

Sinapse[®]

Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia

Órgão oficial de:
Sociedade Portuguesa de Neurologia
Liga Portuguesa Contra a Epilepsia
Sociedade Portuguesa de Cefaleias

Versão electrónica em: www.spneurologia.org
Indexada em: www.indexrmp.com

SUPLEMENTO 1
Volume 4 | Nº2
Novembro de 2004

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALIAS

I PARTE. CEFALIAS PRIMÁRIAS

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

Prof. Doutor José M. Pereira Monteiro

Vice-Presidentes

Dr. João Ramalho Fontes

Dr. João de Sá

Dra Isabel Fineza Cruz

Tesoureira

Dra Manuela Palmeira

Mesa da Assembleia Geral

Presidente

Dr. Orlando Leitão

Secretários

Dr. Celso Pontes

Dr. Grilo Gonçalves

Conselho Fiscal

Presidente

Prof. Doutor Carlos Garcia

Vogais

Dra. Lúvia Sousa

Dra. Edite Rio

Sinapse®

Publicação Semestral da Sociedade Portuguesa de Neurologia

Orgão oficial de:

Sociedade Portuguesa de Neurologia; Liga Portuguesa Contra a Epilepsia; Sociedade Portuguesa de Cefaleias

Ficha técnica

Director

Prof. Doutor José M. Pereira Monteiro

Director-adjunto

Dr. José Barros

Comissão Científica

Dr. João Palmeiro

Dr. José Castro Lopes

Prof. Doutor Luís Cunha

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

Prof. Doutor António Bastos Lima

Dr. Orlando Leitão

Prof. Doutora Paula Coutinho

Prof. Doutor José Azeredo Keating

Prof. Doutor António Andrade Saraiva

Prof. Doutora Maria de Lourdes Sales Luís

Prof. Doutor Luís Bigotte de Almeida

Prof. Doutor José Manuel Ferro

Prof. Doutora Catarina Resende Oliveira

Prof. Doutor Jorge Sequeiros

Dr. Celso Pontes

Dr. António Guimarães

Dr. Francisco Pinto

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Dr. José Maria Bravo Marques

Prof. Doutor José Manuel Calheiros

Prof.ª Doutora Maria João Saraiva

Prof. Doutor José Manuel Castro Lopes

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

Secretariado

Ana Isabel Teixeira

Endereço:

Sinapse / Comissão editorial da SPN

Rua D. Manuel II, 33, sala 41, 4050-345 Porto

Tel/Fax: 351-22-6001553

E-mail: spn.edi@spneurologia.org

Design: Isabel Monteiro

Produção gráfica: Multitema - Soluções de Impressão, S.A.

Produção da versão electrónica: WEblink - Tecnologias de Informação, Lda.

SUPLEMENTO da Sinapse®

Edição: Suplemento 1; Volume 4; Número 2 - Novembro de 2004

Tiragem: 600 exemplares

Versão electrónica em www.spneurologia.org



RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIAS

I PARTE. CEFALÉIAS PRIMÁRIAS

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

Porto, Novembro de 2004

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



ÍNDICE GERAL

Chave de Siglas	pág. 3
Índice de Quadros	3
Nota prévia	4
Resumo	5
Introdução	5
Epidemiologia	6
Descrição, classificação e critérios de diagnóstico da IHS 2004	8
Enxaqueca	8
Cefaleia tipo Tensão	13
Cefaleia em Salvas e outras	
Cefaleias Trigemino-autonómicas	14
Outras cefaleias primárias	16
Terapêutica	17
I. Objectivos	17
II. Medidas gerais	17
III. Medidas específicas	17
1. Não farmacológicas	17
Enxaqueca	17
Cefaleia tipo Tensão	18
Cefaleia em Salvas e outras	
Cefaleias Trigemino-autonómicas	18
Outras cefaleias primárias	16
2. Farmacológicas	18
Enxaqueca	18
Cefaleia tipo Tensão	21
Cefaleia em Salvas e outras	
Cefaleias Trigemino-autonómicas	22
Outras cefaleias primárias	24
Precauções, contra-indicações, reacções adversas, interacções	25
Fluxogramas de diagnóstico e tratamento	28
Bibliografia fundamental	31

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
CTA	Cefaleia Trigemino-autonómica
AINE	Antiinflamatório não esteróide
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	Tomografia axial computadorizada

N.º ÍNDICE DE QUADROS

1	GRADAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
2	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CEFALIAS (ICHD-II)
3	ENXAQUECA: CLASSIFICAÇÃO
4	ENXAQUECA SEM AURA / ENXAQUECA COM AURA
5	AURA TÍPICA COM CEFALIA TÍPICA
6	AURA TÍPICA COM CEFALIA ATÍPICA
7	AURA TÍPICA SEM CEFALIA
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	CEFALIA TIPO TENSÃO: CLASSIFICAÇÃO
16	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALIA TIPO TENSÃO EPISÓDICA
17	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALIA TIPO TENSÃO CRÓNICA
18	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALIA TIPO TENSÃO PROVÁVEL
19	CEFALIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALIAS TRIGEMINO-AUTONÓMICAS
20	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALIAS EM SALVAS
21	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUBTIPOS DE CEFALIAS 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 CEFALIAS TRIGEMINO-AUTONÓMICAS
26	TRATAMENTO: MEDIDAS ESPECÍFICAS (NÃO FARMACOLÓGICAS)
27	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CRISE DE ENXAQUECA
28	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA
29	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALIA TIPO TENSÃO
30	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALIA 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 CEFALIA TIPO TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
35	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA CEFALIA TIPO TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
36	TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALIA EM SALVAS (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
37	TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA CEFALIA 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 das RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIAS da Sociedade Portuguesa de Neurologia e da Sociedade Portuguesa de Cefaleias 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 - IHS 2004)

2º Cefaleias secundárias (grupos 5 a 12)

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

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.

Prof. Doutor José Maria Pereira Monteiro (Coordenador)

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



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 *Cephalalgia* em 2004.

AVALIAÇÃO

Consiste, para além da avaliação clínica 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 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. na enxaqueca - Técnicas de relaxamento e técnicas de retro-controlo biológico (Bio-feedback);
2. na cefaleia tipo tensão - Fisioterapia; Acupunctura e Psicoterapia;
3. na cefaleia em salvas - Cirurgia (termo-coagulação do Ganglio de Gasser; secção da raiz oftálmica do nervo trigémio);
4. nas outras cefaleias primárias as medidas variam conforme o tipo e o 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. na enxaqueca:
 - A. Sintomático: 1. Crises leves a moderadas: Analgésicos e AINEs; 2. Crises moderadas a severas: Triptanos ou ergotamínicos; 3. Crises

muito severas e prolongadas: corticosteróides e sedativos, e em qualquer dos casos precedidos ou acompanhados de anti-eméticos conforme há ou não vômitos associados.

- B. Preventivo: 1. Adrenolíticos β ; 2. Bloqueadores dos canais de cálcio (Flunarizina/Verapamil); 3. Antidepressivos; 4. Antiepilepticos (Valproato de sódio/divalproato de sódio e Topiramato); 5. Antiserotonínicos (ciproheptadina); 6. AINEs.
2. Na cefaleia tipo tensão:
 - A. Sintomático: Analgésicos; AINEs; Miorrelaxantes
 - B. Preventivo: Antidepressivos tricíclicos e outros
 3. Na Cefaleia em Salvas e outras cefaleias trigemino-autónomas - designação que engloba os seguintes quadros: Cefaleia em Salvas (Horton) episódica e crónica, Hemicrânia Proxística episódica e crónica, Cefaleia nevrálgiforme, unilateral e de curta duração com injeção conjuntival e lacrimejo (SUNCT) propõem-se os seguintes tratamentos:
 - A. Para a Cefaleia em Salvas:
 - a. Sintomático: 1. Oxigenoterapia; 2. Sumatriptano; Ergotamina; DHE; Lidocaína intranasal a 4%.
 - b. Preventivo: 1. Ergotamina; 2. Verapamil; 3. Litio; 4. Corticoides.(estes só na forma episódica), 5. Valproato de sódio.
 - B. Para a Hemicrânia Paroxística o tratamento com Indometacina que é simultaneamente sintomático e preventivo.
 4. Nas outras cefaleias primárias o tratamento é sintomático e varia com a sintomatologia que o doente apresenta.

INTRODUÇÃO

Ao autores das RECOMENDAÇÕES TERAPEUTICAS PARA CEFALIAS consideram que estas recomendações 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. Contudo, incluem apenas os fármacos disponíveis no mercado nacional à data da sua elaboração. Pretendem 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. Não pretendem: 1. Ser um instrumento de coerção terapêutica; 2. Ser limitativo do necessário juízo crítico e uso do senso clínico perante cada caso concreto; 3. Uniformizar toda a conduta terapêutica em cefaleias, 4



Dispensar a consulta do Resumo das Características do Medicamento (RCM).

Considera ainda esta comissão de redacção que as recomendações propostas necessitam de ser actualizadas regularmente com uma periodicidade máxima de 2 anos mas que a comissão de redacção 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 e propõe-se fundamentar todas as suas recomendações com base na gradação da evidência científica segundo a classificação anexa (Quadro 1).

Serão apenas apresentadas as medidas terapêuticas com evidência de eficácia segundo os critérios inseridos no 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	
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
V	Evidência proveniente de series de casos, casos clínicos ou opiniões de peritos

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

EPIDEMIOLOGIA

A cefaleia, como sintoma isolado ou integrado em síndromos mais ou menos complexos, 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.

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 e 64 anos⁸. Na Inglaterra, um estudo efectuado em 15.000 pessoas, pelo *British Migraine Trust*, em



1975, 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)^{7,8}.

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 há um estudo de prevalência numa população estudantil universitária efectuado por Pereira Monteiro, Eduardo Matos e José M. Calheiros, em 1992 que revelou uma prevalência de enxaqueca de 6,1%⁷. E um estudo populacional efectuado por Pereira Monteiro mostrou uma prevalência de enxaqueca ao longo da vida de 8,8% na forma pura e mais 12,1% associada a outras formas de cefaleias predominantemente cefaleias de tensão⁷.

Os dados da literatura demonstram claramente que a enxaqueca é uma afecção amplamente distribuída na população mundial e em diferentes raças e condições sociais³⁻²⁰.

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} apontam para valores bastante mais elevados como o de Philips, de 1977²¹, 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 enxaqueca²². 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^{14,22,23}. Sjaastad admite ser este o valor mais aproximado da realidade, que conhece na Noruega²⁴. 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}. 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 é usualmente 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 crianças²⁵.

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}.

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 salva predomina no sexo masculino, em proporções variáveis segundo diversos autores: 5:1 (Kudrow) 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 confirmaram essas hipóteses e demonstraram a 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

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, 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 vômitos 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 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 hemipléctica familiar
- 1.2.5 Enxaqueca hemipléctica esporádica
- 1.2.4 Enxaqueca basilar

1.3 Síndromos Periódicas da Infância geralmente precursoras 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 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 necessite 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 hemipléctica familiar (quadro 8), enxaqueca hemipléctica esporádica (quadro 9) e a enxaqueca basilar (quadro 10).

**QUADRO 4 - 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 vómitos
 - 2) Fotofobia e fonofobia
- E. Exclusão de outras possibilidades de diagnóstico 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 outras possibilidades de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares

QUADRO 5 - 1.2.1 AURA TÍPICA COM CEFALEIA 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 outras possibilidades de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 6 - 1.2.2. AURA TÍPICA COM CEFALEIA 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 outras possibilidades de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.



QUADRO 7 - 1.2.3 AURA TÍPICA SEM CEFALEIA

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

B. A aura consiste pelo menos num dos seguintes (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 outras possibilidades de diagnóstico 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 num 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 outras possibilidades de diagnóstico 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 outras possibilidades de diagnóstico 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 outras possibilidades de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

QUADRO 11 - 1.3 SÍNDROMOS PERIÓDICOS 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 vómitos que duram de uma hora a cinco dias

C. Os vómitos, durante as crises, ocorrem pelo menos 4 vezes/hora, durante pelo menos uma hora

D. Ausência de sintomas entre as crises

E. Exclusão de outras possibilidades de diagnóstico 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) vómitos
- d) palidez

E. Exclusão de outras possibilidades de diagnóstico 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 e/ ou negativo (ex: cintilações, escotomas ou cegueira) 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 dissecação 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 outras possibilidades de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares.

1.5.2 ESTADO 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 por > 72 h (não é considerada a interrupção nem o alívio parcial durante o sono)
 - 2) intensidade grave

- C. Exclusão de outras possibilidades de diagnóstico 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 epilépticas 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, por > 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 sub-tipos.

Classificação

A cefaleias de tipo tensão é subdividida em episódica, 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 menos de 15 dias por mês (< 180 dias/ano),
 - 1) *Pouco frequente*: se ocorrerem em < 1 dia/mês em média (< 12 dias/ano)
 - 2) *Frequente*: se ocorrerem em >1 dia mas < 15 dias/mês em média (>12 e menos de 180 dias/ano)
- B. Dura entre 30 minutos e 7 dias tendo surgido, pelo menos, 10 episódios anteriores que preencham os critérios dos pontos 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 vômitos (mas pode haver anorexia)
 - 2) Nenhum, ou apenas um dos seguintes sintomas estão presentes:
 - a) Fotofobia
 - b) Fonofobia
- E. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico.

QUADRO 17 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALEIA DE TENSÃO CRÓNICA

- A. Cefaleia presentes >/15 dias por mês, numa média > 3 meses (correspondente a >/180 dias/ano) que preencham os critérios dos pontos 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 vômitos e de náuseas moderadas ou severas
- E. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico 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 CEFALÉIAS TRIGÊMICO-AUTONÓMICAS

Embora a Classificação da IHS de 1988¹ apenas cite três subgrupos 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, temos vindo a assistir à individualização de alguns outros tipos de cefaleias. 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 2004² de Cefaleia em Salvas e outras cefaleias trigémio-autonómicas (CTAs).

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 em cada dois dias até 8 vezes por dia. Estão associados, homolateralmente, 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 - CEFALÉIA EM SALVAS E OUTRAS CEFALÉIAS TRIGÊMICO 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 (HPC)
- 3.3 Cefaleia unilateral nevrálgiforme, de curta duração, com injecção conjuntival e lacrimejo (SUNCT)
- 3.4 Provável cefaleia trigémio-autonómica
 - 3.4.1 Provável Cefaleia em Salvas
 - 3.4.2 Provável Hemicrânia Paroxística
 - 3.4.3 Provável SUNCT

QUADRO 20 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS

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

- A. Ter tido, pelo menos, cinco crises satisfazendo os pontos B, C e D.
- B. Dor severa, 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 conjuntiva 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 ataques: desde 1 cada 2 dias até 8 por dia.
- E. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.

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 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 um a forma episódica (cefaleia em salvas crónica secundária). Alguns doentes podem evoluir de uma forma crónica para uma forma episódica.

Tem sido descritos casos de cefaleia em salvas e nevrálgia 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 no quadros 22 e 23.

QUADRO 22 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA

- A. Ter tido pelo menos 20 crises satisfazendo os pontos 2, 3, 4 e 5
- B. Crises de dor severa, unilateral, orbitária, supraorbitária 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) Injeção 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 outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementa.

QUADRO 23 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DOS SUB-TIPOS 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 crise > a um mês

C – Hemicrânia paroxística crónica

- 1 - Preenchem todos os critérios da Hemicrânia paroxística
- 2 - As crises ocorrem por um período > a um 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 ano 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 ano.

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 injeção conjuntival e lacrimejo (SUNCT) (quadro 24).

Este síndrome é caracterizado por crises de curta duração de dor unilateral, que são muito mais breves que as que ocorrem nas outras TACs 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, supraorbitária ou temporal em punhalada ou pulsátil, durando 5- 240 segundos.
- C. A dor é acompanhada, unilateralmente de Injeção conjuntival e lacrimejo
- D. As crises ocorrem com uma frequência de 3 a 200/dia
- E. Não ser atribuída a outra patologia (A história e o exame físico e neurológico não sugerem outra patologia 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

O SUNCT pode ser difícil de distinguir da dor da nevralgia do ramo oftálmico do trigémio. A obrigatoriedade dos dois sinais autonómicos para a designação de SUNCT também podem 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 trigémio 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 anunciador de lesão orgânica intracraniana, predominantemente da fossa posterior²⁴ ou da glândula pituitária.

Provável Cefaleia trigémio-autonómica

Inclui os subgrupos das diversas TACs mas que não integram todos os critérios

Em resumo:

As cefaleias trigémio autonómicas (CTA) têm, no entanto, 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



autónomicos acompanhantes que são geralmente menos marcados na primeira do que na segunda^{25,26}.

A Hemicrânia Continua passou a integrar o grupo 4 (4.7) das cefaleias da IHS 2004².

QUADRO 25 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Cefaleia em Salvas	Hemicrânia Paroxística	SUNCT
Duração da crise	de 15 a 180 minutos	de 2 a 30 minutos	5-240 seg
Frequência das crises	de 1 cada 2 dias a 8/dia	> 5 por dia	3-200/dia
Distribuição por sexos	masc. > fem.	masc. < fem.	-
Resposta à Indometacina	ineficaz	eficácia absoluta	ineficaz
Periodicidade	Episódica >Crónica	Crónica >Episódica	-

OUTRAS CEFALÉIAS 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 diária de novo

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 trigémio (órbita, têmpora e região parietal)
- C - Tem uma frequência irregular de 1 a vários por dia.
- D - Não tem sintomas acompanhantes
- E - Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico 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,
- B - É desencadeada pela tosse, e/ou manobra de Valsalva.

- C - Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico 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 dissecção 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 outra patologia

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 - Pressupõe 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 outras hipóteses diagnósticas 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 de: fotofobia, fonofobia ou náuseas ligeiras
2. Nem náuseas moderadas ou severas nem vômitos

E - Exclusão de outras hipóteses diagnósticas 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, situações de stress, situações de fome independentemente de provocarem ou não hipoglicémia e alterações do ritmo do sono⁷), 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
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.

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).

Com a acupunctura há alguma evidência de eficácia (B)²⁷.

Com a homeopatia existem quatro estudos que evidenciam uma eficácia semelhante ao placebo²⁸.



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. No conjunto a evidência existente suporta o valor da acupunctura no tratamento das cefaleias idiopáticas mas a qualidade e quantidade desta evidência não são completamente convincentes (B)^{27,29}.
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. A combinação destas técnicas com tratamento com antidepressivos parece ser mais eficaz que cada um dos tratamentos separadamente²⁹.
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 adequados³⁰⁻³¹ (C).
4. A fisioterapia³⁰⁻³² está indicada sempre que coexistam perturbações ósteo-articulares ou músculo-esqueléticas como factores desencadeantes ou agravantes da cefaleia (C).
5. O tratamento ortodôntico³³ na disfunção oromandibular deve ser considerado sempre que se justifique (C).
6. As técnicas cognitivo-comportamentais³⁴⁻³⁷ (com ou sem relaxamento) são indicadas quando coexiste depressão, ansiedade ou nas situações em que o stresse e 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)^{36,37}.

Cefaleias em Salvas

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

Em alguns doentes com cefaleias em salvas intractáveis, resistentes à farmacoterapia, 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^{38,39} (C) e a γ radiocirurgia⁴⁰ têm sido utilizadas. A secção cirúrgica da raiz oftálmica do trigémio é outra alternativa^{40,41}.

Outras Cefaleias Primárias

Nestas cefaleias as medidas não farmacológicas são sobretudo as de evicção dos factores desencadeantes.

2. Farmacológicas

Enxaqueca

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

Fármacos a usar na crise

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 do 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 às fenotiazinas: clorpromazina ou prometazina (B/C). O paracetamol (B), o ác. acetilsalicílico e o acetilsalicilato de lisina (A) são fármacos de primeira linha para o tratamento abortivo 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^{7,42,43}. Outros AINEs são uma alternativa válida, como se depreende do Quadro 24, não existindo estudos convincentes que permitam estabelecer uma prioridade na escolha dos AINEs 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.

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. 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 18). 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

a) Ác. Acetilsalicílico ou acetilsalicilato de lisina (500 a 1000 mg)	A
b) Ác. Tolfenâmico (200-400 mg)	A
c) Cetoprofeno (100 mg)	A
d) Diclofenac (50 a 100 mg)	A
e) Ibuprofeno (400 a 800 mg)	A
f) Indometacina (25 a 50 mg)	A
g) Naproxeno (250 a 500 mg)	A
h) Paracetamol (500 a 1000 mg)	B

Crises moderadas a severas: Fármacos antiemigração

a) ALCALÓIDES DA CRAVAGEM DO CENTEIO	
– 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)

b) 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	
– Rizatriptano (comp.; comp. dispersíveis).	
Dose inicial: 10 mg. Dose máx. diária 20 mg.	
– Naratriptano (comp.).	
Dose inicial: 2,5 mg. Dose máx. diária 5 mg.	
– Eletriptano (comp.)	
Dose inicial: 40 mg. Dose máx. diária 80 mg	
– Almitriptano (comp.).	
Dose inicial: 12,5 mg. Dose máx. diária 25 mg	

Crises muito severas (muito prolongadas e refractárias):

a) CORTICOSTERÓIDES ^{5,37}	C
1) Prednisona (40 a 60 mg/dia, durante 3 a 5 dias)	
2)	
3) Dexametasona (8 a 16 mg IM)	
b) FENOTIAZINAS	
1) Clorpromazina (25 a 50 mg/IM)	C
2) Clorpromazina (25 a 50 mg EV)	B
3) Prometazina (50 mg IM)	C

Crises com vômitos

a) GASTROCINÉTICOS/ANTI-EMÉTICOS	
1) Metoclopramida: 10 a 20 mg (rectal, IM ou EV)	B
2) Domperidona: 10 a 60 mg (rectal ou IM)	C
b) ANTI-EMÉTICOS	
1) Fenotiazinas (nos casos de vômitos mais intensos)	
– Clorpromazina: 25 a 50 mg IM	C
– Clorpromazina: 25 a 50 mg EV	B
– Prometazina: 50 mg IM	C



Os triptanos são a medicação de primeira linha nas crises, pelo menos nas de intensidade moderada a severa⁴³⁻⁴⁷. Têm estudos científicos bem documentados, que recomendam o seu uso na crise de enxaqueca (A)⁴³. As contraindicações 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 eficácia, nomeadamente com o sumatriptano (B)⁴⁷⁻⁴⁹. 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 vómitos, a foto e a fonofobia são igualmente aliviados por estes fármacos^{44,48,49}. 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. 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. São eficazes (A)⁴⁵.

Nas crises muito severas e prolongadas, assim como no estado 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)^{43,46,48,49}.

Fármacos a usar na profilaxia

Os fármacos profilácticos têm o seu lugar se as crises de enxaqueca são frequentes (>1/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 curtos, de 3 a 6 meses, embora possam vir a ser repetidos após intervalos livres de duração variável, dependendo da recidiva da sintomatologia⁴⁸⁻⁵¹.

1. Beta-bloqueantes ou antagonistas adrenérgicos beta

São 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 intensidade⁴⁸⁻⁵⁶. 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)⁴⁸⁻⁵⁶. O atenolol também demonstrou eficácia na dose de 100 mg uma vez por dia (A)⁵³. 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)^{50,53}. O nadolol demonstrou igualmente eficácia nas doses de 80 a 160 mg uma vez por dia (A)⁵⁴. Também o metoprolol, um beta-bloqueante selectivo, demonstrou eficácia na dose de 200 mg na forma de libertação retardada, reduzindo a frequência e a duração das crises (A)^{50,51,55}. Os β -bloqueantes com actividade simpaticomimética intrínseca (acebutol) não demonstram eficácia na prevenção da enxaqueca⁴⁸⁻⁵¹.

2. Anti-histamínicos/antiserotonínicos

A ciproheptadina (C) tem sido frequentemente usada como preventivo nas crianças, e tem eficácia comprovada⁵⁵⁻⁵⁷. No entanto, é necessário referir que actualmente não está disponível no mercado português, à semelhança do que acontece com o pizotifeno. 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 estudos⁵⁵⁻⁵⁸, 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)^{59,60}. É de referir que alguns fármacos deste grupo, como a nifedipina de absorção rápida, ou a nimodipina⁶⁰, podem piorar as crises de enxaqueca^{48-51,56}.

4. Antidepressivos

Numa meta-análise efectuada por Tomkins e col.⁶¹, que envolveu 38 estudos aleatorizados e controlados⁶⁰⁻⁶² concluiu-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)⁶⁰⁻⁶²; contudo, há uma grande variabilidade nas respostas individuais, pelo que as doses a administrar deverão ser adaptadas caso a caso. A demonstração da eficácia dos inibidores selectivos dos receptores da serotonina,



nomeadamente da fluoxetina (B), e da fluvoxamina (B) e do citalopram (B) continua controversa⁶⁰⁻⁶³.

5. Antiepilépticos

A eficácia do divalproato e do valproato de sódio foi comprovada em adultos na dose de 800 a 1500 mg por dia (A)⁶⁴; o divalproato (ou divalproex) é a mistura do valproato de sódio e do ácido valpróico. Mais recentemente, o topiramato (A)⁶⁵⁻⁶⁷ e a gabapentina (B)^{55,56} também têm sido usados com bons resultados. 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 diários⁶⁴⁻⁶⁷.

Existe ainda um ensaio randomizado e controlado sobre a carbamazepina, evidenciando eficácia (B)^{50,51}.

6. Antiinflamatórios não esteróides (AINEs)

O naproxeno foi bem estudado na profilaxia da enxaqueca menstrual^{68,69} 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)⁶⁹. 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^{60,68,69}. Também o ác. tolfenâmico (B), o fenoprofeno (B), o flurbiprofeno (B), o ibuprofeno (C) e o cetoprofeno (B) demonstraram eficácia preventiva^{60,68,69}. 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.

7. Estrogéneos

Também no caso da enxaqueca menstrual demonstrou eficácia a aplicação de estrogéneos percutâneos em gel⁷⁰⁻⁷³, 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)^{70,72,73}.

8. Vitaminas

Um ensaio clínico com 400 mg diários de Vitamina B2, ou riboflavina, demonstrou eficácia (B)⁷³, embora outros investigadores não o tenham verificado, o que significa que na nossa opinião ainda são necessários mais estudos clínicos, aleatorizados e controlados.

QUADRO 28 - TRATAMENTO PROFILÁTICO DA ENXAQUECA

	Categoria de evidência
1. β-bloqueantes (propranolol, atenolol, nadolol, metoprolol, timolol)	
– propranolol	A
– timolol	A
– atenolol	A
– nadolol	A
– metoprolol	A
2. Anti-histamínicos/antiserotonínicos	
– ciproheptadina	C
3. Antagonistas do cálcio	
– flunarizina	A
– verapamil	B
4. Antidepressivos	
– amitriptilina	A
– fluoxetina	B
– fluvoxamina, paroxetina, sertralina ⁴³	C
5. Anticonvulsivantes	
– valproato de sódio e divalproato de sódio	A
– gabapentina	B
– topiramato	A
6. AINEs	
– ácido tolfenâmico	B
– cetoprofeno	B
– ibuprofeno	C
– naproxeno	B
7. Estrogéneos* (estradiol)	
– gel percutâneo	B
– sistema transdérmico	C
8. Vitaminas	
– Vitamina B2	B

* Na enxaqueca menstrual.

Cefaleias Tipo Tensão

Para este tipo de cefaleias propõe-se um tratamento 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)^{42,74}. De referir que as cefaleias por abuso de analgésicos são actualmente definidas pelo número de dias por mês (>15) em que há consumo de analgésicos⁷⁴.

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 analgésicos⁷⁴⁻⁷⁸.

Os relaxantes musculares podem ser utilizados, mas em tratamentos curtos. A tizanidina foi estudada na cefaleia de tensão crónica, com alguma eficácia (A)⁷⁹⁻⁸⁰. Outro miorrelaxante que tem sido utilizado é a ciclobenzaprina, na dose de 20 a 40 mg/dia (C)⁸¹.



Tratamento preventivo

Na cefaleia de tensão a terapêutica farmacológica consiste sobretudo nos antidepressivos clássicos ou de primeira 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)⁸³⁻⁸⁷.

Em relação a antidepressivos mais recentes, como os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina 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)⁸⁸⁻⁹⁷. Os antidepressivos tricíclicos têm uma acção analgésica independente da antidepressiva e como tal podem ser utilizados em doses infra-terapêuticas das usadas para a depressão^{81-82,96}. 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)⁹⁸.

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)⁹⁹.

QUADRO 29 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALEIA TIPO TENSÃO

		Categoria de evidência
1. Sintomático		
1.1. Analgésicos		A
1.2. Anti-inflamatórios não esteróides		A
1.3. Miorrelaxantes		
Ciclobenzaprina	20 a 40 mg /dia	C
Tizanidina	6 a 18 mg /dia	A
2. Preventivo		
2.1. Antidepressivos de 1ª e 2ª geração:		A
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:		A
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		A/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. É eficaz em 75% dos doentes, sem efeitos colaterais e usualmente suspende a série de crises, por completo ou por alguns dias (C.)^{24,100}. Se ao fim de 20 min 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 enfarte do miocárdio ou patologia vascular cerebral prévias)¹⁰¹⁻³. Nos doentes com elevado nº 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.)¹⁰¹⁻³. O sumatriptano em spray nasal, 20 mg, é muito menos eficaz que a formulação subcutânea¹⁰¹⁻³ (B).
3. Lidocaína em solução aquosa ou gel 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)¹⁰⁴⁻⁶. Considerada uma terapêutica adicional.
4. Tartarato de Ergotamina: 1 mg por via oral ou 2 mg por via rectal (C)¹⁰⁴⁻⁶. Dado só existirem no nosso Mercado associações fixas com outros fármacos, devem ser usadas cautelosamente.
5. Zolmitriptano 10 mg - eficaz só após 30 minutos da administração(C)¹⁰⁷.

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 metilprednisolona deverá ser administrada via i.v., na dose de 500 a 1000 mg, não mais que dois a três dias (C)^{106,106,108}.



Na prevenção, o Verapamil é droga de 1ª escolha (B). Habitualmente usado na dose de 240 a 480 mg, é eficaz na profilaxia das formas episódicas e crônicas em 70% dos doentes. Nas formas crônicas a dose/dia pode atingir os 1200mg, mas deve ser feito um ECG antes de se aumentar cada dose. Em geral, ocorrem poucos efeitos secundários¹⁰⁹.

O Carbonato de Lítio é usado em comprimidos, na dose diária média de 600 a 900mg. É necessário fazer doseamentos periódicos da litêmia para prevenir a ultrapassagem da estreita margem terapêutica (0,8-1,2 mmol/L). Habitualmente litêmias 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 tiazidas 108-9. É eficaz na profilaxia quer das formas crônicas quer das episódicas (C)¹¹⁰⁻¹¹¹.

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)¹⁰⁴⁻¹⁰⁶, 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^{106,111}.

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 cefaleias^{106,111}.

Outras medicações têm sido testadas: melatonina na dose de 10 mg, oral (C)¹⁰⁶; e novos anti-epilépticos: topiramato 25 a 125 mg/dia, gabapentina 900 mg e lamotrigina 100 a 200 mg (C)^{106,111}.

No tratamento sintomático bem como no preventivo poder-se-ão fazer associações terapêuticas.

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 elevadas¹⁰⁶.

QUADRO 30 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DAS CEFALÉIAS EM SALVAS

Categoria de evidência

SINTOMÁTICO	
1. Oxigenoterapia a 100% com débito 6/12 litros por minuto, durante 15-20 minutos	C
2. Sumatriptano, 6 mg em injeção subcutânea (máx.: 2 x dia)	A
3. Tartarato de Ergotamina, 1 mg por via oral ou 2 mg por via rectal (atenção às formulações compostas)	C
4. Lidocaína, sol. aquosa ou gel a 4% por via intranasal + descongestionante nasal	C
PROFILAXIA DE TRANSIÇÃO	
8. Prednisona: 40 a 80 mg por dia.	
9. Dexametasona: 8mg por dia.	
10. Metilprednisolona: 500-1000 mg, e.v. (só na forma episódica)	C
PREVENTIVO	
1. Verapamil: 240 a 480 mg por dia no Cluster agudo; 720-1200 mg no Cluster crónico	B
2. Carbonato de Lítio: 600-900 mg por dia	C
3. Tartarato de Ergotamina, oral ou rectal, 1 mg até 3 vezes por dia	C
4. Valproato/divalproato de sódio: 600 a 2000 mg por dia	C
5. Corticosteróides: Prednisona: 40 a 80 mg por dia. Dexametasona: 8mg por dia. Metilprednisolona: 500-1000mg e.v (só na forma episódica)	C

Hemicrânia Paroxística

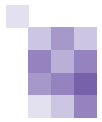
O tratamento da Hemicrânia Paroxística (quadro 31) deve ser feito com indometacina na dose de 25 mg, uma a três vezes/dia, podendo, se necessário, a dose ser aumentada até 75mg 3 vezes por dia, nas mesmas condições (aumento de 75 mg cada 10 dias). De notar que doses mais altas de indometacina podem provocar cefaleias graves (e não melhorar as já existentes), pelo que se recomenda iniciar o tratamento com doses baixas deste fármaco¹¹² (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 min a 48 horas.

QUADRO 31 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HEMICRANIA PAROXÍSTICA

Categoria de evidência

SINTOMÁTICO	
1. Indometacina + protector gástrico 25mg, 3xdia aumentar 25 mg cada 3 dias enquanto houver dor, até um máximo de 225 mg.	A



Outras Cefaleias 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 (C)^{2,106,112}.

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

Quer as cefaleias da tosse e do exercício físico, quer as associadas a actividade sexual, caso persistam, respondem preventivamente à terapêutica com indometacina oral (C), 25 mg 3 vezes por dia, ou com propranolol (C)¹¹¹⁻¹¹⁸.



PRECAUÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES, REACÇÕES ADVERSAS, INTERACÇÕES

Nos quadros 32 a 38 estão sintetizadas as principais precauções, contra- indicações 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 administr.	Dose (mg)	Precauções / Contra-indicações	Principais reacções adversas
Analgésicos/AINEs			Ver tratamento profilático	Ver tratamento profilático
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	Enx. hemiplégica ou basilar, hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades, doença hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquémia de órgãos, fibrose mediastínica ou retroperitoneal *
Dihidroergotamina	nasal (spray)	1		
Triptanos			Como grupo:	Como grupo:
Sumatriptano	subcutâneo oral nasal	6 50-100 10-20	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
Naratriptano	oral	2,5		
Zolmitriptano	oral nasal	2,5 - 5 5		
Rizatriptano	oral	10-20		
Almotriptano	oral	12,5		
Antieméticos/gastrocinéticos (a sua administração deve preceder a dos analgésicos - ver interacções)			Como grupo:	Como grupo:
Metoclopramida	Oral, IM e EV rectal	10 20	Obstrução ou hemorragia gastrointestinal, feocromocitoma,	Sonolência,astenia, vertigens, sintomas extrapiramidais,
Domperidona	Oral, IM rectal	10 30-60	sind. extrapiramidal, epilepsia	galactorreia, amenorreia

* menos severa com a dihidroergotamina; + Muito menos severos com a domperidona.



QUADRO 33 - TRATAMENTO PROFILÁTICO DA ENXAQUECA

Fármaco	Dose (mg/dia)	Precauções /Contra-indicações	Principais reacções adversas
		(ver também as interacções)	
Antagonistas dos receptores adrenérgicos beta		Como grupo:	Como grupo:
Propranolol	40-320 mg	Hipotensão, isquémia das extremidades, insuficiência cardíaca congestiva, d ^a de Raynaud, diabetes mellitus, bradiarritmia, DPOC	Bradycardia, hipotensão, pesadelos, sonhos vívidos, insónias, depressão, impotência, fadiga, extremidades frias, alterações gastrointestinais, síndrome de privação.
Atenolol	50-100 mg		
Nadolol	40-160 mg		
Metoprolol	50-200 mg		
Timolol	10-60 mg		
Antagonistas do cálcio			
Flunarizina	5-10 mg	Gravidez, parkinsonismo, depressão	Sedação, depressão, aumento de peso, parkinsonismo
Verapamil	240 - 320 mg		
Antidepressores			
Amitriptilina	10-150 mg	Glaucoma, hipertrofia prostática, gravidez, amamentação. Cond. de máquinas	Sonolência, fadiga, boca seca, aumento de peso, alt. tensão art., náuseas, obstipação, pert. da visão
Doxepina	25-150		
Fluoxetina	20-30		
Antihistamínicos/anti-serotonínicos			
Ciproheptadina	8-32 mg	Obesidade, glaucoma	Sonolência, boca seca, aumento do apetite e do peso
Pizotifeno	1,5-3 mg	Obesidade. Condução de máquinas	Sedação, aumento do apetite, aumento de peso
Anticonvulsivantes			
Valproato de sódio	800-1500 mg	Hepatite, insuf. 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
Topiramato	50-100 mg	Predisposição para a nefrolitíase, insuficiência renal ou hepática	Alt. das funções cognitivas, sonolência ou agitação, fadiga, diminuição de peso, nistagmo, ataxia, confusão mental.
Analésgicos antiinflamatórios não esteróides		Como grupo:	Como grupo:
Naproxeno	500-1000 mg	Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica activa, d ^a hepática ou renal, tratamento com anticoagulantes, idade inferior a 12 anos	Dispepsia, gastrite erosiva, úlcera péptica, diarreia, alt. hematológicas, nefropatia, reacções de hipersensibilidade
AAS	500-1000 mg		
Ác. Tolfenâmico	200- 400 mg		
Ác. Mefenâmico	250- 750 mg		
Dihidroergotamina	10 mg	Alergia a alcalóides da crav. do centeio, gravidez, amamentação, d ^a coronária ou outra vasculopatia, d ^a 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
Analésgicos antiinflamatórios não esteróides		Como grupo:	
AAS	500-1000	Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica activa, d ^a hepática ou renal, tratamento com anticoagulantes, idade inferior a 12 anos	dispepsia, gastrite erosiva, úlcera péptica, diarreia, alt. 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	Secura da boca e outros efeitos parassimpaticolíticos, náuseas, fadiga, visão turva, vertigens, inquietação
Ciclobenzaprina	20-40	Semelhante à orfenadrina (incluindo glaucoma e retenção urinária...)	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 PROFILÁTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO

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

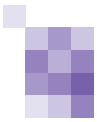
Notas: * Antidepressivo tri ou tetracíclico (de notar que as precauções e reacções adversas podem diferir em severidade com os diversos fármacos e que alguns deles podem apresentar com mais frequência um determinado tipo de reacções adversas (e.g., discrasias sanguíneas com a maprotilina e a mianserina). 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 administr.	Dose (mg)	Precauções / Contra-indicações	Reacções adversas
Oxigenoterapia	nasal	100 % 6-12 L/min, por 15-20 min	Não tem	Não tem
Ergotamínicos			Como grupo:	Como grupo:
Ergotamina	oral rectal	1 a 2 2	Hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades,	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias,
Dihidroergotamina	nasal (spray)	1	doença hepática ou renal,	isquémia de órgãos
		gravidez, amamentação		
Triptanos			Como grupo:	Como grupo:
Sumatriptano	subcutâneo	6	Arritmias cardíacas, cardiopatia isquémica,	Náuseas, tonturas, sonolência, sensação de calor, astenia, boca seca,
	oral	50-100	AVC isquémico, gravidez, amamentação	aperto ou opressão no pescoço, tórax ou membros, mialgias, parestesias
Anestésicos locais				
Lidocaína	nasal	sol. aquosa, gele a 4%	Hipersensibilidade aos anestésicos locais	

QUADRO 37 - TRATAMENTO PROFILÁTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS

Fármaco	Via de administr.	Dose (mg)	Precauções / Contra-indicações	Reacções adversas
Ergotamínicos			Como grupo:	Como grupo:
Ergotamina	Oral	1 - 2	Hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades, d ^a hepática ou renal,	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias,
	Rectal	2	gravidez, amamentação	isquémia de órgãos
Inibidores do cálcio				
Verapamil	oral	240 - 480	Sínd. WPW, hipotensão arterial e bloqueio A-V 1 ^o grau, choque cardiogénico, enfarte agudo do miocárdio, grave pert. da condução intra-cardíaca, fibrilhação auricular	Bradiaritmias, bloqueio A-V, insuficiência cardíaca, obstipação, náuseas, vertigens, cefaleias, rubor facial, fadiga, nervosismo, edemas maleolares, eritromelalgia e parestesias, alergias, ginecomastia, hiperplasia gengival
Anti-maníacos				
Carbonato de lítio	oral	600 - 900	Insuficiência cardíaca e/ou renal, d ^a de Addison, perturbação do metabolismo do sódio	Anorexia, alt. gastro-intestinais, poliúria, tremor, alt. do SNC, alt da função tiroideia



QUADRO 38 - INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

A nível farmacocinético

Absorção

Gastrocinéticos* Analgésicos Aumento da absorção do analgésico

Distribuição

Antiinflamatórios não esteróides Antidiabéticos ou anticoagulantes orais Diminuição da glicémia ou hemorragia
Lítio Fenotiazinas Potenciação dos efeitos do lítio (poderá ser também uma interação farmacodinâmica)

Metabolização

Antibióticos macrólidos Dihidroergotamina (DHE) / Ergotamina Inibição do metabolismo da DHE ou da ergotamina (vasoconstrição excessiva)

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

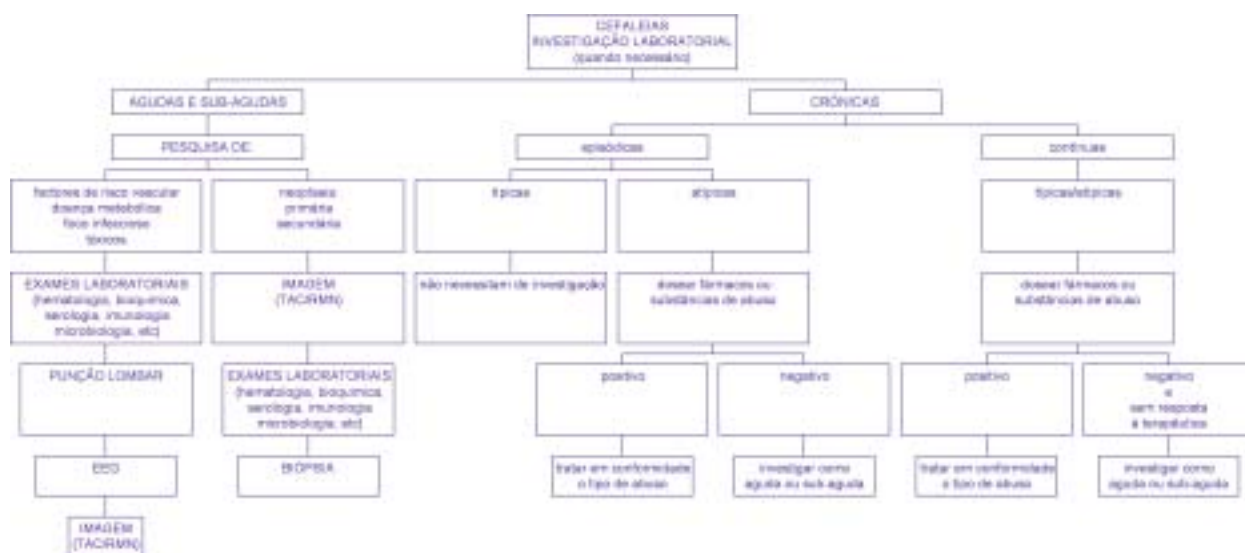
A nível farmacodinâmico

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/domp
Metoclopramida/domperidona Antiparkinsonícos Diminuição do efeito dos antiparkinsonícos

* Metoclopramida, domperidona

FLUXOGRAMAS









Bibliografia fundamental

1. Classification and Diagnostic Criteria for Headache disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalgia* 1988; 8 (Suppl 7): 9-96.
2. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalgia* 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, Calheiro 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, Ahlborg 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. *Cephalgia* 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. Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. Acupuncture for idiopathic headache (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
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. 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.
33. Graff-Radford SB, Forssell H. Oromandibular treatment in "The Headaches." Cap.79, pgs 527 - 530. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
34. Holroyd KA. Psychological and behavioral techniques in "The Headaches." Cap.77, pgs 515 - 520. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
35. Melis PM, Roomans W, Pierings EL et al. Treatment of chronic tension - type headache with hypnotherapy: a single blind time controlled study. *Headache* 1991; 31: 686 - 689.
36. 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.
37. Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain* 1994; 10:174-190.
38. Kudrow L. Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. *Headache* 1981; 21:1-4.
39. Campbell J K. Cluster headache: the treatment resistant patient. In Mathew N T, ed. *Cluster Headache*. Lancaster; Spectrum Publications 1984; 127-133.
40. O' Brian M D, Mac Cabe J J. Trigeminal nerve section for unremitting migranous neuralgia. The 3 rd Int. Symposium; Migraine Trust. London, Sept. 17-18, 1980.
41. Mathew N T, Hurt W. Percutaneous radiofrequency trigeminal gangliorhizolysis in intractable cluster headache. *Headache* 1988; 28:328-331.
42. Machado MG, Colação MJ. Cefaleias de interesse para o Clínico Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1989; 6(2): 45-50.
- 42a. Mathew NT. Acute pharmacotherapy in "The Headaches." Cap.80, pgs 531 - 536. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
43. Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology* 2000; 55:754-62.
44. Dahlöf C. Integrating the triptans into clinical practice. *Current Opinion in Neurology* 2002; 15:317-22.
45. 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.
46. 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.
47. Lindler SL. Subcutaneous sumatriptan in the clinical setting: the first 50 consecutive patients with acute migraine in a pediatric neurology office practice. *Headache* 1996; 36 (7):419-22.
48. Winner P, Lindler 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.
49. Giles E. Migraine: Diagnosis and management *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72(Suppl II): ii 10-ii 15.
50. Ramadan NM, Schultz LL, Gilkey SJ. Migraine prophylactic drugs: proof of efficacy, utilization and cost. *Cephalgia* 1997; 17(2): 73-80.
51. Lance James W. Preventive Treatment in Migraine. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997; 17:131-41.
52. Pascual K, Polo JM, Berciano J. The dose of propranolol for migraine prophylaxis: Efficacy of low doses. *Cephalgia* 1989; 9:287.
53. 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.
54. Sudilovsky A, Elkind AH, Ryan RE, et al. Comparative efficacy of nadolol and propranolol in the management of migraine. *Headache* 1987; 27:421.
55. Anderson PG, Dahl S, Hansen JH, et al. Prophylactic treatment of classical and non-classical migraine with metoprolol - a comparison with placebo. *Cephalgia* 1983;3:207.
56. Silberstein SD: Migraine: Preventive treatment. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
57. Curran DA, Lance JW. Clinical trial of methysergide and other preparations in the management of migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1964;27:463.
58. Bassi P, Brunati L, Rapuzzi B, et al. Low-dose flunarizine in the prophylaxis of migraine. *Headache* 1992; 32:390.
59. Solomon GD. Verapamil in migraine prophylaxis: A five-year review. *Headache* 1989;29:425.
60. Green MW. Migraine Prevention. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
61. 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.
62. Badget R. Os antidepressivos melhoram as cefaleias em doentes com cefaleias crônicas. *Evidence-Based Medicine (edição em Língua Portuguesa)* 2002;6:103.
63. 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.
64. Hering R, Kurittky A. Sodium valproate in the prophylactic treatment of migraine: a double blind study versus placebo. *Cephalgia* 1992;12(2):81-4.
65. Storey et al. Topiramate in Migraine Prevention: a double-blinded placebo-controlled Study. *Headache* 2001;41: 968-75.
66. Silberstein SD. Efficacy of topiramate in migraine prophylaxis: a randomized controlled study. *Adv Stud Med* 2002; 2 (21): 758 - 61.
67. Mathew, Kailasam & Meadors. Prophylaxis of migraine, transformed migraine, and cluster headache with topiramate. *Headache* 2002; 42(8): 796 - 803.
68. 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.
69. Szekely B, Merryman S, Croft H, et al. Prophylactic effects of naproxen sodium on perimenstrual headache: a double blind placebo controlled study. *Cephalgia* 1989;9 (Suppl 10):452-3.
70. Silberstein SD, Merriam JR. Sex Hormones and Headache. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997; 17:131-41.
71. Dennerstein L, Morse C, Burrows G et al. Menstrual Migraine: a double blind trial of percutaneous estradiol. *Gynecol Endocrinol* 1988; 2(2):113-20.
72. Fettes Ivy. A enxaqueca menstrual: métodos de prevenção e controlo. *Posgraduate Medicine-edição Portuguesa* 1998;9(3):29.
73. Silberstein SD & Goadsby PJ. Migraine: preventive treatment. *Cephalgia* 2002; 22: 491-512.
74. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache and medication overuse in *Wolff's Headache and other head pain*, 7th edition. Cap11: 247-282. Editores: Stephen Silberstein, Richard B Lipton & Donald J. Dalessio. Oxford University Press 2001.
75. Dahlöf CGH, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension headache. *Cephalgia*, 1996; 16:117-123.
76. Harden RN, Rogers D, Fink K, Gracely RH. Controlled trial of ketorolac in tension type headache. *Neurology*, 1998 Feb, 50:2, 507-509.
77. 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). *Cephalgia*, 1998; 18: 38-43.
78. 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.
79. Fogelholm R, Murros k. Tizanidine in chronic tension type headache: a placebo controlled double blind crossover study. *Headache* 1992; 32: 509-513.
80. Murros K, Kataja M, Hedman C, et al. Modified-release formulation of tizanidine in chronic tension-type headache. *Headache* 2000; 40:633-637.
81. 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.
82. Lance JW, Curran D A. Treatment of chronic tension headache. *Lancet*, 1964; 1: 1236-1239.
83. Diamond S, Baltes BJ. Chronic tension headache treated with amitriptyline - a double blind study. *Headache*, 1971; 11:110-116.
84. 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.
85. Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, Pascali MP, Catarci T. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenic implications.



- Headache* 1998; 38:453-457.
86. Hershey AD, Powers SW, Bentti AL, deGraw TJ. Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches. *Headache* 2000; 40:539-549.
 87. 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.
 88. 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.
 89. 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.
 90. Diamond S. Efficacy and safety profile of venlafaxine in chronic headache. *Headache quarterly, Current treatment and research* 1995; 6 (3): 212 – 215.
 91. 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.
 92. 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.
 93. Foster CA, Bafaloukous J. Paroxetine in the treatment of chronic daily headache. *Headache*, 1994; 34: 587-589.
 94. 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.
 95. Singh NN, Misra S. Sertraline in chronic tension-type headache. *J Assoc Physicians India* 2002; 50:873-8.
 96. Spiegel K, Kalb R, Pasternak GW. Analgesic activity of tricyclic antidepressants. *Ann Neurol* 1983; 13: 462-465.
 97. Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000;20:603-610.
 98. 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.
 99. 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.
 100. Fogan L. Treatment of cluster headache: A double-blind comparison of oxygen versus air inhalation. *Arch Neurol* 1985, 42: 362-363.
 101. Ekbohm K, et al.: Subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of cluster headache: a dose comparison study. *Acta Neurol Scand* 1993, 88:63-69.
 102. Monstad I, et al.: Preemptive oral treatment with sumatriptan during a cluster period. *Headache* 1995, 35:607-613.
 103. Plosker GI, 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.
 104. Sjaastad O: Cluster headache syndrome. London: WB Saunders Company Ltd; 1992.
 105. Kitrelle J, et al.: Cluster headache, local anesthetic abortive agents; *Arch Neurol*, 1985; 41: 496-498.
 106. Kudrow L: Cluster headache: mechanisms and management. New York: Oxford University Press; 1980.
 107. Bahra A, Gawel MJ, Hardebo JE, Millson D, Breen SA, Goadby PJ. Oral zolmitriptan is effective in the acute treatment of cluster headache. *Neurology* 2000; 54(9): 1832-9.
 108. Couch JR, Ziegler DK: Prednisone therapy for cluster headache. *Headache* 1978, 18:219-221.
 109. Bussone G, et al.: Double-blind comparison of lithium and verapamil in cluster headache prophylaxis. *Headache* 1990, 30:411-417.
 110. Manzoni GC, et al.: Lithium carbonate in cluster headache: assessment of its short and long-term therapeutic efficacy. *Cephalalgia* 1983, 3:109-114.
 111. Gillies HC, et al.: A textbook of clinical pharmacology, ed. 2. London: Edward Arnold; 1986.
 112. Mathew N. Indomethacin responsive headache syndromes. *Headache* 1981, 21: 147-150.
 113. 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.
 114. Diamond S, Medina JL. Benign exertional headache: successful treatment with indomethacin. *Headache* 1979; 19:249.
 115. Diamond S. Prolonged benign exertional headache: its clinical characteristics and response to indomethacin. *Headache* 1982, 22: 96-98.
 116. 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.
 117. Sands GH, Newman L, Lipton R. Cough, exertional and other miscellaneous headaches. *Med.Clin. N. America*, 1991; 75 (3): 733-747.
 118. Porter M, Jankovic J. Benign coital cephalgia. Differential diagnosis and treatment. *Arch Neurol* 1981; 38: 710 – 712.

