

Cefaléias e Algas da Face

As questões mais importantes a serem respondidas durante a abordagem de qualquer paciente com cefaléia são:

1. A cefaléia é primária ou secundária?
2. Se a cefaléia for primária, qual é o tipo?
3. Se a cefaléia for secundária, qual é a causa?

Para que estas perguntas sejam corretamente respondidas, pode-se utilizar os parâmetros abaixo expostos, sob a forma de perguntas:

Perguntas importantes:

- Como a cefaléia surge: súbita ou lentamente e em que ocasiões.
- Existem sinais de alerta, sintomas premonitórios (bocejos, poliúria, alterações de humor) ou aura?
- Qual é o sítio, a irradiação e a qualidade da dor?
- Quais são os sintomas associados (náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia, osmofobia, diarréia ou agravamento por movimentos)?
- Existem fatores desencadeantes (tosse, esforço físico, atividade sexual)?
- O que piora a cefaléia (incliná-la, deitar-se, repouso)?
- Qual medicação está sendo atualmente utilizada e quais já foram utilizadas no passado, para ataques e prevenção da cefaléia?
- Como a cefaléia afeta a sua atividade diária?
- Existem doenças atuais ou pretéritas de relevância?
- Existe história familiar?
- Existem questões ocupacionais ou emocionais envolvidas com a cefaléia?

Causas de Cefaléia Secundária:

- Tumores cerebrais primários
- Tumores cerebrais metastáticos
- Abscesso cerebral
- Hematoma subdural
- Hemorragia intracraniana
- Hemorragia subaracnóidea
- Meningite
- Arterite temporal
- Hipertensão
- Hidrocefalia
- Glaucoma
- Etc... Etc...Etc...

Os Principais Sinais de alerta na cefaléia, que podem indicar uma Cefaléia Secundária, são:

- Início súbito de cefaléia severa (hemorragia subaracnóidea).
- Febre associada a cefaléia (meningite).
- Rigidez de nuca (meningite).
- Cefaléia que acorda o paciente a noite (tumor cerebral).
- Cefaléias novas que iniciam após os 50 anos de idade (tumor cerebral).
- Acentuada alteração na frequência e caráter da dor (tumor cerebral).
- Dor associada com disfunção cognitiva (tumores e hematomas).
- Cefaléia associada a convulsões ou sinais neurológicos focais (tumores, encefalite e hematomas).
- Dor associada à sensibilidade local, tal como na artéria temporal (arterite temporal).
- Cefaléia que apresenta sempre a mesma localização (tumores, lesões ósseas).

Observe que as situações acima são boas indicações para se realizar exame de imagem (tomografia ou ressonância magnética) ou estudo liquorico!

Para que se possa realizar um adequado estudo do diagnóstico diferencial das cefaléias, é de fundamental importância que se tenha em mente os critérios diagnósticos propostos pela International Headache Society (IHS), tal como exposto abaixo:

CLASSIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS (IHS – 2003):

1. Migrânea:

- ✓ Sem Aura.
- ✓ Com Aura.

2. Cefaléia Tipo Tensional:

- ✓ Episódica
- ✓ Crônica

3. Cefaléia em Salvas:

- ✓ Episódica
- ✓ Crônica

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA MIGRÂNEA SEM AURA:

- a. Pelo menos cinco crises preenchendo critérios B a D.
- b. Duração de 4 a 72 horas.
- c. Pelo menos duas das características abaixo:
 1. Unilateral.
 2. Pulsátil.
 3. Intensidade moderada a severa.
 4. Piora com atividade física rotineira.
- d. Durante a cefaléia pelo menos um dos seguintes:
 1. Náusea ou vômitos.
 2. Fotofobia e fonofobia.
- e. A cefaléia não pode ser atribuída a outro transtorno.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA MIGRÂNEA COM AURA:

- a. Pelo menos duas crises preenchendo critério B.
- b. Pelo menos três das seguintes quatro características:
 1. Um ou mais sintomas de aura completamente reversível, com características positivas (Ex: escotomas cintilantes) ou negativas (Ex: perda visual).
 2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis com características positivas (Ex: formigamento) ou negativas (Ex: dormência).
 3. Disfasia completamente reversível.
- c. Pelo menos dois dos seguintes:
 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais.
 2. Pelo menos um sintomas de aura desenvolvendo-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em \geq minutos.
 3. Cada sintomas dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos.
- d. Cefaléia preenche os critérios B a D para Migrânea sem Aura.
- e. A cefaléia não pode ser atribuída a outro transtorno.

Fisiopatologia Resumida da Migrânea:

Ocorre sensibilização e ativação dos neurônios do V par em indivíduos geneticamente suscetíveis. Isto acarreta uma inflamação neurogênica com extravasamento de proteínas plasmáticas (substância P, peptídeo geneticamente relacionado a calcitonina e neurocininas) dos vasos inervados pelo trigêmeo. Seguindo a ativação dos neurônios

trigeminovasculares, ocorre a sensibilização central em neurônios de segunda ordem, no tronco cerebral, causando alodínea cutânea. Estudos de imagem funcional sustentam a hipótese de que existe uma depressão alastrante cortical durante a aura migranosa, que se correlaciona com uma fase de oligoquemia alastrante, sendo que a depressão alastrante cortical ativa o sistema trigeminal.

Tratamento da Migrânea

- Tratamento abortivo
- Tratamento profilático

Tratamento Abortivo da Migrânea:

● **Dor leve a moderada → Antiinflamatórios ou analgésicos**

- Naproxeno 500mg VO.
- Ibuprofeno 600mg VO.
- Tenoxicam 20mg VO.
- Paracetamol 1g VO.
- Repetir a cada 3 ou 4 horas.

● **Dor intensa → Derivados ergotamínicos**

- Causam vasoconstrição.
- São formalmente contraindicados nos casos de insuficiência coronariana e insuficiência arterial periférica, bem como nas hipertensões de difícil controle.
- Considerar o risco de desenvolver ergotismo quando do uso crônico deste tipo de medicamento.
- Principais medicamentos:
- Diidroergotamina = 0,5 a 1mg VO (não exceder 3mg/crise).

- Tartarato de ergotamina = 1 a 2mg VO (não exceder 6mg/crise).
- Repetir a dose após 20 a 30 minutos se não houver melhora, até 6 tomadas.

● **Dor intensa → Triptanos**

- São agonistas dos receptores 5HT.
- Provocam vasoconstrição.
- Inibem a depressão alastrante.
- Inibem ativação do sistema trigêmio-vascular.
- Podem ser usados até 3 vezes em 24h.
- Efeitos colaterais → sensação de calor no tórax, parestesias, opressão pré-cordial, tontura, sonolência, ansiedade.
- Contra-indicações → doença vascular encefálica, insuficiência coronariana, hipertensão severa, migrânea hemiplégica ou basilar.
- Interação medicamentosa → ergotamina, inibidores da MAO.
- Principais medicamentos:
Sumatriptano = tabletes de 25, 50 e 100mg – injeção de 6mg – Spray nasal de 10 e 20mg.
Naratriptano = tabletes de 2,5mg.
Zolmitriptano = tabletes de 2,5mg.
Rizatriptano = tabletes de 5 e 10mg.

Regras Para a Profilaxia da Migrânea:

- Considere que o uso excessivo de analgésicos pode tornar o paciente refratário aos medicamentos profiláticos.
- Elaborar um diário da migrânea.
- Considerar a profilaxia nos casos em que ocorram de 2 a 8 ataques por mês, a severidade dos mesmos e a dificuldade para suportá-los.

- Sempre que possível utilizar monoterapia.
- Fazer os seguintes questionamentos: Foram usadas doses adequadas nas profilaxias anteriores? Qual foi a duração do tratamento anterior? Em algum momento foram associados analgésicos e ergotamina? Quais foram os efeitos colaterais dos tratamentos anteriores ?
- Manter o tratamento profilático por 4 a 6 meses, a partir do momento em que o paciente refira melhora dos sintomas com a medicação.
- Orientar ao paciente que evite fatores desencadeadores.
- Orientar exercícios físicos.
- Terapia de relaxamento.

Tratamento Medicamentoso Profilático da Migrânea:

Propranolol:

- Contra-indicado em asmáticos, bradicardia sinusal, BAV de 2º e 3º grau.
- Pode causar astenia, cansaço e hipotensão postural.
- Utilizam-se doses até 240mg/dia
- Outros beta-bloqueadores podem ser utilizados, tais como atenolol (50 - 100mg/dia), metoprolol (50 - 100mg/dia), nadolol (40 - 160mg/dia).

Flunarizina:

- Pode causar astenia, ganho de peso, depressão e parkinsonismo, embora geralmente seja bem tolerado.
- Utiliza-se entre 5 e 10mg/dia.

Divalproato de Sódio:

- É indicado na migrânea crônica, cefaléia por uso excessivo de medicação, migrânea refratária, cefaléia em salvas refratária,

hemicrania paroxística refratária, e SUNCT refratário.

- Contra-indicado quando o paciente apresentar disfunção hepática significativa.
- Os principais efeitos colaterais são: náusea, astenia, sonolência, aumento de peso, perda de cabelo, tremor e tontura.
- Pode ser útil em paciente com migrânea e epilepsia ou distúrbio bipolar.
- A dose recomendada é de 500 a 1000mg/dia.

Topiramato:

- Os efeitos colaterais são: sonolência, fadiga, diminuição do apetite, parestesias de mãos e pés, lentificação psicomotora; dificuldade de fala, concentração e memória.
- Pode ser útil em paciente com migrânea e que apresentam distúrbio bipolar, obesidade, tremor essencial e epilepsia.
- Inicia-se com 25mg duas vezes ao dia, aumentando-se 25mg a cada 7 ou 14 dias até se atingir, conforme a necessidade, uma dose de 100mg 2 vezes ao dia.

Gabapentina:

- Efeitos colaterais incluem sonolência, tontura, astenia e ataxia.
- Pode ser útil em paciente que também apresentam epilepsia ou tremor essencial.
- Utilizam-se doses de 2400 a 3600mg/dia, em três doses divididas.

Venlafaxina:

- Efeitos colaterais incluem insônia, ganho de peso, torpor e sonolência.
- Utiliza-se dose de 75 a 150mg/dia.

Antidepressivos tricíclicos:

- Amitriptilina e nortriptilina são os mais usados.
- Pode causar xerostomia, tremor, e sedação.
- Iniciar sempre com doses baixas (12,5 a 25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.

Pizotifeno (Sandomigran®) ou Ciproheptadina (Periatin®):

- Indicado quando o paciente não possui problemas e obesidade.
- Pode acarretar sonolência.
- Utilizam-se as seguintes doses: pizotifeno 0,5 a 1,5mg/dia e ciproheptadina 8 a 16mg/dia.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA AS VÁRIAS FORMAS DE CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL:

- a. Pelo menos 10 episódios prévios de cefaléia preenchendo os critérios B - D listados a seguir. Número de dias com cefaléia entre 1 e 14 por mês.
- b. Cefaléia com duração de 30 minutos a 7 dias.
- c. A dor deve ter pelo menos duas das seguintes características:
 1. Dor de qualidade compressiva ou opressiva (não pulsátil).
 2. Intensidade leve a moderada (pode limitar, mas não impede a realização das atividades).
 3. Localização bilateral.
 4. Não se agrava por subir escadas ou por algum outro tipo similar de atividade.
- c. Ambos os seguintes:
 1. Sem náusea ou vômitos (anorexia pode ocorrer).

2. Fotofobia e fonofobia estão ausentes, ou somente um destes.
- d. A cefaléia não pode ser atribuída a outro transtorno.

Cefaléia Tensional do Tipo Episódica:

- a. Pelo menos 10 episódios prévios de cefaléia. O número de dias por ano com esta cefaléia < 180 (< 15/mês).
- b. A duração da cefaléia é de 30 minutos a 7 dias.

Cefaléia Tensional do Tipo Crônica:

- a. A frequência média das cefaléias é ≥ 15 dias/mês (≥ 180 dias/ano) por ≥ 6 meses.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CEFALÉIA EM SALVAS:

- a. Pelo menos cinco crises preenchendo critérios B - D.
- b. Dor orbitária, supraorbitária ou temporal severa unilateral, durando de 15 a 180 minutos quando não tratada.
- c. A cefaléia é associada a pelo menos um dos seguintes sinais, que deve estar presente no lado da dor:
 1. Sufusão Conjuntival
 2. Lacrimejamento
 3. Congestão nasal
 4. Rinorréia
 5. Sudorese Facial
 6. Miose
 7. Ptose
 8. Edema Palpebral
- d. Frequência dos ataques: de 1 a cada 2 dias até 8 por dia.
- e. Pelo menos um dos seguintes:
 1. História e exame clínico não sugerem cefaléia secundária.
 2. História e/ou exame clínico sugerem uma cefaléia secundária, mas esta

hipótese é descartada por exames complementares.

3. Existe doença orgânica ou metabólica sistêmica, mas os ataques de cefaléia tensional não aconteceram pela primeira vez em relação temporal próximo a esta doença.

Cefaléia em Salvas Episódica:

- a. Ocorre em períodos durando de 7 dias a 1 ano, com intervalos sem dor que duram \geq 14 dias.

Cefaléia em Salvas Crônica:

- a. Ataques ocorrem por mais de 1 ano sem remissão ou com remissões que duram $<$ 14 dias.

Considere que um dos principais diagnósticos diferenciais da Cefaléia em Salvas é a **Hemicrania Paroxística**, que pode ser diferenciada pelas seguintes características.

Cefaléia em Salvas:

- Ocorre em 0,4% da população.
- Acomete 8 homens x 1 mulher.
- Início entre 20 e 40 anos.
- Desencadeado por álcool ou drogas vasodilatadoras.
- Raramente com história familiar.

Hemicrania Paroxística:

- Duração menor (3 a 46 minutos, em média 13 minutos).
- Maior frequência (10 a 20 crises/dia).
- Início ao redor dos 30 anos.
- Mais freqüente em mulheres.
- Importante resposta ao uso de indometacina.
- Pode ser considerado um raro subtipo de Cefaléia em Salvas Crônica.

Tratamento da Cefaléia Tensional

- Tratamento abortivo
- Tratamento profilático

Tratamento Abortivo da Cefaléia Tensional:

Quando o quadro doloroso é ocasional, opta-se pelo uso de paracetamol ou de antiinflamatórios, normalmente com boa resposta.

Lembrar sempre que o uso diário de analgésicos pode redundar em cefaléia de rebote (cefaléia medicamentosa), que ocorre sempre quando o efeito do analgésico diminui. Isto predispõe à Cefaléia Crônica Diária.

Tratamento Medicamentoso Profilático da Cefaléia Tensional:

Antidepressivos Tricíclicos:

- Podem causar xerostomia, tremor, e sedação.
- Iniciar sempre com doses baixas (12,5 a 25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.
- Dentre os tricíclicos, o mais utilizado é a amitriptilina.

Fluoxetina:

- Possui ação anoréxica
- Alguns estudos mostram sua eficácia na profilaxia da cefaléia tensional
- Dose de 20 a 60mg/dia/ manhã

O tratamento da Cefaléia em Salvas

Crises de Cefaléia em Salvas:

- Sumatriptano Injetável SC
- Sumatriptano Spray nasal

- Tartarato de ergotamina SL
- Diidroergotamina injetável
- Oxigênio a 100%
-

Cefaléia em Salvas Episódica:

- Verapamil
- Prednisona
- Metisergida
- Carbonato de lítio

Cefaléia em Salvas Crônica:

- Carbonato de lítio
- Verapamil
- Metisergida

Cefaléia Crônica Diária (CCD)

- Cefaléia em 15 ou mais dias/mês por mais de 3 meses.
- Considere sempre a presença de Red Flags, que podem indicar HIC, infecções, tumores ou uso excessivo de medicamentos.

Epidemiologia da Cefaléia Crônica Diária

- 20% dos casos são primários.
- 80% são evolução de outras cefaléias.
- 35 a 40% dos pacientes em centros de referência possuem CCD.
- 70% dos pacientes com CCD possuem migrânea crônica ou transformada.
- Cefaléia tensional crônica pura é raro.

Classificação da Cefaléia Crônica Diária

- Cefaléias de curta duração (< 4 horas)
 - Cefaléia em salvas crônica
 - Hemicrania paroxística crônica
 - Cefaléia hipóica

- Cefaléias de longa duração (> 4 horas)
 - Migrânea crônica
 - Cefaléia tensional crônica
 - Hemicrania contínua
 - Cefaléia diária nova persistente

Fatores de risco para Cefaléia Crônica Diária

- TCE
- Uso excessivo de medicamentos
 - Cafeína, Analgésicos, Ergotamínicos, Opióides
- Comorbidades psiquiátricas
 - Depressão, Ansiedade, Distúrbio Bipolar, distúrbio do sono
- Eventos estressantes
 - Problemas de relacionamento, mudanças, problemas com crianças, etc.

Características da Cefaléia por Excesso de Medicamentos

- A frequência da cefaléia aumenta com o tempo.
- O paciente acorda de madrugada com cefaléia.
- A cefaléia perde o seu padrão.
- O limiar de dor é baixo para os estímulos.
- Uso de crescentes doses de medicamentos.
- É previsível a ocorrência da cefaléia após a última dose dos medicamentos.

Crítérios da Cefaléia Por Excesso de Medicamentos

- Cefaléia presente por > 15 dias/mês, conforme critérios C e D.
- Uso regular de medicamentos por > 3 meses

- A. Ergotamina, triptanos, opióides e analgésicos combinados > 10 dias/mês.
- B. Analgésicos > 15 dias/mês.
- Cefaléia piora acentuadamente durante o período de uso do (s) medicamentos (s).
- A cefaléia se resolve ou reverte ao seu padrão prévio dentro de 2 meses após descontinuar a droga.

Neuralgia do Trigêmeo

- Crises paroxísticas de dor com duração de segundos a 2 minutos, afetando uma ou mais divisões do n. Trigêmeo (II ou III).
- A dor tem pelo menos uma das seguintes características:
 - Intensa, aguda, superficial ou em pontada.
 - Desencadeada por estímulos nociceptivos em áreas de gatilho.

Tratamento da Neuralgia do Trigêmio

- Carbamazepina 600 – 1000mg/dia
- Fenitoína 200 – 300mg/dia.
- Gabapentina 400 – 600mg/3 x dia.
- Pregabalina 150 a 300mg/dia.
- Em casos refratários, pode-se indicar procedimento ciruúrgico.