

Avaliação da cefaleia nasossinusal em doentes submetidos a cirurgia endonasal

Evaluation of rhinogenic headache in patients submitted to endonasal surgery

Maria Silva • Ana Isabel Silva • Manuel Lima-Rodrigues

RESUMO

Objectivos: Avaliar se a infecção sinusal aguda é o único mecanismo fisiopatológico responsável pela génese das cefaleias nasossinusais, bem como avaliar a eficácia de técnicas cirúrgicas como a Turbinectomia, a Electrocoagulação dos Cornetos Nasais, a Cirurgia Endoscópica Nasal e a Septoplastia na melhoria das cefaleias, em doentes com patologia nasossinusal. **Desenho do Estudo:** Estudo observacional, analítico e retrospectivo. **Material e Métodos:** Amostra constituída por 44 doentes com patologia nasossinusal, submetidos a cirurgia entre 1 de Janeiro de 2011 e 31 de Março de 2012. **Resultados:** Não se pode excluir que a sinusite crónica sem agudização esteja associada a cefaleia de causa nasossinusal. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a prevalência de cefaleias no pré e pós-operatório. **Conclusão:** Outros mecanismos fisiopatológicos, que não a infecção sinusal aguda, poderão também explicar a cefaleia nasossinusal. Estudos de maior dimensão serão necessários para avaliar a eficácia das referidas cirurgias na melhoria das cefaleias.

Palavras-chave: Cefaleias, Sinusite, Cirurgia Endonasal.

ABSTRACT

Objectives: To investigate if acute sinus infection is the only physiopathological mechanism explaining rhinogenic headaches, as well as to evaluate the efficacy of Turbinectomy, Nasal Turbinates Electrocoagulation, Endoscopic Nasal Surgery and Septoplasty in the improvement of rhinogenic headaches. **Study Design:** Observational, analytic and retrospective study. **Material and Methods:** Study sample formed by 44 patients with nasal and sinus pathology whom had undergone surgery between January 1 and March 31, 2012. **Results:** Chronic sinusitis without acute exacerbation cannot be excluded as being associated with rhinogenic headaches. There were no significant statistical differences between the prevalence of headaches before and after surgery. **Conclusion:** Other physiopathological mechanisms, different from acute sinus infection, may also explain rhinogenic headaches. Studies with a bigger sample size are necessary to evaluate the efficacy of the cited surgeries in improving headaches.

Keywords: Headache, Sinusitis, Endonasal Surgery

INTRODUÇÃO

Apesar da cefaleia ser um sintoma extremamente frequente, o seu estudo epidemiológico é de difícil execução, dada a sua natureza episódica, dada a grande variabilidade na intensidade, na duração, na frequência e nos sintomas associados, dado o carácter subjectivo da mesma e ainda dada a ocorrência de mais do que um tipo de cefaleia num mesmo individuo.¹

A classificação e a elaboração de critérios de diagnóstico para as cefaleias veio facilitar esta tarefa, assim como veio permitir um diagnóstico mais correcto e conseqüentemente um tratamento mais eficaz. A classificação internacionalmente aceite pela comunidade médica é a da International Headache Society (IHS).²

Também em otorrinolaringologia as cefaleias e a dor facial são uma queixa comum. Porém, nem sempre é fácil a determinação da sua causa primária. No caso particular das cefaleias secundárias a patologia nasossinusal, existe ainda controvérsia no que concerne à sua definição e até mesmo à sua aceitação.³

A IHS admite a existência de cefaleia atribuída a rinosinusite e define-a como sendo uma cefaleia frontal que é acompanhada

Maria Silva
Aluna de Medicina (56161), Escola Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Ana Isabel Silva
Aluna de Medicina (56145), Escola Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Manuel Lima-Rodrigues
Graduado Hospitalar de Otorrinolaringologia e Professor Auxiliar da Escola Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Correspondência:
Maria Silva
Rua de Valdante, nº 33, 4805-074 Brito-Guimarães
Tel.: +351 253 548 195; E-mail: maria.56161@gmail.com

Apresentado como Projecto de Opção III, na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, Julho de 2012.

por dor em uma ou mais regiões da face, ouvidos ou dentes e que é acompanhada por sintomas ou evidências clínicas, imagiológicas ou laboratoriais de sinusite aguda ou agudização de sinusite crónica e que desaparece dentro de sete dias após remissão ou tratamento bem sucedido da infecção aguda. Acrescenta ainda que a sinusite crónica não é considerada válida como causa de cefaleia nasossinusal, a não ser quando em contexto de uma agudização.² No entanto, na prática clínica é comum verificar-se a existência de cefaleias em doentes com sinusite crónica, mesmo na ausência de agudizações.

Apesar de a IHS não considerar outras alterações nasossinuais, nomeadamente, o Desvio do Septo Nasal, a Hipertrofia dos Cornetos Nasais (HCN) e os Pontos de Contacto Mucoso, como causas suficientemente validadas de cefaleia, estas são aceites como causa de cefaleia nasossinusal, por alguns otorrinolaringologistas.^{2,4} Ainda assim, a IHS passou a incluir, recentemente, a cefaleia por ponto de contacto mucoso na classificação internacional, apesar de reafirmar a limitada evidência relativamente à sua existência e a necessidade de estudos controlados para a sua validação.²

Existem vários mecanismos propostos para explicar a patofisiologia das cefaleias de causa nasossinusal. O mecanismo mais aceite é o da existência de uma disfunção da unidade osteo-meatal - espaço estreito para onde drenam os seios perinasais (SPN), com a excepção do seio esfenoidal. O estreitamento desta unidade funcional, causado quer por alterações anatómicas (como, por exemplo, desvios da apófise unciforme, cornetos médios paradoxais, concha bolhosa, HCN, variações da bolha etmoidal, alterações do infundíbulo etmoidal ou do recesso frontal) quer por inflamação com edema da mucosa, conduzem a uma diminuição da drenagem dos SPN, com consequente retenção de secreções e hipoventilação dos mesmos, predispondo a uma sinusite aguda, que causa, indubitavelmente dor.^{4,5}

No entanto, este mecanismo fisiopatológico não explica a cefaleia nos casos em que o estreitamento da unidade osteomeatal não resulta em doença sinusal manifesta, nem naqueles em que a patologia de base é uma anomalia do septo nasal (desvios septais e/ou esporões ósseos). Nesses casos, propõe-se que a cefaleia e a dor facial resultem de: (1) hipoventilação dos SPN, com consequente hipóxia; (2) áreas de contacto mucoso constante.⁴

O tratamento deve ser, inicialmente, médico, nomeadamente com corticóides tópicos e/ou com antibióticos, sempre que existir evidência de infecção. Nos casos em que a cefaleia persiste apesar do cumprimento desta terapêutica, tem-se sugerido a correcção cirúrgica da patologia nasossinusal de base.

Nos casos em que está comprovada a existência de disfunção sinusal a incisão dos SPN por Cirurgia Endoscópica Nasal (CEN) é uma opção terapêutica. Quando se verifica patologia do septo nasal ou dos cornetos nasais, tem-se proposto a realização de Septoplastia e de Turbinectomia ou Electrocoagulação dos Cornetos Nasais (ECC), respectivamente.

No entanto, não existem estudos que demonstrem a eficácia destas técnicas cirúrgicas na resolução das cefaleias ou dor

facial de causa nasossinusal, pelo que não existe consenso relativamente à aceitação da cefaleia como indicação para correcção cirúrgica destas patologias.

Este estudo foi desenhado com o objectivo de avaliar se a sinusite aguda ou a agudização de uma sinusite crónica é o único mecanismo fisiopatológico responsável pela génese das cefaleias nos doentes com patologia nasossinusal.

Pretendeu-se igualmente avaliar e comparar a eficácia da Turbinectomia ou ECC, da CEN associada a Turbinectomia ou ECC, da Septoplastia associada a Turbinectomia ou ECC e da conjugação da CEN, com a Septoplastia e a Turbinectomia ou ECC, na melhoria das cefaleias, em doentes com patologia nasossinusal.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, analítico e retrospectivo. A população em estudo era constituída por todos os doentes com idades compreendidas entre os 14 e os 70 anos, inclusive; com o diagnóstico de HCN, Sinusite Crónica e/ou Patologia do Septo Nasal; submetidos a Turbinectomia ou ECC, CEN e/ou Septoplastia, no serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital de Santa Luzia, Viana do Castelo – ULSAM e na Clínica Médico-Cirúrgica de Santa Tecla, Braga; no período de 1 de Janeiro de 2011 a 31 de Março de 2012.

Excluíram-se os doentes com outras patologias nasossinuais, os submetidos a outros procedimentos cirúrgicos nasais, do palato e/ou do ouvido, no mesmo tempo operatório, e aqueles com os quais não foi possível estabelecer contacto telefónico.

A amostra era constituída por um total de 44 doentes, divididos em 4 grupos de acordo com o diagnóstico e os procedimentos cirúrgicos a que foram sujeitos: Grupo A (n=12) – Doentes com HCN submetidos a Turbinectomia ou ECC isolada, Grupo B (n=8) – Doentes com Sinusite Crónica e HCN submetidos a CEN e Turbinectomia ou ECC, Grupo C (n=13) – Doentes com Patologia Septal e HCN submetidos a Septoplastia e Turbinectomia ou ECC e o Grupo D (n=11) – Doentes com Sinusite Crónica, Patologia Septal e HCN submetidos a CEN, Septoplastia e Turbinectomia ou ECC.

Para o processo de recolha de dados foi solicitada autorização ao Conselho de Administração dos centros médicos abrangidos pelo estudo, assim como consentimento informado aos doentes.

Os dados referentes à caracterização clínico-demográfica da amostra foram retirados do Processo Clínico informatizado e os referentes à sintomatologia pré e pós-operatória foram colhidos através de uma entrevista telefónica, pela aplicação de um questionário desenhado em exclusivo para o estudo, não validado. Este questionário era composto por 17 perguntas de resposta fechada, organizado em duas secções: uma referente à situação pré e outra à pós-operatória.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.®, Chicago, Illinois, USA) versão 20.0. Para a análise comparativa de variáveis quantitativas aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para as variáveis qualitativas aplicou-se o

teste Exacto de Fisher, no caso destas serem independentes, e o teste de McNemar, no caso de serem emparelhadas. O nível de significância estatística considerado, para um intervalo de confiança de 95%, foi de 0,05.

RESULTADOS

A amostra era composta por um total de 44 doentes, sendo 24 (54.5%) do sexo masculino. A média de idades, que variaram entre 16 e 70, foi de 41,64±15,4 anos (Tabela 1).

Verificou-se que 65.9% do total da amostra apresentava cefaleias, no período prévio à cirurgia, das quais 63.6% eram cefaleias de causa nasossinusal (assumindo-se como critério para cefaleia nasossinusal uma localização anterior da dor) (Tabela 2). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na prevalência da cefaleia nasossinusal, prévia à cirurgia, nos diferentes grupos ($P>0,05$).

Relativamente às cefaleias nasossinusais, no período anterior à cirurgia, constatou-se que, em todos os grupos, estas são preferencialmente diárias ou semanais e que não existem

TABELA 1

Caracterização demográfica da amostra, por grupo

Designação	Grupo		Sexo - N (%)		Idade (Média±DP)
	N	%	Masculino	Feminino	
Grupo A	12	27.3	6 (13.6)	6 (13.6)	47,83±19,00
Grupo B	8	18.2	6 (13.6)	2 (4.5)	52,50±12,43
Grupo C	13	29.5	8 (18.2)	5 (11.4)	35,15±10,50
Grupo D	11	25.0	4 (9.1)	7 (15.9)	34,64±11,57
Total	44	100.0	24 (54.5)	20 (45.5)	41,64±15,41

TABELA 2

Frequência absoluta e relativa da Cefaleia Nasossinusal, prévia à cirurgia, por grupo

	Cefaleia Nasossinusal Antes da Cirurgia - N (%)
Grupo A	4.0 (33.3)
Grupo B	7.0 (87.5)
Grupo C	10.0 (76.9)
Grupo D	7.0 (63.6)
Total	28.0 (63.6)

diferenças estatisticamente significativas entre a média da intensidade dessas cefaleias nos diferentes grupos ($P>0,05$). A intensidade média da dor foi de 6,71±1,82 (Tabela 3).

Dos doentes com cefaleia nasossinusal, anteriormente à cirurgia, 35.7% apresentavam, simultaneamente, um episódio de sinusite aguda ou agudização de sinusite crónica (admitindo-se estas pela presença de pelo menos um sintoma de sinusite aguda, como secreções nasais purulentas, mal estar geral e febre) (Tabela 4). Também não se constataram diferenças estatisticamente significativas no que concerne à simultaneidade entre essas cefaleias e um episódio de

sinusite aguda ou agudização de sinusite crónica ($P>0,05$), nos diferentes grupos.

A comparação entre a prevalência de cefaleias nasossinusais antes e após a cirurgia, nos diferentes grupos, mostrou que a sua taxa de resolução foi de 25.0% no grupo A, de 42.9% no B, de 40.0% no C e de 71.4% no D (Tabela 5). No entanto, estatisticamente, não se verificou uma diferença significativa entre o pré e o pós-operatório, em cada grupo ($P>0,05$).

Nos doentes em que a cefaleia nasossinusal persistiu após a cirurgia, constatou-se uma diminuição da frequência e da intensidade em 60.0% e 53.3% dos casos, respectivamente,

TABELA 3

Caracterização da Cefaleia Nasossinusal, prévia à cirurgia, por grupo

	Frequência - N (%)				Intensidade		
	Diária	Semanal	Mensal	Esporádica	Mínimo	Máximo	Média±DP
Grupo A	1.0 (25.0)	3.0 (75.0)	0	0	6	8	6,75±0,96
Grupo B	3.0 (42.9)	3.0 (42.9)	0	1.0 (14.3)	3	9	6,86±2,48
Grupo C	3.0 (30.0)	5.0 (50.0)	1.0 (10.0)	1.0 (10.0)	3	8	6,10±1,79
Grupo D	1.0 (14.3)	5.0 (71.4)	1.0 (14.3)	0	5	9	7,43±1,51
Total	8.0 (28.6)	16.0 (57.1)	2.0 (7.1)	2.0 (7.1)			6,71±1,82

TABELA 4

Presença de Sintomas de Sinusite Aguda concomitantes com a Cefaleia Nasossinusal, prévia à cirurgia, por grupo

	Sintomas Sinusite Aguda - N (%)
Grupo A	0
Grupo B	3.0 (42.9)
Grupo C	3.0 (30.0)
Grupo D	4.0 (57.1)
Total	10 (35.7)

TABELA 5

Taxa de resolução da Cefaleia Nasossinusal, por grupo

	Cefaleia Nasossinusal		Taxa de Resolução - %
	Antes da Cirurgia - N (%)	Depois da Cirurgia - (%)	
Grupo A	4.0 (33.3)	3.0 (25.0)	25.0
Grupo B	7.0 (87.5)	4.0 (50.0)	42.9
Grupo C	10.0 (76.9)	6.0 (46.2)	40.0
Grupo D	7.0 (63.6)	2.0 (18.2)	71.4
Total	28.0 (63.6)	15 (34.1)	46.4

TABELA 6

Caracterização da Cefaleia Nasossinusal, após a cirurgia, por grupo

					Intensidade			
	Superior	Igual	Inferior	Superior	Igual	Inferior	Média±DP	Diferença Média
Grupo A	0	1.0 (33.3)	2.0 (66.7)	0	2 (66.7)	1 (33.3)	6,67±1,16	0,08
Grupo B	0	1.0 (25.0)	3.0 (75.0)	0	2 (50.0)	2 (50.0)	5,00±2,83	1,86
Grupo C	0	3.0 (50.0)	3.0 (50.0)	0	2 (33.3)	4 (66.7)	3,83±0,75	2,27
Grupo D	1.0 (50.0)	0	1.0 (50.0)	1.0 (50.0)	0	1 (50.0)	5,50±3,54	1,93
Total	1.0 (6.7)	5.0 (33.3)	9.0 (60.0)	1.0 (6.7)	6.0 (40.0)	8.0 (53.3)	4,93±2,05	1,78

(Tabela 6) não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($P>0,05$).

DISCUSSÃO

Tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência de cefaleias nasossinusais, antes da cirurgia, nos diferentes grupos, demonstrou-se que esta não foi um factor de viés na análise comparativa entre grupos e entre o pré e o pós-operatório.

Como se verificou que os doentes do grupo B apresentavam, antes da cirurgia, cefaleias nasossinusais de frequência preferencialmente diária ou semanal (e recorde-se que a IHS define que a cefaleia por rinosinusite desaparece sete dias após remissão dos sintomas agudos ou após tratamento médico) e que apenas 42.9% das cefaleias neste grupo se associavam a uma agudização da sinusite crónica, não se pode excluir que a sinusite crónica sem agudização esteja associada a cefaleia de causa nasossinusal, como consideram alguns autores. Então, nos doentes sem infecção aguda dos SPN, outro mecanismo fisiopatológico explicará, provavelmente, a génese da cefaleia.

Por outro lado, como os restantes grupos também apresentam

uma proporção de doentes com cefaleias associadas a episódios de sinusite aguda, a infecção dos SPN não pode ser excluída como mecanismo fisiopatológico para as cefaleias nestes grupos.

Não se tendo verificado uma diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de cefaleias no pré e no pós-operatório em cada grupo, nesta amostra não se pode concluir que os vários procedimentos cirúrgicos estudados sejam eficazes na resolução da cefaleia. A reduzida dimensão da amostra utilizada poderá ter contribuído para a ausência de diferenças significativas entre os dois momentos.

Como também não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos na diminuição da intensidade e da frequência das cefaleias, não se pode admitir que, para esta amostra, uma cirurgia seja mais eficaz que a outra na diminuição desses parâmetros. O tamanho da amostra poderá, mais uma vez, ter contribuído para este facto.

CONCLUSÃO

Com este estudo, demonstrou-se que outros mecanismos fisiopatológicos, que não a infecção sinusal aguda, poderão também explicar a gênese da cefaleia nasossinusal, como tinha sido inicialmente proposto por alguns otorrinolaringologistas. Deste modo, torna-se pertinente a realização de estudos que visem comprovar que as hipóteses de hipoxia dos SPN e pontos de contacto mucoso sejam, de facto, mecanismos fisiopatológicos responsáveis pela cefaleia nasossinusal. A reduzida dimensão da amostra foi a principal limitação deste estudo, tendo impossibilitado a avaliação da eficácia das cirurgias correctivas das patologias nasossinusais na melhoria das cefaleias. Estudos de maior dimensão serão necessários para justificar a cefaleia como indicação cirúrgica nestes casos, na prática clínica de otorrinolaringologia. No entanto, a subjectividade da intensidade da cefaleia, bem como a sua natureza episódica, aliados à possibilidade de ocorrência de mais do que um tipo de cefaleia num mesmo individuo, poderão ser factores limitantes nestes estudos.

Referencias bibliográficas:

1. Monteiro JM, Ribeiro CA, Luzeiro IM, Machado MG, et al.. Recomendações Terapêuticas para as Cefaleias. *Sinapse* 2009;9(2):3-36.
2. Sociedade Internacional de Cefaleias.. Classificação Internacional de Cefaleias - 2.ª Edição. *Sinapse* 2005;5(1):3-130.
3. Ostroski LL, Selonke I, Rispoli DZ, Valle GR, et al.. Avaliação da cefaleia rinogênica em pacientes submetidos a cirurgia endoscópica nasossinusal. *Acta Otolaryngol*, 2010;28(4):11-4.
4. Setzen M.. Rhinogenic Headache. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;11(9):1-4.
5. Grevers G.. Anatomy, Physiology, and Immunology of the Nose, Paranasal Sinuses, and Face. In: "Basic Otorhinolaryngology", Probst R, Grevers G, Iro H (Eds)., Thieme, Nova Iorque 2006:pp.2-12.