

Sinapse®

Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia

SUPLEMENTO 1 | Volume 9 | Nº2 | Novembro de 2009

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIAS

2ª EDIÇÃO: NOVEMBRO DE 2009

Edição conjunta da:
Sociedade Portuguesa de Neurologia
Sociedade Portuguesa de Cefaleias

Autores:

Prof. Doutor José Maria Pereira Monteiro
Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro
Dra. Isabel Maria dos Santos Luzeiro
Dra. Maria Gabriela de Araújo Sousa Fernandes Machado
Dra. Paula Maria Ferreira Lopes Esperança

Sociedade Portuguesa de Neurologia

Direcção

Presidente

Isabel Pavão Martins (Lisboa)

Vice-Presidentes

Elsa Parreira (Amadora)

Pedro Nunes Vicente (Coimbra)

José Vale dos Santos (Lisboa)

Tesoureira

Isabel Luzeiro (Coimbra)

Mesa da Assembleia Geral

Presidente

Orlando Leitão (Lisboa)

Secretários

António Leite Carneiro (Lisboa)

Assunção Tuna (Porto)

Conselho Fiscal

Presidente

José Barros (Porto)

Vogais

Élia Baeta (Viana do Castelo)

Filipa Falcão (Lisboa)

Sinapse®

Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia

Órgão oficial de: Sociedade Portuguesa de Neurologia; Liga Portuguesa Contra a Epilepsia; Sociedade Portuguesa de Cefaleias; Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares; Sociedade Portuguesa de Neuropatologia; Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia.

Versão electrónica: www.spneurologia.org

Indexada nas bases bibliográficas: EMBASE / Excerpta Medica Database (Elsevier), SCOPUS (Elsevier), www.indexrmp.com

Administração

Isabel Pavão Martins

Elsa Parreira

Isabel Luzeiro

Secretariado

Sónia Barroso

Ficha Editorial

Director

Alexandre de Mendonça (Lisboa)

Conselho Editorial

António Cerejo (Porto)

Cristina Januário (Coimbra)

Francisco Pinto (Lisboa)

Isabel Santana (Coimbra)

João de Sá (Lisboa)

João Paulo Farias (Lisboa)

José Pimentel (Lisboa)

Mamede de Carvalho (Lisboa)

Patrícia Canhão (Lisboa)

Teresinha Evangelista (Lisboa)

Conselho Científico

Alexandre Castro Caldas (Lisboa)

António Bastos Lima (Porto)

António Freire Gonçalves (Coimbra)

Luis Cunha (Coimbra)

José Ferro (Lisboa)

Paula Coutinho (Santa Maria da Feira)

Teresa Paiva (Lisboa)

Comissão de Redacção deste suplemento

Prof. Doutor José Maria Pereira Monteiro

Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro

Dra. Isabel Maria dos Santos Luzeiro

Dra. Maria Gabriela de Araújo Sousa Fernandes Machado

Dra. Paula Maria Ferreira Lopes Esperança

Sinapse®

Rua da Misericórdia, n.º 76,

Gabinete 215,

1200-273 LISBOA, Portugal

Tel./Fax: +351 213 210 112 | Tm.: +351 938 149 887

Correio electrónico: spn.edi@spneurologia.org

Design: Isabel Monteiro, Next Color - Sol. Digitais, Lda., Porto

Produção gráfica: Multitema - Sol. de Impressão, S.A., Porto

Produção da versão electrónica: CGMdesign.NET

Propriedade: Sociedade Portuguesa de Neurologia

Registo de Marca: 358 268

(Instituto Nacional de Propriedade Industrial)

ISSN: 1645-281X

Depósito Legal: 172 674/01

Tiragem: 600 exemplares

Edição: Publicação semestral; SUPLEMENTO 1 -

Volume 9 - Número 2 - Novembro de 2009

Preço unitário: €10; **Assinatura anual:** €15

As *Recomendações Terapêuticas para Cefaleias*, publicadas neste suplemento da Sinapse, são da responsabilidade da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.



RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIAS

I PARTE. CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Edição conjunta da: **Sociedade Portuguesa de Neurologia e da Sociedade Portuguesa de Cefaleias**

Porto, Novembro de 2009

Autores: José Maria Pereira Monteiro, Carlos Alberto Fontes Ribeiro, Isabel Maria dos Santos Luzeiro, Maria Gabriela de Araújo Sousa Fernandes Machado, Paula Maria Ferreira Lopes Esperança



ÍNDICE GERAL	pág.
Chave de Siglas	3
Índice de Quadros	3
Nota prévia	4
Resumo	5
Introdução	6
Epidemiologia	6
Descrição, classificação e critérios de diagnóstico (ICHD-II 2004)	8
Enxaqueca	8
Cefaleia tipo Tensão	14
Cefaleias Trigemino-autonómicas	15
Cefaleia em Salvas	15
Hemicrânia Paroxística	16
SUNCT	16
Outras cefaleias primárias	17
Terapêutica	18
I. Objectivos	18
II. Medidas gerais	18
III. Medidas específicas	19
1. Não farmacológicas	19
Enxaqueca	19
Cefaleias tipo Tensão	19
Cefaleia em Salvas	19
Outras cefaleias primárias	20
2. Farmacológicas	20
Enxaqueca	20
Cefaleias tipo Tensão	24
Cefaleia em Salvas	25
Hemicrânia paroxística	25
SUNCT	26
Outras cefaleias primárias	26
IV. Precauções, contra-indicações, reacções adversas, interacções	27
Fluxogramas de diagnóstico e tratamento	31
Bibliografia fundamental	35

CHAVE DE SIGLAS

I	Evidência científica de nível I
II	Evidência científica de nível II
III	Evidência científica de nível III
IV	Evidência científica de nível IV
V	Evidência científica de nível V
A	Evidência científica categoria A
B	Evidência científica categoria B
C	Evidência científica categoria C
AINE	Anti-inflamatório não esteróide
DHE	Dihidroergotamina
EEG	Electroencefalograma
F	Sexo feminino
ICHD-II	International Classification of Headache Disorders II ed.
IHS	International Headache Society
M	Sexo masculino
NNT	Número necessário tratar
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
TAC	Cefaleia Trigemino-autonómica
TC	Tomografia Computorizada

N.º ÍNDICE DE QUADROS	
1	GRADAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
2	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALÉIAS (ICHD-II)
3	ENXAQUECA: CLASSIFICAÇÃO
4	ENXAQUECA SEM AURA / ENXAQUECA COM AURA
5	AURA TÍPICA COM CEFALÉIA TÍPICA
6	AURA TÍPICA COM CEFALÉIA ATÍPICA
7	AURA TÍPICA SEM CEFALÉIA
8	ENXAQUECA HEMIPLÉGICA FAMILIAR
9	ENXAQUECA HEMIPLÉGICA ESPORÁDICA
10	ENXAQUECA DE TIPO BASILAR
11	SÍNDROMOS PERIÓDICOS DA INFÂNCIA GERALMENTE PRECURSORES DE ENXAQUECA
12	ENXAQUECA RETINIANA
13	COMPLICAÇÕES DA ENXAQUECA
14	PROVÁVEL ENXAQUECA
15	CEFALÉIA TIPO TENSÃO: CLASSIFICAÇÃO
16	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO EPISÓDICA
17	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO CRÓNICA
18	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO PROVÁVEL
19	CEFALÉIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALÉIAS TRIGEMINO-AUTONÓMICAS
20	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS EM SALVAS
21	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUBTIPOS DE CEFALÉIAS EM SALVAS
22	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA
23	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUBTIPOS DE HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA
24	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO SUNCT
25	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CEFALÉIAS TRIGEMINO-AUTONÓMICAS
26	TRATAMENTO: MEDIDAS ESPECÍFICAS (NÃO FARMACOLÓGICAS)
27	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CRISE DE ENXAQUECA
28	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA
29	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO
30	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALÉIA EM SALVAS
31	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA
32	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA ENXAQUECA (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
33	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
34	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
35	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
36	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
37	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
38	INTERACÇÕES FARMACOLÓGICAS (a nível farmacocinético e a nível farmacodinâmico)



NOTA PRÉVIA

Os autores consideram que, dado o volume e diversidade de situações clínicas que esta patologia envolve, as recomendações deverão ser elaboradas por fases sucessivas e propõem a seguinte distribuição:

1º Cefaleias primárias (grupos 1 a 4 da Classificação de Cefaleias da International Headache Society – ICHD-II de 2004)

2º Cefaleias secundárias (grupos 5 a 12)

3º Nevralgias cranianas, dor facial central ou primária e outras cefaleias (grupos 13 e 14 da ICHD-II).

Consideram ainda que no âmbito das recomendações terapêuticas deverão ser incluídos dados epidemiológicos, critérios de diagnóstico, métodos de avaliação clínica e regras terapêuticas gerais e específicas para cada grupo nosológico.



RESUMO

As recomendações terapêuticas para as cefaleias incluem a avaliação clínica, o diagnóstico, a investigação laboratorial, as medidas gerais e medidas específicas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento das cefaleias primárias.

DIAGNÓSTICO

Baseia-se nos critérios de diagnóstico propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias, publicados na revista *Cephalgia*, 2004;24 S1:1-160, com a designação de International Classification of Headache Disorders (ICHD-II).

AVALIAÇÃO

Consiste, para além da avaliação clínica neurológica e geral, na investigação laboratorial apropriada a cada caso, sempre que se justifique, isto é, sempre que se suspeite de lesão orgânica subjacente.

MEDIDAS GERAIS

Para as cefaleias primárias estas medidas consistem essencialmente em tranquilizar o doente informando-o sobre a natureza benigna da sua doença, aconselhar a reconhecer e evitar os factores desencadeantes e de agravamento da sintomatologia (variáveis conforme o tipo de cefaleia e o doente em causa), aconselhar a terapêutica apropriada e a evitar a auto-medicação e o abuso medicamentoso.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

I. Não farmacológicas

Nas cefaleias idiopáticas estas medidas variam conforme o tipo de cefaleia que o doente apresenta. Assim teremos:

1. Enxaqueca – Técnicas de relaxamento, técnicas de retro-controlo biológico (Bio-feedback) e acupunctura;
2. Cefaleia tipo tensão – Fisioterapia; Acupunctura e Psicoterapia;
3. Cefaleia em salvas – Cirurgia (termo-coagulação do gânglio de Gasser; secção da raiz oftálmica do nervo trigémio e radiocirurgia) e ainda estimulação do nervo vago, do nervo grande occipital e estimulação cerebral profunda do núcleo hipotalâmico;
4. Outras cefaleias primárias – as medidas variam conforme o tipo e a causa da cefaleia.

II. Farmacológicas

Variam com o tipo de cefaleia em causa. Consistem em tratamento sintomático (da crise) e/ou no tratamento preventivo (das crises) e são as seguintes:

1. Enxaqueca

a. Sintomático

- i. Crises leves a moderadas: Analgésicos e AINEs;
- ii. Crises moderadas a severas: Triptanos ou ergotamínicos;
- iii. Crises muito severas e prolongadas: corticosteróides e sedativos, e em qualquer dos casos precedidos ou acompanhados de anti-eméticos quando há vômitos associados.

b. Preventivo:

- i. Adrenolíticos β (atenolol, nadolol, metoprolol, propranolol, timolol);
- ii. Bloqueadores dos canais de cálcio (flunarizina, verapamil);
- iii. Antidepressivos (amitriptilina, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina);
- iv. Antiepilépticos (gabapentina, topiramato, valproato de sódio/divalproato de sódio);
- v. Antiserotonínicos (ciproheptadina);
- vi. AINEs (ácido tolfenâmico, cetoprofeno, ibuprofeno, naproxeno, acetilsalicilatos: AAS; acetilsalicilato de lisina).

2. Cefaleia tipo tensão:

a. Sintomático;

- i. Analgésicos;
- ii. Anti-inflamatórios não esteróides
- iii. Miorrelaxantes

b. Preventivo

- i. Antidepressivos
- ii. 5-hidroxitriptofano
- iii. Toxina botulínica

3. Cefaleias trigemino-autonómicas, designação que engloba os seguintes quadros: Cefaleia em salvas (Horton) episódica e crónica; Hemicrânia paroxística episódica e crónica; SUNCT- cefaleia nevrálgiforme, unilateral e de curta duração com injeção conjuntival e lacrimejo, para o que se propõem os seguintes tratamentos:

a. Cefaleia em Salvas

- i. Sintomático
 1. Oxigenoterapia
 2. Sumatriptano
 3. Ergotamina
 4. Dihidroergotamina (DHE)
 5. Lidocaína intranasal a 4% (não disponível)

ii. Preventivo

1. Verapamil
2. Lítio
3. Ergotamina
4. Valproato de sódio

5. Topiramato
6. Gabapentina
7. Lamotrigina
8. Frovatriptano
9. Acetazolamida
10. Corticoides (estes só na forma episódica)

b. Hemicrânia Paroxística:

- i. Indometacina – o tratamento é simultaneamente sintomático e preventivo.

c. SUNCT

- i. Gabapentina
- ii. Lamotrigina
- iii. Carbamazepina
- iv. Corticosteróides

4. Outras cefaleias primárias

- a. O tratamento é sintomático e varia com a sintomatologia que o doente apresenta.

INTRODUÇÃO

Os autores consideram que estas recomendações que incluem apenas os fármacos disponíveis no mercado nacional à data da sua elaboração, têm por objectivos:

1. Contribuir para uma rápida actualização no diagnóstico e terapêutica das situações mais comuns deste grupo nosológico;
2. Fornecer um modelo lógico e baseado na evidência científica para o tratamento das diversas condições clínicas que abrange;
3. Contribuir para a racionalização da prescrição tendo como preocupação a redução dos efeitos secundários e das interações medicamentosas através de um melhor conhecimento dos fármacos e da patologia envolvida. Mas, não pretendem que sejam: 1. Um instrumento de coerção terapêutica; 2. Limitativas do necessário juízo crítico e uso do senso clínico perante cada caso concreto; 3. Uniformizadoras de toda a conduta terapêutica em cefaleias, nem que: 4. Dispensem a consulta do Resumo das Características do Medicamento (RCM).

Consideram ainda que as recomendações agora propostas necessitam de ser actualizadas regularmente e que para tal, a actual comissão redactorial deverá estar em permanente actividade para analisar, em tempo útil, qualquer modificação relevante da informação científica disponível sobre a fisiopatologia, farmacoterapia, farmacovigilância e farmacoeconomia relativas a esta área do conhecimento médico, em rápida evolução, fundamentando todas as suas recomendações com base na gradação da evidência científica de eficácia segundo os critérios inseridos na classificação anexa (Quadro 1).

QUADRO 1 - GRADAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

(Cook D. J. e col. Chest, Out 1992, 102; 4 supl:306S-311S)

Categoria	Descrição
A	Baseada em evidência de nível I
B	Baseada em evidência de nível II
C	Baseada em evidência de nível III, IV, V

Níveis de evidência	Descrição
I	Evidência proveniente de pelo menos 1 ensaio controlado e aleatorizado com erros alfa (falsos positivos) e beta (falsos negativos) baixos
II	Evidência proveniente de pelo menos 1 ensaio controlado e aleatorizado com erros alfa (falsos positivos) e beta (falsos negativos) elevados
III	Evidência proveniente de estudos não aleatorizados com controlos concorrentes (coorte ou caso-controlo)
IV	Evidência proveniente de estudos não aleatorizados com controlos históricos, séries de casos e casos clínicos
V	Evidência proveniente da opinião de peritos (não fundamentada nos estudos descritos nos outros níveis).

Nota: A causa mais frequente de erro alfa é a dimensão insuficiente da amostra.

EPIDEMIOLOGIA

A cefaleia, como sintoma isolado ou integrado em síndromas mais ou menos complexas, é um fenómeno extremamente frequente, tendo acompanhado o ser humano desde tempos imemoriais.

O facto de ser tão comum, frequentemente familiar e de curso previsível, em grande parte dos casos, contribui significativamente para que muitas vezes passe fora do alcance médico, isto é, evolua sem recurso a cuidados médicos.

O carácter eminentemente subjectivo das cefaleias e dos sintomas acompanhantes, a ocorrência em episódios com grande variabilidade na severidade, duração, frequência e manifestações associadas, a frequente ocorrência de mais de um tipo de cefaleias no mesmo indivíduo, a par da ausência de marcadores biológicos para a maior parte das situações, torna muito difícil o estudo epidemiológico de cefaleias.

Um acontecimento muito importante foi o aparecimento de um novo instrumento de trabalho na investigação, a classificação e a definição dos critérios de diagnóstico para as diversas entidades clínicas, elaborados pela Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society – IHS), publicada em 1988¹. Constituiu um factor decisivo para a renovação dos estudos epidemiológicos, especialmente dos estudos de base populacional, utilizando as modernas tecnologias de entrevista e de análise estatística uni e multivariada.



A nova classificação da International Headache Society publicada em Janeiro de 2004², mantendo a mesma metodologia, introduziu algumas alterações quer na classificação quer nos critérios de diagnóstico de grande número de entidades clínicas, baseando-se na evidência científica demonstrada nas publicações existentes e na experiência clínica dos participantes nas comissões nomeadas para a elaboração da nova Classificação (ICHD-II).

Prevalência

Os dados existentes da prevalência de cefaleias são claramente determinados pelas formas clínicas mais frequentes, como a enxaqueca e a cefaleia de tensão³⁻⁷.

Enxaqueca

Como consequência da grande variabilidade da apresentação clínica da enxaqueca, torna-se difícil a avaliação da sua prevalência. Os resultados dos diversos estudos efectuados são contraditórios, não só porque as populações estudadas são diferentes em idade, sexo e situação profissional, mas, e essencialmente, porque foram utilizados critérios de diagnóstico diferentes. Assim, vemos que Balyeat e Rinkel, em 1931, encontraram referência a enxaqueca em percentagens variáveis de 3,7% a 13,5% dos vários grupos sociais estudados, com uma média para a população geral de 5%. Bille, em 1962, encontrou em 9.000 crianças suecas, 1% de enxaquecas na idade dos 6 anos e 5% aos 11 anos. Dalsgaard-Nielsen, em 1970, num estudo de crianças dinamarquesas, encontrou enxaquecas em 3% aos 7 anos e 9% aos 15 anos e, em adultos, 11% no sexo masculino e 19% no sexo feminino. Waters e O'Connor, em 1970, no País de Gales, encontraram enxaqueca em 19% de 2933 mulheres com as idades de 20 a 64 anos⁸. Na Inglaterra, um estudo efectuado em 1975, numa população geral de 15.000 pessoas, pelo British Migraine Trust mostrou que 10% dos homens e 16% das mulheres sofriam de cefaleias unilaterais periódicas e que se fossem incluídas as cefaleias bilaterais com características de enxaqueca atingir-se-iam valores de 20% para o sexo masculino e 26% para o sexo feminino. A média para a população estudada foi de cerca de 20% (sendo maior na mulher e menor na criança)³⁻²⁰.

Um estudo efectuado por Ogunyemi, em 1984, numa população rural da Nigéria, revelou uma prevalência de 5% no sexo masculino e 9% no sexo feminino, aumentando até 17% durante a idade reprodutiva⁹.

Em Portugal, um estudo de prevalência numa população estudantil universitária efectuado em 1992 por Pereira Monteiro e colaboradores revelou uma prevalência de enxaqueca de 12,1% (6,1% isolada e mais 6,0 % associada

a outras formas de cefaleias)¹⁰. E em um estudo populacional efectuado por Pereira Monteiro mostrou uma prevalência de enxaqueca ao longo da vida de 16,2% (8,8% na forma pura e mais 12,1% associada a outras formas de cefaleias, predominantemente cefaleias de tensão)⁷.

Os dados da literatura demonstram claramente que a enxaqueca é uma afecção amplamente distribuída na população mundial e em diferentes raças e condições sociais³⁻²².

Cefaleias tipo tensão

A Cefaleia Tipo Tensão é uma situação clínica muito frequente. As primeiras estimativas baseadas nos dados epidemiológicos de Waters e O'Connor's¹⁹ em diferentes grupos populacionais, sugerem uma prevalência de 10,4% a 11,7% na população geral^{20,22}. Estudos epidemiológicos mais recentes^{5,10,11,16-18,20,21} apontam para valores bastante mais elevados como o de Philips, de 1977²⁰, que encontrou 65/68% (M/F) ou o de Rasmussen, de 19915, que detectou 69/88% (M/F). No estudo populacional português⁷ detectou-se uma prevalência ao longo da vida de 62,5% na forma pura acrescida de mais 12,1% de formas combinadas com outros tipos de cefaleias, principalmente com a enxaqueca.

Cefaleia em Salvas e Hemicrânia Paroxística

A Cefaleia em Salvas é consideravelmente menos frequente que a enxaqueca²³. Em média, a prevalência é de 0,5-1,0/1000^{7,8,14,22-24}. Em 1972, Sutherland e Eadie²³ encontraram 4,5 casos por 100.000 habitantes e Heyck, em 1976, estimou a prevalência de cefaleias em salvas em cerca de 0,4/1000^{14,22-24}. Kudrow em 1980 estimou a prevalência de cefaleias em salvas nos E.U.A. em 0,4% dos homens e 0,08% das mulheres, ($\pm 2,4/1000$) na população geral^{21,22,24}. Um estudo em S. Marino revelou uma prevalência de 0,07%¹¹. Em 1995, Pereira Monteiro encontrou uma prevalência de 1/1000, na população geral portuguesa⁷. A cefaleia em salvas é de transmissão autosómica dominante em 5% dos casos. A idade de início ocorre usualmente entre os 20-40 anos. Por razões desconhecidas, a prevalência é 3-4 vezes maior no homem que na mulher²²⁻²⁴.

A Hemicrânia Paroxística é ainda mais rara na clínica e desconhece-se a sua prevalência na população geral. Usualmente, o início ocorre na idade adulta embora haja descrições em crianças^{25,26}. Há casos, raros, descritos em crianças²⁶.

Factores sócio-demográficos

Idade e sexo

A prevalência de cefaleias é maior na mulher do que no homem, principalmente devido à elevada frequência da enxaqueca na mulher. Mas a cefaleia de tipo tensão e vários outros tipos de cefaleias são também mais comuns na mulher do que no homem. A preponderância feminina de cefaleias tem sido atribuída a factores hormonais^{8,10,19,21}.

A diminuição da prevalência de cefaleias com o avançar da idade, já verificada em diversos estudos transversais, pode ser explicada, pelo facto de certos tipos de cefaleias serem auto-limitadas como por exemplo a enxaqueca, mas também por problemas de memória ou simplesmente pela ocorrência de doenças mais graves^{8,10,19,21,22}.

O início nas cefaleias de tipo tensão ocorre antes dos 10 anos (15%) ou na adolescência mas, na maior parte dos casos ocorre na idade adulta, sendo a média de idade de início cerca dos 30 anos. A sua duração é em regra muito longa, geralmente vários anos. Atinge mais o sexo feminino (75% dos casos)^{3,8,10,16,19}.

A cefaleia em salvas predomina no sexo masculino, em proporções variáveis segundo diversos autores: 5:1 (Kudrow)²⁴ e 9:1 (Kunkle)²² mas, esta diferença esbate-se com a idade. A idade média do início oscila entre os 27 e os 37 anos, podendo contudo ocorrer em qualquer idade, embora seja rara depois dos 60 anos^{22,23}. De acordo com Kudrow, é mais prevalente na raça negra, onde é menos claro o predomínio no sexo masculino²²⁻²⁵.

Outros factores

A distribuição social das cefaleias tem sido objecto de diversos estudos, geralmente de base clínica, e têm sido muitas as hipóteses levantadas sobre as possíveis relações com os diversos factores sociais. No entanto, diversos estudos de base populacional não só, não confirmaram essas hipóteses, como demonstraram uma distribuição uniforme da prevalência de cefaleias, em geral, nas diversas classes sociais independentemente dos níveis de instrução e de qualificação profissional^{3,5,7,10,11,14,17}.

DESCRIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO (ICHD-II 2004)

A Sociedade Internacional de Cefaleias propôs, em Janeiro de 2004², a seguinte classificação para as cefaleias (Quadro 2).

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALIAS (ICHD-II 2004)

Parte Um: Cefaleias Primárias

1. Enxaqueca ("Migraine")
2. Cefaleia Tipo Tensão
3. Cefaleia em Salvas e outras Cefaleias Trigémico-Autonómicas
4. Outras Cefaleias Primárias

Parte Dois: Cefaleias Secundárias

5. Cefaleia atribuída a traumatismo crânio-encefálico e/ou cervical
6. Cefaleia atribuída a perturbações vasculares cranianas ou cervicais
7. Cefaleia atribuída a perturbações intracranianas não vasculares
8. Cefaleia atribuída ao uso ou à privação de substâncias
9. Cefaleia atribuída a infecção
10. Cefaleia atribuída a perturbações da homeostase
11. Cefaleia ou dor facial atribuída a alterações do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais
12. Cefaleia atribuída a alterações psiquiátricas

Parte Três: Nevralgias cranianas, dor facial central ou primária e outras cefaleias

13. Nevralgias cranianas e dores faciais de causa central
14. Outras cefaleias, nevralgias cranianas ou dor facial central ou primária.

ENXAQUECA ("MIGRAINE")

Descrição

Para uma melhor compreensão dos critérios de diagnóstico a seguir expostos, entendemos necessário um esboço descritivo do que se entende por enxaqueca.

É uma cefaleia idiopática, recorrente, que se manifesta por crises que duram geralmente entre 4 a 72 horas. Tipicamente tem uma localização unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a severa, agrava-se com a actividade física de rotina e tem como sintomas associados náuseas (e por vezes vómitos), foto e fonofobia. Pode ou não existir uma aura.

Quando existe aura, esta consiste em sintomas neurológicos inequivocamente com origem no córtex e/ou tronco cerebral, que geralmente precede a cefaleia, as náuseas ou vómitos e/ou a foto/fonofobia, sem intervalo livre ou com um intervalo que geralmente não ultrapassa uma hora. Na maioria das vezes a aura desenvolve-se e perdura durante um período de 5 a 60 minutos.



Classificação

A classificação da enxaqueca segundo a nova classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS)² (ICHD-II) está sintetizada no quadro 3.

QUADRO 3 - 1. ENXAQUECA: CLASSIFICAÇÃO

1.1 Enxaqueca sem aura

1.2 Enxaqueca com aura

- 1.2.1 Aura típica com cefaleia típica
- 1.2.2 Aura típica com cefaleia atípica
- 1.2.3 Aura típica sem cefaleia
- 1.2.4 Enxaqueca hemipléfica familiar
- 1.2.5 Enxaqueca hemipléfica esporádica
- 1.2.6 Enxaqueca basilar

1.3 Síndromos Periódicos da Infância geralmente precursores de enxaqueca

- 1.3.1 Vômitos cíclicos
- 1.3.2 Enxaqueca abdominal
- 1.3.3 Vertigem paroxística benigna da infância

1.4 Enxaqueca retiniana

1.5 Complicações da enxaqueca

- 1.5.1 Enxaqueca crónica
- 1.5.2 Estado de mal de enxaqueca
- 1.5.3 Aura persistente sem enfarte
- 1.5.4 Enfarte associado a enxaqueca
- 1.5.5 Convulsão desencadeada por enxaqueca

1.6 Enxaqueca provável

- 1.6.1 Enxaqueca sem aura provável
- 1.6.2 Enxaqueca com aura provável
- 1.6.3 Enxaqueca crónica provável.

Crítérios de diagnóstico

Os critérios propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS)² para o diagnóstico das diversas formas de apresentação clínica da enxaqueca são os constantes dos quadros 4 a 14.

Os critérios da IHS requerem crises múltiplas para o diagnóstico, porque a primeira enxaqueca nem sempre pode ser distinguida de uma cefaleia secundária. A dor unilateral e com alternância de lado em diferentes crises é um forte argumento a favor do diagnóstico. Os sintomas associados são parte integrante da enxaqueca, sendo essenciais para o diagnóstico; incluem fotofobia, fonofobia, náuseas e/ou vômitos.

O diagnóstico de enxaqueca com aura requer a presença de um ou mais sintomas neurológicos (visuais ou sensitivos) completamente reversíveis. Este achado ajuda a distinguir a enxaqueca de uma doença orgânica progressiva, que necessita de maior investigação. A enxaqueca com aura inclui a aura típica com cefaleia típica (Quadro 5), aura típica com cefaleia atípica (Quadro 6), aura típica sem cefaleia (Quadro 7) enxaqueca hemipléfica familiar (Quadro 8), enxaqueca hemipléfica esporádica (Quadro 9) e a enxaqueca basilar (Quadro 10).

QUADRO 4 - 1. ENXAQUECA SEM E COM AURA

1.1 ENXAQUECA SEM AURA

- A. Pelo menos cinco crises que cumpram os critérios B-D
- B. A cefaleia dura 4 a 72 h (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. A cefaleia tem pelo menos duas das características seguintes:
 - 1) Localização unilateral
 - 2) Pulsátil
 - 3) De intensidade moderada a severa
 - 4) Agravada pela (ou causando privação da) actividade física de rotina
- D. Durante a cefaleia, existe pelo menos um dos sintomas ou sinais seguintes:
 - 1) Náuseas e/ou vômitos
 - 2) Fotofobia e fonofobia

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares

1.2 ENXAQUECA COM AURA

- A. Pelo menos duas crises cumprindo o critério B
- B. Aura de enxaqueca cumprindo os critérios B e C de um dos subtipos 1.2.1 – 1.2.6 (Quadros 5 a 10)
- C. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 5 - 1.2.1 AURA TÍPICA COM CEFALÉIA TÍPICA

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B-D

B. A aura consiste em pelo menos um dos seguintes, excluindo-se parésias:

- 1) Sintomas visuais completamente reversíveis incluindo sintomas positivos (ex: luzes, manchas ou linhas oscilantes) e/ou sintomas negativos (ex: perda de visão)
- 2) Alterações sensitivas completamente reversíveis, incluindo sintomas positivos (ex: formigueiros ou picadas) e/ou negativos (ex: adormecimento)
- 3) Alterações disfásicas completamente reversíveis

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1) Sintomas visuais homónimas e/ou alterações sensitivas unilaterais
- 2) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente durante 5 ou mais minutos e/ou diferentes sintomas ocorrem em sucessão durante 5 ou mais minutos
- 3) Cada sintoma dura entre 5 a 60 minutos

D. A cefaleia cumprindo os critérios B a D para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, inicia-se durante ou seguindo-se à aura, num período de 60 minutos

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 6 - 1.2.2 AURA TÍPICA COM CEFALÉIA ATÍPICA

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B-D

B. A aura consiste em pelo menos um dos seguintes, excluindo-se parésias:

- 1) Sintomas visuais completamente reversíveis, quer positivos (ex: luzes, manchas ou linhas oscilantes) quer negativos (ex: perda de visão)
- 2) Sintomas sensitivos completamente reversíveis, quer positivos (ex: picadas), quer negativos (ex: adormecimento)
- 3) Alterações disfásicas, completamente reversíveis

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1) Alterações visuais homónimas e/ou alterações sensitivos unilaterais
- 2) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 3) Cada sintoma dura entre 5 a 60 minutos

D. A cefaleia não cumpre os critérios B a D de 1.1 *Enxaqueca sem aura*. A cefaleia inicia-se durante ou após a aura, num período não superior a 60 minutos

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 7 - 1.2.3 AURA TÍPICA SEM CEFALÉIA

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B-D

B. A aura consiste em pelo menos um dos seguintes sintomas (com ou sem alterações do discurso), mas excluindo parésias:

- 1) Sintomas visuais completamente reversíveis, quer positivos (ex: luzes, manchas ou linhas oscilantes) quer negativos (ex: perda de visão)
- 2) Sintomas sensitivos completamente reversíveis, quer positivos (ex: picadas), quer negativos (ex: adormecimento)

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1) Alterações visuais homónimas e/ou alterações sensitivas unilaterais
- 2) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 3) Cada sintoma, dura entre 5 a 60 minutos

D. A cefaleia não ocorre durante a aura nem a segue, num período de 60 minutos

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.



QUADRO 8 - 1.2.4 ENXAQUECA HEMIPLÉGICA FAMILIAR

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B e C

B. A aura consiste em parésia ou parésias completamente reversíveis e pelo menos um dos seguintes:

- 1) Sintomas visuais completamente reversíveis, quer positivos (ex: luzes, manchas ou linhas oscilantes) quer negativos (ex: perda de visão)
- 2) Sintomas sensitivos completamente reversíveis, quer positivos (ex: picadas), quer negativos (ex: adormecimento)
- 3) Alterações disfásicas, completamente reversíveis

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 2) Cada sintoma de aura dura entre ≥ 5 minutos e < 24 horas
- 3) A cefaleia, cumprindo os critérios 2 a 4 para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, inicia-se durante ou segue-se à aura num período ≤ 60 minutos

D. Pelo menos um familiar em primeiro ou segundo grau tem crises cumprindo estes critérios, de A a E

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 9 - 1.2.5 ENXAQUECA HEMIPLÉGICA ESPORÁDICA

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B e C

B. A aura consiste em parésia ou parésias completamente reversíveis e pelo menos um dos seguintes:

- 1) Sintomas visuais completamente reversíveis, quer positivos (ex: luzes, manchas ou linhas oscilantes) quer negativos (ex: perda de visão)
- 2) Sintomas sensitivos completamente reversíveis, quer positivos (ex: picadas), quer negativos (ex: adormecimento)
- 3) Alterações disfásicas, completamente reversíveis

C. Pelo menos dois dos seguintes:

- 1) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 2) Cada sintoma de aura dura ≥ 5 minutos e < 24 horas
- 3) A cefaleia, cumprindo os critérios B-D para cefaleia sem aura, inicia-se durante, ou segue-se à aura num período ≤ 60 minutos

D. Nenhum familiar de 1º ou 2º grau tem crises cumprindo estes critérios (A-E)

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 10 - 1.2.6 ENXAQUECA DE TIPO BASILAR

A. Pelo menos duas crises cumprindo os critérios B-D

B. A aura consiste em pelo menos dois dos sintomas seguintes, completamente reversíveis, excluindo-se parésias:

- 1) Disartria
- 2) Vertigem
- 3) Acufenos
- 4) Hipoacúsia
- 5) Diplopia
- 6) Perturbações visuais simultâneas, nos campos temporais e nasais dos dois olhos
- 7) Ataxia
- 8) Diminuição do nível de consciência
- 9) Parestesias bilaterais simultâneas

C. Pelo menos um dos seguintes:

- 1) Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos
- 2) Cada sintoma de aura dura ≥ 5 e ≤ 60 minutos

D. A cefaleia cumprindo os critérios B-D para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, inicia-se durante, ou segue-se à aura num período ≤ 60 minutos

E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 11 - 1.3 SÍNDROMOS PERIÓDICAS DA INFÂNCIA - GERALMENTE PRECURSORES DE ENXAQUECA

1.3.1 VÓMITOS CÍCLICOS

- A. Pelo menos cinco crises que cumpram os critérios B e C
- B. Crises episódicas, estereotipadas para cada doente, de náuseas intensas e vômitos que duram de uma hora a cinco dias
- C. Os vômitos, durante as crises, ocorrem pelo menos 4 vezes/hora, durante pelo menos uma hora
- D. Ausência de sintomas entre as crises
- E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

1.3.2 ENXAQUECA ABDOMINAL

- A. Pelo menos cinco crises cumprindo os critérios B-D
- B. Crises de dor abdominal durando 1 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. A dor abdominal tem todas as seguintes características:
 - 1) Localização na linha média, peri-umbilical ou mal localizada
 - 2) Qualidade: dor surda
 - 3) Intensidade moderada a grave
- D. Durante a ocorrência da dor abdominal, coexistem pelo menos 2 dos seguintes:
 - a) Anorexia
 - b) Náuseas
 - c) Vômitos
 - d) Palidez
- E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

1.3.3 VERTIGEM PAROXÍSTICA BENIGNA DA INFÂNCIA

- A. Pelo menos cinco crises cumprindo o critério B
- B. Episódios múltiplos de vertigem que ocorrem sem pródromos e se resolvem espontaneamente em minutos ou horas
- C. Exames neurológico, audiométrico e vestibular normais, entre as crises
- D. Electroencefalograma normal.

QUADRO 12 - 1.4 ENXAQUECA RETINIANA

- A. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios B e C
- B. Fenómenos visuais monoculares completamente reversíveis de carácter positivo (ex: cintilações) e/ ou negativo (ex: escotomas ou amaurose) confirmados pelo examinador durante a crise ou, posteriormente, por desenho do próprio doente do defeito do campo visual
- C. A cefaleia cumprindo os critérios B-D para 1.1 *Enxaqueca sem aura*, inicia-se durante os sintomas visuais ou segue-se a eles dentro de 60 minutos
- D. Exame oftalmológico normal, fora da crise
- E. Não atribuível a outras alterações, tais como neuropatia óptica isquémica ou dissecção carotídea.



QUADRO 13 - 1.5 COMPLICAÇÕES DA ENXAQUECA

1.5.1 ENXAQUECA CRÓNICA

- A. Cefaleia cumprindo os critérios C e D para 1.1 *Enxaqueca sem aura* durante ≥ 15 dias/ mês, por > 3 meses, na ausência de abuso medicamentoso
- B. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

1.5.2 ESTADO DE MAL DE ENXAQUECA

- A. A crise actual, num doente com 1.1 *Enxaqueca sem aura* é semelhante às crises prévias, excepto na sua duração
- B. A cefaleia tem as características seguintes:
- 1) Sem remissão durante um período > 72 h (não é considerada a interrupção nem o alívio parcial durante o sono)
 - 2) Intensidade grave
- C. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

1.5.3 AURA PERSISTENTE SEM ENFARTE

- A. A crise actual, num doente com 1.2 *Enxaqueca com aura*, é semelhante a crises prévias, excepto em que um ou mais sintomas de aura persistem por $>$ uma semana
- B. Exclusão de outras alterações, nomeadamente leucoencefalopatia, enfarte atribuído a enxaqueca.

1.5.4 ENFARTE ATRIBUÍDO À ENXAQUECA

- A. A crise actual, num doente com 1.2 *Enxaqueca com aura*, é semelhante às crises prévias, excepto em que um ou mais sintomas de aura persistem por > 60 minutos
- B. A neuroimagem demonstra a existência de um enfarte isquémico na área correspondente
- C. Exclusão de outras causas de enfarte após investigação apropriada.

1.5.5 CONVULSÃO DESENCADEADA POR ENXAQUECA

- A. Enxaqueca cumprindo os critérios de 1.2 *Enxaqueca com aura*
- B. Ocorre uma convulsão cumprindo os critérios de um dos tipos de crises epiléticas durante ou dentro de uma hora após a aura.

QUADRO 14 - 1.6 PROVÁVEL ENXAQUECA

1.6.1 PROVÁVEL ENXAQUECA SEM AURA

- A. Crises cumprindo todos excepto um, dos critérios A-D de 1.1 *Enxaqueca sem aura*
- B. Não atribuível a outra alteração.

1.6.2 PROVÁVEL ENXAQUECA COM AURA

- A. Crises cumprindo todos os critérios excepto um, dos critérios A-D de 1.2 *Enxaqueca com aura*, ou de qualquer um dos seus subtipos
- B. Não atribuível a outra alteração.

1.6.3 PROVÁVEL ENXAQUECA CRÓNICA

- A. Cefaleia cumprindo os critérios C e D de 1.1 *Enxaqueca sem aura* em ≥ 15 dias por mês, durante um período > 3 meses
- B. Não atribuível a outra alteração.

Nota: Verificar se há, ou tem havido nos últimos dois meses abuso de medicação que cumpra o critério B para qualquer dos subtipos de 8.2 *Cefaleia por abuso medicamentoso*.

CEFALEIA TIPO TENSÃO

Descrição

Dor tipicamente tipo pressão ou aperto, de intensidade leve ou moderada, de localização bilateral e que não se agrava com a actividade física de rotina. Pode acompanhar-se de fono ou fotofobia e também náuseas mas estas, só na forma crónica. A frequência das crises divide os subtipos.

Classificação

A Cefaleia de tipo tensão é subdividida em episódica ou crónica pela classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) de 2004² a qual as descreve da seguinte forma (Quadro 15)

- a) **Episódica** – episódios recorrentes de cefaleias durando minutos a dias. A dor é tipicamente de tipo pressão ou aperto, leve a moderada em severidade, bilateral na localização e não piora com a actividade física de rotina. As náuseas estão ausentes mas, fono ou fotofobia podem estar presentes;
- b) **Crónica** – cefaleia presente pelo menos durante 15 dias por mês e durante pelo menos 6 meses. A cefaleia é geralmente de tipo pressão ou aperto, leve a moderada em severidade, bilateral na localização e não piora com a actividade física de rotina. Náuseas ligeiras, fono ou fotofobia podem ocorrer.

Ainda de acordo com a frequência mensal, a forma episódica pode subdividir-se em: pouco frequente e frequente. Qualquer dos dois tipos de Cefaleia de Tensão pode estar, ou não, associado a perturbações dos músculos pericranianos.

QUADRO 15 - 2. CEFALEIA TIPO TENSÃO: CLASSIFICAÇÃO

2.1 EPISÓDICA POUCO FREQUENTE

1. Associada a hipersensibilidade pericraniana
2. Não associada a hipersensibilidade pericraniana.

2.2 EPISÓDICA FREQUENTE

1. Associada a hipersensibilidade pericraniana
2. Não associada a hipersensibilidade pericraniana.

2.3 CRÓNICA

1. Associada a hipersensibilidade pericraniana
2. Não associada a hipersensibilidade pericraniana.

2.4 PROVÁVEL

1. Cefaleia Episódica Tipo Tensão pouco frequente
2. Cefaleia Episódica Tipo Tensão frequente
3. Cefaleia Crónica Tipo Tensão.

Critérios de diagnóstico

A Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS)² estabeleceu os seguintes critérios para este tipo de cefaleias (Quadros 16 a 18).

QUADRO 16 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALEIA DE TENSÃO EPISÓDICA

- A. Cefaleia que ocorre, em média, < 15 dias por mês (< 180 dias/ano):
 - 1) *Pouco frequente*: se ocorrerem, em média, < 1 dia/mês (< 12 dias/ano)
 - 2) *Frequente*: se ocorrerem, em média, > 1 dia mas <15 dias/mês (> 12 e < 180 dias/ano)
- B. Dura entre 30 minutos e 7 dias tendo surgido, pelo menos, 10 episódios anteriores que preenchem os critérios C e D seguintes
- C. Presença de pelo menos duas das seguintes características:
 - 1) Localização bilateral
 - 2) Pressão ou aperto (não pulsátil), frequentemente à volta da cabeça
 - 3) Intensidade ligeira a moderada
 - 4) Não é agravada pela actividade física de rotina
- D. Acompanhando-se dos seguintes aspectos:
 - 1) Ausência de náuseas e/ou vómitos (mas pode haver anorexia)
 - 2) Nenhum, ou apenas um dos seguintes sintomas estão presentes:
 - a) Fotofobia
 - b) Fonofobia
- E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico.

QUADRO 17 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALEIA DE TENSÃO CRÓNICA

- A. Cefaleia presente, em média, > 15 dias, por mês, > 3 meses (correspondente a > /180 dias/ano) que preenche os critérios B e C seguintes
- B. A cefaleia dura horas ou pode ser contínua
- C. Com pelo menos duas das seguintes características da dor:
 - 1) Localização bilateral
 - 2) Tipo pressão ou aperto (não pulsátil), frequentemente à volta da cabeça
 - 3) Intensidade ligeira a moderada
 - 4) Não agravada por actividades físicas de rotina
- D. Acompanhando-se dos seguintes aspectos:
 - 1) Apresentam só um dos seguintes sintomas:
 - a) Náuseas ligeiras
 - b) Fotofobia
 - c) Fonofobia
 - 2) Ausência de vómitos e de náuseas moderadas ou severas
- E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico.

QUADRO 18 - PROVÁVEL CEFALEIA TIPO TENSÃO

- A. Preenche todos excepto um dos critérios de uma das formas de cefaleias de tipo tensão acima descritas
- B. Não preenche os critérios de Enxaqueca sem aura
- C. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico
- D. No caso da forma crónica, ver se há ou houve nos últimos 2 meses um abuso medicamentoso.



CEFALEIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALEIAS TRIGÊMINO-AUTONÓMICAS

A Classificação da IHS de 19881 apenas citava três sub-grupos de cefaleias agrupadas em salvas: Cefaleia em salvas, Hemicrânia paroxística crónica e outras cefaleias semelhantes não preenchendo a totalidade dos critérios de qualquer das formas anteriores. Desde então, temos assistido à individualização progressiva de outros tipos de cefaleias agora contempladas na Classificação de 2004: Cefaleias em salvas, Hemicrânia paroxística, Cefaleia de curta duração, unilateral, neuralgiforme, com hiperémia conjuntival e lacrimejo (SUNCT) e Cefaleia trigémino-autonómica provável (ICHD-II)². Todas elas, em comum, têm o facto de serem estritamente unilaterais, de terem localização orbitária, supra-orbitária ou temporal anterior, com episódios durando desde segundos até horas, usualmente de severidade grave ou muito grave, acompanhando-se de sintomas e sinais autonómicos (injecção conjuntival, lacrimejo, congestão nasal, rinorreia, sudação e rubor frontal e malar, miose, ptose e edema palpebral) uni e ipsilaterais à dor, ocorrendo na sua maioria em séries de crises, durando semanas, meses ou mesmo anos, separadas (ou não) por períodos de remissão. As características comuns acima referidas permitem conceder-lhes a nova designação segundo a classificação IHS 2004 de Cefaleia em Salvas e outras cefaleias trigémio-autonómicas (TAC's).

Descrição e classificação

A Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS 2004) descreve e classifica estas entidades clínicas do seguinte modo (Quadros 19 a 24).

Cefaleia em salvas

Acessos de dor severa estritamente unilateral de localização orbitária, supraorbitária, temporal ou envolvendo combinações destes locais, durando de 15 a 180 minutos e ocorrendo desde 1 vez em cada dois dias até 8 vezes por dia. Estão associados, ipsilateralmente, com um ou mais sinais autonómicos. Os doentes são incapazes de estar calmos; por vezes têm grande agitação durante a crise. Esta sintomatologia não é atribuída a outra patologia.

QUADRO 19 - CEFALEIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALEIAS TRIGÊMINO AUTONÓMICAS: CLASSIFICAÇÃO

- 3.1 Cefaleia em salvas
 - 3.1.1 Cefaleia em salvas episódica
 - 3.1.2 Cefaleia em salvas crónica
- 3.2 Hemicrânia paroxística
 - 3.2.1 Hemicrânia paroxística episódica
 - 3.2.2 Hemicrânia paroxística crónica (CPH)
- 3.3 Cefaleia de curta duração unilateral, neuralgiforme com hiperémia conjuntival e lacrimejo (SUNCT)
- 3.4 Cefaleia trigémio-autonómica provável
 - 3.4.1 Cefaleia em salvas provável
 - 3.4.2 Hemicrânia paroxística provável
 - 3.4.3 Cefaleia de curta duração, unilateral, neuralgiforme com hiperémia conjuntival e lacrimejo (SUNCT) provável.

QUADRO 20 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALEIA EM SALVAS

O diagnóstico da Cefaleia em salvas implica o preenchimento dos seguintes critérios:

- A. Ter tido, pelo menos, cinco crises satisfazendo os critérios B, C e D
- B. Dor severa¹, unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos
- C. Dor acompanhada por, pelo menos, um dos seguintes sinais ipsilaterais à dor:
 - 1) Injecção conjuntival e /ou lacrimejo
 - 2) Congestão nasal e/ou rinorreia
 - 3) Edema palpebral
 - 4) Sudorese frontal e facial
 - 5) Miose e/ou ptose palpebral
 - 6) Sensação de inquietude ou agitação
- D. Frequência dos ataques²: desde, 1 cada 2 dias, até 8 por dia
- E. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares³.

Notas: 1- Durante parte (mas menos de metade) do período de tempo com cefaleia, as crises podem ser menos severas e/ou de maior ou menor duração. 2- Durante parte (mas menos de metade) do período com cefaleia, as crises podem ser menos frequentes. 3- A história e o exame físico e neurológico não sugerem outra patologia (Grupo 5-12) ou a história e/ou o exame físico e/ou o exame neurológico sugerem outra patologia mas esta é excluída por investigação apropriada, ou outra patologia está presente mas as crises não ocorrem em relação temporal estreita com a outra patologia.

Os acessos ocorrem, agrupados em séries (salvas), durando de semanas a meses, separados por períodos de remissão que variam de 1 mês a anos na forma episódica (27% dos doentes têm um único período de crise), e com períodos de remissão inferiores a 1 mês ou sem períodos de remissão na forma crónica (10-15% dos doentes têm sintomas crónicos, sem remissões).

A cefaleia em salvas crónica pode ocorrer “de novo” (cefaleia em salvas crónica primária) ou evoluir de uma forma episódica (cefaleia em salvas crónica secundária). Alguns doentes podem evoluir de uma forma crónica para uma forma episódica.

Têm sido descritos casos de cefaleia em salvas e nevralgia do trigémio que ocorrem associadas num mesmo doente. Devem classificar-se com os dois diagnósticos (3.1 e 13.1).

QUADRO 21. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUBTIPOS DE CEFALÉIAS EM SALVAS

1. Cefaleia em salvas episódica

- A. Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas
- B. Pelo menos, duas salvas, durando de 7 dias a 1 ano, separadas por remissão de, pelo menos, 30 dias

2. Cefaleia em salvas crónica

- A. Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas
- B. Sem períodos de remissão durante um ano ou com períodos de remissão inferiores a um mês.

Hemicrânia paroxística

Caracteriza-se por acessos de dor, sintomas e sinais associados semelhantes à cefaleia em salvas mas com menor duração, maior frequência, atingindo predominantemente o sexo feminino e com uma resposta absoluta à indometacina.

Para o diagnóstico é necessário que ocorram as manifestações clínicas referidas nos quadros 22 e 23.

QUADRO 22 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA

- A. Ter tido pelo menos 20 crises satisfazendo os critérios B-E
- B. Crises de dor severa, unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal, sempre do mesmo lado e durando de 2 a 45 minutos
- C. A dor está associada a pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas do lado da dor:
 - 1) Injecção conjuntival e/ou lacrimejo
 - 2) Congestão nasal e/ou rinorreia
 - 3) Edema palpebral
 - 4) Sudorese frontal e facial
 - 5) Miose e/ou ptose palpebral
- D. As crises têm uma frequência > a 5/dia em mais de metade do período sintomático, embora possam ocorrer períodos de menor frequência
- E. As crises são completamente prevenidas por doses terapêuticas de Indometacina
- F. Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 23 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUBTIPOS DE HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA

B – Hemicrania paroxística episódica

- 1 – Preenchem todos os critérios da hemicrânia paroxística
- 2 – Pelo menos dois períodos de crise duram 7-365 dias separados por períodos livres de crises > a um mês

C – Hemicrânia paroxística crónica

- 1 – Preenchem todos os critérios da Hemicrânia paroxística
- 2 – As crises ocorrem por um período > 1 ano, sem períodos de remissão ou com períodos de remissão inferiores a um ano.

Na hemicrânia paroxística episódica as crises ocorrem num período variável de 7 dias a um ano, havendo períodos de remissão de um mês ou mais. Na hemicrânia paroxística crónica as crises ocorrem durante um período superior a um ano sem haver remissões ou essas remissões têm duração inferior a um mês.

Doentes com hemicrânia paroxística e nevralgia do trigémio devem receber os dois diagnósticos e serem tratados para ambas as entidades.

Cefaleia unilateral nevralgiforme, de curta duração acompanhada de injecção conjuntival e lacrimejo (SUNCT) (Quadro 24).

Esta síndrome é caracterizada por crises de curta duração de dor unilateral, que são muito mais breves que as que ocorrem nas outras TAC's e, muito frequentemente são acompanhadas de lacrimejo e olho vermelho, do mesmo lado da dor.

Os critérios de diagnóstico são os seguintes:

QUADRO 24 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO SUNCT

- A. Pelo menos 20 crises segundo os critérios B-D
- B. Crises de dor unilateral, orbitária, supra-orbitária ou temporal em punhalada ou pulsátil, durando 5-240 segundos
- C. A dor é acompanhada, unilateralmente de Injecção conjuntival e lacrimejo
- D. As crises ocorrem com uma frequência de 3 a 200/dia
- E. Não ser atribuída a outra patologia.*

* Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.



O SUNCT pode ser difícil de distinguir da dor da nevralgia do ramo oftálmico do trigêmeo. A obrigatoriedade da presença de dois sinais autonómicos para o diagnóstico de SUNCT também pode dificultar a classificação. Assim, há autores a proporem uma designação alternativa de SUNA (Cefaleia unilateral nevralgiforme de curta duração com sintomas autonómicos)²⁶. Pode também coexistir com a nevralgia do trigêmeo devendo os doentes receber os dois diagnósticos e serem tratados para cada uma das patologias

O SUNCT exige um exame neurológico apurado e Ressonância Magnética cranioencefálica porque muitas vezes é prenunciador de lesão orgânica intracraniana, predominantemente da fossa posterior²⁴ ou da glândula pituitária.

Provável Cefaleia trigémino-autonómica

Inclui os subgrupos das diversas TAC's mas que não integram todos os critérios nomeadamente: cefaleia em salvas provável, hemicrânia paroxística provável e SUNCT provável.

Em resumo:

As cefaleias trigémino-autonómicas (TAC'S) têm aspectos que as permitem distinguir e que estão resumidas no quadro 25. Outra característica distintiva reside no facto de que, tendo ambas duas formas, a forma Episódica predomina na Cefaleia em Salvas e a forma Crónica predomina na Hemicrânia Paroxística^{23,25}.

A Hemicrânia Contínua assemelha-se à Hemicrânia Paroxística Crónica na resposta à indometacina, embora difira no perfil temporal, na severidade e nos fenómenos autonómicos acompanhantes que são geralmente menos marcados na primeira do que na segunda^{25,26}.

A Hemicrânia Contínua passou a integrar o grupo 4 (4.7) da classificação de cefaleias da IHS 2004².

QUADRO 25 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CRISE	Cefaleia em Salvas	Hemicrânia Paroxística	SUNCT
Duração	15 a 180 minutos	2 a 30 minutos	5-240 segundos
Frequência	1 cada 2 dias-8/dia	> 5/dia	3-200/dia
Distribuição por sexos	Masculino > feminino	Masculino < feminino	Masculino > feminino
Resposta à Indometacina	Ineficaz	Eficaz	Ineficaz
Periodicidade	Episódica > Crónica	Crónica > Episódica	Episódica > Crónica

OUTRAS CEFALIAS PRIMÁRIAS

Classificação

Estas cefaleias constituem o grupo 4 da Classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias 2 e são as seguintes:

- 4.1 – Cefaleia primária tipo guinada
- 4.2 – Cefaleia primária da tosse
- 4.3 – Cefaleia primária de esforço
- 4.4 – Cefaleia primária associada a actividade sexual
 - a) Cefaleia pré-orgásmica
 - b) Cefaleia orgásmica
- 4.5 – Cefaleia hípnica
- 4.6 – Cefaleia explosiva primária
- 4.7 – Hemicrânia Contínua
- 4.8 – Cefaleia persistente diária desde o início

Critérios de diagnóstico

Cefaleia primária tipo guinada

- A – A dor é de tipo guinada e dura até alguns segundos. Surge isoladamente ou em série
- B – A dor é unicamente na cabeça e exclusiva ou predominantemente na distribuição do 1º ramo do trigêmeo (órbita, têmpora e região parietal)
- C – Tem uma frequência irregular de 1 a vários episódios por dia.
- D – Não tem sintomas acompanhantes
- E – Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.

Cefaleia primária da tosse

- A – A cefaleia preenche os critérios de B e C
- B – Início súbito, durando entre 1 segundo e 30 minutos,
- C – É desencadeada pela tosse, e/ou manobra de Valsalva.
- D – Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares, nomeadamente após exclusão de lesão da fossa posterior, aneurismas cerebrais e patologia carotídea e vertebro-basilar por exames imagiológicos.

Cefaleia primária do exercício físico

- A – Pulsátil, preenche os critérios B e C
- B – Dura entre 5 minutos e 48 horas
- C – Ocorre só durante ou após exercício físico
- D – Pressupõe a exclusão de doença intracraniana, nomeadamente hemorragia sub-aracnoideia e dissecação arterial.

Cefaleia primária associada a actividade sexual

Cefaleia Pré-Orgásmica:

- A – Dor surda na cabeça e pescoço associada a contracção muscular do pescoço e maxilares
- B – Surge durante a actividade sexual e aumenta com a excitação sexual
- C – Pressupõe exclusão de patologia intracraniana, nomeadamente, hemorragia sub-aracnoideia e dissecção arterial

Cefaleia Orgásmica

- A – Cefaleia severa (tipo explosivo)
- B – Surge no orgasmo
- C – Pressupõe exclusão de patologia intracraniana, nomeadamente, hemorragia sub-aracnoideia e dissecção arterial

Cefaleia Hípnica

Ataques de cefaleia não pulsátil, ligeira a moderada, geralmente bilateral (2/3 casos)

- A – Surgem só durante o sono acordando o doente
- B – Tem pelo menos 2 das seguintes características:
 - 1. Ocorrem > 15 vezes /mês
 - 2. Duram pelo menos 15 minutos depois do acordar (média 15 a 180 minutos)
 - 3. Iniciam-se depois dos 50 anos
- C – Não têm sintomas autonómicos, mas pode ter náuseas, fotofobia ou fonofobia (apenas um)
- D – Pressupõe exclusão de patologia intracraniana

Cefaleia Explosiva Primária

Cefaleia severa, preenchendo os critérios B e C, de início súbito, assemelhando-se à cefaleia por rotura de aneurisma

- A – Tem as 2 das seguintes características:
 - 1. Início súbito atingindo o máximo da intensidade em < 1 minuto
 - 2. Duração entre 1 hora a 10 dias
 - B – Não recorre regularmente nas semanas ou meses seguintes:
 - C – Exclusão de patologia intracraniana, nomeadamente com punção lombar e estudos imagiológicos
- Nota: A evidência como primária é pouca

Hemicrânia Contínua

- A – Cefaleia existente há > 3 meses, preenchendo os critérios de B a D
- B – Tem todas as seguintes características:
 - 1. Dor unilateral sem alternância de lado
 - 2. Diária e contínua, sem intervalos livres de dor

- 3. Intensidade moderada, mas com exacerbações de dor severa

- C – Tem pelo menos uma das seguintes alterações autonómicas durante as exacerbações, ipsilaterais à dor:
 - 1. Injecção conjuntival e/ou lacrimação
 - 2. Congestão nasal e/ou rinorreia
 - 3. Ptose e/ou miose
- D – Tem uma resposta completa a doses terapêuticas de indometacina (75-150 mg/dia)
- E – Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e meios complementares de diagnóstico.

Cefaleia persistente diária desde o início

- A – Cefaleia existente há > 3 meses, preenchendo os critérios de B a D
- B – Cefaleia diária, sem alívio desde o início ou a partir do 3º dia
- C – A dor deve ter pelo menos 2 das seguintes características:
 - 1. Ser bilateral
 - 2. Tipo pressão ou aperto (não pulsátil)
 - 3. Intensidade ligeira a moderada
 - 4. Não é agravada pela actividade física normal, tais como andar ou subir escadas
- D – Acompanha-se de:
 - 1. Não mais do que um dos seguintes: fotofobia, fonofobia ou náuseas ligeiras
 - 2. Nem náuseas moderadas ou severas nem vómitos
- E – Exclusão de outros diagnósticos pela história clínica, exame objectivo e meios complementares de diagnóstico.

TERAPÊUTICA

I. Objectivos

- 1. Tratar as crises de forma eficaz, rápida e consistente
- 2. Restabelecer a capacidade funcional do doente
- 3. Minimizar a necessidade de medicação de último recurso
- 4. Promover uma boa relação custo/benefício na terapêutica
- 5. Impedir a ocorrência de novas crises ou pelo menos diminuir a sua frequência, intensidade e/ou duração.
- 6. Minimizar, ou se possível, eliminar qualquer efeito adverso
- 7. Promover uma educação para a saúde, otimizar os cuidados de saúde prestados pelo próprio e consequentemente diminuir o consumo de cuidados médicos

II. Medidas gerais

- 1. Esclarecer o doente sobre a benignidade da sua doença.
- 2. Identificar factores desencadeantes e agravantes e ajudar a eliminá-los, como por exemplo: na enxaqueca (ingestão de certos alimentos, alguns fármacos, situa-



ções de stress, situações de fome independentemente de provocarem ou não hipoglicémia e alterações do ritmo do sono)⁷, nas cefaleias tipo tensão (esforços e ansiedade prolongados e perturbações do ritmo de sono)⁷, nas cefaleias em salvas (ingerir bebidas alcoólicas, dormir a sesta, inalar solventes de tintas, trabalho por turnos, hipoxémia das altitudes, medicamentos vasodilatadores)⁷ (C).

3. Discutir as opções terapêuticas, prevenindo a automedicação e o abuso medicamentoso.

III. Medidas específicas

1. Não Farmacológicas

As principais medidas específicas não farmacológicas utilizadas no tratamento das cefaleias são as referidas no quadro 26.

QUADRO 26 - MEDIDAS ESPECÍFICAS (NÃO FARMACOLÓGICAS)

1. Acupunctura
2. Técnicas de relaxamento e biofeedback
3. Terapêutica ergonómica
4. Fisioterapia e actividade física
5. Tratamento ortodôntico
6. Psicoterapia e técnicas cognitivo-comportamentais.

Enxaqueca

No tratamento não farmacológico da enxaqueca têm sido utilizadas as seguintes técnicas:

1. Técnicas de relaxamento
2. Técnicas de retrocontrolo biológico (biofeedback)
3. Acupunctura
4. Homeopatia
5. Actividade física

Com as duas primeiras técnicas não são possíveis verdadeiros estudos com dupla ocultação, pelo que a qualidade e quantidade dos estudos é insuficiente para comprovar cientificamente a sua eficácia (C)²⁷⁻³¹.

Com a acupunctura há alguma evidência de eficácia (B)²⁷⁻³⁰, havendo estudos controlados, aleatorizados e em dupla ocultação³²

Com a homeopatia existem quatro estudos que evidenciam uma eficácia semelhante ao placebo^{28,29}.

Relativamente à actividade física, existem estudos que sugerem que a actividade física regular pode prevenir as crises de enxaqueca, tanto em frequência, como intensidade ou duração (C)^{31,33,34}. Porém, são necessários estudos mais consistentes que o demonstrem.

Cefaleias tipo tensão

No tratamento das cefaleias tipo tensão têm sido usadas as seguintes técnicas:

1. A acupunctura parece aumentar o limiar da dor, mas o seu efeito é de curta duração. A acupunctura é frequentemente utilizada na profilaxia da cefaleia tipo tensão mas a sua eficácia tem continuado controversa. Na revisão anterior da Cochrane Database os resultados tinham sido insuficientes. Na revisão actual os autores consideram que, a acupunctura é útil como terapêutica não farmacológica, nos doentes com cefaleias tipo tensão episódicas frequentes ou crónicas (B)^{27,29,30}.
2. As técnicas de relaxamento e o biofeedback conseguem uma melhoria em cerca de 50% dos casos, sobretudo quando associadas, e a eficácia mantém-se durante meses (B)^{29,30}. A combinação destas técnicas com tratamento com antidepressivos parece ser mais eficaz que cada um dos tratamentos separadamente^{29,30}.
3. A terapêutica ergonómica deve ser incentivada sempre que possível, visto ser de fácil execução. Consiste na correcção de posturas no local de trabalho, utilização de mesas, secretárias e assentos adequados (C)³⁰⁻³¹.
4. A fisioterapia^{30,31,35-39} está indicada sempre que coexistam perturbações osteo-articulares ou músculo-esqueléticas como factores desencadeantes ou agravantes da cefaleia, mas não há evidência suficiente para apoiar ou refutar a sua eficácia na cefaleia tipo tensão crónica (C)³⁷⁻⁴⁰.
O relaxamento é mais eficaz na redução do número de dias de cefaleias³⁷⁻⁴⁰ quando há osteopatia associada (C).
5. O tratamento ortodôntico na disfunção oromandibular deve ser considerado sempre que se justifique (C)²⁹.
6. As técnicas cognitivo-comportamentais³⁷⁻⁴⁰ (com ou sem relaxamento) são indicadas quando coexiste depressão ou ansiedade associadas ou nas situações em que os problemas psicológicos profissionais, familiares e/ou sociais sejam os principais desencadeantes das cefaleias. Estas técnicas nem sempre são acessíveis, quer do ponto de vista prático quer do económico, são demoradas e não resultam em todas as pessoas. A resposta é menor nos doentes que abusam de analgésicos. Nos casos em que a terapêutica é eficaz, parece que os resultados se mantêm por anos (C)³⁹⁻⁴⁰.

Cefaleias em Salvas

Técnicas de relaxamento por “biofeedback” e acupuntura não têm eficácia comprovada (C).

Em alguns doentes com cefaleias em salvas crônicas, refractárias aos tratamentos farmacológicos, a cirurgia deve ser considerada. Lesões trigeminais, produzidas mecânica ou quimicamente, podem eliminar as crises em alguns pacientes bloqueando as aferências nociceptivas. Técnicas como a termocoagulação do gânglio de Gasser^{41,42} (C) e a radiocirurgia⁴³ têm sido utilizadas. A secção cirúrgica da raiz oftálmica do trigémio é outra alternativa^{43,44}. Outras técnicas cirúrgicas têm sido utilizadas, mais recentemente, em alguns casos de cefaleias em salvas não controláveis com os tratamentos farmacológicos disponíveis, nomeadamente, a estimulação cerebral profunda (neuroestimulação) do hipotálamo, ipsilateral à dor, com resultados promissores. Em alternativa têm também sido usadas outras técnicas cirúrgicas menos invasivas como a estimulação do vago ou a estimulação do grande nervo occipital homolateral à dor, ambas com resultados promissores mas, ainda com carácter experimental.

Outras Cefaleias Primárias

Nestas cefaleias as medidas não farmacológicas são sobretudo as de evicção dos factores desencadeantes^{45,46}.

2. Farmacológicas

Enxaqueca

Propomos tratamento sintomático da crise (Quadro 27) e/ou tratamento profilático (Quadro 28).

Em geral, os doentes que têm 2 ou menos, crises de enxaqueca por mês, sentem-se razoavelmente bem, apenas com a terapêutica das crises agudas. Frequentemente, os doentes que têm 3 ou mais crises por mês beneficiam da terapêutica profilática. Em última análise a regra de ouro é que deve ser o doente, a ter a última palavra sobre o início da terapêutica profilática. Há toda uma panóplia de situações intermédias que devem ser avaliadas caso a caso^{43,44, 46, 47}.

Fármacos a usar na crise

Os fármacos a usar na crise dividem-se de uma forma grosseira em duas categorias: fármacos não específicos (têm acção sobre a dor mas não são especificamente anti-enxaqueca) e fármacos específicos (têm acção contra a enxaqueca mas não sobre a dor de um modo geral)⁴⁶⁻⁵¹.

Durante as crises de enxaqueca a absorção por via oral dos fármacos está habitualmente diminuída devido aos vómitos ou à parésia gastrointestinal, mesmo que o doente


não se sinta nauseado e daí ser preferível a administração nasal, parentérica ou rectal. A administração de substâncias antieméticas (metoclopramida ou domperidona) 15 a 30 minutos antes ou simultaneamente com o analgésico por via oral pode melhorar a sua absorção e aumentar a sua eficácia (A). A metoclopramida pode provocar distonia nas crianças e jovens, pelo que se aconselha neste caso, a sua substituição por domperidona. No caso de vómitos mais intensos e/ou prolongados poderá ser necessário recorrer a outras fenotiazinas: clorpromazina ou prometazina (B/C). O granisetron e o ondasetron também podem ser úteis no controlo das náuseas e vómitos acompanhantes tal como para as náuseas e vómitos de outras etiologias (A), embora ensaios aleatorizados e controlados tenham demonstrado que não aliviam a frequência, duração e intensidade das crises de enxaqueca (A)⁵¹. O paracetamol (B), o ácido acetilsalicílico e o acetilsalicilato de lisina (A) são fármacos de primeira linha para o tratamento sintomático da cefaleia leve a moderada. Em crianças (com menos de 15 anos), os dois últimos devem ser evitados devido à sua associação com a síndrome de Reye^{7,45-46,52,53}. Outros AINEs são uma alternativa válida, como se depreende do Quadro 24, não existindo estudos convincentes que permitam estabelecer uma prioridade na escolha dos AINE's listados, relativamente ao ácido acetilsalicílico. Deve informar-se os doentes que o uso crónico de analgésicos (mais de duas a três vezes por semana) pode condicionar uma cefaleia por abuso de analgésicos. No caso desta já se ter instalado, o doente deve ser aconselhado a suspender de imediato a sua utilização^{53-54, 56}.

Não existem ensaios clínicos robustos, controlados, que comprovem a eficácia dos derivados da cravagem do centeio. Contudo, têm sido largamente usados, aparentemente com bons resultados. A dihidroergotamina por via nasal já demonstrou ser válida, embora com menor eficácia que o sumatriptano⁵². Um estudo cruzado, duplamente cego, mas não aleatorizado, Hakkarainen et al., em 1979, comprovou que a ergotamina não era inferior ao ácido tolfenâmico⁵⁶ (B). Existem vários ensaios clínicos com triptanos em que o comparador activo foi a ergotamina, a qual foi quase sempre de eficácia inferior⁴⁶⁻⁵⁴. Dos derivados da cravagem do centeio, a ergotamina é eficaz nas crises moderadas e severas (B). Porém, os efeitos acessórios da ergotamina são vários, frequentes, e potencialmente graves (ver quadro 32). Também os doentes que usam ergotamina mais de uma vez por semana, estão em risco de desenvolver uma cefaleia por abuso da ergotamina, pelo que esta deve ser cuidadosamente prescrita. Estes fármacos não devem usar-se nas 24 horas antes ou após o uso de triptanos.

**QUADRO 27 - TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CRISE DE ENXAQUECA**

Evidência científica

Crises leves a moderadas: Analgésicos / Antiinflamatórios não esteróides	
1. Ác. Acetilsalicílico ou acetilsalicilato de lisina (500 a 1000 mg)	A
2. Ác. Tolfenâmico (200-400 mg)	A
3. Cetoprofeno (100 mg)	A
4. Diclofenac (50 a 100 mg)	B
5. Ibuprofeno (400 a 800 mg)	A
6. Indometacina (25 a 50 mg)	A
7. Naproxeno (250 a 500 mg)	B
8. Paracetamol (500 a 1000 mg)	B
Crises moderadas a severas: Fármacos antiemigração	
1. ALCALÓIDES DA CRAVAGEM DO CENTEIO	
1.1. Tartarato de ergotamina (comp. ou sup.). Dose inicial: 1 a 2 mg Dose máx: 4 mg/dia, até 8 mg/semana e 12 mg/mês.	B
(actualmente em Portugal apenas existem em associação com outras substâncias, algumas das quais não recomendadas)	
2. TRIPTANOS	A
– Sumatriptano (comp. ou injeção subcutânea ou spray nasal) Dose inicial: 6 mg por via subcutânea, 50-100 mg pela via oral ou 10–20 mg por via nasal. Dose máx. diária: 300 mg pela via oral ou 12 mg pela via subcutânea ou 40 mg por via nasal.	
– Zolmitriptano (comp., comp. dispersíveis, spray nasal) Dose inicial: 2,5 mg. Via nasal: 5 mg. Repetir uma vez, se necessário.	
– Naratriptano (comp.) Dose inicial: 2,5 mg. Dose máx. diária 5 mg.	
– Rizatriptano (comp.) Dose inicial: 10 mg. Dose máx. diária 20 mg.	
– Almotriptano (comp.) Dose inicial: 12,5 mg. Dose máx. diária 25 mg.	
– Frovatriptano (comp. a 2,5 mg) Dose inicial: 2,5 mg. Dose Max. Diária: 5,0 mg.	
– Eletriptano (comp.) Dose inicial: 40 mg. Dose máx. diária 80 mg.	
3. ASSOCIAÇÕES DE FÁRMACOS	
– Gastrocinéticos / procinéticos + triptanos / analgésicos orais (ex: metoclopramida + ibuprofeno)	A/B
– Triptanos + analgésicos (ex: almotriptano + aceclofenac)	A
Crises muito severas (muito prolongadas e refractárias):	
1. CORTICOSTERÓIDES	C
– Prednisona (40 a 60 mg/dia, durante 3 a 5 dias)	
– Dexametasona (8 a 16 mg IM)	
2. FENOTIAZINAS	
– Clorpromazina (25 a 50 mg/IM)	C
– Clorpromazina (25 a 50 mg EV)	B
– Prometazina (50 mg IM)	C
Crises com vômitos	
1. GASTROCINÉTICOS/ANTI-EMÉTICOS	
– Metoclopramida: 10 a 20 mg (rectal,IM ou EV)	B
– Domperidona: 10 a 60 mg (rectal ou IM)	C
2. ANTI-EMÉTICOS	
– Fenotiazinas (nos casos de vômitos mais intensos)	
· Metoclopramida: 10 a 20 mg (rectal,IM ou EV)	B
· Clorpromazina: 25 a 50 mg IM	C
· Clorpromazina: 25 a 50 mg EV	B
· Prometazina: 50 mg IM	C
3. Antagonistas 5-HT ₃	A
– Granisetron	
– Ondansetron	



Os triptanos são a medicação de primeira linha nas crises, pelo menos nas de intensidade moderada a severa⁴⁸⁻⁵⁴. Têm estudos científicos bem fundamentados, que recomendam o seu uso na crise de enxaqueca (A)⁴³. As contra-indicações quer da ergotamina, quer dos triptanos são a gravidez, a hipertensão arterial e a doença vascular (coronária, cerebral ou periférica) (Quadro 28). Existe já alguma evidência do uso dos triptanos em crianças e adolescentes, com alguma eficácia, nomeadamente com o sumatriptano (B)⁸⁻⁵⁴. Quando a dose média recomendada de qualquer triptano não tem qualquer efeito terapêutico, não vale a pena administrar mais doses do mesmo triptano. O sumatriptano administrado por via subcutânea é o mais eficaz, tendo o NNT mais baixo⁴⁴. As náuseas, os vômitos, a fofobia e a fonofobia são igualmente aliviados por estes fármacos⁴⁸⁻⁵⁴. Ter em atenção que os diversos triptanos não evidenciam a mesma capacidade de prevenção das recorrências, parecendo haver uma associação entre a duração de acção e esta capacidade. As preparações dispersíveis na boca não demonstraram vantagens na eficácia e segurança em relação aos comprimidos (A); elas não são absorvidas por via sublingual. Contudo, dissolvem-se na boca sem necessidade de ingerir líquidos e podem ser atraentes e convenientes para os doentes, sem desvantagem no preço. Também podem ser úteis em alguns doentes com náuseas e/ou vômitos. As formas de administração nasal (sumatriptano e zolmitriptano) têm um início mais rápido de acção e são, em percentagem significativa, absorvidas através da mucosa nasal e são eficazes (A)⁴⁵⁻⁵⁵.

Nas crises muito severas e prolongadas, assim como no estado de mal de enxaqueca, pode ser necessário utilizar corticosteróides (prednisona, metilprednisolona ou dexametasona) para abortar a crise, podendo ser necessário prolongar o tratamento por vários dias (C)⁴⁵⁻⁵⁵.

O uso de opióides na enxaqueca é pouco usual na Europa e deve ser reservado a doentes que têm crises pouco frequentes e não melhoram com outras terapias, mas respondendo aos opióides⁴⁷.

Fármacos a usar na profilaxia

Os fármacos profiláticos têm o seu lugar se as crises de enxaqueca são frequentes, > 2/mês, e suficientemente severas para interferirem com a actividade normal do doente.

A duração do tratamento é variável, dependendo da severidade, frequência e duração das crises, assim como do tempo de evolução da sintomatologia, mas, dependendo também do tipo de fármaco a utilizar. Contudo, é recomendável o tratamento por períodos, de 3 a 6 meses, embora possam vir a ser repetidos após intervalos livres de duração variável, dependendo da recidiva da sintomatologia⁴⁸⁻⁵⁰.

1. Beta-bloqueantes ou antagonistas adrenérgicos beta

Continuam a ser fármacos de 1ª linha em doentes não asmáticos, sem diabetes tipo 1, insuficiência cardíaca congestiva ou isquémia periférica (Quadro 29). De evitar nos casos de enxaqueca com aura prolongada ou sintomas neurológicos focais de grande intensidade⁴⁹⁻⁶³. O propranolol em doses tão baixas como 1 mg/kg de peso, demonstrou ser eficaz, diminuindo em 50% a frequência e a gravidade das crises (A)⁴⁹⁻⁶³. O atenolol também demonstrou eficácia na dose de 100 mg uma vez por dia (B)⁶⁰. O timolol, na dose de 10 mg 2 vezes por dia provou ser tão eficaz como o propranolol na dose de 80 mg 2 vezes por dia, e melhor que o placebo (A)^{57,63}. O nadolol demonstrou igualmente eficácia nas doses de 80 a 160 mg uma vez por dia (B)⁶¹. Também o metoprolol, um beta-bloqueante selectivo dos receptores adrenérgicos beta-1, demonstrou eficácia na dose de 200 mg na forma de libertação retardada, reduzindo a frequência e a duração das crises (B)^{57,58,62}. Os β-bloqueantes com actividade simpaticomimética intrínseca (pindolol) não demonstram eficácia na prevenção da enxaqueca^{62,63}.

2. Anti-histamínicos/antiserotonínicos

A ciproheptadina (C) tem sido frequentemente usada como preventivo nas crianças, e terá alguma eficácia^{62,63}. No entanto, é necessário referir que actualmente não está disponível no mercado português, à semelhança do que acontece com o pizotifeno. Também o metisergide é comprovadamente eficaz (A), mas não existe no mercado português⁶⁴. Existem numerosos antagonistas dos receptores H1 da histamina, mas nenhum foi testado através de ensaios clínicos na prevenção das crises de enxaqueca.

3. Antagonistas do cálcio

A flunarizina é eficaz em doses de 5 a 10 mg/dia, sendo a sua eficácia comprovada por vários estudos^{62,65}, o que faz desta substância o antagonista do cálcio com mais provas dadas (A). Como tem uma semivida de cerca de 15 dias, demora cerca de 2,5 meses a atingir a concentração de equilíbrio, ou patamar, e a manifestar a sua eficácia (verificada principalmente na diminuição da frequência das crises). A eficácia do verapamil foi comprovada nas doses de 240 a 320 mg/dia (B)^{66,67}. O diltiazem evidenciou uma eficácia limitada (C)⁶⁸. É de referir que alguns fármacos deste grupo, como a nifedipina⁶⁴ de absorção rápida, ou a nimodipina⁶⁷, podem piorar as crises de enxaqueca^{49,58,63}.

4. Antidepressivos

Numa meta-análise efectuada por Tomkins e col.⁶⁹, que envolveu 38 estudos aleatorizados e controlados⁶⁶⁻⁷⁰ con-



cluiu-se que o tratamento com antidepressivos se associava a uma melhoria global das cefaleias, independentemente de se tratar de enxaqueca ou cefaleias de tensão. A amitriptilina é eficaz na prevenção, mesmo em doses baixas, independentemente do seu efeito antidepressivo, o que foi demonstrado por vários estudos (A)⁶⁷⁻⁷⁰; contudo, há uma grande variabilidade nas respostas individuais, pelo que as doses a administrar deverão ser adaptadas caso a caso. Também existem estudos (C) para a imipramina, doxepina, trazodona, mirtazapina e venlafaxina⁷¹. A demonstração da eficácia dos inibidores selectivos da recaptação neuronal da serotonina, nomeadamente da fluoxetina (B), da fluvoxamina (B) e do citalopram (B) continua controversa⁶⁸⁻⁷².

5. Anti-epilépticos

Estes medicamentos designam-se actualmente de neuromoduladores. A eficácia do divalproato (ácido valpróico: valproato = 1:1) e do valproato de sódio foi comprovada em adultos na dose de 800 a 1500 mg por dia (A)⁷³, o divalproato (ou divalproex) é a mistura do valproato de sódio e do ácido valpróico. Mais recentemente, o topiramato (A)⁷⁴⁻⁷⁶ e a gabapentina (B)^{62,63} também têm sido usados com bons resultados. Esta foi usada em doses médias de 900 a 1800 mg/dia, até um máximo de 2400 mg/dia, nos estudos efectuados⁷⁷. A dose diária de topiramato necessária para a prevenção da enxaqueca é habitualmente inferior à usada na terapêutica da epilepsia, raramente sendo necessário mais de 100 mg diários⁷⁴⁻⁷⁶.

Existe ainda um ensaio randomizado e controlado com a carbamazepina, evidenciando eficácia (B)^{57,58}.

6 Anti-inflamatórios não esteróides (AINE's)

O naproxeno foi bem estudado na profilaxia da enxaqueca menstrual^{62,63,79} iniciando-se três a sete dias antes da data esperada do início do fluxo menstrual, na dose de 500 mg, duas vezes por dia (B). Também foi estudado na prevenção da enxaqueca não relacionada com a menstruação, revelando-se eficaz (A)⁸⁰. Todavia, a sua segurança na administração prolongada levanta reservas à sua utilização. É de aconselhar apenas o seu uso nos casos em que a enxaqueca tem uma ocorrência previsível como é o caso da enxaqueca menstrual, enxaqueca de fim-de-semana e crises induzidas por viagens ou altitude^{67,80-82}. Também o ác. tolfenâmico (B), o fenoprofeno (B), o flurbiprofeno (B), o ibuprofeno (C) e o cetoprofeno (B) demonstraram eficácia preventiva^{67,78,79}. É de desaconselhar o seu uso diário, como profilático noutros tipos de enxaqueca, em face das reacções adversas potencialmente graves. De referir que não existem ensaios clínicos com coxibes no tratamento da enxaqueca.

Algumas vezes estes fármacos são usados em associação com outros com o objectivo de aumentar a eficácia evidenciaram que a associação de 12,5 mg orais de almotriptano com 100 mg orais de aceclofenac tinha um aumento de eficácia, não parecendo dever-se à prevenção da alodínia⁸⁴

7. Estrogéneos

Também no caso da enxaqueca menstrual demonstrou eficácia a aplicação de estrogéneos percutâneos em gel⁸⁰⁻⁸³, durante 7 dias e iniciando-se na fase luteínica do ciclo, dois dias antes do possível início da enxaqueca (B). Uma alternativa é a aplicação de sistemas transdérmicos contendo estradiol (50/100-µg/dia) durante o mesmo período (C)⁸⁰⁻⁸³. Nas mulheres que usam anticoncepcionais orais contendo estrogéneo, outra alternativa é o uso continuado do contraceptivo, isto é, fazer omissão dos sete dias de pausa cada 28 dias⁸³.

8. Vitaminas

Um ensaio clínico com 400 mg diários de Vitamina B2, ou riboflavina, demonstrou eficácia (B)^{83,85}, embora outros investigadores não o tenham verificado, o que significa que na nossa opinião ainda são necessários mais estudos clínicos, aleatorizados e controlados, robustos, de categoria A.

9. Outros

Na enxaqueca menstrual pode ser feita uma profilaxia com triptanos (e.g., frovatriptano (B) administrados diariamente, do dia -2 ao dia +3, por exemplo.

Também existe alguma evidência para a toxina botulínica (C)⁸⁵.

QUADRO 28 - TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA

Grupo farmacológico	Categoria de evidência
1. β-bloqueantes	
– Propranolol	A
– Timolol	A
– Atenolol	B
– Nadolol	B
– Metoprolol	B
2. Anti-histamínicos/antiserotonínicos	
– Ciproheptadina	C
3. Antagonistas do cálcio	
– Flunarizina	A
– Verapamil	B
4. Antidepressivos	
– Amitriptilina	A
– Fluoxetina	B
– Fluvoxamina, paroxetina, sertralina	C

5. Anticonvulsivantes	
– Valproato de sódio e divalproato de sódio/divalproex	A
– Gabapentina	B
– Topiramato	A
6. AINEs	
– Ácido tolfenâmico	B
– Cetoprofeno	B
– Ibuprofeno	C
– Naproxeno	B
7. Estrogêneos* (estradiol)	
– Gele percutâneo	B
– Sistema transdérmico	C
8. Vitaminas	
– Vitamina B2	B

* Na enxaqueca menstrual.

Cefaleias Tipo Tensão

Neste tipo de cefaleias, para além das medidas gerais e das medidas específicas não farmacológicas já referidas propõe-se um tratamento farmacológico sintomático e/ou preventivo (Quadro 29).

Tratamento sintomático

Os analgésicos simples e os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) estão indicados nas cefaleias de tensão (episódios agudos e agudizações da cefaleia de tensão crónica), sendo de desaconselhar o seu uso regular e crónico (> 2 vezes/semana) e as associações farmacológicas (A)^{40,45,84}. De referir que as cefaleias por abuso de analgésicos são actualmente definidas pelo número de dias por mês (para a ergotamina, triptanos, analgésicos centrais e analgésicos em associação: pelo menos 10 dias por mês, durante pelo menos 3 meses; para os analgésicos: mais de 15 dias por mês, durante mais de 3 meses) em que há consumo de analgésicos⁸⁴.

Sempre que o número de episódios agudos ultrapasse 15 dias por mês deve ponderar-se um tratamento preventivo, sob pena de se verificar um abuso de analgésicos⁸⁴⁻⁸⁷⁻⁹⁰.

Os relaxantes musculares podem ser utilizados, mas em tratamentos curtos. A tizanidina foi estudada na cefaleia de tensão crónica, com alguma eficácia⁹¹⁻⁹² (A). Outro miorelaxante que tem sido utilizado é a ciclobenzaprina, na dose de 20 a 40 mg/dia⁹³ (C),

Tratamento preventivo

Na cefaleia de tensão a terapêutica farmacológica consiste sobretudo nos antidepressivos clássicos ou de primeira e segunda geração: amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramina, doxepina, dotiepinga, maprotilina, mianserina e trazodona⁸¹⁻⁸⁷. A amitriptilina na dose diária de 10 a 100 mg tem sido o fármaco mais estudado e com melhores resultados (A)⁹³⁻⁹⁸.

Em relação a antidepressivos mais recentes, como os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina), da serotonina e da noradrenalina (venlafaxina) e para os inibidores reversíveis da monoaminoxidase-A (moclobemide) os estudos são escassos, mas há, no entanto, alguma evidência de que são eficazes (A ou B)^{99-109,111-4}. Os antidepressivos têm uma acção analgésica independente da antidepressiva e como tal os antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados em doses infra-terapêuticas das usadas para a depressão^{93,94,108,111-115}. A inexistência de efeitos colaterais anticolinérgicos significativos nos novos antidepressivos é um dos factores a ter em consideração na escolha da terapêutica.

O 5-hidroxitriptofano foi utilizado num ensaio em doentes com cefaleia de tensão crónica, tendo-se constatado ser moderadamente eficaz (B)¹⁰⁹.

Nos últimos anos tem sido utilizada a toxina botulínica em várias situações, entre elas no tratamento de vários tipos de cefaleias. Os ensaios realizados na cefaleia de tensão crónica mostram que a toxina botulínica é mais eficaz do que a injeção de metilprednisolona nos pontos dolorosos (A) e também quando usada isoladamente, desde que injectada nos pontos dolorosos e não em pontos standard (C)^{116,117-8}.

QUADRO 29 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALEIA TIPO TENSÃO

1. Sintomático	Categoria de evidência	
1.1 Analgésicos		A
1.2 Anti-inflamatórios não esteróides		A
1.3 Miorelaxantes		
Ciclobenzaprina	20 a 40 mg/dia	C
Tizanidina	6 a 18 mg/dia	A
2. Preventivo		
2.1 Antidepressivos (1ª e 2ª geração)		A ou B
Amitriptilina	10 a 150 mg/dia	
Nortriptilina	50 a 150 mg/dia	
Imipramina	25 a 150 mg/dia	
Clorimipramina	25 a 150 mg/dia	
Doxepina	25 a 150 mg/dia	
Maprotilina	75 a 200 mg/dia	
Trazodona	100 a 300 mg/dia	
Mianserina	15 a 30 mg/dia	
Dotiepinga	75 a 150 mg/dia	
2.2 Outros antidepressivos (3ª geração)		A ou B
Paroxetina	10 a 40 mg/dia	
Sertralina	50 a 100 mg/dia	
Fluoxetina	20 a 60 mg/dia	
Venlafaxina	75 a 150 mg/dia	
2.3 5-Hidroxitriptofano	300 mg/dia	B
2.4 Toxina botulínica		C



Cefaleia em Salvas

No tratamento da Cefaleia em Salvas, quer na forma Episódica quer na Crónica, deve ser considerado o tratamento sintomático e profilático das crises (Quadro 30).

Assim, no tratamento sintomático da crise podemos considerar os seguintes agentes terapêuticos:

1. Oxigenoterapia: O₂ a 100% com um débito de 6 a 12L por minuto, durante 15-20 minutos, por máscara normobárica. É eficaz em 75% dos doentes, sem efeitos colaterais e usualmente suspende a série de crises, por completo ou por alguns dias (C.)^{24,119}. Se ao fim de 20 minutos não abolir a dor deve mudar-se o tratamento. A desvantagem deste tratamento é o facto de obrigar o doente a estar sentado e quieto, o que, para estes doentes, é difícil de suportar.
2. Sumatriptano: 6 mg em injeção subcutânea, não devendo ultrapassar-se as 12 mg/dia (A) (contraindicado em hipertensos mal controlados, doentes com doença coronária ou patologia vascular cerebral prévios)¹⁰¹⁻³. Nos doentes com elevado número de crises (superior a 2) deve pensar-se em terapêutica alternativa/associada, nomeadamente oxigenoterapia. O Sumatriptano, na forma oral, dado como profilático não se mostrou eficaz (A,B)¹²⁰⁻¹²². O sumatriptano em spray nasal, 20 mg, é muito menos eficaz que a formulação subcutânea¹²⁰⁻¹²² (B).
3. Zolmitriptano 10 mg – eficaz só 30 minutos após a administração (C)¹²³.
4. Tartarato de ergotamina: 1 mg por via oral ou 2 mg por via rectal (C)¹²⁴⁻⁸. Dado só existirem no nosso Mercado associações fixas com outros fármacos, nomeadamente com a cafeína, devem ser usadas cautelosamente.
5. Lidocaína em solução aquosa ou gele a 4% para aplicação intranasal, em gotas ou spray (na narina ipsilateral à dor) mas com pré-tratamento com descongestionante nasal. Frequentemente, provoca alívio ligeiro a moderado em 1 a 10 min. (C)¹²⁴⁻⁸. Considerada uma terapêutica adicional.

O tratamento profilático das duas formas (Crónica e Episódica) é semelhante, diferindo somente no uso de corticóides que se mostram úteis apenas na forma Episódica. A dose inicial de prednisona ou de dexametasona (C) é, respectivamente de 40 a 80 mg/dia e 8 mg/dia com redução progressiva ao longo de 3 a 4 semanas. O tratamento não deve ter duração superior a 3 semanas. A metilprednisona deverá ser administrada via i.v., na dose de 500 a 1000 mg, não mais que dois a três dias (C)^{124,125,129}.

Na prevenção, o Verapamil é fármaco de 1ª escolha (B). Habitualmente usado na dose de 240 a 480 mg, é eficaz na profilaxia das formas episódicas e crónicas em 70% dos doentes. Nas formas crónicas a dose/dia pode atingir os 1200 mg., mas, deve ser feito um ECG antes de se aumentar cada dose. Em geral, ocorrem poucos efeitos secundários¹²⁹, devendo dar-se particular atenção à depressão cardíaca.

O Carbonato de Lítio é usado em comprimidos, na dose diária média de 600 a 900 mg. É necessário fazer doseamentos periódicos da litiémia para prevenir a ultrapassagem da estreita margem terapêutica (0,8-1,2 mmol/L). Habitualmente litiémias de 0.3 a 1.2 revelam-se suficientes no controle da dor. As concentrações devem ser medidas de manhã, 12 horas após a última dose. O lítio tem diversos efeitos adversos: tremor, diarreia, poliúria, disfunção tiroideia e renal e interage com a indometacina, diclofenac e tiazidas¹²⁹⁻¹³¹. É eficaz na profilaxia quer das formas crónicas quer das episódicas¹³¹⁻¹³² (C).

A regular administração de tartarato de ergotamina 3 a 4 mg/dia, durante os dias que costuma durar a salva de ataques é usada há muitos anos. Se as crises são nocturnas 1 a 2mg devem ser dados à noite. Se o perfil de ocorrência de crises é constante nas 24 horas, a medicação deverá ser tomada 30 min a 1 hora antes da crise esperada. Esta terapêutica profilática costuma ser eficaz em 80% dos doentes (C)¹²⁴⁻¹²⁶, principalmente nos doentes com curtos períodos de cefaleia em salvas. A ergotamina não deve ser associada ao sumatriptano. Nos últimos anos esta medicação tem sido substituída pelo verapamil^{126,127-8,131}.

O valproato/divalproato de sódio usado nas doses de 600 a 2000 mg, durante um período superior a 6 meses foi também eficaz (C) sendo considerado como fármaco de 3ª linha na prevenção deste tipo de cefaleias¹²⁵.

O topiramato tem revelado uma eficácia convincente na Cefaleia em Salvas. A dose usual é de 25 a 200 mg¹⁰⁶.

Outras medicações têm sido testadas: melatonina na dose de 10 mg, oral (C)¹²⁵, antiépiléticos como a gabapentina (cerca de 900 mg por dia)¹³⁴ e a lamotrigina (100 a 200 mg por dia) (C)^{125,131,127-8,135}. Também o frovatriptano demonstrou alguma eficácia com a sua administração diária (B)¹³⁶.

No tratamento sintomático bem como no preventivo poder-se-ão fazer associações terapêuticas devendo, porém, evitar-se a adição de reacções adversas.

As formas refractárias ao tratamento farmacológico podem beneficiar com o tratamento cirúrgico, nomeadamente, através da estimulação cerebral profundo, estimulação do vago ou do grande nervo occipital¹³⁷.

Na Cefaleia em Salvas precipitada pela altitude deve fazer-se a prevenção com acetazolamida, 250 mg 2id, 1 a 4 dias com início 2 dias antes de chegar a altitudes elevadas^{125,135}.

Na situação particular da gravidez e lactação há que se ter atenção à medicação^{138,139}. A mulher necessita de uma atenção especial, devendo nomeadamente ser observada num centro especializado. As doses devem ser, tão baixas quanto possível. Nas crises agudas, de preferência deve usar-se o oxigénio, sumatriptano intranasal ou subcutâneo e verapamil. A prednisona ou a prednisolona pode usar-se, como preventivo. Durante a amamentação, o oxigénio, o sumatriptano e a lidocaína na crise e a prednisona/prednisolona, o verapamil e o lítio na prevenção são os fármacos de escolha^{138,139}.

QUADRO 30 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DAS CEFALÉIAS EM SALVAS

Evidência científica

SINTOMÁTICO

- | | |
|---|---|
| 1. Oxigenoterapia a 100% com débito 6/12 litros por minuto, durante 15-20 minutos | C |
| 2. Sumatriptano: 6 mg em injeção subcutânea (máximo 2 x dia) | A |
| 3. Zolmitriptano: 10mg | C |
| 4. Tartarato de ergotamina: 1 mg por via oral ou 2 mg por via rectal (atenção às formulações compostas) | C |
| 5. Lidocaína: solução aquosa ou gele a 4% por via intranasal + descongestionante nasal | C |

PROFILAXIA DE TRANSIÇÃO

- | | |
|---|---|
| 1. Prednisona: 40 a 80 mg por dia | |
| 2. Dexametasona: 8mg por dia | |
| 3. Metilprednisolona: 500-1000 mg, e.v. (só na forma episódica) | C |

PREVENTIVO

- | | |
|--|---|
| 1. Verapamil: 240 a 480 mg por dia na forma episódica e 720-1200 mg na forma crónica | B |
| 2. Carbonato de lítio: 600-900 mg por dia | C |
| 3. Tartarato de ergotamina, oral ou rectal, 1mg até 3 x por dia | C |
| 4. Frovatriptano: 2,5 a 5mg | B |
| 5. Valproato / divalproato de sódio: 600 a 2000 mg por dia | C |
| 6. Topiramato: 25 a 200 mg por dia | C |
| 7. Gabapentina: 900 mg por dia | C |
| 8. Lamotrigina: 100 a 200 mg por dia | C |
| 9. Melatonina: 10mg por dia | C |
| 10. Corticosteróides: | C |
| Prednisona: 40 a 80 mg por dia | |
| Dexametasona: 8mg por dia | |
| Metilprednisolona: 500-1000mg e.v (só na forma episódica). | |

Hemicrânia paroxística

O tratamento da hemicrânia paroxística (Quadro 31) deve ser feito com indometacina na dose de 25 mg, uma a três vezes/dia, podendo, se necessário, a dose ser aumen-

tada até 75mg 3 vezes por dia, nas mesmas condições (aumento de 25 mg cada 3 dias). De notar que doses mais altas de indometacina podem provocar cefaleias graves (e não melhorar as já existentes), pelo que se recomenda iniciar o tratamento com doses baixas deste fármaco^{132,140} (C). Quando são necessárias doses superiores a 150 mg/dia deve suspeitar-se de se poder estar em presença de uma cefaleia secundária.

A resolução da crise ocorre num período de tempo variável, habitualmente 30 minutos a 48 horas.

QUADRO 31 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA

Evidência científica

SINTOMÁTICO

- | | |
|---|---|
| 1. Indometacina | C |
| (+ protector gástrico: 25mg, 3 x dia; aumentar 25 mg cada 3 dias, enquanto houver dor, até um máximo de 225 mg) | |

SUNCT

Não há tratamento específico para esta rara entidade clínica. A maior parte dos fármacos usados no tratamento das cefaleias primárias são ineficazes. Os antiepilépticos como o topiramato 25 a 200 mg/dia, a gabapentina 900 mg, a lamotrigina 100 a 200 mg e os corticóides podem ter alguma eficácia (C).

OUTRAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

Cefaleia primária tipo guinada

Esta cefaleia é mais frequente em doentes que sofrem de enxaqueca e desaparece com indometacina oral na dose de 25 mg três vezes por dia, a aumentar, se necessário^{2,132,140,146} (C).

Cefaleias primárias da tosse, do esforço físico e associadas à actividade sexual

Quer as cefaleias da tosse e do esforço físico, quer as associadas a actividade sexual, caso persistam, respondem preventivamente à terapêutica com indometacina oral (C), 25 mg 3 vezes por dia (a aumentar, se necessário), ou com propranolol 120 a 240 mg por dia¹³²⁻¹⁴⁶ (C).

Cefaleia hípnica

Pode responder ao tratamento com Melatonina ou com Lítio que também provoca um aumento dos níveis séricos de melatonina¹³⁵. Existem tratamentos mais antigos mas que têm o problema da classificação, provavelmente, não significarão a mesma entidade nosológica. Assim, foi produzida alguma evidência de que a melhoria do padrão de sono poderá aliviar estas cefaleias (C)¹⁴⁰.



Hemicrânia contínua

Geralmente difícil de controlar, pode responder ao tratamento com Indometacina, na dose de 25 a 125 mg por dia. Aliás, este é um dos critérios da própria classificação (IHS, 2004)^{140,146}.

Cefaleia explosiva primária

A principal estratégia terapêutica é a exclusão de uma causa orgânica, já que a evidência de que este tipo de cefaleia exista como condição primária é frágil (IHS, 2004).

Cefaleia persistente diária desde início

Tem algumas semelhanças com as cefaleias crônicas do tipo tensão e com a enxaqueca crônica e poder-se-ão tentar as suas estratégias terapêuticas, embora sabendo que o

sucesso será menor. Uma revisão actual da Cochrane Library (2009, issue 1) ainda não contém nenhuma referência a este tipo de cefaleia^{140,146}.

PRECAUÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES, REACÇÕES ADVERSAS, INTERACÇÕES

Nos quadros 32 a 38 estão sintetizadas as principais precauções, e reacções adversas a ter em conta quando se usam os fármacos indicados no tratamento sintomático e preventivo da enxaqueca, das cefaleias do tipo tensão e das cefaleias em salvas. Os quadros não são exaustivos. No quadro 34 estão sintetizadas as principais interacções farmacológicas dos fármacos usados no tratamento das cefaleias idiopáticas.

QUADRO 32 - TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA ENXAQUECA

Fármaco	Via de administração	Dose (mg)	Precauções / Contra-indicações	Principais reacções adversas
Analgésicos/AINEs			Ver tratamento profiláctico	Ver tratamento profiláctico
AAS ou equivalente de acetilsalic. Lisina	Oral	500-1000		
Cetoprofeno	Oral	100		
Paracetamol	Oral / rectal	500-1000		
Ibuprofeno	Oral / rectal	400-800		
Naproxeno	Oral / rectal	250-500		
Indometacina	Oral / rectal	25-50		
Ác. Tolfenâmico	Oral	200-400		
Diclofenac	Oral / rectal	50-100		
Ergotamínicos			Como grupo:	Como grupo:
Ergotamina	Oral Rectal	1-2 2	Enxaqueca hemiplégica ou basilar, hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades, doença hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vómitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquémia de órgãos, fibrose mediastínica ou retroperitoneal *
Dihidroergotamina	Nasal (spray)	1		
Triptanos			Como grupo:	Como grupo:
Sumatriptano	Subcutâneo	6	Arritmias cardíacas, cardiopatia isquémica, gravidez, amamentação e AVC isquémico	Náuseas, tonturas, sonolência, sensação de calor, astenia, boca seca, aperto ou opressão no pescoço, tórax ou membros, mialgias e parestesias
	Oral	50-100		
	Nasal	10-20		
Zolmitriptano	Oral Nasal	2,5-5 5		
Naratriptano	Oral	2,5		
Rizatriptano	Oral	10-20		
Almotriptano	Oral	12,5		
Frovatriptano	Oral	2,5		
Eletriptano	Oral	40		
Antieméticos/gastrocinéticos (a sua administração deve preceder a dos analgésicos – ver interacções)			Como grupo:	Como grupo:
Metoclopramida	Oral, IM e EV Rectal	10	Obstrução ou hemorragia gastrointestinal, feocromocitoma, síndrome extrapiramidal e epilepsia	Sonolência, astenia, vertigens, sintomas extrapiramidais, galactorreia e amenorreia
		20		
Domperidona	Oral, IM Rectal	10		
		30-60		

* menos severa com a dihidroergotamina; + Muito menos severos com a domperidona. (atravessa mal a barreira hemato-encefálica).

QUADRO 33 - TRATAMENTO PROFILÁTICO DA ENXAQUECA

Fármaco	Dose (mg/dia)	Precauções / Contra-indicações	Principais reações adversas
(ver também as interações)			
Antagonistas dos receptores adrenérgicos beta		Como grupo:	Como grupo:
Propranolol	40-320	Hipotensão, isquemia das extremidades, insuficiência cardíaca congestiva, doença de Raynaud, diabetes mellitus tipo 1, bradiarritmia, DPOC, asma	Bradycardia, hipotensão, pesadelos, sonhos vívidos, insónias, depressão, impotência, fadiga, extremidades frias, alterações gastrointestinais, síndrome de privação, dispneia
Atenolol	50-100		
Nadolol	40-160		
Metoprolol	50-200		
Timolol	10-60		
Antagonistas do cálcio			
Flunarizina	5-10	Gravidez, parkinsonismo, depressão, obesidade	Sedação, depressão, aumento de peso, parkinsonismo
Verapamil	240-320	Bradycardia, bloqueio A-V, hipotensão	Bradycardia, hipotensão, obstipação, bloqueio A-V
Antidepressivos			
Amitriptilina	10-150	Glaucoma, hipertrofia prostática, gravidez, amamentação, condução de máquinas. Mania/hipomania, hipersensibilidade à fluoxetina, hipoglicémia (diabetes sob tratamento)	Sonolência, fadiga, boca seca, aumento de peso, alteração da tensão arterial, náuseas, obstipação, perturbação da visão, taquicardia. Excitação do SNC, tremor, anorexia (perda de peso), alterações gastrointestinais, dermatopias
Doxepina	25-150		
Fluoxetina	20-30		
Antihistamínicos/anti-serotonínicos			
Ciproheptadina	8-32	Obesidade, glaucoma	Sonolência, boca seca, aumento do apetite e do peso
Pizotifeno	1,5-3	Obesidade, condução de máquinas	Sedação, aumento do apetite, aumento de peso
Anticonvulsivantes			
Valproato de sódio	800-1500	Hepatite, insuficiência hepática, hipersensibilidade ao valproato, gravidez	Disfunção hepática, trombocitopenia e outras alt. da hemostase, náuseas, vômitos, alteração do apetite, pancreatite, alopecia, dermatopias, tremores, nistagmo, ataxia, confusão mental
Topiramato	50-100	Predisposição para a nefrolitíase, insuficiência renal ou hepática	Alteração das funções cognitivas, sonolência ou agitação, fadiga, diminuição de peso, nistagmo, ataxia, confusão mental
Analgésicos anti inflamatórios não esteróides		Como grupo:	Como grupo:
Naproxeno	500-1000	Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica activa, doença hepática ou renal, tratamento com anticoagulantes, idade inferior a 12 anos (AAS)	Dispepsia, gastrite erosiva, úlcera péptica, diarreia, alterações hematológicas, nefropatia, reacções de hipersensibilidade
AAS	500-1000		
Ác. Tolfenâmico	200-400		
Ác. Mefenâmico	250-750		
Ergotamínicos			
Dihidroergotamina	10	Alergia a alcalóides da cravagem do centeio, gravidez, amamentação, doença coronária ou outra vasculopatia, doença hepática ou renal	Náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais

**QUADRO 34 - TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO**

Fármaco	Dose (mg/dia)	Precauções / Contra-indicações	Principais reacções adversas
Analgésicos antiinflamatórios não esteróides		Como grupo:	Como grupo:
AAS	500-1000	Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica activa, doença hepática ou renal, tratamento com anticoagulantes, idade inferior a 12 anos	Dispepsia, gastrite erosiva, úlcera péptica, diarreia, alterações hematológicas, nefropatia, reacções de hipersensibilidade
Ác. Tolfenâmico	200-400		
Ibuprofeno	400-800		
Naproxeno	250-500		
Miorrelaxantes centrais		Como grupo:	Como grupo:
Orfenadrina	100-200	Condução de veículos ou máquinas, glaucoma, retenção urinária	Secura da boca e outros efeitos parassimpáticos, náuseas, fadiga, visão turva, vertigens, inquietação
Ciclobenzaprina	20-40	Semelhante à orfenadrina	Semelhante à orfenadrina
Tizanidina	6-18	Insuficiência hepática ou renal	Sonolência, fadiga, fraqueza muscular, náuseas, secura da boca, hipotensão, bradicardia, aumento das transaminases, insónias

QUADRO 35 - TRATAMENTO PROFILÁCTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO

Fármaco	Dose (mg/dia)	Precauções / Contra-indicações	Principais reacções adversas
		(ver também as interacções)	
Antidepressivos		1ª e 2ª geração:	1ª e 2ª geração:
Amitriptilina*	10-150	Nos tri e tetracíclicos:	Nos tri e tetracíclicos:
Doxepina*	25-150	Glaucoma, hipertrofia prostática	Sonolência, fadiga, boca seca, estimulação cardíaca (palpitações, taquicardia, alteração da condução), perturbações da micção, perturbação da visão (aumento da tensão intraocular, visão desfocada), obstipação, alterações da tensão arterial, aumento de peso, convulsões (diminuição do limiar epileptogénico), perturbação da memória, insónias, pesadelos, tonturas, tremores, sensação de "cabeça leve", agressividade, ansiedade, alterações das funções sexuais
Imipramina*	25-150	(retenção urinária), cardiopatias graves, insuficiência hepática ou renal severa, mania ou hipomania, epilepsia, hipersensibilidade ao fármaco, gravidez, amamentação, condução de máquinas (precauções e contra-indicações devidas à sua farmacocinética, mecanismo de acção e efeitos anticolinérgicos)	Os anteriores (mas os efeitos anticolinérgicos são menos frequentes e severos), priapismo
Clorimipramina*	25-150		
Dotiepina*	75-150		
Nortriptilina*	50-150		
Maprotilina*	75-200		
Mianserina*	15-30		
Trazodona	100-300	As anteriores embora, seja menos anticolinérgico	
Paroxetina	10-40	3ª geração: Hipersensibilidade, mania / hipomania, epilepsia, cardiopatia	3ª geração: Sonolência, astenia, suores, tremores, náuseas, insónias, disfunção sexual, alteração função hepática e do trânsito intestinal, boca seca, glaucoma, retenção urinária, taquicardia, perda do apetite
Fluoxetina	20-60	Mania/hipomania, hipersensibilidade à fluoxetina, hipoglicémia (diabetes sob tratamento)	Excitação do SNC, tremor, anorexia (perda de peso), alterações gastrointestinais, dermatopatias

Notas: * Antidepressivo tri ou tetracíclico (de notar que as precauções e reacções adversas podem diferir em severidade com os diversos fármacos e que alguns deles podem apresentar com mais frequência um determinado tipo de reacções adversas (e.g., discrasias sanguíneas com a maprotilina e a mianserina)). Também é necessário referir que a enumeração de precauções e reacções adversas não é exaustiva.

QUADRO 36 - TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS

Fármaco	Via de administração	Dose (mg/dia)	Precauções / Contra-indicações	Reações adversas
Oxigenoterapia	nasal	100 % 6/12L /min, em 15-20 min por máscara monobárica	Não tem	Não tem
Ergotamínicos				
Ergotamina	Oral Rectal	1 a 2 2	Hipertiroidismo, isquemia cardíaca ou das extremidades, AVC, doença hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquemia de órgãos
Dihidroergotamina	Nasal (spray)	1		
Triptanos				
Sumatriptano	Subcutâneo Oral	6 50-100	Arritmias cardíacas, cardiopatia isquêmica, AVC isquêmico, gravidez, amamentação	Náuseas, tonturas, sonolência, sensação de calor, astenia, boca seca, aperto ou opressão no pescoço, tórax ou membros, mialgias, parestesias
Anestésicos locais				
Lidocaína	nasal	Solução aquosa, gele a 4%	Hipersensibilidade aos anestésicos locais	

QUADRO 37 - TRATAMENTO PROFILÁTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS

Fármaco	Via de administração	Dose (mg/dia)	Precauções / Contra-indicações	Reações adversas
Ergotamínicos				
Ergotamina	Oral Rectal	1-2 2	Hipertiroidismo, isquemia cardíaca ou das extremidades, doença hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquemia de órgãos
Antagonistas dos canais do cálcio				
Verapamil	Oral	240-480	Síndrome de Wolf-Parkinson-White, hipotensão arterial e bloqueio A-V 1º grau, choque cardiogênico, enfarte agudo do miocárdio, grave perturbação da condução intra-cardíaca, fibrilhação auricular	Bradiarritmias, bloqueio A-V, insuficiência cardíaca, obstipação, náuseas, vertigens, cefaleias, rubor facial, fadiga, nervosismo, edemas maleolares, eritromelalgia e parestesias, alergias, ginecomastia, hiperplasia gengival
Estabilizadores do humor				
Carbonato de lítio	Oral	600-900	Insuficiência cardíaca e/ou renal, doença de Addison, perturbação do metabolismo do sódio	Anorexia, alterações gastrointestinais, poliúria, tremor, alteração do SNC, alteração da função tireoideia
Anticonvulsivantes				
Valproato de sódio	Oral	800-1500	Hepatite, insuficiência hepática, hipersensibilidade ao valproato, gravidez	Disfunção hepática, trombocitopenia e outras alt. da hemostase, náuseas, vômitos, alteração do apetite, pancreatite, alopecia, dermatopatias, tremores, nistagmo, ataxia, confusão mental
Topiramato	Oral	50-100	Predisposição para a nefrolitíase, insuficiência renal ou hepática	Alteração das funções cognitivas, sonolência ou agitação, fadiga, diminuição de peso, nistagmo, ataxia, confusão mental



QUADRO 38 - INTERACÇÕES FARMACOLÓGICAS

A NÍVEL FARMACOCINÉTICO

Absorção

Gastrocinéticos* Analgésicos/ AINEs Aumento da absorção do analgésico ou AINEs

Distribuição

Anti-inflamatórios não esteróides Antidiabéticos ou anticoagulantes orais Hipoglicémia ou aumento da hemorragia
 Lítio Fenotiazinas Potenciação dos efeitos do lítio (poderá ser também uma interacção farmacodinâmica)

Metabolização

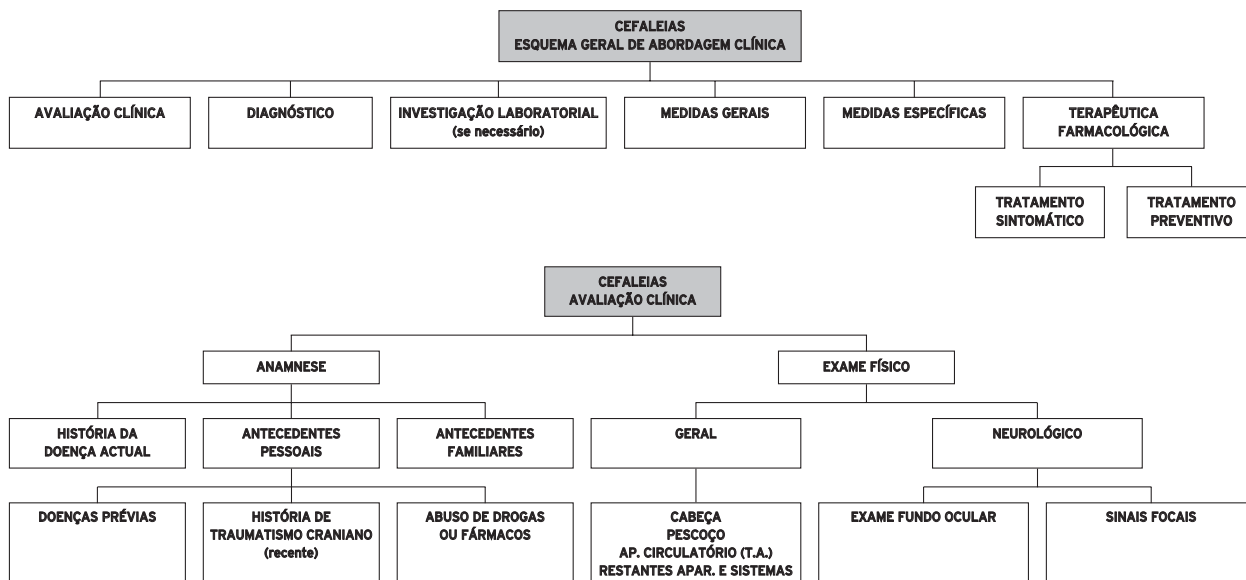
Antibióticos macrólidos Dihidroergotamina (DHE) / Ergotamina Inibição do metabolismo da DHE ou da ergotamina (vasoconstrição excessiva)
 Inibidores da MAO (IMAO) Ergotamina Aumento do efeito do IMAO
 IMAO Antidepressivos Diminuição do metabolismo dos triptanos
 Propranolol Triptanos Aumento dos níveis sanguíneos de rizatriptano
 Rizatriptano Eliminação
 Inibidores da MAO (IMAO) Antidepressivos Aumento do efeito do IMAO
 IMAO Triptanos Diminuição do metabolismo dos triptanos
 Lítio Diuréticos (excepto acetazolamida) Potenciação dos efeitos do lítio

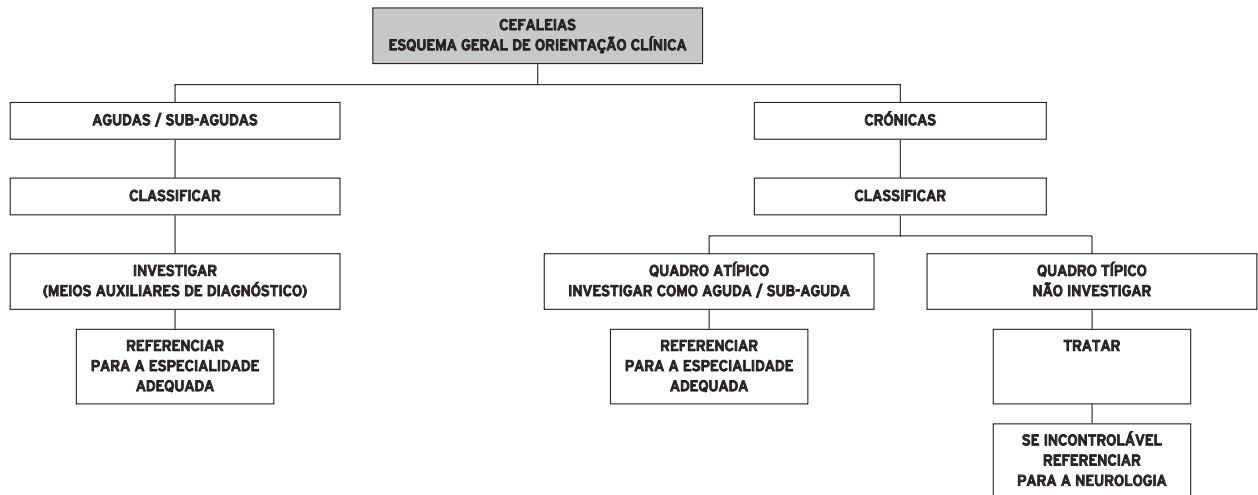
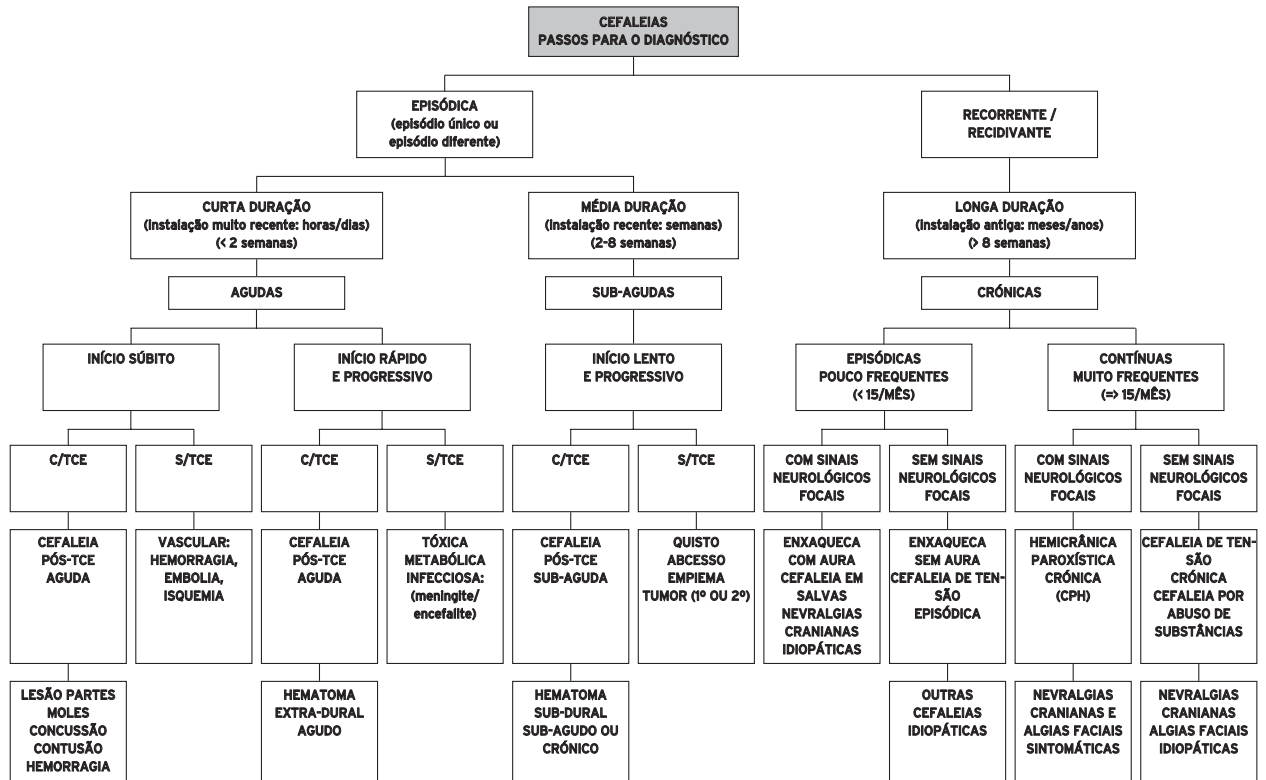
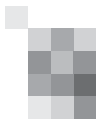
A NÍVEL FARMACODINÂMICO

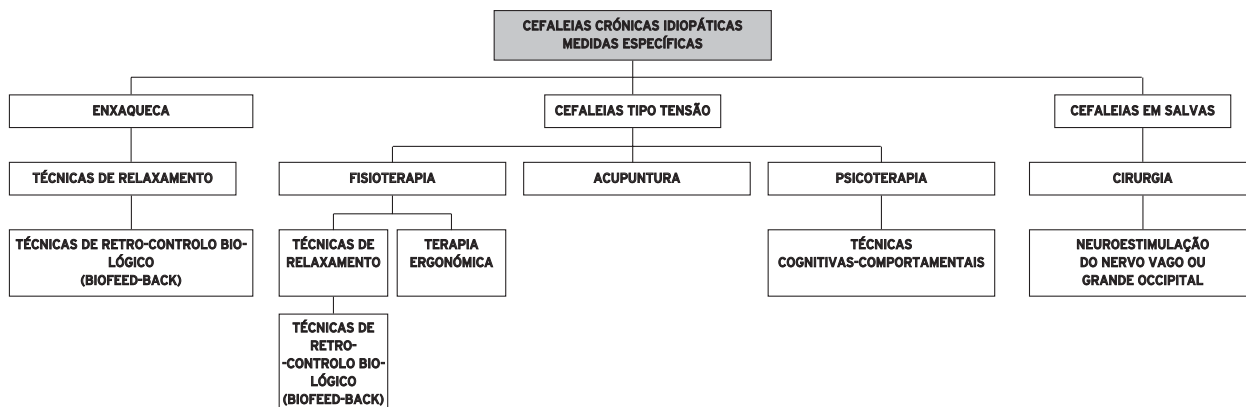
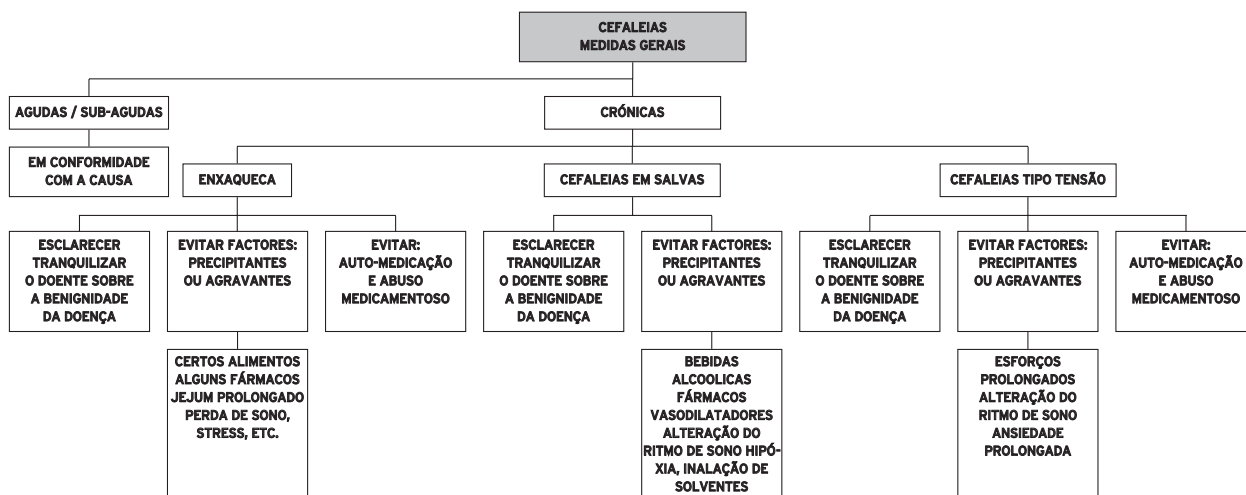
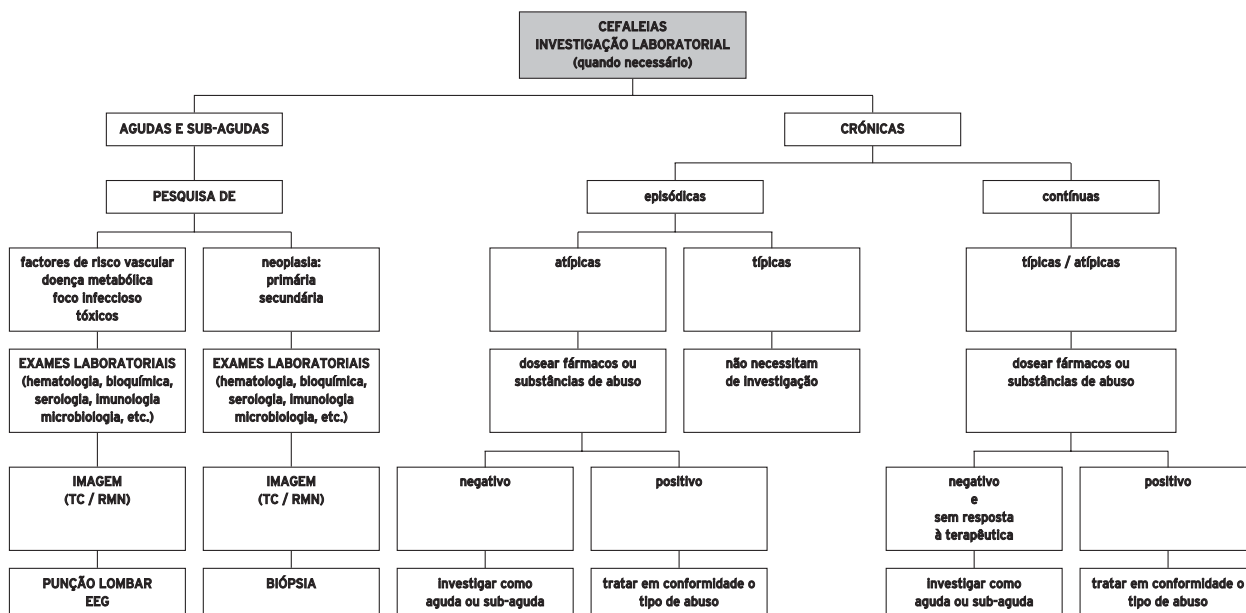
Bloqueadores beta Ergotamina Vasoconstrição excessiva
 Bloqueadores beta Verapamil ou diltiazem Aumento da depressão cardíaca
 Metoclopramida Neurolépticos Potenciação do efeito dos neurolépticos
 Metoclopramida/domperidona Anticolinérgicos Inibição de efeitos gastrocinéticos da metoclopramida/domperidona
 Metoclopramida/domperidona Antiparkinsonianos Diminuição do efeito dos antiparkinsonianos

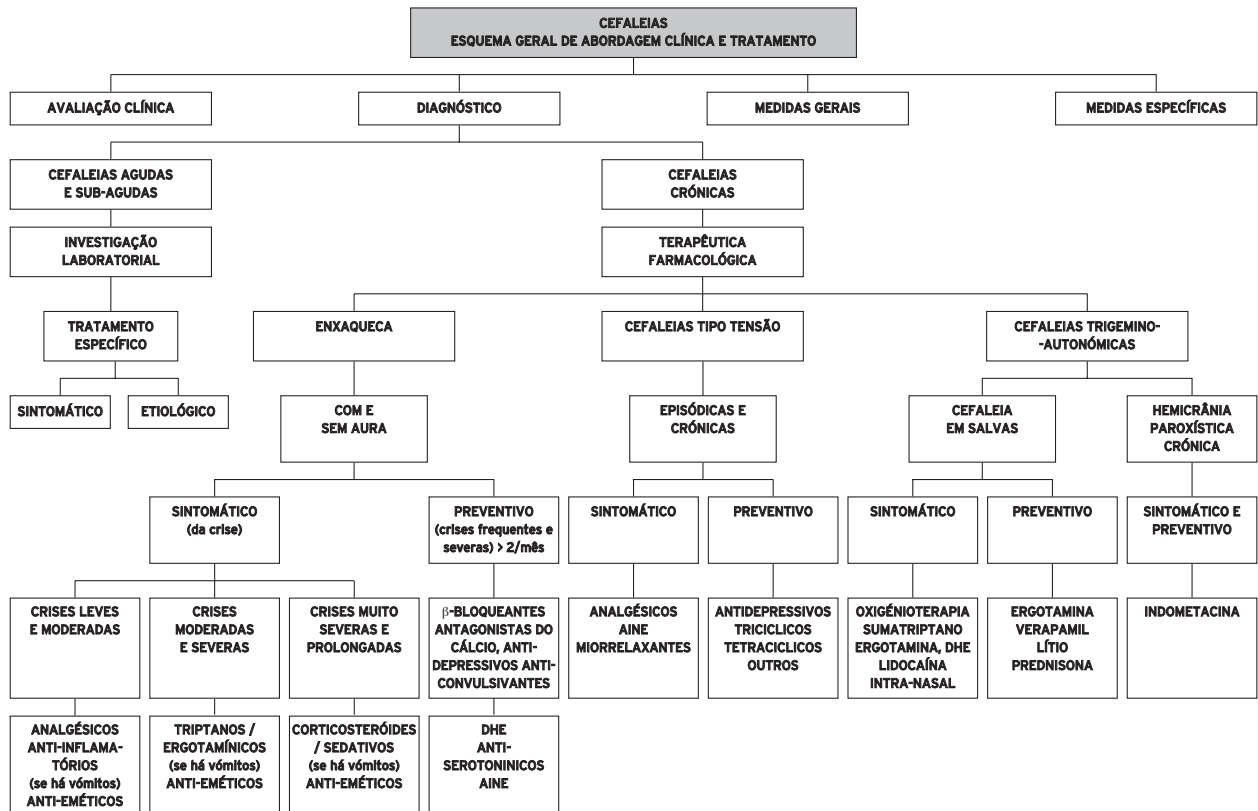
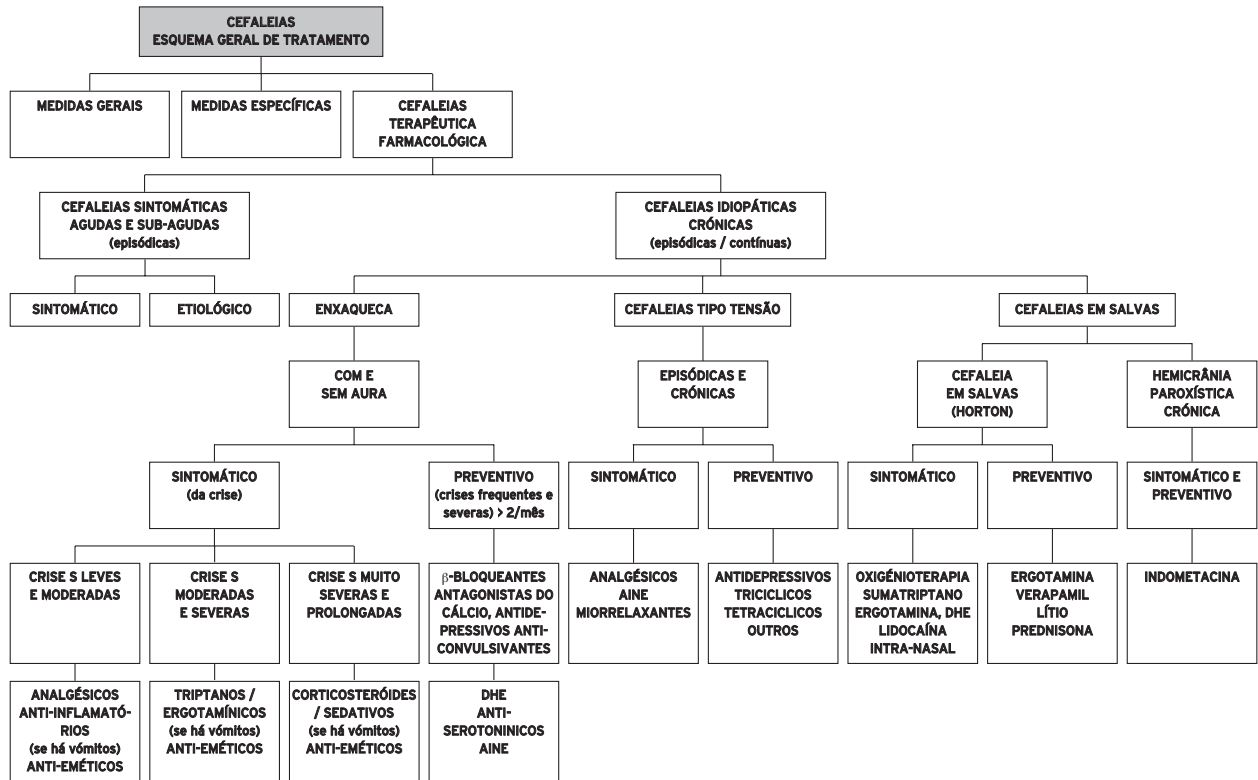
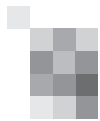
* Metoclopramida, domperidona.

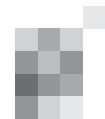
FLUXOGRAMAS











Bibliografia

1. Classification and Diagnostic Criteria for Headache disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 9-96.
2. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 16-53.
3. Waters WE. The epidemiology of migraine. Bracknell: Boehringer Ingelheim, 1974.
4. Post D, Gubbels JW. Headache: an epidemiological survey in a Dutch rural general practice. *Headache* 1986; 26: 122-125.
5. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147-1157.
6. Scher AL, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998; 38:497-506.
7. Pereira Monteiro JM. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana. Tese de Doutorado. ICBAS. Univ. do Porto. 1995.
8. Pereira Monteiro JM. As cefaleias na Clínica Geral. Coopertipo. Porto, 1986.
9. Ogunyemi AO. Prevalence of headache among Nigerian university students. *Headache* 1984; 24: 127-30.
10. Pereira Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. *Neuroepidemiology* 1993; 13: 103-107.
11. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, et al. Epidemiology of headache in the Republic of San Marino. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51: 21-27.
12. Pereira Monteiro JM, Maio RJAR, Calheiros JM. Comparison of questionnaire with clinical interview. In: *Headache Classification and Epidemiology*, Jes Olesen editor. Frontiers in Headache Research, vol 4. Raven Press. New York 1994: 217-220.
13. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. Migraine and non migrainous headaches. A community survey in Jerusalem. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 188-193.
14. Ekblom K, Ahlberg B, Schöle R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978; 18: 9-19.
15. Levy LM. An epidemiological study of headache in an urban population in Zimbabwe. *Headache* 1983; 23: 2-9.
16. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiological study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261: 2211-2216.
17. Newland CA, Illis LS, Robinson PK, Batchelor BG, Waters WE. A survey of headache in an English city. *Res Clin Stud Headache* 1978; 5: 1-20.
18. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. *Headache* 1978; 18:137-145.
19. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of headache and migraine in women. *J. Neurol., Neurosurg, Psychiatry* 1971; 34: 148-153.
20. Philips C. Headache in general practice. *Headache* 1977; 16: 322-329.
21. Crisp AH, Kalucy RS, McGuinness B, Ralph PC, Harris G. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgrad Med J* 1977; 53: 691-697.
22. Duckros PN, Tait RC, Margolis RB. Prevalence of very severe headache in a large US metropolitan area. *Cephalalgia* 1989; 9: 199-205.
23. Sutherland JM and Eadie MJ. Cluster headache. *Res Clin Stud Headache* 1972; 3: 92-125.
24. Sjaastad O. Cluster headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL and Rose FC (eds.). *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier. Amsterdam 1986; vol. 48 (4): 217-246.
25. Goadsby P J, Lipton R B: A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997; 120: 193-209.
26. Antonaci F, Sjaastad O: Chronic paroxysmal hemicrania (CPH): a review of the clinical manifestations. *Headache* 1989; 29: 648-656.
27. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD007587.
28. Ernst E. Homeopathic prophylaxis of headaches and migraine: a systematic review. *J of Pain and Symptom Management* 1999; 18(5): 353-7.
29. Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary / alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complementary therapies in Medicine* 1999; 7(3): 142-55.
30. Carlsson J, Aisen M. Physiotherapy in "The Headaches." Cap. 78, pgs 521 - 525. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
31. Hammil JM, Cook TM, Rosecrance JC. Effectiveness of physical therapy regimen in the treatment of tension type headache. *Headache*, 1996; 36: 149-153.
32. D Melchart, K Linde, B Berman, A White, A Vickers, G Allais, B Brinkhaus. Acupuncture for idiopathic headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1
33. Narin SO, Pinar L, Erbas D, Oztürk V, Idiman F. The effects of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine headache. *Clinical Rehabilitation* 2003; 17(6): 624-630.
34. Ditttrich SM, Günther V, Franz G, Burtscher M, Holzner B, Kopp M. Aerobic exercise with relaxation: influence on pain and psychological well-being in female migraine patients. *Clinical J Sport Med* 2008; 18(4): 363 - 365.
35. Arena JG, Bruno GM, Hannah SL, Meador KJ. A comparison of frontal electromyographic biofeedback training, trapezius EMG biofeedback training, and progressive muscle relaxation therapy in the treatment of tension headache. *Headache*, 1995;35: 411-419.
36. Fernández-de-las-Peñas C, Schoenen J. Chronic tension-type headache: what is new?. *Curr Opin Neurol*.2009 Jun;22(3):254-61
37. Anderson RE, Seniscal C. A comparison of select osteopathic treatment and relaxation for tension-type headache. *Headache*. 2006 Sep;46(8):1273-80
38. Melis PM, Rooimans W, Pierings EL et al. Treatment of chronic tension - type headache with hypnotherapy: a single blind time controlled study. *Headache* 1991; 31: 686 - 689.
39. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy and their combination. A randomized controlled trial. *JAMA*, 2001; 285:2208-2215.
40. Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain* 1994; 10:174-190.
41. Kudrow L. Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. *Headache* 1981; 21:1-4.
42. Campbell J K. Cluster headache: the treatment resistant patient. In Mathew N T, ed. *Cluster Headache*. Lancaster; Spectrum Publications 1984; 127-133.
43. O' Brian M D, Mac Cabe J J. Trigeminal nerve section for unremitting migrainous neuralgia. The 3 rd Int. Symposium; Migraine Trust. London, Sept. 17-18, 1980.
44. Mathew N T, Hurt W. Percutaneous radiofrequency trigeminal gangliorhizolysis in intractable cluster headache. *Headache* 1988; 28:328-331.
45. Machado MG, Colaço MJ. Cefaleias de interesse para o Clínico Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1989; 6(2): 45-50.
46. Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology* 2000; 55:754-62.
47. Lance JW, Goadsby PJ. Mechanism and management of Headache. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005
48. Ferrari MD, Haan J. Drug treatment of Migraine Attacks. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997; 17:117-30.
49. Winner P, Linder SL, Wasiewski WW. Pharmacologic Treatment of Headache. In: Winner P, Rotner AD, editors. *Headache in Children and Adolescents*. Hamilton: B C Decker Inc; 2001: 89-92.
50. Giles E. Migraine: Diagnosis and management *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72(Suppl II): ii 10-ii 15.
51. Chappell AS, Bay JM, Botzum GD, Cohen ML. Zatosetron, a 5-HT3 receptor antagonist in a multicenter trial for acute migraine. *Neuropharmacology* 1994; 33(3-4): 509 - 513.
52. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT1B/1D agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *The Lancet* 2001; 358 (9294): 1668 - 1675.
53. Dahlöf C. Integrating the triptans into clinical practice. *Current Opinion in Neurology* 2002; 15:317-22.
54. Boureau F, Kappos L, Schoenen J, Esperanca P, Ashford E. A clinical comparison of sumatriptan nasal spray and dihydroergotamine nasal spray in the acute treatment of migraine. *International journal of clinical practice* 2000; 54(5): 281-286.
55. Belsey J. Reconciling effectiveness and tolerability in oral triptan therapy: a quantitative approach to decision making in migraine management. *J Clin Res* 2001; 4: 105 - 25.
56. Hakkarainen H, Vapaatalo H, Gothoni G, Parantainen J. Tolfenamic acid is as effective as ergotamine during migraine attacks. *The Lancet* 1979; 2 (8138): 326 - 328.
57. Ramadan NM, Schultz LL, Gilkey SJ. Migraine prophylactic drugs: proof of efficacy, utilization and cost. *Cephalalgia* 1997; 17(2): 73-80.
58. Lance James W. Preventive Treatment in Migraine. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997; 17:131-41.
59. Pascual K, Polo JM, Berciano J. The dose of propranolol for migraine prophylaxis: Efficacy of low doses. *Cephalalgia* 1989; 9:287.
60. Tfelt-Hansen P, Standness B, Kangasniemi P, et al. Timolol vs propranolol vs placebo in common migraine prophylaxis: A double-blinded multicenter trial. *Acta Neurol Scand* 1984; 69:1.
61. Sudilovsky A, Elkind AH, Ryan RE, et al. Comparative efficacy of nadolol and propranolol in the management of migraine. *Headache* 1987; 27:421.
62. Anderson PG, Dahl S, Hansen JH, et al. Prophylactic treatment of classical and non-classical migraine with metoprolol - a comparison with placebo. *Cephalalgia* 1983;3:207.
63. Silberstein SD. Migraine: Preventive treatment. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
64. Curran DA, Lance JW. Clinical trial of methysergide and other preparations in the management of migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1964;27:463.
65. Bassi P, Brunati L, Rapuzzi B, et al. Low-dose flunarizine in the prophylaxis of migraine. *Headache* 1992; 32:390.
66. Solomon GD. Verapamil in migraine prophylaxis: A five-year review. *Headache* 1989;29:425.
67. Green MW. Migraine Prevention. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
68. Paterna S, Martino SG, Campisi D, Ingurgio NC, Marsala BA. Evaluation of the effects of verapamil, flunarizine, diltiazem, nimodipine and placebo for migraine prophylaxis. A double-blind randomized cross-over study. *Clin Ther* 1990; 134(2): 119 - 125.
69. Tomkins GE, Jackson JL, O, Malley PG, et al. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis. *Am J Med* 2001 Jul; 111:54-63.
70. Badget R. Os antidepressivos melhoram as cefaleias em doentes com cefaleias crônicas. *Evidence-Based Medicine (edição em Língua Portuguesa)* 2002;6:103.
71. Bulut S, Berilgen MS, Baran A, Tekatas A, Atmaca M, Mungen B. Venlafaxine versus amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine: randomized, double-blind, crossover study. *Clinical neurology and neurosurgery* 2004; 107(1): 44-48.
72. Jung AC, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. *J Gen Int Med* 1997; 12(6): 384-9.
73. Hering R, Kurittky A. Sodium valproate in the prophylactic treatment of migraine: a double blind study versus placebo. *Cephalalgia* 1992;12(2):81-4.
74. Storey et al. Topiramate in Migraine Prevention: a double-blinded placebo-Controlled Study. *Headache* 2001;41: 968-75.
75. Silberstein SD. Efficacy of topiramate in migraine prophylaxis: a randomized controlled study. *Adv Stud Med* 2002; 2 (21): 758 - 61.
76. Mathew, Kailasam & Meadors. Prophylaxis of migraine, transformed migraine, and cluster headache with topiramate. *Headache* 2002; 42(8): 796 - 803.
77. Mathew NT, Tiejn GE, Lucker C. Serotonin syndrome complicating migraine pharmacotherapy. *Cephalalgia* 1996;16:323-327.
78. Sances G, Martignoni E, Fioroni L, et al. Naproxen sodium in menstrual migraine prophylaxis: a double blind placebo controlled study. *Headache* 1990; 30(11): 705-709.
79. Szekely B, Merryman S, Croft H, et al. Prophylactic effects of naproxen sodium on perimenstrual headache: a double blind placebo controlled study. *Cephalalgia* 1989;9 (Suppl 10):452-3.

80. Silberstein SD, Merriam JR. Sex Hormones and Headache. In: Headache, Blue Books of Practical Neurology. Philadelphia, Goadsby PJ, Silberstein SD, 1997; 17:131-41.
81. Dennerstein L, Morse C, Burrows G et al. Menstrual Migraine: a double blind trial of percutaneous estradiol. *Gynecol Endocrinol* 1988; 2(2):113-20.
82. Bruni O, Galli F, Guidetti V. Sleep hygiene and migraine in children and adolescents. *Cephalalgia* 1999; 19 Suppl 25: 57 - 59.
83. Silberstein SD & Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. *Cephalalgia* 2002; 22: 491-512.
84. Schoenen J, De Klippel N, Giurgea S, Herroelen L, Jacqy J, Louis P, Monseu G & Vandenhede M, on behalf of the Belgian Headache Society. Almotriptan and its combination with aceclofenac for migraine attacks: a study of efficacy and the influence of auto-evaluated brush allodynia. *Cephalalgia* 2008; 28: 1095 - 1105.
85. Silberstein SD, Elkind AH, Schreiber C, Keywood C. A randomized trial of frovatriptan for the intermittent prevention of menstrual migraine. *Neurology* 2004; 63(2): 261 - 9.
86. Schim J. Effect of preventive treatment with botulinum toxin type A on acute headache medication usage in migraine patients. *Current Medical Research and Opinion*. 2004;20(1):49-53.
87. Dahlof CGH, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension headache. *Cephalalgia*, 1996; 16:117-123.
88. Harden RN, Rogers D, Fink K, Gracely RH. Controlled trial of ketorolac in tension type headache. *Neurology*, 1998 Feb, 50:2, 507-509.
89. Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension type headache: double blind placebo controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). *Cephalalgia*, 1998; 18: 38-43.
90. Packman B, Packman E, Doyle G, et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. *Headache* 2000; 40:561-567.
91. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension type headache: a placebo controlled double blind crossover study. *Headache* 1992; 32: 509-513.
92. Murros K, Kataja M, Hedman C, et al. Modified-release formulation of tizanidine in chronic tension-type headache. *Headache* 2000; 40:633-637.
93. Mathew NT, Bendtsen L. Prophylactic pharmacotherapy in 'The Headaches', 2nd edition Cap.88, pgs 667 - 673. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
94. Diamond S, Balthes BJ. Chronic tension headache treated with amitriptyline - a double blind study. *Headache*, 1971; 11:110-116.
95. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension type headache. *J Neurol Neurosurg and Psychiatry* 1996; 61: 285-290.
96. Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, Pascali MP, Catarci T. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenetic implications. *Headache* 1998; 38:453-457.
97. Hershey AD, Powers SW, Benti AL, deGraw TJ. Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches. *Headache* 2000; 40:539-549.
98. Mitsikostas DD, Gatsonis S, Thomas A, Ilias A. Buspirone versus amitriptyline in the treatment of chronic tension type headache. *Acta Neurol Scand*, 1997 Oct, 96; 4: 247-251.
99. Nappi G, Sandrini G, Granella F et al. A new 5HT2 antagonist (ritanserin) in the treatment of chronic headache with depression. A double-blind study vs. amitriptyline. *Headache*, 1990; 30:439-444.
100. Langemark M, Olesen J. Sulpiride and paroxetine in the treatment of chronic tension type headache. An explanatory double-blind trial. *Headache*, 1994; 34: 20-24.
101. Diamond S. Efficacy and safety profile of venlafaxine in chronic headache. *Headache quarterly*, Current treatment and research 1995; 6 (3): 212 - 215.
102. Adelman LC, Adelman JU, von Seggern R, Mannix LK. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in clinical setting. *Headache*, 2000; 10(7):572-580.
103. Manna V, Bolino F, Di Cicco L. Chronic tension type headache, mood depression and serotonin: therapeutic effects of fluvoxamine and mianserine. *Headache*, 1994; 34: 44-49.
104. Foster CA, Bafaloukos J. Paroxetine in the treatment of chronic daily headache. *Headache*, 1994; 34: 587-589.
105. Meienberg O, Amsler F. Preventive treatment of migraine and chronic tension headache with moclobemide (abstract via internet). *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997; 86 (27-28): 1107-1112.
106. Singh NN, Misra S. Sertraline in chronic tension-type headache. *J Assoc Physicians India* 2002; 50:873-8.
107. Spiegel K, Kalb R, Pasternak GW. Analgesic activity of tricyclic antidepressants. *Ann Neurol* 1983; 13: 462-465.
108. Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000;20:603-610.
109. Fontes-Ribeiro CA. L-5-Hydroxytryptophan in the prophylaxis of chronic tension-type headache: a double-blinded, randomized, placebo-controlled study. *Headache* 2000; 40:451-456.
110. Bettucci D, Testa L, Calzoni S, Mantegazza P, Viana M, Monaco F. Combination of tizanidine and amitriptyline in the prophylaxis of chronic tension-type headache: evaluation of efficacy and impact on quality of life. *J Headache Pain*. 2006 Feb;7(1):34-6.
111. Zissis NP, Harmoussis S, Vlaikidis N, Mitsikostas D, Thomaidis T, Georgiadis G, Karageorgiou K. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of venlafaxine XR in out-patient with tension-type headache. *Cephalalgia*. 2007 Apr; 27(4):315-24.
112. Gillies HC, et al.: A textbook of clinical pharmacology, ed. 2. London: Edward Arnold; 1986.
113. Lampi C, Mareck S, May A, Bendtsen L. A prospective, open-label, long-term study of the efficacy and tolerability of topiramate in the prophylaxis of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2006 Oct; 26(10): 1203-8.
114. Lindelof K, Bendtsen L. memantine for prophylaxis of chronic tension-type headache: a double-blind, randomized, crossover clinical trial. *Cephalalgia*. 2009 Mar; 29(3):314-21.
115. Grazzi L, Andrasik F, Usai S, Bussone G. Magnesium as a preventive treatment for pediatric episodic-type headache: results at 1-year follow-up. *Neurol Sci*. 2007 Jun; 28(3):148-50.
116. Gobel H, Heinze A, Heinze-Kuhn, Jost WH. Evidence-based medicine: botulinum toxin A in migraine and tension-type headache. *J Neurol* (2001); 248 (Suppl 1):1/34-1/38.
117. Obermann M, Diener HC. Is Botulin Toxin useful in treating headache? *No. Curr Treat Options Neurol*. 2009 Jan; 11(1):24-31.
118. Harden RN, Cottrill J, Gagnon CM, Smitherman TA, Weinland SR, Tann B, Joseph P, Lee TS, Houle TT. Botulin toxin A in the treatment of chronic tension-type headache with cervical myofascial trigger points: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Headache*. 2009 May; 49(5):732-43.
119. Fogan L. Treatment of cluster headache: A double-blind comparison of oxygen versus air inhalation. *Arch Neurol* 1985, 42: 362-363.
120. Ekblom K, et al.: Subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of cluster headache: a dose comparison study. *Acta Neurol Scand* 1993, 88:63-69.
121. Monstad I, et al.: Preemptive oral treatment with sumatriptan during a cluster period. *Headache* 1995;35:607-13.
122. Plosker GL, McTavish D: Sumatriptan. A reappraisal of its pharmacology and therapeutic efficacy in the acute treatment of migraine and cluster headache. *Drugs* 1994, 47:622-651.
123. Sjaastad O: Cluster headache syndrome. London: WB Saunders Company Ltd; 1992.
124. Kitrelle J, et al.: Cluster headache, local anesthetic abortive agents; *Arch Neurol*, 1985; 41: 496-498.
125. Kudrow L: Cluster headache: mechanisms and management. New York: Oxford University Press; 1980.
126. Bahra A, Gawel MJ, Hardebo JE, Millson D, Breen SA, Goadsby PJ. Oral zolmitriptan is effective in the acute treatment of cluster headache. *Neurology* 2000; 54(9): 1832-9.
127. Leroux e Ducros Cluster headache. *Orphanet J Rare Dis*. 2008 Jul 23;3:20.
128. Tyagi A, Matharu M. Evidence base for the medical treatments used in cluster headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Apr;13(2):168-78.109.
129. Couch JR, Ziegler DK: Prednisone therapy for cluster headache. *Headache* 1978, 18(2):199-221.
130. Manzoni GC, et al.: Lithium carbonate in cluster headache: assessment of its short and long-term therapeutic efficacy. *Cephalalgia* 1983, 3:109-114.
131. Bussone G, et al.: Double-blind comparison of lithium and verapamil in cluster headache prophylaxis. *Headache* 1990, 30:411-417.
132. Mathew N. Indomethacin responsive headache syndromes. *Headache* 1981, 21: 147-150.
133. Wheler SD, Carrazana EJ. Topiramate-treated Cluster Headache. *Neurology* 1999;53(1):234-6-
134. Leandri M, Luzzani M, Cruccu G, Gottlieb A. Drug-resistant cluster headache responding to gabapentin: a pilot study. *Cephalalgia*, 2001; 21 (7): 744-6.
135. May A, Leone M, Afra J, Linde M, Sandor PS, Evers S, Goadsby PJ, EFNS Task force. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol*, 2006, 13(10):1066-77.
136. Siow HC, Pozo-Rosich P, Silberstein SD. Frovatriptan for the treatment of Cluster Headache. *Cephalalgia*, 2004; 24(12):1045-8.
137. Bartsch T, Paemeleire K, Goadsby PJ. Neurostimulation approaches to primary headache disorders. *Curr Opin Neurol*. 2009 Jun;22(3):262-8.
138. Jurgens TP, Schaefer C & May A. Treatment of cluster headache in pregnancy and lactation. *Cephalalgia*, April 2009; 29(4):391-400.
139. Lampl C. Childhood-onset cluster headache. *Pediatr. Neurol*. 2002;27:138-140.
140. Lance JW. Miscellaneous headaches unassociated with a structural lesion. In "The Headaches". Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993; chap. 91: 609 - 618.
141. Diamond S, Medina JL. Benign exertional headache: successful treatment with indomethacin. *Headache* 1979; 19:249.
142. Diamond S. Prolonged benign exertional headache: its clinical characteristics and response to indomethacin. *Headache* 1982, 22: 96-98.
143. Pascual J, Iglesias F, Oterino A et al. Cough, exertional and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996, 46: 1520 - 1524.
144. Sands GH, Newman L, Lipton R. Cough, exertional and other miscellaneous headaches. *Med.Clin. N. America*, 1991; 75 (3): 733-747.
145. Porter M, Jankovic J. Benign coital cephalgia. Differential diagnosis and treatment. *Arch Neurol* 1981; 38:710 -2.
146. Sands, GH, Newman L, Lipton R. Cough, exertional, and miscellaneous headaches. *Med Clin North Am*, 1991;75 (3):733-47.

www.spneurologia.org

Órgão oficial de:

Sociedade Portuguesa de Neurologia

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

Sociedade Portuguesa de Cefaleias

Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares

Sociedade Portuguesa de Neuropatologia

Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia

Versão electrónica: www.spneurologia.org

Indexada nas bases bibliográficas:

EMBASE / Excerpta Medica Database (Elsevier)

EMBASE.com (Elsevier)

SCOPUS (Elsevier)

www.indexrmp.com

Apoio:

mediBial

ISSN: 1645-281X