

Temas livres (Resumos) apresentados no XVIII Congresso Brasileiro de Cefaléia – 2004

Prevalência e características da cefaléia na população urbana do município de Capela Nova, MG, Brasil

*Silva Junior AA, Krymchantowisk AV, Silva CS
Hospital Universitário São José da Faculdade de
Ciências Médicas de Minas Gerais
Ambulatório de Cefaléias Crônicas – Instituto Deolindo Couto*

Objetivos: Avaliar a prevalência de cefaléia na população urbana do Município de Capela Nova, Minas Gerais e encaminhar os pacientes para avaliação e tratamento por um neurologista. **Resultados:** Foram devolvidos 1178 questionários. A distribuição da população avaliada foi de 659 (55,94%) mulheres e de 519 (44,05%) homens com idades entre 10 e 93 anos (média de 39,75). A prevalência de cefaléia foi observada em 469 (39,81%) habitantes enquanto 501 (42,52%) referiram não ter cefaléia freqüente. Duzentos e oito habitantes (17,65%) não responderam. Quanto à freqüência de dor, 157 (13,32%) responderam que sentem dor de cabeça, mesmo leve, menos de uma vez a cada dez dias, 28 (2,37%) responderam menos de uma vez a cada sete dias, 55 (4,92%) responderam um dia por semana, 64 (5,43%) responderam dois dias por semana e 39 (3,31%) responderam três dias por semana. A cefaléia em mais de três dias por semana foi referida por 54 (4,48%) habitantes

Conclusão: A prevalência de cefaléia freqüente (um ou mais dias por semana) foi de 17,99% e pode ser considerada alta na população, se comparada com os dados da literatura. O atendimento por neurologista desses pacientes poderá permitir o diagnóstico e o tratamento específicos dessa patologia. Além disso, o seu estudo permitirá traçar o perfil epidemiológico em um município brasileiro e possibilitar que o PSF acompanhe os casos, como já é feito com a população de hipertensos e diabéticos.

Prevalência de cefaléia antes e após a detenção, na população carcerária masculina da cadeia pública de Barbacena

*Silva Junior A, Machado RG, Krymchantowski AV, Paula AJF
Hospital Universitário São José da Faculdade de
Ciências Médicas de Minas Gerais – Ambulatório de Cefaléias
Crônicas do Instituto de Neurologia Deolindo Couto*

Background e objetivos: A prisão no Brasil é caracterizada por superlotação, maus tratos e condições sub-humanas e humilhantes para os detentos. Isso pode gerar distúrbios psicológicos e o aparecimento de patologias diversas. O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de cefaléia antes e após a detenção, na população carcerária masculina da Cadeia Pública de Barbacena, a fim de estabelecer se o cárcere poderia ser um fator desencadeante de cefaléia. **Método:** A cadeia pública do Município de Barbacena tem 88 detentos do sexo masculino. Setenta e um presos, considerados de baixa periculosidade, foram estudados através de questionário para verificar a presença de cefaléia, época de surgimento e suas características clínicas. Os questionários foram aplicados por um detento médico com formação em clínica médica e considerado psiquiatricamente hígido, preso por ter cometido o assassinato de sua ex-esposa. Foram excluídos do estudo 18 pacientes, o restante da população carcerária masculina, por estarem em celas consideradas de alta periculosidade e não permitirem o acesso de presos de outras áreas. **Resultados:** A prevalência de cefaléia na população estudada foi de 39,77% (35 detentos) com idades entre 19 a 58 anos (média de 32,63). Vinte e quatro presos (33,8%), com idade variando de 23 a 46 anos afirmaram que passaram a ter dor após a detenção. A evolução, freqüência média e características da cefaléia são objeto de outro estudo.

Comentários: Aproximadamente um terço dos presos entrevistados afirmou que passou a apresentar cefaléia após a detenção, sugerindo que o cárcere ou as condições com as quais são tratados, pode funcionar como fator desencadeante de cefaléia. O atendimento individualizado e o acompanhamento prospectivo destes detentos poderão permitir o diagnóstico específico dos tipos de cefaléia, sua evolução e eventuais formas especializadas de prevenção e tratamento.

Analysis of primary and secondary headaches in a clinic-based study

*Felício AC, Villa TR, Santos WAC, Marin LF, Bichuetti DB,
Godeiro Jr CO, de Souza Carvalho D
Division for Investigation and Treatment of Headaches (DITH),
Escola Paulista de Medicina (EPM),
Federal University of São Paulo (Unifesp)*

Objective: Analysis of primary (PH) and secondary headaches (SH) in a clinic-based study. **Method:** 3.328 patients (mean age=40.7±15.2 years) were analyzed retrospectively (Jan/1999 to May/2004). All cases of PH and SH were divided according to gender, age, race, school instruction, pain duration and diagnosis (IHS 2004).

Results: Sex ratio (Female/Male) in the population studied was 4:1. Women and men mean of age were similar (40.7 ± 15 years). Approximately 65% of the patients were white and 55% had less than eight years of school instruction. Pain duration in the first consultation ranged from 1 to 5 years in 32.99% patients and 6 to 10 years in 17.68% patients. The most prevalent diagnosis were migraine (37.98%), tension-type headache-TTH (22.65%), cluster headache (2.73%), cervicogenic headache (2.82%), trigeminal neuralgia (2.31%). There were 24 cases of hypnic headache.

Conclusion: There are few data regarding epidemiological features of headache clinic populations. In agreement with the literature, migraine is more frequent than TTH in clinic-based studies. It is also noteworthy the low school instruction and the marked number of uncommon hypnic headaches in our population.

Primary chronic daily headache in a clinic-based study

Villa TR, Felício AC, Santos WAC, Marin LF, Bichuetti DB, Godeiro Jr CO, de Souza Carvalho D
Division for Investigation and Treatment of Headaches (DITH),
Escola Paulista de Medicina (EPM),
Federal University of São Paulo (Unifesp)

Objective: To determine the frequency of primary chronic daily headache (pCDH) in a clinic-based study. **Method:** Data from 3214 patients were collected and analyzed retrospectively (Jan/1999 to April/2004). All cases of pCDH were divided according to gender, age and headache duration (Silberstein et al., 1998): >4h (transformed migraine-TM, chronic tension-type headache-CTTH, new daily persistent headache-NDPH and hemicrania continua-HC) or <4h (cluster headache-CH, chronic paroxysmal headache-CPH, hypnic headache-HH, idiopathic stabbing headache-ISH). **Results:** Prevalence of pCDH was 31,4% (n=1010), 82,1% women (n=830) and 17,9% men (n=180). Both men and women peak of age were between 40 and 49 years. TM and CTTH had almost the same prevalence, respectively, 45,3% (n=458) and 45,2% (n=457). The prevalence of the other types was 9.5%.

Conclusion: Prevalence of pCDH in general clinics ranges from 32,8% to 75%, corresponding to 40% of the total visits in neurological clinics. TM is the most prevalent headache in the pCDH group (77% to 90%). In the DITH, data confirm the high prevalence of pCDH among all headaches and suggest that CTTH may be as prevalent as TM in the CDH group.

Prevalência de cefaléia num ambulatório geral de neurologia, no centro municipal de saúde de Teresópolis, RJ

Barreiros HP¹, Moreira Filho PM², Souza JA³

¹Mestrando em Neurologia na Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

²Doutor em Neurologia, Professor Adjunto 4 do Serviço de Neurologia da UFF, Chefe do Serviço de Investigação e Tratamento das Cefaléias do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)

³Doutor em Neurologia,
Professor do Serviço de Neurologia da UFF

Objetivo: Mostrar que o paciente portador de cefaléia, uma condição controlável na maioria dos casos, tem dificuldade em encontrar resolução para sua condição, principalmente por má orientação de outros profissionais de saúde, o que prolonga não só seu sofrimento como também suas conseqüências, sejam econômicas, sociais, familiares, etc.

Método: Foi feito um levantamento retrospectivo constante no registro epidemiológico do Centro Municipal de Saúde Sá Couto, Teresópolis, RJ, dos pacientes que procuraram o ambulatório geral de neurologia por motivo de cefaléia no período de 15/03/04 a 15/04/04, quando 60 pacientes foram atendidos. **Resultado:** O levantamento dos prontuários daqueles que foram atendidos por cefaléia, mostrou que:

- 1) 20% procuraram um neurologista como primeira opção;
- 2) 33,33% procuraram um profissional de saúde, aqui incluídos dentistas e psicólogos, antes de procurarem um neurologista;
- 3) 40% procuraram dois profissionais de saúde antes de chegarem ao neurologista;

- 4) 6,67% procuraram três profissionais de saúde, antes do neuro.

Além disto, observou-se que:

- 1) 46,66% procuraram um oftalmologista antes de procurar um neurologista. E destes oftalmologistas, 57,15% não os referiram ao neurologista, contra 42,85% que o fizeram.
- 2) 33,33% procuraram um clínico antes do neurologista. Destes clínicos, 80% os referiram ao neurologista, contra 20% que não.
- 3) 26,66% procuraram um otorrino antes do neurologista. Dentre os otorrinos, 100% não os referiram ao neurologista.
- 4) 13,33% procuraram o pediatra antes. Destes, 50% referiram e 50% não.
- 5) 6,66% procuraram um cirurgião. 100% deles os referiram ao neuro.
- 6) 6,66% procuraram um ginecologista/obstetra. 100% os referiram.
- 7) 3,33% procuraram um psicólogo. 100% não os referiram ao neuro.
- 8) 3,33% procuraram um dentista. 100% não os referiram.

Conclusão: Estes números alertam para o difícil caminho que seguem os pacientes portadores de cefaléia, em busca de uma resolução. Infelizmente, muitos não encontram a orientação necessária entre os próprios profissionais de saúde, revelando o fato de que deveria haver melhor orientação concernente a esta queixa, entre todos os profissionais de saúde. Considerando-se a alta prevalência de cefaléia na população em geral, 90% segundo Linet (1989),¹ a procura por um neurologista em um ambulatório de atenção secundária pode ser considerada bem abaixo da frequência. Investigação deveria ser feita no sentido de identificar as causas, e agir sobre elas, do não-comparecimento dessa parcela de pacientes que não procuram atenção especializada, sendo que muitos procuram primeiramente atenção não especializada, resultando em não-resolução de seu problema.²

Prevalência de cefaléia em ambiente universitário

Rosa PRA, Veiga Jr VF, Pinto AC, Azevedo M, Vogas R
Sane – Serviço de Atendimento Neurológico – Universidade
Estácio de Sá – Campus Nova Friburgo-RJ

Objetivo: Verificar a prevalência de cefaléia em ambiente universitário. **Método:** Foram aplicados questionários com dez itens por três alunos do curso de Psicologia, no período de agosto de 2002 a agosto 2003, em uma universidade de Nova Friburgo – RJ. A

amostra foi composta de alunos, funcionários e professores. Dentre outros dados, foram avaliados frequência de cefaléia nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa, intensidade da dor (fraca, moderada e forte), grau de incapacitação, uso de medicação sintomática e tratamento específico. A análise estatística verificou os índices percentuais dos principais dados, bem como testagem de significância dos mesmos. **Resultados:** Foram considerados válidos 280 questionários, de um total de 300 aplicados. A prevalência de cefaléia foi de 87%, com predomínio do sexo feminino (2,2/1), na faixa etária entre 17 e 25 anos. Em relação aos entrevistados que relataram mais de dois eventos de cefaléia nos últimos trinta dias, as mulheres obtiveram índice de 67% e 33% para os homens. A menção de dor moderada aparece aproximadamente três vezes mais que fraca ou forte, tendo as mulheres referido maior frequência de dores moderadas e fortes. Quanto ao uso de medicações sintomáticas, observou-se um índice maior de utilização pelas mulheres (68%) em relação aos homens (57%). Quando questionados sobre a busca por tratamento específico para a cefaléia, as mulheres também procuram mais pelo tratamento específico (11%) em comparação aos homens (5%), sendo que, deste total, 14,9% referiram dor de forte intensidade, 10,3% de moderada intensidade e 1,8% de leve intensidade.

Conclusões: Os dados corroboram para um alto índice de cefaléia na amostra selecionada, confirmando a predominância do sexo feminino como o mais acometido, um alto índice de automedicação e baixos índices de busca por tratamento específico.

Estudo epidemiológico comparativo entre migrânea e cefaléia tensional em pacientes ambulatoriais

Crippa RDG, Martin LP, Ferreira LV, Napoli EMG, Cataldi L, Herrera EJ

Objetivo: Comparar as características epidemiológicas entre migrânea e cefaléia tensional em seguimento ambulatorial. **Método:** Foram avaliados 322 pacientes através de um protocolo clínico neurológico contendo identificação geral, características clínicas da cefaléia, história familiar, clínica pregressa, além de exame físico geral e neurológico. Os pacientes foram diagnosticados segundo os critérios da IHS, 1988. **Resultado:** Encontramos 50,1% com migrânea e 21,3% com cefaléia tensional. A proporção mulher/homem encontrada nos casos com migrânea foi 4:1 e nos de cefaléia tensional 3:1. História familiar de cefaléia: migrânea (74,6%), cefaléia tensional (53,6%). Quanto à idade de início da cefaléia antes dos 20 anos: migrânea (85,8%) e cefaléia tensional (40,5%). Qualidade da dor: pulsátil em 74,0% dos casos de migrânea e nos de cefaléia tensional houve predomínio não-pulsátil (84%). Quanto à localização e área anatômica da dor: migrânea: maior unilateral (53,7%) e em região frontal (50,6%) e cefaléia tensional mais bilateral (65%) e em região frontal (52,1%). Dos fenômenos acompanhantes, os distúrbios vegetativos (75%) foram os mais frequentes em ambos os tipos. O estresse emocional foi o principal fator desencadeante da crise migranosa (58,2%) e tensional (53,6%), sendo aquela a que apresentava maior incapacidade para as atividades diárias.

Conclusão: A análise dos dados demonstrou diferença significativa entre os dois tipos de cefaléia quando comparamos história familiar, idade de início, qualidade da dor, localização e grau de restrição para atividades diárias.

Características clínicas e incidência de "treatment naive patients" em um centro de cefaléia

Piovesan EJ, Lange M, Piovesan EJ, Kowacs PA, Werneck LC

Objetivo: Determinar as características de pacientes com enxaqueca episódica sem história de tratamento profilático em uma clínica especializada. **Introdução:** As características clínicas em pacientes migranosos sem uso de profiláticos em nenhum momento de suas vidas não tem sido determinada na literatura até o presente momento. Estudos epidemiológicos, entretanto, mostram que a prevalência da migrânea pode variar amplamente, principalmente decorrentes das características demográficas de cada região estudada. Estudos de meta-análise têm mostrado que os picos de prevalência da migrânea ocorrem entre os 35 e 45 anos de idade, sendo que entre os caucasianos a prevalência para o sexo feminino atinge 20,4% e para os homens, 8,6%. **Material:** No período de junho de 2003 até junho de 2004 foram estudados pacientes portadores de enxaqueca episódica (máximo 14 dias de dor de cabeça ao mês) sem utilização de profiláticos para migrânea em nenhum momento de suas vidas. Os pacientes preenchem os critérios de migrânea da International Headache Society (versão 1988). No total, 150 pacientes (mulheres/homens: 4,76; idade média 33.70 ± 32.08 para o sexo feminino e 33 ± 11.21 anos para o sexo masculino). Foram avaliados no estudo o tempo de duração de sua patologia, o número de crises mensais, idade, sexo e intensidade de suas crises. **Resultados:** Os pacientes estudados tinham em média 34 anos de idade, sendo a maior prevalência entre os 23 até os 41 anos de idade (70% dos pacientes). A duração média da migrânea foi de 10.77 ± 9.72 anos variando de 3 meses até 40 anos (para os homens 11.71 ± 10.66 anos e para as mulheres 10.54 ± 8.23 anos). Aproximadamente 43% dos pacientes apresentavam um história de até cinco anos de duração, de 5 a 10 anos 22%, e os demais superior a 10 anos. A frequência média das crises de migrânea foi de 3.63 ± 3.05 crises/mês (para os homens 3.89 ± 3.03 e para as mulheres de 3.58 ± 3.06 crises/mês). A intensidade média das crises era de 8.42 ± 1.33 pontos na VSA (para os homens 8.67 ± 2.37 e para as mulheres 9.99 ± 12.65 pontos na VSA).

Conclusão: Os pacientes "naive" de tratamento profilático são femininos, na terceira década de vida, com história média de dez anos de evolução, com crises de migrânea de forte intensidade, com frequência média de três crises ao mês. Aproximadamente 90% dos pacientes já tinham sido avaliados por generalistas sem indicação para tratamentos profiláticos. Tratamentos abortivos tinham sido prescritos em 85% dos pacientes. A maior procura de uma clínica especializada ocorreu pela piora da frequência das crises e perda do efeito terapêutico dos medicamentos abortivos previamente utilizados.

Cefaléias unilaterais restritas

*Queiroz LP, Rocha R, Rocha F
Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC*

Objetivos: Descrever a proporção de pacientes com cefaléias unilaterais restritas (CUR) a apenas um dos lados da cabeça, os principais diagnósticos e o percentual de migranosos com CUR. **Método:** Foram avaliados, retrospectivamente, os prontuários dos pacientes adultos atendidos no Ambulatório de Cefaléia do Serviço de Neuro-

logia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), de 1995 a 2002. Foram incluídos apenas os pacientes com um questionário semi-estruturado sobre cefaléia completamente preenchido. Os diagnósticos foram baseados na classificação da IHS (1988) e nos critérios para cefaléia cervicogênica da Sjaastad et al (1998). **Resultados:** De 263 pacientes com cefaléia (199 mulheres e 64 homens), 60 (22,8%) relataram CUR. Os principais diagnósticos foram: migrânea (44,3%), cefaléia cervicogênica (18%), hemicrania paroxística (11,7%), cefaléia idiopática em facada (8,2%), cefaléia em salvas (6,6%) e neuralgia do trigêmeo (4,9%). De 147 pacientes com migrânea, 27 (18,4%) relataram CUR.

Conclusões: Quando um paciente é atendido no Ambulatório de Cefaléia do HGCR com CUR, os diagnósticos mais prováveis são migrânea e cefaléia cervicogênica. Muitos (18,4%) dos pacientes com o diagnóstico de migrânea apresentam cefaléias restritas a apenas um dos lados da cabeça. Não diagnosticamos nenhum caso de cefaléia secundária neste grupo de pacientes.

Headache as a first complain in a cancer institute. Findings in 100 consecutive patients at the neurological outpatients unit

Maranhão-Filho PA¹, Paixão ESB², and Vincent MB³

^{1,2}Instituto Nacional do Câncer (INCA), and

^{1,3}Setor de Cefaléias, Serviço de Neurologia,

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ, Brazil

Objective: The objective of this study was to address patients first symptoms at the neurological sector in a cancer-specialized centre.

Methods: Between 25 May and 25 October 2001, 100 (52 men, 16-84 y-o) consecutive patients examined at the neurological outpatients unit in the Cancer Institute were analysed. Data recorded included the first sign or symptom, date of onset, reason for the present consultation, doctors seen before, exams performed earlier, and previous diagnoses.

Results: Pain was the most frequent first complain (54%), followed by weakness, dysphasia, ataxia, and memory loss (9%, 3%, 2%, and 2% respectively). In 20% headache was the first symptom, occurring isolated in 14. In the remaining there were associated vertigo (3); vomiting (2) and forgetfulness (1). The time span between onset and examination varied from 20 days (parietal glioma) to 20 years (hypophysis adenoma). Patients had seen 1-5 physicians previously (mean 2.5); mostly GPs (11), neurologists (10) and neurosurgeons (8). Only in two cases our diagnoses were diverse from previous evaluations.

Conclusion: Headache is reported to occur in 50-60% of the patients with brain tumours. Data indicate that headache is the first symptom in 20%, clearly overtaking classic symptoms such as seizures, motor deficits, visual loss and changes in behaviour.

Cefaléia em neoplasias intracranianas: estudo de 180 pacientes

Brito CM, Sarmiento EM, Moreira Filho PF, Souza JA, Jevoux C

UFF – Setor de Investigação das Cefaléias

Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Objetivos: 1 – Estudar a incidência de cefaléia em um grupo de 180 pacientes portadores de neoplasia intracraniana e que satisfaçam os critérios da IHS.¹ 2 – Analisar as características da cefaléia, segundo a classificação de 2004, da IHS. 3 – Avaliar parâmetros tumorais possivelmente relacionados à incidência da cefaléia. **Materiais e métodos:** Foram estudados 180 pacientes portadores de neoplasia intracraniana. Todos os pacientes foram avaliados em função de queixas neurológicas ou endocrinológicas (em nenhum caso o tumor foi achado incidental) foram submetidos a estudos neurorradiológicos (TC e/ou RNM do crânio; 101 pacientes eram do gênero feminino e 79 do gênero masculino; média de idade foi de 49 anos, variando entre 18 e 87 anos, com mediana de 50 anos e desvio padrão de 16,5 anos; as cefaléias foram classificadas como semelhante ao tipo tensional pulsátil e tonitruantes; quando o paciente apresentava mais de um tipo de cefaléia, usou-se a denominação de mista; a intensidade da dor foi avaliada por escala analógica de 1 (forma mais leve) a 10 (pior cefaléia já experimentada). Quatro parâmetros foram estudados como preditivos da cefaléia: área do tumor, área do edema peritumoral, desvio das estruturas da linha média supratentorial e presença de hipertensão intracraniana.^{2,3}

Resultados: Dos pacientes estudados, 90 apresentavam cefaléia que preenchia os critérios da IHS¹ (7.4.1 e 7.4.2). A cefaléia foi semelhante ao tipo tensional em 64 pacientes, do tipo misto em 10, do tipo pulsátil (padrão migranoso) em 10 e tonitruante em 6. A intensidade da cefaléia variou de 4 a 10, com média 6,99, mediana de 7 e desvio padrão de 1,25. Quanto à topografia, a cefaléia foi bifrontal em 39 casos, holocraniana em 24, occipitocervical em um e lateralizada em 26, dos quais 25 eram ipsilaterais ao tumor. O tempo de evolução da cefaléia variou entre um dia e 48 semanas, com média de 7,3 semanas, mediana de seis semanas e desvio padrão de seis semanas. Quanto à ritmicidade, a cefaléia foi intermitente em 73 casos e contínua em 17. A cefaléia foi o primeiro sintoma em 78% dos pacientes (n = 71) e sintoma único em 8,8% dos casos (n = 8). A área tumoral foi estatisticamente significativa na incidência de cefaléia (teste de Man-Whitney, p = 2,06. 10⁻⁶); a área de edema peritumoral também foi estatisticamente significativa na incidência de cefaléia (teste de Man-Whitney, p = 8,8.10⁻¹⁰); finalmente, o desvio das estruturas da linha mediana supratentorial apresentou significância estatística (teste de Man-Whitney, p > 0). A cefaléia em pacientes com hipertensão intracraniana não apresentou características específicas, exceto por ser mais resistente a analgésicos.

Discussão: Nossos achados se comparam aos descritos na literatura, quanto à incidência,²⁻⁶ tipo,²⁻⁵ intensidade,^{2,4} topografia,^{2,4} tempo de evolução,^{2,4,5,6} e quanto à ritmicidade.²⁻⁵ Quanto à cefaléia como primeiro sintoma da neoplasia intracraniana, estamos acima (78,8%) do encontrado na literatura.^{3,5,6} Em relação à cefaléia como única manifestação clínica da neoplasia intracraniana, nossa incidência se aproxima da observada por Vázquez-Barquero et al.⁵

Conclusões: Em nosso material, como na literatura, a incidência de cefaléia em pacientes portadores de neoplasias intracranianas gira em torno de 50%. Não foi encontrada cefaléia “patognomônica” e suas características mais comuns foram: semelhante à do tipo tensional, intermitente, de intensidade moderada a forte, lateralizada em aproximadamente 30% dos casos, com evolução média de 7 semanas. Na grande maioria de nossos pacientes foi o primeiro sintoma da neoplasia, embora permanecesse como manifestação isolada em apenas 8,8% dos casos. Os parâmetros relacionados ao tumor, a área tumoral, a área de edema peritumoral e o desvio das estruturas da linha média supratentorial foram estatisticamente significativos na incidência da cefaléia.

Referências bibliográficas:

1. The International Classification of Headache Disorders 2nd. Edition. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1):1-151
2. Forsyth P A, Posner J B. Headache in patients with brain tumors: a study of 111 patients. Neurology 1993; 43:1678-1683
3. Pfund Z, Szapáry L, Jászberényi O et al. Headache in intracranial tumors. Cephalalgia 1999; 19:787-790
4. Swanwela N, Phanthumchinda K, Kaorophum S. Headache in brain tumor: a cross-sectional study. Headache 1994; 34:435-438
5. Vázquez-Barquero A, Ibáñez F J, Herrera S et al. Isolated headache as the presenting clinical manifestation of intracranial tumors: a prospective study. Cephalalgia 1994;14:270-271
6. Grant R. Overview: brain tumour diagnosis and management/ Royal College of Physicians guidelines. Neurology in Practice June 2004; 75(suppl II):18-23

Prevalência de migrânea no portador de epilepsia

Góes RCB, Krymchantowski AV, Batista A

Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Centro de Avaliação e Tratamento de Dor de Cabeça do Rio de Janeiro, Departamento de Neurologia da Universidade Federal Fluminense.

Background e objetivo: A migrânea, como cefaléia primária, é geralmente ignorada nos pacientes com epilepsia que freqüentemente recebem o diagnóstico de cefaléia pós-ictal. Estudos epidemiológicos demonstraram que os pacientes com epilepsia têm 2,4 vezes mais chance de sofrer de migrânea do que os não epiléticos. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de migrânea em portadores de epilepsia em tratamento em um centro terciário. **Métodos:** Foi aplicado um questionário a 105 pacientes consecutivos da sala de espera do ambulatório do Programa de Epilepsia do Instituto de Neurologia Deolindo Couto – UFRJ. O questionário era estruturado com perguntas relacionadas às características sociodemográficas dos pacientes (sexo, idade, remuneração e nível de escolaridade) e a aspectos detalhados de cefaléia (incidência e características clínicas). A sua aplicação foi realizada individualmente com a ajuda de uma psicóloga que enfatizou, para cada paciente, a importância de se responder a essas perguntas de forma rigorosa. O diagnóstico de migrânea foi realizado de acordo com critérios da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléias (1988) e com os critérios propostos por Silberstein e col. (1994, 1996). **Resultados:** Nos 105 pacientes (44 homens e 61 mulheres com idade de 18 a 70 anos; média de 39), a prevalência de cefaléia foi de 77,1% (81 pacientes). Entre esses 81 pacientes, 12 (14,8%) apresentavam cefaléia com critérios diagnósticos para migrânea, 6 (7,4%) com critérios para cefaléia do tipo tensional e 63 (77,7%) com cefaléias de outras características, inclusive associadas, em tempo, à ocorrência das crises epiléticas. A prevalência de migrânea por sexos foi de 18% (11 pacientes) entre mulheres e de 2% (1 paciente) entre os homens.

Conclusão: A prevalência de migrânea neste grupo especial de pacientes foi semelhante à prevalência da migrânea estimada na população geral e entre os sexos feminino e masculino. Não observamos, nesse estudo, maior prevalência dessa cefaléia entre epiléticos, a despeito de estudos epidemiológicos anteriores.

Prevalência e características clínicas de cefaléia em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico*

Lessa BF, Santana AM, Galvão L, Lima I, Almeida JMF, Santiago MB
Núcleo de Reumatologia da Bahia – Hospital Santa Izabel (HSI), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador-Bahia

Introdução: Envolvimento do sistema nervoso central (SNC) pode ocorrer na maioria dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), sendo as principais manifestações a psicose, convulsão, acidente vascular cerebral e cefaléia. A prevalência de cefaléia no LES pode variar de 32% a 78%, dependendo do método de classificação de cefaléia. **Objetivo:** Determinar a prevalência de cefaléia no LES, comparando com uma população de pacientes de diferentes tipos de doenças difusas do tecido conjuntivo (DDTC) e analisar a sua associação com as diferentes manifestações clínicas e alterações laboratoriais da doença. **Material e métodos:** Foram estudados pacientes com LES (grupo A) e pacientes com diferentes DDTC, incluindo artrite reumatóide, esclerodermia e miosite (grupo B), acompanhados no Núcleo de Reumatologia da Bahia do Hospital Santa Izabel. Cada paciente com LES foi submetido a uma ampla avaliação clínica e laboratorial. A definição de cefaléia foi baseada nos critérios de classificação da International Headache Society e para se estabelecer a prevalência considerou-se a sua presença no último ano. A associação entre variáveis qualitativas foi feita através do teste do qui quadrado, considerando-se valores estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. **Resultados:** Um total de 207 pacientes foi estudado. No grupo LES, 113/115 (98,3%) eram do gênero feminino e a média de idade foi de 36 anos \pm 10 (variando de 16 a 60 anos). No grupo controle, 78/92 (84,8%) eram do gênero feminino e a média de idade foi de 46 anos \pm 16 (variando de 13 a 80 anos). A prevalência de cefaléia foi de 75,7% no grupo LES e 66% no grupo controle. Entre os pacientes com LES, 40% apresentaram critérios para migrânea sem aura, 26,1% para migrânea com aura e 13,9% para cefaléia do tipo tensional. Alguns pacientes tiveram mais de um tipo de cefaléia. No grupo controle, a prevalência dos tipos de cefaléia foi respectivamente 31%, 20% e 16%. Não houve associação entre a presença de cefaléia ou migrânea com outros achados clínicos e laboratoriais nos pacientes com LES. **Discussão:** Esses resultados sugerem que a cefaléia é muito comum no LES, tanto quanto em outras doenças do tecido conjuntivo, e sua inclusão como uma manifestação isolada do SNC na ausência de outros achados clínicos, tais como convulsão e psicose, deve ser evitada. Adicionalmente, a presença de cefaléia não está associada com nenhuma manifestação clínica particular ou anormalidade laboratorial em pacientes com LES.

* Trabalho apresentado no 7th International LUPUS Congress em New York, Maio de 2004

Correlações clínicas e prevalência das cefaléias em pacientes com esclerose múltipla

Perla AS, Soares JOD, Haussen DC, Haussen SR, Barea LM
Unidade de Cefaléias do Serviço de Neurologia da ISCMPA/
FFFCMPA – RS/Brasil

Introdução: Cefaléia e esclerose múltipla (EM) podem estar intimamente associadas. Todavia, existem escassos dados de literatura correlacionando estas duas entidades. **Objetivos:** Identificar a prevalência e as correlações clínicas das cefaléias em pacientes com EM. **Pacientes e métodos:** Quarenta pacientes, com EM (Poser, 1983) foram alocados num estudo transversal prospectivo. A amostra foi avaliada por entrevista, exame físico e revisão de prontuário. O diagnóstico das cefaléias foi baseado nos critérios da International Headache Society (IHS, 1988). **Resultados:** A média de idade foi 42,3 anos ($\pm 10,6$), predominando indivíduos femininos (55,5%), todos caucasianos, com EDSS 3,5 ($\pm 1,6$). Quanto ao curso da EM, 50% apresentavam surto-remissão, 30% progressivamente secundária e 20% progressivamente primária. Cerca de 82% apresentaram cefaléia tensional episódica, 18% migrânea sem aura e 55% iniciaram com cefaléia após o diagnóstico de EM. Comparando sintomatologia inicial da EM e presença de dor de cabeça, observamos uma significância apenas com sintomatologia de tronco cerebral ($p < 0,046$).

Conclusão: A prevalência observada não diferiu daquelas encontrada na literatura. Observamos uma interessante associação entre cefaléia e sintomatologia inicial de tronco cerebral, demonstrando que a dor de cabeça, nestes pacientes, pode ser um sintoma relacionado a alterações patológicas da EM.

Avaliação de pacientes portadores de esclerose múltipla em uso de interferon beta e acetato de glatirâmer, em relação a cefaléia

*Goulart FO, Protti GG, Costa AR, Monzillo PH
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Objetivos: Avaliar pacientes portadores de esclerose múltipla (EM) em uso de interferon beta (INFB) e glatirâmer (GLAT), quanto a queixa de cefaléia, pelos critérios da classificação dos grupos de 1 a 4 da International Headache Society de 1988. Avaliamos se o tratamento foi fator desencadeante ou agravante naqueles que apresentavam previamente esta queixa. Foram avaliados 53 pacientes do Centro de Atendimento e Tratamento a Esclerose Múltipla e formados três grupos, independente da idade, sexo, raça e tempo de evolução da EM. Grupo 1: avaliado em uma investigação prospectiva, já apresentavam cefaléia e estão fazendo uso de INFB/GLAT. Grupo 2: avaliado em uma investigação retrospectiva, não apresentavam cefaléia antes da medicação e estão em uso de INFB. Grupo 3: avaliado em uma investigação retrospectiva, não apresentavam cefaléia antes da medicação e estão em uso de GLAT. Foram criados quatro grupos. NT-NT – 34% não tinham cefaléia antes da medicação e continuaram sem alteração. NT-T – 32,1% não tinham cefaléia antes e apresentaram depois da medicação. T-T – 22,6 tinham cefaléia antes e continuaram a apresentar depois da medicação. T-NT – 11,3% tinham cefaléia antes e deixaram de apresentar depois da medicação. Realizada a tabulação cruzada entre medicação e grupos de evolução, verificou-se que não houve associação entre essas duas variáveis, ou seja, não há influência do tipo de medicação na evolução dos quadros de cefaléia, não foi encontrada associação entre os quatro grupos e as medicações. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de cefaléia no estado inicial e no estado final, isto é, os que já apresentavam cefaléia continuaram com o mesmo tipo, e, dos que não apresentavam, 34% continuaram não apresentando e 32,1% pas-

saram a apresentar algum tipo, sendo a mais freqüente o *flue-like* (15,1%), seguido da migrânea (13,1) e, por último, a cefaléia tipo tensão (3,8%). Avaliando nossos pacientes não conseguimos constatar alteração significativa entre a queixa de cefaléia e estas medicações.

Cefaléia como forma de apresentação de esclerose múltipla: relato de 6 casos e revisão bibliográfica

*Khouri JMN, Coral L
Serviço de Neurologia da PUCPR (Santa Casa de Curitiba e
Hospital Universitário Cajuru)*

Objetivo: Os autores apresentam seis casos de esclerose múltipla que iniciaram o quadro com cefaléia e confrontam com a literatura. **Métodos:** Relatamos seis casos com história de cefaléia diária, exame neurológico inicialmente normal e com Ressonância Magnética evidenciando áreas de desmielinização. Foram acompanhados em regime ambulatorial e por vezes internações hospitalares. Todo seguimento, de acordo com protocolos internacionais para diagnóstico de esclerose múltipla. **Resultados:** Os autores acompanharam de 1 a 5 anos, com retornos regulares, seis casos de jovens com história de cefaléia diária de moderada intensidade, sem fatores associados que preencheram os critérios internacionais para esclerose múltipla, forma recorrente remitente. Cinco do sexo feminino e um masculino, com idades entre 24 e 35 anos, e todos com ressonância magnética evidenciando áreas de desmielinização desde quando cefaléia era o único sintoma.

Conclusão: Cefaléia é o sintoma mais comum, estando presente em grande número de doenças de gravidade variável, sendo, portanto, um desafio constante para o médico.

Cefaléia nos pacientes em atendimento odontológico

*Rueda FLC¹, Vincent MB²
¹Aluna de Graduação, ²Professor Adjunto, Chefe do Serviço
Hospital Universitário,
Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Cefaléias primárias são queixas comuns. É possível que constituam motivo freqüente de consulta ao dentista. **Objetivos:** Pesquisar a queixa de cefaléia entre pacientes em espera para consulta odontológica; estimar qual o tipo de atenção dedicada pelos odontólogos à dor de cabeça; e caracterizar o tipo de cefaléia de acordo com a IHS. **Método:** Aplicação de um questionário padronizado para reconhecimento e classificação das cefaléias aos pacientes que aguardam atendimento no consultório odontológico. **Resultados:** Vinte e sete pacientes (21 mulheres e seis homens, entre 18 e 83 anos de idade – média de 48 anos) foram entrevistados. A idade de início: média 24,57 \pm 17,82 (anos \pm DP). Treze pacientes (48,1%) apresentavam enxaqueca e 14 cefaléia tipo-tensão (os três pacientes restantes não lembravam do seu padrão de dor). Metade (55,56%) procurara auxílio médico prévio, sendo o clínico (5), o oftalmologista (4) e o neurologista (3), os especialistas mais consultados. Os diagnósticos anteriores mais prevalentes foram déficit visual com indicação do uso de óculos (5); enxaqueca, TPM e sinusite ocupando o segundo lugar

(dois pacientes cada um). A maioria dos médicos não realizou tratamento específico. Um caso recebeu flunarizina como profilaxia, com melhora. O uso de analgésicos comuns foi comum na amostra. Cinco pacientes julgaram que tinham dor de causa odontológica, quatro por déficit visual, seis por estresse e quatro por TPM. Nenhum dentista, público ou privado, perguntou aos pacientes se sofriam de cefaléia. A queixa de cefaléia deve ser valorizada pelo odontólogo para que o tratamento possa ser adequado.

Neuralgia do trigêmio secundária à dolicoectasia da artéria basilar

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

Objetivo: Apresentar e discutir dois casos de neuralgia do trigêmio secundária à dolicoectasia da artéria basilar. **Relato dos casos:** Caso 1: EFG, feminina, branca, 72 anos, apresentava choques de curtíssima duração, que se repetiam inúmeras vezes durante o dia, na região alar esquerda do nariz. A dor era intensa, impedindo a paciente de se alimentar ou fazer sua higiene oral, pois qualquer toque na região nasogeniana desencadeava os choques. Não havia fenômenos autonômicos associados. A paciente já apresentara o mesmo quadro algico em duas ocasiões. O último período de dor foi em 1995, persistindo por várias semanas. O exame neurológico encontrava-se dentro dos limites da normalidade. Estudo neurorradiológico evidenciou dolicoectasia da artéria basilar, que tocava a face ântero-lateral da ponte e a emergência do nervo trigêmio esquerdo. Boa resposta à farmacoterapia. Caso 2: CGOS, feminina, negra, 54 anos, apresentava dor intensa, em choques, na região malar direita. Às vezes os choques se agrupavam, ora eram esparsos durante o dia. O toque na região malar e do sulco nasogeniano desencadeava as crises. O quadro se iniciara em 1997, com boa resposta inicial à farmacoterapia, tornando-se posteriormente refratária. O exame neurológico era normal. A paciente era portadora de hipertensão arterial severa. Estudo neurorradiológico evidenciou compressão do nervo trigêmio em sua origem na face ântero-lateral da ponte por artéria basilar dolicoectásica. Indicada microdescompressão vascular na fossa posterior, com resolução da dor. Paciente permanecia assintomática 14 meses após a cirurgia. **Discussão:** As duas pacientes apresentam neuralgia facial que preenche os critérios da nova classificação da IHS¹ para neuralgia clássica do trigêmio: a dor em choque, a distribuição em área inervada pelo ramo maxilar do trigêmio, a existência de pontos-gatilho e o exame neurológico normal. Em ambos os casos, a única alteração estrutural encontrada foi a compressão do nervo em sua emergência na face ântero-lateral da ponte. Embora a fisiopatologia da neuralgia do trigêmio permaneça ainda desconhecida,^{2,3} Dandy⁴ reconheceu, em 1934, a associação entre compressão neurovascular e neuralgia do trigêmio. O achado cirúrgico mais freqüente é a compressão pela artéria cerebelar superior, em 75% dos casos.⁵ Nos casos relatados, a compressão era exercida pela artéria basilar ectásica e tortuosa. A ressonância nuclear magnética, complementado por angiorressonância constitui o método neurorradiológico de escolha para estudo de pacientes com neuralgia do trigêmio.⁶

Referências bibliográficas:

1. The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. Cephalgia 2004; 24(suppl 1):1-151

2. Carvalho JFF. Neuralgias cranianas e cefaléias trigêmino-autonômicas. In: Speciali JG e da Silva WF (eds). Cefaléias, 1^a. ed São Paulo: Lemos Editorial, 2002,373-393.

3. da Silva WF. Diagnóstico das Cefaléias 1^a. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2003, 247-257.

4. Dandy WE. Concerning the cause of trigeminal neuralgia. Am J Surg 1934;24:447-455.

5. McLaughlin MR, Janetta PJ, Lovely TJ. Microvascular decompression and rhizotomy for trigeminal neuralgia. Techniques in Neurosurgery 1999; 5(3):239-243.

6. De Marco JK, Hesselink JR. Trigeminal neuropathy. Neurosurg Clin N Am 1997; 8(1):103-130.

Neoplasia intracraniana associada à neuralgia do trigêmio

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

Objetivo: Apresentar e discutir dois casos de neoplasia intracraniana associada à neuralgia do trigêmio. **Relato dos casos:** Caso 1: MAFL, branca, feminina, 38 anos, em dezembro de 2003, apresentou dor em choques na região malar direita, com irradiação para arcada dentária superior. Semanas depois, além dos choques, a dor adquiriu caráter urente e estendeu-se a toda hemiface esquerda, incluindo arcada dentária e lábio inferior. A dor tornou-se contínua, de intensidade 8/10, não responsiva a analgésicos, aparecendo dormência que evoluiu com sensação de “endurecimento”, como se fora anestesia de dentista. Não havia descrição compatível com pontos-gatilho. Exame neurológico, fevereiro de 2004: hipoestesia tátil/dolorosa na hemiface esquerda; reflexo corneopalpebral abolido à esquerda. Estudos neurorradiológicos: meningioma da fossa média. Desaparecimento da dor no pós-operatório. Caso 2: JAMH, branca, feminina, 66 anos, há 45 dias apresentava dor na região fronto-orbitária e malar esquerda, em choques, associada a formigamento; em poucos dias a dor tornou-se contínua, piorando a sensação de dormência. Quando questionada sobre outros sintomas, relatou diminuição da audição no ouvido esquerdo há alguns meses e dificuldades para fechar completamente o olho esquerdo. Exame neurológico: hipoestesia dolorosa na hemiface esquerda; abolição do reflexo corneano esquerdo; parestesia da hemiface esquerda, de caráter periférico; perda auditiva à esquerda. Estudo neurorradiológico: schwannoma vestibular na cisterna do ângulo ponto-cerebelar à esquerda. Resolução da dor no pós-operatório. **Discussão:** Apesar de ser às vezes impossível separar clinicamente a neuralgia clássica da neuralgia secundária do trigêmio, ambas as pacientes descritas apresentam características que permitem o diagnóstico diferencial, podendo ser enquadradas no item 13. 1. 2 da classificação da IHS.¹ No primeiro caso, a neuralgia era secundária à compressão do gânglio de Gasser por meningioma da fossa média.^{2,3} No segundo caso, tratava-se de volumoso schwannoma vestibular comprimindo o nervo trigêmio na fossa posterior. Em função da rápida melhora e disponibilidade de técnicas neurorradiológicas (tomografia computadorizada e ressonância magnética do crânio) e eletroneurofisiológicas (potenciais evocados auditivos), esses tumores são diagnosticados em estágio paucissintomático,⁴ sendo pouco freqüentes os tumores volumosos, com obstrução das vias líquóricas ou tração/deslocamento nas estruturas sensíveis à dor.⁵

Conclusões: A neuralgia secundária do trigêmeo pode simular a neuralgia clássica, sendo indicado estudos por ressonância nuclear magnética e angiorressonância. Nos casos acima relatados, o diagnóstico correto levou ao tratamento cirúrgico adequado, com resolução da neuralgia e preservação da vida das pacientes.

Referências bibliográficas:

1. The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24(suppl 1):1-151
2. Al-Mefty O. Meningiomas of the middle cranial base. In: Al-Mefty O (ed). Operative Atlas of Meningiomas. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers 1998, 63-208
3. De Marco JK, Hesselink JR. Trigeminal neuropathy. Neurosurg Clin N Am 1997; 8(1):103-130.
4. Consensus Development Panel: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement on Acoustic Neuroma, December, 11-13, 1991. Arch Neurol 1994; 51:201-207, 1994.
5. Comey CH, Janetta PJ, Sheptak PE, Jho HD, Burkhart LE. Staged removal of acoustic tumours: techniques and lessons learned from a series of 83 patients. Neurosurgery 1995; 37(5):915-921.

Cefaléia relacionada ao neuroma do acústico com particular interação com disfunção têmporo-mandibular

*Cauás M, Valença LM, Martins C,
Andrade CA de, Valença MM
Universidade Federal de Pernambuco*

O neuroma do acústico é um tumor benigno que pode estar presente na base do crânio. Normalmente apresenta-se com cefaléia, dor periauricular, hipoacusia, zumbido ou falta de equilíbrio. Desta maneira, alguns pacientes buscam primariamente assistência odontológica, pois estes sintomas, dentre outros, podem estar presentes nos transtornos da articulação têmporo-mandibular, enfermidade presente em grande parte da população. Assim, o diagnóstico é realizado muito tempo depois, quando já existe uma massa neoplásica volumosa e o acometimento do V, VII, IX ou X pares cranianos, podendo passar vários anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo. Nosso trabalho teve por finalidade ressaltar, através da apresentação de cinco casos clínicos, a importância do diagnóstico diferencial entre disfunção têmporo-mandibular e o neuroma do acústico. O resultado mostra que cinco pacientes que apresentavam sintomas clínicos de disfunção têmporo-mandibular não tiveram sucesso com o tratamento para esta disfunção, apresentando melhora quando, depois de submetidas à avaliação computadorizada de crânio, onde se evidenciou tumoração em região temporal, foram submetidas a procedimento cirúrgico. Todos os pacientes melhoraram dos sintomas no pós-operatório.

Síndrome de Eagle (SE) e cervicalgia

*Pinto CAR, de Souza Carvalho D
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaléias (SITC),
Disciplina de Neurologia, Departamento de Neurologia e
Neurocirurgia, Escola Paulista de Medicina (EPM) – Unifesp.*

Objetivo: Apresentar a SE aos exames de imagem e cervicalgia.
Método: Paciente de 35 anos, com vasculite leucoclastica e dor cervical de forte intensidade, em peso, contínua, bilateral, pior à esquerda, que agrava à movimentação cervical, é afastada de seu trabalho. Investigação com exames imageológicos. **Resultado:** Rx de coluna cervical simples, tomografia convencional, tomografia helicoidal e ressonância magnética de coluna cervical mostrou processos estilóides longos estendendo-se até C4, compatível com quadro imageológico da SE. **Conclusão:** A vasculite leucoclastica é uma patologia auto-imune, rara, que pode afetar as funções renais, oculares e sistêmicas de maneira difusa e que se apresentou nesta paciente na forma cutânea. Já a SE é um quadro com processos estilóides longos, acima de 25 mm. O processo estilóide surge como projeção da superfície inferior da porção petrosa do osso temporal. Os sintomas são a disfagia, cefaléia, dor à rotação cervical, e à extensão da língua em pacientes previamente amigdalectomizados. Em algumas referências há 20% de dores cervicais. O tratamento é geralmente cirúrgico. Nesta paciente não havia sintomas de disfagia, linguais, nem cefaléia. Obteve melhora com cloroquina, sertralina e amitriptilina. Cirurgia não foi indicada. A Síndrome de Eagle é comentário da neuralgia occipital na International Headache Classification (1988), como não suficientemente validada. A revisão dessa classificação (ICHD-II, 2004) omite essa síndrome. Investigações em cervicalgias e maior número de casos se fazem necessários para a validação.

Diagnóstico psiquiátrico em pacientes com enxaqueca crônica

*Mercante JPP, Peres MFP, Bernik MA, Zukerman E
Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa,
Centro de Cefaléia São Paulo*

Introdução: A enxaqueca crônica é uma doença comum, de impacto substancial na vida dos pacientes, e de difícil manejo. A maioria dos pacientes apresenta comorbidades psiquiátricas. Pouco se sabe sobre o perfil de comorbidades psiquiátricas nos pacientes com enxaqueca crônica. A relação temporal entre o início da cefaléia e o aparecimento dos distúrbios psiquiátricos em pacientes com enxaqueca crônica é desconhecido. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi o de avaliar a prevalência de transtornos mentais e a relação temporal entre o seu aparecimento e o início da cefaléia. **Métodos:** Cinquenta pacientes com diagnóstico de enxaqueca crônica ou provável enxaqueca crônica de acordo com a SIC (2003) foram avaliados e incluídos no estudo. Todos os pacientes foram entrevistados pelo autor e receberam diagnóstico de transtornos mentais de acordo com a entrevista estruturada SCID-IV, que utiliza os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtornos mentais. **Resultados:** Quarenta e dois pacientes (84%) preencheram critério diagnóstico ao longo da vida para um transtorno mental, 38 (76%) apresentaram algum transtorno ansioso, 25 (%) apresentaram algum transtorno do humor, 22 (44%) apresentaram um transtorno ansioso e um transtorno do humor, 26 (52%) apresentaram diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), 3 (6%) apresentaram diagnóstico de transtorno de pânico, 2 (4%) de transtorno obsessivo-compulsivo, 3 (6%) de transtorno de estresse pós-traumático e 27 (54%) de alguma fobia, social ou específica. Vinte e dois (44%) apresentaram episódio depressivo maior, 14 (28%) atuais e 17 (34%) pacientes com episódios prévios. Dois pacientes tiveram diagnóstico de distímia, dois transtorno bipolar e

dois luto simples. O perfil temporal de início da enxaqueca e comorbidades foi o seguinte: Os transtornos de ansiedade se instalaram primeiro (tempo de história médio de 27 anos), seguidos do início de enxaqueca episódica (história média de 20,5 anos), transtornos do humor (6,8 anos) e cefaléia diária (4,6 anos).

Discussão/Conclusão: Comorbidades psiquiátricas são comuns em pacientes com enxaqueca crônica em nosso meio, principalmente de transtornos de ansiedade e humor. Os transtornos de ansiedade precederam o início da enxaqueca episódica, que foi sucedido pela depressão e dor diária. A análise das comorbidades psiquiátricas deve implicar um manejo mais preciso dos pacientes com enxaqueca crônica e resultar em desfechos clínicos mais favoráveis. Pacientes com história de ansiedade, enxaqueca episódica e depressão possivelmente podem estar com risco mais elevado de desenvolver enxaqueca crônica. O tratamento precoce de transtorno de ansiedade e/ou enxaqueca episódica pode levar a prevenção de complicações de longo prazo como a depressão e a enxaqueca crônica.

A eficácia do topiramato na prevenção da enxaqueca crônica

*Peres MFP, Mercante JPP, Tanuri FC, Zukerman E
Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa,
Centro de Cefaléia São Paulo*

Introdução: A enxaqueca crônica é uma doença comum e incapacitante que afeta de 2% a 3% da população em geral. O impacto na vida dos pacientes é substancial. O tratamento preventivo da enxaqueca crônica é difícil e complexo e deve ser realizado levando-se em conta as suas comorbidades. O topiramato é uma opção para o tratamento da enxaqueca, recentes publicações mostram a sua eficácia em pacientes com enxaqueca episódica, poucos estudos mostram a eficácia em pacientes com enxaqueca crônica. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e tolerabilidade do topiramato no tratamento preventivo da enxaqueca crônica. **Métodos:** Sessenta e quatro pacientes com diagnóstico de enxaqueca crônica ou enxaqueca crônica provável de acordo com a SIC (2003) foram avaliados e incluídos no estudo; 14 saíram do estudo, 50 foram avaliados com a metodologia ITT. O *endpoint* primário considerado foi o número de pacientes com diminuição da frequência das crises maior que 50%. Os pacientes foram avaliados por três meses. **Resultados:** A média de idade foi de $41,4 \pm 11,7$ anos. Em média, o IMC foi de 24,7. Trinta e um pacientes estavam com IMC normal, 12 estavam acima do peso e 7 com IMC > 30. Trinta e nove pacientes apresentaram uso abusivo de analgésicos, 32 com analgésicos simples e em combinação, 9 com triptans, 8 com ergotaminas e 3 com antiinflamatórios. A dose média utilizada de topiramato foi de 91 mg, a mediana de 100 mg. Os pacientes apresentavam história de cefaléia em média de 20,5 anos e história de cefaléia diária em média por 4,7 anos. Trinta e três pacientes (66%) obtiveram redução da frequência das crises maior que 50%, oito (16%) pacientes não responderam, 9 (18%) reduziram a frequência em até 50%. Quatorze (28%) dos pacientes reduziram em mais que 95% a frequência. A duração, frequência e intensidade foram significativamente reduzidas no período de tratamento ($p < 0,001$). Os efeitos colaterais mais encontrados foram as parestesias e a perda de peso.

Discussão/Conclusão: O manejo do paciente com enxaqueca crônica pode ser facilitado com a opção do topiramato. Topiramato é

eficaz e tolerável no tratamento da enxaqueca crônica, com índice de resposta favorável.

O efeito do tratamento preventivo da enxaqueca crônica com topiramato na comorbidade com ansiedade

*Peres MFP, Mercante JPP, Tanuri FC, Bernik MA, Zukerman E
Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa,
Centro de Cefaléia São Paulo*

Introdução: Enxaqueca crônica é uma doença comum, que afeta 2% a 3% da população em geral. A comorbidade em enxaqueca crônica é um dos tópicos de maior importância em seu manejo. Ansiedade é comum em pacientes com enxaqueca crônica, presente em até 75% dos casos. Pouco se sabe sobre o efeito do tratamento preventivo em comorbidades. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito do tratamento preventivo com topiramato na ansiedade comórbida com a enxaqueca crônica. **Métodos:** Sessenta e quatro pacientes foram incluídos no estudo, cinquenta pacientes completaram critérios para análise final. A metodologia *intention-to-treat* foi utilizada. Todos os pacientes preencheram critérios diagnósticos para enxaqueca crônica de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléias (2003). Os escores de traço e estado de ansiedade e a escala de Hamilton de Ansiedade foram utilizadas nas visitas de inclusão e acompanhamento. **Resultados:** Os escores de ansiedade foram reduzidos significativamente ($p < 0,001$) pelo tratamento com topiramato, quando comparadas as visitas iniciais e de *follow-up*. A dose mediana utilizada de topiramato foi de 100 mg. O efeito foi significativo já no primeiro mês de tratamento.

Discussão/Conclusão: Pacientes com enxaqueca crônica tratados com topiramato apresentaram redução significativa de seus níveis de ansiedade. O efeito na neurotransmissão GABA é o mecanismo provável para explicar os resultados. Estudos futuros controlados com placebo são necessários para um maior entendimento da área.

Melatonina 3 mg é eficaz no tratamento preventivo da enxaqueca

*Peres MFP, Zukerman E, Tanuri FC, Moreira FR, Cipolla-Neto J
Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa,
Centro de Cefaléia São Paulo,
Instituto de Ciências Biomédicas-USP*

Introdução: Níveis anormais de melatonina são encontrados em enxaqueca com e sem aura, enxaqueca menstrual, e enxaqueca crônica. Melatonina é um composto com ação modulatória na neurotransmissão do GABA, glutamato, serotonina e dopamina. Inibe a síntese de óxido nítrico, tem propriedades antiinflamatórias e potencializa a ação opióide. A melatonina é um potencial candidato para o tratamento preventivo da enxaqueca. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e tolerabilidade da melatonina no tratamento preventivo da enxaqueca. **Método:** Um estudo aberto avaliando-se o tratamento preventivo da enxaqueca com melatonina 3 mg foi con-

duzido. Trinta e quatro pacientes (27 mulheres, 5 homens) iniciaram o tratamento com melatonina 3 mg, 30 minutos antes de dormir, 32 pacientes terminaram o estudo. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. O *endpoint* primário foi a porcentagem de pacientes que apresentaram redução maior que 50% na frequência das crises, comparando *baseline* e terceiro mês após o tratamento. Intensidade, frequência, impacto e duração das crises foram avaliadas, bem como consumo de analgésicos e satisfação do paciente com o tratamento. **Resultado:** A maioria dos pacientes, 64,7% (22/34), teve redução maior que 50% na frequência das crises. Resposta completa (100%) foi observada em 25% dos pacientes. Melatonina melhorou significativamente a frequência ($p < 0,001$), intensidade ($p < 0,001$), duração ($p < 0,001$), impacto ($p < 0,001$) e consumo de analgésicos ($p < 0,001$). O benefício já foi observado logo no primeiro mês de tratamento. Dois pacientes saíram do estudo, um por alopecia e outro por sonolência diurna excessiva. Três pacientes relataram espontaneamente aumento da libido. Não houve aumento de peso.

Conclusão: Melatonina 3mg é muito bem tolerável e eficaz no tratamento preventivo da enxaqueca em um estudo aberto.

Toxina botulínica tipo A é um medicamento seguro e efetivo no tratamento da neuralgia do trigêmeo

Piovesan EJ, Teive HG, Coleta MCD, Kowacs PA, Werneck LC

Objetivo: Avaliar o efeito da toxina botulínica do tipo A (BoNT/A) sobre a neuralgia do trigêmeo (NT). **Introdução:** A NT é uma dor dolorosa distinta que acomete a região facial, caracterizada por um breve choque limitado a uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. Esta dor pode ser tratada clinicamente ou cirurgicamente, entretanto, em algumas situações, ambas podem não surtir efeito. **Métodos:** Um total de 13 pacientes com NT (4 homens $67,75 \pm 6,6$ anos e 9 mulheres $59,22 \pm 14,26$ anos) foram submetidos a tratamento com BoNT/A em um estudo aberto. Os pacientes foram avaliados em diferentes momentos (tempo 0 – admissão), dez dias após o tratamento (tempo 1), vinte dias após (tempo 2), trinta dias após (tempo 3), sessenta dias após (tempo 6). Objetivamente, a resposta clínica foi avaliada quanto ao consumo de analgésicos/profiláticos e subjetivamente através da intensidade de dor através da VSA; para análise de superfície de dor foi utilizado um programa especial que determinou a área de dor em todos os momentos do estudo. O coeficiente terapêutico foi determinado através do número de unidades de BoNT/A utilizado versus a área de dor para cada ramo do trigêmeo. **Resultados:** Doze dos treze pacientes utilizaram uma dose média de carbamazepina de $1083 \pm 395,04$ mg antes e $150 \pm 177,20$ mg após BoNT/A; gabapentina foi utilizada por três pacientes com dose média de 900 ± 300 mg antes e 400 ± 346 mg após BoNT/A. Para o primeiro ramo do trigêmeo (V1), a superfície média de dor foi de $2,06 \text{ cm}^2$, para (V2), $2,03 \text{ cm}^2$ e para (V3), $2,85 \text{ cm}^2$. No tempo 1, a superfície diminuiu para $1,40 \text{ cm}^2$ (V1) $p = 0,006$, $1,03 \text{ cm}^2$ para (V2) $p < 0,0001$ e para $1,54 \text{ cm}^2$ (V3) $p < 0,0001$. O efeito terapêutico máximo foi alcançado no tempo 2 (V1 0 cm^2 , V2 $0,05 \text{ cm}^2$, V3 $0,04 \text{ cm}^2$) e a consistência manteve-se semelhante até o tempo 6. A intensidade média de dor foi de 9,83 (V1), 9,82 (V2), 10 (V3) no momento zero; após o tratamento com BoNT/A, a intensi-

dade evoluiu para V1 5,83, V2 5,64 e V3 3,78 e alcançou seu pico de efeito na avaliação de vinte dias (V1 0, V2 0,82 e V3 0,56 pontos na VSA). O coeficiente terapêutico médio utilizado para V1 foi de 3,33 U/cm², para V2 3,17, para V3 3,19, e o CT médio dos três ramos foi de 3,22.

Conclusão: A BoNT/A pode ser considerada como um eficiente tratamento para casos de NT, sem efeitos colaterais importantes, rápido e consistente efeito terapêutico.

Hipnose em cefaléia: um estudo aberto

Motta-Lima LC, Martins KM, Tortorelo JV, Vicente de Paula CA, Bordini CA, Speciali JG
Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Objetivo: Hipnose é um estado alterado da consciência, durante o qual associam-se relaxamento e atenção dirigida para as palavras do hipnotista, facilitando o processo terapêutico pela sugestibilidade. No presente trabalho apresentamos nossa experiência com a hipnose, num estudo aberto, em pacientes com cefaléia crônica. **Material e métodos:** Seleccionamos, aleatoriamente, 32 pacientes do Ambulatório de Cefaléia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto que faziam tratamento medicamentoso, mas continuavam apresentando de dois a trinta dias de cefaléia por mês. Numa primeira entrevista foi explicado que a hipnose seria paralela ao tratamento medicamentoso. Cada sessão de hipnose durava cerca de 10 minutos, num total de cinco sessões. O intervalo de tempo entre as sessões variou de sete a trinta dias. Foram utilizadas técnicas de hipnose clássica com procedimentos padrões para analgesia. **Resultados:** Foi utilizado o teste de Wilcoxon, média de dias com dor antes/depois da hipnose, 20,22/10,68 (diferença significativa $p < 0,0001$); intensidade média da dor antes/depois da hipnose, 7,84/6,19 (diferença significativa $p < 0,0001$); média das porcentagens de melhora antes e depois da hipnose, 44,85/46,13 (diferença não significativa); a média da duração das cefaléias antes/depois da hipnose foi de 28,73/14,3 (diferença significativa $p < 0,0001$). A preferência dos pacientes no final do estudo foi, para 15 deles, continuar tratamento com hipnose + medicações, 12 preferiram continuar apenas com as medicações e cinco apenas com a hipnose.

Conclusões: Os resultados acima são muito promissores e consideramos que a hipnose possa ser um tratamento coadjuvante nas cefaléias rebeldes. Nosso seguimento foi muito curto, de 15 dias a 40 dias após o término das sessões. A porcentagem de melhora, sem diferença significativa poderia ser explicada pelo efeito telescópico sobre a melhora da dor apenas com as medicações.

Principal referência: Hypnosis and Clinical Pain. Psychological Bulletin; 2003; 129:495-521.

Zolmitriptan recupera a capacidade de trabalho prejudicada por crises de enxaqueca

Cruz L¹, Vincent MB²
¹Mestrando, ²Chefe do Serviço
Hospital Universitário, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Os custos indiretos da enxaqueca são superiores aos custos diretos. Um dos fatores que contribuem para sua elevação é a ocorrência de crises no ambiente de trabalho, levando ao absenteísmo, abandono de trabalho ou queda da produtividade. **Objetivo:** Avaliar o comportamento das crises de enxaqueca em pacientes com enxaqueca no seu ambiente de trabalho e estudar o padrão de resposta ao zolmitriptano em crises durante o trabalho. **Método:** 45 funcionários de duas grandes empresas foram submetidos a um protocolo em duas fases. Na primeira, com trinta dias de duração, avaliamos a ocorrência de cefaléias por diário sem intervenção terapêutica. Na segunda, as crises foram tratadas com uma dose de zolmitriptan 2,5 mg VO. A capacidade para o trabalho foi acompanhada ao longo do tempo por uma escala visual analógica de performance. **Resultados:** Na primeira fase, 126 crises foram estudadas, com duração média de $8,0 \pm 15,7$ horas. Náuseas, vômitos, foto e fonofobia estavam presentes em respectivamente 44%, 12%, 82% e 52% das crises. Na segunda fase, a capacidade para o trabalho estava, em média, antes da administração do Zomig®, em $4,4 \pm 2,8$ (VAS, de 0 a 10). Após o período de observação, depois da administração de zolmitriptan, a capacidade de trabalho subiu para $9,0 \pm 2,8$. O efeito surgiu em média dentro de $2,2 \pm 2,0$ horas. A utilização precoce da medicação abortiva anti-enxaquecosa aumenta a probabilidade de alívio da dor com potencial redução dos custos indiretos da enxaqueca.

Uso da toxina botulínica no tratamento da enxaqueca. Experiência inicial de uma clínica especializada em cefaléia

Kaup AO

*Clínica de Cefaléias da Unidade Einstein Alphaville,
Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo, SP*

Objetivos: Descrever os dados iniciais observados no tratamento da enxaqueca com toxina botulínica tipo A (TXB-A) numa clínica especializada no tratamento de cefaléia. **Métodos:** Durante o ano de 2003/04, dez pacientes com o diagnóstico de enxaqueca, referidos a um centro especializado no tratamento de cefaléias, foram tratados com o uso de TXB-A (Botox®). A dose média de unidades de TXB-A aplicadas no tratamento foi de 55 unidades, distribuídas em 17 pontos (7 pontos frontais, 6 temporais e 4 occipitais). Oito pacientes submeteram-se a apenas uma aplicação, um paciente a duas aplicações e um paciente a três aplicações, num total de 13 tratamentos. **Resultados:** O grupo observado consistiu de nove mulheres e um homem, idade média de 44,4 anos, oito com enxaqueca crônica, segundo os critérios de Silberstein, Lipton e Sliwinski, 1986; dois com diagnóstico de enxaqueca episódica. A frequência média em dias/mês com dores de cabeça foi de 15,9, com tempo médio de diagnóstico de enxaqueca de 18 anos. Seis de dez pacientes faziam uso excessivo de medicamentos para tratamento agudo da dor. Comorbidades observadas foram: ansiedade, 7/10; depressão, 6/10; insônia, 4/10; fibromialgia, 1/10; hipotireoidismo, 2/11; apnéia obstrutiva do sono, 1/11. Inventários de depressão e ansiedade de Beck foram aplicados a todos os pacientes. Tratamento preventivo com medicações via oral de forma isolada mostrou-se ineficaz. Os pacientes usaram em média 4,25 medicamentos preventivos diferentes antes da tentativa de tratamento com Botox® (2 a 11 tentativas prévias com medicamentos conhecidos para tratamento preventivo da enxaqueca). O resultado

do tratamento foi considerado positivo em seis pacientes, onde se observou a redução da frequência das crises mínima de 50% (três destes ficaram completamente livres de dor e sem uso de outras medicações preventivas). Três pacientes não apresentaram qualquer mudança no padrão da dor e um paciente perdeu o seguimento clínico. O tempo médio de duração do efeito relatado pelos pacientes foi de 3,9 meses. Efeitos colaterais reportados foram restritos a dor e formação de pequenos hematomas nos locais da aplicação (3/13).

Conclusão: O uso de tratamento preventivo está indicado para pacientes com enxaqueca acima de seis crises/mês em média, com dores incapacitantes ou situações consideradas de risco para os pacientes (frequência aumentada de enxaqueca com aura, enxaqueca basilar, enxaqueca hemiplégica). O uso da toxina botulínica tipo A no tratamento da enxaqueca está sendo estudado e aguarda evidências para sua indicação baseada em resultados. Na prática clínica, o uso da TXB-A pode ser considerado uma opção segura e com bons resultados em pacientes com enxaqueca submetidos a várias terapias preventivas prévias.

Efeito do frio no tratamento da enxaqueca

Vincent MB, Dib E

*Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade
Federal do Rio de Janeiro*

Introdução: A aplicação de compressas frias é um método difundido e utilizado pela população em nosso meio. Entre os últimos 680 pacientes com enxaqueca de nossa casuística, 12,2% referem usar gelo sobre a testa ou têmporas durante os ataques, não incluídos 1,4% que recorrem ao banho frio. Os que fazem uso desse tipo de recurso, em grande parte referem melhoras das crises de enxaqueca ou de seus sintomas associados. **Objetivo:** Comprovar a eficácia da aplicação de frio sobre o crânio no tratamento agudo das crises de enxaqueca. **Método:** Vinte e um pacientes (vinte mulheres e um homem) foram divididos aleatoriamente em dois grupos onde foram monitoradas quatro crises de enxaqueca por duas horas. O grupo A teve as duas primeiras crises tratadas com uso de frio e as duas restantes com medicamentos habituais usados pelos pacientes. O grupo B fez de forma inversa. As crises foram acompanhadas pelo preenchimento de um diário padrão e, ao final do trabalho, era preenchida uma ficha de última consulta buscando a opinião do paciente sobre o tratamento com o frio. **Resultado:** Até 60 minutos, o frio foi superior aos demais tratamentos na redução da dor. Quanto à eliminação da dor, o frio foi superior em 60 minutos e equivalente aos demais tratamentos aos 120 minutos. Nos demais parâmetros, o frio foi igual ou inferior ao tratamento medicamentoso.

Conclusão: A aplicação de bandagem fria se mostrou eficaz no tratamento da enxaqueca: 76,2% alegaram melhora após uso, 90,5% pretendem usar deste método em crises futuras e 23,8% não fizeram uso de medicamento pós-aplicação do frio por duas horas.

Efeito da toxina botulínica em pacientes com cefaléia quando aplicada fora desta indicação

Conforto LB¹, Vincent MB²

*¹Aluna de Graduação, ²Professor Adjunto, Chefe do Serviço
Hospital Universitário, Universidade Federal do Rio de Janeiro*

A enxaqueca (ou migrânea) e a cefaléia do tipo-tensão estão entre as cefaléias mais prevalentes. A toxina botulínica (TB) tem sido proposta como tratamento profilático de várias cefaléias primárias.

Objetivo: Estimar o efeito da TB na cefaléia de pacientes com cefaléia que tenham feito referência espontânea durante a anamnese ao uso prévio deste medicamento para fins distintos. **Método:** Entre 1.097 pacientes sucessivos selecionamos os que relataram espontaneamente o uso prévio de TB no segmento cefálico, estimando o efeito da aplicação nas suas respectivas cefaléias. **Resultados:** Dentre os pacientes atendidos entre março de 1996 e março de 2004, oito mencionaram o uso da TB. Todas eram do sexo feminino, com idades entre 30 e 60 anos. De acordo com os critérios da HIS (1988), seis pacientes tinham enxaqueca sem aura, duas enxaqueca com aura, duas cefaléia do tipo-tensão crônica. Uma paciente apresentava distonia na face. Quatro pacientes usaram TB para fins estéticos, três para tratamento de cefaléia, e uma devido à distonia. No primeiro grupo, houve redução significativa da cefaléia nos três casos. No segundo houve redução significativa da dor em uma; na outra paciente não houve alteração da cefaléia, e na seguinte houve dor muito intensa até cinco dias após a aplicação da medicação. Na paciente que havia feito uso da TB para distonia não houve alteração do padrão da cefaléia. A importância do relato espontâneo de melhora da cefaléia após à aplicação de TB por outra indicação reside na total ausência de efeito placebo. O presente trabalho reforça a necessidade de realizar novos estudos controlados visando averiguar a eficácia da TB como opção para o tratamento de cefaléias primárias.

Topiramato no tratamento da enxaqueca crônica refratária

*Baise C, Nemoto PH, Monzillo PH, Costa AR,
Thomaz RB, Sanvito WL*
*Ambulatório de Cefaléia da Disciplina de Neurologia da
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Objetivo: Avaliar a eficácia do uso de topiramato para o tratamento de pacientes com diagnóstico de enxaqueca crônica refratária e correlacionar com a literatura. **Método:** Realizado corte transversal de estudo prospectivo em andamento no Ambulatório de Cefaléia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, relativo ao uso de topiramato como medicação preventiva em pacientes com diagnóstico de enxaqueca crônica refratária (uso de pelo menos três drogas profiláticas convencionais por período mínimo preestabelecido, sem resposta clínica satisfatória). **Resultados:** Foram avaliados 14 pacientes que completaram o mínimo de seis meses de acompanhamento com o uso desta medicação. Destes, três pacientes (21,4%) apresentaram remissão completa da dor neste período; em quatro (28,6%), o topiramato não se mostrou eficaz, e em sete (50%) observamos melhora parcial da dor. Nos pacientes que apresentaram melhora parcial da dor, os parâmetros clínicos avaliados foram: intensidade, frequência e duração das crises algícas.

Conclusão: O topiramato tem se mostrado eficaz como medicação preventiva no tratamento da enxaqueca crônica refratária.

Cefaléia do tipo tensional com aura

Peres MFP

*Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital Israelita Albert Einstein,
Centro de Cefaléia São Paulo*

Introdução: O fenômeno da aura vem sendo recentemente considerado como independente da enxaqueca, após descrições de aura em outras cefaléias primárias que não a enxaqueca. A teoria modular das cefaléias dá suporte a um entendimento mais amplo dos sinais e sintomas que ocorrem nas cefaléias primárias. Cefaléia do tipo tensional com aura nunca foi descrita anteriormente. **Objetivo:** O objetivo desta comunicação é descrever um caso de cefaléia do tipo tensional com aura. **Método:** Descrição dos dados demográficos, história clínica, sinais e sintomas de um paciente observado pelo autor. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, de 55 anos, com história de vinte anos de crises de cefaléia precedidas por fenômenos visuais, caracterizados por linhas em zig-zag pequenas, de início no quadrante inferior esquerdo ou direito do campo visual, progressão lenta, com aumento da área acometida, duração total do fenômeno de 15 minutos. As linhas apresentam coloração esbranquiçada, de aspecto brilhante, porém circundada abaixo por escotoma negativo. Após o término da manifestação dos sintomas visuais, inicia-se cefaléia de leve intensidade, na região frontal bilateral, caráter de peso, nunca pulsátil, sem fotofobia, fonofobia, náusea ou vômitos. Osmofobia, cinesiofobia também são ausentes. Não há piora com esforço físico. Não houve mudança nas características da dor ao longo do tempo. O paciente nega história familiar. O paciente apresenta diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Exame clínico e neurológico são normais.

Discussão/Conclusão: A descrição clínica se encaixa no diagnóstico proposto pelo autor. Não há relato na literatura por nós consultada de cefaléia do tipo tensional com aura. Este caso reforça o conceito de independência do fenômeno de aura do diagnóstico de enxaqueca.

Esclerose lateral amiotrófica com neurite óptica e dor periorcular: relato de caso

Tobias DFS, Higashi R, Loureiro MPS, Krymchantowski AV

Objetivo: Relatar um caso de esclerose lateral amiotrófica (ELA) com neurite óptica durante a evolução de sua doença. **Material e método:** O diagnóstico de ELA foi baseado nos critérios de El Escorial World Federation of Neurology 1994 (EWFN) através do exame neurológico, eletroneuromiográfico (ENMG) e ressonância magnética (RNM) de coluna cervical. O diagnóstico de neurite óptica foi baseado na história clínica, no exame neurológico, exame oftalmológico, exame do líquido e RNM de crânio. **Relato:** Paciente feminina com 52 anos, há nove meses iniciou quadro de fraqueza em membro superior esquerdo com evolução progressiva para membro superior direito seguido de envolvimento de membros inferiores bilateralmente. Apresentava-se impossibilitada em deambular e queixava-se de disfagia e disfonía. O exame neurológico evidenciou sinais de comprometimento do primeiro e segundo neurônios motores em três membros. A ENMG evidenciou comprometimento difuso do II neurônio motor. A RNM do pescoço foi normal. Foi realizado diagnóstico de ELA de

acordo com EWFN. Após sete meses do diagnóstico iniciou episódio súbito de dor peri e retro-ocular associada à ambliopia direita. O exame neurológico apresentava dilatação pupilar com diminuição da resposta fotomotora à direita e papilite óptica ipsilateral. O exame líquórico não revelou alterações. Foi submetida a pulsoterapia durante cinco dias com melhora completa da acuidade visual.

Conclusão: Não encontramos relatos de casos da associação de ELA com neurite óptica através da pesquisa da literatura pelo Medline no período de 1984 a 2004. Essa possível comorbidade é sugerida com esse relato e estudos com mais pacientes são necessários para confirmar essa observação. Além disso, a identificação precoce da neurite óptica com início imediato do tratamento promoveu a regressão completa do quadro com benefício à qualidade de vida da paciente.

Cefaléia em salvas com prevalência familiar: relato de caso

Henriques ALA, Krymchantowski AV, Higashi R, Liparizzi LP, Dozza DC, Nicolich MM
Ambulatório de Cefaléias Crônicas do Instituto de Neurologia Deolindo Couto

Objetivos: Relatar a prevalência da cefaléia em salvas episódica em dois irmãos de idades diferentes. Discutir a possibilidade da prevalência familiar desta cefaléia primária. **Materiais e métodos:** Dois pacientes atendidos em um ambulatório especializado com diagnóstico de cefaléia em salvas episódica de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia. **Relato de caso:** JFBA, masculino, 42 anos, com história de cefaléia há dois meses, de forte intensidade, incapacitante, rapidamente progressiva, na região supra-orbitária esquerda, em facada, com fenômenos autonômicos ipsilaterais de lacrimejamento, hiperemia conjuntival e obstrução nasal. As crises de cefaléia duravam trinta minutos na média, eram refratárias a analgésicos e manifestavam-se oito vezes ao dia, inclusive à noite. Seu irmão, MTA, 36 anos, manifestou oito meses antes crises com características idênticas, exceto pelo lado, que era à direita. Foi medicado com prednisona e verapamil, tendo apresentado remissão das crises. **Comentários:** A prevalência da cefaléia em salvas em membros da mesma família tem sido sugerida. Genes específicos por sua transmissão também têm sido aventados, mas ainda não se demonstrou seu envolvimento em casos semelhantes. Estudos epidemiológicos envolvendo esses pacientes são necessários para confirmar estas observações.

Neuralgia auriculotemporal: relato de um caso

Cardoso RN, Speciali JG, Bordini CA, Godoi DG, Maciel ARF

Introdução: O nervo auriculotemporal, subdivisão do ramo mandibular do nervo trigêmeo, é responsabilizado por algumas algias crânio-faciais, podendo ocorrer de modo isolado e/ou envolvendo outras estruturas cranianas, exigindo caracterização clínica detalhada, visando a correta abordagem e conseqüentemente sucesso terapêutico. **Objetivos:** Descrever as características clínicas de um

caso de neuralgia do nervo auriculotemporal, assim como os resultados das abordagens terapêuticas adotadas. **Relato do Caso:** MS.M.L., 48 anos, casada, do lar. Em abril de 2004 procurou um otorrinolaringologista com intensa otalgia direita, sendo a mesma caracterizada por ser em pontada, lancinante, com irradiação para regiões temporal e maxilar direitas, episódios com duração de 40-60 segundos, ocorrendo várias vezes ao dia (a cada 2-5 minutos), sem náuseas, vômitos, foto e fonofobia, desencadeada pela deglutição. Foi diagnosticada otite externa aguda, realizado paracentese de membrana timpânica à direita. Houve piora do quadro, sendo então encaminhada para avaliação neurológica. Feito diagnóstico de Neuralgia do Auriculotemporal. Iniciado carbamazepina (CBZ) e realizado bloqueio anestésico direto do nervo com lidocaína e dexametasona e, posteriormente, do gânglio de Gasser, com lidocaína, clonidina e dexametasona. **Resultados:** Houve melhora discreta após introdução da CBZ e, substancial e rápida, após bloqueio, na região pré-auricular, junto à borda inferior e posterior do côndilo da mandíbula, com 1,5 cm de profundidade. Os três bloqueios posteriores do gânglio de Gasser também colaboraram para o sucesso terapêutico, com melhora completa dos sintomas.

Conclusão: O reconhecimento das manifestações clínicas dolorosas envolvendo o nervo auriculotemporal, assim como dos seus diagnósticos diferenciais, dentro do contexto das algias crânio-faciais, é de fundamental importância na abordagem terapêutica; neste caso, feito de modo específico, rápido e efetivo, em regime ambulatorial, pelo bloqueio anestésico local.

Migrânea com sintomas autonômicos cranianos: relato de um caso

Cardoso RN, Maciel ARF, Speciali JG, Bordini CA, Flauzino JA
Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Introdução: As crises migranósas são acompanhadas por sintomas autonômicos sistêmicos (náuseas e vômitos) e as cefaléias trigêmeo-autonômicas por sintomas autonômicos cranianos (lacrimejamento, hiperemia conjuntival, edema e ptose palpebral, congestão nasal e rinorréia). Algumas crises migranósas podem vir acompanhadas por sintomas autonômicos cranianos. **Objetivo:** Descrever crises migranósas de uma paciente com sintomas autonômicos cranianos. **Relato do caso:** J.A.O.S., 25 anos, sexo feminino. Desde os 12 anos apresenta crises de cefaléia pulsátil, predominantemente hemicraniana esquerda, acompanhada de foto e fonofobia, de instalação gradual, moderada intensidade, com algumas horas de duração que são desencadeados por estresse emocional e período menstrual. Tem irritabilidade antes dos ataques. Alívio incompleto com analgésicos comuns. Ocorriam de duas a três vezes por semana. Nos últimos meses passaram a vir acompanhadas também por lacrimejamento e ptose palpebral, unilaterais, do lado da dor. Com uso de amitriptilina e propranolol houve redução na frequência dos ataques, ocorrendo quinzenalmente. **Discussão:** Sintomas autonômicos cranianos são característicos das cefaléias trigêmeo-autonômicas, mas, raramente, podem ocorrer em migranósas, como no caso relatado. Tais sintomas poderiam dificultar o diagnóstico, mas as outras características, especialmente a duração da crise, confirmam o diagnóstico de migrânea com ativação do sistema parassimpático craniano. Nos casos relatados na literatura, as crises de migrânea são de maior intensidade e estritamente unilaterais.

Bibliografia consultada:

1. Barbanti P, Fabbrini G, Pesare M, Vanacore N, Cerbo R. Unilateral cranial autonomic symptoms in migraine. *Cephalalgia* 2002; 22:256-9.
2. Dora B. Migraine with cranial autonomic features and strict unilaterality. *Cephalalgia* 2003;23:561-562.

Hemicrânia paroxística crônica associada a trombose carotídea

Macedo DDPM (Natal-RN)

A hemicrânia paroxística crônica (HPC) é uma rara forma de cefaléia primária caracterizada por crises recorrentes de dor, estritamente unilateral, orbitária, periorbitária ou temporal e associada a fenômenos autonômicos oculares, nasais ou faciais. As crises são semelhantes às da cefaléia em salvas, mas se diferenciam por serem mais curtas, mais freqüentes, afetarem mais as mulheres e responderem de modo absoluto à indometacina. Em raras ocasiões, cefaléias secundárias mimetizando HPC foram descritas. Em todos os casos, associados a malformações vasculares, tumores cerebrais, doenças do colágeno, tumores de Pancoast, tumores selares e do seio cavernoso, trombocitemia e hipertensão intracraniana, a cefaléia foi considerada sintomática. Apresentamos uma paciente de 34 anos, do sexo feminino, que durante dois anos sofreu episódios de HPC na região orbitária esquerda e que subitamente apresentou hemiparesia direita e disfasia. A paciente não era fumante e não usava anticoncepcionais. Fazia uso freqüente de analgésicos e havia experimentado, por tempos diversos, drogas como amitriptilina e carbamazepina e outros métodos de tratamento, como acupuntura, sem sucesso. Uma vez iniciada a terapêutica com indometacina, a cefaléia e os sintomas associadas desapareceram em 48 horas e a paciente permanece com suas dores de cabeça controladas com o uso de 150 mg/dia. A investigação com angioressonância magnética evidenciou infarto cerebral isquêmico e trombose da artéria carótida interna esquerda. Angiografia cerebral confirmou a trombose carotídea, sem mostrar evidências de vasculites ou malformações vasculares. Estudos cardiológico, hematológico e imunologia no sangue e LCR foram negativas. A associação de migrânea com infarto cerebral isquêmico é rara, mas bem documentada e aceita pela comunidade científica. Nesta paciente levantamos a hipótese de uma relação entre a HPC e a trombose carotídea, já que se trata de uma pessoa jovem, sem fatores de risco conhecidos que teve uma obstrução arterial no lado comprometido e cuja investigação na busca de outras etiologias resultou negativa.

Neurossarcoidose – relato de caso

Shimabuku I, Protti GG, Inoue SS, Lancellotti CLP, Rocha AJ, Monzillo PH, Costa AR, Sanvito WL
Instituição: Disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica de etiologia desconhecida. O acometimento do sistema nervoso central ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos, na sua maioria nos pacientes que já apresentavam diagnóstico prévio de sarcoidose sistêmica. Re-

latamos um caso de neurossarcoidose sem comprovação de acometimento sistêmico, em paciente do sexo feminino, de 34 anos de idade, com história de cefaléia há 14 anos. Durante os primeiros sete anos apresentou três episódios de oftalmoplegia dolorosa à esquerda, sendo a última ocorrida há sete anos. Nesta ocasião, realizou tomografia de crânio (TCC) e exame do líquido que não evidenciaram anormalidades. Feita a hipótese de Síndrome de Tolosa-Hunt e instituído tratamento com corticoesteróides, com remissão completa do quadro clínico. Há quatro anos apresentou dois episódios de crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas. Há três anos houve mudanças das características da cefaléia, com irradiação para região cervical esquerda, acompanhada de turvação visual e afasia amnésica. A TCC realizada nesta época evidenciou imagem hipoatenuante com seu centro hiperatenuante em região parietal direita provocando desvio moderado de linha média. A ressonância de crânio (RM) revelou a presença de provável processo inflamatório parenquimatoso em região têmporo-parietal direita e também das paquimeninges na região do tentório, sugestivo de neurossarcoidose ou doença do colágeno. Submetida a tratamento com corticosteróides, com reversão dos sintomas. À investigação imaginológica e laboratorial não se encontrou evidência alguma de doença sistêmica, tanto colagenose quanto sarcoidose. Há um ano repetiu a RM crânio, havendo redução importante do processo inflamatório parenquimatoso com acentuação do espessamento meníngeo. Realizou biópsia de meninge, que confirmou o diagnóstico de sarcoidose.

Aneurisma gigante de artéria comunicante posterior direita com apresentação de migrânea sem aura: relato de caso

Henriques ALA, Krymchantowski AV, Higashi R, Nicolich MM, Dozza DC, Liparizzi LP.
Ambulatório de Cefaléias Crônicas do Instituto de Neurologia Deolindo Couto

Objetivos: Relatar a evolução de um paciente com diagnóstico de aneurisma gigante da artéria comunicante posterior direita manifestando-se como crises de migrânea sem aura. **Relato de caso:** JGO, masculino, 60 anos, com história de cefaléia há quatro meses. As crises de cefaléia eram frontotemporais à direita, latejantes, de forte intensidade, piorando com atividades físicas rotineiras, associadas à fotofobia e fonofobia e com duração aproximada de seis horas. Os episódios de cefaléia se manifestavam de forma intermitente com freqüência variável e o paciente era assintomático fora das crises. Vinte dias antes da internação iniciou quadro de ptose palpebral e paresia da musculatura ocular inervada pelo oculomotor ipsilateral. A RNM e a angioressonância de crânio demonstraram a presença de volumosa dilatação aneurismática posterior ao seio cavernoso, supra-clínóidea, na emergência da artéria comunicante posterior direita, com cerca de 3,9 x 2,3 x 2,2 cm. Sua luz era parcialmente trombosada, apresentando sinal hipodenso, correspondendo a calcificações. Determinava ainda efeito de massa sobre o pedúnculo cerebral direito, sobre a artéria cerebral posterior, a artéria basilar e a ponte. O diagnóstico radiológico foi compatível com aneurisma gigante da emergência da artéria comunicante posterior direita. **Comentários:** Quadros característicos de migrânea (exceto pela idade de início e pela unilateralidade imutável, como no presente caso) devem alertar para a

importância da investigação por exames de imagem em pacientes que iniciam cefaléia após os 50 anos.

Vasculite primária do sistema nervoso central sugerindo cefaléia primária: relato de caso

Khouri JMN, Coral L.

Serviço de Neurologia da PUCPR (Santa Casa de Curitiba e Hospital Universitário Cajuru)

Objetivo: Relatar um caso de vasculite primária do sistema nervoso tratado como cefaléia primária, discutir dados clínicos, comparando-o aos da literatura. **Métodos:** Relatamos o caso de jovem do sexo feminino, 24 anos, com história de cefaléia que preenchiam os critérios internacionais para migrânea (1988), e assim tratada por quatro anos. Foram analisados a história clínica e os exames de imagem realizados durante o período de cefaléia. **Resultados:** A análise retrospectiva da ressonância magnética realizada quatro anos antes do diagnóstico de vasculite primária do sistema nervoso permitiu valorizar pequena área como de um infarte, associada a dados da anamnese não considerados anteriormente, devido ao diagnóstico prévio de enxaqueca, formulado por especialistas.

Conclusão: Anamnese e exame neurológico criterioso precisam ser incentivados mesmo nas cefaléias primárias. A literatura demonstra que a vasculite primária do sistema nervoso, entidade rara, evolutiva e de alta mortalidade, é frequentemente conduzida como migrânea.

Enxaqueca oftalmoplégica: relato de caso

*Protti GG, Saab VM, Shimabuko I, Inoue SS, Machado MC, Monzillo PH, da Costa AR, Sanvito WL
Santa Casa de São Paulo*

A Enxaqueca Oftalmoplégica (EO) é uma condição extremamente rara, caracterizada por crises recorrentes de cefaléia associadas a paresia de um ou mais nervos oculares. Apesar de sua denominação, a cefaléia durante a crise de EO não preenche os critérios formais para enxaqueca, pois sua duração pode chegar a uma semana e a latência entre cefaléia e oftalmoplegia pode demorar até quatro dias. Por esta razão, a classificação da EO como uma variante da enxaqueca vem sendo questionada. De fato, o exame de ressonância nuclear magnética (RNM) revela alteração do sinal do nervo acometido em muitos pacientes com EO, indicando uma provável relação com processo orgânico subjacente. Pela raridade e etiologia controversa, descrevemos o caso de um paciente do sexo feminino, que aos 26 anos começou a apresentar episódios recorrentes de dor hemcraniana pulsátil, de forte intensidade, acompanhada de náusea, vômito, fono e fotofobia, com duração de dois a 15 dias. Após dois dias sem dor, desenvolvia paresia dos nervos oculomotor e abducente ipsilaterais à dor que permanecia por 15 a 240 dias e então desaparecia espontaneamente. Apresentou 12 episódios de dor seguida de oftalmoplegia em sete anos, sendo que 11 deles acometeram o lado esquerdo da face e um, o lado direito. Exames laboratoriais gerais, ressonância nuclear magnética e angiografia cerebral não revelaram anormalidades. A paciente recusou-se a utilizar todos os esquemas de profilaxia para dor que lhe

foram propostos. Após sete anos em seguimento ambulatorial, apresentou paresia permanente do nervo abducente esquerdo, não precedida por dor. Discutimos as possíveis causas de EO levantadas em revisão da literatura.

Cefaléia em adolescentes usuários de substâncias psicoativas (maconha e cocaína): resultados preliminares

Ierusalimschy R, Moreira Filho PF

Universidade Federal Fluminense. Setor de Investigação em Cefaléias do Hospital Universitário Antônio Pedro

Objetivo: Avaliar a ação de substâncias psicoativas (maconha e cocaína) na gênese de episódios de cefaléia. **Método:** Foram estudados 219 pacientes entre 10 e 19 anos de idade, atendidos em um centro de atendimento ao adolescente com história de uso de substâncias psicoativas (maconha e cocaína), através de entrevista em que o paciente era interrogado quanto ao surgimento de cefaléia até uma hora após o uso de cocaína ou até 12 horas após o uso de maconha. **Resultado:** Obteve-se resposta afirmativa em 33 pacientes, correspondendo a 15,06% do total. Foi constatada a seguinte distribuição quanto à substância utilizada: 15 pacientes (6,84%) apresentaram cefaléia relacionada ao uso de maconha, cinco pacientes (2,28%) apresentaram cefaléia relacionada ao uso de cocaína e 13 pacientes (5,93%) apresentaram cefaléia relacionada tanto ao uso de maconha quanto de cocaína.

Conclusão: Os resultados obtidos mostram incidência de cefaléia induzida por substâncias psicoativas na amostra estudada. Apesar do tamanho reduzido da amostra, ela aponta para uma incidência significativa de cefaléia induzida por essas substâncias na população constituída por adolescentes usuários de drogas, sendo, portanto, recomendável considerar a hipótese de uso dessas substâncias na abordagem de adolescentes com diagnóstico de cefaléia primária.

Cefaléia na infância como sinal de vulnerabilidade ao stress

*Bosco A, Moura-Ribeiro MVL, Souza EAP
HC / FCM / Unicamp*

Objetivo: Avaliar estressores envolvidos nas respostas de stress, bem como ansiedade e depressão, e sua relação com cefaléia do tipo tensional e migrânea em crianças. **Método:** Foram selecionadas 28 crianças, sendo que 32,1% apresentando cefaléia do tipo tensional e 77,9% delas com migrânea, com idades entre 7 e 12 anos (M=9,74, DP= 1,57), idades de início da queixa entre 2 e 11 anos (M=6,39, DP=2,36) e tempo de duração com M=3,35 e DP=2,13, do Ambulatório de Neurocefaléia na Infância, do HC/Unicamp. Os instrumentos utilizados foram: Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia, ISS (Lipp, 1987), Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças (Amaral, 1989), Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE-Forma C (Spielberger, 1970; Biaggio, 1983), Escala de Auto-Expressão (Di Nucci, 1981), Escala de Reajustamento

Social (Elkind, 1981). **Resultados:** Os resultados apresentados mostraram uma frequência de estresse de 64,29%, mas não se diferenciaram entre os dois tipos de cefaléia ($p=0,677$). Houve predomínio de sintomas cognitivos de stress para migrânea e sintomas somáticos de stress para o tipo tensional. A frequência de ansiedade-traço foi 50%, e depressão (leve e severa), 96,4%. A associação entre estresse e traço de ansiedade foi levemente significativa ($p=0,115$). Houve presença de dificuldades de assertividade. Todas as crianças apresentaram vulnerabilidade acima da média para o desenvolvimento de respostas de estresse. Os contextos familiar e escolar foram as mais importantes fontes de estresse relatadas pelas crianças e pais.

Conclusões: Estressores psicológicos e psicossociais foram estímulos importantes no desenvolvimento e manutenção do estresse, e provavelmente implicados no quadro de cefaléia nas crianças estudadas.

Cefaléia crônica diária (CCD) em crianças e adolescentes: frequência em uma clínica terciária

*Pereira MM, de Souza Carvalho D
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaléias (SITC),
Escola Paulista de Medicina (EPM),
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)*

Objetivo: Determinar a frequência de cefaléia crônica diária primária em crianças e adolescentes, em atendimento terciário. **Método:** Foram coletados e analisados os dados de 584 pacientes pediátricos (4 a 15 anos de idade), retrospectivamente, (janeiro/98 a abril/2004), e selecionados todos os casos de CCD classificados de acordo com os critérios de Silberstein e cols., 1998. **Resultado:** A frequência de CCD foi de 13,7%, 62,5% do sexo feminino, 37,5% do sexo masculino.

Conclusão: Há uma carência de estudos clínicos para determinar a frequência das cefaléias na faixa etária pediátrica, em especial a CCD. Em adultos, a frequência do diagnóstico de CCD corresponde a 40% do atendimento, em clínicas de cefaléia. Esse estudo, na faixa etária de 4 a 15 anos, apontou para uma menor frequência e predomínio no sexo feminino.

Cefaléia crônica diária (CCD) em crianças e adolescentes: estudos de imagem

*Pereira MM, de Souza Carvalho D
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaléias (SITC), Escola
Paulista de Medicina (EPM),
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)*

Objetivo: Analisar os exames de imagem trazidos pelo paciente na primeira consulta segundo o diagnóstico da CCD. **Método:** Foram revisados 80 prontuários de crianças e adolescentes do SITC, com idade de 4 a 15 anos, com diagnóstico de CCD (critérios de Silberstein et al, 1998), verificando quantos pacientes (n) chegaram com exame de imagem: tomografia craniana (TC) e ressonância magnética (RM), os resultados desses exames (normal=nl; alterado=alt) e sua correlação diagnóstica. **Resultado:** Um total de 30% dos pacientes chegou com um exame de imagem (Tabela).

Tabela

Diagnóstico:	n	TC nl	TC alt.	RM nl	RM alt
MT	14 pacientes	13	1	2	0
MT provável	3 pacientes	3	0	0	0
CTTC	3 pacientes	2	0	1	0
CTTC provável	1 paciente	1	0	0	0
Sintomática	2 pacientes	2	1	1	1
Incaracterística	1 paciente	1	0	0	0

Conclusão: Não foram encontrados na literatura estudos sobre exame de imagem em CCD, na faixa etária pediátrica. Em adultos, nas cefaléias primárias, a literatura aponta menos de 5% de exames alterados, sendo um importante auxílio nas cefaléias secundárias. O elevado número de exames de imagem solicitados aponta para a grande preocupação que a CCD gera na família e no profissional que presta essa assistência.

Fatores de risco da migrânea na faixa etária de 4 a 13 anos

*Crippa RDG, Martin LP, Albuquerque AAF, Herrera EJ
Departamento de Neurologia da
Faculdade de Medicina de Catanduva*

Objetivo: O objetivo do estudo é verificar se os sintomas comuns da infância e o antecedente familiar de cefaléia são mais frequentes nas crianças com migrânea. **Método:** Separamos dois grupos de 52 crianças na faixa etária de 4 a 13 anos. Denominamos grupo A: crianças com diagnóstico de migrânea segundo os critérios da IHS, 1988; grupo B: alunos de escola pública municipal cuja entrevista revelou nunca terem cefaléia. Foram pareados sexo e idade nos dois grupos estudados. **Resultado:** Antecedente familiar de cefaléia: grupo A (78,8%), grupo B (36,5%). A frequência dos sintomas: Grupo A: dor abdominal recorrente (59,6%), vômitos cíclicos (42,3%), tonturas (28,8%), desmaios (15,3%), distúrbio de sono (32,6%), cinetose (15,3%), hiperatividade (32,6%), dores de crescimento (13,4%), pseudoangina (7,6%) e intolerância alimentar (3,8%). Grupo B: dor abdominal recorrente (26,9%), vômitos cíclicos (1,9%), tonturas (3,8%), desmaios (7,6%), distúrbio de sono (30,7%), cinetose (11,5%), hiperatividade (3,8%), dores de crescimento (11,5%), pseudoangina (5,7%) e intolerância alimentar (5,7%).

Conclusão: O antecedente familiar de cefaléia e dor abdominal recorrente, vômitos cíclicos, hiperatividade, tonturas e desmaios foram mais prevalentes nas crianças com migrânea em comparação com as sem cefaléia.

Tratamento da migrânea infantil com o topiramato

*Topczewski, Abram
Hospital Israelita Albert Einstein*

O topiramato é uma droga que foi sintetizada e, inicialmente, utilizada para o tratamento da epilepsia, especialmente, na infância.

Estudos posteriores demonstraram a eficácia do topiramato no tratamento profilático da migrânea em adultos. Considerando-se esse viés, iniciamos o uso do topiramato nas crianças e adolescentes portadores de migrânea. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do topiramato nos pacientes migranosos. **Método:** Foram avaliados 13 pacientes, sendo nove do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A idade variou de 7- 15 anos (média 9,6 anos). Dez pacientes já haviam sido submetidos a tratamentos com outros medicamentos, mas com resultados insatisfatórios. Em três pacientes o tratamento foi iniciado com o topiramato. **Resultados:** Cinco pacientes tiveram o tratamento suspenso após sete meses, pois estavam assintomáticos. Dois pacientes em tratamento estão assintomáticos há três meses. Dois pacientes melhoraram em torno de 80% e outros dois, 50%, com dois meses de tratamento. Um paciente estava em tratamento havia nove meses, quando reapareceram as crises de migrânea. Em um dos pacientes não houve resposta positiva ao tratamento com o topiramato. Foi relatada dor abdominal e inapetência em apenas um dos pacientes.

Conclusão: A ampliação desse estudo se faz necessário para melhor juízo quanto ao uso do topiramato em pacientes portadores de migrânea na infância e adolescência.

Referências:

1. Edwards Kr, Glautz Mj, Shea R. Topiramate for migraine prophylaxis: a double-blind randomized placebo controlled study. *Headache* 2000;40:407-411.
2. Storey Jr, Calder Cs, Hart De, Potter DI- Topiramate in Migraine prevention: a double blind placebo. *Controlled Study. Headache* 2001;41:968-975.
3. Matheus Nt, Kailasam J, Meador L. Prophylaxis of Migraine, Transformed Migraine and Cluster Headache with Topiramate. *Headache* 2002;42 796-803.
4. Young WB, Hoppins MN, Shechler AI, Silberstein Ed. Topiramate a case series Study in Migraine Prophylaxis. *Cephalalgia* 2002; 22(8): 659-63.

Cefaléia em crianças e adolescentes: uso de desenhos como método complementar de diagnóstico

*Sturm LC, Paglioli P, Confortin G
Universidade Luterana do Brasil*

Objetivos: Avaliar o uso de desenhos como método complementar no diagnóstico de cefaléia em infante-juvenis verificando sua especificidade, sensibilidade em relação à história clínica. Propõe-se, ainda, delinear o perfil da cefaléia crônica nesta faixa etária. **Métodos:** Aplicaram-se um questionário e uma folha para ilustração gráfica em escolares da cidade de Canoas, aleatoriamente. A amostra final foi 260. Duas neurologistas examinaram somente as grafias. Após a análise cega e individual dos desenhos por ambas e a verificação, paralela, dos questionários, os dados foram correlacionados e utilizou-se a concordância entre eles para a análise final com a clínica. Os desenhos discordantes entre as neurologistas foram analisados separadamente. **Resultados:** O tipo de cefaléia de maior concordância nas análises foi a migrânea, a classificação que mais prevaleceu foi a tensional, ambas mais comuns em meninas na idade acima de 12 anos. A história familiar foi positiva em 68% , a abstinência escolar devido à dor foi de 35%, sintomas associados à cefaléia foram mencionados em 88,5% e o uso de medicação analgésica em cerca de 80%. Na

análise final, o método apresentou-se bastante sensível (92,4%) para as três classificações, com especificidade para migrânea de 92,5% e 87,7% para tensional, e um valor preditivo positivo de 85,9% , comprovando ser um bom método complementar tanto para confirmar o diagnóstico como para excluí-lo.

Conclusão: A correlação entre as manifestações clínicas e os desenhos nos permite evidenciar que o uso das grafias no diagnóstico complementar de cefaléia crônica pode ser útil na correta investigação clínica permitindo uma maior expressão da história da doença por parte do paciente.

Palavras-chave: Cefaléia; desenhos; crianças; adolescentes.

Estudo epidemiológico comparativo entre migrânea em crianças e adultos

*Martin LP, Crippa RDG, Albuquerque AAF,
Napoli EMG, Herrera EJ*

Objetivo: Comparar as características epidemiológicas da migrânea entre crianças e adultos e em seguimento ambulatorial. **Método:** Separamos 162 pacientes com diagnóstico de migrânea, estabelecido segundo os critérios da IHS (1988), em dois grupos denominados: grupo 1 (crianças na faixa etária de 4 a 13 anos) e grupo 2 (pacientes com mais de 14 anos). Ambos foram avaliados através de um protocolo clínico neurológico contendo identificação geral, característica clínica da cefaléia, história familiar, clínica progressiva, além de exame físico geral e neurológico. **Resultado:** A média de idade no grupo 1 foi de 9,4 anos e no grupo 2, de 30,7. A proporção mulher/homem encontrada no grupo 1 foi de 1:1 e no grupo 2 de 4:1. História familiar de cefaléia: grupo 1 (80%) e grupo 2 (74,6%). Qualidade da dor: pulsátil em 78,8% dos casos no grupo 1 e 95,4% dos casos do grupo 2. Quanto à localização e área anatômica da dor: grupo 1 maior bilateral (65,4%) em região frontal (61,5%) e grupo 2 mais unilateral (53,7%) e em região frontal (50,6%). Quanto à duração da cefaléia: grupo 1 com menos de 12 horas em 75% dos casos e no grupo 2 predomínio de mais de 12 horas em 66,3%. Dos fenômenos acompanhantes, os distúrbios vegetativos foram os mais frequentes em ambos os grupos, sendo mais comum no grupo 1 (86,5%) . O estresse emocional foi o principal fator desencadeante da crise migranosa em ambos os grupos, determinando maior incapacidade para as atividades diárias no grupo 2.

Conclusão: Verificou-se diferença significativa entre os dois grupos estudados quando comparamos proporção mulher/homem, qualidade da dor, duração da crise dolorosa, localização e grau de restrição para atividades diárias.

Influência da terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa em mulheres com enxaqueca (estudo preliminar)

*Protti GG, Saab VM, Shimabuko I, Machado MC,
Aldrighi JM, Monzillo PH, da Costa AR, Sanvito WL
Santa Casa de São Paulo*

Objetivo: Avaliar em mulheres após a menopausa a relação

entre TRH e manifestação da enxaqueca. **Método:** 75 mulheres pós-menopausa e portadoras de enxaqueca com e sem aura, em acompanhamento no Ambulatório de Climatério 2, foram classificadas em dois grupos de acordo com o tipo de TRH em uso (estradiol + acetato de norestisterona ou estrogênio conjugado equino - EEC + acetato de medroxiprogesterona - AMP, ambos em regime contínuo); todas as mulheres foram submetidas a um questionário elaborado pela Liga de Cefaléia 1, que avaliou as características clínicas das crises de enxaqueca antes e após o início da TRH. **Conclusão:** A evolução da enxaqueca com aura parece ser melhor com a associação EEC+AMP, o que sugere que este esquema de TRH talvez seja mais adequado a este grupo de pacientes em relação à associação estradiol + acetato

TNF α circulante pré e pós-indometacina na hemicrânia contínua, hemicrânia paroxística e em ratos

Góes CPQF¹, Koatz VLG², Machado AL³, Vincent MB⁴
¹Mestranda, ³Instituto de Biofísica, ⁴Chefe do Serviço Hospital Universitário,
 Universidade Federal do Rio de Janeiro

A hemicrânia paroxística (HP) e a hemicrânia contínua (HC) são cefaléias primárias com resposta à indometacina. O mecanismo de ação da indometacina nessas doenças é desconhecido. **Objetivo:** Estudar a variação do TNF α antes e depois da administração de indometacina em pacientes e ratos. **Métodos:** Foram colhidos 10 ml de sangue da veia cubital de 11 pacientes (mulheres, idade entre 37 a 78 anos) sem e após o uso de indometacina. (150 mg/dia). Os níveis de TNF α foram determinados pelo método Elisa TNF específico (Endogen, Boston). Quinze camundongos, divididos em três grupos iguais para determinação de TNF α sem medicação, após indometacina (3mg/kg/dia, sete dias) e AAS (50mg/kg/dia, sete dias). **Resultados:** Houve aumento de TNF α na maioria dos pacientes após a administração de indometacina. (Sem IDM: zero a 192 pg/ml, média de 24,9 pg/ml; com IDM: zero a 642 pg/ml, média de 202,89 pg/ml). Nos camundongos, o TNF α foi indetectável em todas as amostras.

Conclusão: Não se conhece mecanismo de ação da indometacina nessa cefaléias, e sabe-se que o TNF α é um importante mediador da inflamação e está envolvido em mecanismos de hiperalgesia. O aumento do TNF α pode estar relacionado ao efeito da indometacina especificamente nessas cefaléias, posto que nos animais este mediador não foi alterado pelos medicamentos antiinflamatórios.

Níveis de GABA no líquido cefalorraquidiano de pacientes com enxaqueca crônica

Vieira DSS, Peres MFP, Zukerman E, Soares CAS,
 Alonso EO, Faulhaber MHW
 Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto de Ensino e Pesquisa

Introdução: Enxaqueca crônica (EC) é uma doença comum e incapacitante. A EC é comórbida com diversas doenças psiquiátricas, principalmente a depressão e ansiedade. Medicamentos de ação GABAérgica como o topiramato, divalproato e propofol vêm sendo usados no tratamento da enxaqueca. Postula-se uma deficiência do

sistema GABAérgico como um possível mecanismo fisiopatológico neste tipo de cefaléia. Pouco se sabe sobre o papel do GABA na enxaqueca crônica e sua comorbidade com depressão. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de GABA no LCR de pacientes diagnosticados com EC com e sem depressão. **Métodos:** Foram estudados 14 pacientes (três homens e 11 mulheres), com idade média de 40,3 anos. Foram incluídos pacientes com enxaqueca crônica de acordo com os critérios diagnósticos da sociedade internacional de cefaléias (2003). Os pacientes foram submetidos a punção lombar com medida de pressão para excluir hipertensão intracraniana idiopática. Espécimes de LCR controle foram obtidos de paciente submetidos a punção lombar com outros diagnósticos. Os níveis de ácido gama-aminobutírico (GABA) foram determinados por cromatografia líquida de alta resolução. **Resultados:** Os níveis de GABA no LCR de pacientes com enxaqueca crônica e depressão foram menores que os sem depressão ($7,29 \pm 1,44$ vs $8,30 \pm 1,12$ micromols/l) $p < 0,04$. Não houve diferença dos níveis de GABA quando comparados pacientes a controles.

Discussão/conclusão: Nosso estudo mostra que os níveis de GABA no LCR de pacientes com EC e depressão estão menores que estudo randomizado placebo controlado sobre o efeito antinociceptivo de um antagonista dos receptores n-metil-d-aspartato (memantine), em um modelo de dor orofacial induzida pela formalina 2.5%.

Estudo randomizado placebo controlado sobre o efeito antinociceptivo de um antagonista dos receptores n-metil-d-aspartato (memantine), em um modelo de dor orofacial induzida pela formalina 2.5%

Piovesan EJ, Zampronio AR, Lange M, Kowacs PA, Werneck LC

Objetivo: Determinar o efeito antinociceptivo da memantine sobre um modelo de dor orofacial. **Introdução:** Recentes estudos têm demonstrado que antagonistas de aminoácidos excitatórios podem exercer efeito analgésico em alguns modelos experimentais em animais. Diversos antagonistas glutamínérgicos têm sido utilizados como importante agente terapêutico em pacientes portadores de migrânea. No presente estudo avaliamos o efeito da administração intraperitoneal da memantina (1-amino-3,5-dimetil-adamantane), um potente antagonista dos receptores do NMDA sobre o teste de dor orofacial induzida pela formalina 2.5%. **Métodos:** O modelo experimental foi realizado utilizando animais do sexo masculino *Rattus norvegicus* variedade Wistar, pesando entre 160-240 gramas. Administramos memantina i.p. em uma dose de 10 mg/kg ou solução salina i.p. 30 minutos antes de realizarmos o modelo experimental de dor orofacial. Para indução de dor orofacial utilizamos formalina 2.5% injetado na região do lábio superior dos animais (território de V2). O estudo foi composto por três grupos: grupo I (memantina i.p. versus formalina 2.5% n=8) grupo II (solução salina i.p. versus formalina 2.5%, n=8) e grupo III (solução salina i.p. versus solução salina n=6). O comportamento de dor foi dosado através do número de segundos em que os animais produziam fricção na região da face. Avaliamos as fases fásica ou fase neurogênica (3 primeiros minutos) e a fase tônica ou fase inflamatória (12 minutos até 30 minutos pós-inoculação de formalina 2.5% ou solução salina). **Resultados:** A memantina produziu uma importante e significativa redução da resposta durante a fase tônica (segunda fase/ inflamatória) sem produzir alterações sobre a fase fásica.

Os animais do grupo II apresentaram distintas fases I e II. Os animais do grupo III apresentaram fase I e fase II estatisticamente inferiores aos grupos I e II.

Conclusão: A memantina é um potente antagonista do NMDA bloqueando a fase II da dor orofacial induzida pela formalina. Estes efeitos farmacológicos podem estar associados com controle de dor podendo ser projetados para ensaios clínicos com a utilização da memantina na profilaxia da migrânea.

Palavras-Chave: Memantina; migrânea; tratamento profilático; efeito antinociceptivo; dor.

Estudo experimental para determinação do efeito algico neurogênico ou Inflamatório da toxina botulínica tipo-A sobre o território do nervo trigêmeo

Piovesan EJ, Ratdünz VA, Teive HG, Kowacs PA, Werneck LC

Objetivo: Determinar o efeito algico produzido no período imediato à inoculação de toxina botulínica do tipo-A sobre o território do nervo trigêmeo. **Introdução:** A toxina botulínica do tipo - A tem sido preconizada como mais uma opção terapêutica da migrânea episódica e em alguns tipos de neuralgias craniofaciais. A inoculação sobre o território do trigêmeo ou em *trigger points* extratrigeminal são os pontos de escolha da aplicação nestas desordens. Inevitavelmente, sintomas dolorosos são relatados pelos pacientes, notoriamente em pontos de maior convergência nociceptiva. Desconhecemos da literatura se estes sintomas imediatos, descritos por alguns pacientes, estão relacionados com o potencial da toxina em produzir dor neurogênica ou inflamatória ou são sintomas decorrentes do próprio processo de inoculação (agulha e deslocando de estruturas nociceptivas pelo líquido). **Material:** Utilizando-se de um modelo de dor orofacial estudamos animais do sexo masculino *Rattus norvegicus* variedade Wistar pesando entre 130-220gramas. Os animais foram divididos em três grupos: Grupo A (solução salina isotônica); Grupo B (formalina 2.5%); Grupo C (toxina botulínica tipo A). A toxina botulínica – Botox – foi diluída em 2 ml de solução salina isotônica (2 mL/100 Unidades Mouse). Os animais submetidos a Botox utilizaram 4 UM, volumes iguais de solução salina e formalina 2.5% foram injetadas na região do lábio superior de cada grupo de animais. Os animais foram avaliados quanto ao número de fricções realizadas na região facial durante um período de 30 minutos. Os primeiros 3 minutos foram considerados a fase neurogênica e o período compreendido entre 12 a 30 minutos a fase inflamatória. **Resultados:** Para o grupo A (n=6 animais), o tempo médio de fricção foi de 16.66 ± 13.70 segundos para a fase neurogênica e de 51.14 ± 25.37 segundos para a fase inflamatória. Para o grupo B (n=8), o tempo médio da fase neurogênica foi de $47,25 \pm 19.62$ segundos e da fase inflamatória 278.62 ± 120.82 segundos. Animais submetidos a Botox (n=8) apresentaram uma fase neurogênica de 4.75 ± 6.13 segundos e uma fase inflamatória de 41 ± 27.67 segundos. Análise estatística mostrou não haver diferenças significativas entre as fases neurogênica e inflamatória para o grupo placebo (solução salina) e para o grupo toxina botulínica $p=0,574$ e $p=0,765$. Para o grupo formalina 2.5%, os resultados apresentaram diferenças estatisticamente significativas na fase neurogênica e inflamatória em relação ao grupo placebo $p<0.001$ e $p<0.001$ ou toxina botulínica $p<0.001$ e $p<0.001$.

Conclusão: O estudo mostrou que a toxina botulínica não pro-

duz sintomas algicos neurogênicos ou inflamatórios imediatos à sua inoculação. Os sintomas dolorosos relatados por pacientes durante a injeção devem ser decorrentes do próprio procedimento ou do deslocamento de estruturas nociceptivas pela solução salina isotônica utilizada como diluente da toxina botulínica.

Palavras-chave: Toxina botulínica tipo A; Botox; dor; efeitos colaterais.

Sistema de base de dados e consulta em cefaléia com acesso livre pela internet

*Silva Junior AA, Krymchantowisk AV
Hospital Universitário São José da Faculdade de Ciências Médicas
de Minas Gerais. Ambulatório de Cefaléias Crônicas do
Instituto de Neurologia Deolindo Couto*

Objetivos: Disponibilizar, para uso livre e irrestrito, o protocolo de atendimento adotado no Ambulatório de Cefaléias Crônicas do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, via internet, permitindo que os dados colhidos possam ser armazenados de forma sistemática para pesquisa, acesso e discussão dos casos à distância. **Método:** Foi desenvolvido um sistema de consulta e armazenamento de dados para cefaléia, por uma empresa de desenvolvimento de sistemas de banco de dados (GCR), a partir do protocolo de atendimento usado no Ambulatório de Cefaléias Crônicas do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, utilizando linguagem ASP e permitindo o seu funcionamento, para acesso irrestrito e via internet, através do site www.softwarecefaleia.com. **Resultados:** O sistema em questão já está disponível na internet no referido endereço eletrônico. Sua utilidade provou-se real, uma vez que já foi utilizado com sucesso em um estudo epidemiológico de prevalência e características de cefaléia em um município brasileiro. **Comentários:** O software desenvolvido permite que os profissionais de saúde que trabalham com cefaléia possam ter melhores condições técnicas para o atendimento, através da disponibilização de um protocolo criado e usado em um centro terciário. Além disso, a armazenagem dos dados possibilita acesso irrestrito e a discussão, mesmo à distância, dos dados dos pacientes avaliados. Isso pode ser útil como instrumento no desenvolvimento do ensino e pesquisa em cefaléia. Novos estudos, utilizando-se mais pacientes e profissionais, são necessários para confirmar a utilidade desse novo instrumento.

Memory performance in brazilian transformed migraine patients

*Kaup AO,^{1,2} Mathew NT,² Bertolucci PHF¹
Department of Neurology and Neurosurgery,¹
Unifesp, São Paulo, Brazil
Houston Headache Clinic, Houston, TX – USA²*

Objectives: To study and compare the performance of a Transformed Migraine (TM) sample with Controls (CRL), consisting of non-migraine subjects, in the logic memory test. **Methods:** We selected 15 patients and 15 CRL, paired for age, sex and years of education, at the Department of Neurology and

Neurosurgery of Unifesp, São Paulo, Brazil. The 1986 Silberstein, Lipton and Sliwinski's criteria for TM were adopted. We used two well structured versions of the logic memory stories. The participants had to recover the stories immediately and after 30 minutes of presentation. The relationships among the performance on the logic memory test, depression, anxiety and daytime somnolence were studied using the Beck Depression Inventory (BDI), State Trait Anxiety Inventory (STAI) and Epworth Sleepiness Day Scale. **Results:** Patients with TM had significantly lower scores than controls on the logic memory test (immediate and late recall), and significant higher scores than controls on the Epworth Sleepiness Day Scale and STAI. Furthermore, when controlling the scores on the logic memory tests for anxiety and daytime somnolence, there was still a strong negative relationship between immediate recall and TM ($r=-0.56$, $p=0.002$) and delayed recall and TM ($r=-0.71$, $p<0.001$).

Conclusion: Few studies addressed cognitive issues in migraine patients, and of them, fewer studied TM patients, because they have frequent headaches, high depression and anxiety levels, and medication overuse, being these variables considered biases to acquire reliable results while studying cognition. However, cognitive difficulties should be considered as part of the disability brought by migraine. These results might explain, in part, the difficulties in everyday tasks reported by patients with TM. This work received support from CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a Brazilian agency for scientific and technological development.

(HIT 6) Teste do Impacto da Dor de Cabeça versus (VSA) Escala Visual Analógica para Dor. A intensidade da dor é o maior componente do impacto da dor nas atividades da vida diária de pacientes migranosos?

*Piovesan EJ, Peres M, *Utiumi MAT, Piovesan EJ, Kowacs PA, Werneck LC*

Objetivo: Avaliar quais são os fatores que produzem maior impacto da dor de cabeça em pacientes migranosos. **Introdução:** O HIT (Headache Impact Test, teste do impacto das dores de cabeça) é uma ferramenta usada para medir o impacto que as dores de cabeça têm em sua capacidade no trabalho, nos estudos, em casa e em situações sociais. Sua pontuação mostra o efeito que as dores de cabeça produzem na vida diária e na capacidade de atuar. O HIT foi desenvolvido por equipe de neurologistas e clínicos gerais, tendo sido traduzido para o português, porém nunca foi testado epidemiologicamente em nosso meio. **Material:** Estudamos 130 pacientes (111 femininos 34.83 ± 36.06 mediana de 34 anos e 19 masculinos 34.32 ± 11.31 anos). Os pacientes incluídos no estudo eram portadores de crises de migrânea de acordo com os critérios da International Headache Society (versão 1988) no máximo com 14 dias de cefaléia ao mês. Eram pacientes sem uso de nenhum medicamento profilático até a inclusão do estudo, em uso de medicamentos abortivos ou de resgate padrões para migrânea durante suas crises de dor. Todos os pacientes foram submetidos a exame neurológico e clínico os quais encontravam-se dentro da normalidade. Os pacientes preencheram o HIT-6 no momento da consulta médica, e determinaram a intensidade média de suas crises através da VSA. O tempo de duração de suas crises, a

freqüência, idade, sexo também foram avaliados para determinar quais eram os fatores de maior relevância no impacto da dor destes pacientes. **Resultados:** Os pacientes apresentavam duração média de 10.18 ± 8.7 anos, esta duração era praticamente uniforme em todas as faixas etárias. A intensidade da dor dos pacientes estudados foi considerada elevada 8.47 ± 1.21 pontos na VSA sendo que, em média, os homens apresentavam menor intensidade de dor que as mulheres (8.67 ± 2.37 pontos na VSA para os homens e 9.99 ± 12.65 pontos para as mulheres). O HIT médio encontrado foi de 65.02 ± 6.6 (para os homens 64.16 ± 5.56 pontos e para as mulheres 65.17 ± 6.77 pontos). Testes estatísticos comparando: freqüência da migrânea versus HIT – não mostrou relação estatisticamente significativa; VSA versus HIT – estatisticamente significativo; duração versus HIT – não mostrou relação estatisticamente significativa; idade e sexo versus HIT – não mostrou relação estatisticamente significativa.

Conclusão: Os achados aqui apresentados comprovam que o impacto da dor de cabeça (migrânea) sobre as atividades profissionais, de lazer ou social estão diretamente relacionadas com sua intensidade, não tendo relação diretamente com o número de crises, duração, sexo ou faixa etária.

Palavras-chave: HIT-6; VSA; qualidade de vida; dor de cabeça.
*Apresentador

Cefaléia cervicogênica: comparação entre os critérios diagnósticos de Sjaastad e da IHS

*Tostes M,¹ Mota RM,² Vincent M³
Mestranda,¹ Aluno de Graduação,²
Professor Adjunto,³ Chefe do Serviço*

Hospital Universitário, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Em 1983, Sjaastad definiu e publicou critérios diagnósticos para a cefaléia cervicogênica (CC) atualizando-os e revisando-os em 1990. A IHS incluiu critérios diagnósticos distintos na classificação de 2004. **Objetivo:** Comparar os dois sistemas diagnósticos em um grupo selecionado de pacientes com CC. **Método:** Os critérios diagnósticos de Sjaastad et al (1990) e da IHS (2004) foram aplicados a 51 pacientes com diagnóstico de CC. **Resultados:** Cinquenta e um pacientes foram analisados. Segundo Sjaastad et al, dor unilateral não alternante foi verificada em 49 pacientes, ausência de período de salvas em 48, dor com duração variável podendo haver fundo doloroso contínuo em 47. A dor se apresentava moderada, não-excruciante e geralmente não pulsátil em 38 e podia ser reproduzida por digitopressão do nervo occipital maior em 37. Quarenta e cinco eram do sexo feminino, sendo a resposta ao bloqueio anestésico do nervo occipital maior obtida em 38. Dentre os pacientes que realizaram exames radiológicos, nenhum apresentou anormalidade na flexão/extensão, postura anormal, fratura, anormalidades congênitas, tumores ósseos, artrite reumatóide ou outra patologia que não osteocondrose ou espondilose. Alguns pacientes preencheram critérios da IHS e de Sjaastad et al simultaneamente. Em 38, a dor se apresentava no pescoço e região temporal, e em 38 casos, a dor podia ser precipitada ou agravada por movimentos específicos da coluna cervical ou posturas sustentadas do pescoço. Os dados sugerem que os critérios da IHS apresentam menos sensibilidade diagnóstica, principalmente devido à necessidade de lesão radiologicamente demonstrável.

Hipertrofia de músculos temporais associada à cefaléia tipo tensional crônica

Cardoso J, Kowaks PA, Piovesan EJ, Kay CK, Scola RH, Werneck LC
Departamento de Neurologia,
Hospital de Clínicas, Curitiba-PR

A hipertrofia de músculos temporais associada à cefaléia tipo tensional é uma condição raramente vista. Desde o primeiro relato, em 1880, outros casos semelhantes foram descritos, porém sua patogênese permanece desconhecida. No presente trabalho, os autores apresentam um caso de hipertrofia de músculos temporais associada à cefaléia tipo tensional. Paciente feminina, 22 anos, apresentando cefaléia em região fronto-temporal bilateral tipo opressão, de início há três meses. Um mês antes da consulta notou aumento de volume em região temporal bilateral. A dor não tinha relação com movimentos mastigatórios. Não havia antecedentes patológicos ou história familiar semelhante. A paciente foi submetida a exames laboratoriais incluindo provas de atividade inflamatória, tomografia computadorizada de crânio, ressonância nuclear magnética de crânio, eletro-neuromiografia, ecografia de músculos da face e estudo de articulação têmporo-mandibular. Esta condição, também chamada de hipertrofia benigna de músculos mastigatórios, por alguns autores, representa um problema social devido às alterações estéticas e a incapacidade pela dor. Muitos tratamentos têm sido propostos na literatura, desde procedimentos cirúrgicos ao uso de antidepressivos. Atualmente discute-se o uso de toxina botulínica no tratamento destes casos.

As cefaléias nas unidades de emergência: a visão do plantonista

Brandão R, Cruz L, Góes C, Garcia A, Martins C, Vincent M
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) –
Setor de Cefaléias

Hipótese: Médicos não-neurologistas têm dificuldade em diagnosticar os principais casos de cefaléia que são atendidos em unidades de emergência e não executam a diferenciação entre os dois grupos principais – primárias ou secundárias. **Objetivos:** Avaliar o grau de confiabilidade e certeza do diagnóstico das cefaléias primárias e secundárias estabelecidas por médicos não-neurologistas em atendimentos de emergência; Avaliar a adequação da conduta destes médicos diante de pacientes atendidos nas salas de emergência devido a dores de cabeça. **Material e Métodos:** Realizar estudo de análise transversal de uma população de cem médicos que trabalham em salas de emergências de hospitais de Niterói, através de preenchimento de questionário. O questionário foi validado, em uma etapa inicial, ao ser aplicado a uma pequena população de neurologistas, que trabalham em emergência, para que fosse considerado apto para o estudo definitivo. Tal estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Niterói, onde há uma equipe de neurologistas vinte e quatro horas na Emergência. Foram entrevistados sete neurologistas, porém um questionário precisou ser desconsiderado uma vez que um dos médicos era residente em Neurologia. Após a análise estatística e pequenos ajustes, o questionário foi considerado apto para ser aplicado na população médica a ser estudada.

O atendimento de enxaqueca por médicos de duas unidades de pronto-socorro da cidade de Santos

Carturan PC, Guirardo CR, Fragoso YD
Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina da Unimes,
Santos, SP

Objetivo: Avaliar os tratamentos de escolha para enxaqueca na unidade de pronto-socorro (PS) por médicos plantonistas que trabalham com acadêmicos de medicina. **Método:** Cinquenta médicos foram individualmente entrevistados sobre suas preferências para tratamento de crise de enxaqueca no PS e sobre os motivos para tais preferências. **Resultados:** Trinta e dois médicos e 18 médicas formados em 18 diferentes escolas responderam ao questionário. Dezesesseis estavam formados há mais de cinco anos e 34 tinham cinco ou menos anos de formados. Houve nítida preferência pelo uso de dipirona EV (n=18); dipirona + dexametasona EV (n=23); seguidos por antiinflamatórios não-hormonais IM ou EV (n=7) e clorpromazina + dipirona (n=2). O uso de medicação parenteral não estava restrito a qualquer sinal ou sintoma gastrointestinal. Quando perguntados pelo motivo da medicação escolhida, 33 alegavam “experiência clínica” (incluindo nove formados no ano de 2003); nove relatavam ser orientação do PS; três diziam ser orientação da faculdade; três diziam ser recomendação da literatura e dois diziam ser recomendação do consenso da SBCE.

Conclusão: Apesar do consenso da SBCE para tratamento da enxaqueca na unidade de emergência ter sido publicado há quatro anos, não observamos seguimento do mesmo.

Frequência de solicitação de exames complementares em migrânea e cefaléia tensional

Martin LP, Crippa RDG, Cataldi L, Ferreira LV, Herrera EJ

Objetivo: Investigar história de consulta médica prévia por queixa de cefaléia e frequência de solicitação de exames complementares no diagnóstico de migrânea e cefaléia tensional. **Método:** Foram separados 322 pacientes, diagnosticados segundo os critérios da IHC (1988), em três grupos: grupo A (110 pacientes com diagnóstico de migrânea com mais de 13 anos) e B (52 crianças na faixa etária de 4 a 13 anos) e C (69 pacientes com diagnóstico de cefaléia tensional). Nesses grupos foram pesquisados: história de consulta médica prévia por queixa de cefaléia e realização de exames complementares apenas pela queixa de cefaléia na presença de exame clínico normal. **Resultado:** História de uma ou mais consultas médicas prévias por queixa de cefaléia: Grupo A: 77,2%; Grupo B: 73%; Grupo C: 81,1%.

Tabela

Exames Complementares	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Rx seios da face	4,5%	17,3%	11,6%
Rx de crânio	3,6%	7,6%	8,7%
EEG	32,7%	23%	33,3%
CT/RNM	16,3%	7,6%	21,7%
Pelo menos um	40%	63,4%	43,4%
Dois ou mais	17,3%	15,4%	13%

Conclusão: A grande maioria dos pacientes apresentava história prévia de consulta médica por queixa de cefaléia com freqüente realização de exames complementares em todos os grupos estudados. Esses dados sugerem insegurança de alguns profissionais no diagnóstico dessas cefaléias.

Perfil de procura a profissionais de saúde por pacientes com cefaléia em um centro terciário: uma análise retrospectiva

*Krymchantowski AV, Góes R, Adriano MV, Moreira PF
Universidade Federal Fluminense, Instituto de
Neurologia Deolindo Couto*

Objetivo: Pacientes com cefaléia crônica podem sofrer um terrível fardo, e deste modo, importantes perdas econômicas e sociais. Isto geralmente leva a uma maior procura por vários profissionais de saúde. Além disso, comumente ocorrem falhas na aderência ao tratamento devido às altas expectativas e baixos resultados. O objetivo deste estudo é avaliar o perfil de consultas prévias a profissionais de saúde, em pacientes de um centro terciário de cefaléias. **Método:** Foram revisados todos os pacientes com consultas iniciais realizadas entre Janeiro de 2000 e Junho de 2003. Foram coletadas as informações relacionadas às características dos pacientes (sexo e idade), diagnóstico da cefaléia e o perfil (qualidade e quantidade) de consultas prévias a profissionais de saúde, exclusivamente devido à cefaléia. Os diagnósticos foram feitos de acordo com a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléias (1988) e com os critérios propostos por Silberstein (1994, 1996). Uma lista com as especialidades médicas mais comuns, incluindo também outros profissionais de saúde, foi apresentada a todos os pacientes. Foram questionados, então, a respeito das consultas prévias, especificamente devido ao problema da cefaléia. Todos os pacientes apontaram outros recursos que possam ter sido tentados para obter melhora da dor. **Resultado:** Quatrocentos e noventa e cinco pacientes tiveram seus dados analisados. Entre eles, 357 mulheres e 138 homens (idades de 6 a 90 anos, média de $41,1 \pm 15,05$). Os diagnósticos variaram entre migrânea sem aura (43,2%), migrânea (transformada) crônica (40%), cefaléia em salvas (6,5%), cefaléia do tipo tensional episódica (0,8%) e hemicrânia contínua (0,4%), dentre outros. Trinta e sete pacientes (7,5%) nunca consultaram um profissional de saúde, enquanto 126 (25,4%) foram avaliados, anteriormente, por mais de sete profissionais. Entre os listados, 515 clínicos, 625 neurologistas, 108 dentistas, 218 oftalmologistas e 55 psiquiatras, dentre outras especialidades, foram visitados previamente devido ao problema de dor de cabeça.

Conclusão: Pacientes com cefaléia atendidos em um centro terciário tendem a ser refratários e geralmente apresentam um perfil de numerosas consultas prévias. Freqüentemente, vários profissionais de saúde são visitados, mas neurologistas e cefalíatras são raramente consultados. Este estudo mostrou uma diferente realidade, talvez devido ao fato de que no Brasil existem poucos centros especializados no tratamento de dor de cabeça. Outros estudos populacionais em centros primários e terciários são necessários para confirmar estas observações.

Aderência ao tratamento versus perfil de consultas prévias a profissionais de saúde em pacientes com cefaléia: uma análise retrospectiva

Marcus Adriano

Objetivo: Cefaléia crônica é comum entre pacientes de clínicas neurológicas. Eles podem sofrer importantes perdas econômicas e sociais. Isto geralmente provoca grande expectativa com respeito aos objetivos do tratamento e a aderência ao mesmo é, muitas vezes, difícil. Com isso, freqüentemente procuram auxílio de inúmeros profissionais. O objetivo deste estudo é avaliar o grau de aderência ao tratamento relacionado ao perfil de consultas prévias a profissionais de saúde, em pacientes de um centro terciário de cefaléias. **Método:** Foram revisados todos os pacientes com consultas iniciais realizadas entre Janeiro de 2000 e Junho de 2003. Foram coletadas as informações relacionadas às características dos pacientes (sexo e idade), diagnóstico da cefaléia e o perfil (qualidade e quantidade) de consultas prévias a profissionais de saúde, exclusivamente devido à cefaléia. Os diagnósticos foram feitos de acordo com a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléias (1988) e com os critérios propostos por Silberstein (1994, 1996). Aderência foi considerada quando o paciente retornou pelo menos duas vezes em nosso centro, em um período de 3 a 3,5 meses. Os pacientes foram separados em grupos, entre nenhum e mais de sete diferentes profissionais de saúde. **Resultado:** Quatrocentos e noventa e cinco pacientes tiveram seus dados analisados. Entre eles, 357 mulheres e 138 homens (idades de 6 a 90 anos, média de $41,1 \pm 15,05$). Os diagnósticos variaram entre migrânea sem aura (43,2%), migrânea (transformada) crônica (40%), cefaléia em salvas (6,5%), cefaléia do tipo tensional episódica (0,8%) e hemicrânia contínua (0,4%), dentre outros. Aqueles avaliados previamente por um ou menos profissionais de saúde contaram com 24,2% dos pacientes e mostraram uma aderência de 59,8%. Aqueles que procuraram por sete ou mais profissionais contaram com 29% de todo o grupo e mostraram uma taxa de aderência de 74,3% ($\delta=0,0004$).

Conclusão: Acredita-se que aqueles pacientes atendidos em centros terciários, pelo menos no Brasil, tendem a já ter procurado inúmeros profissionais e, deste modo, serem refratários ou terem problemas de aderência. A despeito das limitações impostas por um design retrospectivo, este estudo mostra o oposto. Os pacientes com um histórico maior de procura por diversos profissionais apresentaram melhor perfil de aderência. Uma das razões possíveis é a condução compreensiva destes pacientes em um centro especializado. Estudos prospectivos são necessários para confirmar estes achados.

Cefaléia associada à atividade sexual: um estudo prospectivo de 12 pacientes

*Silva Neto RP, Martins MPSS & Batista MSA
Clínica Neurocentro – Teresina-PI*

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos numa clínica neurológica na cidade de Teresina – PI, apresentando cefaléia desencadeada pela atividade sexual. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, prospectivo e descritivo referente ao

período de 1º de janeiro de 2002 a 31 de maio de 2004, com 12 pacientes com cefaléia desencadeada pelo ato sexual. **Resultado:** A casuística consta de 12 pacientes, sendo cinco mulheres (41,7%) e sete homens (58,3%), com idade de 44 ± 10 anos e todos casados. As pacientes do sexo feminino foram encaminhadas pela ginecologista e os homens vieram espontaneamente. Oito pacientes (66,7%) não tinham passado de cefaléia e quatro (33,3%) eram portadores de migrânea sem aura. Apenas um paciente (8,3%) apresentava HAS como comorbidade. Quanto ao tipo de dor, 100% dos pacientes referiram cefaléia tipo explosivo e bilateral desde o início. Três pacientes (25%) procuraram neurologista na primeira crise, três (25%) na segunda crise e seis (50%) após a terceira crise. Foi solicitada angiorressonância cerebral para todos os pacientes, sendo realizada em apenas nove (75%) e dentro dos limites da normalidade em 100% dos casos. Em relação à terapêutica, todos fizeram uso de betabloqueador por um mínimo de seis meses, permanecendo assintomáticos durante o acompanhamento.

Conclusão: O resultado deste estudo mostra que a cefaléia associada à atividade sexual não é decorrente de nenhuma lesão intracraniana e que o sexo feminino é tão acometido quanto o masculino, sendo subnotificado devido ao não encaminhamento dos ginecologistas.

Cefaléia associada à atividade sexual: características em cinco 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*

Objetivo: Discutir as características da cefaléia relacionada à atividade sexual em seis pacientes. **Relato dos casos:** Caso 1: MABT (feminina, branca, 46 anos) apresentou cefaléia de instalação súbita, imediatamente após orgasmo, de caráter pulsátil, bitemporal, intensidade 9/10 com duração aproximada de 15 minutos. A dor aliviou progressivamente, tornando-se holocraniana e em peso. Não havia outros sintomas associados. A paciente relatava haver apresentado episódios semelhantes anteriormente, embora de menor intensidade. A paciente apresentava história de migrânea responsiva à amitriptilina, sem crise há vários meses. Exame neurológico cerca de 14 horas depois foi normal. TC de crânio realizada nas primeiras seis horas foi normal. Boa resposta ao propranolol; sem recidiva há cerca de 18 meses. Caso 2: RSB (masculino, branco, 45 anos), apresentou cefaléia excruciante, de instalação súbita, coincidindo com o orgasmo, de caráter pulsátil, holocraniana, de intensidade 10/10 e que durou aproximadamente 3 horas. Sem outros sintomas associados. Exame médico realizado em serviço de emergência sem alterações. Paciente recebeu analgésicos e foi liberado após período de observação. Como persistisse cefaléia em peso, de intensidade 7/10, procurou assistência neurológica quatro dias depois. Negava episódios anteriores. Havia relato de cefaléia freqüente, associada a esforço físico, durante jogo de futebol. TC de crânio e angiorressonância foram negativas para patologias intracranianas. **Caso 3:** MMS (masculino, branco, 64 anos) apresentava há seis meses cefaléia em peso/pressão, holocraniana, de intensidade 7/10, que surge durante masturbação, evoluindo em crescendo, com acme ao atingir o orgasmo. A cefaléia persiste por cerca de 45 min a 2 horas, desaparecendo espontaneamente. Já apresentou vários episódios semelhantes, mas a cefaléia não ocorre sempre que tem

atividade sexual. Nega sintomas associados. Negava outros tipos de cefaléia. O exame neurológico era normal. Boa resposta ao propranolol. **Caso 4:** LAS (masculino, branco, 48 anos) apresentou vários episódios de cefaléia de instalação súbita, durante orgasmo, com caráter pulsátil, holocraniana, de intensidade 8/10, com melhora progressiva e duração de aproximadamente 3 horas. A partir de então, sente a cabeça pesada por tempo variável, chegando a persistir por três dias. Por duas ou três vezes teve náuseas associadas. É portador de migrânea (crises com e sem aura visual), em uso de propranolol. Exame neurológico normal. **Caso 5:** ERS (masculino, negro, 53 anos) queixava-se de cefaléia de instalação súbita, coincidente com orgasmo, de caráter pulsátil, holocraniana, de intensidade 8/10, que durava cerca de meia hora, diminuindo progressivamente até desaparecer num período de duas horas, após uso de analgésicos comuns. A cefaléia sobrevinha tanto durante o coito quanto a masturbação, embora não fosse muito freqüente (não sabia precisar o número de episódios). Sem outros sintomas associados. Exame neurológico normal. TCs de crânio: normais. Relato de cefaléia quando trabalha no sol quente. Boa resposta à indometacina. **Caso 6:** JLE (masculino, branco, 42 anos) relata cefaléia de forte intensidade (8/10), holocraniana, que se iniciava com peso e piorava durante o ato sexual, tornando-se pulsátil e insuportável, sendo necessária a interrupção do coito. A cefaléia melhorava num intervalo de meia hora, persistindo cefaléia em peso por aproximadamente quatro horas. Vários episódios semelhantes nos últimos meses. Não apresentava cefaléia anteriormente. Exame neurológico normal. TC do crânio: normal. Boa resposta à indometacina. **Caso 7:** MSC (masculino, branco, 37 anos) Queixas de cefaléia holocraniana, pulsátil, que ocorria durante ato sexual, tornando-se tonitruante durante orgasmo (9/10). A cefaléia diminuía progressivamente a intensidade, desaparecendo num prazo de 40 minutos. Relatava cefaléia do tipo tensional, que havia respondido à amitriptilina. Exame neurológico normal. Boa resposta à indometacina. **Caso 8:** MAS (feminina, branca, 48 anos) apresentava cefaléia em aperto, bifrontal, que se iniciava durante período de excitação sexual, com intensidade 6/10, mantendo-se durante todo o ato sexual. A dor não determinava interrupção do coito, mas interferia com seu orgasmo. A paciente tomava dipirona, com alívio da cefaléia após meia hora. Exame neurológico normal. TC de crânio normal. Boa resposta à indometacina. **Discussão:** A cefaléia relacionada à atividade sexual é relativamente comum,^{1,2,3,4} havendo sido descrita por Hipócrates.⁵ A classificação da IHS divide as cefaléias relacionadas à atividade sexual em dois grupos.⁶ A cefaléia pré-orgástica (4.4.1), ocorre durante atividade sexual, incrementando durante a excitação sexual, é de caráter não pulsátil, associada à percepção de contração dos músculos do pescoço e da mandíbula. A cefaléia orgástica (4.4.2) tem caráter explosivo e ocorre durante o orgasmo. A mesma classificação prevê a exclusão de patologia estrutural intracraniana por ocasião do primeiro episódio de cefaléia orgástica. A associação entre cefaléia relacionada à atividade sexual e cefaléia primária do esforço ocorre em 50% dos casos.⁶ A ocorrência da cefaléia não se prende à forma de atividade sexual praticada. A dor não ocorre necessariamente em todos os orgasmos.³ Em dois de nossos pacientes, a cefaléia foi do tipo 4.4.1 (pré-orgástica), sendo do tipo 4.4.2 (orgástica) nos demais. Em um dos pacientes, por se tratar do primeiro episódio, todas as medidas para exclusão de aneurisma/MAV intracraniana foram tomadas. A resposta à indometacina foi boa em todos os casos em que foi utilizada como profilático.

Conclusões: Por se tratar de patologia relativamente freqüente e por poder estar associada a graves patologias intracranianas a cefaléia associada à atividade sexual deve ser de conhecimento dos neurologistas e clínicos em geral.

Referências bibliográficas:

1. Ramussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headache in a general population. *Neurology* 1992;42:1225-1231
2. Vincent MB. Cefaléia associada à atividade sexual. Estudo de 14 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(supl 1): 122-123.
3. Vincent MB. Cefaléia do esforço, da tosse e da atividade sexual. In: Speciali JG e da Silva WF (eds). *Cefaléias*, 1ª. ed São Paulo: Lemos Editorial, 2002,163-180.
4. Pascual D, Iglesias F, Oterino A, Vázquez-Barquero A, Berciano J. Cough, exertional and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996; 46:1520-1524.
5. da Silva WF. *Diagnóstico das Cefaléias* 1ª. ed São Paulo: Lemos Editorial, 2003, 247-257
6. The International Classification of Headache Disorders 2nd. Edition. *Cephalalgia* 2004; 24(suppl 1):1-151

Cefaléia ortostática e realce meníngeo difuso em pacientes com hiperdrenagem líquórica

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

Objetivos: Relatar e discutir dois casos de cefaléia ortostática em pacientes com hiperdrenagem líquórica. **Relato dos casos:** Caso 1: RSM, 17 anos, masculino, branco, apresentou quadro de hipertensão intracraniana, sem sinais focais. Estudos neurorradiológicos (TC e RNM do crânio) revelaram hidrocefalia obstrutiva, com dilatação de todo sistema ventricular. Submetido à derivação ventrículo-peritoneal, com remissão da hipertensão intracraniana, recebendo alta assintomático. Dez meses depois apresentou-se ao ambulatório com cefaléia holocraniana, em peso, de intensidade 7/10, que se iniciava quando assumia a posição ortostática, acompanhada de sensação de plenitude auricular e tontura. A dor melhorava minutos após o paciente se deitar. RNM do crânio revelou realce difuso da dura-máter e coleções subdurais bilaterais. Após revisão da derivação, desapareceram os sintomas. **Caso 2:** UFC, masculino, branco, 72 anos, apresentava quadro de confusão mental, apraxia de marcha e incontinência urinária. Estudos neurorradiológicos (TC, RNM do crânio e cisternografia rádio-isotópica) foram compatíveis com hidrocefalia de pressão intermitente. Instalada derivação ventrículo-peritoneal, com resolução progressiva do quadro clínico. Dezoito meses depois apresentava cefaléia ortostática, holocraniana, de intensidade 6/10, que se iniciava quando o paciente se punha de pé e persistia por várias horas, desaparecendo após se deitar. Associavam-se tinnitus e tontura. A RNM do crânio revelou coleções subdurais e realce paquimeningeo difuso. A revisão da derivação determinou resolução do quadro. **Discussão:** As complicações mais comuns das derivações ventrículo-peritoneais são a obstrução, a infecção e a hiperdrenagem, com formação de hematoma subdural.¹ Nossos pacientes apresentavam cefaléia ortostática, que se iniciou vários meses depois da instalação da derivação ventrículo-peritoneal. Em ambos os casos, os estudos de neuroimagem demonstraram, além das coleções subdurais de pequeno volume, realce difuso da dura-máter. Casos semelhantes foram descritos anteriormente.^{2,3,4} Interessante ressaltar o período longo entre a instalação das derivações e o aparecimento da cefaléia postural. No paciente descrito por Mokri et al.,³ o quadro surgiu dois anos após. Nos dois casos relatados por Hochman e Naidich,⁴ o realce da dura-máter apareceu 13 e 18 anos após as cirurgias. Os autores atribuem a ausência

de cefaléia em seus pacientes ao menor peso do encéfalo, o que evitaria sua migração caudal e tração das estruturas intracranianas sensíveis à dor.⁴ Duas revisões recentes⁶ discorrem sobre o amplo espectro clínico da cefaléia postural e dos achados neurorradiológicos, que podem se associar em combinações as mais diversas.

Conclusões: A cefaléia ortostática, mesmo quando aparece meses após a cirurgia, pode constituir um sintoma da hiperdrenagem líquórica. O estudo por RNM permite avaliar a presença de coleções subdurais, migração caudal do encéfalo e realce difuso da dura-máter. A revisão com troca da derivação é o tratamento indicado.

Referências bibliográficas:

1. Pople IK. Hydrocephalus and shunts: what the neurologist should know. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73(suppl II):117-122
2. Destian S, Heier LA, Zimmerman RD et al. Differentiation between meningeal fibrosis and chronic subdural hematoma after ventricular shunting: value of enhanced CT and MR scans. *JANR Am J Neuroradiol* 1989;10:1021-1026
3. Mokri B, Krueger BR, Miller GM, Piegras DG. Meningeal gadolinium enhancement in low pressure headaches. *Ann Neurol* 1991;30:294-295
4. Hochman MS, Naidich TP. Diffuse meningeal enhancement in patients with overdraining long-standing ventricular shunts. *Neurology* 1999;52:406-409
5. Mokri B. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia: evolution of a concept. *Mayo Clin Proc.* 1999;74:113-1123
6. Schievink WI. Misdiagnosis of spontaneous intracranial hypotension. *Arch Neurol* 2003;60:1713-1718.

Cefaléia por hipotensão líquórica espontânea: a propósito de dois casos

Macedo DDP e Tavares IA – Natal (RN)

A cefaléia associada à hipotensão do líquido cefalorraquidiano pode ocorrer após punção lombar, por fístula líquórica determinada por um procedimento conhecido e sem uma causa determinante (espontânea). A investigação da causa da hipotensão líquórica espontânea pode evidenciar diretamente uma fístula, mostrar evidências indiretas da existência desta fístula ou ser negativa. Dois pacientes com cefaléia por hipotensão líquórica espontânea são apresentadas. Ambas as pacientes tinham cefaléia de início agudo, sem causa aparente, que remitiu quando as pacientes se deitavam e que retornavam quase imediatamente quando se sentavam ou ficavam de pé. Ambas as pacientes tinham pressão negativa do LCR em punções lombares na posição deitada e exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano normais. Em uma delas, a RM encefálica mostrou coleções subdurais e a cintilografia evidenciou fístula líquórica torácica na altura de T5. Duas tentativas de tratamento com "patches" sanguíneos foram malsucedidas e a paciente teve recuperação muito lenta e parcial do seu quadro álgico, tendo recusado exploração cirúrgica da região da fístula. A segunda paciente teve estudos por ressonância e cintilografia normais e recuperou-se em cerca de quatro semanas, com repouso, analgésicos associados a cafeína e tratamento de curta duração com prednisona. A evolução da cefaléia por hipotensão líquórica espontânea é variável: a maior parte dos pacientes recupera-se ao cabo de poucas semanas, mas alguns pacientes têm evolução protraída, com quadro que se prolonga por muito

meses, com resposta lenta às vezes incompleta. É provável que estes casos sejam determinados por fístulas liquóricas. A normalidade dos exames pode estar associada a fístula menos importantes e cujo prognóstico seria melhor.

Cefaléia por hipotensão liquórica espontânea: efeito do tamponamento autólogo em dois casos

Vincent MB

Professor Adjunto, Chefe do Serviço - Hospital Universitário, Universidade Federal do Rio de Janeiro

A cefaléia ortostática deve levar à suspeita de hipotensão liquórica. A punção lombar e a ressonância magnética (RM) são obrigatórias nestes casos. **Objetivo:** Relatar o caso de duas pacientes com cefaléias ortostáticas por hipotensão liquórica espontânea. **Método:** Primeiro caso: Mulher de 37 anos, início dos sintomas 30 dias antes quando passou a notar dor na região dorsal e posterior da cabeça, fadiga, e progressiva diplopia. Passou em seguida a apresentar cefaléia que desaparecia com o decúbito. O exame neurológico evidenciou paralisia do VI nervo do lado esquerdo, além de discreta rigidez de nuca. A cefaléia, difusa, cedia parcialmente com o uso de indometacina. Segundo caso: Mulher de 40 anos, cefaléia há 30 dias, com características posturais absolutas. Exame neurológico normal. Com o tempo a cefaléia passou a ser contínua, piorando com a posição ortostática. Em ambas as pacientes, a punção lombar mostrou hipotensão (abertura: 0 e 9 cm H₂O, respectivamente) e discreto aumento linfocitário e proteico. A RM evidenciou captação meníngea de Gadólíneo em T1 nas duas pacientes. Ambas melhoravam momentaneamente com o uso de indometacina (ambas) e prednisona 60 mg (caso 2). **Resultados:** As duas pacientes foram submetidas a tamponamento autólogo com injeção peridural lombar de 20 ml de sangue retirado da veia cubital. A cefaléia desapareceu em ambos os casos ou se tornou ínfima por pouco tempo, respondendo a analgésicos comuns. Follow-up: 2 anos e 2 semanas, respectivamente.

Neuralgia do supra-orbitário: análise de quatro casos

Cruz LS, Secchin JB, Barros GDVM, Nogueira LS, Reis JS, Reis CR, Pires LA, Oliveira P
Universidade Federal de Juiz de Fora

Objetivo: Relato de quatro casos de neuralgia do supra-orbitário (NSO) atendidos no Serviço de Neurologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora, questionando possíveis relações com outras comorbidades encontradas nestes casos. **Método:** Os pacientes foram diagnosticados seguindo os critérios diagnósticos da segunda edição da Classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS). **Resultado:** São apresentados quatro casos de NSO: Caso 1) paciente do sexo feminino portadora de artrite reumatóide com NSO bilateral. Caso 2) Paciente do sexo masculino evoluiu com NSO à esquerda após cirurgia para ressecção de osteoma frontal a esquerda. Caso 3) Paciente do sexo masculino, diabético com NSO à es-

querda. Caso 4) Paciente do sexo feminino com NSO e em tratamento de depressão. Todos os casos responderam a bloqueio local com 1 ml de xilocaína a 2%.

Conclusão: A etiologia e a patogênese da NSO ainda são pouco conhecidas. A análise das peculiaridades de cada caso pode fornecer dados importantes para uma maior compreensão desta síndrome.

Hemicrânia contínua como manifestação de hipertensão intracraniana idiopática: relato de caso

Inoue SS, Machado MC, Protti GG, Saab VM, Shimabuku I, Monzillo PH, Costa AR, Sanvito WL
Disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

A hipertensão intracraniana idiopática, anteriormente chamada de pseudotumor cerebral, caracteriza-se por aumento da pressão intracraniana na ausência de hidrocefalia ou lesão expansiva e com composição normal do líquido cefalorraquidiano (LCR). Habitualmente manifesta-se por quadro de cefaléia de localização holocraniana, com pior intensidade pela manhã ou quando o paciente assume a posição deitada. Podem ocorrer episódios de alteração visual de caráter transitório, provocados ou exacerbados por manobras de Valsalva, além da presença de papiledema, geralmente bilateral. Relatamos o caso de uma paciente de 30 anos, sexo feminino, com queixa, há cinco meses, de cefaléia hemicraniana fixa à esquerda, contínua, pulsátil e acompanhada de fotofobia e náuseas, sem fenômenos autonômicos associados; sem história anterior de qualquer tipo de cefaléia. Ao exame neurológico apresentava como alteração somente a presença de papiledema bilateral. A tomografia de crânio não revelou anormalidades e a punção lombar apresentou, à manometria, uma pressão inicial de 39 cm H₂O e com composição normal do LCR. Feita a hipótese diagnóstica de hipertensão intracraniana idiopática, introduziu-se acetazolamida 1g/dia, por via oral, com remissão completa dos sintomas. Discutem-se, à luz dos critérios diagnósticos da International Headache Society (2003), estas duas entidades.

Hemicrânia contínua iniciada durante o uso de topiramato: relato de dois casos

Fragoso YD
Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina da Unimes, Santos, SP

Objetivo: Relatar dois casos de pacientes que desenvolveram hemicrânia contínua (HC) durante o uso de topiramato. **Relato:** Paciente 1: fem, 34 anos, branca, portadora de enxaqueca sem aura há mais de 15 anos, com indicação de profilaxia. Tentou vários tratamentos sem sucesso, iniciou topiramato em doses crescentes e com 175 mg/d teve alívio significativo das crises. Após atingir esta dose desenvolveu HC que melhorou parcialmente com indometacina 75 mg/d, mas não pôde ser tratada a longo prazo devido a severa

esofagite de refluxo. A diminuição da dose de topiramato não trouxe melhora da HC e, dado o retorno da enxaqueca, a paciente optou por manter topiramato 200 mg/d. Paciente 2: fem, 51 anos, branca, portadora de epilepsia focal complexa refratária. Iniciou tratamento com topiramato em doses crescentes obtendo adequado controle das crises na dose de 150 mg/d. Desenvolveu quadro de HC que melhorou com indometacina 50 mg/d, porém está referindo intolerância a esta medicação. Optou por manter topiramato na dose de controle das crises epiléticas apesar da cefaléia.

Conclusão: HC é uma forma relativamente rara de cefaléia que raramente parece ter um fator desencadeante. Nos dois casos aqui descritos, é possível que o uso de topiramato, em doses terapêuticas, possa ter sido o desencadeante desta cefaléia.

Carotidínia, disfonia e provável enxaqueca: síndrome dolorosa responsiva a ergotamina

Kaup AO & Annes M

*Ambulatório de Cefaléias, Disciplina de Neurologia,
Universidade de Santo Amaro, São Paulo, SP*

Objetivos: Descrever um paciente com síndrome dolorosa composta por carotidínia, disfonia e provável enxaqueca responsiva ao uso de ergotamina. **Relato de Caso:** Mulher de 49 anos com dor cervical anterior, distribuída ao longo da artéria carótida comum há 1,5 ano. A dor era latejante, de forte intensidade, aguda, com duração variável, entre trinta minutos a dois dias, de caráter contínuo nas últimas seis semanas. Apresentava ainda rouquidão, que apareceu no mesmo período da dor cervical. Relatava ainda dor temporal direita, fixa, pulsátil, de forte intensidade, com duração de quatro a seis horas, com cerca de quatro episódios/mês, associada a fonofobia, porém sem fotofobia, náuseas ou vômitos, não incapacitante. Apresentava ansiedade, que associava ao aparecimento do quadro doloroso e dificuldades para iniciar o sono. Sem antecedentes mórbidos. Exame físico geral normal. Ao exame especial: dor à palpação da região cervical anterior direita, no território da artéria carótida comum direita. Realizou tomografia de crânio com e sem contraste, ressonância magnética de crânio com e sem contraste, angiografia digital de vasos cerebrais e arco supra-aórtico normais. Nasofibroscopia, ultra-som de tireóide, tomografia cervical e torácica foram realizadas com resultados normais. Inicialmente feito diagnóstico de carotidínia, tentou-se uso sem resposta de: indometacina 25 mg a 150 mg/dia, por vinte dias; divalproato de sódio 1.500 mg/dia por quarenta dias; amitriptilina 25 mg/dia por dois meses; deserila 1,0 mg a 4,0 mg/dia por trinta dias sem resposta. Uso de triptanos sem resposta. Uso de tartarato de ergotamina 1 mg três vezes ao dia, associada a analgésicos, Ormigrein®, por 14 dias, resultou em resolução do quadro doloroso cervical e temporal e desaparecimento da disfonia a partir do quinto dia de uso. Após interrupção da medicação, paciente ficou assintomática por 45 dias, voltando a apresentar todos os comemorativos clínicos acima descritos.

Conclusão: Em 2003 White e Bell descreveram caso clínico semelhante ao relatado. O mecanismo fisiopatológico da síndrome merece ser estudado, porém, conexões anatômicas entre a inervação sensitiva da artéria carótida interna e o funcionamento motor do nervo laríngeo recorrente nos remetem a uma alça entre os nervos cranianos IX, X e XI e sua conexão comum no tronco cerebral, no

núcleo trigeminal caudal. A possibilidade de contratura reflexa da musculatura laríngea pela presença da dor carotídea, levando à rouquidão, não pode ser afastada. A resposta ao uso de ergotamina pode indicar uma raiz comum entre a carotidínia e a disfonia. A observação de um caso semelhante ao descrito na literatura nos leva a refletir sobre a possibilidade de estarmos diante de uma síndrome dolorosa primária de fisiopatologia desconhecida.

Uso de esteróide anabolizante em paciente com migrânea: relato de caso

*Cruz LS, Secchin JB, Barros GDVM, Nogueira LS, Reis JS,
Reis CRCR, Pires LA, Oliveira P
Universidade Federal de Juiz de Fora*

Objetivo: Relatar um caso de paciente masculino de 33 anos, seguranc, portador de migrânea sem aura com média de três crises por mês nos últimos dez anos. Relata o paciente que, por motivos profissionais, iniciou uso episódico de anabolizantes em ciclos que duravam três meses nos últimos seis anos. Durante os períodos de aplicação e nos dois meses seguintes às aplicações, o paciente ficava livre de suas crises de dor. O uso de anabolizante foi contra-indicado e, após avaliação laboratorial de função hepática, foi iniciado divalproato de sódio 500 mg/dia em duas tomadas com boa resposta. **Metodologia:** Paciente avaliado em ambulatório de neurologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora, seguindo critérios da IHS. **Resultado:** Apresentado um paciente que durante uso de anabolizante não apresentou crises de migrânea.

Conclusão: A relação entre os ciclos hormonais e crises de migrânea é conhecida clinicamente pelo fato de predominar em mulheres, ser freqüente no período perimenstrual e diminuir sua freqüência em gestantes a partir do primeiro trimestre. Esta relação ainda não é explicada. A relação entre hormônio masculino e cefaléia foi mais estudada nos casos de salvas. A relação entre hormônio masculino e migrânea ainda não foi estabelecida. A partir deste caso, esta relação deve ser investigada.

Apresentação de cefaléia em salvas em paciente com aneurisma gigante de artéria cerebral média: relato de caso

*Henriques ALA, Krymchantowski AV, Higashi R, Dozza DC,
Nicolich MM, Liparizzi LP
Ambulatório de Cefaléias Crônicas do
Instituto de Neurologia Deolindo Couto*

Objetivos: Relatar um paciente com aneurisma gigante da artéria cerebral média manifestando-se como cefaléia em salvas episódica. **Relato de caso:** MCS, feminina, 43 anos, relata há três semanas início de cefaléia de forte intensidade em região temporal e periorcular direita, em facada fina penetrante, associada a fenômenos autonômicos ipsilaterais à dor como lacrimejamento, hiperemia conjutival e obstrução nasal. As crises eram ainda acompanhadas de náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia e osmofobia, com duração média de 180 minutos

e manifestavam-se seis vezes ao dia. A paciente permanecia assintomática fora das crises. Na internação, a TC de crânio com contraste evidenciou área hiperdensa de aspecto arredondado, captante de contraste, localizada na topografia da fossa média direita sugestiva de aneurisma gigante da artéria cerebral média. Na RNM de crânio e na angioressonância foi demonstrada a presença de dilatação sacular, medindo cerca de 1,1 x 1,0 cm, compatível com aneurisma roto da bifurcação da artéria cerebral média direita. Havia ainda a presença de hematoma adjacente e área de isquemia subaguda têmporo-parieto-occipital direita. Durante a internação, a paciente desenvolveu um quadro de paralisia facial central e hemiparesia à esquerda. **Discussão:** Alertar para a importância da investigação por exames de imagem em pacientes que apresentam cefaléia em salvas de evolução recente ou pela primeira vez e considerar a possibilidade de lesão vascular expansiva.

Paquimeningite simulando apresentação clínica de migrânea crônica

*Silva Junior AA, Krymchantowski AV, Silva CS
Hospital Universitário São José da Faculdade
de Ciências Médicas de Minas Gerais
Ambulatório de Cefaléias Crônicas do Instituto de
Neurologia Deolindo Couto.*

Objetivo: Relatar um caso de paquimeningite simulando cefaléia crônica diária por migrânea crônica. **Relato de caso:** MAO, parda, 39 anos, natural e residente em Santa Luzia-MG, com quadro de cefaléia atribuída a migrânea sem aura com início há mais de dez anos, vinha evoluindo há seis meses com aumento progressivo da frequência e intensidade das crises. A cefaléia era de forte intensidade, caráter pulsátil, holocraniana, piorava com esforços rotineiros, sendo associada com náusea, às vezes vômitos, e com fotofobia. A duração média era de 24 horas e a frequência de duas a três vezes por semana. Entre as crises apresentava cefaléia leve a moderada, diária, bilateral, sem náusea ou fobias sensoriais. O caráter era variável e a paciente fazia uso diário de analgésicos combinados. O exame clínico não evidenciava anormalidades. Foi orientada a suspensão do uso excessivo de analgésicos, que foram substituídos pelo uso de sumatriptan (25 mg) associado a loxoprofeno (60 mg), com frequência máxima de uso de duas vezes por semana e monitorados pelo diário de dor. Foi ainda solicitada tomografia computadorizada de crânio (TCC) que, realizada sem contraste por orientação da radiologista presente, mostrou-se normal. Além disso, o tratamento profilático com atenolol (50 mg), nortriptilina (50 mg) e flunarizina (5 mg) foi iniciado. Como não houve melhora após cinco semanas, optou-se por substituição do esquema profilático por divalproato de sódio e, após dois meses de evolução, a paciente começou a apresentar diplopia secundária à paralisia do reto lateral direito. Foi solicitada ressonância magnética (RNM) que mostrou intenso realce de contraste paramagnético na região occipital à direita (paquimeningite). Evoluiu com confusão mental, oftalmoplegia à direita e crises convulsivas. Após internação, a punção lombar revelou líquido límpido com 10 células nucleadas, sendo 100% de mononucleares, glicose de 21 mg/dl, 45 mg/dl de proteínas e PCR negativo para tuberculose. Optamos por iniciar dexametasona 16 mg/dia devido à piora progressiva do nível de consciência. A paciente apresentou

pancitopenia, tendo sido afastados AIDS e invasão linfoproliferativa sistêmica. Após 15 dias de internação houve melhora significativa do quadro mantendo-se alerta e orientada, sem dor e com paresia ocular à direita. A biópsia meníngea revelou tecido fibroso próprio da dura-máter. A paciente obteve alta com 8 mg de dexametasona e 300 mg de fenitoína, mas voltou a ter cefaléia que cedeu com o aumento do corticóide para 16 mg.

Comentários: O termo paquimeningite, descrito pela primeira vez por Charcot e Joffroy, refere-se a um espessamento crônico bem delimitado de dura-máter, apesar de haver envolvimento da pia e aracnóide. As causas principais são infecção local crônica, infiltração neoplásica e doenças inflamatórias. Neste caso relatado, apesar de ainda não haver um diagnóstico etiológico, chama atenção o fato de haver um quadro prévio bem definido de migrânea sem aura que passou a apresentar padrão de progressão da cefaléia inicialmente atribuída à transformação primária da migrânea ou ao uso excessivo de medicações sintomáticas, já que a investigação tomográfica sem contraste revelou-se normal. Apenas a RNM com contraste revelou-se alterada (as seqüências em T1 sem gadolínio mostraram-se normais). Concluímos que, na apresentação de cefaléia crônica diária, a investigação deve ser rigorosa, não sendo a TCC sem contraste um método satisfatório para este fim.

Síndrome Cluster-tic: relato de um caso responsivo à indometacina

*Protti GG, Saab VM, Shimabuko I, Inoue SS, Machado MC,
Monzillo PH, da Costa AR, Sanvito WL
Santa Casa de São Paulo*

As chamadas cefaléias primárias de curta duração incluem entidades heterogêneas que podem ser subdivididas em dois grupos de acordo com a presença ou não de ativação autonômica. O grupo em que a cefaléia está associada a fenômenos autonômicos inclui a Síndrome Cluster-tic, entidade rara que reúne manifestações concomitantes de cefaléia em salvas e neuralgia do trigêmeo. São entidades com mecanismos fisiopatológicos aparentemente distintos. Descrevemos o caso de uma mulher que, aos 31 anos, começou a apresentar paroxismos de dor tipo neuralgia do trigêmeo (NT) nas divisões V1 e V3, epontâneos ou provocados pelo calor e frio. Após alguns dias apresentou a primeira crise de cefaléia em salvas (CS), que se repetiu após dez dias e tornando-se diária após trinta dias, com frequência média de três crises por dia. O tratamento prévio com carbamazepina, amitriptilina e ácido valpróico havia sido ineficaz. Exame neurológico, ressonância nuclear magnética e análise do líquido eram absolutamente normais. Corticoterapia com prednisona 1 mg/kg em associação com verapamil 240 mg/dia por duas semanas não produziu resposta clínica. Curiosamente, a combinação de verapamil com indometacina 250 mg/dia aboliu os paroxismos de NT e reduziu a frequência da CS para uma crise ao mês, padrão que a paciente manteve durante quatro meses de seguimento ambulatorial em uso de indometacina, medicação que habitualmente não tem indicação nos casos de CS.

Síndrome sálvica-trigeminal e sunct consecutivamente no mesmo paciente

*Machado MC, Saab VM, Protti GG, Shimabuku I, Inoue SS,
Monzillo PH, Costa AR, Sanvito WL
Disciplina de Neurologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*

Há cerca de três anos, paciente do sexo feminino, 69 anos, iniciou quadro algico, cujas características clínicas eram compatíveis com uma “síndrome sálvica-trigeminal”. Tratada à época com verapamil na dose de 240 mg/dia e carbamazepina 600 mg/dia, houve remissão importante do componente sálvico e pouca resposta clínica do componente neurálgico. Após dois anos, passou a apresentar episódios de dor unilateral, peri e supraorbitária à direita, descrita como pontadas, com duração de até sessenta segundos, cerca de oito vezes ao dia. Estes paroxismos eram acompanhados de injeção conjuntival, lacrimejamento, além de rinorréia ipsolaterais. Havia períodos de remissão parcial dos sintomas, aparentemente espontâneos. No seguimento clínico da paciente, ficou evidenciado que, nos períodos de exacerbação do quadro algico, havia o aparecimento de lesões cutâneas em face e de mucosa oral, ipsolaterais à dor, compatíveis com erupções de natureza herpética. A paciente foi submetida a investigação complementar sem demonstração de lesão estrutural subjacente. Foi medicada com lamotrigina sem resposta, sendo introduzido gabapentina com melhora parcial, apresentando melhor resposta ao uso de mexiletina. Discute-se a presença de duas cefaléias trigêmino autonômicas, além da neuralgia trigeminal, num mesmo paciente, e do possível secundarismo (herpético) neste caso em particular.

Rara desordem caracterizada por breves paroxismos de dor referida profundamente no canal auditivo. Neuralgia do intermédio: relato de caso

*Machado MC, Saab VM, Potti GG, Shimabuku I, Inoue SS,
Monzillo PH, Costa AR, Sanvito WL
Disciplina de Neurologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*

Relatamos caso de paciente do sexo feminino que, aos 14 anos, apresentou episódio de paralisia facial periférica à esquerda e que recorreu em sete meses. A recuperação foi completa em ambos os episódios. Após um ano da última paralisia facial, iniciou quadro de dor em pontada, periauricular e no conduto auditivo esquerdo, com duração entre cinco a sete segundos, de forte intensidade, várias vezes ao dia, com intervalo livre de dor variando de cinco a dez minutos. Foi submetida aos seguintes exames: RM de crânio e de mastóide; sorologia para sífilis; reação de Mantoux; exame do líquido com PCR para herpes simples e pesquisa de *Borrelia burgdorferi* no sangue, todos normais. A neuralgia do intermédio é uma causa incomum de neuralgia craniana, que se caracteriza por paroxismos de dor de curta duração (segundos a minutos), no canal auditivo, de ocorrência intermitente, de forte intensidade, sem evidências de le-

são estrutural. A maioria dos casos é tida como idiopática, encontrando-se como causas, por vezes, infecção pelo vírus *Herpes*, pela *Borrelia burgdorferi*, compressão vascular do nervo intermédio e, após procedimento cirúrgico, na região da mastóide. Discute-se esta rara entidade sob a luz da classificação da IHS-2004, bem como as alternativas de tratamento.