre relacionados à secreção e à respiração, bem como com a olfação, a não ser em crises de exacerbação, quando então aparece a dor.

Os tumores benignos, fibromas, condromas, fibro-osteomas e osteomas dependendo de sua localização ou extensão, podem ocasionar dor.

Passando agora para os fenômenos dolorosos localizados na região das orelhas, devemos lembrar dos processos agudos dos segmento externo ou médio, com difusão para o antro e células mastóideas, ou de processos crônicos determinando lesões de osteíte associados muitas vèzes ao colesteatoma, responsáveis por alterações meníngeas ou do seio lateral.

Surgindo as complicações, estas podem comprometer a orelha interna, atingindo às vèzes a região da ponta do rochedo, traduzindo-se pelo aparecimento de uma síndrome, a de Gradenigo, identificada por dores na

região temporal, paralisia do músculo reto externo (VI par), ocasionando diplopia e supuração da orelha média. Além destas afecções que atingem diretamente as estruturas anatômicas das orelhas, incluem-se as de natureza neoplásica.

Podemos nos deparar também neste último caso com tumores do ângulo ponto cerebeloso, ocasionando dores irradiadas para o lado do nervo trigêmeo e, portanto, em tórno da região temporal associadas a sintomas próprios da lesão do nervo estato-acústico (hipoacusia, vertigem e tinido), bem como do nervo facial (paralisia).

Observam-se certas otalgias com ponto de partida em processos osteopáticos da coluna cervical, dores essas que atingem a nuca, chegando às vezes até a região frontal, explicadas por compressão do simpático paravertebral e da artéria vertebral, constituindo o chamado síndrome de Barré Liou, quando associadas a fenômenos vertiginosos.

A otalgia por mecanismo reflexo pode também ocorrer, encontrando ponto de partida em lesões à distância, como na zona faringo-laríngea, arcadas dentárias, região do pescoço, como goteiras júbulo-carotídeas, amígdalas, etc.

Encontramos também otalgias que podem ser explicadas por afecção de natureza virótica localizada no gânglio geniculado e conhecida como *herpes zoster oticus* ou síndrome de Hunt, revelada pela presença de bolhas orientadas no trajeto das fibras do nervo aurículo-temporal junto ao pavilhão auricular, conduto auditivo externo, podendo atingir a membrana timpânica. No síndrome de Ramsay Hunt além da paralisia do nervo facial, podem estar associadas a vertigem e o tinido.

O processo estilóide alongado ou ligamento estilóideo ossificado pode acarretar o aparecimento de dores na altura do istmo das fauces, geralmente aparecendo na fase de deglutição. A radiografia e o toque digital da região, facilmente fazem chegar ao diagnóstico correto, cujo tratamento radical é a ressecção do mesmo.

Em alguns casos o paciente acusa fortes dores, às vezes lancinantes, que ele refere junto à base da língua e que se irradia para a região retromandibular e região cervical correspondente, particularmente em paciente já operados, ligados a irritação do nervo glossofaríngeo. A anestesia da região com pronto alívio por parte do paciente, faz logo o diagnóstico da nevralgia daquele nervo.

O síndrome de Costen, descrito por este autor, relaciona-se com alterações advindas de distúrbios da articulação temporomandibular, causando dores e desconforto para o lado daquela região, bem como para as orelhas, nariz e faringe, podendo trazer mesmo baixa de audição; o nervo aurículo-temporal torna-se sensível e é o responsável pelos fenômenos dolorosos da região afetada. A má articulação das arcadas, a distensão traumática dos ligamentos e músculos que tomam parte naquela articulação podem acarretar o aparecimento da otalgia acima referida.

Hilger descreve uma dor brusca que pode surgir durante a deglutição, na altura da amígdala irradiando-se da bifurcação para a região correspondente do pescoço, que ele atribui à dilatação da bifurcação da artéria carótida, quando não encontra outras lesões para explicá-la.

Devemos também chamar a atenção para a dor localizada na altura da laringe, quando o paciente está em fonação, resultante de fenômenos inflamatórios da articulação crico-aritnóidea, processo êsse associado a sintomatologia geral de natureza reumática. A artrite crico-aritnóidea deve ser lembrada, pois pode provocar dor referida para o lado da orelha. Os exames subsidiários, hemossedimentação, proteína C reativa, estrep-tolisinas O e o exame local evidenciando congestão e edema da região da comissura posterior, associada a prejuízos da movimentação da corda vocal correspondente a articulação lesada, em que se observa a cartilagem aritnóide acompanhando a corda vocal, o diagnóstico pode então ser firmado. O tratamento clínico a base de antiflogísticos, corticóides, antibióticos e analgésicos leva à cura do processo.

Procuramos lembrar os processos mais encontrados pelo otorrinolaringologista, capazes de explicar alguns dos fenômenos dolorosos no campo por êle estudado. O diagnóstico diferencial deve ser muito bem conduzido para que não aconteça como no dizer de Moench: "o paciente após submeter-se a várias intervenções, continua com a sua cefaléia perfeitamente intacta, inalterada e órfão de médico".

BIBLIOGRAFIA

1. BOIES, L. R. — Headache and neuralgia of nasal origin. *Fundamentals of Otolaryngology*. Saunders, Philadelphia, 1949. pág. 237-250.
2. FRIEDMAN, A. P.; MERRITT, H. H. — Headache. *Diagnosis and Treatment*. Davis, Philadelphia, 1959. pág. 95-109.
3. Mc LAURIN, J. G. — Headaches of otorhinologic origin and certain reflexes caused by fifth nerve irritation. *Ann. Otol.* (St. Louis), 50:469-491, 1941.
4. WOLFF, H. G. — Headache mechanism. *Int. Arch. Allergy*, 7:210-278, 1955.