ReGeo ISSN: 2177-3246

CEFALEIAS SECUNDÁRIAS: RECONHECIMENTO DOS SINAIS DE ALARME, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E CONDUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

SECONDARY HEADACHES: RECOGNITION OF WARNING SIGNS, DIFFERENTIAL DIAGNOSES AND CLINICAL INVESTIGATION

CEFALEAS SECUNDARIAS: RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA, DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES Y ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-057

Data de submissão: 12/09/2026 **Data de publicação:** 12/10/2026

Rafael Duarte Alves Moreira
Acadêmico em Medicina
Instituição: Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ)
E-mail: rafael.moreira256@al.unieduk.com.br

Eberson da Silva Rodrigues do Nascimento
Médico; neurologista, psiquiatra e psicoterapeuta; mestre, doutor e professor
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: mal.drebersonnascimento@gmail.com

Matheus Martins Cela Reyes
Acadêmico em Medicina
Instituição: Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ)
E-mail: m4theusreyes@gmail.com

Arthur Wada
Médico
Instituição: Afya Marabá
E-mail: arthurwadavet@yahoo.com.br

Débora Aparecida Zanette
Médica
Instituição: Fundação Educacional do Município de Assis
E-mail: d-zanette@hotmail.com

Beatriz Assef Bazzo
Acadêmica em Medicina
Instituição: Centro Universitário Lusíada
E-mail: bia.assef.bazzo@gmail.com

Kassio Romulo Veras Leite
Médico
Instituição: Afya Paraíba
E-mail: kassio_romulo@icloud.com

Maria Auxiliadora Bezerra Fechine
Médica
Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
E-mail: auxiliadorafechine@gmail.com

Rafael Augusto Vitoratto
Médico
Instituição: Centro Universitário Lusíada
E-mail: rafavtto@yahoo.com.br

Mateus Nascimento Camapum
Acadêmico em Medicina
Instituição: UniEvangélica
E-mail: mateus.camapum@gmail.com

Davi Baesso Tristão Cotta
Acadêmico em Medicina
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema
E-mail: davibaesso@gmail.com

Pedro Henrique Soares Pinheiro Rocha
Médico; pós-graduado em Terapia Intensiva
Instituição: Montes Claros (FUNORTE)
E-mail: pedrospinheiros@hotmail.com

Cristóvão Otero de Aguiar Araújo Filho
Acadêmico em Medicina
Instituição: Universidade de Cuiabá (UNIC)
E-mail: cristovao.otero@hotmail.com

Haessller Sartori de Souza
Médico
Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
E-mail: haessller01@gmail.com

Rebeka Mayara Santana Carneiro
Acadêmica em Medicina
Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
E-mail: rebekacarneiro07@gmail.com

Vitória Magalhães Quireze
Médica
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO)
E-mail: viviquireze@gmail.com

Emivaldo Peixoto dos Santos Júnior
Médico
Instituição: Universidade Evangélica de Anápolis
E-mail: emivaldojrr@gmail.com

Maria Eduarda Silva de Souza
Acadêmica em Medicina
Instituição: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE RN)
E-mail: meduardasilva191@gmail.com

Pedro da Cunha Dantas
Médico
Instituição: Universidade Federal do Acre (UFAC)
E-mail: pedrocunhadantas@gmail.com

Julia Moya Resende
Acadêmica em Medicina
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás
E-mail: juliamresende04@gmail.com

Luiza Portela Senarezi
Acadêmica em Medicina
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
E-mail: lpsenarezi@gmail.com

RESUMO
As cefaleias secundárias constituem um grupo heterogêneo de condições em que a dor de cabeça decorre de outra doença ou exposição e pode representar a manifestação inicial de emergências neurológicas, infecciosas, vasculares, oftalmológicas ou sistêmicas. O objetivo deste estudo foi sintetizar uma abordagem clínica para reconhecimento dos sinais de alarme, organização dos principais diagnósticos diferenciais e escolha racional dos exames complementares. Foi realizada revisão narrativa estruturada, com busca no PubMed/MEDLINE e consulta a diretrizes e documentos de sociedades científicas e organismos internacionais publicados prioritariamente entre 2018 e 2026, incluindo a International Classification of Headache Disorders, critérios de imagem do American College of Radiology, recomendações da American Heart Association/American Stroke Association, orientações da World Health Organization e recomendações europeias para vasculites. Os achados mostram que a investigação deve ser orientada pela história clínica, exame neurológico, fundoscopia e contexto de risco, com atenção a início súbito, déficit neurológico, febre, papiledema, câncer, imunossupressão, gestação ou puerpério, idade acima de 50 anos com cefaleia nova e mudança relevante do padrão habitual. Tomografia, ressonância magnética, angiografia, venografia e punção lombar possuem indicações distintas e não devem ser solicitadas de forma indiscriminada. Conclui-se que a segurança diagnóstica depende menos de um exame isolado e mais de uma sequência clínica coerente, capaz de reconhecer rapidamente situações potencialmente graves e direcionar a investigação segundo a hipótese mais provável.

Palavras-chave: Cefaleia Secundária. Sinais de Alarme. Diagnóstico Diferencial. Neuroimagem. Emergência Neurológica.

ABSTRACT
Secondary headaches comprise a heterogeneous group of conditions in which headache is caused by another disease or exposure and may be the first manifestation of neurological, infectious, vascular, ophthalmological, or systemic emergencies. This study aimed to synthesize a clinical approach to recognizing warning signs, organizing the main differential diagnoses, and selecting complementary

tests rationally. A structured narrative review was conducted using PubMed/MEDLINE and current guidelines and official documents from scientific societies and international organizations, preferably published between 2018 and 2026. Sources included the International Classification of Headache Disorders, American College of Radiology imaging criteria, American Heart Association/American Stroke Association recommendations, World Health Organization guidance, and European recommendations for vasculitis. The evidence indicates that investigation should be guided by clinical history, neurological examination, fundoscopy, and risk context, with particular attention to sudden onset, neurological deficits, fever, papilledema, cancer, immunosuppression, pregnancy or puerperium, new headache after the age of 50, and a major change in the usual headache pattern. Computed tomography, magnetic resonance imaging, angiography, venography, and lumbar puncture have distinct indications and should not be requested indiscriminately. Diagnostic safety therefore depends less on a single test than on a coherent clinical sequence that identifies potentially serious conditions early and directs testing according to the most plausible hypothesis.

Keywords: Secondary Headache. Warning Signs. Differential Diagnosis. Neuroimaging. Neurological Emergency.

RESUMEN

Las cefaleas secundarias comprenden un grupo heterogéneo de condiciones en las que el dolor de cabeza es causado por otra enfermedad o exposición y puede ser la manifestación inicial de emergencias neurológicas, infecciosas, vasculares, oftalmológicas o sistémicas. El objetivo de este estudio fue sintetizar un abordaje clínico para reconocer signos de alarma, organizar los principales diagnósticos diferenciales y seleccionar racionalmente los exámenes complementarios. Se realizó una revisión narrativa estructurada mediante búsqueda en PubMed/MEDLINE y consulta de guías y documentos de sociedades científicas y organismos internacionales, publicados preferentemente entre 2018 y 2026. Se incluyeron la International Classification of Headache Disorders, criterios de imagen del American College of Radiology, recomendaciones de la American Heart Association/American Stroke Association, orientaciones de la World Health Organization y recomendaciones europeas para vasculitis. La investigación debe orientarse por la historia clínica, el examen neurológico, la fundoscopia y el contexto de riesgo, con especial atención al inicio súbito, déficit neurológico, fiebre, papiledema, cáncer, inmunosupresión, embarazo o puerperio, cefalea nueva después de los 50 años y cambios relevantes del patrón habitual. La tomografía, resonancia magnética, angiografía, venografía y punción lumbar tienen indicaciones distintas y no deben solicitarse indiscriminadamente. La seguridad diagnóstica depende de una secuencia clínica coherente que identifique rápidamente condiciones graves y dirija la investigación según la hipótesis más probable.

Palabras clave: Cefalea Secundaria. Signos de Alarma. Diagnóstico Diferencial. Neuroimagen. Emergencia Neurológica.

1 INTRODUÇÃO

A cefaleia é um dos sintomas mais frequentes na prática médica e pode corresponder tanto a um transtorno primário, como migrânea ou cefaleia do tipo tensional, quanto a manifestação de outra condição clínica. A International Classification of Headache Disorders, em sua terceira edição (ICHD-3), define cefaleia secundária como aquela atribuída a um transtorno causal demonstrável. Essa atribuição pode ser feita mesmo quando a apresentação fenotípica se assemelha a uma cefaleia primária, desde que exista relação temporal e evidência de causalidade com a doença subjacente (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018).

Na prática, o desafio não consiste em investigar de forma indiscriminada toda pessoa com dor de cabeça, mas em reconhecer os casos nos quais a probabilidade de uma causa secundária é suficiente para justificar investigação urgente. O conjunto de sinais de alarme conhecido como SNNOOP10 organiza elementos como sintomas sistêmicos, antecedente de neoplasia, déficit neurológico, início súbito, idade acima de 50 anos com cefaleia nova, mudança do padrão, cefaleia posicional, papiledema, gestação ou puerpério e condições de imunossupressão. Esses elementos não substituem o julgamento clínico, mas funcionam como marcadores que reduzem o risco de classificar prematuramente uma cefaleia grave como primária (Do *et al.*, 2019).

A escolha dos exames deve acompanhar a hipótese clínica. O American College of Radiology (ACR) não recomenda neuroimagem de rotina para cefaleias estáveis, sem achados atípicos ou sinais de alarme. Em contraste, quando há red flags, tomografia computadorizada (TC) sem contraste e ressonância magnética (RM), com ou sem contraste conforme o cenário, tornam-se métodos apropriados de investigação inicial. Situações específicas exigem ainda estudo vascular arterial ou venoso, avaliação oftalmológica e punção lombar (Utukuri *et al.*, 2023).

Algumas etiologias merecem atenção imediata porque a cefaleia pode anteceder deterioração neurológica ou perda funcional irreversível. Hemorragia subaracnóidea, trombose venosa cerebral, meningite, encefalite, dissecção arterial, apoplexia hipofisária, hipertensão intracraniana com risco visual e arterite de células gigantes exemplificam condições nas quais o atraso diagnóstico pode alterar o prognóstico. Outras causas, embora menos frequentemente associadas a risco imediato de morte, exigem investigação dirigida para evitar complicações, como hipotensão intracraniana, glaucoma agudo, cefaleia pós-traumática e cefaleias relacionadas a substâncias ou alterações homeostáticas (Hoh *et al.*, 2023; Saposnik *et al.*, 2024).

Dessa forma, a avaliação adequada deve partir de uma sequência lógica: caracterização temporal da dor, identificação de sinais de alarme, exame físico e neurológico completo, definição de hipóteses prioritárias e seleção do teste capaz de responder à pergunta clínica. O objetivo deste estudo

é revisar os principais sinais de alarme associados às cefaleias secundárias, discutir os diagnósticos diferenciais de maior relevância clínica e propor uma condução organizada da investigação, com ênfase na tomada de decisão em pronto atendimento e na prática médica geral.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa estruturada, de caráter clínico e descritivo, elaborada para reunir recomendações contemporâneas sobre o reconhecimento e a investigação das cefaleias secundárias em adultos. Optou-se por esse delineamento porque o objetivo central não foi estimar efeito terapêutico ou prevalência por metanálise, mas integrar critérios diagnósticos, sinais de alarme e indicações de exames provenientes de diferentes tipos de evidência.

Para tornar o rastreamento bibliográfico reproduzível, a busca no PubMed/MEDLINE foi estruturada com data de corte em 1 de outubro de 2026. A estratégia principal combinou descritores MeSH e termos em título/resumo.

("Headache Disorders, Secondary"[MeSH Terms] OR "secondary headache"[Title/Abstract] OR "secondary headaches"[Title/Abstract] OR "headache red flags"[Title/Abstract] OR "thunderclap headache"[Title/Abstract]) AND (diagnos*[Title/Abstract] OR "differential diagnosis"[Title/Abstract] OR neuroimaging[Title/Abstract] OR "lumbar puncture"[Title/Abstract] OR warning sign*[Title/Abstract] OR red flag*[Title/Abstract])

Foram aplicados limites de data de publicação entre 1 de janeiro de 2018 e 1 de outubro de 2026 e de idioma para inglês, português ou espanhol. Não foi aplicado filtro automático de tipo de estudo ou faixa etária, para evitar perda de consensos, diretrizes e estudos diagnósticos potencialmente relevantes.

Além da busca principal, foram consultados documentos oficiais e diretrizes da International Headache Society (IHS), American College of Radiology (ACR), American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), World Health Organization (WHO) e European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR). A seleção ocorreu por leitura dirigida de títulos e resumos, seguida de consulta ao texto completo ou ao documento oficial quando o conteúdo abordava diretamente sinais de alarme, diagnóstico diferencial, acurácia de testes ou escolha de exames em adultos com suspeita de cefaleia secundária. Foram priorizados consensos, diretrizes, revisões sistemáticas, estudos de acurácia e revisões clínicas de referência. Na busca principal, aplicou-se o recorte de 2018 a 2026; adicionalmente, estudos clássicos anteriores foram incluídos por busca dirigida e rastreamento das referências dos documentos selecionados quando continuavam sustentando recomendações vigentes, como a avaliação da tomografia nas primeiras horas da cefaleia em trovoada.

Foram excluídos relatos isolados de caso, publicações sem relação direta com a investigação de cefaleias secundárias e materiais sem descrição metodológica suficiente. A síntese final reuniu 16 fontes centrais e foi organizada em quatro eixos: definição e distinção entre cefaleia primária e secundária; reconhecimento sistematizado dos sinais de alarme; diagnósticos diferenciais prioritários; e escolha dos exames complementares. A seleção foi temática e orientada pela hierarquia da evidência, sem dupla triagem independente e sem avaliação formal de risco de viés. Por se tratar de revisão narrativa, não foi construído fluxograma PRISMA nem aplicada estrutura de revisão sistemática.

Quadro 1. Estratégia metodológica da revisão

Componente	**Procedimento adotado**	**Finalidade**
Delineamento	Revisão narrativa estruturada e clínica.	Integrar classificação, sinais de alarme, diagnósticos diferenciais e exames complementares.
Fonte principal	PubMed/MEDLINE, com estratégia reprodutível estruturada até 1 de outubro de 2026, usando MeSH e campos Title/Abstract.	Localizar estudos clínicos, revisões e consensos indexados.
Fontes complementares	IHS, ACR, AHA/ASA, WHO e EULAR, além de documentos oficiais diretamente relacionados aos diagnósticos avaliados.	Incorporar recomendações oficiais e critérios diagnósticos atualizados.
Recorte temporal	Busca principal: 2018-2026; estudos clássicos anteriores incluídos por busca dirigida e rastreamento de referências quando ainda sustentavam recomendações diagnósticas atuais; idiomas inglês, português e espanhol.	Combinar atualização científica com evidência diagnóstica consolidada.
Critérios de inclusão	Diretrizes, consensos, revisões sistemáticas, estudos de acurácia e revisões clínicas relevantes para investigação de cefaleias secundárias em adultos.	Selecionar evidência aplicável à investigação clínica.
Critérios de exclusão	Relatos isolados, publicações sem relação direta com a pergunta clínica e materiais sem sustentação metodológica suficiente.	Reduzir dispersão temática e baixa confiabilidade.
Síntese	Leitura de títulos e resumos, consulta ao texto completo/documento oficial e síntese temática de 16 fontes centrais, sem metanálise ou PRISMA.	Favorecer aplicação prática e comparação entre hipóteses diagnósticas.

Fonte: elaboração própria (2026).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CONCEITO DE CEFALEIA SECUNDÁRIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO INICIAL

A distinção entre cefaleia primária e secundária não depende apenas do aspecto da dor. A ICHD-3 estabelece que uma cefaleia nova, surgida em relação temporal próxima a uma doença reconhecidamente capaz de causar dor de cabeça, deve ser classificada como secundária quando houver evidência razoável de causalidade. Da mesma forma, uma cefaleia primária previamente existente pode coexistir com uma cefaleia secundária se houver piora importante e temporalmente

associada à nova condição (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018).

Esse princípio é relevante porque doenças graves podem produzir sintomas semelhantes aos de migrânea ou cefaleia tensional. Náusea, fotofobia e dor pulsátil não excluem hemorragia subaracnóidea; dor unilateral com sintomas autonômicos não exclui glaucoma agudo ou lesão vascular; e cefaleia difusa em paciente com febre pode representar desde uma infecção sistêmica até meningite. O diagnóstico diferencial deve ser guiado primeiro por tempo de instalação, progressão, contexto clínico e exame, e apenas depois pelo padrão de dor isoladamente (Do *et al.*, 2019).

Na avaliação inicial, a descrição temporal possui grande valor. Cefaleia que atinge intensidade máxima em segundos ou poucos minutos sugere mecanismo vascular agudo até prova em contrário. Cefaleia progressiva por dias ou semanas, especialmente quando acompanhada de alteração neurológica, papiledema, neoplasia conhecida ou imunossupressão, direciona a investigação para lesões expansivas, infecções e distúrbios de pressão intracraniana. Já o caráter postural, a piora com tosse ou esforço e a relação com trauma, gestação, puerpério ou início de nova medicação devem ser documentados de forma sistemática (Do *et al.*, 2019; Utukuri *et al.*, 2023).

3.2 SINAIS DE ALARME: APLICAÇÃO PRÁTICA DO SNNOOP10

A proposta SNNOOP10 amplia o antigo mnemônico SNOOP e reúne sinais de alerta que podem indicar etiologia secundária. Sua utilidade está em transformar a anamnese em uma busca ativa por situações de maior risco. Entretanto, nenhum item isolado possui desempenho perfeito. A ausência de um sinal não elimina doença grave, e sua presença deve ser interpretada de acordo com probabilidade pré-teste, exame físico e evolução clínica (Do *et al.*, 2019).

Os achados de maior impacto imediato incluem déficit neurológico focal, alteração do nível de consciência, início súbito, febre associada a rigidez de nuca, papiledema, cefaleia nova durante gestação ou puerpério, história de câncer ou imunossupressão e cefaleia nova após os 50 anos. Mudança importante do padrão habitual também merece investigação quando a nova apresentação é mais intensa, progressiva, persistente ou acompanhada de sinais sistêmicos. A regra prática é comparar a crise atual com o padrão basal do paciente, em vez de perguntar apenas se ele possui história de cefaleia (Do *et al.*, 2019; Utukuri *et al.*, 2023).

Quadro 2. Principais sinais de alarme para cefaleia secundária

Sinal de alarme	Como reconhecer	Condições a considerar
Sintomas sistêmicos	Febre, perda ponderal, calafrios, mialgias ou sinais inflamatórios.	Infecção, vasculite, neoplasia e doenças sistêmicas.
Neoplasia conhecida	Cefaleia nova em paciente com câncer atual ou prévio.	Metástase, carcinomatose meníngea, trombose venosa e complicações do tratamento.
Déficit neurológico ou rebaixamento	Fraqueza, alteração da fala, confusão, crise epiléptica, ataxia ou déficit de nervos cranianos.	AVC, hemorragia, massa, encefalite, trombose venosa.
Início súbito	Dor máxima em segundos ou minutos, descrita como cefaleia em trovoada.	Hemorragia subaracnóidea, síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (RCVS), dissecção, trombose venosa, apoplexia hipofisária.
Idade acima de 50 anos	Cefaleia nova ou mudança recente de padrão.	Arterite de células gigantes, neoplasia e outras causas secundárias.
Mudança do padrão	Aumento marcado de frequência ou intensidade, nova lateralidade ou sintomas diferentes.	Processo estrutural, vascular, infeccioso ou medicamentoso.
Posicional	Piora ao ficar em pé ou, em sentido oposto, ao deitar.	Hipotensão intracraniana ou hipertensão intracraniana.
Precipitada por tosse, Valsalva ou exercício	Dor desencadeada ou intensificada por esforço.	Lesão de fossa posterior, distúrbio da pressão intracraniana ou causa vascular.
Papiledema	Edema de papila na fundoscopia.	Hipertensão intracraniana, massa, hidrocefalia, trombose venosa.
Progressiva ou atípica	Piora contínua por dias ou semanas ou apresentação incomum.	Neoplasia, infecção, distúrbios da pressão intracraniana e outras causas secundárias.
Gestação ou puerpério	Cefaleia nova, intensa ou com sinais neurológicos.	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, trombose venosa, RCVS, apoplexia hipofisária.
Olho doloroso com sintomas autonômicos	Dor ocular, hiperemia, alterações pupilares ou perda visual.	Glaucoma agudo e outras urgências oftalmológicas.
Trauma	Cefaleia após lesão craniana ou cervical.	Hemorragia intracraniana, dissecção e cefaleia pós-traumática.
Imunossupressão	HIV, transplante, quimioterapia ou uso importante de imunossupressores.	Infecção oportunista, neoplasia e lesões intracranianas.
Fármaco, substância ou uso excessivo	Início após nova droga, exposição, abstinência ou aumento expressivo de analgésicos.	Cefaleia induzida por substância, intoxicação, abstinência ou uso excessivo de medicação.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas no texto (2026).

3.3 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS PRIORITÁRIOS

3.3.1 Hemorragia subaracnóidea e outras causas de cefaleia em trovoada

A cefaleia em trovoada é definida clinicamente pelo início abrupto, com pico de intensidade em período muito curto, e deve ser tratada como apresentação de alto risco. Hemorragia subaracnóidea

(HSA) aneurismática é uma das hipóteses prioritárias, mas não é a única. Síndrome de vasoconstrição cerebral reversível (RCVS), dissecção arterial, trombose venosa cerebral, hemorragia intraparenquimatosa e apoplexia hipofisária também podem produzir início súbito. A presença de síncope, rigidez nucal, vômitos intensos, déficit focal ou rebaixamento aumenta a preocupação, mas a hemorragia pode ocorrer com exame neurológico inicialmente normal (Hoh *et al.*, 2023).

A investigação inicial de suspeita de hemorragia subaracnóidea é feita com tomografia de crânio sem contraste. Estudos de acurácia mostram desempenho muito elevado quando o exame é realizado nas primeiras seis horas do início dos sintomas e interpretado em condições técnicas adequadas. Uma revisão sistemática encontrou sensibilidade agrupada de 98,7% para tomografia realizada nesse intervalo, enquanto o desempenho diminui quando o exame ocorre mais tarde. Por isso, a decisão de encerrar ou prosseguir a investigação após tomografia negativa deve considerar tempo desde o início, qualidade do exame, experiência de interpretação e probabilidade clínica residual (Perry *et al.*, 2011; Walton *et al.*, 2022).

Quando a suspeita permanece após tomografia negativa, a estratégia subsequente pode envolver punção lombar ou angiotomografia, conforme o contexto e a disponibilidade. A política clínica do American College of Emergency Physicians (ACEP) destaca a necessidade de individualizar essa escolha e discutir limitações de cada método. A punção lombar permite pesquisar sangue ou xantocromia e pode identificar diagnósticos alternativos, enquanto a angiotomografia avalia aneurismas e outros achados vasculares, mas pode revelar aneurismas incidentais sem relação causal com a dor atual (Godwin *et al.*, 2019).

3.3.2 Trombose venosa cerebral

A trombose venosa cerebral deve ser considerada especialmente em pessoas jovens, mulheres em idade reprodutiva e pacientes com estados pró-trombóticos. Gestação, puerpério, uso de estrogênio, câncer, trombofilias, infecções e algumas condições inflamatórias elevam o risco. Cefaleia é o sintoma mais frequente e pode ser isolada ou associada a papiledema, crises epilépticas, déficits focais, alteração cognitiva e sinais de hipertensão intracraniana (Saposnik *et al.*, 2024).

A tomografia de crânio sem contraste pode ser normal e não exclui trombose venosa. O diagnóstico depende de demonstração do comprometimento venoso por venografia por ressonância magnética ou venografia por tomografia, escolhidas de acordo com disponibilidade, contraindicações e necessidade de rapidez. Em paciente com cefaleia nova no puerpério, papiledema ou convulsões, a investigação venosa deve ser considerada mesmo na ausência de déficit focal permanente (Saposnik *et al.*, 2024).

3.3.3 Meningite e encefalite

Febre, cefaleia, rigidez de nuca, alteração do estado mental, fotofobia, vômitos e crises epilépticas formam combinações clínicas que devem levantar suspeita de infecção do sistema nervoso central. A tríade clássica não está presente em todos os pacientes, e a ausência de um componente não afasta o diagnóstico. A investigação deve ocorrer sem atraso indevido do tratamento quando meningite bacteriana é uma possibilidade clínica relevante (World Health Organization, 2025).

A punção lombar é o exame central para análise do líquido cefalorraquidiano, mas a neuroimagem não precisa precedê-la de rotina. As recomendações da World Health Organization orientam tomografia antes da punção quando há sinais que aumentam a preocupação com lesão expansiva e desvio de linha média, como Glasgow abaixo de 10, déficit neurológico focal, déficit de nervos cranianos, papiledema, crise epiléptica de início recente em adultos ou imunossupressão grave. Quando a imagem não está prontamente disponível e esses fatores estão presentes, a punção deve ser adiada, sem que isso justifique atraso desnecessário de medidas terapêuticas indicadas (World Health Organization, 2025).

3.3.4 Hipertensão intracraniana, hipotensão intracraniana e lesões expansivas

A cefaleia associada à hipertensão intracraniana costuma ser progressiva e pode acompanhar papiledema, obscurecimentos visuais transitórios, diplopia por paresia do sexto nervo e zumbido pulsátil. A presença de papiledema exige investigação estrutural e vascular antes de se concluir por hipertensão intracraniana idiopática, pois massa intracraniana, hidrocefalia e trombose venosa precisam ser excluídas. A ressonância magnética, associada a venografia quando apropriado, é particularmente útil nesse cenário (Mollan *et al.*, 2018; Utukuri *et al.*, 2023).

Após exclusão de lesão estrutural e trombose venosa, a punção lombar com medida adequada da pressão de abertura e análise do líquido cefalorraquidiano integra a avaliação da hipertensão intracraniana idiopática. O exame oftalmológico deve incluir acuidade visual, pupilas, fundoscopia e, quando disponível, campimetria, porque a proteção da visão é um dos objetivos centrais do manejo (Mollan *et al.*, 2018).

A hipotensão intracraniana espontânea, por sua vez, deve ser lembrada diante de cefaleia ortostática, tipicamente pior em posição ereta e aliviada ao deitar, embora apresentações menos típicas ocorram. A ressonância magnética do encéfalo com contraste pode mostrar sinais indiretos, e a investigação da coluna pode ser necessária quando há suspeita de fístula ou vazamento de líquido cefalorraquidiano. Em ambos os distúrbios de pressão, a característica postural da dor deve ser ativamente pesquisada durante a anamnese (Utukuri *et al.*, 2023).

Nas lesões expansivas, o padrão clínico é variável. Progressão ao longo de semanas, alteração comportamental ou cognitiva, déficit focal, crises epilépticas, papiledema e história de neoplasia aumentam a suspeita. A ressonância magnética com contraste é geralmente preferida para avaliação detalhada de tumores, fossa posterior e envolvimento meníngeo, enquanto a tomografia possui maior disponibilidade em situações de urgência e é adequada para detecção rápida de hemorragia, hidrocefalia e efeito de massa (Utukuri *et al.*, 2023).

3.3.5 Apoplexia hipofisária

A apoplexia hipofisária é uma emergência neuroendócrina causada por hemorragia ou infarto da hipófise, frequentemente em contexto de adenoma hipofisário preexistente. A apresentação pode incluir cefaleia súbita e intensa, náuseas, vômitos, redução da acuidade visual, defeitos de campo visual, oftalmoplegia, alteração do nível de consciência e sinais de insuficiência adrenal. A semelhança com hemorragia subaracnóidea ou meningite contribui para atrasos diagnósticos (Moscona-Nissan *et al.*, 2024).

A ressonância magnética da sela túrcica é o exame de escolha quando a hipótese é sustentada, e a avaliação laboratorial deve contemplar eletrólitos e função hipofisária, com atenção especial para deficiência do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e de cortisol. Instabilidade hemodinâmica, comprometimento visual importante ou deterioração neurológica exigem manejo urgente e discussão multidisciplinar com endocrinologia, neurocirurgia e oftalmologia (Moscona-Nissan *et al.*, 2024).

3.3.6 Arterite de células gigantes

Em pacientes acima de 50 anos, uma cefaleia nova deve levantar a possibilidade de arterite de células gigantes, principalmente quando associada a sensibilidade do couro cabeludo, claudicação mandibular, sintomas constitucionais, polimialgia reumática ou alterações visuais. A urgência decorre do risco de perda visual isquêmica, motivo pelo qual a investigação e o tratamento não devem ser retardados quando a probabilidade clínica é alta (Dejaco *et al.*, 2024).

A avaliação inclui hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), lembrando que marcadores inflamatórios não substituem a avaliação clínica. As recomendações EULAR atualizadas priorizam ultrassonografia das artérias temporais e axilares como exame de imagem de primeira linha quando há expertise disponível. Ressonância magnética ou tomografia por emissão de pósitrons (PET) podem ser alternativas em cenários selecionados, e a biópsia temporal permanece útil quando a incerteza diagnóstica persiste ou quando essa é a estratégia adotada pelo serviço (Dejaco *et al.*, 2024; Bosch *et al.*, 2023).

3.3.7 Causas oftalmológicas, hipertensivas e relacionadas à gestação

Dor ocular intensa, olho vermelho, visão borrada, halos luminosos, náuseas e alterações pupilares devem direcionar para avaliação oftalmológica urgente. O glaucoma agudo de ângulo fechado pode ser confundido com cefaleia primária, sobretudo quando náuseas e dor hemicraniana predominam. A medida da pressão intraocular e o exame do segmento anterior ajudam a sustentar o diagnóstico, que exige avaliação oftalmológica sem demora devido ao risco de dano visual permanente. Embora a apresentação típica seja reconhecível, a variabilidade dos sintomas sistêmicos pode atrasar o diagnóstico em serviços não oftalmológicos (Nüssle *et al.*, 2021).

Pressão arterial muito elevada, isoladamente, não estabelece que a cefaleia seja secundária à hipertensão. A definição de emergência hipertensiva depende da presença de lesão aguda de órgão-alvo, como encefalopatia, hemorragia ou isquemia cerebral, edema agudo de pulmão, síndrome coronariana aguda, lesão renal aguda, retinopatia grave ou manifestações compatíveis com síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES). Nessas situações, a neuroimagem e a avaliação sistêmica devem ser orientadas pelo fenótipo de lesão orgânica e pelo contexto clínico, e não apenas pelo valor absoluto da pressão arterial. Essa distinção é relevante porque elevação pressórica importante sem dano agudo de órgão-alvo não recebe a mesma classificação nem a mesma urgência terapêutica (Jones *et al.*, 2025).

Gestação e puerpério modificam o espectro diagnóstico. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia, trombose venosa cerebral, síndrome de vasoconstrição cerebral reversível, dissecção e apoplexia hipofisária devem ser consideradas em cefaleia nova ou atípica. A pressão arterial, exame neurológico, fundoscopia, proteinúria quando indicada e escolha de imagem compatível com a hipótese clínica fazem parte da avaliação. O ACR considera gestação e periparto um contexto que reduz o limiar para investigação quando o padrão é novo ou apresenta sinais de alarme (Utukuri *et al.*, 2023; Saposnik *et al.*, 2024).

Quadro 3. Diagnósticos diferenciais e investigação inicial orientada pela hipótese

Hipótese	Pistas clínicas	Investigação inicial
Hemorragia subaracnóidea	Cefaleia em trovoada, síncope, vômitos, rigidez nucal, déficit ou rebaixamento.	TC de crânio sem contraste; diante de TC negativa e persistência de suspeita clínica, considerar angio-TC e/ou punção lombar conforme o tempo de evolução e o contexto clínico.
RCVS	Cefaleias em trovoada recorrentes, gatilhos vasoativos, puerpério.	Angio-TC ou angio-RM; repetição da imagem pode ser necessária se o exame inicial for muito precoce.
Dissecção cervical	Cefaleia ou cervicalgia nova, síndrome de Horner, déficit focal, trauma cervical.	Angio-TC ou angio-RM de cabeça e pescoço.
Trombose venosa cerebral	Cefaleia subaguda ou trovoada, papiledema, convulsões, puerpério, trombofilia.	Veno-TC ou veno-RM.
Meningite/encefalite	Febre, rigidez nucal, alteração mental, convulsão, déficit.	Punção lombar; TC antes da punção apenas quando houver critérios de risco.
Massa intracraniana	Progressão, déficit focal, crise epiléptica, papiledema, câncer.	RM com contraste; TC na urgência quando necessário.
Hipertensão intracraniana	Papiledema, zumbido pulsátil, diplopia, piora ao deitar ou Valsalva.	RM associada a veno-RM ou veno-TC; punção com pressão de abertura após exclusão de causa estrutural.
Hipotensão intracraniana	Cefaleia ortostática, pior em pé, melhora ao deitar.	RM com contraste; investigação espinhal quando indicada.
Apoplexia hipofisária	Cefaleia súbita, oftalmoplegia, perda visual, alteração hormonal ou hemodinâmica.	RM de sela túrcica e avaliação hormonal urgente.
Arterite de células gigantes	Idade >50, cefaleia nova, claudicação mandibular, sintomas visuais.	VHS/PCR, ultrassonografia temporal/axilar; biópsia ou outra imagem conforme caso.
Glaucoma agudo	Dor ocular, olho vermelho, halos, redução visual, náusea.	Tonometria e avaliação oftalmológica imediata.
PRES/emergência hipertensiva	Cefaleia com encefalopatia, convulsão, sintomas visuais e hipertensão com lesão de órgão-alvo.	RM preferencial; TC inicial conforme gravidade e disponibilidade.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas no texto (2026).

3.4 EXAME CLÍNICO E SELEÇÃO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

A investigação começa antes da neuroimagem. Em pacientes com dor intensa ou apresentação aguda, devem ser registrados sinais vitais, temperatura, glicemia quando pertinente e nível de consciência. O exame neurológico deve avaliar linguagem, pares cranianos, força, sensibilidade, coordenação, marcha quando possível e sinais meníngeos. Fundoscopia é particularmente importante diante de suspeita de hipertensão intracraniana. O exame ocular deve ser ampliado quando há dor ocular ou alteração visual, e a palpação das artérias temporais é útil em pacientes com idade compatível e sintomas sugestivos de arterite de células gigantes.

Exames laboratoriais não devem ser solicitados como painel fixo para toda cefaleia. Hemograma e marcadores inflamatórios têm maior utilidade quando há suspeita de infecção ou vasculite; eletrólitos, função renal e hepática são selecionados quando o contexto sugere distúrbio sistêmico, intoxicação, disfunção orgânica ou necessidade de contraste; coagulograma pode ser relevante antes de procedimentos ou em pacientes com risco hemorrágico; teste de gestação pode modificar decisões de imagem e ampliar o diagnóstico diferencial; e hemoculturas são indicadas quando a hipótese inclui infecção bacteriana sistêmica ou meningite. A utilidade desses exames depende da probabilidade clínica pré-teste, e não há evidência que sustente um painel laboratorial universal para todos os pacientes com cefaleia (Friedman *et al.*, 2022; Dejaco *et al.*, 2024; World Health Organization, 2025).

A tomografia sem contraste é a modalidade de escolha inicial em vários cenários emergenciais por ser rápida e amplamente disponível, especialmente em cefaleia em trovoada, trauma ou déficit neurológico agudo. A ressonância magnética oferece maior sensibilidade para lesões de fossa posterior, hipófise, processos inflamatórios, neoplasias, distúrbios da pressão intracraniana e algumas causas vasculares. O ACR classifica tanto RM quanto TC como apropriadas em diferentes cenários com sinais de alarme, devendo a escolha refletir urgência, hipótese e disponibilidade (Utukuri *et al.*, 2023).

O estudo vascular deve ser solicitado quando a pergunta é vascular. Angiotomografia ou angiorressonância são úteis na suspeita de aneurisma, vasoconstrição reversível e dissecção. Venografia por tomografia ou ressonância é necessária para avaliar adequadamente trombose venosa cerebral. Uma tomografia convencional normal não deve encerrar a investigação quando a hipótese principal é venosa, vascular arterial específica ou uma condição cuja sensibilidade da TC simples seja limitada (Saposnik *et al.*, 2024; Hoh *et al.*, 2023).

A punção lombar tem três papéis principais na investigação de cefaleias secundárias: analisar líquido cefalorraquidiano em suspeita de infecção ou inflamação, complementar investigação de hemorragia subaracnóidea em situações selecionadas e medir pressão de abertura quando há hipótese de distúrbio de pressão intracraniana. Sua indicação depende de exclusão prévia de situações em que uma lesão expansiva com efeito de massa possa elevar o risco do procedimento. Em suspeita de meningite, a neuroimagem prévia é reservada aos pacientes com critérios clínicos específicos, pois a realização rotineira de tomografia antes da punção pode atrasar diagnóstico e tratamento (World Health Organization, 2025).

3.5 PROPOSTA DE CONDUÇÃO CLÍNICA POR ETAPAS

Uma abordagem prática pode ser organizada em etapas sucessivas. A primeira pergunta é se há instabilidade clínica, alteração do nível de consciência, déficit neurológico focal, convulsão, sinais de sepse, perda visual ou cefaleia em trovoada. A presença de qualquer um desses achados justifica priorização de investigação urgente e, quando necessário, estabilização simultânea. Em seguida, devem ser pesquisados os demais sinais de alarme e fatores contextuais, como idade, câncer, imunossupressão, gestação ou puerpério, trauma e mudança do padrão habitual.

A segunda etapa consiste em definir uma ou duas hipóteses prioritárias, em vez de solicitar exames de forma inespecífica. Na cefaleia em trovoada, a pergunta inicial é se existe hemorragia ou outra causa vascular; no paciente febril e confuso, se há infecção do sistema nervoso central; no paciente com papiledema, se há massa, hidrocefalia ou trombose venosa; no indivíduo acima de 50 anos com claudicação mandibular, se há arterite de células gigantes. Esse enquadramento determina o método de imagem, o momento da punção lombar e os exames laboratoriais necessários.

A terceira etapa é reavaliar a hipótese após o primeiro exame. Resultado normal não deve ser interpretado fora do contexto. Tomografia negativa fora da janela precoce de uma cefaleia em trovoada não possui o mesmo valor que uma tomografia tecnicamente adequada realizada nas primeiras horas. TC simples normal não exclui trombose venosa. Ausência de febre no momento do atendimento não exclui infecção. A condução segura depende de atualizar a probabilidade diagnóstica com cada novo dado, e não de tratar um resultado isolado como encerramento automático da investigação (Walton *et al.*, 2022; Saposnik *et al.*, 2024).

Quadro 4. Sequência prática para investigação de cefaleia com suspeita de causa secundária

Etapa	Pergunta clínica	Conduta
1. Avaliar gravidade imediata	Consciência, déficit focal, convulsão, sinais vitais, febre, perda visual, cefaleia em trovoada.	Estabilizar e investigar de modo urgente quando houver instabilidade ou sinal maior.
2. Procurar red flags	SNNOOP10, idade >50, câncer, imunossupressão, gestação/puerpério, trauma, papiledema.	Elevar ou reduzir a probabilidade de causa secundária.
3. Definir hipótese principal	Vascular, infecciosa, estrutural, distúrbios da pressão intracraniana, inflamatória, oftalmológica ou sistêmica.	Evitar pedidos inespecíficos.
4. Escolher o exame que responde à hipótese	TC, RM, angio-TC/angio-RM, veno-TC/veno-RM, punção lombar, ultrassonografia temporal, tonometria e exames laboratoriais direcionados.	Obter informação diagnóstica com maior rendimento.
5. Reavaliar após o resultado	Confrontar exame com tempo de evolução e probabilidade pré-teste.	Decidir se a investigação pode ser encerrada ou precisa prosseguir.
6. Definir destino e seguimento	Emergência, internação, avaliação especializada ou seguimento ambulatorial seguro.	Reduzir atraso terapêutico e perda de acompanhamento.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas no texto (2026).

3.6 SITUAÇÕES EM QUE A NEUROIMAGEM PODE SER EVITADA

A preocupação com causas secundárias não deve resultar em neuroimagem indiscriminada. Pacientes com história típica de cefaleia primária, exame neurológico normal, padrão estável e ausência de sinais de alarme geralmente não se beneficiam de tomografia ou ressonância de rotina. O ACR considera os exames de imagem usualmente inapropriados quando a cefaleia não apresenta início em trovoada, sinais de hipertensão ou hipotensão intracraniana, alteração relacionada à gestação ou periparto, piora progressiva, febre, déficit neurológico, câncer, imunossupressão, início após os 50 anos ou trauma (Utukuri *et al.*, 2023).

Essa recomendação tem duas implicações. A primeira é evitar radiação, contraste, achados incidentais e custos quando a probabilidade de doença estrutural relevante é baixa. A segunda é não confundir ausência de indicação inicial de imagem com ausência de necessidade de acompanhamento. Cefaleias que mudam de padrão, tornam-se progressivas ou passam a apresentar sinais de alarme devem ser reavaliadas, mesmo que tenham sido previamente diagnosticadas como primárias.

3.7 SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS SELECIONADAS

Quadro 5. Principais fontes de evidência utilizadas na síntese

Fonte	Tipo	Contribuição principal	Aplicação clínica
Headache Classification Committee of the International Headache Society, 2018	Classificação internacional	Define critérios de atribuição e categorias de cefaleias secundárias.	Base conceitual para distinguir cefaleia primária de secundária.
Do *et al.*, 2019	Revisão clínica	Organiza sinais de alarme no sistema SNNOOP10.	Estrutura a anamnese de risco.
Godwin *et al.*, 2019	Política clínica baseada em revisão sistemática	Avalia estratificação, TC em até 6 h e estratégias após TC negativa.	Orienta investigação da cefaleia aguda no pronto atendimento.
Perry et al., 2011	Estudo prospectivo de acurácia diagnóstica	Avalia a sensibilidade da TC de crânio realizada nas primeiras seis horas na suspeita de HSA.	Sustenta o recorte temporal clássico usado na interpretação da TC precoce em cefaleia em trovoada.
Walton *et al.*, 2022	Revisão sistemática de acurácia	TC precoce apresenta alta sensibilidade para HSA; desempenho cai após 6 h.	Ajuda a interpretar TC negativa conforme tempo de início.
Utukuri *et al.*, 2023	Critério de adequação de imagem	Define cenários de cefaleia com e sem red flags e exames apropriados.	Guia seleção racional de neuroimagem.
Hoh *et al.*, 2023	Diretriz AHA/ASA	Atualiza reconhecimento e manejo da HSA aneurismática.	Sustenta investigação urgente da cefaleia em trovoada.
Saposnik *et al.*, 2024	Statement AHA	Atualiza diagnóstico de trombose venosa cerebral e populações de risco.	Justifica estudo venoso em contextos selecionados.
Mollan *et al.*, 2018	Consenso multidisciplinar	Estrutura investigação de papiledema e hipertensão intracraniana idiopática.	Orienta RM/veno-RM e punção com pressão de abertura.
Dejaco *et al.*, 2024	Recomendação EULAR	Ultrassonografia é primeira linha em suspeita de arterite de células gigantes.	Atualiza investigação de cefaleia nova em maiores de 50 anos.
Bosch et al., 2023	Revisão sistemática e metanálise	Sintetiza a evidência de métodos de imagem na vasculite de grandes vasos que fundamentou a atualização EULAR.	Apoia a escolha de métodos de imagem na investigação de suspeita de arterite de células gigantes.
World Health Organization, 2025	Diretriz internacional	Define quando realizar imagem antes de punção lombar em suspeita de meningite.	Evita tomografia rotineira e atrasos desnecessários.
Moscona-Nissan *et al.*, 2024	Revisão sistemática	Resume apresentação e investigação da apoplexia hipofisária.	Reforça RM e avaliação hormonal urgente.

Fonte	Tipo	Contribuição principal	Aplicação clínica
Friedman *et al.*, 2022	Revisão clínica	Integra red flags, investigação dirigida e particularidades de populações selecionadas.	Apoia seleção de exames e testes laboratoriais conforme a hipótese clínica.
Nüssle *et al.*, 2021	Revisão clínica	Caracteriza glaucoma agudo de ângulo fechado como emergência oftalmológica e descreve sinais diagnósticos.	Sustenta prioridade de avaliação ocular e tonometria diante de cefaleia com olho doloroso e perda visual.
Jones *et al.*, 2025	Diretriz multidisciplinar	Define emergência hipertensiva pela associação entre elevação pressórica e lesão aguda de órgão-alvo.	Evita atribuir cefaleia à hipertensão apenas pelo valor da pressão arterial.

Fonte: elaboração própria com base nas referências citadas no texto (2026).

A força das recomendações não é uniforme entre os diferentes diagnósticos. Parte da abordagem de sinais de alarme deriva de revisões clínicas e consenso especializado, e o SNNOOP10 funciona melhor como estrutura de raciocínio do que como regra de decisão validada para excluir doença secundária. Por isso, a ausência de um item isolado não deve ser interpretada como teste negativo, especialmente em pacientes com apresentações iniciais ou atípicas (Do *et al.*, 2019; Friedman *et al.*, 2022).

Na hemorragia subaracnóidea, a elevada sensibilidade da TC realizada nas primeiras seis horas é sustentada por estudos de acurácia e revisão sistemática, mas seu desempenho depende da qualidade técnica, do momento do exame, da população estudada e da interpretação por profissionais experientes. Além disso, após TC negativa com suspeita clínica persistente, punção lombar e angio-TC apresentam vantagens e limitações distintas; a política clínica do ACEP não estabelece uma estratégia única universalmente superior, o que exige decisão contextualizada (Godwin *et al.*, 2019; Walton *et al.*, 2022).

Para condições menos prevalentes, como trombose venosa cerebral, apoplexia hipofisária e alguns distúrbios da pressão intracraniana, grande parte das recomendações decorre de estudos observacionais, revisões e documentos de consenso, uma consequência da baixa frequência e da heterogeneidade das apresentações. Assim, a investigação proposta deve ser entendida como estrutura clínica orientada por evidências, e não como algoritmo rígido aplicável de modo idêntico a todos os serviços (Mollan *et al.*, 2018; Moscona-Nissan *et al.*, 2024; Saposnik *et al.*, 2024).

4 LIMITAÇÕES

Esta revisão apresenta limitações próprias do delineamento narrativo estruturado. A busca não teve objetivo de identificar exaustivamente todos os estudos publicados, e a heterogeneidade dos temas impede comparação quantitativa entre condições com fisiopatologia, prevalência e testes diagnósticos

muito diferentes. A síntese priorizou documentos de prática clínica e estudos com influência direta sobre decisões de investigação, o que favorece aplicabilidade, mas reduz a possibilidade de avaliar formalmente risco de viés de cada recomendação.

Também existem diferenças entre sistemas de saúde quanto à disponibilidade de ressonância, neurorradiologia, ultrassonografia vascular, análise de xantocromia e atendimento especializado. Assim, a sequência de exames pode variar sem que isso represente necessariamente cuidado inadequado. O ponto central é preservar a lógica diagnóstica: reconhecer sinais de alarme, definir a hipótese prioritária, escolher o teste apropriado e reavaliar a probabilidade após cada resultado.

5 CONCLUSÃO

As cefaleias secundárias exigem uma abordagem que combine reconhecimento precoce de sinais de alarme e uso seletivo de exames complementares. O início súbito, déficits neurológicos, alteração de consciência, febre, papiledema, gestação ou puerpério, imunossupressão, câncer, trauma, cefaleia nova após os 50 anos e mudança relevante do padrão habitual são elementos que devem modificar a condução clínica e reduzir o limiar para investigação.

A tomografia sem contraste mantém papel central em apresentações agudas, especialmente na cefaleia em trovoada, enquanto a ressonância magnética oferece maior detalhamento em quadros progressivos, lesões estruturais, hipófise e distúrbios de pressão intracraniana. Angiografia e venografia devem responder a suspeitas vasculares específicas, e a punção lombar permanece fundamental na investigação de meningite, em situações selecionadas após tomografia negativa para hemorragia subaracnóidea e na avaliação de pressão de abertura.

A principal medida para reduzir erros diagnósticos é evitar dois extremos: investigar indiscriminadamente cefaleias típicas e estáveis, e encerrar prematuramente a avaliação quando existem sinais de alarme. Uma sequência clínica estruturada, com reavaliação após cada resultado, permite reconhecer emergências com maior rapidez e direcionar recursos diagnósticos para os pacientes nos quais eles realmente modificam a conduta.

REFERÊNCIAS

BOSCH, P. *et al.* Imaging in diagnosis, monitoring and outcome prediction of large vessel vasculitis: a systematic literature review and meta-analysis informing the 2023 update of the EULAR recommendations. RMD Open, v. 9, n. 3, e003379, 2023. DOI: 10.1136/rmdopen-2023-003379.

DEJACO, C. *et al.* EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update. Annals of the Rheumatic Diseases, v. 83, n. 6, p. 741-751, 2024. DOI: 10.1136/ard-2023-224543.

DO, T. P. *et al.* Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology, v. 92, n. 3, p. 134-144, 2019. DOI: 10.1212/WNL.0000000000006697.

FRIEDMAN, S. A.; MASTERS-ISRAILOV, A.; ROBBINS, M. S. Secondary Headache Disorders: Approach, Workup, and Special Considerations for Select Populations. Seminars in Neurology, v. 42, n. 4, p. 418-427, 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1757753.

GODWIN, S. A. *et al.* Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. Annals of Emergency Medicine, v. 74, n. 4, p. e41-e74, 2019. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2019.07.009.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia, v. 38, n. 1, p. 1-211, 2018. DOI: 10.1177/0333102417738202.

HOH, B. L. *et al.* 2023 guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v. 54, n. 7, p. e314-e370, 2023. DOI: 10.1161/STR.0000000000000436. Errata em: Stroke, v. 54, n. 12, p. e516, 2023. DOI: 10.1161/STR.0000000000000449.

JONES, D. W. *et al.* 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology, v. 86, n. 18, p. 1567-1678, 2025. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.05.007.

MOLLAN, S. P. *et al.* Idiopathic intracranial hypertension: consensus guidelines on management. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, v. 89, n. 10, p. 1088-1100, 2018. DOI: 10.1136/jnnp-2017-317440.

MOSCONA-NISSAN, A. *et al.* Diagnosis and treatment of pituitary apoplexy, a true endocrine emergency. Archives of Medical Research, v. 55, n. 4, 103001, 2024. DOI: 10.1016/j.arcmed.2024.103001.

NÜSSLE, S.; REINHARD, T.; LÜBKE, J. Acute Closed-Angle Glaucoma - An Ophthalmological Emergency. Deutsches Ärzteblatt International, v. 118, n. 45, p. 771-780, 2021. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0264.

PERRY, J. J. *et al.* Sensitivity of computed tomography performed within six hours of onset of headache for diagnosis of subarachnoid haemorrhage: prospective cohort study. BMJ, v. 343, d4277, 2011. DOI: 10.1136/bmj.d4277.

SAPOSNIK, G. *et al.* Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a scientific statement from the American Heart Association. Stroke, v. 55, n. 3, p. e77-e90, 2024. DOI: 10.1161/STR.0000000000000456.

UTUKURI, P. S. *et al.* ACR Appropriateness Criteria Headache: 2022 update. Journal of the American College of Radiology, v. 20, n. 5S, p. S70-S93, 2023. DOI: 10.1016/j.jacr.2023.02.018.

WALTON, M. *et al.* Management of patients presenting to the emergency department with sudden onset severe headache: systematic review of diagnostic accuracy studies. Emergency Medicine Journal, v. 39, n. 11, p. 818-825, 2022. DOI: 10.1136/emermed-2021-211900.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-010804-2. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240108042. Acesso em: 3 out. 2026.