

Temas-livres apresentados no XVII Congresso Brasileiro de Cefaléia – 2003

Cefaléias em pacientes obesos

Mario FP Peres,^{1,2} Eliova Zukerman,² Daniel DG Lerario,²
Artur B Garrido³

¹Centro de Cefaléia São Paulo

²Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa

³Hospital Beneficência Portuguesa

RESUMO

Introdução: Obesidade é um problema de saúde pública em todo o mundo, contribuindo enormemente para morbidade e mortalidade na população geral. A prevalência da obesidade é alta, variando de 7%, na França, até 32,8%, no Brasil. Cefaléias e obesidade apresentam uma forte ligação em alguns tipos de cefaléias como a hipertensão intracraniana benigna ou pseudotumor cerebri, mas a sua relação com cefaléias primárias é incerta, não havendo relatos na literatura consultada de estudos sobre a prevalência das cefaléias em pacientes obesos. Este estudo tem por objetivo caracterizar e quantificar as cefaléias primárias em pacientes obesos que requerem tratamento para esta condição. **Pacientes e métodos:** Setenta e quatro pacientes consecutivos do Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Beneficência Portuguesa e do Serviço de Obesidade foram estudados através de questionário incluindo variáveis demográficas, IMC (índice de massa corpórea), escala *epworth* de sonolência diurna e variáveis clínicas para diagnóstico das cefaléias de acordo com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional das Cefaléias. **Resultados:** A idade variou de 14 a 69 anos, média de 38,4 (61 mulheres, 13 homens). O IMC médio foi de 43, cinco pacientes com sobrepeso, 12 pacientes com obesidade I, dez com obesidade II, e 47 com obesidade III. Trinta e seis pacientes (48%) tiveram cefaléias consideradas, pelos próprios pacientes, como incapacitantes. Apenas dez pacientes tiveram cefaléias matutinas. A média da escala *epworth* de sonolência diurna foi de 7.4. Vinte e seis pacientes (35%) apresentaram score maior que 10, indicativo de sonolência diurna excessiva. Cinquenta e seis pacientes (75%) apresentaram um diagnóstico de cefaléia primária, sendo 49, enxaqueca ou migrânea (66%), e sete, cefaléia do tipo tensional (9%). Trinta e cinco pacientes preencheram critérios para enxaqueca sem aura (47%), cinco pacientes, enxaqueca com aura; sete, enxaqueca crônica, um, enxaqueca menstrual, um, distúrbio enxaquecoso, cinco, cefaléia do tipo tensional episódica, e dois, crônica.

Discussão e Conclusão: Cefaléias primárias são muito comuns em pacientes com obesidade, além de gerarem um impacto na vida destes pacientes. Enxaqueca é o diagnóstico mais freqüente nesta população de pacientes. Cefaléias exclusivas do período matinal não foram predominantes. Implicações importantes no diagnóstico e manejo dos pacientes com cefaléias e obesidade existem. Futuros estudos são necessários para esclarecer a relação das cefaléias com obesidade.

Experiência extracorpórea (autoscopia) e migrânea: relato de experiência vivenciada por uma paciente migranosa

Baptista CMM, Bordini CA, Speciali JG
ACEF HCRP – FMRPUSP

RESUMO

Objetivo: Salientar a importância da investigação de fenômenos somatossensitivos, como a experiência extracorpórea (EEC), associados à migrânea. **Método:** 1) Relato de caso, no qual o paciente apresentou o fenômeno da experiência extracorpórea (EEC) na vigência de uma crise migranosa; 2) Ampla revisão literária abordando aspectos históricos, neurofisiológicos, etiológicos e associação da EEC com a crise migranosa. **Resultados:** A experiência extracorpórea é a percepção que o indivíduo tem de que esteja saindo de seu próprio corpo e assumindo outra posição no espaço, a partir da qual observa a si próprio em posição original. Inúmeras causas estão correlacionadas com a precipitação deste fenômeno: a) Medicamentos e drogas ilícitas; b) Alterações neurológicas; c) Alteração psiquiátrica; d) Condição médica geral. Nos migranosos sua manifestação surge na infância, perpetuando por toda vida, ocorre antes, durante ou após a instalação da cefaléia. É uma experiência ansiogênica, até mesmo aterrorizante, para os pacientes que são, em geral, do sexo feminino.

Conclusão: A EEC tem sido objetivo de estudos em diversas áreas: epilepsia, psiquiatria, psicoterapia e também tem despertado interesse da cefaliatria, uma vez que em muitos casos associa-se à migrânea. Este trabalho ilustra tal interesse dos cefaliatras, relatando a EEC vivenciada por uma paciente migranosa, e apresenta aspectos importantes da revisão literária.

Fatores alimentares desencadeantes de crises de migrânea em uma população geral de 400 indivíduos (187 migranosos)

Fragoso YD,¹ Corralo GCMB,² Sanchez CRF²

¹Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

²Faculdade de Ciências Médicas de Santos

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de fatores desencadeantes de crises de migrânea em uma população geral. Especial atenção foi dada a fatores alimentares desencadeantes de crises. **Métodos:** Quatrocentos adultos saudáveis (duzentos homens-H, duzentas mulheres-M) foram individualmente entrevistados. A idade média dos H era de 33 anos, e das M 32 anos. Nenhum deles estava em tratamento para cefaléia. Uma lista de desencadeantes (com opções de “outros”) foi apresentada. **Resultados:** Do grupo total, foram individualizados 26,5% H e 67,5% M que apresentavam cefaléia com características de migrânea, pelo menos uma vez por mês. Para ambos os sexos, ansiedade, nervoso e estresse foram apontados como principais desencadeantes de crises (57% H e 65% M). Alimentos específicos foram relatados como desencadeantes em 42% H e 23% M. Bebidas alcoólicas (vinho ou outras) foram as mais citadas como desencadeantes, principalmente para H (91%). Ocasionalmente (<15%) foram também mencionadas frituras, molhos, embutidos, chocolate, queijo, e raramente frutas (cítricas ou não).

Conclusões: A prevalência de migrânea em uma população geral foi alta, porém os desencadeantes alimentares habitualmente mencionados em literatura foram de importância secundária, exceto nos casos de bebidas alcoólicas.

Prevalência de sintomas associados em pacientes com migrânea

Penteadó JC, Krymchantowski AV
Ambulatório de Cefaléias Crônicas.

Instituto de Neurologia Deolindo Couto/UFRJ

RESUMO

Background e objetivos: Pacientes com migrânea frequentemente apresentam crises com cefaléia associada a vários sintomas. A presença de náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia e osmofobia são comuns, assim como tremor, turvação visual, astenia, desânimo e tonteira. Alguns pacientes ainda apresentam diarreia, poliúria, dor abdominal e outros sintomas menos frequentes. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos sintomas associados a cefaléia mais incômodos para paciente em uma crise de migrânea sem aura. **Material e métodos:** Quarenta pacientes consecutivos (3H e 37M) com idades entre 19 e 66 anos e diagnóstico de migrânea sem aura (MAS) segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988) foram estudados prospectivamente. Todos se encontravam em atendimento em um ambulatório especializado e foram avaliados pelo mesmo profissional através da história clínica detalhada. **Resul-**

tados: Em 100% dos casos, a cefaléia foi o sintoma relatado mais importante. Náusea e fonofobia foram referidas por 11 pacientes (25%); fotofobia por oito (20%); vômitos por quatro (10%); tonteira por dois (5%) e sonolência, tremor, desânimo e turvação visual relatada por um paciente (2,5%) cada um como sintoma mais incômodo associado à dor cefálica. Em toda a amostra, as fobias sensoriais equivaleram a 47,5% das queixas.

Comentários: Os pacientes com migrânea sem aura do presente estudo apresentaram vários sintomas associados. Embora a prevalência desses sintomas seja comum e varie em amostras de diversos autores, o estudo de que sintomas mais provocam incômodos é importante e pode auxiliar na priorização e escolha do tratamento usado. Nossos pacientes queixaram-se mais frequentemente das fobias sensoriais, e a náusea também foi referida como mais incômoda além da cefaléia. Estratégias de tratamento agudo visando a melhora desses sintomas podem beneficiar esses pacientes e promover maior aderência ao tratamento.

Relato de caso: enxaqueca cíclica com aura visual prolongada

Baise C, Monzillo PH, Saab VM, Nemoto PH,
Thomaz RB, Costa AR, Sanvito WL

Disciplina de Neurologia da Santa Casa de São Paulo-SP

RESUMO

Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 36 anos, desempregado. Há 12 anos inicia quadro de cefaléia do tipo pulsátil, de localização hemicrânica esquerda com irradiação holocrânica. As crises são de forte intensidade acompanhadas de fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos importantes. Os paroxismos de dor atingem intensidade máxima em duas horas, quando tem início uma diminuição progressiva da intensidade, até seu completo desaparecimento. O tempo total de crise é de cerca de cinco horas. Segue-se um intervalo assintomático que varia entre dez e vinte minutos. Terminado este período, ocorre nova crise de dor com as mesmas características. Pode ocorrer num mesmo dia um total de até quatro crises. Este “surto” de crises se repete por até 15 dias, quando sobrevém período intercrítico que pode ter duração de seis meses. Acompanhando, antecedendo ou ultrapassando período de crise, o paciente relata sintomas visuais com presença de escotomas cintilantes ou espectro de fortificação que podem durar até quatro dias, mesmo sem cefaléia associada e que o incapacita para suas atividades diárias. Foi investigado por método de imagem, com RNM de crânio, que não revelou anormalidades.

Migrânea com aura visual desencadeada por ajuste de aparelho ortodôntico (AAO)

Godói DAG, Speciali JG
Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com migrânea e aura visual (de curta duração) desencadeada por AAO. **Caso:** AMNPR, feminino, 30 anos. Cefaléia desde a adolescência caracterizada por: 1) Sintomas premonitórios: indisposição, náuseas, apatia; 2) Aura: pontos brilhantes em ambos os campos visuais acompanhados por tonitura não rotatória, descrita como se fosse perder a visão. Duração entre um e quatro minutos; 3) Cefaléia de forte intensidade, de início unilateral alternante, tornando-se holocraniana, interferindo com as atividades. Tem náuseas, foto e fonofobia. Relata edema e ptose palpebral no lado da dor mais forte que, como a cefaléia, têm duração de 48 a 72 horas quando não tratadas. As crises ocorrem, em média, duas vezes por mês e apresentam boa resposta ao sumatriptano. Refere que os principais desencadeantes são a menstruação e a dor causada pelo AAO. Usou topiramato por dois meses com boa resposta sobre as crises; efeitos colaterais impediram o prosseguimento do tratamento. O exame mostra dores musculares generalizadas compatíveis com fibromialgia, e hipertonia nos músculos da região cervical posterior. Exame odontológico: Dor à palpação e função nos músculos da mastigação e articulações temporomandibulares bilateralmente. Sons articulares e desvios na abertura e fechamento da boca.

Conclusões: 1) Relatamos caso de migrânea com aura visual desencadeada por AAO; 2) Associação com fibromialgia e sintomas autonômicos palpebrais incomuns na migrânea; 3) A convergência de estímulos nociceptivos provenientes do sistema estomatognático sobre o sistema nervoso central pode desencadear crise migranosa, em migranosos, por estimular a cascata de eventos neuroquímicos relacionados com a migrânea; 4) Tratamentos odontológicos, que reduzam aferências nociceptivas, podem ter importante papel na prevenção da migrânea.

A cefaléia do tipo tensional pode ser unilateral?

*Matta APC, Moreira Filho PF
Universidade Federal Fluminense*

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de dor unilateral em pacientes com cefaléia do tipo tensional (CTT). **Método:** Cinquenta pacientes com CTT episódica e cinquenta com CTT crônica foram estudados através de um questionário semi-estruturado para se verificar a localização da dor. Foram estabelecidos critérios de exclusão rigorosos para afastar os diagnósticos de migrânea, hemicrânia contínua e cefaléia cervicogênica. **Resultado:** Dor unilateral foi encontrada em cinco pacientes (10%) com CTT episódica e em quatro pacientes (8%) com CTT crônica.

Conclusão: A CTT, em suas apresentações crônica e episódica, pode ter caráter unilateral. Esta característica não deve ser um critério excludente para este diagnóstico.

Depressão e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional

*Matta APC, Moreira Filho PF
Universidade Federal Fluminense*

RESUMO

Objetivo: Estudar a ocorrência de sintomas depressivos e ansiedade entre os portadores de cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE) e crônica (CTTC). **Método:** Cinquenta pacientes com CTTE e cinquenta com CTTC preencheram os inventários de depressão e de ansiedade de Beck. Foram considerados portadores destas condições aqueles com escores moderado ou grave. **Resultado:** Entre portadores de CTTE, ansiedade e sintomas depressivos foram detectados em trinta pacientes (60 %) e 16 pacientes (32 %), respectivamente. A ansiedade foi detectada em 22 pacientes (44 %) com CTTC e os sintomas depressivos foram constatados em vinte pacientes (40%).

Conclusão: Ambas as comorbidades são importantes no grupo estudado, portanto, negligenciá-las pode significar falência no tratamento e contribuir para uma baixa qualidade de vida.

Cefaléias primárias: estudo exploratório da estrutura e dinâmica de personalidade e história familiar de pacientes com dores de cabeça do tipo tensional e enxaqueca

*Silva JRB, Coelho M^a EVX
Faculdade de Ciências Humanas ESUDA,
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)*

RESUMO

Objetivo: Desenvolver estudo das características de estrutura e dinâmica de personalidade e passado mórbido familiar (estudo transgeracional de doenças, síndromes e sintomas neurológicos, psiquiátricos e psicológicos) em pacientes com diagnóstico síndrome de cefaléia tensional e enxaqueca. **Método:** A pesquisa envolve avaliação neurológica e psicológica de pacientes (faixa etária: de 10 a 20 anos) devidamente diagnosticados (diagnóstico síndromico), do ambulatório de neurologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, a partir de instrumentos como observação clínica, anamnese detalhada, testes de personalidade (Rorschach e H.T.P. cromático e acromático) e genograma, para estudo transgeracional (mínimo de quatro gerações). **Resultados (parciais):** No plano familiar, o estudo longitudinal revelou alta incidência de doenças, síndromes e sintomas neurológicos, psiquiátricos e/ou psicológicos em membros de pelo menos três gerações que antecedem a geração do enxaquecoso, além de uma extensa gama de conflitos familiares e acentuada angústia materna na relação com o paciente; como características e traços de personalidade mais comuns, foram encontrados, nas pessoas-índice da pesquisa, comportamentos obsessivos e compulsivos, rigidez de conduta, quadros de depressão essencial (mascarado), tendências autopunitivas, dificuldades de operacionalização de mecanismos de defesa do ego e problemas relacionados à identificação sexual (meninos).

Conclusão (parcial): Até o presente momento, observou-se que dificuldades psicológicas, inclusive aquelas de natureza familiar ligadas às neuroses de grupo família, concorrem substancialmente para formação e/ou manutenção de quadros clínicos de cefaléia tensional e enxaqueca.

Relato de caso: cefaléia numular

Saab VM, Monzillo PH, Nemoto PH, Moraes MN, Costa AR,
Thomaz RB, Baise C, Sanvito WL
Disciplina de Neurologia da Santa Casa de São Paulo-SP

RESUMO

A cefaléia numular ou cefaléia em moeda (coin-shaped headache), descrita pela primeira vez por Pareja e cols, em 2002, é uma forma de dor de cabeça de evolução crônica, aparentemente primária e restrita a uma área circunscrita do crânio cuja forma pode ser elíptica ou em forma de moeda, evoluindo no tempo com períodos de dor contínua intercalados com períodos assintomáticos. Na série de treze casos apresentada pelo autor, pode ou não haver concomitância com outras formas de cefaléias primárias ou relação temporal com trauma craniano. Apresentamos o caso de uma paciente de 72 anos que, há cerca de sete anos, queixa-se de cefaléia descrita como diária, contínua, assumindo caráter latejante nos picos de maior intensidade. A dor esteve sempre localizada na região parietal à direita e envolve uma área de aproximadamente dois centímetros em seu maior diâmetro, à semelhança do formato de uma moeda. Não há concomitância de outras formas de cefaléia, desde a instalação desse quadro. É o primeiro caso descrito em nosso país, com características clínicas semelhantes aos anteriormente descritos. Temos o intuito de chamar a atenção não só de especialistas em dor de cabeça, mas de neurologistas em geral, para esta forma não usual de cefaléia

Cefaléia explosiva primária: apresentação e discussão de 5 casos

Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux C
UFF – Setor de Investigação das Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

RESUMO

Objetivo: Apresentar e discutir cinco casos de cefaléia explosiva com exames neurológico e complementares normais. **Material e métodos:** Os autores estudaram cinco casos de cefaléia explosiva primária: quatro homens e uma mulher. As idades variaram de 36 a 50 anos. Três pacientes foram avaliados nas primeiras 48 horas de instalação da dor; os outros dois, no 10º e 12º dias. Todos foram submetidos à TC e angio-ressonância do crânio; procedeu-se à punção lombar nos casos vistos tardiamente, dada a baixa positividade da TC para hemorragia subaracnóidea nesse momento. O exame neurológico assim como os exames complementares estavam dentro dos limites da normalidade. O tempo de instalação da dor foi da ordem de segundos, o período de dor mais intensa de alguns minutos e a duração máxima de todo o evento atingiu 15 dias. Apenas um paciente apresentou recorrência (mais dois episódios). Em três pacientes havia antecedentes de migrânea sem aura e, em dois, de cefaléia do tipo tensional episódica. Um paciente relatava esforço físico cerca de uma hora antes do início da dor; nos demais, esta relação estava ausente. A cefaléia se acompanhou de náuseas em três pacientes, um dos quais

apresentou disfasia e parestesias na hemiface e membro superior à direita (portador de cefaléia do tipo tensional episódica). A tabela abaixo analisa em mais detalhes as características da cefaléia em cada paciente. **Discussão:** A cefaléia explosiva demanda exclusão de hemorragia subaracnóidea, além de outras causas orgânicas.^{1,2,3} A expressão “thunderclap headache” foi criada para descrever cefaléia associada a aneurisma intracraniano não roto.⁴ A literatura registra, entretanto, um tipo de cefaléia explosiva primária, incluída na classificação de 2003 da IHS como “primary thunderclap headache”,⁵ podendo, inclusive, estar associada a vasoespasmos difusos, multifocais, segmentar e reversível das artérias intracranianas.⁶

Conclusão: Rigidez de nuca, alteração da consciência e cefaléia occipital têm valor preditivo no diagnóstico de hemorragia subaracnóidea. O exame neurológico se manteve normal durante todo o período de observação (mínimo de trinta dias e máximo de dois anos), apesar da recorrência em um dos casos. Nenhuma lesão estrutural foi encontrada em nossos pacientes. Também não observamos vasoespasmos.

Características da cefaléia

Paciente	Sexo/idade	Tipo	Top.	TI	TDI	TD	Sintomas associados
MAHA	M/50 anos	Pulsátil	Bitemporal	Seg	3 min	3 h	Nenhum
MABT	F/46 anos	Pulsátil	Bitemporal	Seg	10 min	24 h	Nenhum
NFR	M/47 anos	Pulsátil	Bitemporal	Seg	1 h	15 dias	Náuseas
MCM	M/37 anos	Pulsátil	Biparietal	Seg	2 h	24 h	Náuseas, vômitos
PNPF	M/36 anos	Pressão	Occipital D	Seg	1 h	24 h	Náuseas, vômitos, disfasia, parestesias

Top = topografia; TI = tempo de instalação; TDI = tempo de dor intensa; TD = tempo de duração total

Referências bibliográficas:

1. Dodick DW. Thunderclap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2002;72:6-11.
2. Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J et al. Cephalalgia 2002; 22:354-360.
3. Bordini CA. Cefaléia associada a aneurisma não roto e cefaléia em trovoadas (thunderclap headache) (CTR). Migrêneas cefaléias 2003; 6(2):56-58.
4. Day JW, Raskin NH. Thunderclap headache: a symptom of unruptured intracranial aneurysm. Lancet 1986;2:1.247-1.248.
5. Piovesan EJ, Kowacs PA. International Headache Society Criteria (IHC-2003). What will be the change in the primary headaches classification? Migrêneas cefaléias 2003;6(2):38-44.
6. Dodick DW, Brown Jr B, Huston III J. Nonaneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal, segmental and reversible vasospasm. Cephalalgia 1999;19:118-123.

Cefaléias secundárias em pacientes ambulatoriais idosos

Souza JA, Moreira Filho PF, Jevoux CC, Brito CM, Sarmiento E
Universidade Federal Fluminense –
Setor de Investigação de Cefaléia

RESUMO

Introdução: A experiência clínica demonstra que os pacientes idosos apresentam mais cefaléias secundárias (CS) e cefaléias secundárias a causas graves (CSG) do que os jovens. Pascual & Berciano (1994) compararam indivíduos com cefaléia de início antes e após os 65 anos e verificaram uma porcentagem maior de CS e CSG entre

aqueles com início tardio da dor. Porém, a maior proporção de cefaléia de início recente entre os pacientes com 65 anos ou mais pode ter sobrecarregado o grupo dos idosos com formas de cefaléia mais graves. **Objetivo:** Verificar se a idade é um fator de risco independente para cefaléias secundárias (CS) e cefaléias secundárias a causas graves (CSG). **Método:** Foram estudados 1.131 pacientes seqüenciais, com 18 anos ou mais, atendidos numa clínica neurológica privada com queixa de cefaléia. Os pacientes foram divididos, de acordo com a idade, em jovens (18 a 59 anos; n=892) e idosos (60 anos ou mais; n=239) e, de acordo com a época do início da queixa de cefaléia, em antes dos 60 anos (n=983) e após os 60 anos (n=148). Os pacientes jovens e idosos foram divididos, ainda, de acordo com o tempo decorrido desde o início da queixa, em maior do que um ano e menor do que um ano. A proporção de pacientes com CS e CSG foi verificada em cada grupo e os resultados comparados. A análise estatística foi realizada pelo teste do Qui Quadrado, para comparação de proporções entre grupos. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Os idosos em geral apresentaram mais CS e CSG do que os jovens ($p<0,0001$; OR=5,4; CI95% 3,6-8,2). Os pacientes cuja cefaléia teve início após os 60 anos, também apresentaram mais CS e CSG do que aqueles em que a cefaléia havia iniciado antes dos 60 anos ($p<0,0001$; OR=10,0; CI95% 6,5-15,5). Os pacientes idosos com queixa de cefaléia iniciada há menos de um ano apresentaram mais CS e CSG do que os indivíduos jovens com cefaléia com o mesmo tempo de existência ($p<0,0001$; OR=4,6; CI95% 2,6-8,1).

Conclusão: A idade maior do que 60 anos e o tempo decorrido desde o início da cefaléia menor do que um ano são fatores de risco independentes para CS e CSG.

Referências Bibliográficas: Pascual J & Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57(10):1.255-1.257.

Síndrome de hipertensão intracraniana se apresentando com cefaléia ortostática

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA,
Jevoux C, Nobre ME
UFF – Setor de Investigação de Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Relato de um paciente com hipertensão intracraniana e cefaléia ortostática. **Relato do caso:** R, 17 anos, masculino, apresentou-se em nosso serviço com queixas de dor de cabeça que se iniciara há cerca de duas semanas. A dor surgia tão logo o paciente se levantava pela manhã, desaparecendo poucos minutos após o paciente se deitar. A cefaléia era pulsátil, holocraniana, com irradiação para região cervical e ombros. Tornava-se insuportável e se acompanhava de náuseas e sensação de desequilíbrio, se o paciente insistisse em se manter de pé ou sentado por mais tempo. Não havia antecedentes patológicos, inclusive traumatismo craniano e/ou cefaléia. A anamnese deixou claro que a cefaléia surgia e não apenas se modificava, quando o paciente assumia a posição ortostática. Os exames clínico geral e neurológico, com o paciente em decúbito supino, foram normais. TC do crânio revelou hidrocefalia hipertensiva (pressão intracraniana, medida no ventrículo lateral direito, foi de 330 mmH₂O). Paciente foi

submetido à derivação ventrículo-peritoneal com resolução da cefaléia. **Discussão:** A cefaléia ortostática tem sido comumente associada à síndrome de pressão líquórica baixa,^{1,2,3} sendo definida, segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, como cefaléia que ocorre em menos de 15 minutos após o paciente assumir a posição ortostática e que desaparece ou melhora em menos de trinta minutos após o paciente reassumir o decúbito.⁴ A literatura registra, entretanto, casos de cefaléia ortostática determinada por processo expansivo intracraniano, como neoplasia e hemorragia cerebelar^{1,5,6}

Conclusão: Considerando-se o início relativamente agudo, a característica postural da dor e o exame neurológico normal, nossa primeira suspeita diagnóstica foi de síndrome de hipovolemia do líquido céfalo-raqueano.^{2,5} O estudo neuro-radiológico e a medida da PIC revelou tratar-se de hidrocefalia hipertensiva. O mecanismo da cefaléia no presente caso não é bem estabelecido. A tração exercida sobre as estruturas da fossa posterior sensíveis à dor e nas três primeiras raízes cervicais pelo deslocamento inferior das tonsilas cerebrelares pode ser sido o fator causal.⁵

Referências bibliográficas:

1. K Oh C-SC, Lee SJ. Orthostatic headache: an unusual presentation of a skull base tumor. *Cephalalgia* 2001;21:1.000-1.001.
2. Chung SJ, Kim JS, Lee MC. Syndrome of cerebral spinal fluid hypovolemia. Clinical and imaging features and outcome. *Neurology* 2000, 55:1.321-1.327.
3. Poca MA, Sahuquillo J. Indicaciones y aspectos prácticos en el estudio de la presión intracranial y de la dinámica del LCR en pacientes con patología neurológica. *Neurología* 2001;16(7):303-320.
4. Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial. Tradução autorizada pela Sociedade Brasileira de Cefaléia e pela Sociedade Internacional de Cefaléia. Tradução de Edgard Raffaelli Jr, Wilson Faris da Silva e Orlando Martins. São Paulo. Lemos Editorial, 1997, 1-108p.
5. Chen WT, Fuh JL, Lu SR, Wang SJ. Cerebellar hemorrhage presenting as orthostatic headache: two case reports. *Neurology* 1999;53:1.887-1.888.
6. Suwanwela N, Phanthumchinda K, Karaophum S. Headache in brain tumor: a cross-sectional study. *Headache* 1994;34:435-438.

Neoplasia intracraniana simulando migrânea com aura: apresentação de 4 casos

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA,
Jevoux CC, Nobre ME
UFF – Setor de Investigação de Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Os autores apresentam quatro pacientes portadores de neoplasia intracraniana e cefaléia simulando migrânea com aura. **Material e métodos:** São estudados quatro pacientes portadores de neoplasia intracraniana e cefaléia de caráter pulsátil, associada a sintomas focais de curta duração simulando aura. Dois pacientes eram masculinos e duas femininas; as idades variavam entre 31 e 61 anos. Em dois casos, a aura era do tipo visual, em um, sensitivo-motora, e em outro, visual e sensitiva. A duração média da aura foi de 13 minutos; a cefaléia era pulsátil em todos os casos, com duração média de quatro horas. Em três pacientes, a dor era hemisférica e biparietal em um. Dois pacientes apresentavam foto, fono e osmofobia associada à

aura visual. O tempo de evolução até o diagnóstico foi em média de 45 dias, variando de dez a noventa dias. Três casos eram portadores de gliomas e um de meningioma. Detalhes maiores podem ser observados nas tabelas abaixo. **Discussão:** Neoplasia intracraniana se apresentando como cefaléia primária não é rara. A literatura descreve associação entre tumor cerebral primário^{1,2} ou metastático³ e dor simulando migrânea com aura. Em todos os nossos casos, a cefaléia foi o primeiro sintoma. Apenas a paciente SVSO apresentava alteração objetiva no exame neurológico inicial (borramento bilateral de papila).

Conclusões: A aderência aos critérios diagnósticos para migrânea com aura estabelecidos pela IHS e pela SBCE permite diagnóstico rápido e seguro. A idade, o tempo de evolução e o número de crises foram fatores determinantes para a solicitação de exames neuro-radiológicos. Pudemos observar que o intervalo entre o início do quadro e o diagnóstico definitivo foi menor quando o paciente era atendido por neurologista com treinamento em Cefaliatria.

Referências bibliográficas:

1. Debruyne J, Crevits L, Vander EH. Migraine-like headache in intraventricular tumors. Clin Neurol Neurosurg 1982;84:51-57.
2. Magrotti E, Frascaroli G, Mariani G. Left temporal glioma presenting as migraine with typical aura. Ital J Neurol Sci 1992;13:444.
3. Pepin EP. Cerebral metastasis presenting as migraine with aura. Lancet 1990;336:654-655.

Características dos pacientes

Paciente	Idade	Sexo
MESC	59 anos	Feminino
SVSO	31 anos	Feminino
DEM	61 anos	Masculino
FS	50 anos	Masculino

Características da aura

Paciente	Tipo de aura	Duração da aura
MESC	Hemianopsia e espectro de fortificação	10 minutos
SVSO	Hemiparesia esquerda	20 minutos
DEM	Escotomas cintilantes, turvação visual	10 minutos
FS	Escotomas cintilantes, parestesias no dimídio esquerdo	15 minutos

Características da cefaléia

Paciente	Tipo	Topografia	Sintomas associados	Duração
MESC	Pulsátil	Frontal direita	Náuseas, tonteira, foto, fono e osmofobia	4 horas
SVSO	Pulsátil	Parietal bilateral	Náusea, vômitos, foto, fono e osmofobia	3 horas
DEM	Pulsátil	Frontal esquerda	Tonteira e mal-estar	6 horas
FS	Pulsátil	Temporal direita	Nenhum	3 horas

Cefaléia relacionada à tosse: apresentação de aneurisma intracraniano

*Brito CM, Sarmento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux CC
UFF – Setor de Investigação das Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Relato de um caso de aneurisma intracraniano apresentando-se como cefaléia relacionada à tosse. **Relato do caso:** Paciente MS, masculino, 33 anos, apresentou, durante resfriado, episódios recorrentes de dor em pontadas, sobre a região frontal direita, sempre que tossia. A intensidade era de 7/10, com duração de aproximadamente cinco minutos. Entre os episódios de tosse permanecia assintomático, mas esforços físicos também desencadeavam a dor. Seu exame neurológico foi normal (sic), sendo medicado com naproxeno e paracetamol. Uma semana depois, após novo episódio de tosse, a dor tornou-se constante, pulsátil, retro-ocular, retornando algumas horas após a tomada do analgésico. O paciente passou a observar visão dupla na mirada para o lado direito. O exame neurológico revela, então, paresia da abdução do globo ocular direito, sem outros achados anormais. TC de crânio revelou lesão captante de contraste no seio cavernoso direito. Estudo angiográfico digital confirmou a presença de aneurisma sacular da artéria carótida interna intracavernosa direita. Paciente submetido a tratamento endovascular com balão de Prolo e resolução da cefaléia. **Discussão:** A cefaléia benigna da tosse se caracteriza por ser bilateral, de início agudo e curta duração, sendo critério diagnóstico a exclusão de lesão estrutural intracraniana,^{1,2} presente em cerca de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, as lesões mais comuns são neoplasias na fossa posterior e malformação de Chiari do tipo I.^{3,4} Cefaléia unilateral relacionada à tosse tem sido descrita em casos de estenose carotídea.⁵ Smith e Messing descreveram uma paciente com aneurisma da artéria carótida, com cefaléia temporal direita e evolução muito semelhante ao de nosso caso.⁶

Conclusões: A evolução inicial de nossa paciente era sugestiva de cefaléia benigna da tosse. A aderência aos critérios diagnósticos propostos pela Sociedade Internacional de Cefaléia e pela Sociedade Brasileira de Cefaléia permite o diagnóstico de cefaléia secundária. Haveria indicação para angio-ressonância do crânio na avaliação diagnóstica dos pacientes em que a TC e RNM fossem normais, como sugerem Boes et al.⁷

Referências bibliográficas:

1. Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial. Tradução autorizada pela Sociedade Brasileira de Cefaléia e pela Sociedade internacional de Cefaléia. Tradução de Edgard Raffaelli Jr, Wilson Faris da Silva e Orlando Martins. São Paulo. Lemos Editorial, 1997, 1-108p.
2. Raskin NH. Short-lived headaches. Neurologic Clinics 1997; 15:143-152.
3. Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. Neurology 1996; 46:1.520-1.524.
4. Ertsey C, Jelensick I. Cough headache associated with Chiari I malformation: responsiveness to indometacin. Cephalalgia 2000;20: 518-520.
5. Britton TC, Guiloff RJ. Carotid artery disease presenting as cough headache. Lancet 1988;1:1.406-1.407.

6. Smith WS, Messin RO. Cerebral aneurysm presenting as cough headache. *Headache* 1993;33:203-204.

7. Boes CJ, Matharu MS, Goadsby PJ. Benign cough headache. *Cephalalgia* 2002;22:772-779.

Cefaléia explosiva e neoplasia intracraniana: apresentação de 7 casos

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux CC
UFF – Setor de Investigação das Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Apresentação de sete pacientes com cefaléia explosiva secundária a tumor intracraniano. **Caso 1:** MAS, feminina, 67 anos, apresentou cefaléia intensa, holocraniana, de instalação súbita, pulsátil, acompanhada de náuseas e vômitos e perda de força no MSE. Ao exame, a paciente mostrava-se ansiosa, com fácies de dor e apresentava hemiparesia esquerda de predomínio braquioufacial. TC do crânio: lesão expansiva frontal direita, com componente hemorrágico. Patologia: metástase de neoplasia maligna pulmonar. **Caso 2:** DGR, feminina, 62 anos, operada há quatro anos de neoplasia maligna de mama, foi acometida de cefaléia fronto-orbitária direita, intensa, de instalação aguda, em pressão. Tontura, vômitos e fraqueza no lado direito do corpo completavam o quadro. Exame neurológico: hemiparesia esquerda, disartria e fácies de dor. TC do crânio: massa frontal direita; metástase de neoplasia maligna de mama. **Caso 3:** GA, masculino, 69 anos, foi trazido ao pronto socorro com dor temporal esquerda, intensa, cujo tipo o paciente não soube precisar, e que foi seguida por crise convulsiva focal no MSD. Vinha, há trinta dias, sentindo formigamento no MSD. Ao exame neurológico: hemiparesia direita e disfasia de expressão (Broca). TC: processo expansivo hemorrágico temporal esquerdo. **Caso 4:** VSS, feminina, 65 anos, sem antecedentes de cefaléia, teve dor intensa, de instalação aguda, holocraniana, acompanhada de náuseas e vômitos. Medicada sintomaticamente, apresentou melhora. TC mostrou hemorragia temporal esquerda sem efeito de massa. A angio-ressonância foi negativa para aneurismas e/ou MAV intracranianos. Duas semanas depois, a paciente nos procurou com disfasia e hemiparesia direita. TC e RNM: processo expansivo temporal esquerdo; patologia: glioma grau III/IV. **Caso 5:** WAS, masculino, 47 anos, iniciou o quadro com dor de cabeça intensa, holocraniana, seguida de náusea, vômitos e perda de força no MSD. TC compatível com neoplasia temporal esquerdo com hemorragia intratumoral. Há quatro meses apresentara crises convulsivas focais no MSD. Na ocasião, o exame neurológico e a TC foram normais, sendo instituído tratamento com DPH. **Caso 6:** SLSF, masculino, 59 anos, sem antecedentes patológicos, apresentou cefaléia de forte intensidade, bifrontal, acompanhada de náuseas, vômitos e fotofobia. Medicado sintomaticamente, obteve melhora da dor. TC de crânio: massa na região selar. RNM do crânio: lesão expansiva selar com componente hemorrágico. **Caso 7:** LV, masculino, 27 anos, relatou cefaléia fronto-orbitária esquerda, intensa, que se tornou máxima em segundos, seguida de diminuição bilateral da acuidade visual, que impediu o paciente de continuar trabalhando. Três semanas depois, a TC de crânio e sela turca demonstrou massa volumosa na região selar. **Discussão:** A cefaléia do tipo tensional^{1,2,3} é a que mais freqüente-

mente se associa a tumores intracranianos. Todos os nossos pacientes apresentaram dor aguda, associada a déficits neurológicos focais, exceto no caso SLSF. A hemorragia intratumoral pode ocorrer em cerca de 4% dos tumores intracranianos.^{4,5} O aumento súbito do volume pelo sangramento pode explicar a instalação abrupta do quadro. No caso LV, supõe-se que a apoplexia hipofisária tenha sido o fator causal. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento neurocirúrgico, com remissão da cefaléia.

Referências bibliográficas:

1. Forsyth PA, Posner JB. Headaches in patients with brain tumors: a study of 111 patients. *Neurology* 1993;43:1.678-1.683.
2. Suwanvela N, Phanthumchinda K, Kaorophum S. Headache in brain tumor: a cross-sectional study. *Headache* 1994;34:435-438.
3. Pfund Z, Szapáry L, Jászberényi O, Nagy F, Czopf J. Headache in intracranial tumors. *Cephalalgia* 1999;19:787-790.
4. Wiebers DO, Feigin VL, Brown Jr RD. Intracerebral Hemorrhage. General Evaluation and Treatment. In: *Cerebrovascular Disease in Clinical Practice*. Boston, New York, Toronto, London. Little Brown, 1997.
5. Guimarães OM, Toledo DER, Venturelli ID, Neves MV, Guimarães MD. Hematomas encefálicos não traumáticos – critérios de tratamento. *J Bras Neurocirurg* 2002;13(2):49-56.

Neuralgia sintomática do trigêmeo: relato de caso

*Fernandes RSM,¹ Speciali JG,² Bordini CA,² Macedo HR²
¹FO-UFPE, ²HCFMRP-USP*

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de neuralgia sintomática do trigêmeo e comparar os sintomas apresentados com outros quadros dolorosos da face. Neuralgia trigeminal é uma das condições dolorosas mais conhecidas e seu estudo requer amplo conhecimento das condições dolorosas que acometem a região inervada pelo nervo trigêmeo. **Caso clínico:** A paciente, 63 anos, relatou dor em choque, de forte intensidade, com duração de poucos segundos na região da mandíbula esquerda, desencadeada por estresse, escovação dentária, mastigação, ingestão de alimentos gelados e por movimentos mandibulares; referiu ainda uso de CBZ (400 mg/dia) nos últimos quatro anos, com melhora parcial da dor e, com o aumento da dose para 800 mg/dia, a dor praticamente desaparecia. Ao exame clínico observou-se hipostesia nas regiões de V2 e V3 à esquerda e edentulismo parcial em decorrência do quadro álgico. A RMN encefálica mostrou uma íntima relação da artéria cerebelar ântero-posterior com o nervo trigêmeo. Foi proposto tratamento neurocirúrgico, que a paciente não aceitou. **Discussão:** No estudo comparativo com outras algias faciais, observou-se que, muitas vezes, as neuralgias podem, quando não abordadas de forma adequada, ser confundidas com outras patologias, como foi observado na paciente em questão, que perdeu os dentes por causa de diagnóstico incorreto de odontalgia.

Conclusão: Todos os quadros álgicos devem ser investigados quanto à sua etiologia para que a conduta terapêutica seja a mais adequada.

Uso de gabapentina no tratamento da síndrome SUNCT

Rocha Filho PAS, Rabello GD, Galvão ACR, Fortini I, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléias do HC FMUSP, São Paulo.

RESUMO

Objetivos: Relatar tratamento da Síndrome SUNCT com gabapentina. **Materiais e métodos:** Descrição de dois casos clínicos. **Resultados:** **Caso 1:** Mulher, 75 anos, com dor em fígada em região frontal e periorbitária esquerda, de grande intensidade e duração de 2-3 minutos, há três anos e, acompanhada de hiperemia conjuntival e lacrimejamento ipsolaterais e desencadeada pela mastigação ou bocejo. No início, frequência de 2-3 vezes/semana, com aumento gradativo, até passar a ocorrer várias vezes por dia, sempre que mastigava ou bocejava. Havia feito uso de carbamazepina (400 mg/dia), indometacina, clonazepam, amitriptilina (25 mg/dia) e acupuntura sem melhora. Apresentava exames clínico e neurológico normais. Durante a investigação foram feitos USG Doppler de Carótidas, EEG, exames laboratoriais, normais. RNM/encéfalo com sinais de microangiopatia. Gabapentina (300 mg/2x/dia), com melhora da frequência da dor. Atualmente sem dor com gabapentina (600 mg/dia) há seis meses. **Caso 2:** Mulher, 82 anos, cefaléia em pontadas, forte intensidade, retro-orbitária direita, duração até trinta segundos, há seis meses. Dor diária, frequência de 20-40 vezes/dia e acompanhada de lacrimejamento e hiperemia conjuntival. Crise pode ser desencadeada por estímulos sensoriais em hemiface direita. Fez uso de carbamazepina (600 mg/dia) e clorpromazina 4%, com melhora parcial. Exames clínico e neurológico normais. Realizados CT de crânio e LCR normais. A RNM/encéfalo com sinais de microangiopatia. Após introdução de gabapentina (1.200 mg/dia), paciente evoluiu sem dor, porém com episódios de hiperemia conjuntival.

Conclusões: Gabapentina deve ser considerada como opção terapêutica na síndrome SUNCT.

Terapia manual: uma alternativa para o tratamento coadjuvante das cefaléias crônicas

Pires RCCK, Barea LM, Striebel VLW, Perla AS, Brito CIB,
Haussen DC, Schnarndorf DG, Londero R
Rede Metodista de Educação – IPA, Curso de Fisioterapia
Ambulatório de Cefaléias – FFFCMPA / ISCMPA – RS/Brasil

RESUMO

Introdução: O manejo dos pacientes com cefaléias crônicas é desafiador, e as técnicas coadjuvantes parecem trazer benefícios, mas ainda não há uma avaliação científica adequada destas. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do tratamento fisioterapêutico, fundamentado em técnicas de terapia manual, além de quantificar e avaliar o impacto deste tratamento para cefaléia na qualidade de vida dos pacientes. **Materiais e métodos:** A amostra, alocada em um estudo longitudinal, foi composta por 24 pacientes com cefaléias do tipo migrânea

sem aura (MSA) e tipo tensional crônica (CTTC) de acordo com os critérios da IHS. Os indivíduos foram avaliados por meio de anamnese, exame físico-neurológico. Os 24 pacientes selecionados para terapia manual apresentavam contratura da musculatura paravertebral e mantiveram o tratamento medicamentoso profilático/agudo de base. O protocolo fisioterapêutico constou da medida da amplitude do movimento cervical através de goniômetro universal, escalas análogo-visuais para avaliação da dor e qualidade de vida, e questionário elaborado pelos autores. Os pacientes foram acompanhados durante quatro semanas, com duas sessões semanais de fisioterapia de uma hora, e, após, reavaliados. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva e analítica para um nível de significância de $p < 0,05$. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da ISCMPA. **Resultados:** A média de idade dos pacientes atendidos foi de 35,8 anos ($\pm 12,4$), sendo 92,6% mulheres. Da amostra, 54,2% apresentavam cefaléia tipo MSA e 45,8% CTTC. Observou-se decréscimo dos níveis médios de cefaléia nos 14 dias prévios à consulta, sendo o EAV médio 8,6 ($\pm 1,3$) antes da instituição terapêutica e 3,8 ($\pm 1,7$) após ($p < 0,01$). Com relação à cervicálgia, verificou-se diminuição da média do EAV de 7,7 ($\pm 1,9$) para 3,1 ($\pm 2,0$) ($p < 0,01$). Após o tratamento, constatou-se uma melhora na qualidade de vida, passando de uma média de EAV de 3,7 ($\pm 2,1$) para 7,8 ($\pm 1,3$) ($p < 0,01$). Observou-se um ganho significativo de amplitude dos movimentos cervicais. Em relação à percepção dos efeitos do tratamento pelos pacientes, 77,8% relataram muita melhora da cefaléia e 22,2% pouca melhora.

Conclusão: Apesar da reduzida amostra, o uso de terapia manual parece constituir-se numa eficaz ferramenta complementar ao tratamento medicamentoso das cefaléias crônicas tipo MSA e CTTC.

Tratamento da tensão pré-menstrual (TPM) com piridoxina (vitamina B₆): resposta terapêutica e avaliação de risco de neurotoxicidade periférica

Medeiros FL, Medeiros PL, Lins O, Farias da Silva W
Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas – UFPE

RESUMO

Objetivos: Correlacionar a ação da piridoxina na dose de 600 mg/dia a partir do 14º dia do ciclo menstrual ao 1º dia do ciclo seguinte, durante quatro ciclos consecutivos, com a redução dos sintomas da TPM e estabelecer se a dose utilizada induz neuropatia periférica. **Método:** Trinta e cinco pacientes com queixas de TPM foram estudadas prospectivamente. O exame clínico neurológico e eletroneuromiografia (ENMG) dos membros inferiores foram realizados antes e após tratamento com a piridoxina. A cada mês foram observados os sintomas de TPM e realizados os exames neurológicos periféricos das pacientes. **Resultados:** A maioria dos sintomas (desânimo, ansiedade, irritabilidade, insônia, sonolência, distensão abdominal, edema e dor nas mamas, edema e dor em membros inferiores) apresentou redução com a dose de 600 mg/dia, sendo estatisticamente significativa, quando comparada cada situação antes e a cada mês do tratamento. Com relação à neurotoxicidade periférica, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os parâmetros eletroneuromiográficos, anteriores e posteriores ao tratamento.

Conclusão: O uso da piridoxina na dose de 600 mg/dia melho-

rou significativamente os sintomas da TPM e não induziu neuropatia periférica, durante quatro ciclos menstruais consecutivos.

Avaliação do topiramato na profilaxia de enxaqueca de acordo com 30 pacientes

Fragoso YD, Brooks JBB, Bernardi Jr C

Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

RESUMO

Objetivo: Obter uma avaliação sobre o topiramato (Topamax®) feita pelos próprios pacientes portadores de enxaqueca. **Métodos:** Trinta pacientes de clínica particular, todos portadores de enxaqueca há mais de cinco anos, com critérios para tratamento profilático, foram entrevistados individualmente após pelo menos três meses da prescrição de Topamax. **Resultados:** O grupo era constituído por cinco homens e 25 mulheres com idade média de 39 anos (variação 17 a 68). O grau de satisfação com Topamax foi da ordem de 7,26 (notas de zero a 10), sendo a nota > 8 em dez casos. Os efeitos colaterais relatados foram insônia (oito casos, sendo oito de insônia reversível), perda de peso (quatro), parestesias (dois, ambos reversíveis após o primeiro mês), embaçamento visual (dois), epigastralgia (dois, sendo que um interrompeu o tratamento), sonolência (um) e distúrbio cognitivo (um, que interrompeu o tratamento). As doses variaram de 25 a 175 mg/dia (média = 50 mg/d). Quatro pacientes interromperam o tratamento (dois por evento adverso e dois por falta de resposta).

Conclusão: O grau de satisfação dos pacientes usando Topamax foi relativamente alto, sendo a medicação bastante tolerável.

Cefaléia hipócnica responsiva ao uso de naratriptano: relato de caso

Goulart FO, Cabral FB, Saab VM, Costa AR, Monzillo PH, Sanvito WL

Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da Santa Casa de São Paulo

RESUMO

Cefaléia hipócnica foi descrita por Raskin, em 1988, apresentando os seguintes critérios de inclusão, entre eles, pacientes idosos com cerca de 60 a 70 anos; dor paroxística noturna geralmente durante o sono; cefaléia difusa, duração de 30-60 minutos frequentemente pulsátil com náusea; resposta terapêutica ao carbonato de lítio nas doses de 300-600 mg/dia. O objetivo deste relato de caso é apresentar um quadro clínico de cefaléia hipócnica que costuma ser com resposta eficaz ao uso do carbolitium, porém só houve resposta ao uso do naratriptano 2,5 mg ao deitar. EMRSB, 59 anos, sexo feminino, branca, do lar, natural São Paulo-SP. Paciente refere que há quatro meses iniciou quadro de dor localizada em região têmporo-parietal esquerda, de instalação abrupta, que durava em média 30-150 minutos, de forte intensidade, com qualidade ora pulsátil ora aperto, que ocorre em

média 15 a vinte vezes ao mês, sem cessar com analgésicos comuns. A dor tem predomínio exclusivamente noturno ocorrendo após três horas ao deitar, despertando a paciente. Não há queixa de sintomas autonômicos associados (hiperemia conjuntival, lacrimejamento, rinorréia, obstrução nasal) bem como comemorativos de enxaqueca. A paciente foi investigada com tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética de encéfalo não evidenciando-se anormalidades. Foi realizada hipótese diagnóstica de cefaléia hipócnica e introduzido naratriptano 2,5 mg/noite enquanto aguardava dosagem de hormônios tireoideanos para posterior introdução de carbolitium. Após 14 dias, a paciente se apresentou assintomática e com dosagem de hormônios tireoideanos normais, sendo suspenso naratriptano e introduzido carbolitium 300 mg/noite solicitando novo retorno em 14 dias. No retorno, a paciente apresentava piora importante do quadro após introdução do carbolitium; optou-se por manter a medicação por mais sete dias e solicitar novo retorno. Após sete dias, a paciente mantinha dor. Foi então suspenso o carbolitium e reintroduzido naratriptano 2,5 mg por noite com posterior desaparecimento dos sintomas durante um mês de acompanhamento, não ocorrendo mais seguimento da paciente por abandono ambulatorial. Chama-se a atenção para esta forma rara de cefaléia onde alguns medicamentos são poucos eficazes, à exceção do carbolitium, em seu tratamento.

Presença de cefaléias em um grupo de pacientes portadores de apnéia obstrutiva de sono

Cláudia Ângela Vilela de Almeida, Otávio Gomes Lins,

Hugo André de Lima Martins

Laboratórios Integrados de Neurofisiologia e Sono – Recife

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença e modalidades de cefaléia em um grupo de pacientes portadores de apnéia obstrutiva de sono que se submeteram a exame polissonográfico. Setenta e cinco pacientes participaram deste estudo, sendo 26 mulheres, com idades variando entre 27 e 84 anos. As polissonografias foram realizadas num aparelho digital (marca Cadwell) com monitorização dos seguintes parâmetros: EEG, EOG, EMG submentoniana, ECG, fluxo aéreo, esforço respiratório, oximetria e movimentos de pernas. Os diagnósticos das modalidades de cefaléia foram feitos tendo como base os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, de acordo com a classificação de 1988. Vinte e cinco pacientes não tinham queixas de cefaléia. Nos cinquenta pacientes com cefaléia foram diagnosticadas as seguintes modalidades: migrânea sem aura (27), cefaléia tipo tensional episódica (dez), cefaléia tipo tensional crônica (quatro), cefaléia da hipoglicemia (dois), cefaléia hipócnica (dois), migrânea crônica (dois), cefaléia em salvas (um), cefaléia da ressaca (um) e cefaléia da apnéia obstrutiva de sono (um). Apenas em três pacientes detectou-se reais cefaléias de sono (cefaléia hipócnica + cefaléia da apnéia obstrutiva de sono). Uma paciente tinha crise de migrânea desde a infância e a partir dos 42 anos de idade cefaléia da apnéia obstrutiva do sono, que desapareceu com o uso do CPAP.

Perfil de atendimento em ambulatório de cefaléia em um hospital universitário

Rocha Filho PAS, Rabello GD, Galvão ACR, Fortini I, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Objetivos: Verificar perfil de atendimento de ambulatório de cefaléia de um hospital universitário. **Materiais e métodos:** Análise do banco de dados da triagem do Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo no período de 10/02/2000 a 14/04/2003, avaliando-se o perfil de encaminhamento, o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos, diagnósticos dados na triagem quanto a cefaléias, abuso de analgésicos e o destino dado a estes pacientes. **Resultados:** 1.026 pacientes com média etária de 42,8 anos (DP = 15,6), sendo 76,1% do sexo feminino; 46% nasceram em SP; 61,5% estavam desempregados; 53,0% eram casados e 28% solteiros. Nível educacional: Analfabetos (10%); 1º grau incompleto (43,7%); 1º grau completo (9,2%); 2º grau incompleto (7,9%); 2º grau completo (18,1%) e 11% iniciaram/completaram o 3º grau. Quem encaminhou: outro setor do HC (64,3%); PS do HC (16,7%); médico externo (10,5%), Unidade Básica de Saúde (7%). Tempo médio de dor de 11,9 anos (DP = 11,9) e 22,2% apresentavam abuso de analgésicos. Os diagnósticos mais freqüentemente dados foram: CCD (41%), enxaqueca (35,2%), CTTE (5,3%).

Conclusões: A maioria dos pacientes atendidos foi encaminhada do próprio hospital universitário, 39,1% foram posteriormente matriculados no serviço (principalmente enxaqueca, CCD e cefaléia a esclarecer). CCD teve maior freqüência diagnóstica. Foi feito diagnóstico de abuso em 22,2% dos pacientes. A maioria dos pacientes atendidos foi do sexo feminino e apresentava tempo médio de dor superior a 11 anos.

Algia facial atípica: casuística do Ambulatório de Cefaléia da Santa Casa de São Paulo

Nemoto PH, Monzillo PH, Thomaz RB, Baise C, Saab VM,
Shimabuku I, Inoue SS, Protti GG, Costa AR, Sanvito WL
Disciplina de Neurologia – Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo demonstrar a prevalência e as características clínicas em pacientes que receberam diagnóstico de algia facial atípica, no Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Método:** Realizamos estudo retrospectivo em 1.365 prontuários registrados entre 1993 a 2003, sendo encontrados 23 (1,7%) pacientes com diagnóstico de algia facial atípica, segundo os critérios de International Headache Society – 1988. Resultados: 17 (74%) do sexo feminino, 6 (26%) do sexo masculino; idade média de

55,6 anos (24-74 anos) no momento da primeira consulta; início dos sintomas em média 6,1 anos. As principais características foram: dor latejante e em queimação, sendo predominante no lado esquerdo da face (57%), principalmente no território da segunda raiz do nervo trigêmeo. Destes pacientes, apenas em quatro (17,3%) deles relacionou-se como desencadeante a manipulação dentária, e ainda em dois (8,7%) deles relacionou-se o início dos sintomas com trauma craniofacial, sendo, portanto, a maioria deles de origem indeterminada ou espontânea. Foram realizados 22 exames complementares, sendo seis tomografias, 14 ressonâncias e 1 RX de seios da face; do total, foram 12 exames normais, dez alterados, porém dois deles com correlação clínica. Em relação ao tratamento, 21 (91,3%) dos pacientes foram submetidos a tratamento profilático, sendo as drogas mais utilizadas a carbamazepina – 14 pacientes, com resposta satisfatória em nove deles; a amitriptilina – nove pacientes, com resposta satisfatória em três deles; e a nortriptilina – três pacientes, com resposta satisfatória nos três; as demais drogas utilizadas foram o baclofeno, a fenitoína, a clorpromazina.

Conclusão: Os dados encontrados estão de acordo com a literatura em relação à prevalência e características da dor.

Cefaléia na gestação. Estudo epidemiológico prospectivo na cidade de Catanduva-SP

Melhado EM, Maciel JA
Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp),
Fundação Padre Albino

RESUMO

Objetivo: O presente estudo objetiva verificar a presença de cefaléia em mulheres grávidas antes e durante a gestação; classificar as cefaléias segundo os critérios da SIC (1988), bem como relatar o comportamento das cefaléias preexistentes à gestação, durante os trimestres gestacionais, quanto à freqüência e intensidade da dor. **Método:** Através de entrevista semi-estruturada orientada por questionário, e aplicada pelo mesmo profissional neurologista com treinamento em cefaléia, foram acompanhadas 1.101 mulheres grávidas durante o primeiro, o segundo e o terceiro trimestres gestacionais, com os objetivos supracitados. Os resultados são apresentados a seguir. **Resultados:** Foram entrevistadas 1.101 mulheres grávidas entre 12 e 45 anos de idade. Apresentavam cefaléia 1.065/1.101 mulheres (prevalência de 96,73%). Das 1.101 mulheres, 1.029 apresentavam cefaléia antes da gestação, e apenas 36 apresentaram cefaléias iniciadas durante a gestação. A classificação das cefaléias, segundo os critérios da SIC-1988, em 1.029 mulheres com cefaléia antes da gestação mostrou a cefaléia do tipo migrânea como a mais freqüente (807/1.029). O comportamento das cefaléias apresentadas antes da gestação em 1.013 tipos de cefaléias passíveis de se estudar durante os trimestres gestacionais mostra que durante o primeiro trimestre, a dor melhorou ou desapareceu em 523 mulheres (51,6%), não se modificou em 294 (29,0%), piorou em 183 (18,0%) e apresentou padrão misto em 13 (1,3%) mulheres; que durante o segundo trimestre, a dor melhorou em 611 mulheres (60,3%), não se modificou em 278 (27,4%), piorou em 115 (11,3%) e apresentou padrão misto em nove (0,8%) mulheres; e que durante o terceiro trimestre, a dor melhorou em 646

mulheres (63,7%), não se modificou em 265 (26,1%), piorou em 91 (8,9%) e apresentou padrão misto em 11 (1,1%) mulheres.

Conclusões: É possível constatar que a maioria das mulheres grávidas apresenta cefaléia anteriormente à gestação, do tipo migrânea, e que a mesma melhora ou desaparece durante a gestação.

Um algômetro nacional – detalhamento de um projeto

Kowacs PA,¹ Piovesan EJ,¹ Da Silva HP,² Werneck LC¹

¹Hospital de Clínicas da UFPR, Curitiba-PR, Brasil

²Parallaxis Soluções Tecnológicas, Curitiba-PR, Brasil

RESUMO

Palavras-chave: Algometria, algômetro, dor, cefaléia, mensuração. **Objetivos:** Descrever as etapas de desenvolvimento de um algômetro nacional, projeto que possibilitou o desenvolvimento de tecnologia de ponta. **Fundamentos:** A algometria é um método de avaliação objetiva da sensibilidade individual à dor. Algômetros são instrumentos essenciais na pesquisa de limiares dolorosos, podendo utilizar diversos tipos de estímulo nociceptivo, entre eles a pressão. Até o presente momento, dispúnhamos apenas de algômetros importados disponíveis. Este projeto visou desenvolver tecnologia local para a fabricação de algômetros. **Material/Métodos:** Foi utilizado um microcontrolador de alta performance, o qual recebe as informações captadas de um sensor. A célula de carga pode suportar até 20 kg (20 kg/0,5 cm = 400 kPa). O equipamento foi inicialmente programado para uma resolução de 1kPa, passível de ampliação. Seu mostrador é de cristal líquido com duas linhas e 16 caracteres. Possui também duas portas seriais, as quais podem ser utilizadas para controle externo de periféricos e/ou para transmissão dos dados para um notebook ou outro periférico. Pode funcionar ligado na rede elétrica ou com baterias de 9V, apresentando baixo consumo.

Conclusão: O projeto do algômetro mostrou-se não apenas factível quanto viável, resultando na aquisição de tecnologia, a qual poderá ser utilizada na área de pesquisa biomédica.

Cefaléia em salvas episódica de ocorrência na gravidez

Sarmiento EM, Brito CM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux CC
UFF – Setor de investigação de cefaléias

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente que apresentou em duas gravidezes distintas cefaléia que preenche os critérios da International Headache Society para cefaléia em salvas episódica. **Relato do caso:** ESB, 32 anos, negra, sexo feminino, brasileira, encontrava-se no terceiro mês de gestação quando passou a apresentar crises de cefaléia periorbitária direita, de forte intensidade, excruciante, que a paciente descrevia como “se o olho pulasse para fora”. Os

episódios de dor duravam aproximadamente sessenta minutos, iniciando-se sempre por volta das 3 horas da madrugada. Do mesmo lado da dor manifestava hiperemia conjuntival e lacrimejamento, além de xerostomia. Ao ser atendida por um dos autores, encontrava-se em sua sexta crise. Os analgésicos comuns não haviam proporcionado qualquer melhora. Três anos antes, durante outra gestação, apresentara quadro semelhante. Não havia relato de qualquer tipo de cefaléia fora do período da gravidez e na história familiar foi relatado caso de migrânea em tia materna. O exame neurológico revelava-se normal. Foi realizada ressonância magnética do crânio que não mostrou anormalidades. Devido ao quadro apresentado e o grande sofrimento da paciente optamos por iniciar naratriptano 2,5 mg de 12/12 horas por cinco dias. Após este período, a paciente retornou totalmente assintomática e manteve-se assim até o término da gravidez. O conceito não apresentou anormalidades. Fora do período de gestação a paciente nunca apresentou crises. **Discussão:** Cefaléia em salvas é uma forma de cefaléia primária com predomínio no sexo masculino (relação 4:1) mas nos últimos anos tem havido aumento de casos desta entidade entre as mulheres, provavelmente por fatores ambientais e modificações no estilo de vida como ressaltado por Ekblom et al. As características clínicas em homens e mulheres são similares, havendo apenas pequenas diferenças entre os sexos (Rozen et al, 2001). Neste caso apresentado encontramos algumas características interessantes ressaltadas pelos autores: 1. Ocorrência em mulher; 2. Ocorrência exclusiva na gravidez em paciente que não tem qualquer tipo de cefaléia; 3. Períodos curtos de crise; 4. Resposta excelente ao uso de naratriptano; 5. Uso de naratriptano em paciente grávida sem qualquer tipo de complicação.

Bibliografia:

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia*, Supl. 7, 1988.
2. Farias da Silva W. Cefaléia em salvas: diagnóstico e tratamento. In: Cefaléias primárias aspectos clínicos e terapêuticos (vários autores), 2 ed., São Paulo: Zeppelini Editorial 2002.
3. Ekblom K, DA Svensson, H Träff e Waldelind E. Age at onset and sex ratio in cluster headache: observations over three decades. *Cephalalgia* 2002;22:94-100.
4. Rozen TD, Niknam RM, Shechter AL, Young WB, Silberstein SD Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70(5):613-7.

Síndrome “Cluster-Tic”

Galvão ACR, Rabello GD, Rocha Filho PAS, Fortini I, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléia e Centro de Dor do HCFM/USP, SP

RESUMO

Objetivos: Relatar caso da síndrome Cluster-Tic. **Materiais e métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 61 anos, há 4,5 anos com dores lancinantes e em choque, de rápida duração, nos territórios do primeiro e segundo ramos do nervo trigêmeo à esquerda, desencadeados por pequenos estímulos locais. Exame neurológico e TC de crânio normais. Houve melhora da dor com amitriptilina e carbamazepina (CBZ). Após alguns meses, parou a medicação. Ficou assintomática por um ano, com recorrência da dor. Foi prescrita CBZ, com melhora parcial da dor, associando-se

difenilhidantoína (DFH), com controle da dor. Recorrência após quatro anos e cinco meses do início do quadro. Referia também outro tipo de dor no mesmo território que durava dez a 15 minutos, muito intensa, 3-4 vezes/dia, com lacrimejamento e congestão nasal ipsilaterais. Foi prescrito CBZ, DPH e verapamil, sem melhora. Associou-se clorpromazina em baixa dose, sem tolerância. Suspendeu-se o verapamil e a clorpromazina e associou-se prednisona. Realizou-se bloqueio do gânglio de Gasser com lidocaina + corticoide, sem efeito. Após alguns dias de uso da prednisona, obteve-se melhora discreta, com dores diárias e mais curtas. Acrescentou-se carbonato de lítio 600 mg/dia e elevou-se a dose da prednisona para 60 mg/dia e em menos de uma semana obteve-se melhora quase total da dor.

Conclusões: A síndrome “Cluster-Tic” não deve ser considerada apenas como presença concomitante de neuralgia do trigêmeo e cefaléia em salvas. Em muitos casos, a dor se inicia como um “tic” doloroso e, quando as dores típicas da cefaléia em salvas aparecem, tende a ocorrer uma mixagem das duas variantes de dor. As dores de ambos os tipos melhoraram com drogas profiláticas da cefaléia em salvas.

Hemicrânia paroxística crônica de apresentação atípica: relato de caso

*Penteado JC, Krymchantowsky AV
Instituto de Neurologia Deolindo Couto – UFRJ*

RESUMO

Identificação: APRL, feminino, 20 anos, parda, natural do RJ. **HDA:** Queixa-se de cefaléia diária iniciada aos 9 anos de idade, em pontadas, intensa, exclusivamente temporal e periocular à esquerda, com foto e fonofobias, hiperemia conjuntival, lacrimejamento e entupimento nasal ipsilateral com duração aproximada de dez minutos e cessação espontânea. Raramente a dor ficou extremamente intensa e associou-se a vômitos, não tendo ultrapassado 15 minutos de duração. Relata três a cinco crises diárias, freqüentemente pela manhã e sem fenômenos deflagradores. História patológica pregressa sem relatos dignos de nota. Na história familiar não se referem antecedentes de cefaléia. Exame clínico e neurológico, assim como fundo de olho, normais. Tomografia computadorizada do crânio sem anormalidades. Submetida ao “indoteste” com doses de 25 mg de indometacina via oral após as refeições, chegando a 150 mg diárias, com desaparecimento da cefaléia e sintomas associados. Atualmente apresenta cerca de três episódios mensais, de leve intensidade, que cedem em 15 minutos espontaneamente, não fazendo mais uso da medicação profilática.

Cefaléia crônica diária e transtorno somatoforme – tratamento

*Carrocini D, Rocha Filho PAS, Rabello GD, Galvão ACR, Fortini I
Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

RESUMO

Objetivo: Estudar transtornos somatoformes em pacientes portadores de cefaléias crônicas refratárias ao tratamento convencional, ocultados por quadro doloroso. **Material e método:** 143 pacientes portadores de cefaléias crônicas refratárias ao tratamento convencional foram submetidos a avaliação psiquiátrica por meio de entrevistas utilizando-se o DSM-IV. A entrevista psiquiátrica foi complementada com questionário que enfocou tempo de duração de cefaléia e uso abusivo de analgésicos. **Resultados:** 109 casos (76,2%) apresentavam cefaléia crônica diária (CCD) sendo: 49 (34, 2%) enxaqueca transformada (ET); 41 (28, 6%) de cefaléia tipo tensional crônica (CTTC), 18 (12, 5%) CTTC + enxaqueca e um (0, 7%) hemicrânia contínua (HC); 23,7% eram portadores de cefaléias secundárias e algias crânio-faciais. Na amostragem, 93 pacientes (65%) apresentaram transtornos somatoformes; 82 (88%) mostraram uso abusivo de analgésicos. Entre 66% desses pacientes, a cefaléia estava presente há mais de vinte anos. O tratamento psiquiátrico mostrou os seguintes resultados: médio em 15 pacientes (16%) e ruim em 78 (83%) pacientes.

Conclusão: Pacientes com cefaléias crônicas refratárias ao tratamento convencional e portadores de transtorno somatoforme, tem maior dificuldade em deixar de fazer uso abusivo de analgésicos, não aderem de maneira adequada ao tratamento e apresentam resultados pobres ao tratamento psiquiátrico.

Cefaléia crônica diária: observações em um ambulatório terciário

*Rabello GD, Fortini I, Galvão ACR, Rocha Filho PAS, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

RESUMO

Objetivos: Caracterizar as várias formas de cefaléia crônica diária (CCD), com ênfase na comparação entre enxaqueca transformada (ET) e a cefaléia tipo tensão crônica (CTTC). **Materiais e métodos:** Análise do banco de dados dos pacientes atendidos de 10/02/2000 a 14/04/2003 na triagem do Ambulatório de Cefaléia do HC da FMUSP. Para análise das doenças psiquiátricas, foram entrevistados 48 pacientes com CTTC e 217 com ET. As entrevistas foram feitas por psiquiatra com experiência no tratamento de pacientes com dor. Análise estatística: χ^2 (variáveis nominais). Comparação entre médias e intervalos de confiança (distribuição normal). **Resultados:** 449 pacientes com CCD (ET – 68,3%; CTTC – 28,7%; hemicrânia contínua – 1,8%; cefaléia diária persistente e nova – 1,1%); 79,5% do sexo feminino; média etária = 44,3 anos (DP = 15,0); tempo médio de dor de 13,7 anos (DP = 12,3); 49,2% dos pacientes tinham abuso de analgésicos. Estado civil e raça não predisuseram a tipos específicos de CCD. Apenas 9,8% das ET conservaram as características de enxaqueca (dor com padrão pulsátil, sem dor constritiva nos intervalos intercríticos). Média etária: CTTC = 51,7 anos (DP = 16,1) x ET = 41,2 anos (DP = 13,1), $p < 0,01$; tempo referido de dor: ET = 15,6 anos (DP = 12,4) x CTTC = 10,1 anos (DP = 11,4), $p < 0,01$; sexo feminino: ET = 84,4% x CTTC = 71,3%, $p < 0,01$; abuso de analgésicos: ET = 65,5% x CTTC = 15,5%, $p < 0,01$. A prevalência de ET

aumentou com a idade até a quinta década, sendo esta a de maior prevalência (30,4% dos casos). A CTTC teve a prevalência crescente com a idade, tendo maior prevalência nos > 60 anos (33,3%). Esta diferença de distribuição etária foi estatisticamente significativa ($\chi^2=57,0$; $p<0,001$). Em relação à prevalência de doenças psiquiátricas em pacientes com ET e CTTC, foi observada diferença estatisticamente significativa apenas em relação aos transtornos somatoformes (ET=41,9% x CTTC = 18,8%, $p=0,002$).

Conclusões: A ET foi a modalidade de CCD mais prevalente. Na maioria dos portadores, não conservou as características de enxaqueca. O grupo de ET teve menor média etária, maior percentual de mulheres, maior tempo de dor, mais abuso de analgésicos e maior prevalência de transtorno somatoforme do que a CTTC. A CTTC tem maior prevalência em idades mais avançadas do que a ET.

Aspectos epidemiológicos e características clínicas da cefaléia crônica diária no Ambulatório de Cefaléia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Nemoto PH, Monzillo PH, Baise C, Thomaz RB, Saab VM, Sanvito WL

Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

RESUMO

A cefaléia crônica diária (CCD) é definida como uma cefaléia cuja frequência de crises é superior a 15 dias por mês, 180 dias por ano, por um período mínimo de três meses. Dentro deste conceito, podemos encontrar vários tipos de cefaléias primárias. Realizou-se estudo retrospectivo de 1.348 prontuários do Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, dos quais 241 pacientes preenchiam critérios de diagnóstico de CCD. Este trabalho tem como objetivo apresentar as características clínicas desta população de pacientes, particularizando-se os seguintes aspectos: tempo de transformação para CCD, uso abusivo de medicamentos abortivos e eficácia terapêutica, comparando os dados com a literatura.

Cefaléia crônica persistente de início súbito: aspectos epidemiológicos e terapêuticos de 62 pacientes do Ambulatório de Cefaléia da Santa Casa de São Paulo

Baise C, Monzillo PH, Nemoto PH, Thomaz RB, Saab VM, Sanvito WL

Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

RESUMO

A cefaléia crônica persistente de início súbito (CCPIS) foi des-

crita pela primeira vez em 1986 por Vanast, e pode ser definida, segundo Silberstein, por uma cefaléia que persiste mais de 15 dias, por um período maior que trinta dias e mais de quatro horas/dia sem tratamento e que não apresenta história prévia de outra cefaléia primária, como enxaqueca e cefaléia do tipo tensão. Sem etiologia definida, a CCPIS pode estar relacionada ao uso abusivo de medicamentos abortivos ou a agentes infecciosos como, por exemplo, o vírus Epstein-Baar. Realizou-se estudo retrospectivo de 1.378 prontuários do Ambulatório de Cefaléia, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, dos quais 241 pacientes preenchiam critérios de diagnóstico de cefaléia crônica diária e, destes, 62 receberam o diagnóstico de CCPIS. Este estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico destes pacientes, bem como avaliar a eficácia terapêutica nos mesmos.

Aspectos psicológicos de pacientes com cefaléia crônica diária e com síndrome da cefaléia hípica

*Fragoso YD, Missiano ECM, Souza Carvalho D
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaléias,
Escola Paulista de Medicina, Unifesp*

RESUMO

Objetivos: Avaliar os aspectos psicológicos de pacientes portadores de duas formas de cefaléias crônicas de frequência diária ou quase diária, porém de etiologias possivelmente diferentes. **Métodos:** O teste projetivo de Wartegg foi aplicado a oito pacientes portadores de Cefaléia Crônica Diária (CCD) e a oito pacientes portadores de Síndrome da Cefaléia Hípica (SCH). Este teste é utilizado regularmente em testes vocacionais e ocupacionais, avaliando a dinâmica da personalidade do indivíduo. **Resultados:** Pacientes com CCD apresentaram baixo grau de auto-estima e grande capacidade de adaptação ao meio, possivelmente para serem aceitos. Foi notável também a tendência depressiva e a imaturidade destes pacientes. Pacientes com SCH mostraram alto grau de auto-estima e necessidade de afeto, porém exigiam que o meio ambiente se adaptasse a eles.

Conclusões: Apesar da cefaléia diária ou quase diária de todos os pacientes, as características psicológicas foram diferentes quando avaliadas pelo teste projetivo de Wartegg. Sugere-se, portanto, que as cefaléias tenham origem etiológica variada, que afetem de forma diferente o paciente, e que a abordagem psicoterapêutica deveria ser individualizada.

Prevalência de cefaléia crônica diária com uso excessivo de medicação analgésica entre pacientes que consultam o Serviço de Emergência 24 horas em Cefaléia

*Barea LM, Haussen SR, Perla AS, Lima LG, Prates LZ, Espírito-Santo A, Carrion MJM, Haussen DC, Pires FDA, Ribeiro MC
Unidade de Emergência 24 horas em Cefaléia – Emercef
Departamento de Neurologia da*

*Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – ISCMPA*

RESUMO

Introdução: São escassos os estudos de prevalência de cefaléia crônica diária (CCD) na população em geral e não existem evidências deste índice para populações que procuram atendimento em serviço de emergência em cefaléia. **Objetivos:** Estimar a prevalência de cefaléia crônica diária nos pacientes que consultam em uma unidade de emergência em cefaléia de um hospital geral de Porto Alegre e determinar o perfil de uso de medicações analgésicas entre esses pacientes. **Metodologia:** Foram atendidos 780 pacientes consecutivamente de outubro de 2002 a junho de 2003 na Unidade de Emergência em Cefaléia da ISCMPA, os quais foram submetidos a entrevista para aplicação de protocolo estruturado seguido de exame clínico neurológico. Dessa amostra foram alocados os pacientes que preencheram critérios diagnósticos de cefaléia crônica diária e consumo excessivo de analgésicos conforme os critérios de Silberstein, 2001. Os resultados foram submetidos à estatística descritiva e analítica para um nível de significância de $p < 0,05$. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da ISCMPA. **Resultados:** Dentre os 780 pacientes, 66 (8,5% de toda amostra) foram identificados com cefaléia crônica diária. Dos pacientes com CCD, 34,0% faziam uso excessivo de medicação analgésica em comparação a 6,4% de uso excessivo pelo restante das cefaléias primárias ($p < 0,01$). O grupo CCD foi constituído em 75,7% por pacientes com enxaqueca crônica, 21,3% cefaléia do tipo tensional crônica e 3,0% hemicrânia contínua. Os pacientes com enxaqueca crônica apresentaram o perfil de 44% de uso excessivo de medicação em comparação a 7,6% de uso excessivo por pacientes com enxaqueca sem aura não transformada ($p < 0,01$). Dentre os pacientes com enxaqueca crônica e uso excessivo de consumo de analgésicos, 72,7% utilizavam duas ou mais classes de analgésicos associadas. Por outro lado, quando os pacientes com enxaqueca crônica utilizavam medicação sem abuso, apenas 36,4% faziam uso de duas ou mais classes de analgésicos em combinação.

Conclusão: Cefaléia crônica diária como motivo de consulta em serviço de emergência 24 horas em cefaléia é duas a três vezes mais freqüente que na população em geral. Este dado ressalta a importância da instituição de manejo diagnóstico e terapêutico adequado já neste setor de atendimento a fim de minimizar o sofrimento e a incapacidade do paciente com cefaléia crônica.

Cefaléia com padrão migranoso em neoplasia intracraniana

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux CC
UFF – Setor de Investigação das Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivos: Apresentação de sete pacientes portadores de neoplasias intracranianas e cefaléia com padrão migranoso. **Material e métodos:** São apresentadas sete pacientes com neoplasia intracraniana e cefaléia com características sugestivas de migrânea sem aura, com idades variando entre 20 e 50 anos. O tempo entre o início da dor e o diagnóstico do tumor variou de 15 dias a aproximadamente um ano. O exame neurológico foi normal em duas pacientes. Em uma delas, a crise respondeu ao sumatriptano nasal. Em duas pacientes havia recrudescimento do quadro durante o período menstrual. Após

a cirurgia houve remissão da cefaléia em todos os casos. A tabela seguinte detalha a casuística. **Discussão:** Na literatura são relatados casos de associação entre neoplasia e dor que simula cefaléia primária.^{1,2,3,4} Embora nossas pacientes apresentassem cefaléia com padrão migranoso, a observância rigorosa dos critérios da IHS e da SBCe para migrânea sem aura permitiu excluir este diagnóstico.⁵

Referências bibliográficas:

1. Forsyth PA, Posner JB. Headache in patients with brain tumors: a study of 111 patients. *Neurology* 1993;43:1.678-1.683.
2. Pepin EP. Cerebral metastasis presenting as migraine with aura. *Lancet* 1990;336:654-655.
3. Medina JL. Organic headaches mimicking chronic paroxysmal hemicrania. *Headache* 1992;32:73-74.
4. Debruyne J, Crevits L, Vander EH. Migraine-like headache in intraventricular tumors. *Clin Neurol Neurosurg* 1982;84:51-57.
5. Shah AK, Freij W. Dramatic headache relief after sumatriptan in a patient with a pituitary macroadenoma. *Headache* 1999; 39:443-445.
6. Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial. Tradução autorizada pela Sociedade Brasileira de Cefaléia e pela Sociedade Internacional de Cefaléia. Trad.: Edgard Raffaelli Jr, Wilson Farias da Silva e Orlando Martins. São Paulo. Lemos Editorial, 1997, 1-108p.

Paciente	Idade	Topografia tumor	Topografia cefaléia	Sintomas associados	Exame neurológico	Tempo evolução
LBA	42a	Parietal D	Temporal D	Náuseas, foto, fono	Normal	15 dias
EFS	49a	Goteira Olf. D	Frontal D	Náuseas, foto, fono	Síndrome frontal	1 ano
SRS	39a	Frontal D	Frontal D	Náuseas	Perda visual OD	3 meses
CF	20a	Temporal D	Temporal D	Náuseas, foto, fono, osmofobia	Disfasia	3 meses
MLAS	41a	Frontal D	Frontal D	Diplopia	Proptose globo ocular D	6 meses
NACS	50a	Goteira Olf D	Frontal D	Náuseas, foto, fono	Edema papila	6 meses
MNS	39a	Asa esfen D	Frontal D	Náuseas	Edema papila	1 ano
RS	33a	Asa esfen D	Frontal D	Náuseas, foto, fono, osmofobia	Normal	15 dias

Cefaléia causada por lesão da substância cinzenta periaquedutal?

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux CC
UFF – Setor de Investigação das Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Apresentação de uma paciente sem antecedentes de cefaléia e que desenvolveu dor com padrão migranoso após lesão hemorrágica pontina. **Relato do caso:** IS, feminino, 43 anos, sem história prévia de dor de cabeça, apresentou cefaléia intensa (a pior dor de sua vida), bitemporal, de caráter pulsátil, acompanhada de tontura, náusea, desequilíbrio e visão dupla. A paciente foi admitida ao Serviço de Emergência da SCMBM e o exame clínico geral encontrava-se normal, enquanto, ao exame neurológico, apresentava paralisia internuclear bilateral (perda da adução de ambos os globos oculares, com nistagmo de adução). Não havia sinais de irritação meníngea, a consciência se encontrava preservada e o exame de fundo de olho estava normal. TC e RNM do crânio revelaram lesão hemorrágica

pontina, na linha mediana. Não havia sinais de hemorragia subaracnóidea. Apesar da medicação analgésica venosa, a dor permaneceu intensa e contínua, tornando-se holocraniana. Iniciada amitriptilina (25 mg/dia); a partir da segunda semana, a paciente apresentou melhora do quadro álgico, permanecendo sensação de dolorimento bitemporal, que respondeu à associação com naproxeno. Cerca de três meses após a alta hospitalar, a paciente interrompeu abruptamente a amitriptilina, reaparecendo cefaléia pulsátil, bitemporal, contínua e acompanhada por náuseas. Referia melhora com o repouso e acentuação com os esforços físicos. Dias após a reintrodução da amitriptilina, houve redução da intensidade e da frequência da dor. O quadro oftalmológico permanecia praticamente inalterado. Na última revisão, quase quatro anos após o evento inicial, a paciente apresenta dor bitemporal pulsátil, de intensidade moderada (6/10 a 7/10), pouco freqüente e que responde à ergotamina oral. Houve resolução parcial do quadro oftalmológico. **Discussão:** Ray e Wolf consideravam o parênquima cerebral insensível à dor.¹ Raskin et al apresentaram uma série de 13 pacientes que desenvolveram cefaléia após implantação de eletrodos na região periaquedutal do mesencéfalo, sugerindo que “perturbações” desta região pudesse causar dor, em contraste com o resto do parênquima encefálico.² Haas et al publicaram o caso de uma menina de 16 anos com cefaléia intensa e de instalação súbita, associada a uma placa de esclerose múltipla na substância cinzenta periaquedutal.³ Em nosso caso, também não encontramos outra causa para a cefaléia, além da lesão descrita, na mesma região. Tem sido postulado que a estimulação de centros putativos da migrânea (como o *locus caeruleus*) ou a interferência com suas vias inibitórias no tronco encefálico possa ser o mecanismo responsável pela dor.⁴

Conclusões: Nossa paciente, sem história prévia de cefaléia, desenvolveu intensa, súbita, pulsátil e contínua, após lesão da substância cinzenta periaquedutal na ponte. O pequeno volume da hemorragia não determinava efeito de massa e/ou bloqueio do sistema ventricular, causando hidrocefalia. Também não havia sinais clínicos e/ou neuro-radiológicos de hemorragia subaracnóidea que pudessem explicar a dor. Assim, nos sentimos tentados a atribuir o quadro álgico e oftalmológico à mesma lesão.

Referências bibliográficas:

1. Ray BS, Wolff HG. Experimental studies on headache. Pain sensitive structures of the head and their significance in headache. Arch Surgery 1940;41:813-853.
2. Raskin NH, Hosobuchi Y, Lamb S. Headache may arise from perturbations of brain. Headache 1987;27:416-420.
3. Haas DC, Kent PF, Friedman DI. Headache caused by a single lesion of multiple sclerosis in the periaqueductal gray area. Headache 1993;33:452-455.
4. Rolak LA. Headaches and multiple sclerosis. Headache Quart 1992;3:39-44.

Cefalalgia em paciente com fistula arteriovenosa traumática de couro cabeludo

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Jevoux C, Souza JA
UFF – Setor de Investigação de Cefaléias
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Relatar e discutir um caso de dor temporal devida à fistula arteriovenosa traumática de couro cabeludo. **Relato do caso:**

A, masculino, 23 anos, foi agredido em junho de 2002, recebendo pancada na região temporal direita, aparentemente sem maiores conseqüências; apresentou apenas hematoma local, sem ferimento aberto. A partir de fevereiro de 2003, passou a manifestar dor na região do trauma e percebeu um “caroço que latejava”. A lesão apresentou crescimento progressivo acompanhando-se de dor pulsátil, que piorava com atividades físicas (correr). Ao dormir em decúbito lateral direito, sentia-se incomodado por ruído que parecia se originar na lesão, embora a sensação dolorosa diminuísse. Ao exame físico, observava-se tumoração subcutânea, temporal direita, de caráter pulsátil, com cerca de 3 cm de diâmetro, com frêmito e sopro. A artéria temporal superficial mostrava-se dilatada e sua compressão determinava o desaparecimento da pulsatilidade, do frêmito e do sopro da massa subcutânea; uma veia nitidamente dilatada estendia-se da região temporal, para frente e superiormente até a região frontal direita. O exame neurológico era normal. A impressão clínica inicial foi de fistula arteriovenosa traumática de couro cabeludo. A angiopressão do crânio e ultra-som confirmaram o diagnóstico e descartaram a comunicação com a circulação intracraniana. A angiografia seletiva com contraste iodado não foi realizada devido a antecedentes de alergia grave ao iodo. Após exérese cirúrgica radical da fistula, desapareceram a cefalalgia e o desconforto descritos pelo paciente. **Discussão:** As fistulas arteriovenosas do couro constituem complicações raras de traumatismo craniano apesar da grande vascularização do mesmo e da alta prevalência do traumatismo craniano.^{1,2} Os vasos mais comumente envolvidos são as artérias e veias temporais, por seu trajeto mais longo e mais vulnerável.³ Apresentam-se como massa pulsátil, de crescimento progressivo, podendo estar associada com dor local, cefaléia e/ou sangramento de couro cabeludo.^{4,5,6} A angiografia seletiva da artéria carótida externa é o exame de escolha para o diagnóstico e planejamento cirúrgico com remoção total, que é o tratamento mais apropriado.^{1,2,4,5,6}

Conclusão: Nosso paciente apresentava fistula arteriovenosa traumática do couro cabeludo, na região temporal direita, que determinava dor local e desconforto pelo ruído. O tratamento cirúrgico erradicou a sintomatologia.

Referências bibliográficas:

1. Badejo L, Rockwood P. Traumatic arteriovenous fistula of the scalp. J Neurosurg 1987;66:773-4.
2. Marks MW, Argenta LC, Dingman RO. Traumatic arteriovenous malformations of the external carotid arterial system. Head Neck Surg 1984;6:1.054-8.
3. Newton TH, Potts DG. Radiology of skull and brain. Angiography 1974;2(4):2.507.
4. Fisher-Jeffes ND, Domingo Z, Madden M, Villiers JC. Arteriovenous malformations of the scalp. Neurosurgery 1995;36:656-60.
5. Khodadad G. Arteriovenous malformations of the scalp. Ann Surg 1973;177:79.
6. Pereira CH, Leão JDB, Marais FB, Braz PC. Fistula arteriovenosa traumática do couro cabeludo: considerações sobre dois casos. J Bras Neurocirurg 2002;13(2):61-4.

Cefaléia relacionada à má formação de Chiari tipo I desencadeada pela tosse: apresentação de 5 casos

*Brito CM, Sarmiento EM, Moreira F^o PF, Souza JA, Jevoux C, Nobre ME
UFF – Setor de Investigação de Cefaléias Santa Casa de
Misericórdia de Barra Mansa*

RESUMO

Objetivo: Apresentação de cinco casos de cefaléia associada à má formação de Chiari do tipo I desencadeada pela tosse (MC-I). Apresentação dos casos: **Caso 1:** MS, masculino, 32 anos, apresentava cefaléia desencadeada pela tosse, holocraniana, em pressão, acompanhada de tonturas, que atingia sua intensidade máxima em segundos, desaparecendo espontaneamente em cerca de dez a 15 minutos. A dor surgia também após esforço. Negava cefaléia fora dos episódios de tosse. Relatava dificuldades de marcha, que apareceu quase ao mesmo tempo que a cefaléia, há cerca de seis meses. Exame neurológico: tetraparesia espástica. RX de coluna cervical, TC e RNM de crânio e coluna cervical compatíveis com invaginação basilar e má formação de Chiari do tipo I. **Caso 2:** CS, feminino, 30 anos, sempre que tossia, apresentava dor holocraniana, em pressão, de instalação aguda e duração de algumas horas, cessando sem uso de analgésicos e acompanhada de tontura, dormência nos membros superiores e dor cervical. O quadro podia ser precipitado por esforço físico. Algumas semanas após o aparecimento da cefaléia, percebeu dificuldades para deambular e para abotoar as roupas. Exame neurológico: tetraparesia espástica. TC e RNM de coluna cervical revelaram invaginação basilar, malformação de Chiari do tipo I e siringomielia cervical. **Caso 3:** MB, feminina, 54 anos, relatava cefaléia de instalação aguda, duração de aproximadamente meia hora, de caráter inicialmente pulsátil e, depois, em pressão, holocraniana, em associação com tontura. Os sintomas apareciam quando a paciente tossia ou fazia atividade física mais intensa. História patológica pregressa negativa, inclusive para cefaléias. Exame neurológico normal. RNM de crânio: má formação de Chiari do tipo I. **Caso 4:** AMF, feminino, 27 anos, queixava-se de dor occipital, com irradiação para região cervical e membro superior esquerdo, com características de um choque elétrico, de curtíssima duração, há cerca de seis meses. A dor surgia após a paciente fazer ginástica e/ou tossir, não aparecendo em outras circunstâncias. Relatava, ainda, sensação estranha na região do ombro e parte proximal do MSE, como se houvesse um pano fino sobre a pele. O exame neurológico encontrava-se normal. RNM das colunas cervical e torácica demonstrou malformação de Chiari do tipo I e siringomielia cervico-torácica. **Caso 5:** EM, masculino, 46 anos, referia dor holocraniana, em pressão, de instalação em segundos, permanecendo forte por cerca de cinco minutos e com duração de algumas horas. A cefaléia era pulsátil no início, tornando-se pressão. As crises eram precipitadas por tosse e esforço, acompanhando-se de tontura. O quadro havia se iniciado há três meses e não respondera aos anti-inflamatórios e analgésicos. O exame neurológico estava normal. RNM da coluna cervical definiu o diagnóstico de má formação de Chiari do tipo I. **Discussão:** A cefaléia é uma das múltiplas manifestações clínicas da MC-I^{1,2,3} sendo aquela desencadeada pela tosse a mais freqüente.⁴ Em uma série, todos os casos sintomáticos de cefaléia da tosse estavam associados a essa má formação.⁵ Embora o mecanismo da dor não seja conhecido precisamente, uma dissociação da pressão crânio-espinhal, devido à impaction das amígdalas cerebelares, parece ser a causa.⁶ A cefaléia holocraniana, em pressão, de instalação aguda e com duração de minutos a horas, foi a mais comum. A dor podia ser também desencadeada por estímulos semelhantes à manobra de Valsalva. Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, com remissão da cefaléia desencadeada pela tosse. O quadro motor permaneceu inalterado nos pacientes com tetraparesia.

Referências bibliográficas:

1. De Barros MC, Farias W, Ataíde L, Lins S. Basilar impression and Chiari Malformation. A study of 66 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1968;31:596-605.
3. Pillary PK, Awad IA, Little JD, Hahn JF. Symptomatic Chiari

malformations in adults. A new classification based on magnetic resonance imaging with clinical and prognostic significance. *Neurosurgery* 1991;28:639-645.

4. Stovner LJ. Headache associated with Chiari type I malformation. *Headache* 1993;33:175-181.

5. Pascual J, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996;46:1.520-1.524.

6. Ertsey C, Jelencsik I. Cough headache associated with Chiari type-I malformation: responsiveness to indomethacin. *Cephalgia* 2000;20:518-520.

Síndrome de Tolosa-Hunt: relato de caso

*Krymchamtowski A, Hampshire F, Vasconcellos L
Ambulatório de Cefaléias –
Instituto de Neurologia Deolindo Couto – UFRJ*

RESUMO

EAA, sexo feminino, parda, 41 anos, solteira, cabelereira, natural e residente no RJ, há 1 ano e meio vem cursando com cefaléia occipital, de moderada intensidade, sem foto/fono/osmofobia, sem náuseas/vômitos e que melhorava com atividades físicas. Há uma semana antes do atendimento apresentou subitamente, pela manhã, dor retroorbitária de forte intensidade, com náuseas e vômitos. Em 24 horas evoluiu com diplopia. Procurou hospital de emergência local onde foi medicada após TC de crânio normal. Paciente nega hipertensão, nega diabetes, nega etilismo, nega uso de drogas ilícitas. Tabagista (um maço/dia) e sem história familiar para doenças cerebrovasculares. Ao exame neurológico apresentava comprometimento do III e VI NC à direita. (restante do exame sem alterações). Exames TCC com contraste normal, VHS 15. Realizou angioressonância de crânio, que foi normal. O quadro clínico e laboratorial (embora não apresente elevação do VHS esperado nesses casos) dessa paciente é compatível com a síndrome de Tolosa-Hunt (oftalmoplegia dolorosa). A paciente foi tratada com prednisona 60 mg/dia com melhora acentuada do quadro 48 horas após início do mesmo (a dose preconizada é de 1 mg/kg/dia. A melhora dramática do quadro costuma ocorrer 48 horas a 72 horas após início da terapêutica com redução da dose nos dias subsequentes. O tratamento dura em torno de quatro a seis semanas). A causa possível da síndrome seria uma lesão inflamatória periarterial no seio cavernoso.

Síndrome de Tolosa-Hunt: estudo retrospectivo de cinco casos

*Saab VM, Monzillo PH, Costa AR, Shimabuku I,
Ynoue SS, Sanvito WL
Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da
Santa Casa de São Paulo*

RESUMO

Esta entidade foi descrita pela primeira vez em 1954, por Tolosa.

Seu paciente apresentava quadro de oftalmoplegia dolorosa unilateral e sinais de periarterite granulomatosa da porção cavernosa da artéria carótida interna. A partir de 1988, a IHS (International Headache Society) estabeleceu os seguintes critérios diagnósticos para esta entidade. **A.** Episódio único ou repetido de dor orbitária durando em média oito semanas se não tratados adequadamente. **B.** Associação de um ou mais nervos motores oculares que pode coincidir com início da dor ou sucedê-la em até dois meses. **C.** A dor é aliviada com a corticoterapia em até 72 horas. **D.** Exclusão de outras lesões orgânicas por procedimentos de neuroimagem, não obrigatoriamente angiografia carotídea. Num levantamento retrospectivo de oito prontuários, entre os anos de 1993 a 2003, constatamos cinco pacientes que receberam este diagnóstico, com as seguintes características clínicas: - Sexo: três homens/duas mulheres; - Idade: média de 397.3 anos nos homens e de 41 anos para as mulheres. - Raça: dois brancos, um pardo e dois negros; - Nervos cranianos envolvidos: quatro pacientes com acometimento apenas do terceiro nervo, e o outro paciente com acometimento exclusivo do sexto nervo; - Dos cinco pacientes, apenas dois apresentaram recidiva durante dois anos de seguimento. Todos os pacientes foram investigados por exames laboratoriais de rotina (glicemia) e de neuroimagem RNM: de crânio e angioresonância dos vasos.

Pseudotumor orbitário – forma miosítica simulando hemicrânia contínua

*Oliveira T, Pereira V, Krymchantowski A
Ambulatório de Cefaléias –
Instituto de Neurologia Deolindo Couto – UFRJ*

RESUMO

RSV, 38 anos, branca, solteira, fotógrafa, natural do Rio de Janeiro, residente em Queimados-RJ, procurou nosso serviço em 05/07/02 com queixa de “dor na cabeça e no olho, do lado direito”. Referiu início dos sintomas em abril/2002, com dor à mobilização do olho D, acompanhada de leve edema periorbitário. Os sintomas persistiram e, em julho/2002, apresentou piora do quadro, com dor peri e retro-orbitária, associada a dor frontotemporoparietal direita de caráter indefinido, com algumas características de pressão, constante, sem sinais autonômicos. Foi aventado o diagnóstico inicial de hemicrânia contínua, sendo então realizado o Indoteste, sem resposta. Celecoxib e rofecoxib também não trouxeram alívio; no entanto, quando prednisona foi instituída (60 mg/dia por dois dias, 40 mg/dia por dois dias e 20 mg/dia por dois dias), houve melhora total do quadro algíco. Entretanto, o mesmo retornou logo após a suspensão da substância, levando a paciente a fazer abuso da medicação como “analgésico” (com o uso em uma ocasião de 60 mg em um único dia). Exame geral e neurológico: parestesias em “bota e luva” (porém sem alterações sensitivas ao exame objetivo) e paresia do III NC à direita (abdução, com intensa dor à movimentação), sem déficits visuais. Sem comorbidades. Em setembro/2002 iniciou importante edema ocular, conjuntival e peripalpebral. Solicitamos avaliação pela oftalmologia, a qual sugeriu a realização de RNM de órbitas oculares. Foi revelado espessamento do músculo reto-lateral D, compatível com pseudotumor orbitário – forma miosítica. Trata-se de afecção rara, dolorosa, porém com bom prognóstico, responsiva apenas ao uso de AIEs, segundo a

literatura. Configurado o uso abusivo de corticosteróides pela paciente, foi solicitado acompanhamento adicional pela equipe de Psicologia, sem sucesso. Pulsoterapia com 1 g de metilprednisolona por três dias foi então realizada em janeiro/2003, a fim de tentar-se reduzir ou abolir o uso diário de antiinflamatórios esteróides – houve grande melhora, porém com retorno dos sintomas em dois dias após o término do curso. Hoje a paciente encontra-se com sintomas cushingóides e anemia normocrômica/normocítica progressiva, porém se recusa a deixar ou a reduzir a medicação oral. **Exames laboratoriais e de imagem relevantes:** Rx de seios da face (trazido pela paciente): agenesia dos seios frontais – 10/05/02; TC de crânio (trazida pela paciente) normal – 18/06/02; VHS: 22mm 1ª hora – 18/10/02 e 14mm 1ª hora – 13/01/03; FAN reagente (1.80 – padrão nuclear pontilhado e título 1/40) – 24/01/03; Hemograma completo: Hto 34.3%, Hg 11.2g/dl, Hem 4130000 p/mm³ – 13/01/03, Hto 28.6%, Hg 9.4g/dl, Hem 3490000 p/mm³ – 11/02/03; Potássio: 3.2 – 11/02/03.

Cefaléia pós-craniotomia

*Rocha Filho PAS, Rabello GD, Galvão ACR, Fortini I, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

RESUMO

Objetivos: Descrever as cefaléias pré e pós operatórias apresentadas por paciente submetido a cirurgia para clipagem de aneurisma cerebral. **Materiais e métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 49 anos, apresentava cefaléia tipo tensional episódica há cinco anos, ausente nos três meses que antecederam a internação. Dois meses antes da admissão apresentou cefaléia súbita enquanto estava andando, pulsátil, frontoparietal bilateral, intensidade 9 (intensidade de dor variando de 0 a 10). Associada à dor, apresentava parestesias em MMII, com duração de duas horas e vertigem com duração de uma hora. Essa cefaléia durou nove dias. Estava há cinqüenta dias sem dor. Durante a investigação diagnosticou-se hemorragia subaracnóidea pela CT de crânio, devido a aneurisma de comunicante anterior. Foi submetido à cirurgia para clipagem do mesmo, sendo, para isto, realizada craniotomia frontotemporal esquerda. No quinto dia de pós-operatório passou a apresentar cefaléia em pontadas, frontal esquerda, com duração de segundos. Associada a essa cefaléia, desenvolveu cefaléia frontotemporal esquerda, pulsátil, de leve a moderada intensidade, duração de 2-8 horas, com piora aos exercícios, associada a foto/fonofobia a partir do primeiro mês após a cirurgia. Apresentava também escotomas negativos durante a dor com duração de cinco minutos. A dor tinha freqüência diária durante os primeiros seis meses.

Conclusões: Paciente era portador de CTTE antes da hemorragia subaracnóidea e da cirurgia. Teve hemorragia subaracnóidea, porém estava assintomático nos cinqüenta dias prévios à cirurgia. Após cirurgia modificou seu padrão algíco (cefaléia em facadas e CCD, com características de ECA). Nexo causal é aventado para tal modificação.

Síndrome SUNCT associada a tumor de hipófise: relato de caso

Galvão ACR, Teixeira MJ, Rocha Filho PAS, Rabello GD, Fortini I Ambulatório de Cefaléia e Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de síndrome SUNCT associado a adenoma de hipófise. **Materiais e métodos:** Descrição de caso clínico. **Resultados:** Paciente de 38 anos, do sexo masculino, com história de 12 anos crises de dor intensa localizada nas regiões pré-auricular e temporal esquerdas, de caráter lancinante, curta duração, ocorrendo por cerca de um minuto e se repetindo de duas a três vezes por dia. Ocorreu, de forma concomitantemente, lacrimejamento, congestão conjuntival e rinorréia ipsolaterais à dor. Foi catalogado como portador de neuralgia do trigêmeo. Foi tratado por muitos anos com carbamazepina à qual demonstrava intolerância e não referia melhora clínica; ultimamente só fazia uso de 50 mg/dia, tendo sonolência com doses maiores. Também lhe foram prescritas amitriptilina e metisergida, sem resposta clínica. Procurou tratamento com homeopatia e acupuntura, sem resultados. Em 2002, RNM do encéfalo revelou um processo expansivo intra-selar com pouca expansão supra-selar. Dosagens hormonais (prolactina, GH, TSH e ACTH) foram normais. Feita hipofisectomia transesfenoidal com retirada completa do tumor, que se revelou um adenoma hipofisário. Fez uso de prednisona por algumas semanas após a cirurgia. Após a cirurgia, totalmente assintomático, apesar de não usar nenhuma medicação, já há 14 meses.

Conclusões: Adenoma de hipófise não acometia seio cavernoso, não podendo a dor ser explicada por acometimento trigeminal nessa topografia. Houve completa remissão da dor após a cirurgia, permanecendo o paciente assintomático já há 14 meses, o que nos sugere nexos causais entre o adenoma e a cefaléia.

Representação do impacto da migrânea no cotidiano infantil através de desenhos durante a crise migranosa

Baptista CMM, Bordini CA, Arruda MA, Speciali JG ACEI HCRP- FMRPUSP

RESUMO

Objetivo: Reconhecer, através de desenhos, aspectos relacionados à crise migranosa e o impacto desta no cotidiano infantil. **Método:** Em um grupo de 33 crianças migranosas entre 6 e 13 anos de idade, com critérios clínicos conforme a Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial pela IHS, foi solicitada a realização de desenhos abordando dois tópicos: a) Desenhar-se durante a crise migranosa; b) Desenhar-se na ausência da crise migranosa. A produção gráfica deu-se em ambiente adequado, sem determinação temporal ou interferências externas. **Resultados:** A algia foi representada através da caracterização do tipo de dor (marteladas, cabeça explodindo). Para melhor caracterização da algia realizou-se o paralelo com a escala de Wong-Baker para determinar

indiretamente a intensidade da dor. O impacto da crise migranosa, no cotidiano infantil, foi ilustrado como restrição das atividades (lazer, atividades escolares), privação de estímulos (isolamento social). Observaram-se aspectos relacionados à crise migranosa, como necessidade de repouso (criança deitada), utilização de medicamentos por via oral, fotofobia (olhos fechados), fonofobia (televisão desligada), sintomas associados (dor abdominal).

Conclusão: Através dos desenhos tentou-se direcionar a percepção da criança para si em sua condição clínica (crise migranosa), considerando o contexto biopsicossocial e não apenas enfocando a migrânea de maneira isolada, e assim viabilizar o recurso do desenho como uma ferramenta na avaliação clínica de crianças migranosas.

A cefaléia como descrita pela própria criança – um estudo de 94 casos

Fragoso YD, Mendonça RMR, Diniz R Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

RESUMO

Objetivos: Observar a capacidade de crianças com 7 a 11 anos em descrever a própria cefaléia. **Métodos:** Duas avaliações de 94 crianças portadoras de cefaléia, feitas individualmente pela mesma pediatra, em ambiente calmo e sem limitação de tempo de entrevista. O intervalo entre as avaliações foi de oito semanas, sendo solicitado à criança que observasse bem as características de qualquer crise de cefaléia que apresentasse neste período. **Resultados:** Na primeira consulta, as crianças descreveram bem sua cefaléia, incluindo comparações (especialmente para caráter da dor) e desenhos. Exceto pela frequência de crises, os dados foram confirmados na segunda consulta. A possibilidade de tempo entre as avaliações para observação das características da dor permitiu rico detalhamento das crises. Embora não visássemos fazer diagnóstico da cefaléia, devemos mencionar que foi preocupante notar 18,1% das crianças já com características de cefaléia crônica diária.

Conclusões: A consulta da criança com cefaléia deve permitir tempo e material suficientes para que a própria criança descreva sua dor. Uma segunda consulta após algumas crises de cefaléia permite melhor detalhamento do caso. Afastadas causas secundárias de cefaléia, a profilaxia de cefaléia primária deveria aguardar pelo menos uma segunda avaliação, já que a frequência de crises pode ser diferente, como relatado também por outros autores.

Cefaléia em crianças abaixo dos 7 anos de idade

Lima MMF, Padula NAMR, Santos LCA, Oliveira LDB, Mendonça ASS, Mattos DK, Souza MT Disciplina de Neurologia Infantil do Depto. de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp

RESUMO

Objetivo: Quantificar e caracterizar a presença de cefaléia em uma população de crianças com idade de início da cefaléia abaixo dos 7 anos, visto a raridade de publicações enfocando esta casuística.

Método: Análise retrospectiva de 484 pacientes acompanhados no ambulatório de cefaléia da infância e da adolescência do HC da FM de Botucatu, Unesp, no período de 1992 a 2002. Foram caracterizados quanto ao sexo, idade do início da dor, idade em que procuraram o serviço e o tipo da cefaléia (critérios de classificação da SIC 88 modificado – não considerando a duração mínima das crises). **Resultados:** Das 485 crianças analisadas, 253 (52%) são do sexo masculino e 231 (48%) do sexo feminino; encontramos 323 (66%) crianças onde a dor iniciou-se abaixo dos 7 anos, sendo a média e o respectivo desvio padrão para o início da dor: 6,8 anos + 2,6 anos; a média e o respectivo desvio padrão para idade em que procuraram nosso ambulatório especializado: 9,3 anos + 2,5 anos. A dor iniciou-se abaixo dos 4 anos em 99 crianças (20%). Em relação ao diagnóstico obtivemos: migrânea sem aura, 159 crianças (49%); migrânea com aura, 46 crianças (14%); migrânea basilar, duas crianças (0,6%); migrânea com aura típica, seis crianças (2%); neurocisticercose, três crianças (1%); cefaléia do tipo tensional episódica, 61 crianças (19%); cefaléia idiopática em facada, uma criança (0,3%); cefaléia da HIC benigna, uma criança (0,3%); cefaléia após TCE aguda, uma criança (3%); após TCE crônica, dez crianças (3%); cefaléia do tipo tensional episódica e migrânea sem aura, 25 crianças (7,8%); cefaléia secundária a tumor SNC, nenhum caso.

Conclusão: A prevalência de cefaléia com início da dor abaixo dos 7 anos, bem como sua distribuição quanto ao sexo e tipo de cefaléia primária, apresentam distribuição símile à pouca literatura existente. O diagnóstico, em sua grande maioria, acaba sendo retrospectivo, e o encaminhamento dessas crianças para o serviço neurológico ocorreu tardiamente em relação à idade de início da dor.

Análise crítica dos critérios diagnósticos das cefaléias na infância e na adolescência

*Lima MMF, Padula NAMR, Santos LCA, Oliveira LDB
Disciplina Neurologia Infantil do Departamento de Neurologia e
Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp*

RESUMO

Objetivo: Analisar criticamente os critérios de diagnósticos das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), 1988 e da proposta SIC 2002. **Método:** Foram analisados retrospectivamente 496 pacientes atendidos no ambulatório de Cefaléia na Infância e Adolescência do HC Unesp Botucatu, no período de 1992 a 2002. Empregou-se critério diagnóstico clínico intuitivo (CDI) como padrão “gold standard”. A comparação entre CDI, SIC 88 e Proposta SIC 2002 foi realizada utilizando-se as variáveis: sensibilidade, especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN); segundo as fórmulas/critérios: CLAP – OPS/OMS, 1988 e de Rouquayrol, 1993. **Resultado:** Observamos que a proposta SIC 2002 demonstrou maior sensibilidade com relação às migrêneas: a) sem aura; b) com aura; c) com aura típica; d) basilar; e) com aura sem aura. A proposta SIC 2002 apresenta alta especificidade e não houve diferença significativa com as outras variáveis.

Conclusões: A proposta SIC 2002 mostrou maior sensibilidade para as migrêneas quando comparada com a SIC 88. Possivelmente, o fator tempo de duração das crises de cefaléia diferente entre ambas poderia justificar a relativa baixa sensibilidade quando comparadas ao “gold standard”.

Cefaléia em crianças e adolescentes com hidrocefalia – estudo preliminar

Matta APC

Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor

RESUMO

Introdução: A cefaléia é um dos principais componentes da síndrome de hipertensão intracraniana. Por outro lado, é uma queixa clínica muito comum na prática médica. Um dos maiores desafios para quem lida com uma população com hidrocefalia é determinar se esta queixa é secundária à descompensação da pressão intracraniana (PIC) ou não. **Objetivo:** Classificar as diversas apresentações de cefaléia numa população infantil e de adolescentes com hidrocefalia e determinar sua relação com a descompensação da PIC. **Método:** Pacientes com hidrocefalia e queixa de cefaléia responderam a um questionário semi-estruturado e foram acompanhados longitudinalmente. Aqueles com suspeita de descompensação da PIC foram avaliados com tomografia de encéfalo e Doppler transcraniano. **Resultado:** Dez pacientes foram avaliados, quatro meninos e seis meninas. A idade variou entre 5 e 15 anos, com média de 8,8 anos. Seis pacientes apresentaram cefaléias primárias; dentre elas, a mais comum foi a migrânea sem aura (metade da amostra). Sinusopatia aguda, erros de refração e infecção sistêmica foram as demais etiologias encontradas. Apenas um paciente apresentou cefaléia por hipertensão intracraniana, obtendo melhora após tratamento apropriado.

Conclusão: Mesmo numa população de maior risco para o surgimento da cefaléia por hipertensão intracraniana, a migrânea foi a apresentação mais encontrada. Isso se explica pela sua alta prevalência na população estudada.

HOE 140 reduziu a imuno-reatividade à proteína FOS (FOS-IR) na porção caudal do núcleo espinhal do trigêmeo (PCT) induzida pela estimulação elétrica do seio sagital superior de ratos (SSS): um novo alvo terapêutico para as cefaléias primárias

*Ciciarelli MC,¹ Bordini CA,¹ Arruda MA,¹ Speciali JG,¹ Corrado AP²
Departamentos de Neuropsiquiatria¹ e Farmacologia,²
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Brasil*

RESUMO

Objetivos: A fisiopatologia das cefaléias primárias envolve a ativação do sistema trigemino-vascular, a qual produz uma inflamação neurogênica com FOS-IR na PCT. Entretanto, a origem da dor cefálica permanece obscura. Nosso grupo demonstrou num modelo animal de dor cefálica, que somente a bradicinina (BC) e a S-nitrosocisteína (SNO) são capazes de desencadear uma resposta nociceptiva (RN). Neste estudo avaliamos o papel da via BC-SNO na indução da FOS-IR na PCT. **Métodos:** Ratos wistar (250-300 g) anestesiados foram submetidos à estimulação elétrica do SSS (20V; 0,3Hz; 250ms) e à injeção intracarotídea de agentes algogênicos de origem endógena – BC (3 mg-n=6 and 10mg-n=8) e SNO (1,5 mg, n=6) – na ausência ou presença do L-NAME (10 mg/kg i.p.) – um

inibidor da NOS ou HOE 140 (400 ug/kg i.p.) – um antagonista seletivo do receptor BC_2 . **Resultados:** 1. BC induziu uma FOS-IR dose-dependente na PCT (n=14, p<0,05); 2. A estimulação do SSS causou uma significativa FOS-IR (n=5, p<0,05); 3. L-NAME reduziu significativamente a FOS-IR causada pela BC 10 mg (n=6, p<0,05) e pela estimulação do SSS (n=3, p<0,05), mas não pela SNO (n=3, p>0,05). 4. HOE 140 também inibiu significativamente a FOS-IR induzida pela BC (n=4, p<0,001) e pela estimulação SSS (n=3, p<0,05).

Conclusões: Os resultados indicam a participação do óxido nítrico (NO) na RN induzida pela BC e pela estimulação do SSS. Sugerem fortemente o envolvimento da via BC-SNO na fisiopatologia desse estímulo nociceptivo, com possíveis implicações nos mecanismos das cefaléias primárias. Havendo sido demonstrado que o emprego do HOE 140 em ensaios clínicos não produziu efeitos colaterais importantes, torna-se sugestivo o seu uso clínico como uma nova alternativa terapêutica para o tratamento das cefaléias de origem vascular.

A bula dos anticonvulsivantes usados na profilaxia de migrânea agindo contra o médico e o paciente

*Fragoso YD, Bernardi Jr C, Brooks JBB
Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos*

RESUMO

Objetivo: Observar o impacto negativo das informações da bula de anticonvulsivantes comumente usados na profilaxia de migrânea, com eficácia comprovada neste tratamento. **Métodos:** Quarenta portadores de migrânea com crises pelo menos duas vezes por mês, de forte intensidade foram entrevistados. Quando perguntados, todos queriam um tratamento que aliviasse as crises, todos referiam hábito de obedecer o médico e tomar medicação prescrita na forma orientada. Foram então apresentadas bulas de Depakote® a vinte deles e de Topamax® aos outros vinte, sendo informado que estes medicamentos eram comprovadamente eficazes no tratamento de migrânea. **Resultados:** Independentemente da idade, sexo, escolaridade e possibilidade de comprar o medicamento, apenas 35% dos indivíduos (sete de cada grupo de vinte) tomariam a medicação após terem lido a bula. Os demais referiram não ter nada dos sintomas e das doenças que estavam escritos na bula. Além disso, tinham medo dos efeitos colaterais mencionados.

Conclusão: As informações das bulas de anticonvulsivantes sabidamente eficazes no tratamento da migrânea atuaram negativamente em cerca de 2/3 dos pacientes. Mesmo se prescrito por médico de confiança, não aceitariam tomar esta medicação.

O que e a quem procura o paciente com cefaléia?

*Fortini I, Rabello GD, Rocha Filho PAS, Galvão ACR, Carrocini D
Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

RESUMO

Objetivos: Verificar expectativas quanto ao atendimento, quais os profissionais de saúde procurados previamente por causa da cefaléia e diagnósticos dados por esses profissionais. **Materiais e méto-**

dos: Utilizando-se questionário padronizado entrevistaram-se os pacientes atendidos na triagem do Ambulatório de Cefaléia do HC da FMUSP no período de 10/02/2000 a 14/04/2003. A associação das variáveis foi feita utilizando-se o teste do X^2 . **Resultados:** 1.026 pacientes foram entrevistados, idade média= 42,8 anos (DP= 15,6), 76,1% do sexo feminino. Média de consultas prévias = 5,7 (DP =9,3). Profissionais mais freqüentemente procurados: médico generalista (44,6%); neurologista/neurocirurgião (32,6%), otorrinolaringologista (7,1%). Em relação ao que foi dito aos pacientes pelos profissionais encontramos: enxaqueca (25,7%); não falou nada (22,5%); cefaléia/dor de cabeça/dor de cabeça comum/cefaléia crônica (10,8%). Os motivos mais freqüentemente alegados para se ter a consulta foram: tenho tido muita dor (52,7%); fui encaminhado (12,2%), quero explicação (7,2%); estou preocupado em ter doença mais grave (4,4%). Não houve associação entre os motivos das consulta e o nível educacional (p=0,16).

Conclusões: A maioria dos pacientes atendidos em ambulatório de cefaléia já havia procurado profissional de saúde previamente, sendo o médico generalista o mais procurado. Frequentemente nada foi dito ao paciente pelo profissional que o atendeu e, muitas vezes, não foi dado um diagnóstico etiológico ao paciente, dando como “diagnóstico” o próprio sintoma (dor). O aumento da freqüência e intensidade da dor foi o principal motivo para o paciente procurar nosso ambulatório.

Resposta equívoca quanto ao diagnóstico dado em cefaléia: falha médica ou falha do paciente?

*Rabello GD, Galvão ACR, Fortini I, Rocha Filho PAS,
Carrocini D, Klein EB
Ambulatório de Cefaléias da HC da FMUSP, São Paulo*

RESUMO

Objetivos: Avaliar o acerto na resposta quanto ao diagnóstico dado a um grupo de pacientes portadores de cefaléia, após latência de dez minutos. **Materiais e métodos:** Os pacientes atendidos na triagem do Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo no período de 10/02/2003 a 23/06/2003 receberam o seu diagnóstico de forma clara, feita por médicos com experiência na área. Após período de dez minutos, foram inquiridos por entrevistador leigo quanto ao diagnóstico previamente dado. **Resultados:** Foram atendidos 122 pacientes com média etária de 44,3 anos (DP= 14,8), sendo 75,4% do sexo feminino. Dentre eles, 105 afirmaram lembrar-se do diagnóstico (86,1%) e 17 não se recordavam do mesmo (13,9%). Naqueles 105 que referiram lembrança quanto ao diagnóstico, 78 (74,3%) tiveram sua resposta correlacionada com o diagnóstico dado previamente e 27 (25,7%) deram respostas não correlacionadas. Entre os 122 pacientes, 78 (63,9%) informaram corretamente o diagnóstico dado e 44 (36,1%) não informaram corretamente o diagnóstico dado dez minutos antes. A análise dos 78 que deram respostas adequadas mostrou 59 mulheres/19 homens, idade média de 42,1 (DP = 15,3), 41,3% apresentavam escolaridade de oito ou mais anos. A análise dos 44 pacientes que não deram respostas adequadas mostrou 33 mulheres/11 homens, idade média de 47,6 (DP = 13,3), 25% apresentavam escolaridade de oito ou mais anos. Entre os 78 que deram respostas adequadas, 64/72 (88,9%) já tinham procurado assistência médica (mediana de três médicos). Entre os 44

pacientes que não deram respostas adequadas, 32/40 (80%) já tinham procurado assistência médica (mediana de três médicos).

Conclusões: Admite-se que respostas equivocadas sobre o diagnóstico em cefaléia são dadas pelos médicos procurados. Trabalhos baseiam-se em informações dadas pelos próprios pacientes. Existe, porém, um percentual significativo de pacientes que informam de forma não adequada o diagnóstico dado previamente. Em nossa casuística, o percentual de diagnóstico adequado foi dado apenas por 63,9% dos pacientes. Nível educacional deve ser considerado: nos pacientes que informaram adequadamente, 41,3% apresentavam escolaridade de 8 ou mais anos, superior àqueles que não informaram adequadamente (25%). A eventual procura por médicos previamente não foi considerado fator significativo. Ao analisarmos a falha no atendimento médico por informações retrospectivas dadas pelos pacientes, devemos considerar a possibilidade de significativa falha na evocação do diagnóstico dado previamente.

Quadros álgicos na face – diagnóstico diferencial

*Fernandes RSM,¹ Speciali JG,² Bordini CA²
FO-UFPE,¹ HCFMRP-USP²*

RESUMO

As algias faciais se apresentam de várias formas, e muitas vezes o processo diagnóstico requer amplo conhecimento das condições dolorosas que acometem a face. Neste segmento do corpo humano muitas são as estruturas que podem desencadear um quadro álgico e são alvo de estudo de várias especialidades. Dentre estas algias podemos incluir as odontalgias, as DTM's, as sinusopatias, as dores oftálmicas, as neuralgias, as cefaléias primárias e as dores faciais atípicas. Algumas destas patologias podem coexistir ou se apresentar de forma isolada. Existem vários relatos de procedimentos inadequados em decorrência de erro no diagnóstico. O objetivo deste trabalho é abordar os critérios diagnósticos e diferenciais das algias faciais que acometem o terço inferior da face e ilustrá-los através de casos clínicos do ambulatório de cefaléia do HCFMRP-USP e do ambulatório de odontologia da UFPE. Observou-se, após estudo criterioso, que estas algias devem ser analisadas de forma a obtermos um diagnóstico apropriado e este deve ser conduzido sob rígido controle, para que não sejam instituídos procedimentos inadequados.

Dor facial bilateral secundária a tumor de partes moles do pescoço (orofaringe)

*Souza JA, Pimentel Jr PA, Albertino S, Moreira Filho PF,
Jevoux CC, Sarmiento EM, Brito CM
UFF – Setor de Investigação de Cefaléia*

RESUMO

Introdução: As dores faciais podem ter múltiplas causas, algumas das quais requerem elevado índice de suspeição para serem identificadas. Os tumores de orofaringe podem cursar com dor, mais freqüentemente referida ao ouvido, mas, também, com dor facial e cefaléia. Em muitos casos, a dor é o primeiro sintoma.^{1,2} Relataremos

a seguir um caso de dor facial e aural bilateral secundária a tumor de orofaringe. **Caso clínico:** Identificação: GW, masculino, branco, 65 anos, bancário aposentado. HDA: O paciente foi atendido pelo neurologista, pela primeira vez, em 28/11/2002, encaminhado pelo seu dentista. Suas queixas remontavam há cerca de oito meses quando passara a apresentar dor distribuída pela face, ouvido e região temporal bilateral. A dor era constante e de intensidade moderada a forte. A resposta aos analgésicos era insuficiente. Alguns meses após o início do quadro doloroso, passou a apresentar disartria e disfagia, bem como perda de peso significativa. HPP: Nenhum antecedente mórbido significativo. H. Social: Tabagista por mais de quatro décadas, em uso de aproximadamente quarenta cigarros/dia, até o momento. **Exame clínico:** Paciente emagrecido, irritado devido à dor constante, apresentava dois linfonodos simetricamente dispostos na cadeia cervical anterior, com cerca de 2 cm cada, endurecidos e aderidos aos planos profundos. O exame da orofaringe revelava desvio da úvula para a direita e restrição da mobilidade da língua e do palato mole à esquerda. O paciente exteriorizava mal a língua e, ao fazê-lo, havia desvio para a esquerda. A hemilíngua esquerda mostrava-se edemaciada. **Exames complementares:** Rx de tórax – pulmões hiperexpandidos, estrias densas no lobo inferior direito. Ressonância magnética do encéfalo – acentuação dos sulcos e cissuras, lacuna isquêmica no núcleo lentiforme direito. Videolaringoscopia – mucosa oral sem alterações; língua pilosa infiltrada em sua base com hipertrofia das amígdalas linguais; epiglote fixa, apresentando lesão vegetante em sua face laríngea à direita; pregas vestibulares em hiperconstrição; espaço interaritenóideo hiperemiado; pregas faringo-epiglóticas e aríepiglóticas com mobilidade preservada, hiperemiadas; seios piriformes apresentando acúmulo de secreção; pregas vocais com mobilidade preservada e aspecto normal. Ressonância de partes moles do pescoço – lesão infiltrante acometendo a hemilíngua esquerda, base da língua, tonsila esquerda e epiglote, obliterando a valécula esquerda e reduzindo a coluna aérea do hipofaringe; áreas de retração da língua superior e posteriormente; septo lingual mal definido e soalho da boca e a mandíbula preservados; pregas vocais sem alterações. Biópsia da base da língua: carcinoma epidermóide. **Conduta:** Radioterapia. **Evolução:** Melhora completa da dor desde as primeiras sessões de radioterapia. **Discussão:** No presente caso é importante ressaltar que o quadro doloroso incluindo dor facial, cefaléia e otalgia precedeu as demais manifestações de disartria, disfagia e linfonodomegalia cervical. Isso tem sido relatado por outros autores.¹ A dor referida ao ouvido é uma queixa freqüente em tumores da orofaringe sendo, mais freqüentemente, unilateral. A radioterapia promoveu melhora rápida da dor, o que também tem sido observado.

Conclusão: Dor facial e cefaléia podem ser manifestações iniciais de tumor de orofaringe.

Referência bibliográfica: 1. Licitra L et al. Cancer of the oropharynx. Crit Rev Oncol Hematol 2002;41(1):107-22.

Arterite temporal (arterite de células gigantes – ACG) em paciente com menos de 50 anos e VHS normal?

*Souza JA,¹ Moreira Filho PF,¹ Jevoux CC,¹ Brito CM,¹
Sarmiento EM,¹ Grandelle R,² Macedo FC²
Setor de Investigação de Cefaléia,¹ Departamento de Patologia²
Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ*

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma mulher com menos de 50 anos com quadro clínico compatível com ACG, VHS menor que 30 mm (1ª hora) e biópsia da artéria temporal com alterações sugestivas da ACG.

Caso clínico: Identificação: CSC, feminina, branca, 47 anos, do lar. HDA: A paciente procurou o Ambulatório de Neurologia da Universidade Federal Fluminense, em 17/06/1996, informando que, há cerca de dois meses, vinha apresentando cefaléia, diariamente. A dor era de intensidade moderada e apresentava caráter misto (pulsátil e não pulsátil) e a localização temporal esquerda estrita. Não havia fotofobia, fonofobia, osmofobia, náusea, vômitos ou fenômenos autonômicos associados. A movimentação da cabeça, o decúbito e os esforços físicos vigorosos pioravam a dor. Associada havia, ainda, dor muscular generalizada, anorexia e perda de peso inexplicável. Não ocorria claudicação de masseter. A paciente não fazia uso excessivo de analgésicos. HPP: HAS; hipercolesterolemia; e hipertrigliceridemia. História social: cinco anos de escolaridade; negou tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas; medicação em uso: captopril 50mg/dia, clortalidona 50 mg/dia, bromazepan 3 mg/dia e AAS 200 mg/dia.

Exame clínico e neurológico: A artéria temporal esquerda revelava-se mais saliente que a direita e significativamente dolorosa à palpação, sem endurecimento ou nodulações. A pulsatilidade era normal. O tecido subcutâneo ao redor mostrava-se edemaciado. Não observamos outros pontos dolorosos no segmento cefálico. O restante do exame neurológico revelou-se completamente normal. **Exames complementares:** 1. TC de crânio: normal; 2. Hemograma: Hto: 38%; Hb 12,8; Htm 4,17 milhões; VCM 90; HCM 30; CHCM 34; plaquetas numérica e morfológicamente normais; 3. VHS 1ª hora: 21 mm; 4. FAN, Anti DNA, látex, Waaler Rose; C3, C4. CH 50; mucoproteínas – dentro da normalidade; 5. Biópsia da artéria temporal esquerda (realizada 28 dias após o início da corticoterapia e com um fragmento de apenas 0,8 cm): espessamento intimal irregular com microcalcificações, ao lado da interrupção da limitante elástica interna acometendo significativamente mais do que um quarto da circunferência. Ausência de inflamação. O aspecto foi considerado sugestivo de arterite temporal. **Impressão diagnóstica:** Arterite de células gigantes. **Conduta:** Iniciada prednisona (60 mg/dia) e solicitada a biópsia da artéria temporal. **Evolução:** A resposta à corticoterapia foi absoluta, ocorrendo remissão das queixas em três dias. Após cerca de um mês em uso da prednisona, a paciente retornou relatando insônia grave, dor ocular e alterações comportamentais (euforia). O exame oftalmológico revelou aumento da pressão intra-ocular (22 mmHg). A paciente suspendeu sem autorização médica a prednisona, ocorrendo retorno da cefaléia cerca de 15 dias após a interrupção. Foi, então, prescrito deflazacort (12 mg/dia), obtendo-se novamente melhora rápida e absoluta. Essa medicação foi mantida por seis meses e, então, suspensa gradativamente. Não houve, jamais, retorno dos sintomas da ACG, apesar de decorridos seis anos de acompanhamento.

Discussão: A arterite de células gigantes (ACG) está intimamente relacionada com o envelhecimento, ocorrendo muito raramente antes dos 50 anos. Sua incidência foi estimada em 1,7 por 100 mil/ano, na faixa dos 50-59 anos e 55,5 por 100 mil/ano, após os 80 anos. A cefaléia é o sintoma mais freqüente da ACG, porém, podem-se associar: febre, perda de peso, fadiga, sudorese noturna, anorexia, claudicação do masseter, amaroze fugaz e polimialgia reumática. A complicação mais freqüente da ACG é a perda visual, que ocorre em 7% a 60% dos pacientes não tratados. Ao exame clínico, a artéria temporal pode-se revelar dolorida à palpação, ingurgitada, tortuosa, edemaciada, saliente, espessada, hipopulsátil, endurecida ou nodulada. A anormalidade laboratorial mais consistente é o aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), que em 41% dos pacientes se

encontra acima de 100 mm na primeira hora. A VHS dentro da faixa de normalidade, porém, não afasta o diagnóstico. Outras alterações laboratoriais possíveis incluem: elevação da proteína C reativa, anemia normocítica normocrômica leve e leucocitose discreta. A biópsia da artéria temporal é o principal exame complementar e revela panarterite com infiltrado inflamatório perivascular, hipertrofia da íntima, necrose da média associada com formação de tecido granulomatoso, presença de células gigantes e trombose da luz. Há interposição de áreas sadias e outras comprometidas. Em cerca de 40% das artérias estudadas, as células gigantes multinucleadas não são identificadas. Os critérios diagnósticos para ACG propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990 são: 1. Idade igual ou superior a 50 anos; 2. Cefaléia localizada de início recente; 3. Artéria temporal dolorida à palpação ou diminuição do pulso da artéria temporal; 4. VHS 1ª hora maior ou igual a 50 mm; 5. Biópsia revelando arterite necrotizante com predomínio de infiltrado inflamatório mononuclear ou processo granulomatoso com células gigantes multinucleadas. O preenchimento de três dos cinco critérios foram associados com uma sensibilidade de 93,5% e especificidade de 91,2%. No presente caso, a paciente preenche dois dos critérios para ACG: 1. Cefaléia localizada de início recente; e 2. Artéria temporal dolorida à palpação. Um terceiro critério foi preenchido parcialmente, o que diz respeito às alterações na biópsia da artéria temporal. Como a biópsia somente foi realizada quando a paciente já se encontrava há cerca de um mês em uso de corticosteróide, algumas das alterações mais características da ACG não foram encontradas. No entanto, o achado de espessamento intimal irregular com microcalcificações, ao lado da interrupção da limitante elástica interna, permitiu ao patologista considerar as alterações sugestivas de ACG. Os seguintes aspectos favorecem o diagnóstico de ACG no presente caso: 1. O quadro clínico característico, constituído por cefaléia de início recente e persistente, com localização estrita sobre uma das artérias temporais, dor à palpação da artéria com edema localizado, associada a dor muscular difusa, anorexia e perda de peso; 2. A resposta absoluta à prednisona; 3. O retorno da dor passados alguns dias da suspensão não autorizada da medicação; 4. A nova melhora com a introdução de outro corticosteróide; 5. A ausência de outras alterações que justifiquem a dor; 6. A evolução de mais de seis anos sem dor desde terminado o tratamento.

Conclusão: Acreditamos tratar-se de um caso de ACG em paciente com menos de 50 anos e VHS normal.

Referências bibliográficas:

- Adams RD & Victor M. Cerebrovascular diseases. In: Principles of Neurology. 5ª ed. New York. McGraw-Hill 1993, 669-748p.
- Bengtsson BA, Malmvall BE. Giant cell arteritis. Acta Med Scand 1982;Suppl.658:1-102.
- Dallessio DJ, Williams GW. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. In: Dallessio DJ, Silberstein (ed). Wolff's headache and other head pain (6th ed). Oxford University Press, New York, 1993, 262-271p.
- Dummer W, Zillikens D, Schulz A, Brocker EB, Hamm H. Scalp necrosis in temporal (giant cell) arteritis: implications for the dermatologic surgeon. Clin Exp Dermatol 1996;21(2):154-158.
- Gran JT, Myklebust G. The incidence of polymyalgia rheumatica and temporal arteritis in the County of Aust Agder, South Norway: a prospective study 1987-94. J Rheumatol 24(9):1.739-1.743.
- Hauser WA, Ferguson RH, Holley KE, Kurland LT. Temporal arteritis in Rochester, Minnesota, 1951 to 1967. Mayo Clin Proc 1971;46(9):597-602.
- Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman B. Occult giant cell arteritis: ocular manifestations. AM J Ophthalmol 1998;125(4):521-526.
- Heathcote JG. Update in pathology: temporal arteritis and its ocular manifestations. Can J Ophthalmol 1999;34(2):63-68.
- Hunder GG, Bloch DA, Michel BA. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1990;33:1.122-1.128.

10. Hunder GG. Giant cell arteritis: a disease of the elderly. *Geriatrics* 1983;38(3):55-64,1983.

11. Rowland LP(ed). Merritt's textbook of neurology (9th ed). Williams & Wilkins. Baltimore, 1995.

12. Silberstein SD, Lipton RB & Goadsby PJ (Ed). Geriatric headache. In: Headache in clinical practice. Isis Medical Media, Oxford, 1998, 201-212p.

13. Smith CA, Findler WJ, Pinals RS. The epidemiology of giant cell arteritis. *Arthritis and Rheumatism* 1983;26(10):1.214-1.219.

14. Solomon S, Guglielmo CK. The headache of temporal arteritis. *J Am Geriatric Soc* 1987;35:163-165.

Remissão de cefaléia em salvas crônica refratária após administração de varfarin

Souza JA, Moreira Filho PF, Jevoux CC, Sarmiento EM, Brito CM, Martins GF, Pitombo AB
Setor de Investigação de Cefaléia – UFF, Niterói-RJ

RESUMO

Introdução: Relatos isolados têm-se referido a um possível efeito positivo dos anticoagulantes, entre eles, a heparina, o varfarin e acenocumarol, na profilaxia da migrânea.¹⁻⁴ Desconhecemos referências a uma ação profilática dessas mesmas drogas sobre a cefaléia em salvas. Relataremos o caso de um paciente sofredor de cefaléia em salvas crônica, até então refratária ao tratamento, e que apresentou remissão das suas crises quando foi administrado varfarin para o tratamento de trombose venosa profunda associada a trombose arterial. **Relato do caso:** PARP, 43 anos, masculino, branco, vendedor, procurou auxílio médico devido a queixa de cefaléia, pela primeira vez, em dezembro de 1997, quando contava 37 anos. Nessa ocasião, relatou que o quadro se iniciara havia aproximadamente dois meses e que, desde então, vinha apresentando crises de dor de cabeça numa frequência de uma a duas crises ao dia, diariamente. As dores se caracterizavam por ser de muito forte intensidade, obrigando o paciente a interromper qualquer atividade que estivesse realizando. Localizavam-se invariavelmente sobre a órbita, região periorbitária e temporal esquerdas, jamais acometendo o hemicrânio direito. Durante as crises, o paciente permanecia irrequieto, andando de um lado para o outro com a mão espalmada sobre o olho doloroso. Junto com as dores de cabeça, o paciente percebia hiperemia conjuntival, ptose palpebral, congestão nasal e lacrimejamento excessivo somente do lado da dor. Essas manifestações perduravam por um tempo variável entre 45 minutos a 120 minutos. Cerca de um terço das crises de dor ocorriam durante a madrugada. O paciente jamais apresentara quadro semelhante e nunca fora sujeito a cefaléia recorrente. Estabelecido o diagnóstico de cefaléia em salvas, foi iniciado tratamento com prednisona e verapamil. Para o abortamento das crises, foi prescrito sumatriptano subcutâneo 6mg ou a inalação de oxigênio a 100%. Durante o tempo em que fez uso da prednisona, houve redução significativa da frequência das crises, sem, porém, ocorrer remissão completa. Foram experimentados, a partir de então, diversos medicamentos, ora em monoterapia, ora em associações de até três fármacos, a saber: carbonato de lítio (até 900 mg/dia); divalproato de sódio (até 1.500 mg/dia); topiramato (até 200 mg/dia); metisergida (até 4 mg/dia); indometacina (até 150 mg/dia). Jamais se obteve remissão completa, havendo períodos em que as crises se tornavam menos frequentes e outros em que ocorria recrudescimento do quadro, retornando à frequência original de uma a duas crises ao dia. Para o tratamento agudo o melhor resul-

tado era obtido com o oxigênio e o paciente adaptou-se a utilizá-lo ao primeiro sinal da dor. Assim permaneceu até julho de 2002, quando, apesar do uso de múltiplas drogas, houve novo aumento da frequência das crises que, nesse tempo passaram a responder menos ao uso de oxigênio e de sumatriptano. Retornamos, assim, à administração de prednisona na dose de 60 mg, o que proporcionou alívio significativo. Qualquer tentativa de redução da prednisona, no entanto, ocasionava o retorno das dores com frequência intolerável e o paciente ficou “dependente de corticóide”. Em dezembro de 2002, sugerimos o tratamento cirúrgico, o que não foi possível devido a problemas econômicos do paciente, que continuou a se automedicar com o corticóide associado ao verapamil e divalproato de sódio, além de oxigênio ou sumatriptano para as crises. Retornou em março de 2003 em estado psicológico lastimável, ainda com muita dor, e com múltiplos efeitos adversos da corticoterapia: aspecto cushingóide, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Sugerido novamente o tratamento cirúrgico, houve aquiescência. Nas semanas precedentes à cirurgia, o paciente fraturou o tornozelo esquerdo num acidente e evoluiu com trombose venosa profunda e oclusão arterial aguda desse mesmo membro, sendo internado em 23/05/2003, quando se iniciou enoxaparina (Fraxiparina®) na dose de 80 mg de 12 em 12 horas. Durante a internação foram mantidas as medicações preventivas da cefaléia em salvas e, apesar do uso de múltiplos analgésicos para o tratamento das dores relacionadas à oclusão arterial (codéina, tramadol, solução analgésica com meperidina e antiinflamatórios intravenosos) as crises continuavam a ocorrer, somente obtendo-se melhora com a inalação de O₂. Foi submetido a embolectomia em 30/05/2003 e, novamente, em 04/06/2003, por reoclusão. A partir de 07/06/2003, passou a ser administrado varfarin, na dose inicial de 10 mg/dia com redução posterior para 5 mg/dia. Com o início do anticoagulante oral, houve redução da frequência das crises de cefaléia em salvas, que deixaram de ser diárias, porém, não se verificou remissão completa. Em 11/06/2003, como o INR se mantivesse em 1,8, o varfarin foi aumentado para 10 mg/dia. Desde então, o paciente não apresentou mais cefaléia. Recebeu alta em uso de prednisona 60 mg/dia, divalproato de sódio (1.500 mg/dia) e verapamil (720 mg/dia). Com a melhora da dor, foi iniciada suspensão progressiva do corticóide e do divalproato, o que foi tolerado pelo paciente sem haver recorrência das crises. No presente momento, encontra-se em uso de prednisona 20 mg/dia, divalproato 1.000 mg/dia e verapamil 720 mg/dia, varfarin 10 mg/dia, sem qualquer episódio de dor, há mais de dois meses, com previsão de redução ainda maior e, se possível, suspensão das medicações preventivas. **Discussão:** No presente caso, há que se considerar a possibilidade de coincidência entre o início da medicação anticoagulante oral e a melhora da cefaléia em salvas. Porém, o paciente vinha há cerca de seis anos sem obter um controle satisfatório e houve nítida relação temporal da melhora com a introdução do varfarin, permitindo a redução progressiva das medicações preventivas. O acompanhamento revelará se a remissão será duradoura.

Referências bibliográficas:

1. Fragoso YD. Reduction of migraine attacks during the use of warfarin. *Headache* 1997;37(10):667-8.
2. Suresh CG, Neal D, Coupe MO. Warfarin treatment and migraine. *Postgrad Med J* 1994;70(819):37-8.
3. Van Puijenbroek EP, Egberts JF, Trooster JF, Zomerdijk J. Reduction of migrainous headaches during the use of acenocumarol. *Headache* 1996;36(1):48.
4. Morales-Asin F, Iniguez C, Cornudella R, Mauri JA, Espada F, Mostacero EE. Patients with acenocumarol treatment and migraine. *Headache* 2000;40:45-47.
5. Carramate JFP, Fragoso YD, Carvalho DSC, Gabbai AL. The elusive role of thrombin in migraine. *Headache* 2001;41(6):609-611 (letter).