

RESUMOS DE ARTIGOS

Cefaléia cervicogênica: uma comparação com migrânea e cefaléia tensional

Vincent MB, Luna RA
Cephalalgia 1999;19 suppl 25:11-16

Objetivo: Testar a acurácia dos critérios diagnósticos da SIC para migrânea (M) e cefaléia tipo tensional (CTT) e os critérios cefaléia cervicogênica (CC) de Sjaastad e col. **Introdução:** Cefaléia cervicogênica (CC) é uma síndrome cuja cefaléia é gerada no pescoço. Os ataques podem ser similares aos da migrânea (M) ou cefaléia tipo tensional (CTT). Para Sjaastad, a cefaléia cervicogênica tem um padrão de reação muito bem definido. A dor tipicamente se inicia em áreas da nuca e região occipital, espalhando-se para a região frontal do mesmo lado, onde se torna intensa, e, se a dor é predominantemente unilateral, ela é sempre do mesmo lado. Os ataques podem ser provocados por movimentos do pescoço e pressão digital sobre o nervo occipital maior ou área de C2.

Material e Método: Os pacientes do estudo apresentavam apenas um tipo de cefaléia, sendo que 65 deles apresentavam migrânea sem aura, 29 com cefaléia tipo tensional e 33 com cefaléia cervicogênica.

Os pacientes com CC foram testados para M e CTT pelos critérios da SIC, e os pacientes com M e CTT foram testados para CC de acordo com os critérios de Sjaastad.

A movimentação do pescoço foi considerada anormal se o paciente fosse incapaz de rodar a cabeça 90 graus (alinhando o queixo com o ombro), se fosse incapaz de estender a cabeça até a frente ficar na horizontal ou ser incapaz de fletir a cabeça e encostar o queixo no tórax (critério IIc para CC).

O teste do quiquadrado ou de Fisher foi usado para comparar critérios diagnósticos. A análise das diferenças (ANOVA) foi usada para comparar o número total de critérios para CC, idade, idade de início (dado é mostrado como média com desvio padrão (DP) entre os três grupos. O número de critério para CTT e M foram comparados usando-se o teste U de Mann-Whitney. O melhor critério de diferenciação entre os três tipos de cefaléias foi selecionado usando-se análise de regressão logística. Diferenças com $P < 0.05$ foram consideradas significativas.

Resultados: Apenas 30% dos pacientes com CC preencheram critérios para M, 3% preencheram critérios para CTT, e 66% não preencheram para M ou CTT. A média do número dos critérios preenchidos para sexo, idade, idade de início também foi analisada, e os resultados indicaram desigualdade entre os três tipos de cefaléia. Os aspectos diferenciais mais importantes foram: o local e a irradiação da dor, o padrão temporal e a indução dos ataques pela postura e movimentos ou pressão digital do pescoço.

Conclusão: O autor conclui que a CC difere claramente da M e CTT e que os critérios existentes distinguem adequadamente os três tipos de cefaléia.

Dose, eficácia e tolerabilidade do tratamento a longo prazo da hemicrânia paroxística crônica e hemicrânia contínua com indometacina

Pareja JA, Caminero AB, Franco E, Casado JL,
Pascual J & Sánchez del Río M
Cephalalgia 2001;21:906-913

A indometacina é a única droga que comprovadamente promove alívio dos sintomas no Hemicrânia Paroxística Crônica (CPH) e Hemicrânia Contínua (HC). São doenças onde o risco do reaparecimento dos sintomas, devido à retirada da droga, requer a continuidade da indometacina por um indeterminado período de tempo. Isso aumenta os riscos de efeitos colaterais e diminui a eficácia; em outras palavras: pode ser necessário aumento da dose ou os efeitos adversos podem levar à descontinuidade do uso. Quase nada se conhece sobre o prognóstico do tratamento a longo prazo para o CPH e HC com a indometacina.

Objetivo: Investigar as prováveis mudanças na dose ao longo do tempo e segurança do tratamento com indometacina na HC e CPH.

Métodos: Foram estudados 26 pacientes, seguidos por um período entre um a 11 anos (média 3,8a). O diagnóstico foi feito de acordo com os critérios de Bordini et al para HC em 16 pacientes e da IHS para CPH em dez pacientes. Para iniciar o tratamento foram excluídos os que tinham sintomas gastrointestinais e intolerância aos AINHS. Foram feitas avaliações renal e hepática. Os pacientes eram informados dos efeitos colaterais da indometacina e orientados a procurar imediatamente o médico caso eles ocorressem. Todos tinham cefaléia unilateral e reposta à indometacina. Dose de início 25 mg cada 8 horas e retornaram à clínica em 1-2 semanas.

Nos pacientes assintomáticos, a dose era diminuída ao mínimo para que o paciente ficasse sem dor. Se o paciente tinha dor, a dose era aumentada até o máximo de 150mg/dia. Todos os pacientes mantinham a dose efetiva inicial por seis meses, depois era dada a opção de diminuição da dose, 25mg/dia a cada semana até a retirada, a menos que os sintomas reaparecessem. No caso da exacerbação dos sintomas, os pacientes eram orientados para aumentar a dose para no máximo 150mg/dia. Visitas de seguimento eram realizadas a cada 3-12

meses. O teste de Mann Withney foi usado para comparação entre os grupos.

Resultados: Cem por cento dos pacientes tiveram completo controle dos sintomas em aproximadamente três dias na dose média de 75mg/d; 22% dos pacientes: (sete de dezesseis HC e quatro de dez CPH) tiveram uma significativa redução (56%) na dose efetiva da indometacina depois de 3,8 anos. Oito pacientes com HC (50%) e seis pacientes (60%) com CPH não tiveram mudanças significativas nas doses. Um paciente com HC precisou de aumentar a dose de 75 mg para 100 mg depois de 16 meses. Foi notado que os pacientes com diminuição da dose eram mais idosos do que os que mantinham a mesma dosagem. Efeitos Colaterais: Cinco pacientes (31%) na HC: uma amenorréia, um aumento TGO e TGP (descontinuaram o tratamento) e três desconforto gástrico (não houve necessidade de interrupção do tratamento – introduzido ranitidina). Após a interrupção, os sintomas voltaram num dos pacientes após seis meses. Dois pacientes na CPH: (20%) desconforto gástrico resolvido com ranitidina.

Conclusão: Pacientes com HC ou CPH podem esperar eficácia sustentada no tratamento com indometacina sem desenvolver tolerância. Redução da dose pode ser esperada em boa porcentagem. Estes efeitos podem ser atribuídos ao curso natural da doença ou do efeito da indometacina na patogênese. Entretanto, estudos mais aprofundados são necessários para esclarecer esta hipótese.

Estudo Våga de epidemiologia da cefaléia II. Cefaléia em facadas: manifestações

Sjaastad O, Pettersen H, Bakketeig LS
Acta Neurol Scand 2002;105(1):25-31

No presente trabalho descrevem-se as características clínicas da Cefaléia Idiopática em Facadas numa população norueguesa da cidade de VÅGA.

Dos 1.838 entrevistados, 627 referiram ter tido, alguma vez na vida, este tipo de cefaléia. Destes, 68% referiam pontadas únicas, 4% salvas de pontadas e 28% os dois tipos de apresentação. A maioria teve poucas pontadas durante a vida. Excepcionalmente foram referidas muitas pontadas no dia ou em uma hora. Localização predominante foi a anterior do crânio na proporção de 2,6:1 posterior. A intensidade, moderada. Movimentos do pescoço e manobra de Valsalva foram referidos como precipitantes. Apareciam o mais das vezes bilateralmente, mas as unilaterais mudavam de lado ou não. As cefaléias benignas em pontadas são mais frequentes do que se imaginava, em geral são raras durante a vida dos padecentes e surgem entre longos intervalos de tempo. Podem ser acompanhadas de vocalizações ou mioclonias localizadas "jolts". Podem surgir em áreas não-trigeminais.

Migrâneas e Cefaléias, vol 5, nº 1, abril/maio/junho 2002

Cefaléias primárias: uma convergência de hipóteses

Cady R, Schreiber C, Farmer K, Sheftell F
Headache 2002; 42(3):204-16

Os autores revisaram detalhadamente os sintomas referidos por pacientes com Migrânea e Cefaléia do Tipo Tensional. Acharam que as semelhanças entre as duas entidades eram maiores que as diferenças. Concluíram que poderia haver passos fisiopatogênicos em comum e procuraram emitir uma hipótese nova sobre os eventos neurofisiológicos envolvidos nessas cefaléias primárias. Supõem que possa haver dentro do SNC processos fisiopatogênicos escalonados começando pelos sintomas premonitórios, progredindo para cefaléia tipo tensional e, se o processo não for interrompido, surgirá a crise migranosa característica.

Acreditam que as cefaléias secundárias também poderiam ser explicadas por esse modelo. Doenças dos seios da face, da articulação têmporo-mandibular poderiam ativar mais ou menos essa cascata de ventos e provocar cefaléia que poderiam preencher critérios para tipo tensional ou migrânea.

NOTA: Sem dúvida, é uma hipótese tentadora, pois quem atende cefaléia toda hora percebe bem como estão certas as considerações quanto às apresentações clínicas desses dois tipos de cefaléia.

Migrânea numa clínica especializada em menopausa

MacGregor EA, Barnes D
Climateric 1999; 2(3):218-23

Os autores perceberam que mulheres que freqüentam clínicas especializadas em menopausa contam muitos sintomas, mas se esquecem de referir cefaléia. Tal observação motivou o presente estudo epidemiológico. Entrevistaram 74 mulheres do Ambulatório de Menopausa do Hospital São Bartolomeu em Londres, oportunidade para inquirir sobre o sintoma. Encontraram prevalência de cefaléia nos últimos três meses de 57%. Destas, 29% tinham migrânea associada a elevado grau de comprometimento das atividades no dia da crise; 80% tinham mais de uma crise por mês e 75% referiam ser os ataques de forte intensidade. Em 50% dos ataques, a duração era maior que 24 horas. Concluem que os médicos que atendem esse grupo de mulheres têm que ser motivados para avaliar as cefaléias, pois o comprometimento da qualidade de vida é bastante considerável. Os cuidados com mulheres pré-ou menopausadas devem incluir estratégias para prevenir as crises

31

através da correta indicação de terapia de reposição hormonal adequada ou outras estratégias de profilaxia da migrânea.

Cefaléia do tipo tensional e tensão muscular: há um papel para o magnésio (?)

Altura BM, Altura BT
Med Hypotheses 2001; 57(6):705-13

Os autores não estão satisfeitos com as diversas hipóteses fisiopatogênicas da Cefaléia do Tipo Tensional. Com isso, estratégias terapêuticas para tal sintoma não estão bem sedimentadas. Formulam uma nova hipótese baseada em estudos sobre o metabolismo do magnésio nos padecentes deste distúrbio. Referem que medidas dos níveis de Mg ionizado no soro e dos níveis de Mg livre intracelular cerebral fornecem dados para se estabelecerem hipóteses válidas. Consideram que 70% dos pacientes com Cefaléia do Tipo Tensional têm associadamente dor e maior sensibilidade muscular. Estes sintomas estão associados a um estado crônico de deficiência de magnésio por problemas de metabolismo ou ingestão deficiente. Consideram que a Cefaléia do Tipo Tensional está associada a problemas de tensão muscular mais do que qualquer outro tipo de cefaléia. Referem ainda que a suplementação de magnésio, nestes pacientes, trazem grandes benefícios em muitas dessas situações. Terminam sugerindo estudos do metabolismo do magnésio em pacientes com cefaléia do tipo tensional e tensões musculares, além de estudos duplo-cego, placebo controlados, para validação desta hipótese.

NOTA: os autores, seguramente, têm conceito de Cefaléia do Tipo Tensional diferente do recomendado pela Sociedade Internacional de Cefaléia, pois valorizam muita a associação dela com problemas do tipo tensão muscular. Tal associação não está sendo mais aceita pela maioria dos estudiosos do assunto.

Nefazodone para cefaléia crônica diária Profilaxia: um estudo aberto

Joel R Saper, MD, FACP; Alvin E Lake III, PhD;
Stewart J Tepper, MD
Headache 2001; 41:465-474

Objetivo: Avaliar a eficácia, tolerabilidade e segurança do nefazodone como agente profilático da cefaléia crônica diária.

Introdução: A serotonina (5HT) desempenha importante papel na patogênese da migrânea através da diversidade de subtipos de neurorreceptores. A família 5HT1 é inibidora e o

5HT1B/1D agonista encontra-se no triptanos disponíveis para tratamento agudo da migrânea. Em contraste, os receptores 5HT2 são importantes mediadores de hiperexcitabilidade neuronal. Estimulação dos receptores 5HT2 potencializa a transmissão nociceptiva.

A evolução da migrânea intermitente para cefaléia crônica diária nos casos de abuso de analgésicos tem sido vinculada a uma regulação para cima dos receptores 5HT2, embora outros mecanismos possam estar envolvidos. Existem diferenças significativas em receptores 5HT2A nas plaquetas dos pacientes com migrânea e na migrânea transformada, e também entre os pacientes com migrânea intermitente e os controles sem cefaléia. Muitas medicações efetivas na profilaxia da migrânea possuem em comum o antagonista 5HT2. É possível que outras medicações com efeito inibidor do 5HT2 possam mostrar significativo efeito profilático na migrânea e cefaléia crônica diária. Hidroclorido de nefazodone é um antidepressivo fenilpiperazina com mecanismos distintos de ação. É um potente agonista seletivo de 5HT2 que bloqueia moderadamente a recaptção da serotonina e noradrenalina/norepinefrina, com mínima afinidade para colinérgicos, histamina ou receptores alfa 1 adrenérgicos. Embora pesquisas tenham evidenciado ser um antidepressivo efetivo com boa tolerabilidade e perfil seguro, seu papel potencial na profilaxia da cefaléia não havia sido testado.

Metodologia: Este foi um estudo aberto em dois centros com linha de base de quatro semanas, seguimento durante 12 semanas de tratamento com nefazodone com dose mediana de 300 mg (média de 303.66 +/- 65.57) variação de 100 mg a 450 mg dependendo da tolerabilidade. Pacientes requeridos relataram mais de 15 dias de cefaléia/ mês nos últimos três meses antes da seleção. Apenas pacientes com 15 dias de cefaléia durante a linha de base foram incluídos (N=52). A maioria dos pacientes (48) ou 98% tinha história de migrânea pelos critérios da SIC, sendo que 35 pacientes (67%) tinham migrânea sem aura e 13 (25%) tinham migrânea com aura. Quatro pacientes tinham cefaléia tipo tensional, mas com características migranosas (intensidade moderada com foto e fonofobia).

Resultados: Melhora significativa foi demonstrada pelas medidas dos diários de cefaléia, com níveis de significância variando de $P < .0001$ para média de intensidade, duração, índice ia (intensidade x duração), pico de intensidade, dias de cefaléia por semana, e $P < .0051$, para dias de medicação de resgate. Durante o último mês de tratamento, 71% dos pacientes completaram o estudo (41 pac) pelo menos 50% de redução no índice de cefaléia comparado com a linha de base, e 59% (24 pac) haviam melhorado 75%. A escala analógica visual completada a cada quatro semanas de intervalo mostrou melhora significativa dos pacientes para todos os índices dos estados de cefaléia, qualidade de vida, sono, humor ($P < .00001$) função sexual ($P < .00053$). Melhora significativa também foi observada para o índice de incapacitação pela dor ($P < .00007$), Inventário para Depressão de Beck-II ($P < .00001$), Escala Padrão Psiquiátrica de Hamilton para ansiedade ($P < .00007$), Escala Padrão para

Depressão de Hamilton($P < .0008$). Índices de cefaléia para pacientes no quartil superior na Escala para Depressão e Ansiedade (depressão clínica/ansiedade) não diferem de outros pacientes durante a linha de base. Entretanto, pacientes que estavam deprimidos e ansiosos mostraram melhora significativa no curso de 12 semanas de tratamento ($P < .0006$ ou menos para Escala de Depressão, $P < .026$ para ansiedade).

Efeitos adversos: Fadiga (16 pac/34,04%), sendo sete leves, sete moderadas e duas severas; náuseas (13pac/27,66%), sendo seis leves, sete moderadas e duas severas; boca seca (12 pac/25,33%) sendo quatro leves, sete moderadas e uma severa; distúrbio do sono (7 pac/14,89%), sendo um leve e cinco moderados; vertigem (10 pac/21,27%); irritabilidade, nervosismo, visão borrada, sedação (em cinco pacientes para cada sintoma). Apenas cinco dos 52 pacientes descontinuaram o estudo pelos efeitos adversos: cefaléia – dois; náuseas, distúrbio do sono, sensação de drogado – um paciente de cada.

Conclusão: Os autores concluem que os resultados preliminares obtidos dão suporte para a eficácia do nefazodone na profilaxia da cefaléia crônica diária. Nesta amostra, o nefazodone foi seguro e geralmente bem tolerado. Os índices da função sexual dos pacientes melhoraram no curso do tratamento, em contraste com o que é geralmente observado com muitos antidepressivos. O nefazodone pode ser particularmente benéfico para pacientes com cefaléia crônica diária e depressão como comorbidade. Maiores investigações estão indicadas.

Hemorragia subaracnóidea: causas, manifestações clínicas e tratamento

Valença MM; Valença LPAA
Neurobiologia 2000;63:97-104

Neste estudo, os autores enfatizam que o diagnóstico da cefaléia associada à hemorragia subaracnóidea (HSA) deve ser sempre lembrado ao se examinar um paciente com queixa de dor de cabeça de início repentino e/ou não-usual, particularmente em um Serviço de Emergência Médica. Estima-se que 1% da população terá uma ruptura aneurismática cerebral durante o curso da vida e, na metade destes, a causa da morte será HSA. Como a HSA espontânea representa um sangramento intracraniano, há um risco iminente de morte súbita pela alta probabilidade de haver ressangramento, no caso do aneurisma cerebral.

O quadro neurológico na HSA é dramático; em geral, o indivíduo queixa-se de cefaléia de início súbito, de grande intensidade, explosiva, caracterizada como "a pior dor de cabeça que já sentiu", podendo em muitos casos estar associada com vômitos, perda da consciência ou crises epiléticas. O quadro clínico de apresentação em 161 pacientes com HSA, atendidos entre os anos de 1992 e 1999, foi estudado pelos autores. Em 89,6% dos pacientes, o início da HSA foi acompanhado por

cefaléia. Vômitos ocorreram em 60,9% dos indivíduos e perda da consciência em 56,5% das vezes. Mais da metade dos doentes relataram cefaléia acompanhada por vômito e/ou perda da consciência. Crise convulsiva foi observada em 8,7% dos indivíduos. A HSA foi mais freqüente na quinta década de vida e no sexo feminino.

Em 75,2% dos doentes, a HSA estava associada com a presença de aneurisma intracraniano; em 5,2%, com malformação arteriovenosa (MAV); em 2%, com aneurisma e MAV; em 1,3%, com sangramento de neoplasia intracraniana e, em 15,6% dos pacientes, a etiologia foi idiopática. As atividades realizadas pelos pacientes no momento da HSA, encontradas com maior freqüência, foram: relação sexual (14,5%) e banho (12,9%), sendo, no homem, a relação sexual (33,3%), e na mulher, o banho (15,9%). Apenas 4,8% dos pacientes estavam dormindo no momento da HSA, fato que teve uma relação com a menor freqüência da HSA entre 23:00h e 5:00h quando analisamos o ritmo circadiano da hemorragia. Como fatores de risco da HSA encontramos hipertensão arterial e tabagismo em 76,4% e 80,8% dos pacientes, respectivamente.

Os autores fazem uma revisão da literatura especializada e salientam que um número significativo dos pacientes com HSA apresenta cefaléia intensa, geralmente durante esforço e sem perda da consciência. O vômito é uma característica proeminente, a ponto de se estabelecer que cefaléia de início súbito com vômito, até que se prove o contrário, é igual à HSA. O mesmo poderia ser dito para a cefaléia associada com a relação sexual, do tipo explosivo, onde sempre se deve investigar a possibilidade de hemorragia intracraniana por estudos neurorradiológicos e/ou do líquido cérebro-raquiano. Muitos pacientes relatam que dias ou semanas antes do diagnóstico de HSA apresentaram cefaléia repentina, de intensidade leve ou moderada, sem grandes repercussões. Chama-se esse evento doloroso de cefaléia sentinela, que pode ocorrer em até 50% dos pacientes. O paciente pode também apresentar rigidez de nuca, que surge seis a 24 horas após a HSA, e outros sinais de meningismo e febre.

Finalmente, este artigo lembra aos médicos que assistem pacientes com cefaléia crônica do tipo primário que, eventualmente, um episódio "atípico" de dor pode representar uma ruptura vascular intracraniana, uma ocorrência infelizmente não tão incomum como geralmente se imagina, uma vez que se estima que 1%-7% da população adulta tem aneurisma intracraniano.

O impacto da migrânea na qualidade de vida na população geral. Estudo GEM

Terwindt GM; Ferrari MD; Tijhuis M; Groenen SMA;
Picavet HSJ; Launer LJ
Neurology 2000;55:624-629.

O objetivo dos autores era avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em migranosos oriundos de uma população em geral. A amostra populacional utilizada era oriunda de um amplo estudo de monitorização da saúde dos habitantes de duas localidades da Holanda. A metodologia consistiu na entrevista dos indivíduos, tendo como critério de inclusão a presença de migrânea no último ano diagnosticada à luz dos critérios da SIC e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde SF-36. Dos 5.998 avaliados, 620 queixaram-se de migrânea no último ano. Para avaliar o papel das comorbidades na qualidade de vida, foram também identificados aqueles entrevistados portadores de asma e dor músculo-esquelética crônica.

Os resultados mostraram que os escores dos migranosos foram menores (pior saúde, maior comprometimento) que os obtidos pelo grupo controle em todos os oito aspectos avaliados. Os escores dos migranosos foram menores que indivíduos com asma, exceto nos aspectos da capacidade funcional e o estado geral da saúde, e que asma e dor músculo-esquelética crônica eram mais prevalentes nos migranosos, em comparação aos não migranosos.

Quando comparados com o grupo controle e com portadores de outras doenças crônicas, os migranosos relataram maior comprometimento físico, mental e social, principalmente naqueles com alta frequência de crises.

Síndrome de Tolosa-Hunt: foco no diagnóstico por RM

Pascual J; Cerzal L; Canga A; Alvarez de Arcaya A;
Polo JM; Berciano J
Cephalalgia 1999; supl 25: p. 36-8

Os autores revisaram os casos de Síndrome de Tolosa-Hunt publicados na literatura com alterações nos exames de ressonância nuclear magnética. Os exames de RNM de todos os vinte e dois pacientes relatados na literatura com diagnóstico de STH apresentavam anormalidades. Em todos os casos foi encontrado alargamento do seio cavernoso acometido, com presença de tecido anômalo no seu interior, com a face externa (dural) apresentando-se convexa e saliente lateralmente. O tecido que preenche o seio apresentava-se isoíntenso em T1 e discretamente iso/hipointenso em T2, com importante reforço após a administração do gadolínio. Além disso, havia extensão do processo patológico para o ápice da órbita, seios esfenoidal e maxilar, e assoalhos das fossas cranianas média e subtemporal. O clássico sinal angiográfico da STH, o estreitamento da porção intracavernosa da artéria carótida interna também foi relatado. Os autores reportam ainda que os sinais encontrados na RNM remitem em até seis meses após o início do tratamento, ou seja, geralmente alguns meses após o desaparecimento dos sintomas.

34

Os autores concluem propondo que o quarto critério da classificação da SIC ("Exclusão de outras lesões por neuroimagem e, não necessariamente, por angiografia de carótida") seja substituído por "Detecção de anormalidades específicas do seio cavernoso pela RNM, as quais remitem lentamente após tratamento esteróide".

Características e prevalência dos distúrbios visuais transitórios indicativos da aura visual da migrânea

Mattsson P, Lundberg PO
Cephalalgia 1999;19:479-84

O presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência e possíveis diferenças entre distúrbios visuais transitórios (DVTs) com início agudo e não agudo, de origem migranosa em pacientes e na população em geral.

Foram incluídos 100 pacientes consecutivos do sexo feminino com idade média de 43 anos (17-69 anos) e 245 mulheres, idade média de 51 anos (40-75 anos) da população em geral. O termo DVT foi definido como um fenômeno visual positivo transitório relacionado ou não ao ataque de cefaléia. Foram excluídos DVTs de curta duração (segundos), DVTs relacionados ao pico de dor na cefaléia e DVTs pré-síncopais. A cefaléia típica seguindo-se a um DVT foi classificada como migrânea sem aura de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia. O termo "início agudo" refere-se a pico de sintomatologia inferior a cinco minutos. DVTs foram relatados por 37% das pacientes migranosas e 13% das mulheres da população geral. As diferenças entre as características dos DVTs não foram estatisticamente significantes entre os dois grupos. A duração média dos DVTs foi relativamente curta (10 min), e a proporção de DVTs menor do que 30 min (85%) foi maior do que a observada em outros estudos. Não se observou diferença de idade entre os grupos de mulheres com DVT de início agudo ou não. No entanto, após os 40 anos, a proporção de indivíduos com início agudo (0,24) e não agudo (0,06) foi significativamente diferente. As pacientes migranosas com DVTs eram mais jovens (idade média 44 anos) do que as mulheres com DVTs (idade média 54 anos) na população em geral.

A proporção de indivíduos com sintomas neurológicos associados a DVTs foi igualmente distribuída nos grupos. Os sintomas não visuais da aura migranosa mais frequentes foram os sensoriais, ocorrendo em 19% dos casos seguindo-se a DVTs, o que está de acordo com a literatura. Incluindo indivíduos com "aura dupla", 69% das mulheres na população em geral e 89% das pacientes descreveram fenômenos que preenchem os critérios para migrânea com aura, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0.04$). Exame físico e

Migrêneas e Cefaléias, vol 5, nº 1, abril/maio/junho 2002

neurológico dos pacientes não revelou anormalidades. A alta prevalência de DVTs na população geral poderia ser explicada pelo fato de ter sido observada em ambos os olhos, enquanto DVTs típicos de origem cortical são fenômenos monocampais; a proporção de indivíduos com aura de início agudo foi elevada; a fase de cefaléia típica após DVTs em mulheres na população geral apenas preencheu os critérios para migrânea sem aura em 26%, enquanto este dado ocorreu em 81% no grupo de pacientes.

Diversos autores observaram ampla variação inter e intra-individual dos fenômenos de aura na migrânea. As diferenças estatísticas nas proporções de migrânea com aura nas pacientes e em mulheres na população em geral poderia ser devido à combinação da fase de pico do DVT inferior a 5 min e a uma fase de cefaléia que não corresponderia à migrânea sem aura. Esses dados validam que o diagnóstico de migrânea com aura pode ser idade dependente e relacionado com a origem da amostra.

Limitações no presente estudo seriam a não submissão de mulheres da população em geral a exames físico e neurológico, podendo-se atribuir os DVTs nesses casos a causas outras que não a migrânea, principalmente quando de início após os 40 anos de idade.

Cintilações visuais transitórias foram atribuídas a numerosas causas não migranósas: doenças vasculares cerebrais, epilepsia, descolamento cirúrgico da retina, aterosclerose das carótidas, cefaléia em salvas, trauma e síncope. Todavia, DVTs com cintilações não são considerados marcadores de doença cerebrovascular embólica ou trombótica, ocorrendo apenas em 10% a 15% de escandinavos de meia idade, enquanto ocorrem em 90% das migrêneas com aura. Os DVTs no presente estudo que não preenchem os critérios para migrânea com aura representam provavelmente migrêneas mal descritas ou fenômenos migranósos abortivos.

Acupuntura para cefaléia do tipo tensional: um estudo controlado, randomizado e multicêntrico

AR White AR; Resch K-L; Chan JCK; Norris CD; Modi SK; Patel JN & Ernst E
Cephalalgia 2000,20:632-637

Um estudo clínico multicêntrico (cinco centros) e randomizado foi feito para testar a hipótese de que a acupuntura é mais eficaz que o procedimento controle simulado na prevenção da cefaléia do tipo tensão episódica. Cinquenta indivíduos com cefaléia do tipo tensional episódica, usando somente um tipo de analgésico, receberam ao acaso tratamento com acupuntura ou simulado e foram seguidos por três meses. Foram usados os seguintes critérios de exclusão: cefaléia de

freqüência menor do que uma vez por semana, uso de medicação profilática para cefaléia, acupuntura progressiva, história de diástese hemorrágica severa ou gravidez. Tratamento breve de acupuntura foi dado ao grupo A, usando-se agulhas 30 x 0,30 mm em quatro pontos obrigatórios (gb20 na região suboccipital e I14 nas mãos bilateralmente) e até quatro pontos ótimos na cabeça, pescoço ou costas. Indivíduos do grupo B receberam o tratamento simulado, evitando-se a área da dor, áreas sensíveis e pontos de acupuntura. O tratamento genuíno ou simulado foi dado semanalmente por seis semanas, com dois tratamentos de seguimento após um e dois meses. Mudanças na cefaléia foram avaliadas pelo diário e pelo número de dias sem cefaléia. A severidade da cefaléia foi avaliada através da escala análoga visual. A avaliação global das mudanças foram registradas no final do tratamento e após três meses. O grupo tratado com acupuntura teve escore de severidade significativamente mais baixo somente durante o período de tratamento. Escores para o impacto da cefaléia no trabalho e vida social conjuntamente com o questionário de saúde global melhoraram do início para o fim do tratamento, mas sem diferença entre os dois grupos. Este estudo não provou que esta forma de acupuntura seja efetiva na prevenção da cefaléia do tipo tensão episódica. A acupuntura poderia produzir efeitos pela estimulação de fibras delta a na pele e no músculo, liberando neurotransmissores e a estimulação por coquetel simulado sobre as proeminências ósseas poderia produzir efeito semelhante. É possível também que a forma de acupuntura do presente estudo com agulhas por curta duração seja menos efetiva para cefaléia do tipo tensão episódica do que técnicas com agulhas por tempo mais prolongado. Além disso, admitindo-se que a cefaléia do tipo tensão seja sintoma de ponto de gatilho miofacial, os resultados implicam que esta forma de acupuntura seja inadequada para inativação desses pontos de gatilho e que outros fatores seriam importantes na produção desse tipo de cefaléia. A acupuntura teria apenas efeitos inespecíficos para a cefaléia do tipo tensão episódica, incluindo as expectativas dos pacientes e dos médicos ou efeito de relaxar por 15 minutos.

Ataques de migrânea e sono em crianças

K Aaltonen, ML Hamalainen & K Hoppu
Cephalalgia 2000,20:580-585

Dormir como forma de terminar um ataque de migrânea foi estudado em 133 crianças ambulatoriais de 4 a 16 anos (idade média: 10,8 anos). O diagnóstico de migrânea foi feito de acordo com os critérios da sociedade internacional de cefaléia. Os pacientes utilizaram um diário de cefaléia utilizando a escala facial ou a escala análoga visual. Foram registrados 999 ataques de cefaléia, o número médio de ataques por paciente foi de 7,5. As crianças dormiam durante 33% dos ataques (n = 329), sendo

64% durante a primeira hora (n = 209). De todas as crianças, 68% (n = 91) dormiram pelo menos uma vez durante um ataque. Dormir foi significativamente mais comum em crianças menores do que 8 anos, nas quais 57% dos ataques cederam com o sono; nas crianças entre 8 e 12 anos, 33%, e, nas maiores de 12 anos, apenas 16% dos ataques cederam com o sono. Geralmente as crianças dormem logo após o início do ataque, sendo significativamente mais comum durante as duas primeiras horas em comparação às crianças que não dormem. A resolução dos ataques com o sono foi mais freqüentemente observada em meninas menores do que 8 anos. A dor foi aliviada sem o sono em 43% (n = 431) dos ataques durante cinco horas de observação, sendo que, em 38% (n = 383), nas primeiras quatro horas. Em 239 dos ataques (23,9%), a resolução dos sintomas não foi registrada. O uso da escala análoga visual requer funções cognitivas mais elevadas, e as crianças que utilizaram esta escala eram mais velhas do que aquelas utilizando a escala facial. Os ataques registrados com a escala análoga visual eram ligeiramente mais dolorosos e mais longos do que aqueles registrados com a escala facial, sugerindo que pacientes mais velhos tenham sintomas mais fortes e prolongados durante um ataque de migrânea. A maioria dos pacientes estimou a dor durante o ataque como a pior dor imaginável. A média de intensidade de dor máxima durante os ataques na escala facial foi grau V, comparável a 94 da escala análoga visual. Os ataques de migrânea em crianças são mais curtos do que os de adultos, enquanto os ataques com aura têm duração mais longa do que os sem aura. O estudo confirma que os ataques de migrânea em crianças são muito dolorosos e freqüentemente se resolvem durante o sono em crianças menores do que 8 anos, o que poderia ser explicado pela menor intensidade de dor nessa faixa etária. Dormir pode ser considerado um sinal de resolução da dor ou uma fase normal do ataque de migrânea. Em crianças, sono e repouso são os tratamentos de escolha para 28% dos pacientes migranosos.

Trombose venosa cerebral e hipertensão intracraniana isolada intracranial sem papiledema na cefaléia

Quattrone MD; F Bono, MD; RL Oliveri, MD, MSc;
A. Gambardella, MD; D. Pirritano, MD; A. Labate, MD;
A. Lucisano, MD; P. Valentino, MD; M. Zappia, MD; U. Aguglia,
MD; A. Lavano, MD; F. Fera, MD; and K. Pardatscher, MD
Neurology 2001;57:31-36.

Há evidência de que os pacientes com cefaléia crônica diária (CCD) possam apresentar hipertensão intracraniana isolada sem papiledema (HIISP). Recentes estudos enfatizaram que hipertensão intracraniana isolada pode decorrer de trombose venosa cerebral (TVC). Objetivo: detectar a ocorrência

de TVC em pacientes com CCD.

Métodos: Os autores investigaram a ocorrência de TVC em 114 pacientes com CCD usando venografia por RNM. Uma parte destes pacientes foi submetida a uma punção lombar com medida de pressão. Ambos os procedimentos diagnósticos também foram realizados em 28 indivíduos sem cefaléia (Grupo Controle).

Resultados: em todos os indivíduos do Grupo Controle, a venografia por ressonância magnética (VRM) e a pressão do líquido foram normais. Cento e três dos 114 pacientes com CCD tiveram VRM normal. Vinte e sete (Grupo 1) destes 103 pacientes sofreram LP, e todos eles tiveram pressão de CSF normal. Onze (9,6%) dos 114 pacientes com CCD tiveram TVC de um ou ambos sinus transversais. Seis destes 11 pacientes tiveram anormalidades de fluxo unilaterais de um sinus transversal (Grupo 2), cinco pacientes mostraram envolvimento de ambos os sinus transversais (Grupo 3). A pressão do CSF do Grupo 2 era mais alta que a do Grupo 1 (venografia normal) e a do Grupo Controle, e um dos seis pacientes mostrou HIISP isolado (sem papiledema). Pacientes de Grupo 3 exibiram as mais elevadas pressões no CSF, e quatro de cinco tinham isolado HIISP. A dor de cabeça de pacientes com CCD e TVC não é diferente daquela dos pacientes com CCD mas VRM normal.

Conclusões: A TVC, descoberta por VRM, aconteceu em 9,6% de pacientes que apresentaram CCD. Quase a metade dos pacientes com TVC tinha isolado HIISP. Estes resultados sugerem que a VRM possa ser uma ferramenta útil por selecionar os pacientes com CCD que deveriam ser submetidos a LP para excluir HIISP.