Cefaléias Primárias

Grupo

- Marília Albanezi Bertolazzi
- Lays De Cassia
- Paulo Henrique Viçoti
- Tatiane Nishimura
- Yoichi Konno

As cefaléias podem ser...

- Explosivas
- Agudas
- Subagudas
- Crônicas

Cefaléias Primárias

- Enxaqueca
- Tensional
- Em Salvas
- Crônica Diária

Enxaqueca

- Transtorno neurovascular periódico
- Dores hemicranianas paroxísticas
- Acompanhada por: Náuseas ou Vômitos, Foto e fonofobia
- Alívio pela escuridão
- Duração <72h
- Frequência variável
- Mulheres 3:1 Homens
- Predisposição Hereditária
- Grau de intensidade variável

Fatores Desencadeantes:

- Estresse
- Sono prolongado
- Jejum
- Traumas cranianos
- Alimentos
- Ruídos altos
- Odores fortes
- Temperatura
- Exercícios físicos
- Pré-menstrual

Subtipos:

- Enxaqueca com aura (15%)

Mais comum sintomas visuais (no max 1h antes)

- Enxaqueca sem aura (85%)

Sem sintomas precedentes

Atribuída à tensão

- Exaqueca Basilar

Alterações TE

Vertigem, disartria e diplopia

- Carotidinia

Dor mandíbula ou pescoço

- Hemiplégica
- Oftalmoplégica

Dor periorbital e êmese; ptose lateral

Fisiopatologia

- Fatores genêticos + Fatores ambientais

- Depressão alastrante

- Mecanismos:

- Inflamação Neurogênica
- Vasodilatação das artérias meníngeas
- Alteração do sistema serotonérgico

Tratamento

- **Agudo**

- Triptano
- Ergot*
- AINEs

- **Profilático**

- Tricíclicos
- Inibidor recaptação serotoninca
- Anticonvulsivante
- Beta-bloq
- Antagonistas de Ca++ (enxaqueca basilar)

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

ASPECTOS GERAIS

-A mais comum entre as cefaleias primárias

- prevalência de 30-78%

- mais comum em mulheres que em homens (1,2:1)

- início: mais comum 2ª década

- influência genética?

FISIOPATOLOGIA

- ainda pouco compreendida

- esquema proposto:

1) impulsos nociceptivos nos neurônios do tronco cerebral a partir de estruturas vasculares
2) fontes miofasciais e musculares
3) modulação supramedular descendente

Obs.: importância deles varia para cada paciente e entre os ataques no mesmo paciente

QUADRO CLÍNICO

DOR:
Tipo: “em peso”, “pressão”, “constrição”

Localização: frontal, temporal ou frontotemporal; bilateralmente

Intensidade: fraca ou moderada

Duração: de minutos a dias

Fatores desencadeantes: emocionais, tensão,...

Fatores de piora: NÃO piora com esforço, atividade física, movimentos da cabeça.

Sintomas associados: fotofobia OU fonofobia associadas
não associada a náuseas e vômitos
espasmos dolorosos e dolorimento

DIAGNÓSTICO :
- essencialmente CLÍNICO
- se exame neurológico normal , não necessita exames complementares laboratoriais e de imagem.

CLASSIFICAÇÃO:
- Tipo tensão episódica pouco frente
- Tipo tensão episódica frequente
- Tipo tensão crônica
- Tipo tensão provável

1) Cefaleia tipo tensão **episódica pouco frequente**

Critérios de diagnóstico:

A. Pelo menos 10 episódios de cefaleias ocorrendo em < 1 dia por mês em média (< 12 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D

B. A cefaleia dura desde 30 minutos a 7 dias

C. A cefaleia tem pelo menos duas das quatro seguintes características:

1. localização bilateral
2. em pressão ou aperto (não pulsátil)
3. intensidade ligeira ou moderada
4. não é agravada por atividade física de rotina como caminhar ou subir escadas

D. Acompanha-se dos seguintes aspetos:

1. ausência de náuseas e/ou vómitos
2. apenas um dos seguintes sintomas estão presentes: fotofobia ou fonofobia

E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

2) Cefaleia tipo tensão **episódica frequente**

Critérios de diagnóstico:

A. Pelo menos 10 episódios de cefaleias que ocorrem em 1 a 14 dias em média por mais de 3 meses (≥ 12 dias e < 180 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D

B. A cefaleia dura desde 30 minutos a 7 dias

C. A cefaleia tem pelo menos duas das seguintes quatro características:

1. localização bilateral
2. em pressão ou aperto (não pulsátil)
3. intensidade ligeira ou moderada
4. não é agravada por atividade física de rotina como caminhar ou subir escadas

D. Ambos os seguintes:

1. ausência de náuseas e/ou vómitos
2. apenas um dos seguintes sintomas estão presentes: fotofobia e fonofobia

E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

3) Cefaleia tipo **tensão crônica**

Critérios de diagnóstico:

A. A cefaleia ocorre em ≥ 15 dias por mês em média, por > 3 meses (≥180 dias por ano), preenche os critérios de B a D

B. A cefaleia dura horas ou dias, pode ser contínua

C. A cefaleia tem pelo menos duas das seguintes quatro características:

1. localização bilateral
2. pressão ou aperto (não pulsátil)
3. intensidade ligeira ou moderada
4. não é agravada por atividades físicas de rotina como caminhar ou subir escadas

D. Acompanha-se dos seguintes aspetos:

1. apresenta só um dos seguintes sintomas: fotofobia, fonofobia ou náuseas ligeiras
2. ausência de vómitos e de náuseas moderadas ou graves

E. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

4) Cefaleia tipo tensão provável

4.1 Cefaleia tipo tensão episódica pouco frequente provável

Critérios de diagnóstico:

A. Um ou mais episódios de cefaleias preenchendo todos os critérios, exceto um, de A a D de 2.1 *Cefaleia tipo tensão episódica pouco frequente*

B. Não preenchendo os critérios da ICHD-3 para qualquer outro tipo de cefaleia

C. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

4.2Cefaleia tipo tensão episódica frequente provável

Critérios de diagnóstico:

A. Episódios de cefaleia preenchendo todos os critérios, de A a D, exceto um, de 2.2 *Cefaleia tipo tensão episódica frequente*

B. Não preenchendo os critérios ICHD-3 para qualquer outro tipo de cefaleia

C. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

4.3 Cefaleia tipo tensão crônica provável

Critérios de diagnóstico:

A. A cefaleia preenche todos os critérios, exceto um, de A-D de 2.3 *Cefaleia do tipo tensão episódica crônica*

B. Não preenchendo os critérios ICHD-3 para qualquer outro tipo de cefaleia

C. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 beta.

Tratamento

- Prevenção: eliminar possíveis fatores desencadeantes

- Crises: analgésicos simples
- AINEs
-
- Profilaxia: antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina...)
- ISRS (p. ex.: sertralina, fluoxetina...)
- relaxantes musculares

- Obs.: "Tratamentos não medicamentosos para as cefaléias do tipo tensional também são preconizados. Abordagens fisioterápicas manuais como as técnicas de **osteopatia, instrução**
- **ergonômica, treinamento e correção postural, massagem e acupuntura** podem ser considerados como acessórias ao tratamento medicamentoso, visando alongar e relaxar os músculos do segmento cefálico e são úteis desde que indicadas por médico atualizado." (*Krymchantowski, 2003)*

Cluster

- Principal representatnte das "cefaleias trigêmino-Autonômicas”
- Conhecida como cefalalgia histamínica, Cefaléia Histamínica de Orton e Síndrome de Raeder
- Caracterizada por crises álgicas de:

- Curta duração
- Unilaterais
- Muito intensas

- O termo "salvas" decorre da apresentação da patologia: crises de curta duração quase diariamente, num intervalo de 1 a 3 meses, seguidas por um longo período assintomático
- Dividida em episódica (85%) e crônica

Epidemiologia

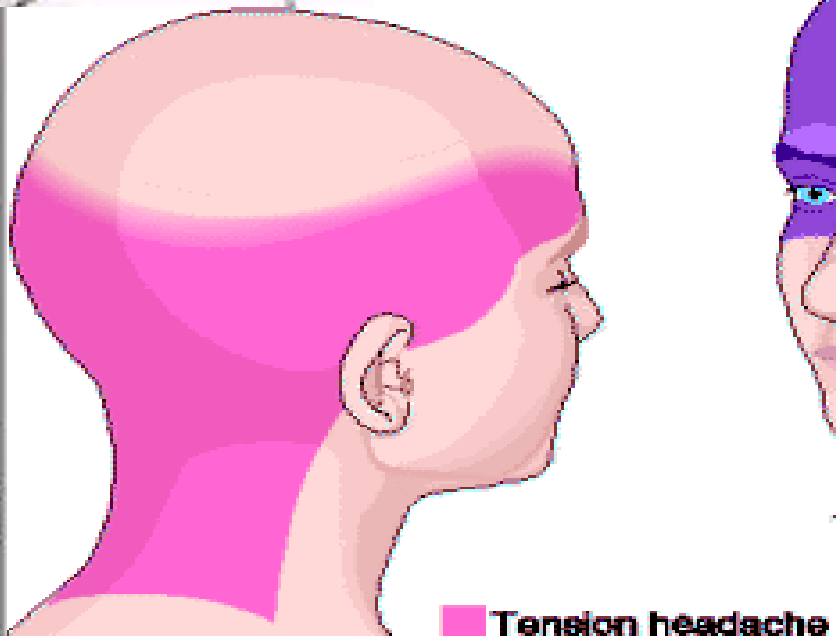
- Prevalência: 0,1% da população
- Década de 60: 6H:1M
- Hoje: 2H:1M
- Paciente típico: homem, 30-40 anos, comumente etilista ou tabagista com TCE prévio (ou não).

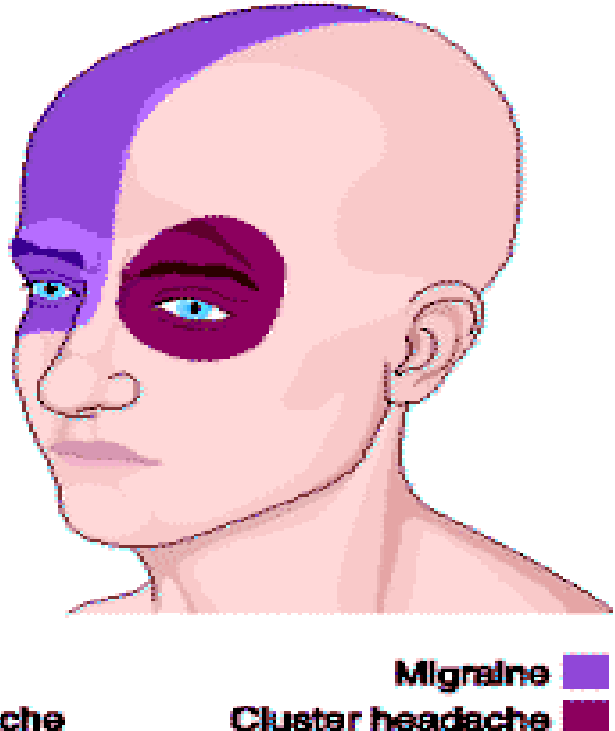
Fisiopatologia

- Estudos sugerem que ha ativação da via histamínica, pois histamina IV aumenta a crise.
- Estudos com PET sugerem que esta cefaléia:
- Envolve ativação das vias nociceptivas trigeminovasculares e concomitante ativação autonômica reflexa;
- Pode se originar de distúrbios em neurônios hipotalâmicos;
- Dilatação vascular e secundária à descarga neuronal

Quadro Clínico

- Unilaterais;
- De grande intensidade (uma das dores mais fortes que se conhece);
- Dor com característica de facada;
- Dor de curta duração (15-180 minutos);
- Os episódios podem se repetir quase diariamente durante até 10 semanas, geralmente no mesmo horário e sendo seguidos de longo período assintomático (até 1 ano) e posterior retorno das crises;
- Durante a "atividade de cefaleia": ocorre uma crise por dia ou a cada dois dias, há relatos de 8 crises/dia.


Tension headache


Migraine
Cluster headache

Exame Físico

- Facies Leonina
- > Atividade Parassimpática
- Paralisia ocular simpática
- Bradicardia
- Flushing
- Rigidez facial
- Rigidez carotídea ipsilateral

Na crise:

- - O paciente encontra-se agitado;
- -Geralmente anda de um lado para o outro (muito diferente do que ocorre na migrânea;
- - Há pacientes que batem a cabeça na parede e ameaçam suicídio devido a dor;
- - Se for a primeira crise: realizar TC com e sem contraste e, se normal, punção lombar para afastar para afastar outras hipóteses diagnósticas (meningite/encefalite/hemorragia subaracnóide)

Tratamento

- **ABORTIVO**
- Oxigênio (100%)

10-12 litros/min, durante 15 a 20 minutos, com o paciente sentado inclinado para frente;

- - Triptano

6mg, subcutâneo, máximo de 3 injeções diárias

- - Se refratária: octreotide IV e ergotamina VO, lidocaína intranasal.

Profilaxia

- Verapamil

240-960 mg/dia, dividida em 3 doses (droga de escolha na maioria dos casos)

- Monitorar ECG;
- Valproato de Sódio

1-2g/dia

- Prednisona

Ciclo de 10 dias, iniciando com 60mg/dia, é opção interessante para crises de curta duração num intervalo inferior a 2 meses.

Diagnóstico Diferencial
Cefaléias Primárias

	Migrânea	Tipo tensional	Cefaleia em salvas
Localização	Uni ou bilateral	Bilateral	Unilateral
Duração	4 a 72 horas	30 minutos - dias	15 minutos - 3 horas
Intensidade	Moderada-Grave	Leve - moderada	Muito grave
Náusea-Foto-Fono	Presentes ou não	Não	Não
Sinais localizados na hemiface	Podem ocorrer	Não	Sim

Tabela 2 - Sinais de alarme que indicam investigação

1. Mudança nas características da dor
2. Ser acordado pela dor durante sono /piora na horizontal
3. Início da dor após os 50 anos
4. Cefaleia de início súbito
5. Características progressivas da dor (frequência, intensidade, duração)
6. Início recente em paciente com neoplasia ou HIV
7. Doença sistêmica concomitante (febre, *rash* cutâneo)
8. Exame neurológico alterado (sinais focais, papiledema)
9. Precipitada por tosse ,atividade sexual ou esforço
10. Início recente da dor após trauma de crânio ou queda, principalmente em idosos

Cefaléia Crônica Diária

- 30-40% dos pacientes que buscam atendimento médico por cefaléia

- **80% Enxaqueca Transformada**

Adquire característica de cefaléia tensional diária

- **20% Primários**

Crises crônicas desde o início

Fatores Desencadeantes

- Consumo abusivo de analgésicos
- Aleterações psicoafetivas
- Situações traumáticas de vida
- Reposição hormonal em mulheres
- Ciclo Menstrual
- Estresse

Comorbidades relacionadas

- Apnéia do sono
- Hipertensão intracraniana benigna
- Alterações do humor
- Uso abusivo de drogas ilícitas
- Tabagismo
- Tendência suicída

Conduta

- Abstenção do uso de analgésicos

Pode ocasionar cefaleia de robote

- AINEs – Naproxeno e Ibuprofeno

Diariamente por 2 semanas

- Drogas profiláticas: antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), betabloqueadores, valproato de sódio;
- Tratamento das comorbidades

Referências

- BRAUNWALD, F; KASPER, H; LONGO, J. **Harrison Medicina Interna**: volume II. 17.ed. Mc Graw Hill, 2008.
- GOLDMAN L, AUSSIELO D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna.** 22ªEdição. Rio de Janeiro:ELSEVIER, 2005.
- KRYMCHANTOWSKY, A.V. Cefaléias do tipo tensional. **Migrâneas cefaléias**. v.6, n.4, p.129-135, out./nov./dez. 2003.
- NITRINI, Ricardo; **A neurologia que todo médico deve saber** - 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008;
- The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition. **Cephalalgia 2013**;
- Sociedade Internacional de Cefaleia. Subcomitê de Classificação das Cefaleias. Classificação Internacional das Cefaleias. 2ª Ed. São Paulo: Alaúde; 2006.
- STEADMANS. Steadman dicionário médico. 27 a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan; 2003. Headache; p.701.
- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache; 2001; 41(7): 646-57.