
CEFALÉIAS DE ORIGEM OFTÁLMICA

SÉRGIO L. CUNHA *

Vamos dividir o tema que nos cabe, que é a parte oftalmológica das cefaléias, em três partes. Em primeiro lugar temos as cefaléias causadas por alterações ou por distúrbios e afecções orgânicas do globo ocular e seus anexos; em segundo lugar as cefaléias produzidas por esforço visual e finalmente, algumas considerações sobre o componente oftalmológico das enxaquecas, a chamada enxaqueca oftalmológica.

Nas cefaléias produzidas por alterações orgânicas, inicialmente temos aqui uma definição de Wolff, a que o Dr. Oswaldo Ricciardi-Cruz, um dos grandes estudiosos do problema da cefaléia, se referiu dizendo que qualquer lesão que produza tração, distensão, deslocamento ou inflamação de qualquer das estruturas contidas nas órbitas ou nos seus anexos imediatos pode ocasionar dores que variam desde um ligeiro desconforto até aquelas com limiares verdadeiramente insuportáveis.

Nas afecções inflamatórias do globo ocular, em primeiro lugar, também distinguiremos quais são as estruturas que doem no globo ocular. Primeiramente, as camadas externas: córnea e conjuntiva, que são extremamente sensíveis à dor. Assim, podemos ter manifestações dolorosas que variam desde aquela de um simples corpo estranho de córnea, das conjuntivites agudas, das iridociclites agudas, de todos os casos de hipertensão ocular incluindo o glaucoma agudo, que talvez seja a manifestação nas quais nos deparamos com as piores dores de um consultório oftalmológico até as compreendidas por alterações da órbita, sejam as celulites orbitárias, sejam os tumores de órbita, que crescendo dentro de cavidade rígida, delimitada por paredes ósseas não distensíveis, produzem por compressão, manifestações dolorosas. Estas são dores em que se encontram causas diretas. São manifestações ou distúrbios em que uma causa, um distúrbio orgânico é sempre encontrado.

Foram descritas, e vamos passar rapidamente sobre este ponto, as dores que provêm de excesso de luz. Certos pacientes comparecem ao consultório queixando-se de dores que podem ser, às vezes, de grande intensidade, despertadas por estímulos luminosos intensos. Foi descrita como uma astenopia retiniana. Este capítulo é muito duvidoso; o próprio Walsh põe em dúvida se a retina seja suprida de estruturas capazes de

* Assistente da Clínica Oftalmológica (Prof. Paulo Braga Magalhães) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

reconhecer a dor e vamos encontrar que grande número de pacientes que se queixam deste tipo de dor, apresentam distúrbios psíquicos e devem ser orientados terapêuticamente neste sentido.

Passando agora para o segundo grupo, que é o estudo das cefaléias produzidas por esforço visual, diremos que é a cefaléia o sintoma mais comum entre todos os pacientes que procuram o consultório de um oftalmologista. A cefaléia pode ocorrer como proveniente de esforço visual e se distribuir a qualquer território da cabeça e pescoço. Normalmente ela se situa na região frontal e superciliar. É a localização mais freqüente referida pelo paciente, mas muitas vezes pode estar disposta no território temporal ou mesmo no occipital. A explicação da cefaléia occipital por esforço visual é um pouco discutida. Alguns autores admitem que o esforço constante, principalmente da leitura, o trabalho de perto, produza um estímulo muscular. Então o corrugador do supercílio entra em função e através do músculo frontal e sua conexão, através a gália aponevrótica, ao occipital se explicariam as cefaléias occipitais por esforço visual.

Ao estudarmos as cefaléias produzidas por esforço visual devemos considerar uma série de fatores que estão associados a estas cefaléias. Em primeiro lugar é a cefaléia que se produz após o esforço visual. Entretanto, isto é um acontecimento freqüente, muitas vezes o próprio paciente não se explica de maneira convincente para caracterizar uma cefaléia como proveniente de esforço visual. Foram feitos vários estudos experimentais para verificar se defeitos da refração produziam cefaléias e outros sintomas que a oftalmologia engloba como sintomas de astenopia. Eckhard produziu experimentalmente em indivíduos normais, graus diversos de hipermetropia, de miopia e distúrbios da musculatura extrínseca, adicionando prismas defronte a um ou outro olho, de modo a dissociar as imagens dos dois olhos. Verificou que nos pacientes hipermetropes, artificialmente produzidos depois que estes indivíduos eram submetidos a um esforço visual de leitura, se queixavam de cefaléias, de desconforto, de cansaço visual. No míope, não encontrou queixa alguma; ele se queixava apenas de turvação da visão; não tinha outra perturbação e é o que se encontra na clínica. Raramente encontramos um míope que se queixa de cefaléias ou de sintomas dependentes de esforço visual. A queixa maior é a que ele não enxerga ao longe.

Este mesmo autor produziu alterações de postura, de colocação das imagens retinianas, introduzindo prismas de graus variáveis, produzindo então distúrbios horizontais, verticais e não encontrou nestes pacientes queixa de cefaléias. O doente apenas se queixava de tonturas, vertigens, de cansaço à leitura; não houve propriamente o sintoma de dor de cabeça.

Ao estudarmos as condições oculares susceptíveis de produzir cefaléia, temos em primeiro lugar os defeitos da refração. Os mais comuns e os que produzem cefaléia são a hipermetropia, o astigmatismo e ainda, as anomalias de acomodação convergente. A acomodação de convergência é uma sincinesia, de modo que ao aproximarmos um objeto dos olhos, o mecanismo muscular exerce a acomodação através do músculo ciliar de modo a aumentar o poder refrátil do olho e termos a leitura ou a escrita nítida. Ao mesmo tempo, existem estímulos dirigidos aos retos

internos que produzem a convergência, de modo que qualquer dissociação patológica destas duas funções que devem funcionar como uma sincinesia pode dar como alteração, cefaléia ou outras manifestações de cansaço visual. Além disso, o desequilíbrio muscular: normalmente os nossos olhos fixando um ponto determinado a seis metros, que consideramos como infinito, devem conservar um paralelismo constante; qualquer distúrbio dêste paralelismo se traduz num esforço para manter os olhos em paralelismo para que a imagem seja vista como simples e êste esforço pode produzir manifestações dolorosas.

Devemos citar aqui uma condição rara, não muito estudada, mas que também pode produzir sintomas de astenopia, que é a aniseicônia, manifestação ocular na qual as imagens percebidas pelos dois olhos são de tamanhos diferentes de modo que não podem ser fundidas em uma única através do mecanismo cortical. Esta aniseicônia é muitas vêzes percebida pelo paciente e então podem ser corrigidas por lentes especiais que aumentam ou diminuem uma das imagens para que possa haver fusão e desaparecimento dos sintomas.

De maneira geral, e isto é uma observação de quase todos os especialistas que trabalham no assunto, os pequenos defeitos são aqueles que produzem os maiores sintomas. Isto é mais ou menos fácil de se compreender porque os pacientes portadores de pequenos defeitos, sejam pequenas hipermetropias, pequenos astigmatismos, têm a possibilidade, através de um mecanismo central, de corrigir êstes defeitos. Êste esforço constante que se tem de exercer para a correção dêstes pequenos defeitos, produz os sintomas relacionados com os esforços visuais.

Os grandes defeitos, as grandes miopias, as grandes hipermetropias, não podem ser neutralizadas por esforço do paciente, de modo que o paciente se queixa de que a visão é turva, mas não tem as manifestações de esforço visual. Isto foi muito bem verificado por Cogan, que considera a cefaléia e outros sintomas relacionados com o esforço visual, como produzidos não por um defeito de refração, mas por um mecanismo central que procura corrigir êstes defeitos durante todo o tempo de trabalho visual. Isto, êle verificou muito bem estudando experimentalmente, pacientes normais. Pacientes normais colocados com os olhos em orientação para cima, por exemplo, supravversão durante muito tempo, queixavam-se imediatamente de dores de cabeça, de cansaço e de desconforto visual. Em pacientes portadores de paralisia supranuclear, nos quais êstes movimentos de elevação dos olhos estão abolidos por uma condição patológica, o esforço ou a tentativa de elevar os olhos produzia a mesma manifestação de cefaléia e de cansaço visual. Por outro lado a observação de pacientes portadores de nistagmo, em que os olhos estão constantemente em movimento, êstes não têm queixa alguma de cansaço visual ou de astenopia, ao passo que indivíduos normais que foram solicitados a reproduzir os movimentos do portador de nistagmo imediatamente se queixam de um cansaço, de desconforto.

Ao caracterizar as cefaléias por esforço visual nós devemos em primeiro lugar estudar se estas cefaléias têm nítida relação com o esforço visual e o seu aparecimento. Nisto distinguimos alguns itens, capítulos

que devem ser estudados: a) *história*: na história do paciente portador de cefaléia é muito importante caracterizarmos o início da cefaléia: se estas cefaléias começaram com uma afecção ocular ou com uma nítida relação com um esforço visual; b) *hereditariedade*: devemos considerar vários graus de ametropia ou defeito da refração, que são transmitidos aos descendentes; as crises de enxaqueca são muito comuns e conhecidas na mesma família; c) *idade*: as crianças com menos de sete anos raramente se queixam de cefaléia por esforço visual; pode, inclusive, a queixa da criança na idade escolar constituir um motivo de ela se livrar do trabalho, dos estudos ou ainda nos adultos ela pode se constituir em alguma forma de neurose.

No início, a típica cefaléia de esforço visual piora, aparece com o trabalho, piora sensivelmente se nos dispusermos a continuar este trabalho e melhora com o descanso. É muito comum o indivíduo se queixar de cefaléia durante os dias da semana e nos fins da semana, em que não trabalha, em que ele não exerce esforço visual mais constante, esta cefaléia diminuir.

Nós aqui, evidentemente, devemos considerar todos estes itens para caracterizar uma cefaléia produzida por esforço visual e só prescrever lentes corretoras quando houver esta nítida associação. Pode haver um indivíduo que apresenta defeito de refração e que esta cefaléia não se relaciona ao esforço visual; a correção deste defeito de refração não trará nenhum benefício para a erradicação deste sintoma tão importante. Devemos em segundo lugar procurar corrigir os defeitos pequenos, que são eles que dão, como já dissemos, os maiores sintomas.

Finalmente, algumas considerações sobre a enxaqueca. Temos apenas a dizer, rapidamente, que a enxaqueca foi descrita no primeiro século da era cristã e desde esta época ela tem sido, junto com o resfriado comum, a entidade mórbida mais estudada e menos conhecida talvez. Vamos apenas relatar alguns sintomas da enxaqueca oftálmica. A enxaqueca oftálmica é constituída pelas manifestações visuais da enxaqueca como entidade sistêmica. Aparece em mais ou menos 10 a 15% de todos os casos de enxaqueca; apresenta um período prodromico em que o indivíduo sente tonturas, cansaço, fome, tendo sido descrito também um desejo para comer determinados alimentos e irritabilidade nervosa.

Passamos a seguir ao período de ataque ou aura enxaquecosa. Imediatamente antes do ataque da cefaléia aparece o sinal ou sintoma mais freqüente; é possível que vários dos senhores já tenham experiência pessoal, que é o escotoma cintilante. O escotoma cintilante é formado por ondas luminosas que começam como círculos pequenos que vão aumentando progressivamente. Na maioria das vezes forma um C, quer dizer, um círculo incompleto de cintilações de luzes que podem ser coloridas, delimitando uma área de cegueira visual. É o chamado escotoma cintilante a manifestação mais freqüente da enxaqueca visual. Logo após (ou substituindo o escotoma cintilante, como o Dr. Cruz acaba de referir) a fase de vasoconstricção da enxaqueca, podemos encontrar períodos de perda de visão total, períodos de perda do campo visual e daí aparecerem as hemianopsias, sejam elas homônimas, bitemporais; apareceriam os escotomas centrais e paracentrais sem as cintilações; apareceria diplopia

transitória por alterações na musculatura e alterações pupilares. Na enxaqueca pura, a pupila do lado da cefalalgia, da hemicrânia, encontra-se dilatada, porém responde à luz. Finalmente viria o período de recuperação da enxaqueca em que o indivíduo entra em sonolência, apresenta uma intensa fotofobia, desejo de permanecer no escuro e passa esta manifestação que pode às vezes persistir por várias horas ou vários dias.

O prognóstico da enxaqueca é mais ou menos bom. Todos os autores são unânimes em citar que após os 50 anos, as crises de enxaquecas tendem a se espaçar cada vez mais; desaparecem os sintomas dolorosos, podendo persistir apenas as manifestações visuais. Existe um tipo particular de enxaqueca que vários autores querem considerar como dependente da enxaqueca sistêmica e que outros a consideram como uma manifestação completamente isolada: é a enxaqueca oftalmoplégica. Indivíduos portadores de enxaqueca, que em uma de suas crises ou de todas as suas crises apresentam manifestações de paresias ou paresia dos músculos oculares, principalmente do III par, têm uma ptose palpebral e um estrabismo divergente, uma midríase paralítica que não responde aos estímulos luminosos que é o mais comum. Existe também casos com comprometimento do VI par, com paralisia apenas do reto lateral; muito raramente o IV par e, às vezes, associa-se uma paralisia do facial. Estas são então, as considerações a respeito das cefaléias do ponto de vista oftalmológico.