

Cefaleias e Algias da Face

Neurologia - FEMPAR

Roberto Caron



Sobek, o Deus da Cefaleia...





Check for updates

ICHD-3

Cephalalgia
An International Journal of Headache



International
Headache Society

Cephalalgia

2018, Vol. 38(1) 1–211

© International Headache Society 2018

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0333102417738202

journals.sagepub.com/home/cep



Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition

- Cefaleias primárias
- Cefaleias secundárias
- Neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaleias

Principais Cefaleias Primárias

Cefaleia Enxaqueca

1. *Sem Aura*
2. *Com Aura*

Cefaleia Tensional

1. *Episódica*
2. *Crônica*

Cefaleia em Salvas

1. *Episódica*
2. *Crônica*

Cefaleia Crônica Diária



Causas de Cefaleia Secundária

Tumores cerebrais primários

Tumores cerebrais metastáticos

Abscesso cerebral

Hematoma subdural

Hemorragia intracraniana

Hemorragia subaracnóidea

Meningite

Arterite temporal

Hipertensão

Hidrocefalia

Etc...



Red Flags



Red Flags

(Neurology, 2019;92:1-11)



Cefaleia posicional (hipotensão ou hipertensão intracraniana).

Déficit ou disfunção neurológica (rebaixamento de consciência).

Cefaleia de início súbito (HSA) ou noturna (Tumor).

Idade ↑ 50 anos (Arterite temporal ou Tumor).

Cefaleia de início recente ou mudança de padrão.

Sintomas sistêmicos, incluindo febre.

Papiledema.

História de neoplasia.



Red Flags

(Neurology, 2019;92:1-11)



Desencadeamento por espirro, tosse ou exercício (Malformação de Chiari ou de fossa posterior).

Uso excessivo de medicamentos sintomáticos.

Cefaleia com piora progressivo ou sintomas atípicos.

Doença do sistema imune (HIV).

Olho doloroso com sintomas autonômicos.

Cefaleia pós-traumática.

Gestação ou puerpério.

Enxaqueca

**Enxaqueca é a segunda
desordem neurológica
mais comum (a primeira
é cefaleia tensional)...**

Epidemiologia

Cefaleia Tensional Episódica

- Brasil = 36% (75 milhões)
- Mundo = 42%

Enxaqueca

- Brasil = 15% (31 milhões)
- Mundo = 11%

Cefaleia Crônica Diária

- Brasil = 7% (14 milhões)
- Mundo = 3%

- 1,25 bilhões tiveram Enxaqueca em 2017.
- Enxaqueca foi responsável por 45,1 milhões de anos vividos com incapacidade.
- Entre os 15 e os 49 anos é a principal causa de incapacidade.

Global Burden of Disease Study 2017 (Lancet 2018;392:1789-858)



Epidemiologia

Sexo feminino

- Cefaleia Tensional = 33%
- Enxaqueca = 21%
- Cefaleia Crônica Diária = 10%

Sexo masculino

- Cefaleia Tensional = 36%
- Enxaqueca = 4%
- Cefaleia Crônica Diária = 4%



Enxaqueca sem Aura (ICHD-3)

A. Ao menos cinco crises preenchendo os critérios de **B** a **D**

B. Crises de cefaleia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)

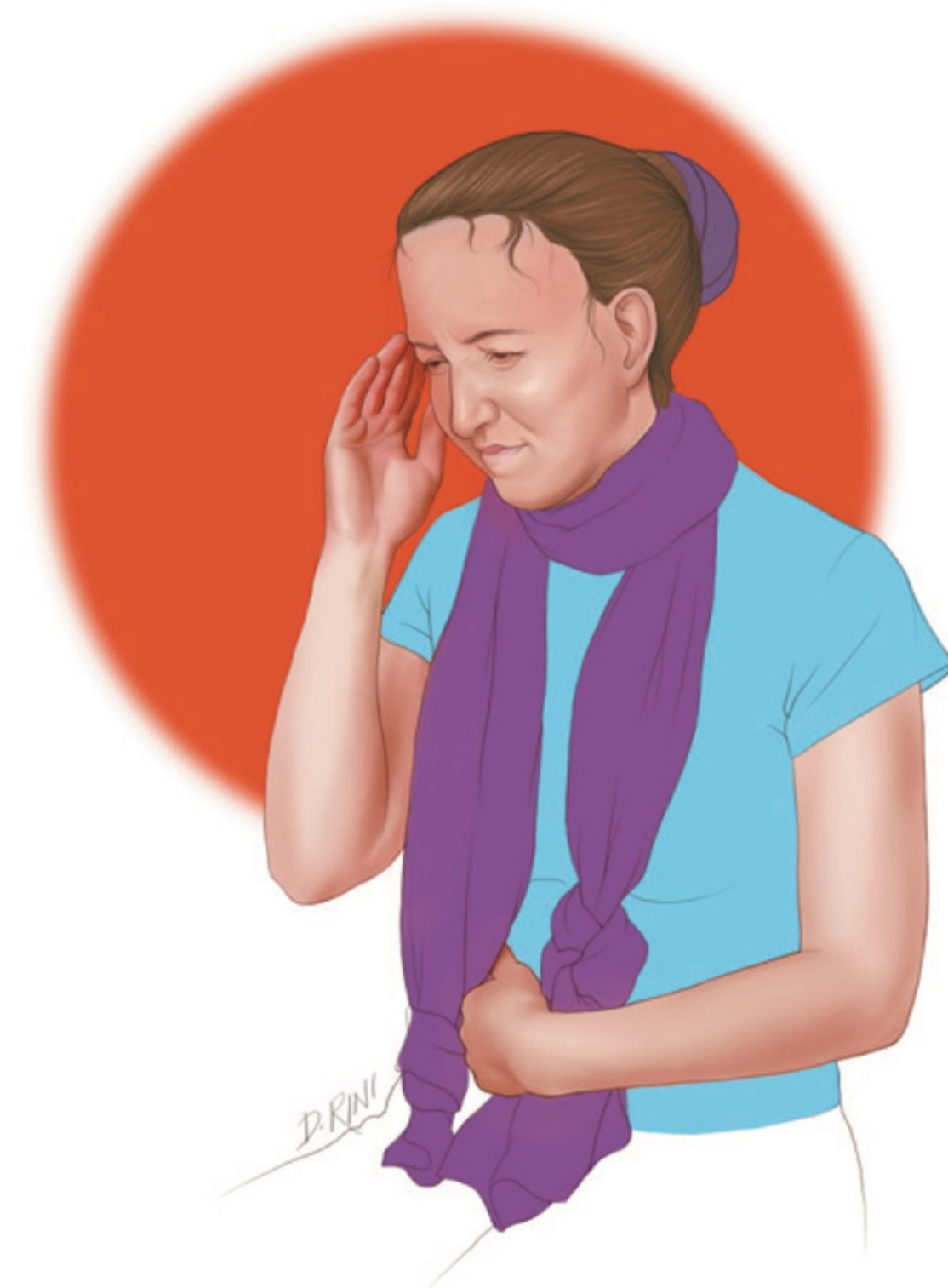
C. A cefaleia possui ao menos duas das seguintes características:

1. localização unilateral
2. caráter pulsátil
3. intensidade da dor moderada ou forte
4. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo: caminhar ou subir escadas)

D. Durante a cefaleia, ao menos um dos seguintes:

1. náusea e/ou vômito
2. fotofobia e fonofobia

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



Enxaqueca com Aura (ICHD-3)

A. Ao menos duas crises preenchendo os critérios **B** e **C**

B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura, completamente reversíveis:

1. visual
2. sensorial
3. fala e/ou linguagem
4. motor
5. tronco cerebral
6. retiniano

C. Ao menos três das seguintes seis características:

1. ao menos um sintoma de aura alastra-se gradualmente por ≥ 5 minutos
2. dois ou mais sintomas ocorrem em sucessão
3. cada sintoma de aura individual dura 5 a 60 minutos
4. ao menos um dos sintomas de aura é unilateral
5. ao menos um sintoma de aura é positivo
6. a aura é acompanhada, ou seguida dentro de 60 minutos, por cefaleia

D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3.



Fatores de Risco para Enxaqueca

História familiar

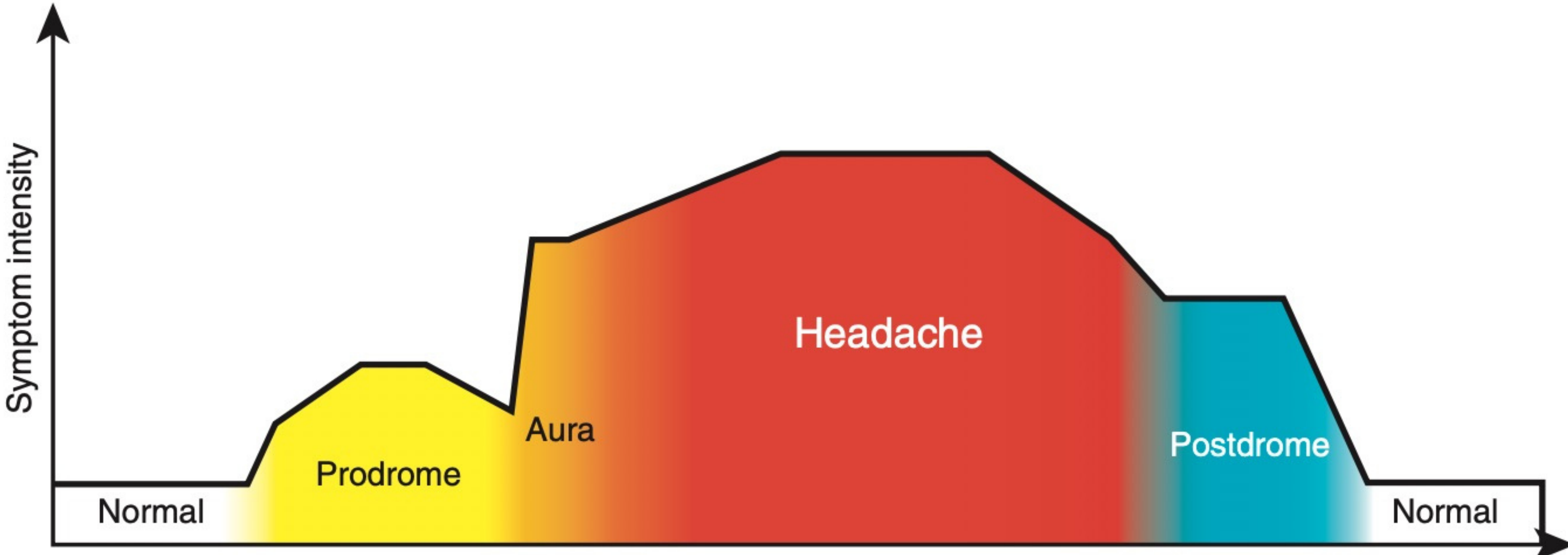
Patência de Forâmem Oval

Sedentarismo

Enxaqueca Crônica

- TAG
- Distúrbios de humor
- Obesidade





Duration:

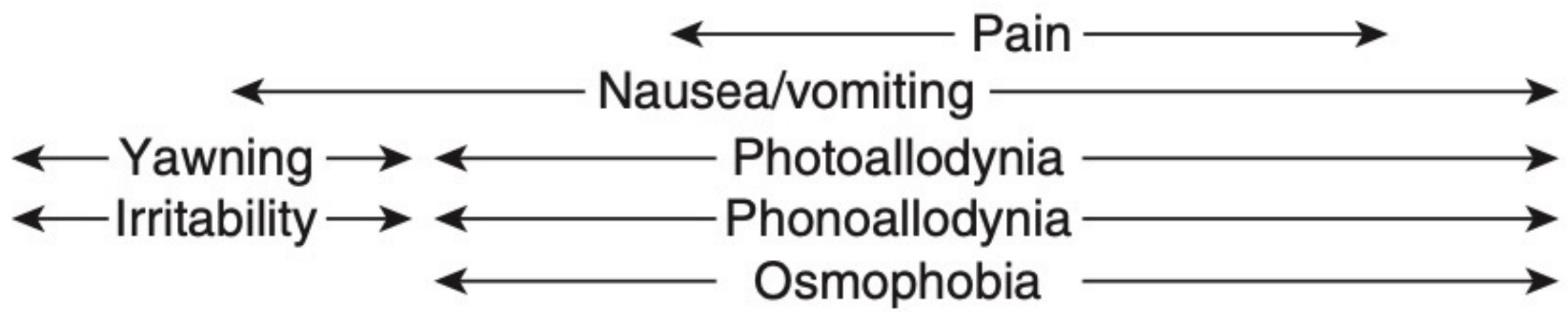
24–48 h

–1 h

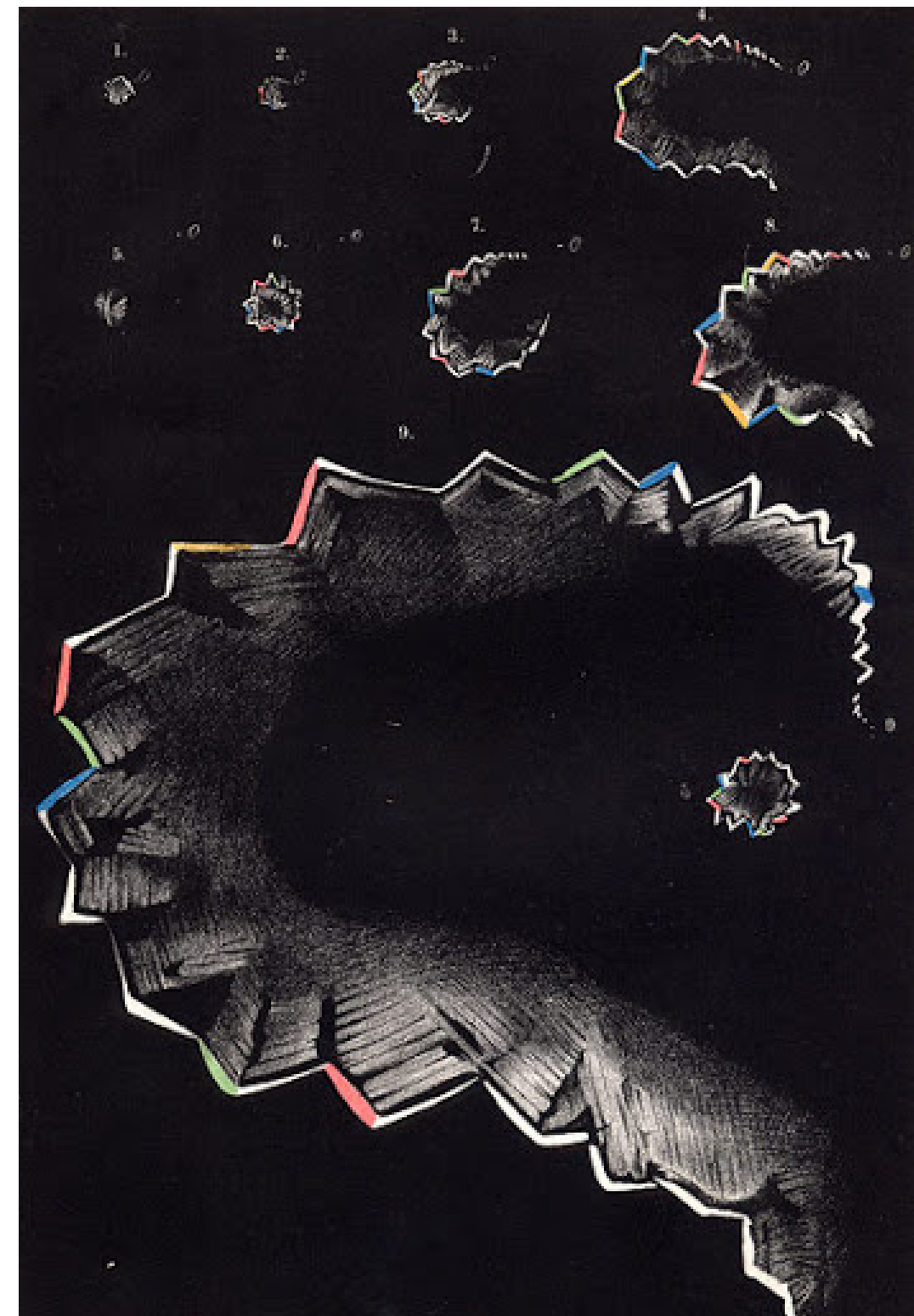
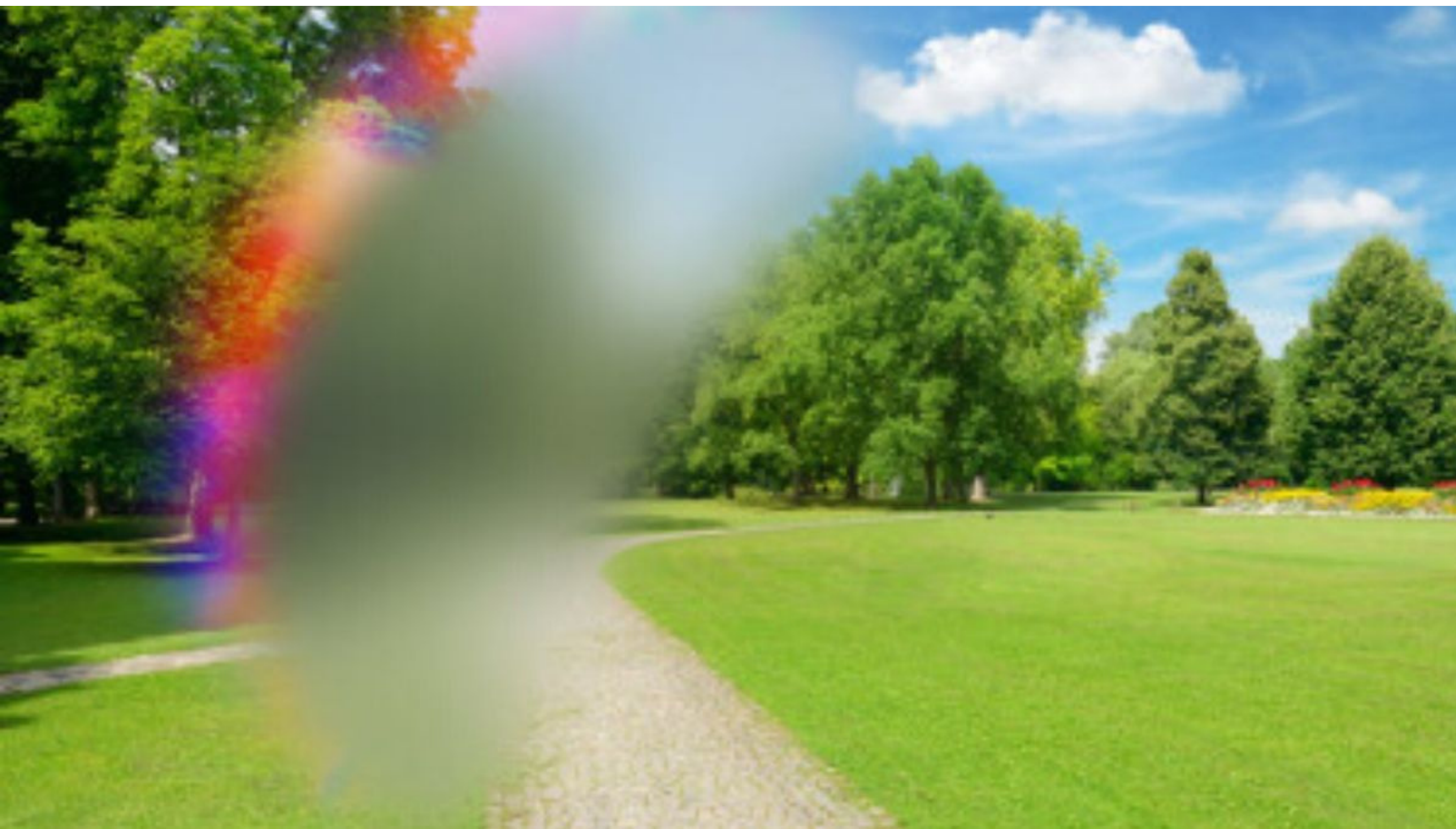
4–72 h

18–24 h

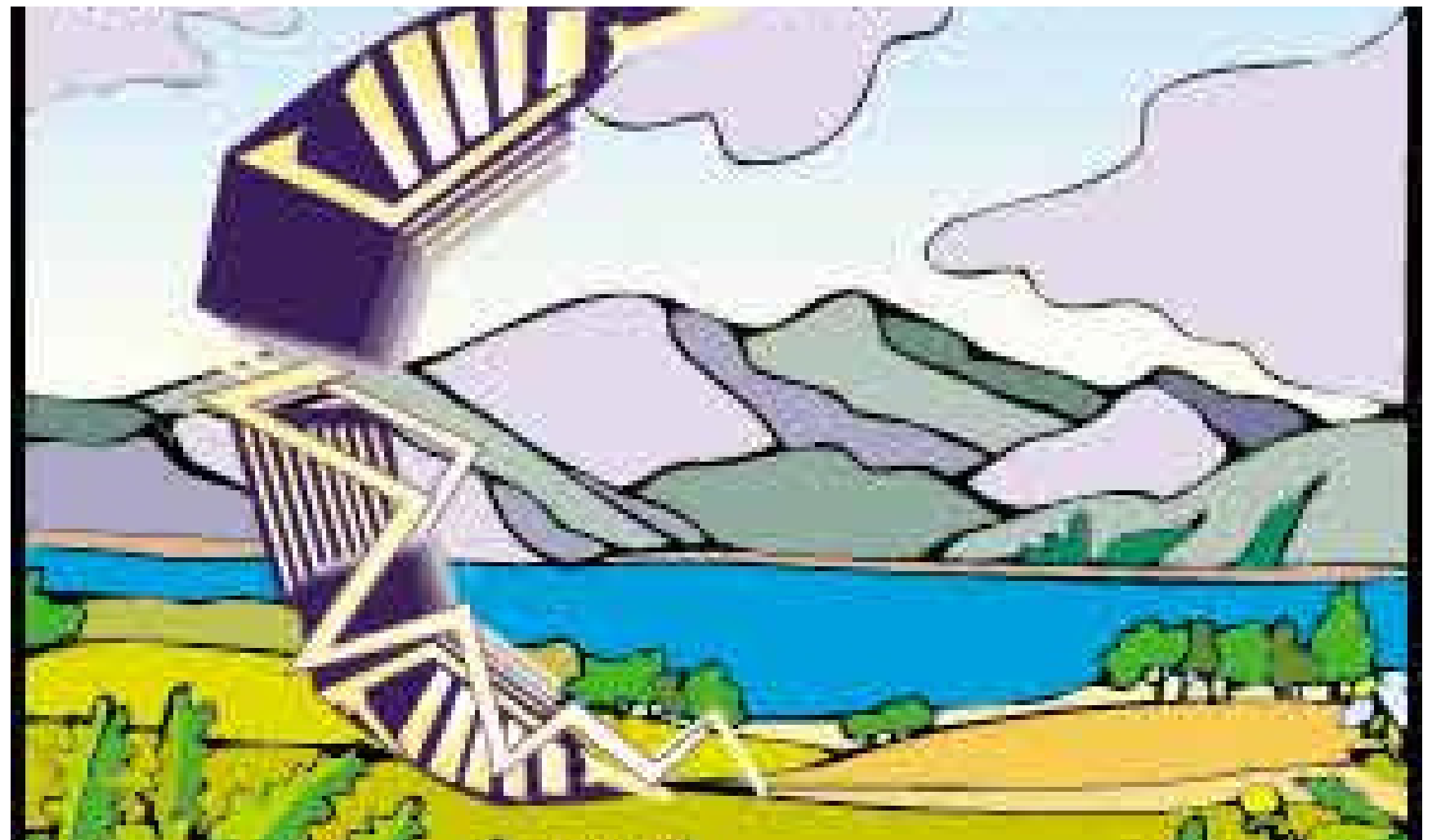
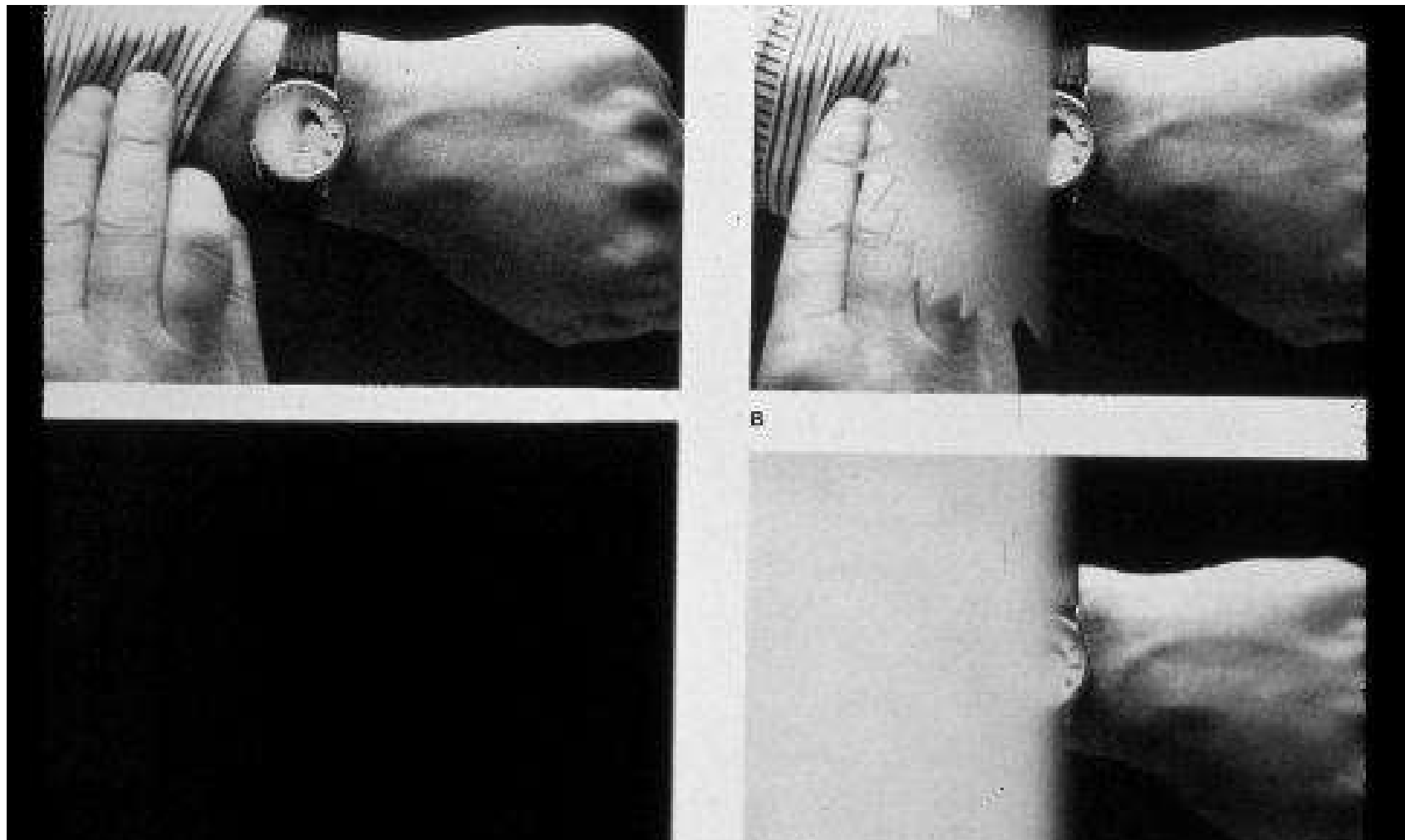
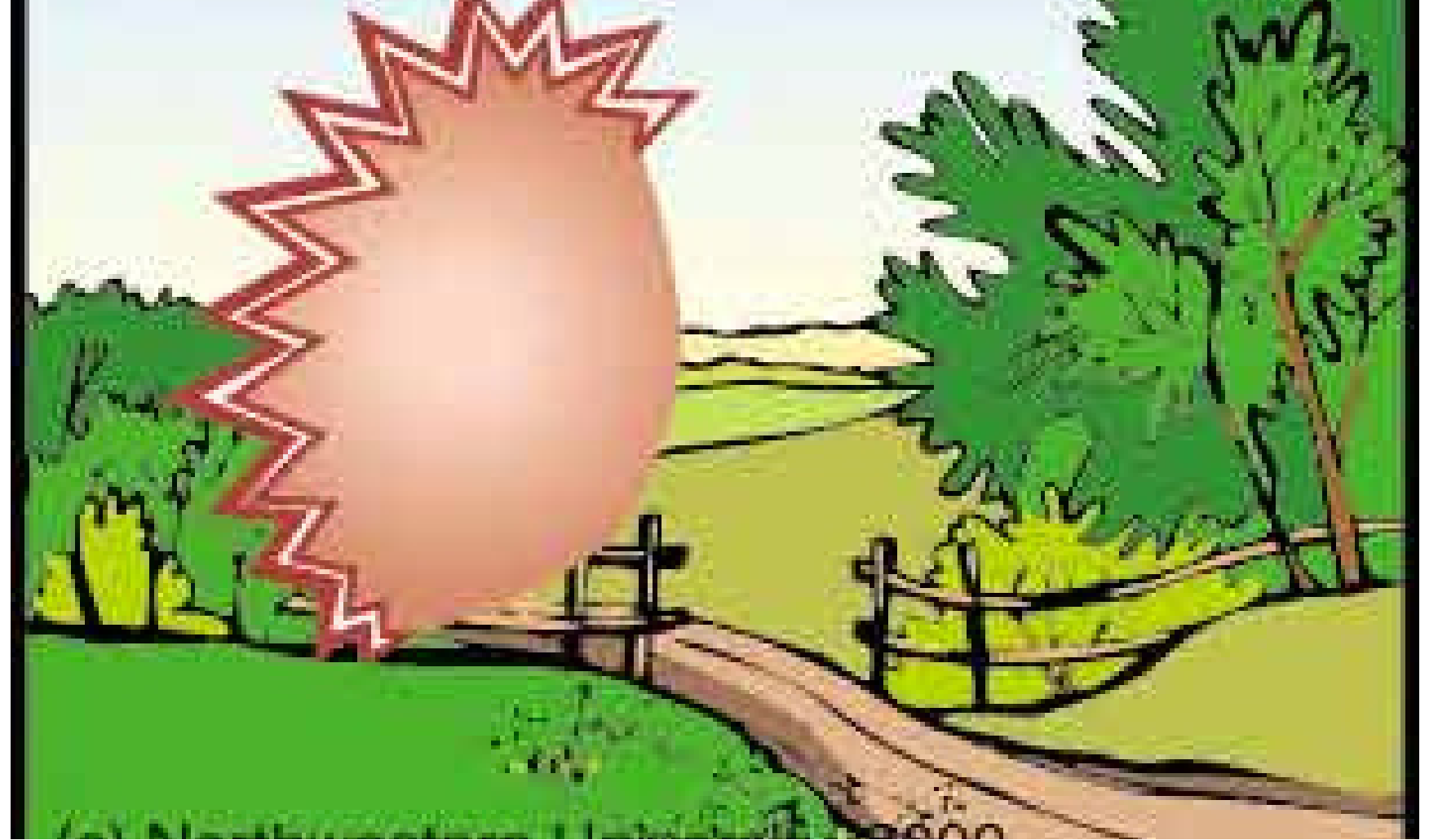
Symptoms:



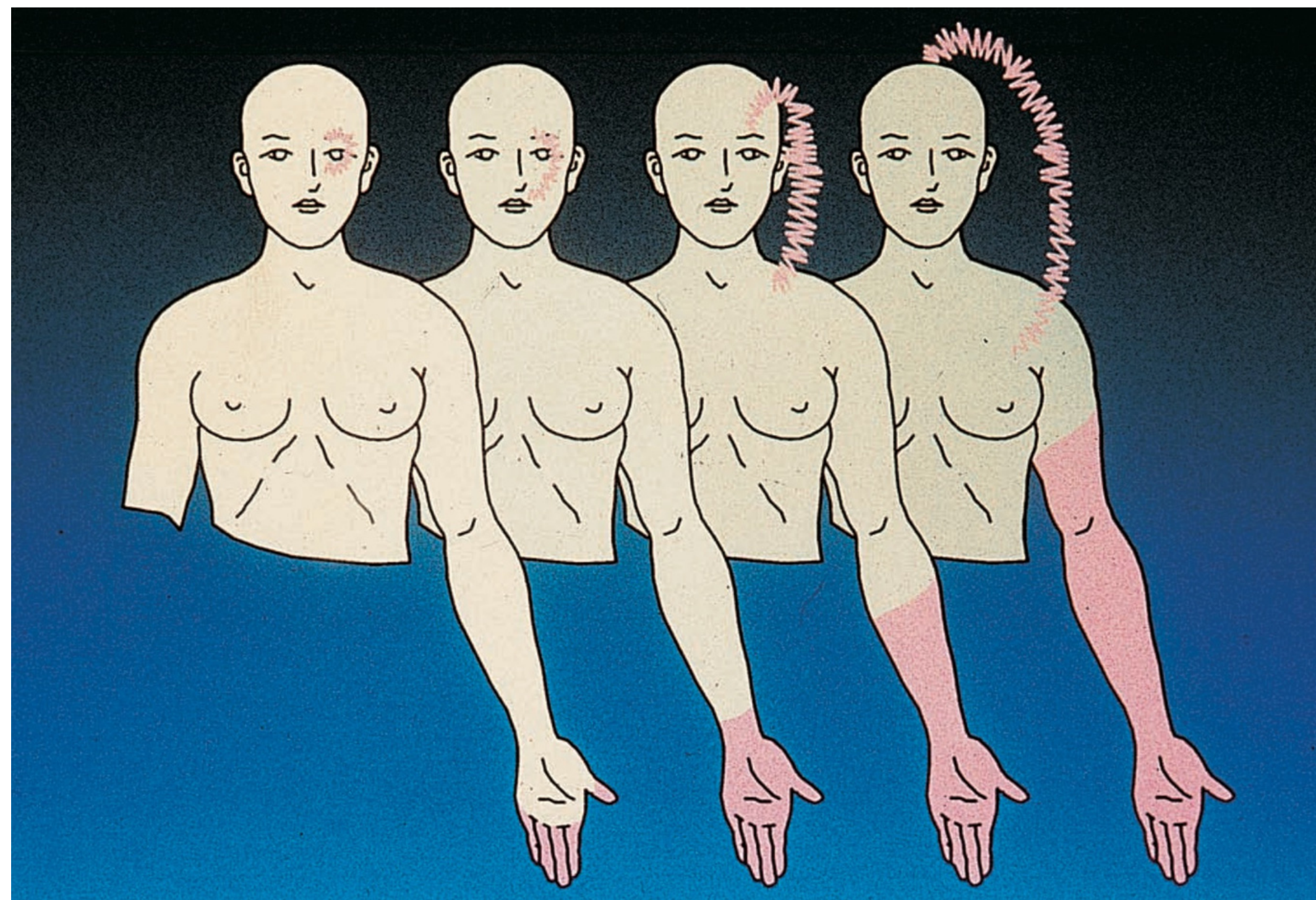
Enxaqueca com Aura



Enxaqueca com Aura

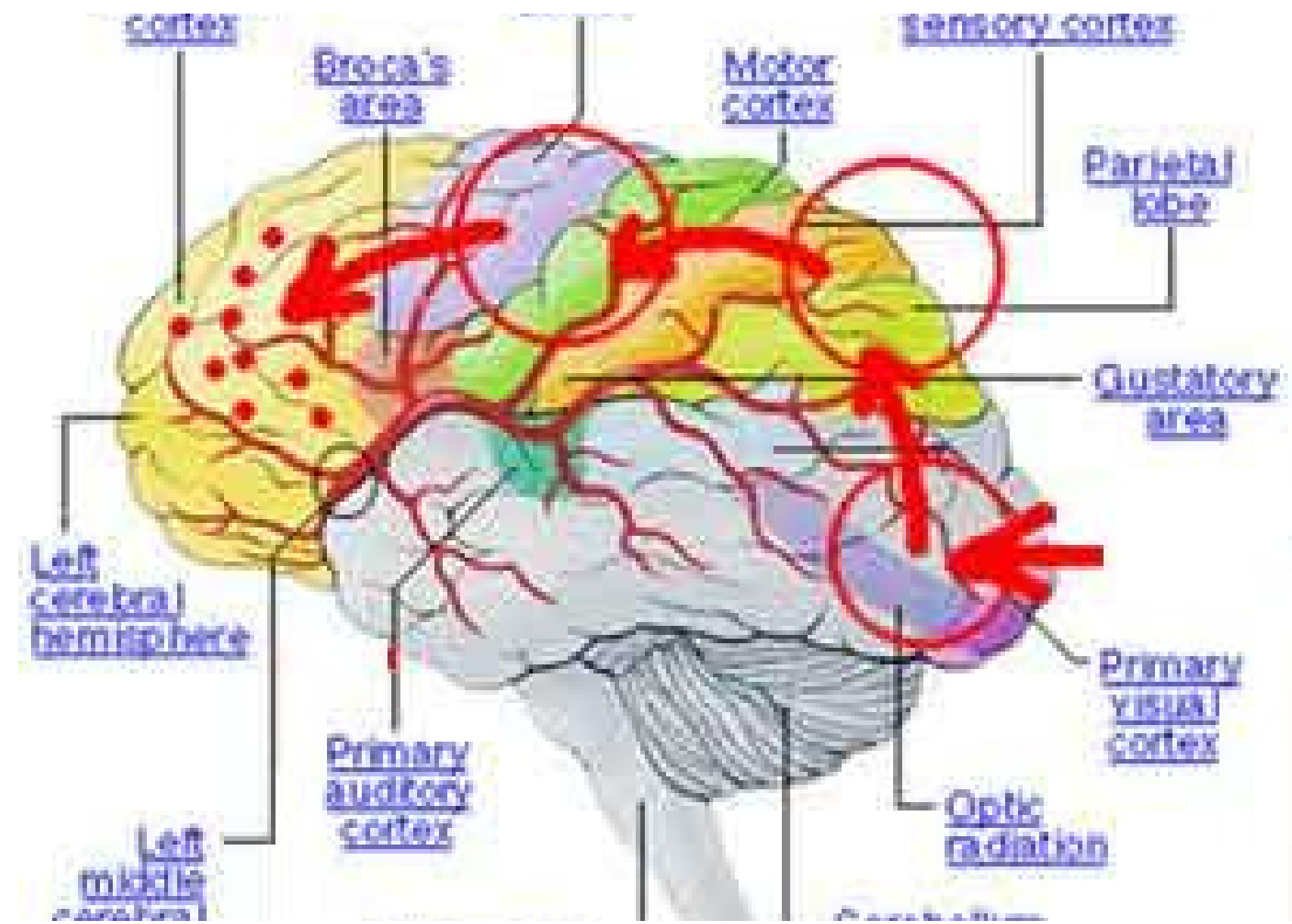
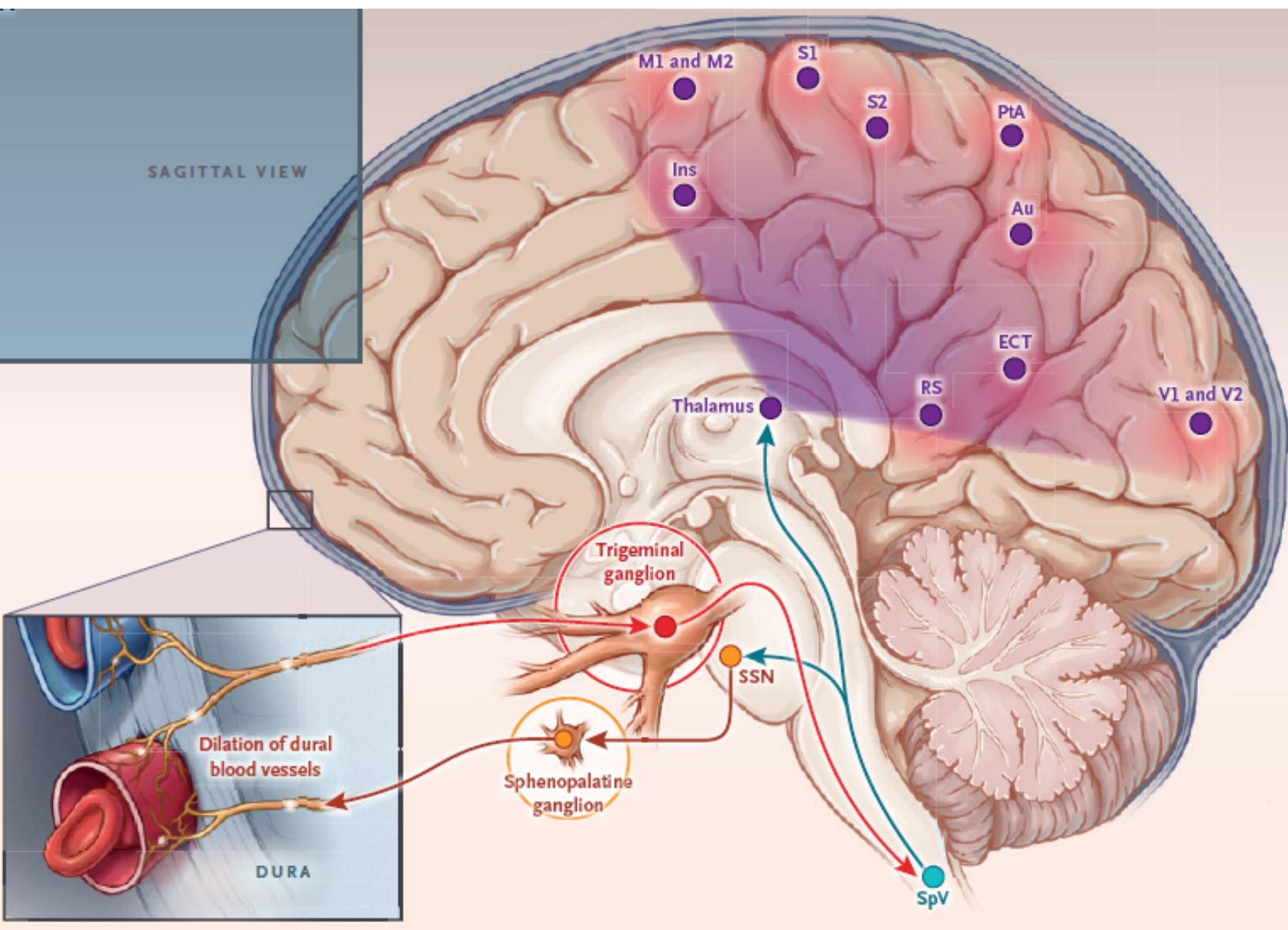


Enxaqueca com Aura

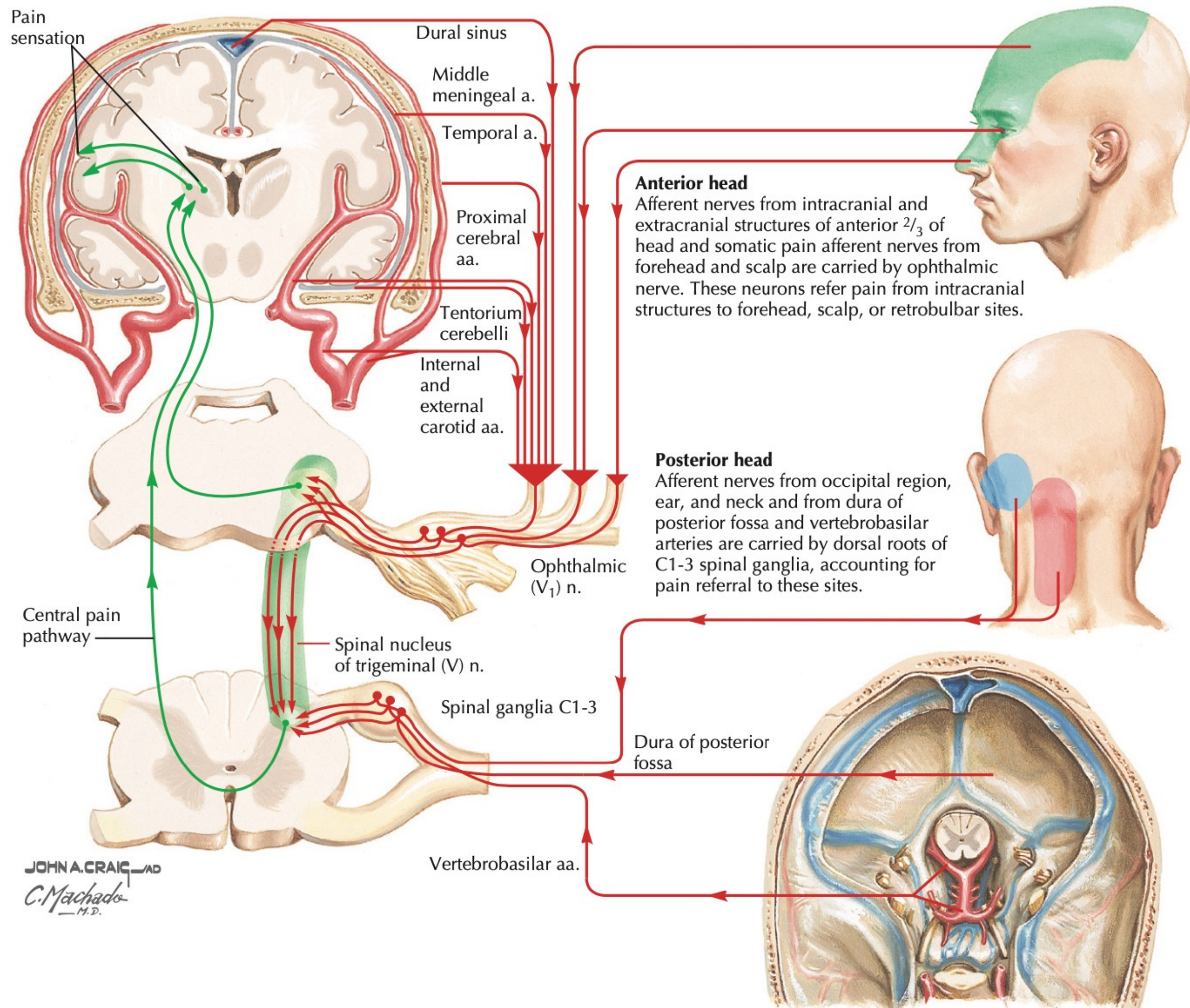


Depressão Alastrante

Leão (1943) → Aura migranosa é associada a uma redução do fluxo sanguíneo cerebral que se propaga a uma velocidade de 2 mm/min a 3 mm/min, iniciando-se, geralmente, no pólo posterior do cérebro.



Enxaqueca como Dor Referida



Tratamento Sintomático

Crises leves a moderadas

AINE (AAS, Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenaco)

Analgésico (VO ou EV - Dipirona 1g)

Crises moderadas a severas

Sumatriptano/Naproxeno

Sumatriptano SC

Sumatriptano nasal

Estado migranoso (> 72h)

Dexametasona 4mg EV ou IM

Clorpromazina 12,5mg EV

Náusea ou Vômitos

Metoclopramida (IM ou EV).



Tratamentos Profiláticos

Medicamentos

Propranolol

Metoprolol

Topiramato

Amitriptilina

Flunarizina

Divalproato de Sódio

Toxina Botulínica

Anticorpos Monoclonais

Erenumab

Fremanezumab

Galcanezumab

Epitenezumab



Profilaxia

Beta-bloqueadores

Propranolol VO 40 a 240mg/dia.

Metoprolol 50 a 200mg/dia.

São Contra-indicados em:

Asma, Depressão, Bradicardia sinusal, BAV de 2º e 3º grau



Profilaxia

Neuromoduladores

Topiramato

Dose de 25 – 200mg/dia.

Os principais efeitos colaterais são
parestesia e perda de peso.



Profilaxia

Neuromoduladores

Divalproato de Sódio

Dose de 500 a 2000mg/dia.

Os principais efeitos colaterais são: náusea, astenia, sonolência, aumento de peso, alopecia, dispepsia, tremor e tontura.

Pode ser útil em paciente com Enxaqueca e epilepsia ou distúrbio bipolar.



Profilaxia

Antidepressivos Tricíclicos

Amitriptilina

Iniciar sempre com doses baixas (10 a 25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.

Efeitos colaterais: xerostomia, tremor, constipação, taquicardia, vertigem, desorientação, sedação e retenção urinária.



Profilaxia

Antagonistas dos Canais de Cálcio

Flunarizina

Dose de 5 a 10 mg/dia.

Possível uso em gestação.

Os principais efeitos colaterais são astenia e ganho de peso.



Profilaxia Multialvo

Topiramato + Divalproato de Sódio.

Topiramato + Betabloqueador.

Topiramato + Antidepressivos Tricíclicos.

Divalproato + Antidepressivos Tricíclicos.

Divalproato + Betabloqueadores.

Bloqueador de Canal de cálcio + Betabloqueador.

Bloqueador de Canal de cálcio + Topiramato.

Lamotrigina + Antidepressivo Tricíclico + Divalproato de Sódio +
Betabloqueador.

Amitriptilina + Atenolol + Flunarizina.

Antidepressivos Tricíclicos + Antipsicóticos.

Toxina Botulínica A

Indicado no tratamento da Enxaqueca Crônica, não sendo recomendado nos casos de Enxaqueca Episódica.

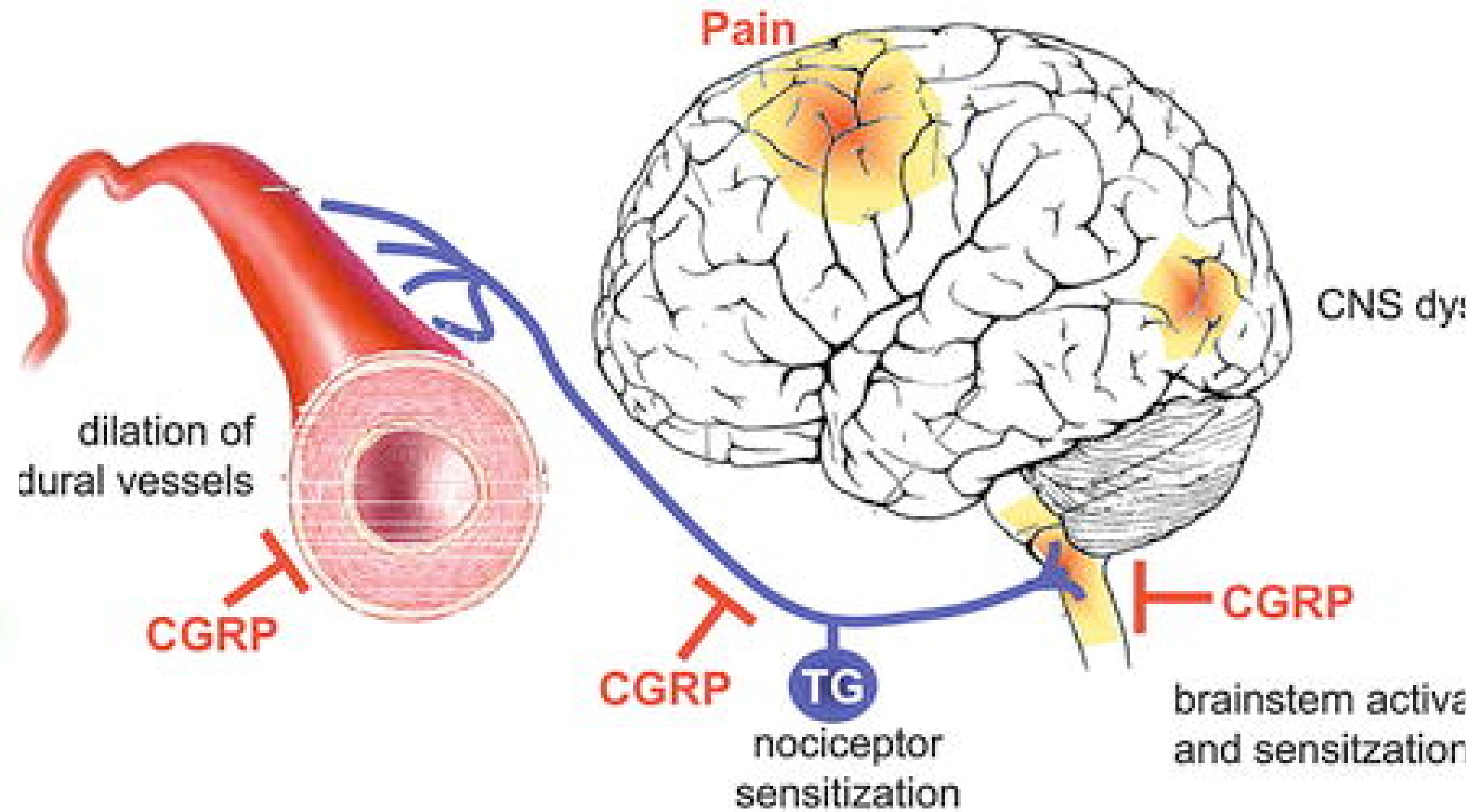
Considerar insucesso no uso prévio de pelo menos 3 medicamentos profiláticos.

JAMA. 2012 Apr 25;307(16):1736-45.



CGRP

Erenumab



MABs

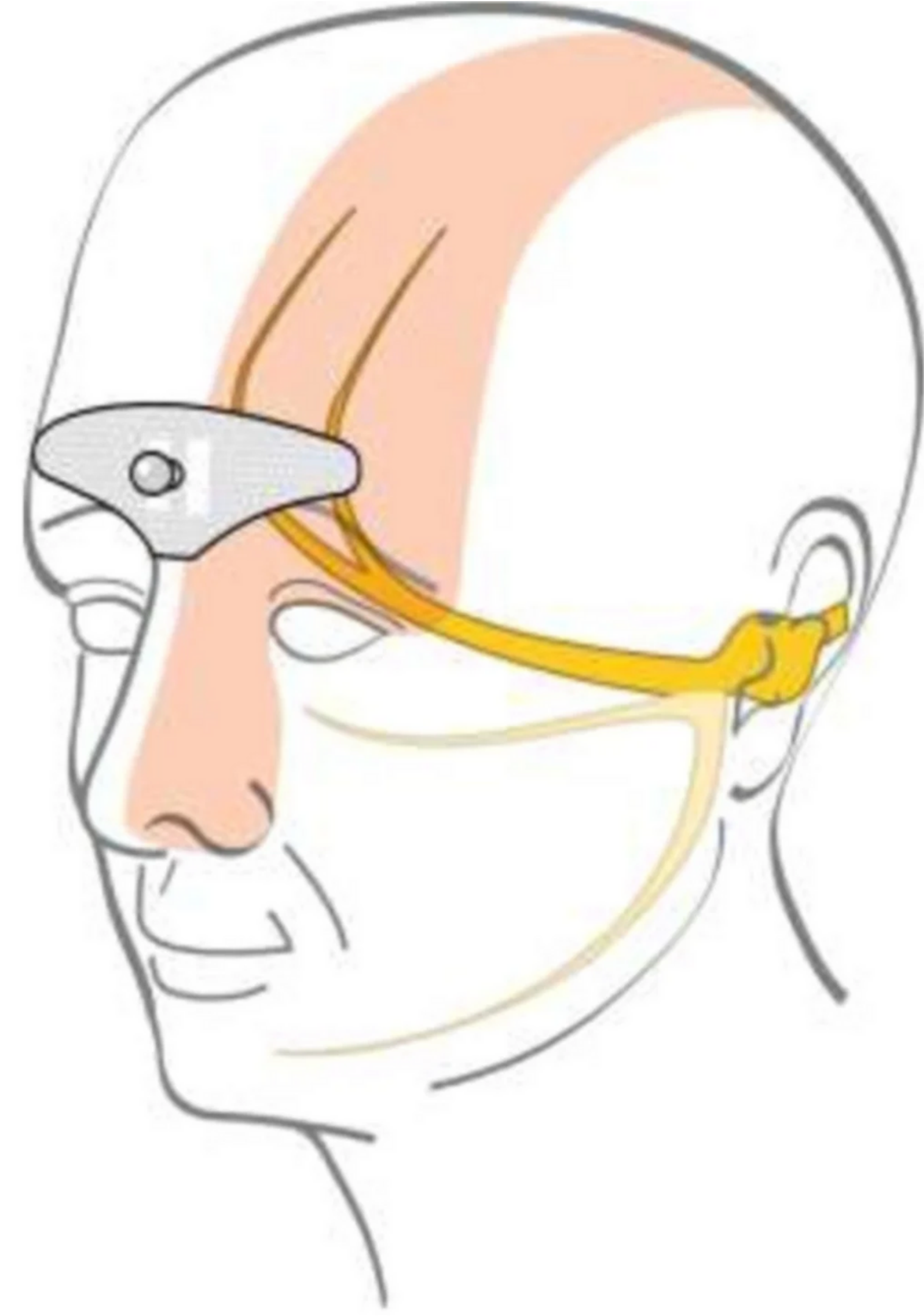
Anticorpo Monoclonal contra receptor CGRP.

Profilaxia da Enxaqueca episódica e crônica.

Outros: Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab.

- Goadsby, P. J. Neurology: Clinical Practice, vol. 9, no. 3, p. 233-240, 2019.

Estimulação Elétrica Supraorbitária Transcutânea



Nutracêuticos

Riboflavina – Vitamina B2
(400mg/dia).

Citrato de Magnésio (400 -
600mg/dia).

Petasites hybridus (Butterbur
– 150mg/dia).

Tanacetum parthenium
(Matricária - 50 - 300mg/dia).

Coenzima Q10 (100mg 3 x
dia).

Melatonina (5 – 10mg/dia).



Dieta

Tiramina → Queijo e vinho tinto.

Nitratos → Embutidos e enlatados.

Glutamato monossódico → Aji-no-moto, caldos Maggi e Knorr, Shoyu, comida chinesa.

Cafeína (doses maiores do que 200mg/dia) → chá preto, café, chocolate, refrigerante a base de cola.

Adoçantes artificiais.

Excesso de carboidratos.

Alimentos e bebidas ácidas.

Alimentos gordurosos.

Boa hidratação.



Atividade Física, Mindfulness...



REVIEW

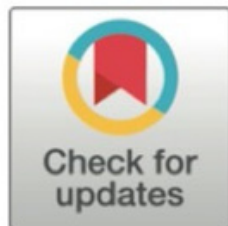
Open Access



What is the efficacy of aerobic exercise versus strength training in the treatment of migraine? A systematic review and network meta-analysis of clinical trials

Yohannes W. Woldeamanuel^{1*} and Arão B. D. Oliveira²

1. Musculação
2. Exercício aeróbico de alta intensidade
3. Exercício aeróbico de moderada intensidade
4. Topiramato
5. Placebo
6. Amitriptilina



EDITORIALS

Manual acupuncture for migraine

New trial moves acupuncture from complementary therapy to evidence based treatment

Heather Angus-Leppan *consultant neurologist*

Royal Free London NHS Foundation Trust, London NW3 2QG, UK

Enxaqueca Catamenial

Clínica

Enxaqueca sem aura.

20 a 60% das mulheres com Enxaqueca.

10% com Enxaqueca puramente catamenial.

Mais intensa e refratária.

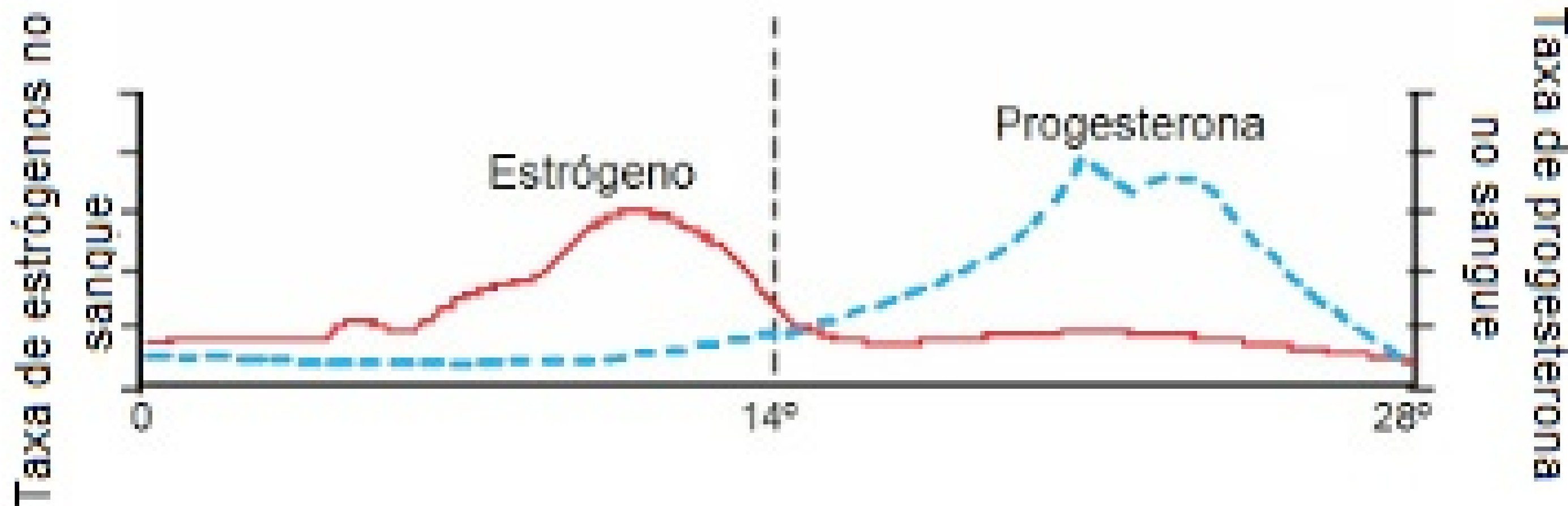
Duração média de 5 dias, iniciando 2 dias antes.

Enxaqueca Catamenial

Fisiopatologia

Queda dos níveis de estrogênio na fase lútea.

Aumento dos níveis de Prostaglandina (3 x).



Enxaqueca Catamenial

Profilaxia Perimenstrual

Triptanos (Naratriptano 1mg 2 x dia ou Zolmitriptano 2,5mg 2 x dia - 3 dias antes até 3 dias após a menstruação) – (1B).

Naproxeno (550mg 2 x dia – 7 a 14 dias, começando 1 semana antes da menstruação) – (1B).

Estradiol (1,5mg transdérmico/dia – iniciando 5 dias antes até 2 dias após) – (2C).

Cefaleia Tensional

Cefaleia Tensional (ICHD-3)

A. Ao menos dez crises de cefaleia preenchendo os critérios **B-D***

B. Duração de 30 minutos a 7 dias

C. Ao menos duas das quatro seguintes características:

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

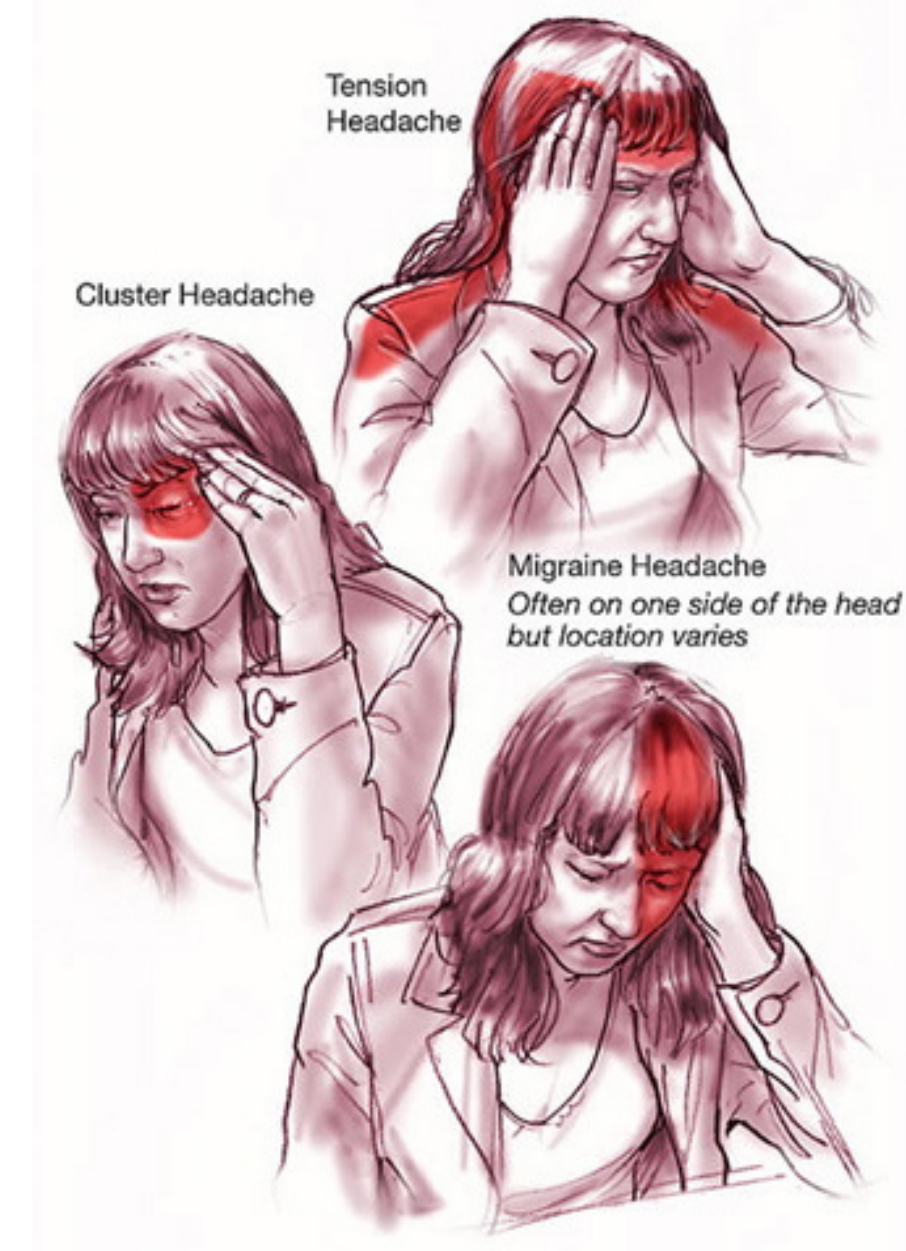
D. Ambos os seguintes:**

1. ausência de náusea ou vômitos
2. não mais do que um dos seguintes presente: fotofobia ou fonofobia

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

* esse item foi adaptado, tendo sido eliminada a frequência das crises.

** nos pacientes com frequência de crises ≥ 15 dias por mês (cefaleia do tipo tensão crônica): náusea leve **ou** fotofobia **ou** fonofobia pode estar presente.

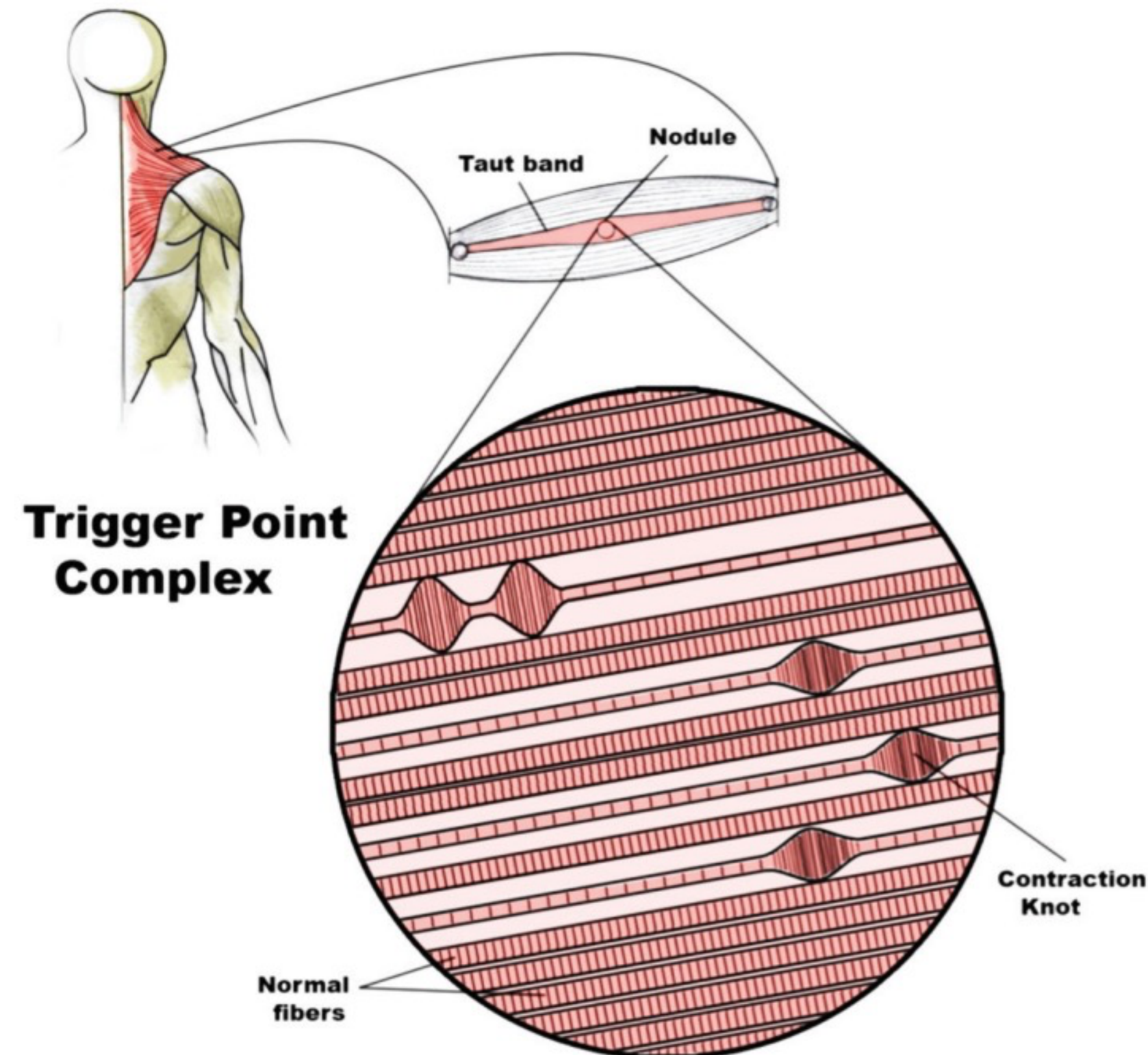


Cefaleia Tensional

Fisiopatologia

Ativação periférica e sensibilização de nociceptores miofasciais.

Estimulação prolongada causa sensibilização central.



Tratamento Sintomático

AINH

AAS 650 – 1g

Ibuprofeno 400mg

Naproxeno 550mg



Profilaxia

Antidepressivos Tricíclicos

Amitriptilina (ou Nortriptilina)

Iniciar sempre com doses baixas (25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.

Efeitos colaterais: xerostomia, tremor, constipação, taquicardia, vertigem, desorientação, sedação e retenção urinária.



Cefaleias Trigêmino- Autonômicas

Cefaleias Trigêmino-Autonômicas

- Cefaleia em Salvas.
- Hemicrania Paroxística.
- SUNCT – Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection, tearing and rhinorrhea.
- SUNA – Short-lasting unilateral neuralgiforme headache attacks with cranial autonomic symptoms.
- Hemicrania continua.



Cefaleia em Salvas (ICHD-3)

A. Ao menos cinco crises preenchendo os critérios **B-D**

B. Dor forte ou muito forte unilateral, orbital, supraorbital e/ou temporal, durando 15-180 minutos (quando não tratada)*

C. Um dos ou ambos os seguintes:

1. ao menos um dos seguintes sintomas ou sinais, ipsilaterais à cefaleia:

a. injeção conjuntival e/ou lacrimejamento

b. congestão nasal e/ou rinorreia

c. edema palpebral

d. sudorese frontal e facial

e. miose e/ou ptose

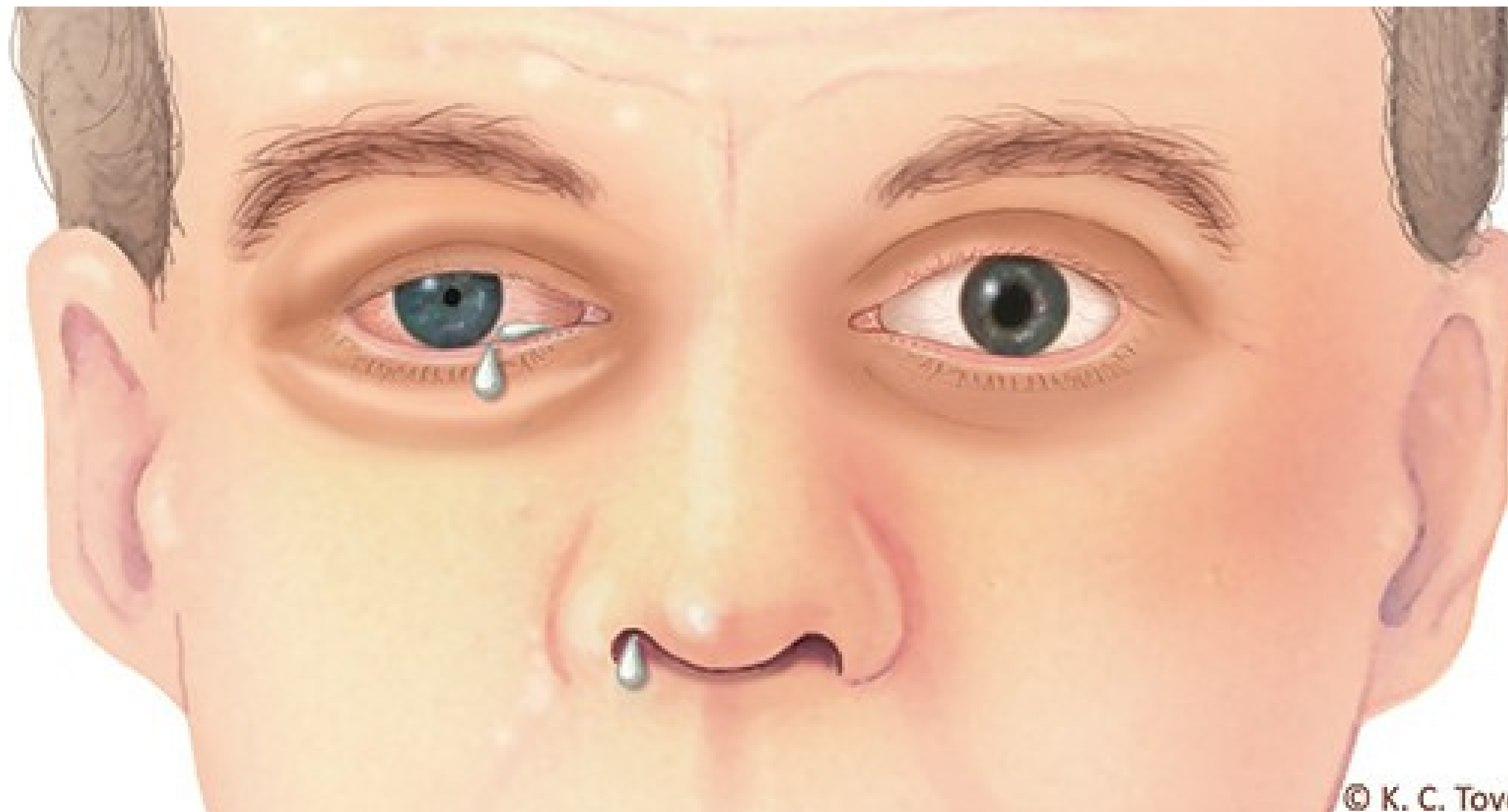
2. sensação de inquietude ou de agitação

D. Ocorrendo com uma frequência entre uma a cada dois dias e oito por dia*

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

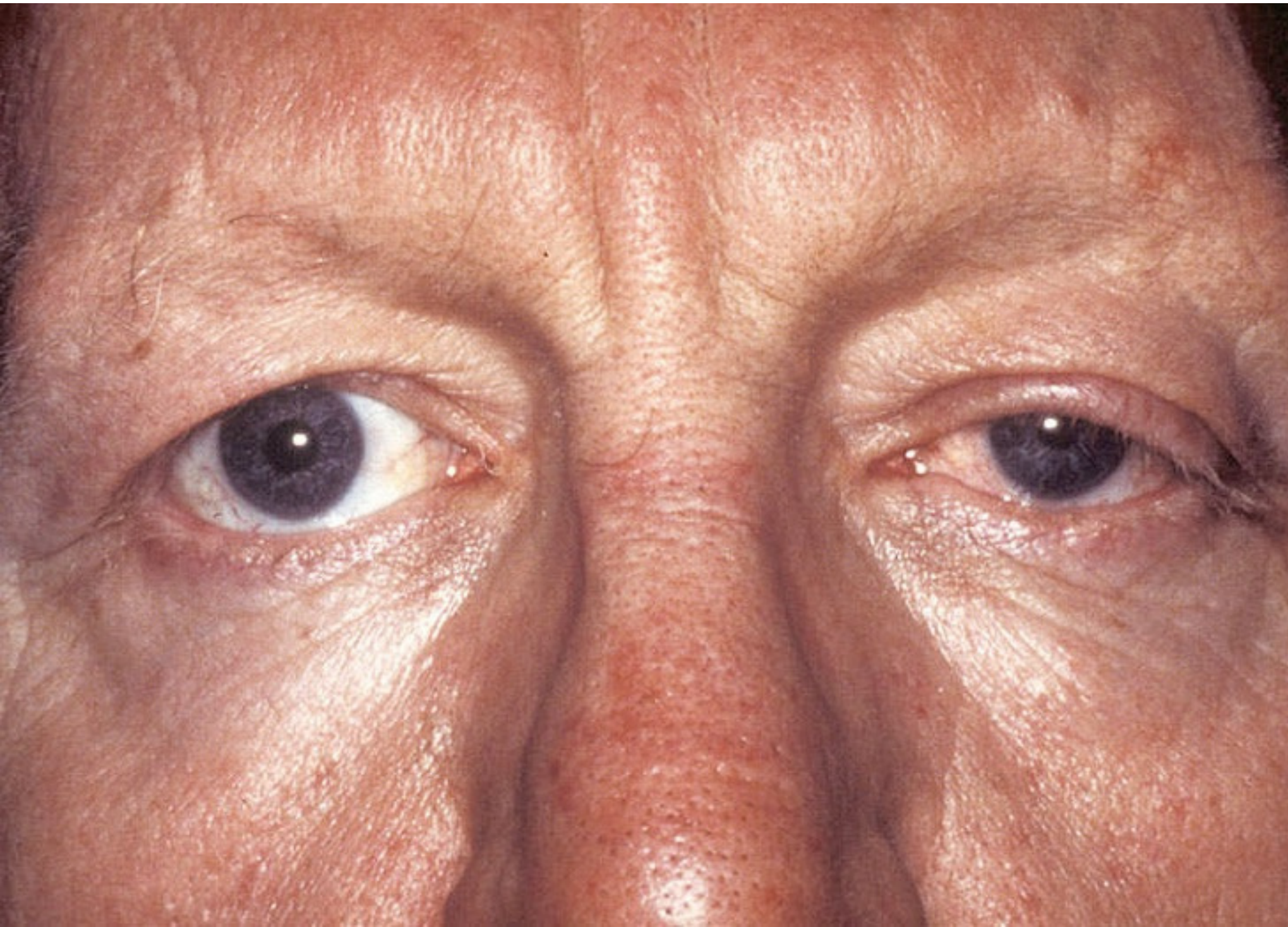
* Durante uma parte, mas menos da metade da duração de cefaleia em salvas, as crises podem ser menos intensas e/ou de duração mais curta ou longa.

Cefaleia em Salvas



© K. C. Toverud

Cefaleia em Salvas



(A)



(B)



Cefaleia em Salvas



Tratamento das Crises

**Inalação de O₂
(3 - 5L/min)**



Tratamento Profilático

Agudo

Inalação com O₂/ 3 – 4 L/min.

Sumatriptano SC 6mg.

Zolmitriptano nasal 20mg.

Transição

Prednisona 60 – 100mg/dia – 5 dias e reduzir 10mg/dia.

Dexametasona 4mg 2 x dia por 2 semanas seguido por 4mg durante 1 semana.

Prevenção

Verapamil (240 – 480mg/dia).

Carbonato de lítio (300 – 900mg/dia).

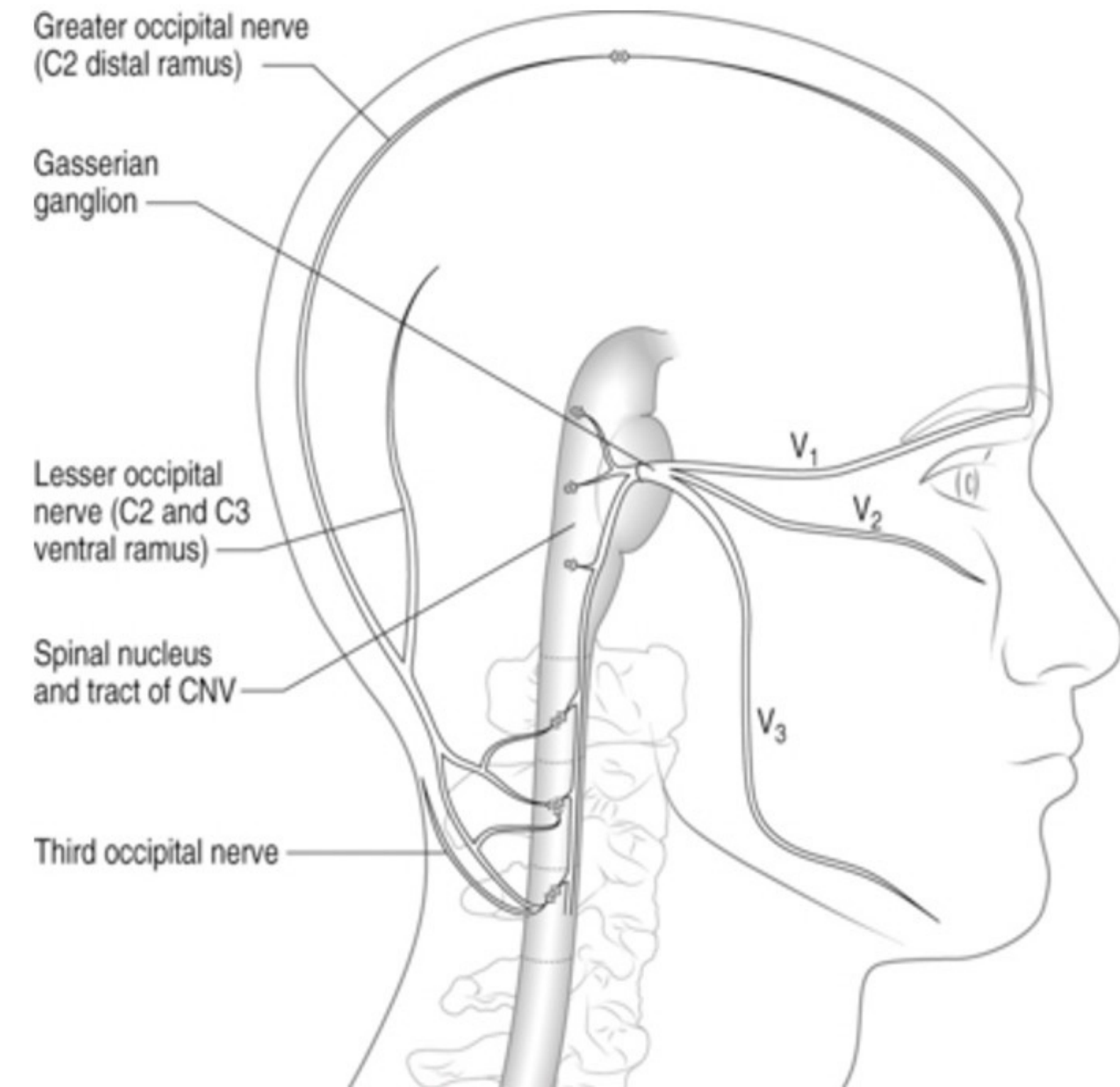
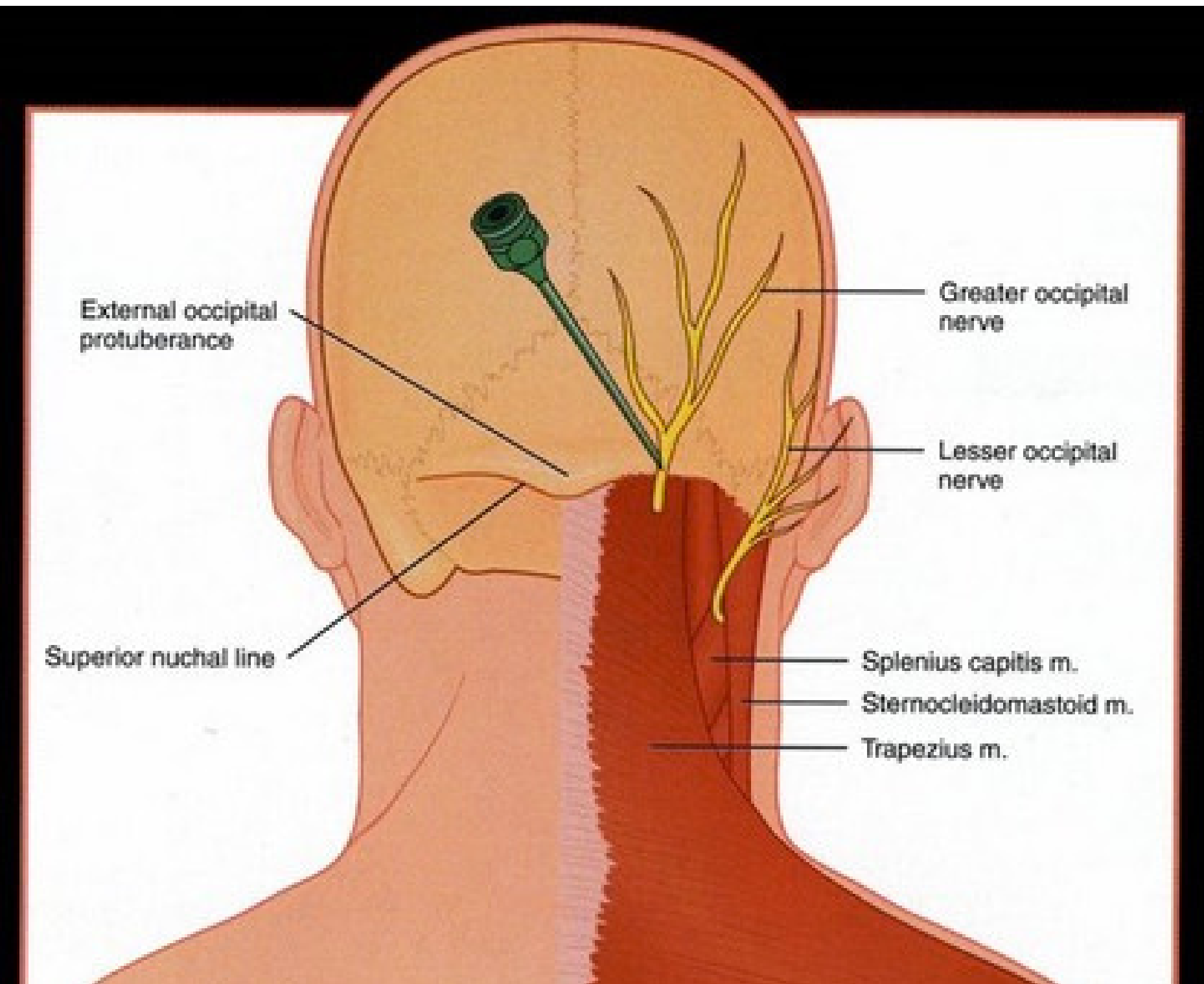
Topiramato (25 – 100mg 2 x dia).

Galcanezumab (300mg/início – 100mg/mês)



Tratamento Profilático

Bloqueio anestésico do Nervo Occipital Maior



Cefaleia Crônica Diária (CCD)

Cefaleia Crônica Diária (CCD)

Cefaleia em 15 ou mais dias/mês por mais de 3 meses.

Considere sempre a presença de Red Flags!

(HIC, Infecções, Tumores, **Uso excessivo de medicamentos**)



Fatores de Risco para CCD

Uso excessivo de medicamentos

Cafeína, Analgésicos, Ergotamínicos, Opióides

Comorbidades psiquiátricas

Distúrbio de Personalidade, depressão

Eventos estressantes

Obesidade

Insônia

TCE



Cefaleia de Rebote

A frequência da cefaleia aumenta com o tempo.

O paciente acorda de madrugada com cefaleia.

A cefaleia perde o seu padrão.

O limiar de dor é baixo para os estímulos.

Uso de crescentes doses de medicamentos.

É previsível a ocorrência da cefaléia após a última dose dos medicamentos.



Tratamento

Descontinuar abruptamente analgésicos e triptanos.

Descontinuar gradualmente opióides e cafeinados.

Prednisolona 1mg/kg/7 dias.

Iniciar profilaxia adequada.

Considerar internamento quando necessário.



Outras Cefaleias Primárias

Outras Cefaleias Primárias

Cefaleia primária da tosse

Cefaleia primária do exercício

Cefaleia primária associada à atividade sexual

Cefaleia primária em trovoada

Cefaleia por estímulo frio

Cefaleia por pressão externa

Cefaleia primária em facada

Cefaleia numular

Cefaleia hipócnica

Cefaleia persistente e diária desde o início (CPDI)



Outras Cefaleias Primárias - Tratamento

Cefaleias de Curta Duração

Indometacina 25mg 3 x dia – 2 a 8 semanas.

Propranolol 40 a 200mg/dia.

Cefaleia hipópnica

Carbonato de Lítio 300mg/noite

Cefaleia persistente e diária desde o início

Gabapentina ou Topiramato

Neuralgia do Trigêmeo

Neuralgia do Trigêmeo

É a causa mais comum de dor neuropática facial

Incidência = 3:100000



Neuralgia do Trigêmeo

Dor intensa e lancinante, em pontadas, confinada a distribuição do n.

Trigêmeo (II – III).

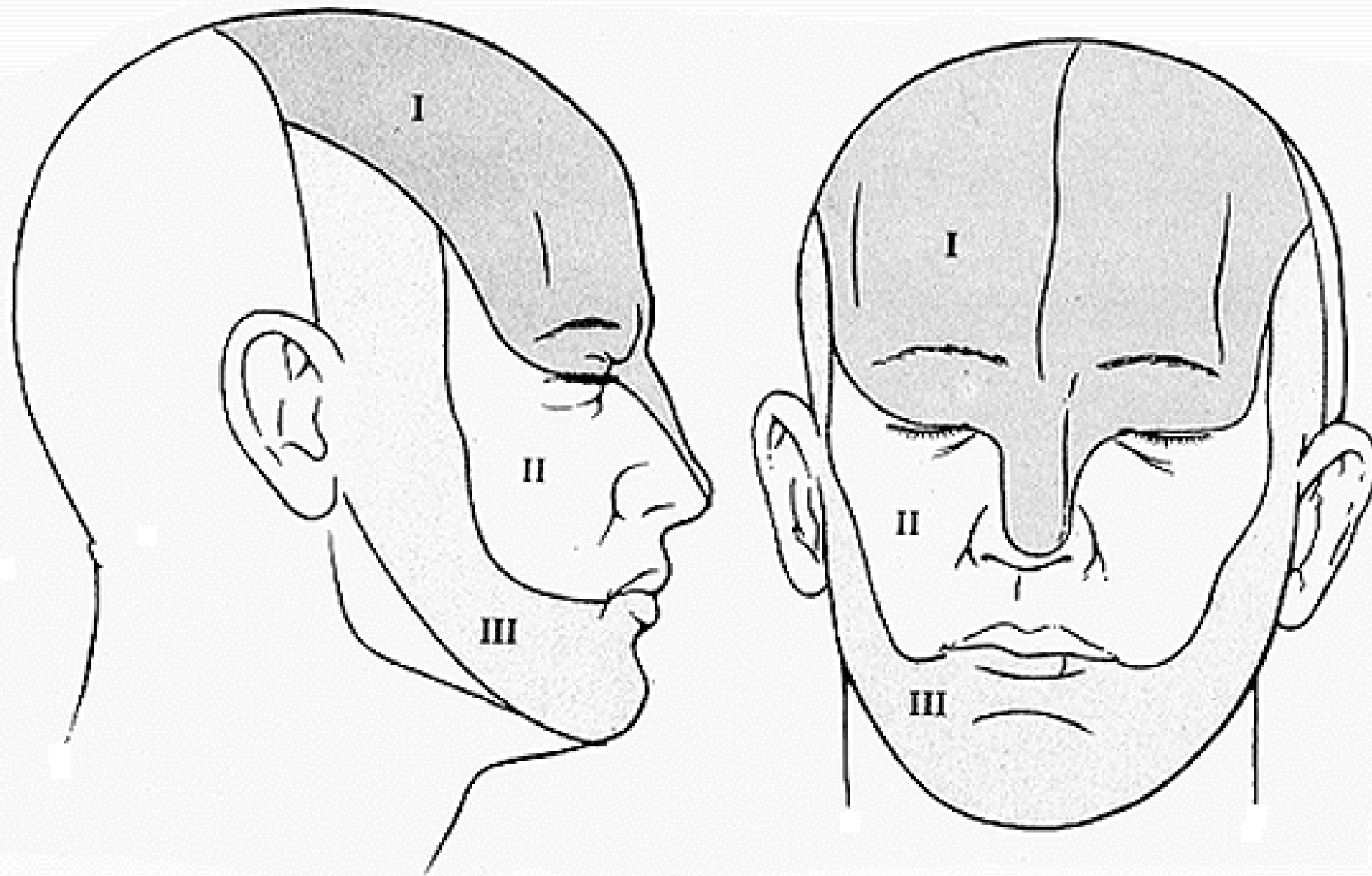
Sempre unilateral e no mesmo lugar.

As crises duram segundos, com intervalo de minutos (até 100 crises/dia).

A dor ocorre em crises, desencadeadas por conversar, comer, mastigar, escovar os dentes ou pela compressão de pontos gatilhos.

Faixa etária acima dos 50 anos.

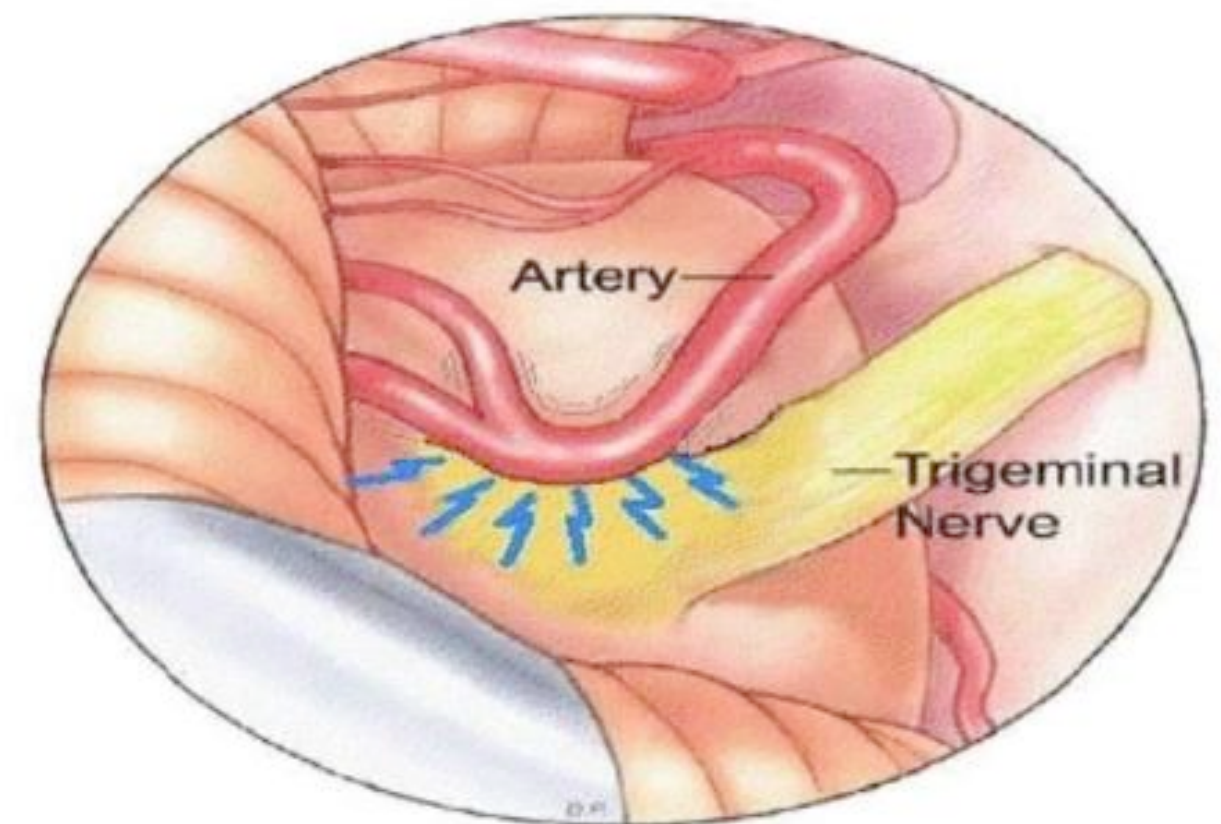
Neuralgia do Trigêmeo



Neuralgia do Trigêmeo

Transmissão aberrante de impulsos nervosos de fibras somatossensoriais para fibras nociceptivos, nos pontos de lesão de mielina do N. Trigêmeo.

- Compressão microvascular
- Senescência
- Tumores



Neuralgia do Trigêmeo Sintomática

Associado a diversas doenças

Esclerose Múltipla

Isquemia Pontina

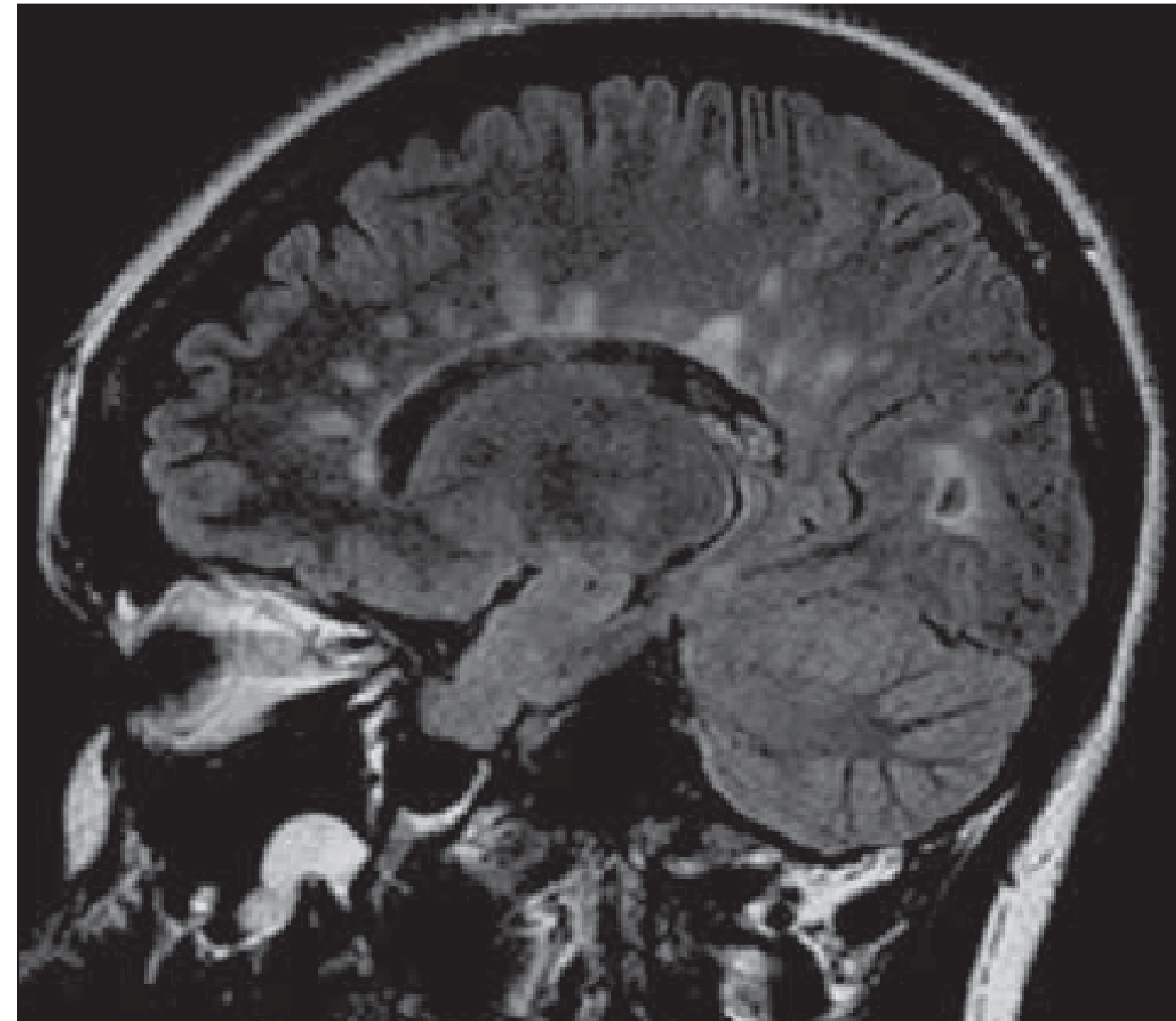
Massa tumoral

Características clínicas

Pacientes jovens

Bilateralidade dos sintomas

Dor intercrítica ou déficit neurológico



Tratamento

Neuromoduladores

Carbamazepina 600 – 1200mg/dia.

Oxcarbazepina 600 – 1200mg/dia.

Lamotrigina 200 – 400mg/dia.

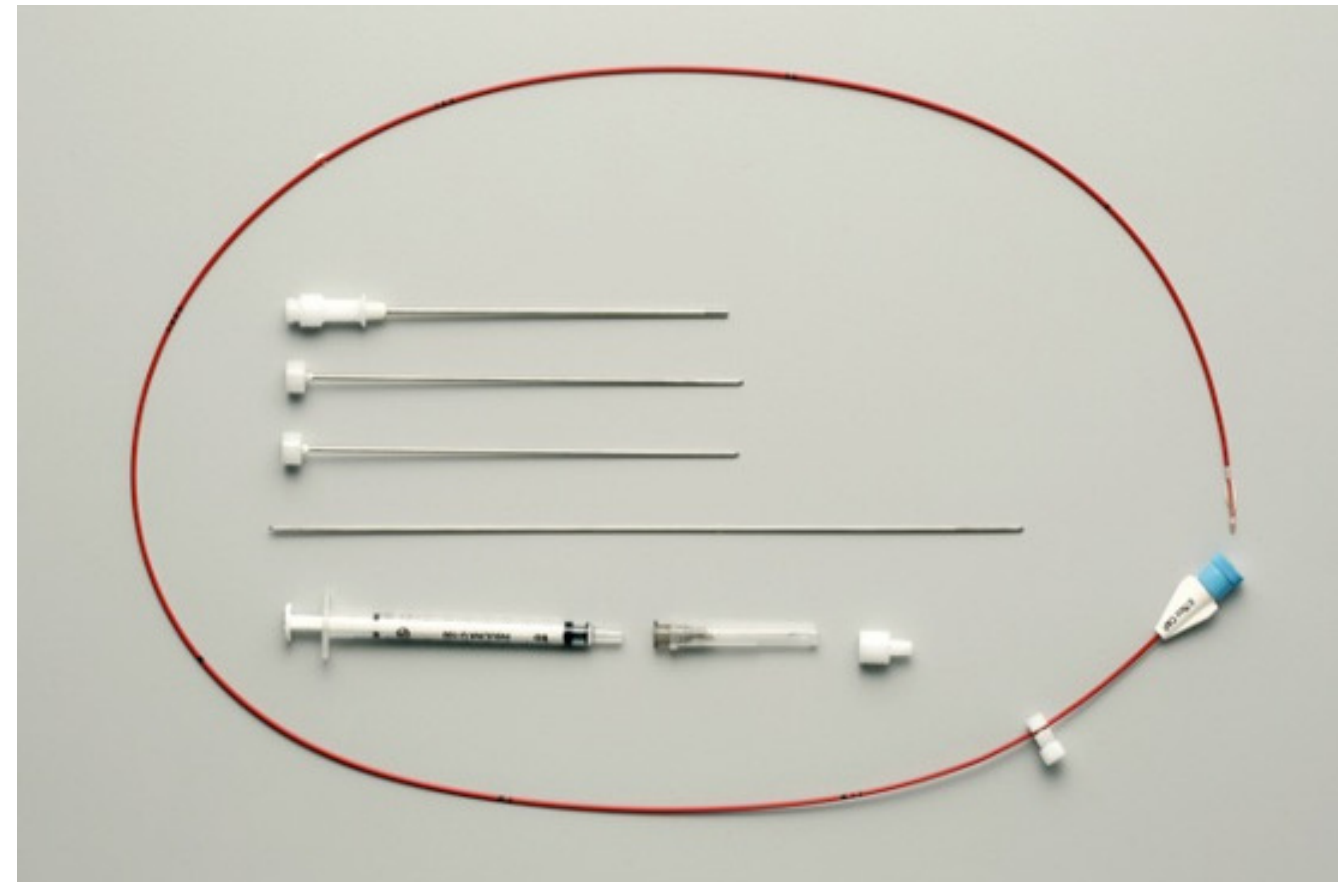
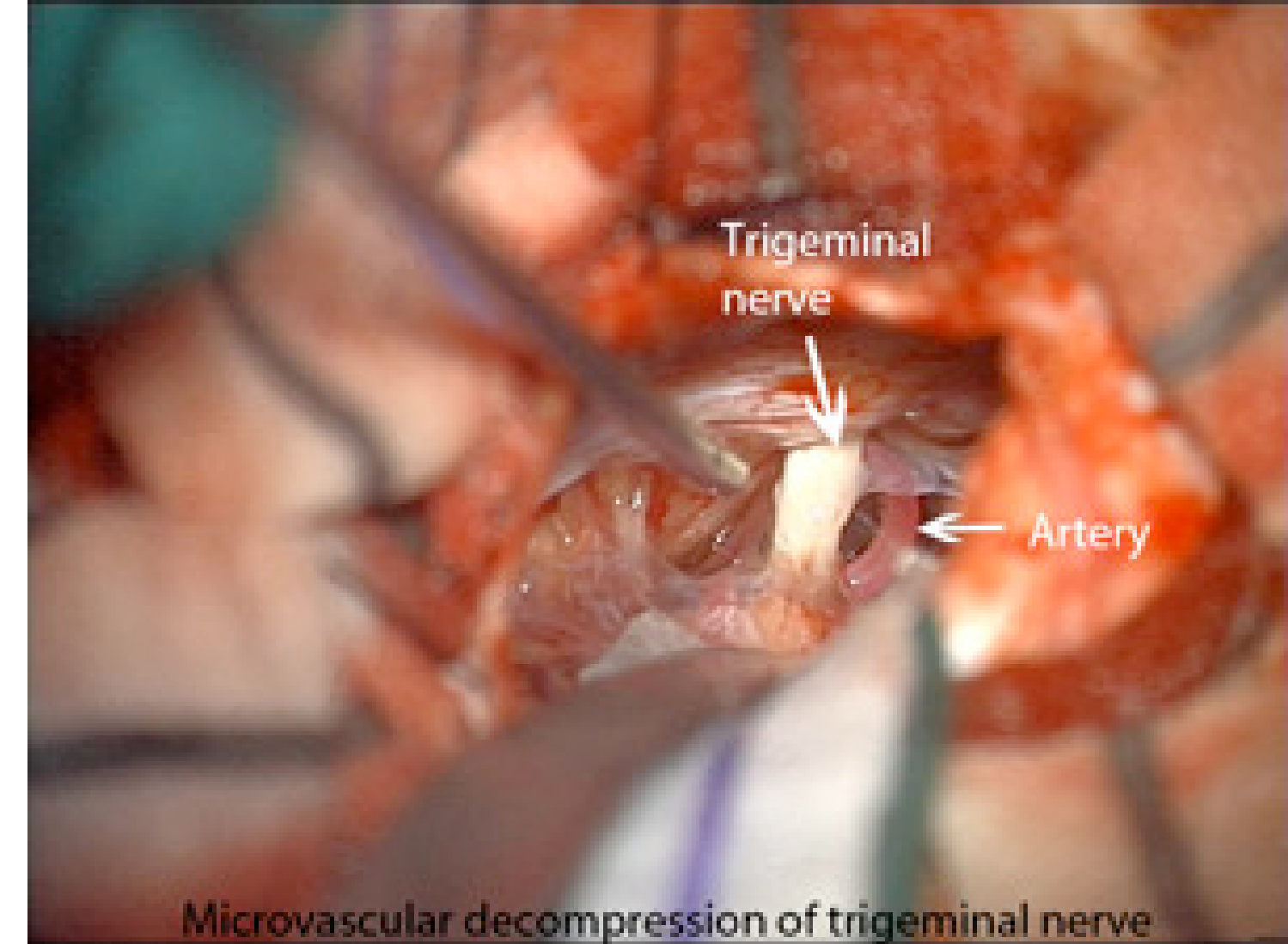


Tratamento

Cirurgia

Descompressão microvascular.

Micro-compressão percutânea por balão.



REFERÊNCIAS

AULER JÚNIOR, J. O. C; YU, LUIS. **Neurologia**. 1. ed. Editora Atheneu, 2021.

GAGLIARDI, R. J; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2. ed. Editora GEN Guanabara-Koogan, 2019.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. **Neurologia - diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Editora Manole, 2020.