

Cefaleias e Algias da Face

As questões mais importantes a serem respondidas durante a abordagem de qualquer paciente com cefaleia são:

1. A cefaleia é primária (estrutural) ou secundária (funcional)?
2. Se a cefaleia for primária, qual é o tipo?
3. Se a cefaleia for secundária, qual é a causa?

Para que estas perguntas sejam corretamente respondidas, pode-se utilizar os parâmetros abaixo expostos, sob a forma de perguntas:

Perguntas importantes:

- Como a cefaleia surge: súbita ou lentamente e em que ocasiões.
- Existem sinais de alerta, sintomas premonitórios (bocejos, poliúria, alterações de humor) ou aura?
- Qual é o sítio, a irradiação e a qualidade da dor?
- Quais são os sintomas associados (náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia, osmofobia, diarreia ou agravamento por movimentos)?
- Existem fatores desencadeantes (tosse, esforço físico, atividade sexual)?
- O que piora a cefaleia (inclinar-se, deitar-se, repouso)?
- Qual medicação está sendo atualmente utilizada e quais já foram utilizadas no passado, para ataques e prevenção da cefaleia?
- Como a cefaleia afeta a sua atividade diária?
- Existem doenças atuais ou pretéritas de relevância?
- Existe história familiar?
- Existem questões ocupacionais ou emocionais envolvidas com a cefaleia?

Causas de Cefaleia Secundária

- Tumores cerebrais primários
- Tumores cerebrais metastáticos
- Abscesso cerebral
- Hematoma subdural
- Hemorragia intracraniana
- Hemorragia subaracnóidea
- Meningite
- Arterite temporal
- Hipertensão
- Hidrocefalia
- Glaucoma
- Etc... Etc...Etc...

Os principais sinais de alerta (Red Flags), que podem indicar uma Cefaleia Secundária, são (Neurology, 2019;92:1-11)

1. Sintomas sistêmicos, incluindo febre.
2. História de neoplasia.
3. Déficit ou disfunção neurológico.
4. Início da cefaleia é súbito ou abrupto.
5. Idade acima de 50 anos.
6. Mudança de padrão de cefaleia prévia ou início recente de cefaleia.
7. Cefaleia posicional.
8. Precipitada ao tossir ou durante exercícios físicos.
9. Papiledema.
10. Cefaleia com evolução progressiva ou apresentações atípicas.
11. Gestaçao ou puerpério.
12. Olho doloroso e com sinais autonômicos.
13. Cefaleia pós-traumática.
14. Doenças do sistema imune (Ex: SIDA).
15. Uso abusivo de medicamentos sintomáticos ou uso de novo medicamento no início da cefaleia.

Observe que as situações acima são boas indicações para a realização de exames complementares, em especial os de imagem (tomografia ou ressonância magnética)!

Em relação as cefaleias primárias, para que se possa realizar o adequado estudo dos seus diagnósticos diferenciais, é de fundamental importância que se conheça os critérios diagnósticos propostos pela International Headache Society (IHS), tal como exposto abaixo:

PRINCIPAIS CEFALIAS PRIMÁRIAS

ENXAQUECA

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ENXAQUECA SEM AURA (IHS – 3ª EDIÇÃO)

- a. Pelo menos cinco crises preenchendo critérios B a D.
- b. Duração de 4 a 72 horas.
- c. Pelo menos duas das características abaixo:
 1. Unilateral.
 2. Pulsátil.
 3. Intensidade moderada a severa.
 4. Piora com atividade física rotineira.
- d. Durante a cefaleia pelo menos um dos seguintes:
 1. Náusea ou vômitos.

2. Fotofobia e fonofobia.
- e. A cefaleia não pode ser atribuída a outro transtorno.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ENXAQUECA COM AURA (IHS – 3ª EDIÇÃO)

- a. Pelo menos duas crises preenchendo critério B.
- b. Pelo menos três das seguintes quatro características:
 1. Um ou mais sintomas de aura completamente reversível, com características positivas (Ex: escotomas cintilantes) ou negativas (Ex: perda visual).
 2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis com características positivas (Ex: formigamento) ou negativas (Ex: dormência).
 3. Disfasia completamente reversível.
- c. Pelo menos dois dos seguintes:
 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais.
 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolvendo-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em \geq minutos.
 3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos.
- d. Cefaleia preenche os critérios B a D para Enxaqueca sem Aura.
- e. A cefaleia não pode ser atribuída a outro transtorno.

Fisiopatologia Resumida da enxaqueca

1. **Fase Prodrômica:** sintomas inespecíficos de caráter afetivo ou vegetativo (irritabilidade, bocejos, enrijecimento nugal) que antecedem a dor em 24 a 48 horas e estão presentes em mais de 30% dos pacientes com enxaqueca
2. **Aura:** representada por sintomas neurológicos focais que antecedem a cefaleia em aproximadamente 30 minutos a 1 hora, podendo durar de 5 a 60 minutos. A aura está relacionada com o fenômeno de depressão alastrante cortical (onda de despolarização neuronal e glial que ativa o sistema trigeminovascular e altera a permeabilidade da barreira hematoencefálica levando a alteração do fluxo sanguíneo cortical local, iniciado no lobo occipital). O tipo de aura mais comum é a visual. Outros tipos: alterações sensitivas, motoras e da fala. A aura caracteriza dois tipos de enxaqueca: enxaqueca com aura e enxaqueca sem aura
3. **Cefaleia** por ativação do sistema trigeminovascular, com liberação de peptídeos inflamatórios na microvasculatura cortical e na parede dos vasos durais, e dentre esses peptídeos, o CGRP (peptídeo relacionado ao gene da calcitonina) que tem um papel fundamental.
4. **Fase pós-drômica** com sensação de “ressaca” da crise, ocorrendo a recuperação e o desaparecimento da dor.

Fatores Desencadeantes

- Multifatorial, com componente genético
- Modificações hormonais (ciclo menstrual)
- Alimentos (chocolate, derivados do leite, frutas cítricas), bebidas alcoólicas
- Estresse, emoção, luz excessiva
- Transtornos do sono
- Jejum prolongado.

Tratamento da Enxaqueca

- Tratamento abortivo
- Tratamento profilático

Tratamento Abortivo da Enxaqueca**Dor leve a moderada → Antiinflamatórios ou analgésicos**

- Naproxeno 500mg VO.
- Ibuprofeno 600mg VO.
- Tenoxicam 20mg VO.
- Paracetamol 1g VO.

Dor intensa → Triptanos

- São agonistas dos receptores 5HT.
- Provocam vasoconstrição.
- Inibem a depressão alastrante.
- Inibem ativação do sistema trigêmio-vascular.
- Efeitos colaterais → sensação de calor no tórax, parestesias, opressão pré-cordial, tontura, sonolência, ansiedade.
- Contraindicações → doença vascular encefálica, insuficiência coronariana, hipertensão severa, Enxaqueca hemiplégica ou basilar.
- Interação medicamentosa → ergotamina, inibidores da MAO.
- Uma boa opção pode ser a combinação de triptano com AINH (ex: Sumatriptano + Naproxeno).
- Principais medicamentos:
- Sumatriptano 25, 50 e 100mg ou injeção de 6mg ou Spray nasal de 10 e 20mg.
- Naratriptano 2,5mg.
- Zolmitriptano 2,5mg.
- Rizatriptano 5 e 10mg.

Considerar sempre a possível associação dos medicamentos sintomáticos com antiemético (ex: Metoclopramida).

Regras Para a Profilaxia da Enxaqueca:

- Considere que o uso excessivo de analgésicos pode tornar o paciente refratário aos medicamentos profiláticos.
- Elaborar um diário da Enxaqueca.
- Considerar a profilaxia nos casos em que ocorram de 2 a 8 ataques por mês, a severidade dos mesmos e a dificuldade para suportá-los.
- Profiláticos podem ser combinados, quando indicado, para uma amplificação dos resultados (terapia multialvo).
- Fazer os seguintes questionamentos: Foram usadas doses adequadas nas profilaxias anteriores? Qual foi a duração do tratamento anterior? Em algum momento foram associados analgésicos e ergotamina? Quais foram os efeitos colaterais dos tratamentos anteriores?
- Manter o tratamento profilático por 6 a 9 meses, a partir do momento em que o paciente refira melhora dos sintomas com a medicação.
- Orientar ao paciente que evite fatores desencadeadores.
- Orientar exercícios físicos.
- Terapia de relaxamento.

Tratamento Medicamentoso Profilático da Enxaqueca:**Betabloqueadores**

- Contraindicado em asmáticos, bradicardia sinusal, BAV de 2º e 3º grau.
- Pode causar astenia, depressão e hipotensão postural.
- Os beta-bloqueadores utilizados são metoprolol (50 - 100mg/dia) e propranolol (80 - 160mg/dia).

Topiramato

- Os efeitos colaterais são: sonolência, fadiga, diminuição do apetite, parestesias de mãos e pés, lentificação psicomotora; dificuldade de fala, concentração e memória.
- Pode ser útil em paciente com Enxaqueca e que apresentam distúrbio bipolar, obesidade, tremor essencial e epilepsia.
- Inicia-se com 25mg duas vezes ao dia, aumentando-se 25mg a cada 7 ou 14 dias até se atingir, conforme a necessidade, uma dose de 100mg 2 vezes ao dia.

Amitriptilina

- É um antidepressivo tricíclico.
- Pode causar xerostomia, fadiga, ganho de peso, borramento visual, constipação e sedação.

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

- Iniciar sempre com doses baixas (12,5 a 25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.

Divalproato de Sódio

- É indicado na Enxaqueca crônica, cefaleia por uso excessivo de medicação, Enxaqueca refratária, cefaleia em salvas refratária, hemicrania paroxística refratária, e SUNCT refratário.
- Contra-indicado quando o paciente apresentar disfunção hepática significativa.
- Os principais efeitos colaterais são: náusea, astenia, sonolência, aumento de peso, perda de cabelo, tremor e tontura.
- Pode ser útil em paciente com Enxaqueca e epilepsia ou distúrbio bipolar.
- A dose recomendada é de 500 a 1000mg/dia.

Gabapentina

- Efeitos colaterais incluem sonolência, tontura, astenia e edema periférico.
- Pode ser útil em paciente que também apresentam epilepsia ou tremor essencial.
- Utilizam-se doses de 900 a 1200mg/dia, em três doses divididas.

Flunarizina

- Pode causar astenia, ganho de peso e borramento visual.
- Utiliza-se entre 5 e 10mg/dia.

Anticorpos Monoclonais Bloqueadores do CGRP

- Erenumabe 70 mg subcutâneo 1 vez/mês,
- Fremanezumabe 225 mg subcutâneo 1 vez/mês ou 675 mg dose trimestral
- Galcanezumabe 120 mg subcutâneo (2 canetas injetoras no primeiro mês e depois 1 vez/mês).

CEFALEIA TENSIONAL

Considere que aproximadamente 60% dos pacientes que sofrem de enxaqueca apresentam também cefaleia tipo tensão, e 25% dos pacientes com cefaleia tipo tensão também apresentam enxaqueca.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL (IHS – 3ª EDIÇÃO)

- a. Pelo menos 10 episódios prévios de cefaleia preenchendo os critérios B - D listados a seguir. Número de dias com cefaleia entre 1 e 14 por mês.
- b. Cefaleia com duração de 30 minutos a 7 dias.
- c. A dor deve ter pelo menos duas das seguintes características:
 1. Dor de qualidade compressiva ou opressiva (não pulsátil).

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

2. Intensidade leve a moderada (pode limitar, mas não impede a realização das atividades).
 3. Localização bilateral.
 4. Não se agrava por subir escadas ou por algum outro tipo similar de atividade.
- c. Ambos os seguintes:
1. Sem náusea ou vômitos (anorexia pode ocorrer).
 2. Fotofobia e fonofobia estão ausentes, ou somente um destes.
- d. A cefaleia não pode ser atribuída a outro transtorno.

Cefaleia Tensional do Tipo Episódica:

- a. Pelo menos 10 episódios prévios de cefaleia. O número de dias por ano com esta cefaleia < 180 (< 15/mês).
- b. A duração da cefaleia é de 30 minutos a 7 dias.

Cefaleia Tensional do Tipo Crônica:

- a. A frequência média das cefaleias é ≥ 15 dias/mês (≥ 180 dias/ano) por ≥ 6 meses.

Fisiopatologia da Cefaleia Tensional

A fisiopatologia da Cefaleia Tensional não está elucidada, mas sabe-se que resulta de fatores centrais e periféricos, relacionados com um estado de tensão emocional crônica (contração muscular, diminuição do limiar doloroso nos músculos cervicais e cranianos, ansiedade).

Tratamento Medicamentoso da Cefaleia Tensional

- Tratamento abortivo
- Tratamento profilático

Tratamento Abortivo da Cefaleia Tensional

- Quando o quadro doloroso é ocasional, opta-se pelo uso de paracetamol VO, 750 a 1.000 mg; ou dipirona VO, 500 mg; AINE – diclofenaco VO, 50 a 100 mg; ou ibuprofeno VO, 400 a 800 mg; ou naproxeno VO, 550mg; ou celecoxibe VO, 200 a 400 mg/dia.
- Lembrar sempre que o uso diário de analgésicos pode redundar em cefaleia de rebote (cefaleia medicamentosa ou de rebote), que ocorre sempre quando o efeito do analgésico diminui. Isto predispõe à Cefaleia Crônica Diária.

Tratamento Medicamentoso Profilático da Cefaleia Tensional**Amitriptilina**

- Podem causar xerostomia, tremor e sedação.

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

- Iniciar sempre com doses baixas (12,5 a 25mg/dia), para então proceder ao seu aumento gradativo (até 75 ou 150mg/dia), sendo a droga administrada sempre à noite.
- Nortriptilina pode ser uma opção quando a amitriptilina é pouco tolerada.

CEFALEIA EM SALVAS

- Ocorre em 0,4% da população.
- Acomete 8 homens x 1 mulher.
- Início entre 20 e 40 anos.
- Desencadeado por álcool ou drogas vasodilatadoras.
- Raramente com história familiar.
- A reação inflamatória ao redor do seio cavernoso, observada em muitos pacientes, não explica a periodicidade da dor, que seria decorrente de disfunção central (núcleo supraquiasmático do hipotálamo, o qual apresenta conexões com núcleos serotoninérgicos e trigeminais no tronco cerebral).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CEFALEIA EM SALVAS

- Pelo menos cinco crises preenchendo critérios B – D.
- Dor orbitária, supraorbitária ou temporal severa unilateral, durando de 15 a 180 minutos quando não tratada.
- A cefaleia é associada a pelo menos um dos seguintes sinais, que deve estar presente no lado da dor:
 - Sufusão Conjuntival
 - Lacrimejamento
 - Congestão nasal
 - Rinorréia
 - Sudorese Facial
 - Miose
 - Ptose
 - Edema Palpebral
- Freqüência dos ataques: de 1 a cada 2 dias até 8 por dia.
- Pelo menos um dos seguintes:
 - História e exame clínico não sugerem cefaleia secundária.
 - História e/ou exame clínico sugerem uma cefaleia secundária, mas esta hipótese é descartada por exames complementares.
 - Existe doença orgânica ou metabólica sistêmica, mas os ataques de cefaleia tensional não aconteceram pela primeira vez em relação temporal próximo a esta doença.

Cefaleia em Salvas Episódica

- Ocorre em períodos durando de 7 dias a 1 ano, com intervalos sem dor que duram ≥ 14 dias.

Cefaleia em Salvas Crônica

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

- a. Ataques ocorrem por mais de 1 ano sem remissão ou com remissões que duram < 14 dias.

Considere que um dos principais diagnósticos diferenciais da Cefaleia em Salvas é a **Hemicrania Paroxística**, que pode ser diferenciada pelas seguintes características.

Tratamento da Cefaleia em Salvas

O **tratamento sintomático** é feito com oxigênio sob máscara nasal (10 l/min) durante 10 a 15 minutos (efetivo em 70% dos casos) ou com injeção subcutânea de sumatriptano 6mg ou sumatriptano sob a forma de spray nasal. Objetivando a prevenção de futuras crises dolorosas, faz-se um **tratamento de transição** com prednisona 1mg/kg/dia por 7 dias, iniciando-se ao mesmo tempo o **tratamento profilático** com uma das drogas abaixo:

- Verapamil, iniciando com 80mg 2 x dia (droga de escolha!).
- Topiramato, iniciando com 25mg 2 x dia.
- Carbonato de lítio.

HEMICRANIA PAROXÍSTICA

- Duração menor (3 a 46 minutos, em média 13 minutos).
- Maior frequência (10 a 20 crises/dia).
- Início ao redor dos 30 anos.
- Mais freqüente em mulheres.
- Pode ser considerado um raro subtipo de Cefaleia em Salvas Crônica.
- Importante resposta ao uso de indometacina (teste terapêutico).
- Na hemicrania paroxística, quando falhar o tratamento com indometacina, deve-se rever as características clínicas da dor, podendo ser cefaleia em salvas.

CEFALEIA CRÔNICA DIÁRIA (CCD)

- Cefaleia em 15 ou mais dias/mês por mais de 3 meses.
- Considere sempre a presença de Red Flags, que podem indicar HIC, infecções, tumores ou uso excessivo de medicamentos.

Epidemiologia da Cefaleia Crônica Diária

- 20% dos casos são primários.
- 80% são evolução de outras cefaleias.
- 35 a 40% dos pacientes em centros de referência possuem CCD.
- 70% dos pacientes com CCD possuem Enxaqueca crônica ou transformada.
- Cefaleia tensional crônica pura é raro.

Fatores de risco para Cefaleia Crônica Diária

- TCE

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

- Uso excessivo de medicamentos (Cafeína, Analgésicos, Ergotamínicos, Opióides).
- Comorbidades psiquiátricas (Depressão, Ansiedade, Distúrbio Bipolar, distúrbio do sono).
- Eventos estressantes (Problemas de relacionamento, mudanças).

Características da Cefaleia por Excesso de Medicamentos

- 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 cefaleia após a última dose dos medicamentos.

Critérios da Cefaleia por Excesso de Medicamentos (Cefaleia de Rebote)

- Cefaleia presente por > 15 dias/mês, conforme critérios C e D.
- Uso regular de medicamentos por > 3 meses
 - A. Ergotamina, triptanos, opióides e analgésicos combinados > 10 dias/mês.
 - B. Analgésicos > 15 dias/mês.
- Cefaleia piora acentuadamente durante o período de uso do (s) medicamentos (s).
- A cefaleia se resolve ou reverte ao seu padrão prévio dentro de 2 meses após descontinuar a droga.

Tratamento da Cefaleia de Rebote

- Descontinuar abruptamente analgésicos e triptanos.
- Descontinuar gradualmente opióides e cafeinados.
- Prednisolona 1mg/kg/7 dias.
- Iniciar profilaxia adequada.
- Considerar internamento quando necessário.

NEURALGIA DO TRIGÊMEO

- Crises paroxísticas de dor com duração de segundos a 2 minutos, afetando uma ou mais divisões do n. Trigêmeo (II ou III).
- A dor tem pelo menos uma das seguintes características: Intensa, aguda, superficial ou em pontada e desencadeada por estímulos nociceptivos em áreas de gatilho (escovar os dentes, lavar o rosto, barbear-se, falar, fumar, sorrir, mastigar).
- Os ataques de nevrálgia são mais comuns na segunda e terceira divisão do nervo trigêmeo, sendo que a dor restrita à divisão oftálmica é rara.
- Forma primária: a compressão microvascular é responsável pela maioria dos casos. O achado mais comum consiste na compressão pela artéria cerebelar superior, podendo, no entanto, estar envolvidas a artéria cerebelar póstero-inferior, vertebral e cerebelar ântero-inferior.

CARON, CR - NEUROLOGIKO.COM

- Compressão venosa: em 10% dos casos, não há comprometimento sensitivo e a divisão motora do nervo está intacta.
- Forma secundária: Esclerose múltipla (dor bilateral), tumor do ângulo pontocerebelar, Schwannoma e outras lesões locais. Não está relacionada a compressão neurovascular.

Tratamento Medicamentoso da Neuralgia do Trigêmeo

- Carbamazepina (600 – 1200mg/dia)
- Oxcarbazepina (900 - 1800mg/dia)
- Lamotrigina (100 - 200mg/dia)

Tratamentos Invasivos da Neuralgia do Trigêmeo (indicados nos casos refratários)

- Descompressão microvascular
- Rizotomia percutânea por radiofrequência (RPRF)
- Rizotomia percutânea por glicerol (RPG)
- Microcompressão percutânea do gânglio trigeminal
- Radiocirurgia estereotáxica.

Bibliografia:

1. LEWIS, S. L. **Continuum - Headache**. American Academy of Neurology, v. 24, n. 4, 2018.
2. GAGLIARDI, R. J; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional, 2019.
3. GOLDMAN, L; SCHAFER, A. I. et al. **Goldman - Cecil - Medicina**. 26. ed. Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional, 2022.
4. PORTO, C. C. **Clínica médica na prática diária**. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Grupo Editorial Nacional, 2022.