

aura). Discorre sobre a falta de marcadores físicos, radiológicos, bioquímicos, que possam tornar os critérios mais livres de arbitrariedades. Sugere que uma classificação satisfatória deva ser portátil, pragmática, desprovida da intenção de ser onisciente.

O Dr. Olesen ressalta o grande avanço representado pela classificação de 1988. Segundo ele, esta inaugurou uma linguagem de cefaléia internacional aceita, introduzindo novos termos quando necessário. Estabeleceu uma hierarquia: as cefaléias podem ser classificadas até o primeiro, segundo, terceiro, ou mesmo quarto dígitos. Um mesmo sistema pode ser usado em clínica (quando um diagnóstico até o segundo dígito pode ser suficiente), ou em pesquisa (quando pode ser necessário estendermos até o quarto dígito). Um sistema unificado permite que os benefícios obtidos em pesquisas possam ser transferidos à prática clínica. Além disso, a classificação introduziu critérios operacionais, isto é, não ambíguos. A cefaléia não mais é definida como usualmente pulsátil, às vezes unilateral; os critérios são formulados de modo a não deixar dúvidas: dois em quatro critérios de dor devem ser preenchidos para se obter o diagnóstico, etc.

A classificação foi amplamente aceita na comunidade científica, traduzida para vários idiomas. Atualmente, não concebemos qualquer trabalho sério em cefaléia que não siga os critérios de 1988. Esses critérios identificam grupos de pacientes homogêneos do ponto de vista genético, do ponto de vista de fluxo sanguíneo cerebral e de terapêutica. A Dr. Tietjen conclui, analisando os artigos do Dr. Pearce e do Dr. Olesen, que a classificação de 1998 é extremamente útil, sobretudo ao considerarmos que os critérios ainda não foram revistos, desde a sua formulação. Não concorda, no entanto, com o Dr. Olesen, quando este descreve a classificação como o fácil de aplicar.

Lineu Domingos Miziara.

MIGRÂNIA HEMIPLÉGICA FAMILIAR: COMPARAÇÃO CLÍNICA DE FAMÍLIAS LIGADAS E NÃO LIGADAS AO CROMOSSOMO 19

Terwindt GM, Ophoff RA, Haan J, Dantas RR e Ferrari MD. Cephalalgia, 16:15

Migrânea hemiplégica familiar (FHM) é um tipo de migrânea com aura que vem acompanhada de hemiparesia e caracteriza-se por acometer mais de um membro da mesma família, às vezes todos eles.

Foi encontrada relação dessa doença com o cromossomo 19 em sete famílias, descritos por autores diferentes e por outro lado, essa evidência não foi descrita em outras seis famílias.

Desse modo, o presente estudo investiga as características clínicas de pacientes de famílias relacionadas e não relacionadas ao cromossomo 19.

Foram estudados 66 pacientes de famílias não correlacionadas, 46 sabidamente ligados ao cromossomo 19 e outros 20 não ligados. Foi-lhes apresentado um questionário com as seguintes perguntas: idade de início dos sintomas, frequência e duração das crises, fatores desencadeantes e sintomas de migração basilar (nistagmo, paresia ou parestesia bilateral, sintomas visuais bilaterais, disartria, tinido, perda de equilíbrio ao caminhar e ataques

convulsivos, sintomas esses que podem estar combinados ou não).

Não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos quanto às respostas ao questionário, exceção feita a presença de inconsciência e desencadeamento das crises por trauma na cabeça.

Em uma família ligada ao cromossomo 19, relatou-se ataxia cerebelar e em uma família não ligada ao cromossomo 19 relatou-se convulsões infantis benignas. Os autores concluem que as únicas diferenças clínicas entre pertencer a uma família ligada ou não ao cromossomo 19 é a presença de inconsciência e desencadeamento por trauma cerebral, mais ligadas ao cromossomo 19.

Correlaciona-se esses achados àqueles de outras doenças ligadas a herança genética, como por exemplo a ataxia cerebelar crônica hereditária relacionada a furosemida. Esta última pode desenvolver migrânea após início da ataxia e tem seu locus no cromossomo 19 próximo àquele da FHM. Relata-se ainda crises de convulsões do tipo infantil em uma família com FHM não relacionada ao cromossomo 19. Essas são classificadas como Convulsões Infantis Familiares Benignas e Convulsões Neonatais Familiares Benignas sendo os dois tipos ligados a herança genética.

Conclui-se o relato, com a hipótese de a ligação genética da FHM ao cromossomo 19 ser um ponto de investigação importante para os outros tipos de migrânea com e sem aura e que determinando seu locus no cromossomo poder-se-ia ter a patogenia das várias migrâneas melhor conhecida. O presente estudo tem importância do ponto de vista clínico, à medida que verifica que não se pode caracterizar um paciente como sendo ou não ligado ao cromossomo 19 apenas pelos achados de anamnese.

Angela Maria Souza

SUNCT SÍNDROME: DURAÇÃO, FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DOS ATAQUES.

Juan, A.P. MD; Jie, M.S. MD, PhD; Piotr, K. MD, PhD Headache, 36:161-165, 1996

SUNCT - Ataque de cefaléia neuralgiforme unilateral de curta duração, com injeção conjuntival lacrimação, rinorréia e sudorese sub-clínica.

A clínica é composta de:

- ataques curta duração (15 - 20 segundos)
- dor orbital e periorbital
- injeção conjuntival ipsilateral
- lacrimação
- rinorréia

A etiologia é incerta. Suas características clínicas como duração dos ataques e perfil da dor relaciona-a com a neuralgia da primeira divisão do trigêmeo. Seus fenômenos autônômicos e os ataques agrupados assemelham-se aos da cefaléia em salvas. Esta patologia deve ser considerada a parte, devido as suas características clínicas próprias.

O ataque de dor orbital no SUNCT tem maior duração que a síndrome de Jabs e Jolts e neuralgia do trigêmeo, sendo mais curta que na hemicrania paroxística crônica e cefaléia em salvas. As informações sobre duração exata dos ataques no SUNCT e neuralgia do trigêmeo são limitadas.

O trabalho estuda as características da sintomatologia da SUNCT. A duração é importante para diferenciar a SUNCT das outras