

"Incidentalomas" na investigação de um paciente com cefaleia

"Incidentaloma" in the investigation of a patient with headache

Com o grande aumento da utilização da neuroimagem na investigação intracraniana em pacientes com queixas neurológicas vem surgindo um novo olhar para as lesões intracranianas que são diagnosticadas incidentalmente.⁽¹⁾ Por isso essas lesões são chamadas de incidentalomas. O sufixo "oma", quando acrescentado, oferece uma interpretação para aquela palavra como tendo uma forma tumoral (que ocupa espaço), não necessariamente uma neoplasia. Outras alterações não tumorais podem também ser enquadradas no grupo dos incidentalomas, pois foram diagnosticadas por coincidência, ou seja, ao acaso. Em outras palavras, incidentalomas são tumorações diagnosticadas durante a realização de um exame radiológico que aparentemente não teriam relação com a sintomatologia apresentada pelo paciente.

Não é raro durante uma investigação de um paciente com cefaleia, aqui incluindo cefaleia primária, serem encontrados, por coincidência, imagens compatíveis com o diagnóstico de meningeoma, adenoma hipofisário, aneurismas cerebrais, cavernoma, malformação vascular, lipoma, cisto aracnoideo, cistos da pineal, cisticercose etc.^(1,2)

A grande questão é saber se aquela lesão encontrada teria alguma relação com a cefaleia do seu paciente. Em outras palavras, a lesão é a causa direta da dor ou pode de alguma forma influenciar a frequência e intensidade da cefaleia primária daquele indivíduo (e.g. cisto da pineal).⁽³⁾

Recentemente vimos uma mulher com 52 anos de idade e cefaleia em salvas fronto-orbitária direita desde seus 25 anos de idade. Durante a investigação com RM diagnosticou-se um pequeno aneurisma sacular medindo 3,5 mm em seu maior diâmetro, localizado na parede póstero-medial do segmento



Figura 1. Aneurisma da artéria carótida interna na origem da artéria hipofisária superior direita em uma mulher com cefaleia em salvas fronto-temporal direita.

supraclinoideo inicial da artéria carótida direita, relacionado com a origem da artéria hipofisária superior (Figura 1). Haveria uma relação causal entre o aneurisma e a cefaleia em salvas nessa paciente? Previamente publicamos dois casos de pacientes que abriram o quadro algíco com um padrão de dor idêntico ao da cefaleia em salvas, incluindo manifestações autonômicas, e como fator precipitante foi encontrado um aneurisma da artéria carótida interna do mesmo lado da dor.⁽⁴⁾ Um consenso já foi estabelecido que todos os pacientes com cefaleia em salvas devem ser investigados por RM, incluindo ângio-RM.

Em relação aos adenomas hipofisários, aqui vale uma ressalva: vários dos "adenomas" são falso-incidentalomas porque são muitas vezes artefatos da imagem, como por exemplo o efeito do volume parcial. Isso tem gerado muito problema em nossos consultórios, pois o laudo do radiologista, poderia assim dizer irresponsável, estabelecendo a presença de uma tumor intra-selar, desencadeia um estado de pânico em nossos pacientes. É durante anos esses indivíduos vão imaginar albergar um tumor intracraniano que pode crescer. Dificultando ainda mais o tratamento da cefaleia primária, que, em muitas ocasiões, já é de difícil tratamento.

Poderia aqui classificar os incidentalomas em dois grupos: (1) solitários (lesão única assintomática) e (2) associados com uma lesão intracraniana sintomática. Neste último caso uma outra lesão seria identificada na investigação de uma alteração (aneurisma roto, neoplasia) responsável pela sintomatologia apresentada pelo paciente. Por exemplo: uma de nossas pacientes com 75 anos e seis meses de história de cefaleia associada com visão dupla (paralisia VI nervo esquerdo), após investigação por RM recebeu o diagnóstico de um meningeoma (3,3 x 2,8 x 2,6 cm) no ângulo ponto-cerebelar esquerdo que infiltrava o seio cavernoso e o cavum de Meckel (tumoração sintomática). Um outro pequeno tumor (1,1 x 1,0 x 0,8 cm) foi encontrado na face inferior do lobo frontal esquerdo, consistente com meningeoma (Figura 2).

Da mesma forma, é muito comum em mulheres quando se diagnostica um aneurisma intracraniano roto encontrar-se adicionalmente um ou mais aneurismas

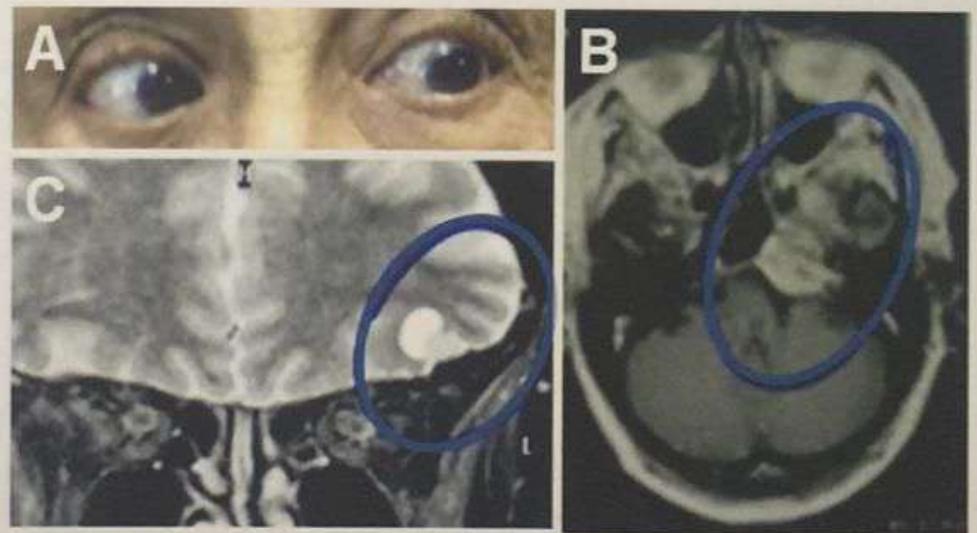


Figura 2. A. Paralisia do músculo reto externo do olho esquerdo. B. Imagem compatível com um meningeoma com envolvimento do sexto nervo craniano esquerdo. C. Provável meningeoma (incidentaloma) na base anterior do crânio (fossa anterior) esquerda.

que não romperam. Veja o caso descrito nesta edição da *Headache Medicine* por Valença e colaboradores, de uma mulher com um aneurisma da artéria carótida interna sintomático (cefaleia e paralisia do terceiro nervo craniano) e outro aneurisma da artéria vertebral-PICA. Sexo feminino, tabagismo e hipertensão são fatores associados com aneurismas intracranianos múltiplos.⁽⁵⁾

Curiosamente, nesta edição da *Headache Medicine*, Leão e colegas relatam um caso de uma mulher com migrânea que a investigação por RM detectou agenesia da artéria carótida interna esquerda, com um encéfalo aparentemente normal. Nesse caso, em particular, não seria um "incidentaloma", mas sim um achado incidental de agenesia.

References

1. Salman R A-S, Whiteley WN, Warlow C. Screening using whole-body magnetic resonance imaging scanning: who wants an incidentaloma? *J Med Screen* 2007 14: 2-4
2. Valença MM¹, Valença LP, Menezes TL. Computed tomography scan of the head in patients with migraine or tension-type headache. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002 Sep;60(3-A):542-7.
3. Peres MF, Zukerman E, Porto PP, Brandt RA. Headaches and pineal cyst: a (more than) coincidental relationship? *Headache*. 2004 Oct;44(9):929-30.
4. Valença MM¹, Andrade-Valença LP, Martins C, de Fátima Vasco Aragão M, Batista LL, Peres MF, da Silva WF. Cluster headache and intracranial aneurysm. *J Headache Pain*. 2007 Oct;8(5):277-82. Epub 2007 Oct 23.
5. Juvêla S. Risk Factors for Multiple Intracranial Aneurysms. 2000;31:392-97.

Marcelo M. Valença
Universidade Federal de Pernambuco