

PLANO DE AULA		MÓDULO:	PERÍODO LETIVO: 2023/1
TEMA	Cefaleias		
CARGA HORÁRIA	2		
PROFESSOR (A)			
Jade Pinheiro de Carvalho Tonet			
OBJETIVO GERAL			
Capacitar os alunos a compreender, diagnosticar e manejar as cefaleias, com foco nas cefaleias primárias e secundárias, sua epidemiologia, mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico diferencial e opções terapêuticas.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a classificação das cefaleias. • Identificar os principais tipos de cefaleias primárias (enxaqueca, cefaleia tensional e cefaleia em salvas) e suas características clínicas. • Reconhecer as cefaleias secundárias e os sinais de alerta para causas subjacentes graves. • Descrever os mecanismos fisiopatológicos das principais cefaleias. • Realizar o diagnóstico diferencial baseado na anamnese e exame físico. • Conhecer as opções de tratamento farmacológico e não farmacológico para as cefaleias. • Discutir estratégias de manejo a longo prazo e prevenção de cefaleias. 			
DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO			
<ul style="list-style-type: none"> • Aula Expositiva e Dialogada • Recursos Necessários: <ul style="list-style-type: none"> - Projetor de slides - Computador ou dispositivo para apresentação 			
Bibliografia Básica			
<ul style="list-style-type: none"> • NEUROLOGIA: Saiba mais sobre CEFALEIA - Sanar Medicina • Brasil Neto. Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. 2ª edição. Elsevier. Rio de Janeiro, 2019. • PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALEIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018 • Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia + Sociedade Brasileira de Cefaleia • https://www.youtube.com/watch?v=2WB1k-ziWko. 			



Cefaleias

Profª Jade Tonet

UCT 13 – Dor

5º módulo



O que é?

- Grupo de mais de 300 doenças, divididas entre causas primárias e causas secundárias.
- Prevalência em 1 ano, pop geral: ~70%
Prevalência ao longo da vida: ~95 a 99%.

É a doença



Cefaleias Primárias

Migrânea

Tensional

Trigêminoautonômicas

É o sintoma



Cefaleias Secundárias

AVCh, Trombose venosa cerebral (TVC), HSA, Neoplasia, Neuroinfecção...

Cefaleias Secundárias



Cefaleia secundária
à sinusite



Cefaleia secundária
à hipertensão



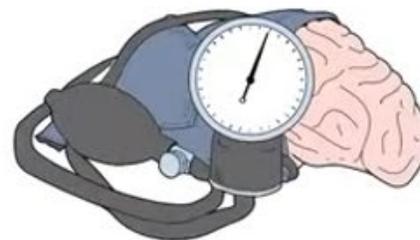
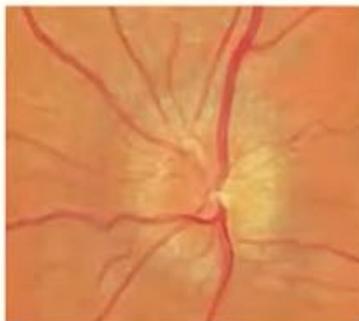
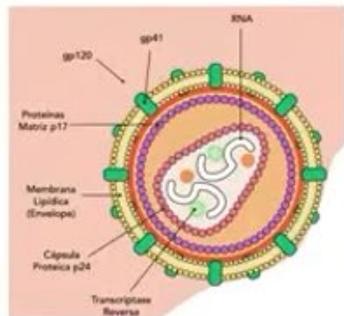
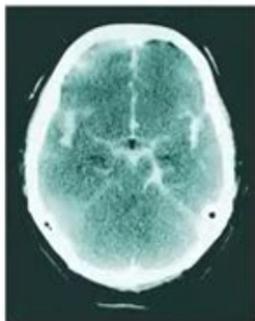
Cefaleia secundária
às alterações na articulação
temporomandibular

Tabela 2: Principais causas de cefaleias secundárias

Cefaleia associada a infecção sistêmica
Sinusite, otite
Meningite aguda
Hemorragia subaracnoide espontânea (aneurisma cerebral)
Trombose de seio venoso
Acidentes vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico
Dissecção arterial
Hipertensão intracraniana idiopática
Lesões expansivas do encéfalo
Hidrocefalia aguda
Meningite crônica
Arterite temporal

Como diferenciar causas simples e causas graves?

Sinais de alerta	Características
Sinais sistêmicos	Febre, rigidez de nuca, HIV, uso de drogas imunossupressoras, neoplasia.
Neurológico	Presença de déficit neurológico focal, convulsão ou edema de papila.
<i>Older</i>	Cefaleia que iniciou após os 50 anos.
<i>Onset</i>	Cefaleia de início súbito ou primeira cefaleia na vida.
<i>Pattern</i>	Mudança de padrão de cefaleia prévia, cefaleia refratária ou progressiva.



INÍCIO SÚBITO

SISTÊMICO

PAPILEDEMA

DESPERTAR PELA DOR

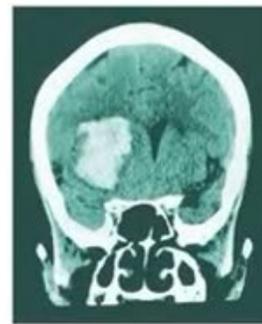
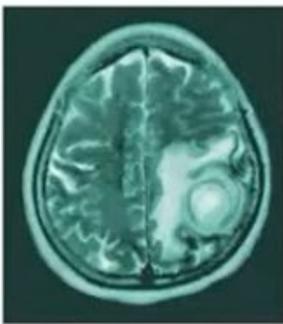
I N S I P I D A

NEUROLÓGICO

INÉDITO

IDADE > 50a

ANTICOAGULANTE



Paciente possui sinais de alerta! E agora, o que fazer?

Tabela 4: Quando solicitar neuroimagem nas cefaleias

Mudança recente no padrão, frequência ou intensidade da dor
Cefaleia progressiva a despeito de analgesia
Sinais ou sintomas focais
Início da dor após esforço, tosse ou atividade sexual
Presença de sopro em órbitas
Início da cefaleia após os quarenta anos
Cefaleia aguda em trovoada (<i>thunderclap headache</i>)

Tabela 5: Quando realizar punção lombar

Paciente com suspeita de hemorragia subaracnoidea e exame de imagem normal
Suspeita de infecção
Suspeita de etiologia inflamatória
Suspeita de carcinomatose meníngea com exame de imagem inalterado
Suspeita de hipertensão intracraniana idiopática benigna para raquimanometria



Cefaleias primárias



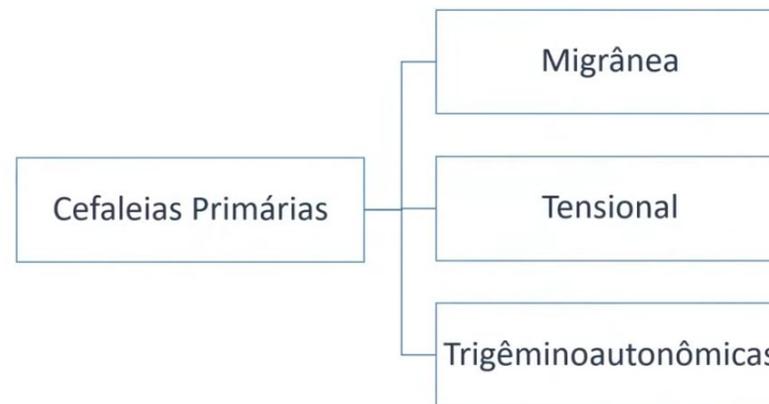
Cefaleia do tipo tensional



Enxaqueca



Cefaleia em salvas



Migrânea ou Enxaqueca



- É o segundo tipo mais comum de cefaleia (perdendo apenas para cefaleia tensional).
- Prevalência anual, no BR: 15.8%
- Prevalência entre sexos: 22% no sexo feminino e 9% no sexo masculino
- Pico de prevalência entre 30 e 50 anos.
- Cerca de 80% dos pacientes têm um familiar direto acometido.
- 25% possui sintomas visuais e sintomas prodrômicos.
- Mulheres em uso de anticoncepcional hormonal apresentam 1,3 vez mais enxaqueca, quando comparadas às que não fazem uso dele.
- Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a enxaqueca ocupa a 19a posição mundial entre todas as doenças causadoras de incapacidade funcional temporária.

Fisiopatologia

- **Patologia neurovascular, ainda não totalmente conhecida.**
- A teoria mais aceita para explicar a aura e a cefaleia defende que a **depressão alastrante cortical** — uma onda lenta e intensa de atividade cortical — se espalha por um amplo segmento do córtex cerebral.
- Como consequência, ocorre ativação de aferentes no nervo trigêmeo e liberação de moléculas inflamatórias na região dos vasos piais.
- A ativação da via trigeminal envolve conexões com hipotálamo, núcleos do tronco encefálico, sistema nervoso autônomo e límbico responsáveis por respostas emocionais, vegetativas e outros sintomas associados à síndrome.

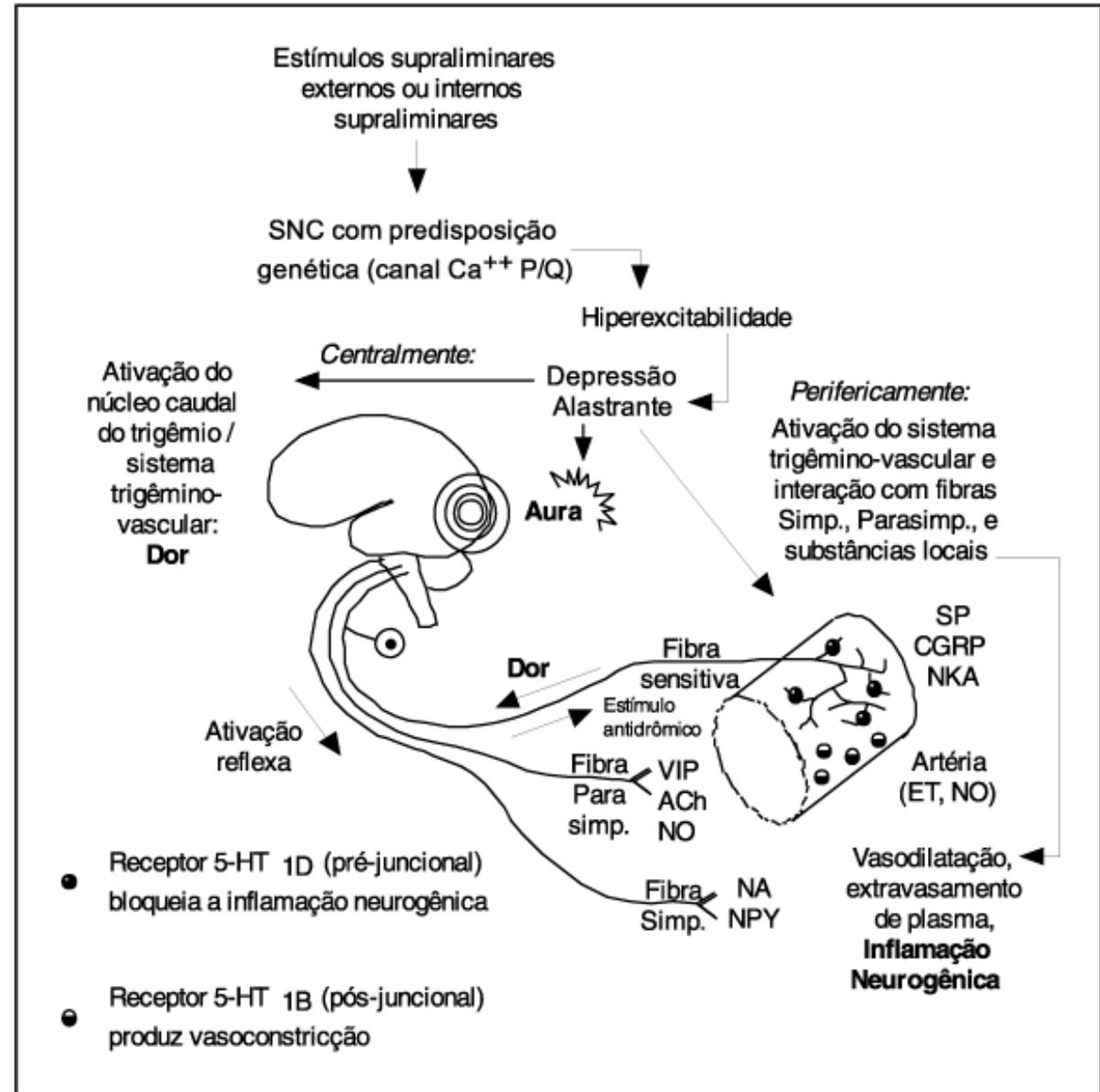
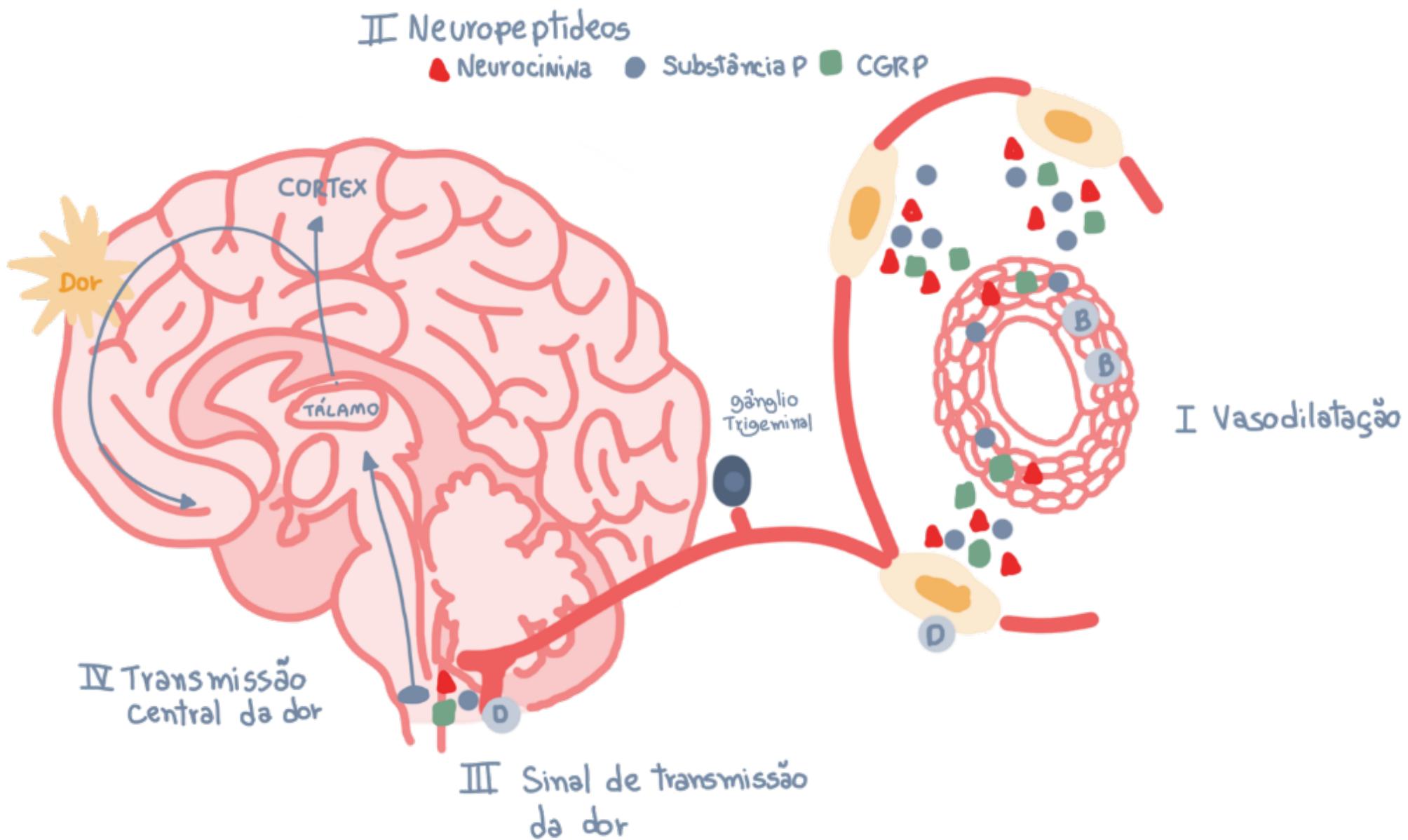
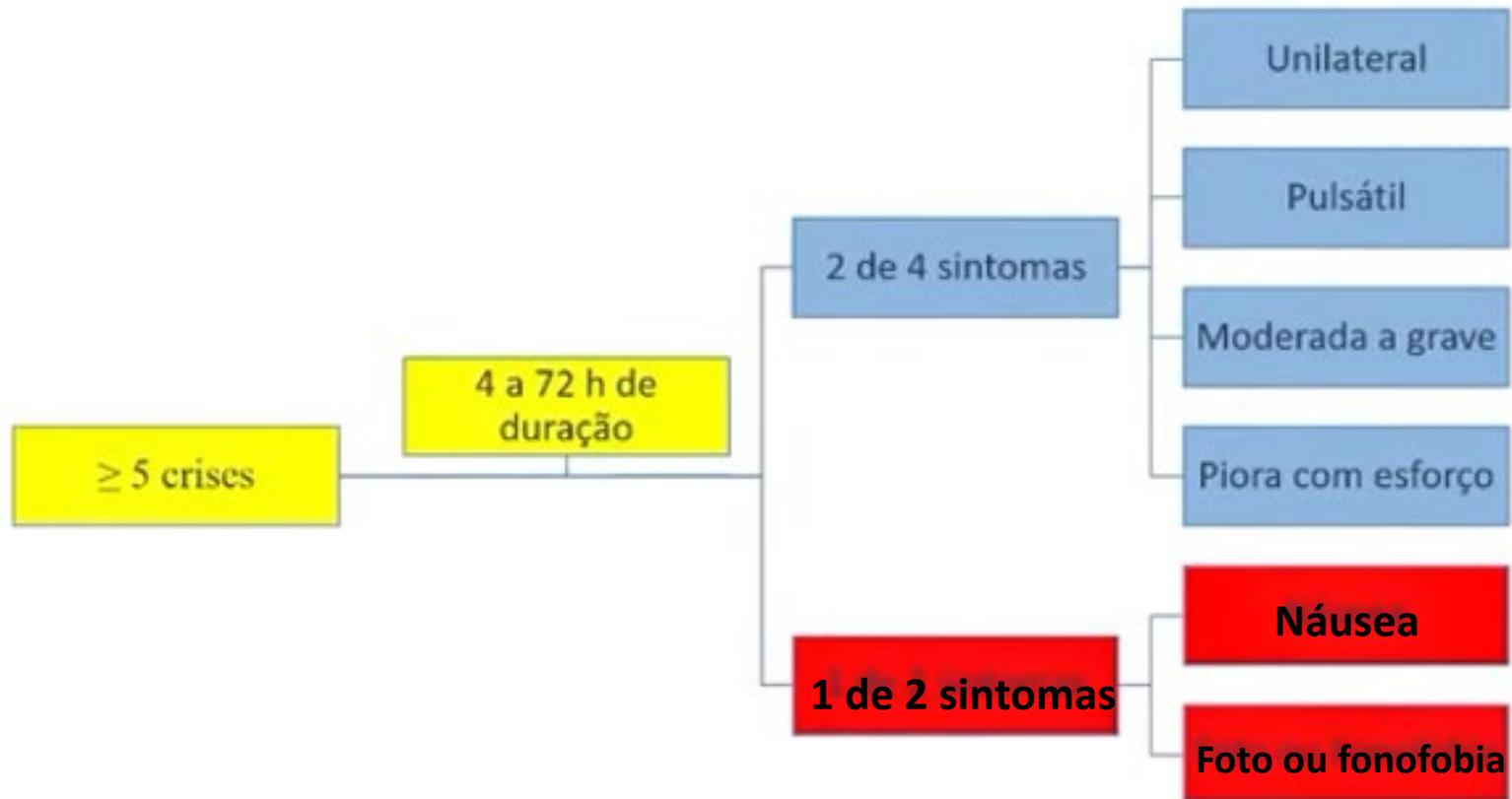


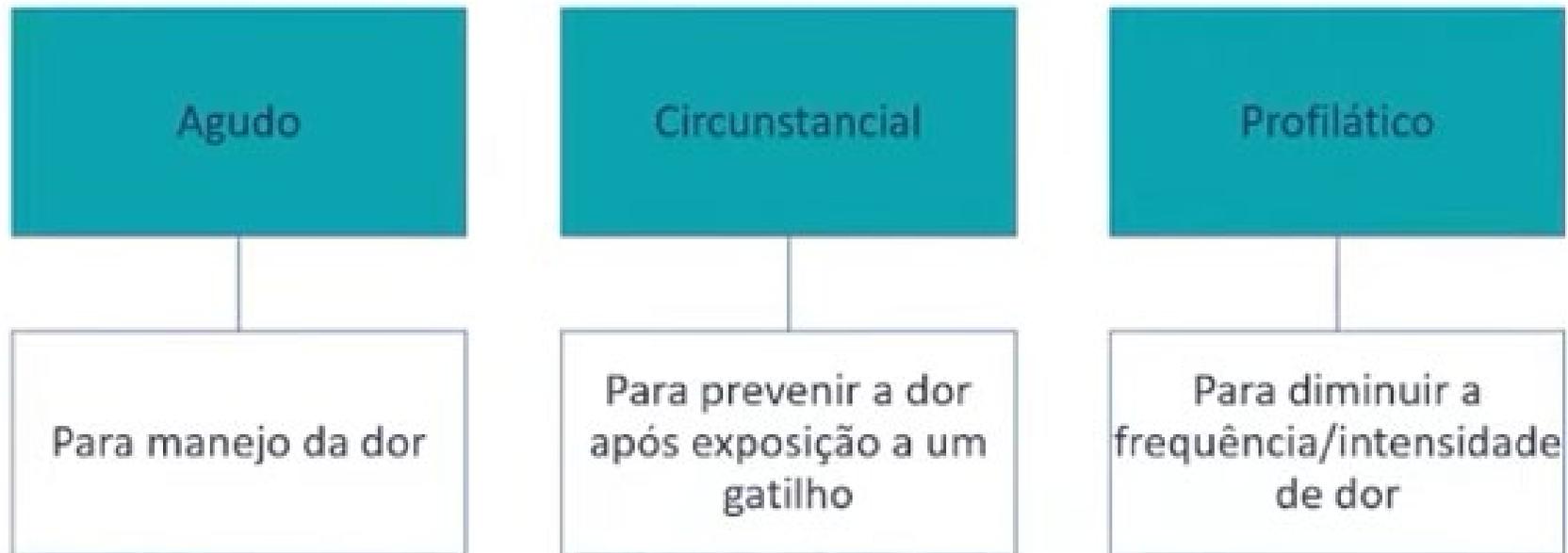
Fig 2. Fibras perivasculares sensitivas, simpáticas e parassimpáticas interagem com agentes vasoativos locais na produção da inflamação neurogênica.



Diagnóstico



Tratamento

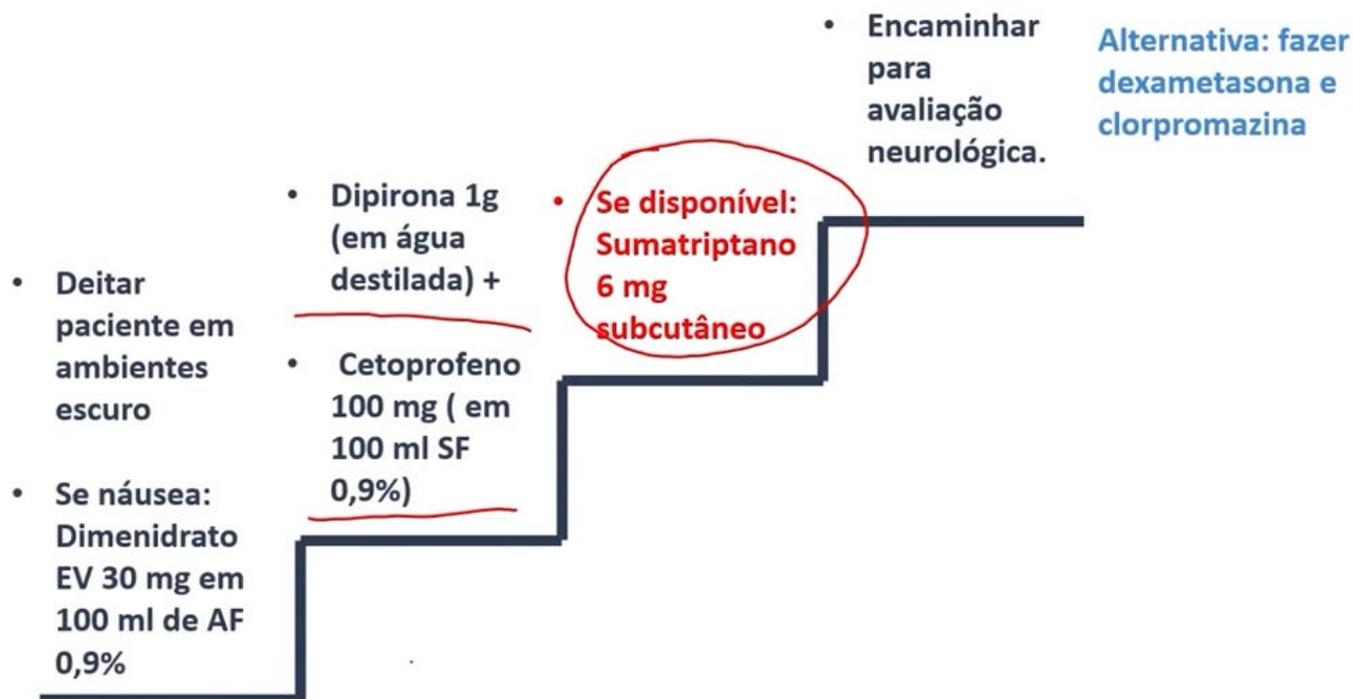


Tratamento agudo/abortivo

Migrânea – Tratamento agudo na urgência



Dor há menos de 72 horas

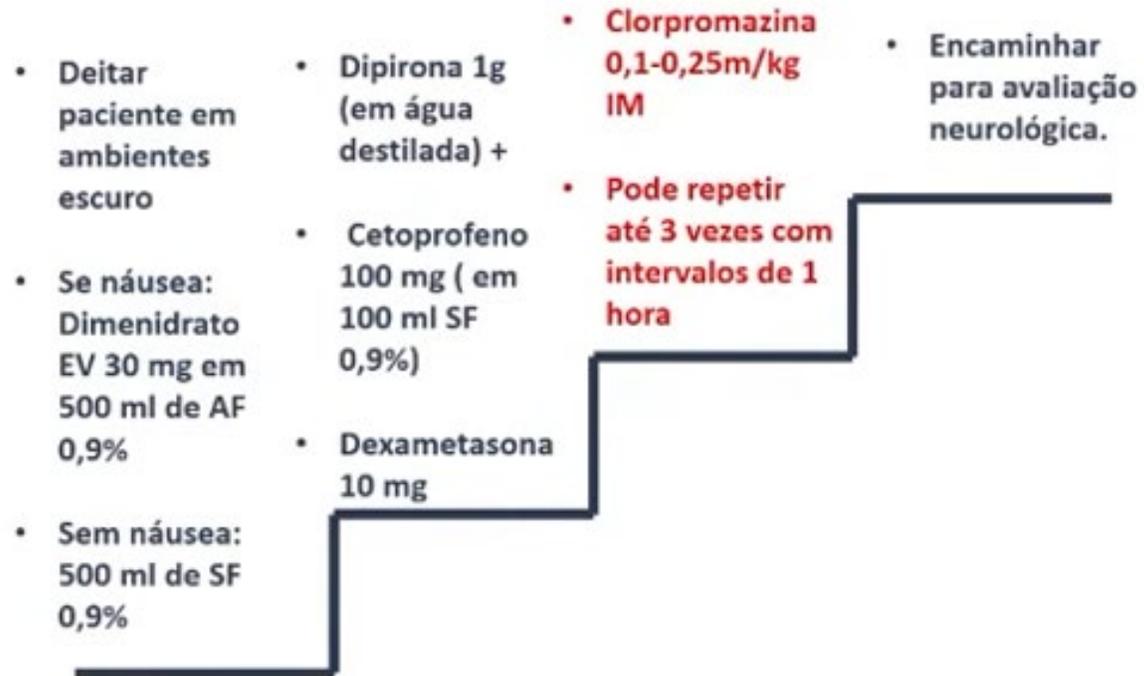


- Dipirona = analgésico básico.
- Cetoprofeno = AINE.
- Sumatriptano = agonista do receptor 5-HT₁ serotoninérgico.
- **Dexametasona = corticoide potente.**
- **Clorpromazina = antipsicótico que faz bloqueio alfa-adrenérgico, deprimindo a liberação de hormônios hipotalâmicos.**

Tratamento agudo/abortivo

Migrânea – Tratamento agudo na urgência

Dor há mais de 72 horas – Status migranoso



Tratamento circunstancial



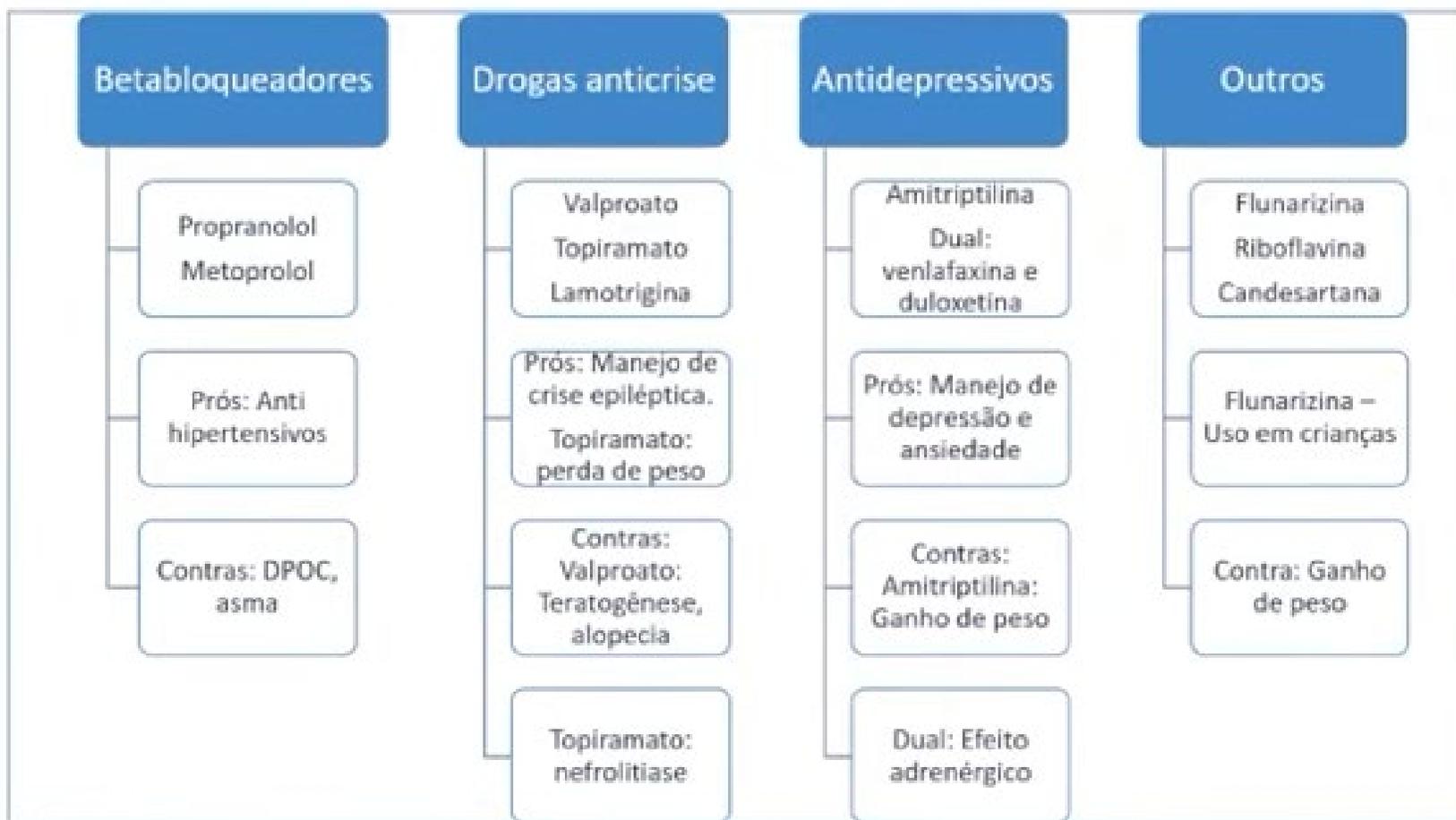
*Restrição do uso de analgésicos (2x/sem) devido a efeito rebote

Tratamento profilático

Quando?



Tratamento profilático



Cefaleia Tensional

- Cefaleia primária + comum -> Prevalência na vida (pop geral): 14% a 78%
- Sua crise é de fraca ou moderada intensidade, com sensação de aperto ou pressão e, na maioria das vezes, é bilateral. Pode ser frontal, occipital ou holocraniana.



Fisiopatologia

- Fisiopatologia ainda permanece malcompreendida.
- Muito provavelmente é consequência de um estímulo nocivo físico ou psicológico que leva a um estado de contração persistente ou intermitente da musculatura do crânio e da nuca. Esta contração leva isquemia e inflamação muscular e, conseqüentemente, dor.
- A dor surge, em geral, no final da tarde, relaciona-se com estresse físico (cansaço, exagero de atividade física, especialmente no calor e sob o sol), muscular (posicionamento do pescoço no sono ou no trabalho) e/ou emocional.
- Por vezes, há hiperestesia e hipertonia da musculatura pericraniana que pode ser percebida com a palpação cuidadosa.

ÁREAS COMUNS DE DOR



Diagnóstico



Tratamento agudo



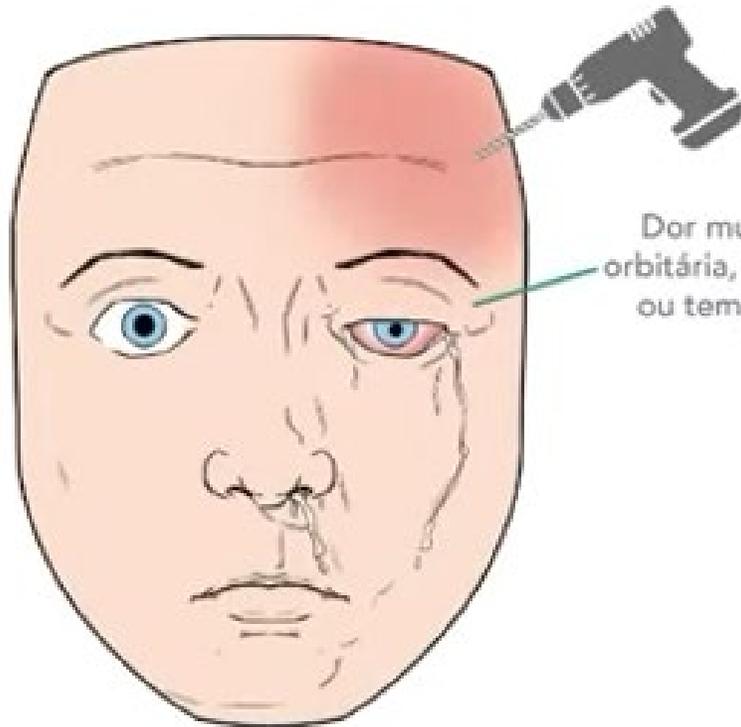
Tratamento crônico

- Avaliação odontológica, fisioterápica e psicológica.
- Técnicas variadas, como ultrassom, laser de baixa intensidade, exercícios com aplicação de calor, homeopatia e acupuntura.
- Hábitos saudáveis de vida, prática de exercícios aeróbicos, regularidade do sono e a adoção de uma rotina de vida que diminua o estresse das atividades cotidianas são essenciais.
- Diário de cefaleia/crise -> conhecer horários, fatores desencadeantes, relação com ciclo menstrual etc.
- Restrição do uso de analgésicos (2x/sem);

Cefaleias Trigêmino-autonômicas

Fenômenos autônomos ipsilaterais

- Rubor facial
- Edema palpebral
- Hiperemia conjuntival
- Rinorreia
- Lacrimejamento
- Sd Horner (semiptose e miose)



Dor muito intensa,
orbitária, supraorbitária
ou temporal lateral

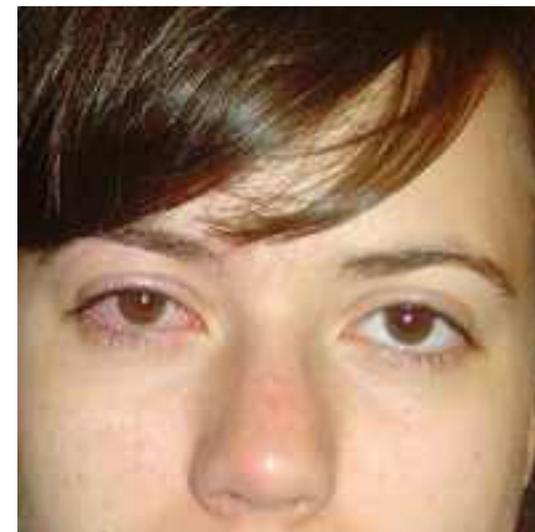
Cefaleias Trigêmino-autonômicas

	Cefaleia em Salvas ✓	Hemicrânia Paroxística	Hemicrânia Contínua
M:F	3:1	1:1	1:3
Duração	15-180min	2-30 min	Na crise: 2-30 min
Frequência	1-8/dia	3-30/dia	1-40/dia
Tratamento Agudo	Oxigênio	Indometacina	Indometacina
Profilaxia	Verapamil/ Lítio	Indometacina	Indometacina

→ A indometacina é um AINE, derivado do indol metilado e relacionado com o diclofenaco.

Cefaleia em salvas

- Cefaleia trigêmino-autonômica mais frequente.
- Acomete 1 em cada 1.000 indivíduos (varia entre 0,09% a 0,4%).
- 85% das pessoas afetadas são do sexo masculino.
- Geralmente se inicia após os 20 anos, mas é mais frequente entre as 3ª e 5ª décadas de vida.
- A doença evolui em surtos de um a três meses de duração (salvas), quando o paciente experimenta de uma a oito crises por dia e frequentemente é despertado à noite pela crise -> Após episódio de salvas pode haver período de meses ou anos sem crises.
- Crises de duração limitada: 15 a 180 minutos.
- **Dor excruciante, unilateral e alterações autonômicas** (hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento, congestão ocular e nasal, rinorreia, edema palpebral, rubor facial, miose e/ou ptose ipsilaterais) **associados a sensação de inquietude e agitação.**



Fisiopatologia

- A fisiopatologia ainda não está 100% comprovada.
- Uma hipótese completa deveria englobar as três principais características da dor: distribuição trigeminal, disfunções autonômicas e **ritmicidade circadiana das crises**.
- A ritmicidade levou a vários estudos para comprovar a participação do hipotálamo, principalmente do relógio biológico: o núcleo supraquiasmático, constituído de dois pequenos grupos de células localizados no hipotálamo anterior, dorsalmente ao quiasma óptico.
- Além da ritmicidade, o envolvimento hipotalâmico começou a ser sugerido principalmente pelas várias alterações hormonais detectadas nestes pacientes e pela resposta ao tratamento com lítio.
- Especificamente, é sugerido que, durante a salva, a **atividade dos quimiorreceptores estaria alterada por inibição central do tônus vasomotor simpático e estimulação parassimpática**.
- A miose e a ptose seriam causadas pela hipofunção simpática, enquanto o lacrimejamento, a hiperemia conjuntival e a obstrução nasal, por uma hiperatividade parassimpática.
- A liberação de neuropeptídeos seria responsável pela vasodilatação e o caráter pulsátil da dor. Estes achados justificariam a classificação da CS como um **distúrbio neurovascular**.

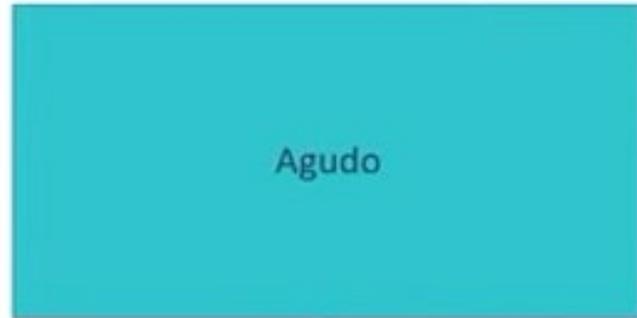
Diagnóstico



Diagnóstico

- Cerca de 10% a 15% dos pacientes têm sintomas crônicos sem remissões -> CS crônica: a dor deve ocorrer por pelo menos 1 ano, sem remissão ou com remissões menores que 1 mês.
- **O lacrimejamento é o sinal autonômico mais frequente**, seguido por hiperemia conjuntival e congestão nasal.
- Náuseas e vômitos -> feminino 46,9%, masculino 17,4%
- **A agitação e a inquietude durante a crise: 93% dos pacientes**
- Movimentação parece não piorar a dor -> importante fato no diagnóstico diferencial
- Os sintomas de aura em associação à crise de CS têm sido descritos em aproximadamente 6% dos pacientes.
- Gatilhos: álcool, medicamentos vasodilatadores, histamina, falta de sono, alterações comportamentais, aumento das atividades física, mental ou emocional.

Tratamento



Oxigênio a 100%, máscara nasal 12 a 15 L/min
Alternativa: Triptano nasal/subcutâneo
Corticóide e anestésico: tratamento de "ponte"



Verapamil
Lítio

Lítio = estabilizador do humor

Verapamil = bloqueador do canal de cálcio (cuidado com idosos e interações medicamentosas)

Tabela 6: Características das Cefaleias Primárias

	Migrânea	Cefaleia tensional	Cefaleia em salvas
Paciente	10-30, mulheres > homens	Mulheres > homens	Homem jovem
Característica da dor	Hemicraniana, pulsátil, de moderada a forte intensidade	Holocraniana, em aperto ou pressão de intensidade leve ou moderada	Hemicraniana (orbital, supraorbital ou temporal), em pontada ou fisgada de forte intensidade
Sintomas associados	Náusea, vômitos, fenômenos premonitórios (aura visual, sensitiva etc.), foto e fonofobia	Náusea ou vômito foto ou fonofobia (menos comuns que na migrânea)	Fenômenos autonômicos ipsilaterais (lacrimejamento, congestão nasal e/ou rinorreia, edema palpebral, sudorese, rubor, miose e/ou ptose), agitação ou inquietude, náusea, vômito, foto ou fonofobia
Fator desencadeante	Atividade física, menstruação, certos alimentos	Estresse, fadiga	Álcool, vasodilatadores
Duração	4-72h	30 min-7 dias	15 min-3h
Tratamento abortivo	Analgésicos, AINEs, triptanos, ergotamínicos	Analgésicos, AINEs	O ₂ sob máscara 10-15L/min, triptanos, ergotamínicos
Tratamento profilático	Propranolol, antidepressivos tricíclicos, topiramato, ácido valproico	Antidepressivos tricíclicos, ISRS, inibidores duais (venlafaxina) e miorelaxantes	Verapamil, lítio, topiramato, gabapentina

Referências

- NEUROLOGIA: Saiba mais sobre CEFALEIA - Sanar Medicina
- Brasil Neto. Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. 2ª edição. Elsevier. Rio de Janeiro, 2019.
- PROTOCOLO NACIONAL PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DAS CEFALÉIAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA DO BRASIL - 2018
- Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia + Sociedade Brasileira de Cefaleia
- <https://www.youtube.com/watch?v=2WB1k-ziWKo>

Obrigada!