AULA : Cefaleias

**Introdução**

|  |
| --- |
| Dor de cabeça, um sintoma muito comum, pode ser causada por uma anormalidade grave subjacente, mas geralmente é devida a transtornos denominados cefaleias primárias, tais como enxaqueca, cefaleia tipo tensional, cefaleia em salvas e hemicrania paroxística.[1](https://jigsaw.minhabiblioteca.com.br/books/9788595150706/epub/OEBPS/Text/B978853528490400398X.xhtml?favre=brett#bib90125) |

**Objetivos**

|  |
| --- |
| Neste encontro você deve compreender:  Fisiopatologia, Sintomatologia, Diagnóstico. |

**Objetivo 1**

|  |
| --- |
| A sensibilidade dolorosa da cabeça é veiculada pelos aferentes trigeminais primários que inervam vasos sanguíneos, mucosas, músculos e tecidos. Fibras nervosas, a partir dessas fontes, atingem o gânglio trigeminal, especialmente através da primeira divisão do nervo trigêmeo (nervo oftálmico). Os aferentes trigeminais terminam no núcleo sensitivo principal do V nervo craniano e seu núcleo da raiz espinal, que tem vários pequenos subnúcleos, dos quais o mais importante é o subnúcleo *caudalis*. Esse subnúcleo recebe aferentes de vasos meníngeos, regiões sensíveis da dura-máter e mesmo da medula cervical superior, que então projetam-se para o tálamo medial e lateral através do trato espinotalâmico e para regiões do diencéfalo e do tronco encefálico envolvidas na regulação de funções autonômicas. Informação nociceptiva talâmica ascende para o córtex sensorial, bem como para outras áreas do cérebro.  Embora dores de cabeça secundárias estimulem a via nociceptiva por meio de processos como inflamação e compressão, as cefaleias primárias ocorrem espontaneamente e mediadores químicos estão envolvidos nesse processo. A sequência de eventos começa com ativação periférica causada pelo extravasamento neurogênico do plasma ativado espontaneamente ou pela depressão alastrante cortical. O complexo trigeminocervical, especialmente o subnúcleo *caudalis*, é então ativado, e os pacientes podem experimentar alodinia, uma condição em que um estímulo não nocivo é percebido como doloroso.  Aura é definida como um distúrbio focal neurológico visual, sensorial ou motor, que pode ocorrer com ou sem dor de cabeça. A aura parece ocorrer quando a depressão alastrante cortical causa a despolarização das membranas neuronais. Tanto neurônios como células da glia podem causar constrição e dilatação dos vasos sanguíneos. **Manifestações clínicas** Pacientes com dor de cabeça podem descrever a dor como latejante, como uma faixa ou contínua. A dor muitas vezes é unilateral, mas pode ser bilateral. A enxaqueca frequentemente é associada a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. Ela pode ser moderada a grave, interferindo nas atividades. Outras manifestações autonômicas que podem acompanhar a enxaqueca, cefaleia em salvas e outras variantes de dor de cabeça incluem semiptose, injeção conjuntival, lágrimas, rinorreia, síndrome de Horner e edema facial. As cefaleias secundárias algumas vezes podem parecer similares a cefaleias tipo tensão ou a enxaqueca, mas “bandeiras vermelhas” podem sugerir um distúrbio secundário mais do que um distúrbio de cefaleias primárias. Deve ser dada atenção particular ao início súbito de cefaleias intensas, que frequentemente têm uma causa secundária subjacente. **Diagnóstico** A avaliação da dor de cabeça de um indivíduo é baseada em cinco elementos do histórico. O histórico familiar ajuda a determinar se uma pessoa tem uma predisposição genética para dor de cabeça. Histórico de vida da dor de cabeça determina se a dor de cabeça é nova ou evoluiu ao longo de toda a vida. O histórico da crise fornece as características clínicas da dor de cabeça ou dores de cabeça. O histórico médico e psiquiátrico determina se existem comorbidades que podem causar ou piorar a dor de cabeça. A medicação e o histórico do fármaco determinam se a dor de cabeça pode ser causada por ou agravada por medicamentos ou drogas que a pessoa tenha ingerido. O diagnóstico do tipo de dor de cabeça é baseado no tipo de dor, na duração da dor de cabeça, e nas características que acompanham. Dores de cabeça secundárias são geralmente devido a uma condição subjacente, tal como um tumor cerebral, pressão intracraniana elevada ou baixa, doença sinusal ou malformação vascular. Ao remover a causa, a dor de cabeça geralmente melhora. Dores de cabeça que ocorrem com frequência inferior a 15 dias por mês são denominadas episódicas, ao passo que as cefaleias que ocorrem por mais de 15 dias por mês são consideradas crônicas.  A avaliação diagnóstica para dor de cabeça depende de achados clínicos. Se há um histórico típico sem qualquer razão para posterior avaliação diagnóstica e se os achados no exame neurológico são completamente normais, nenhuma avaliação adicional é necessária. As características do histórico que são mais prováveis de prever a enxaqueca sem um distúrbio secundário incluem uma qualidade pulsátil, duração de 4 a 72 horas, localização unilateral, náusea e natureza incapacitante. No entanto, se existem características atípicas no histórico ou qualquer anormalidade no exame neurológico, uma avaliação mais aprofundada é indicada. Pacientes com cefaleia em salvas e dores de cabeça de causa indeterminada necessitam de imagens para excluir as causas secundárias.[3](https://jigsaw.minhabiblioteca.com.br/books/9788595150706/epub/OEBPS/Text/B978853528490400398X.xhtml?favre=brett" \l "bib90135)  Em pacientes com dor de cabeça aguda, a tomografia computadorizada (TC) é melhor para avaliar hemorragia aguda como a causa da dor de cabeça, enquanto a ressonância magnética (RM) é melhor para avaliar a maioria das dores de cabeça persistentes à procura de lesões focais, evidências de hipertensão ou hipotensão intracraniana, hemossiderina (hemorragia antiga) e anormalidades congênitas (p. ex., malformação de Chiari). Em indivíduos com mais de 60 anos de idade com uma dor de cabeça nova inexplicada ou incomum, a velocidade de hemossedimentação (VHS) e os níveis de proteína C-reativa precisam ser determinados para detecção de arterite de células gigantes. Análise de líquido cefalorraquidiano (LCR), incluindo a pressão de abertura, proteína, glicose, celularidade, análise citológica e cultura, é indicada em pacientes com suspeita de hipertensão intracraniana ou meningite. **Prevenção** Medicações preventivas são recomendadas quando as dores de cabeça são frequentes ou graves o suficiente para interferir na qualidade de vida. A escolha de medicamentos deve ser baseada no tipo de dor de cabeça (enxaqueca, cefaleia tipo tensional), seus perfis de efeitos colaterais e as comorbidades do paciente. **Prognóstico** O histórico natural da dor de cabeça depende de muitos fatores, como tipo de dor de cabeça, as condições de comorbidade que acompanham a dor de cabeça e o sucesso do tratamento. Os fatores de risco para dor de cabeça crônica incluem sexo feminino, dor tipo enxaqueca, dores de cabeça frequentes, obesidade, baixo nível socioeconômico e educacional, uso excessivo de medicamentos, depressão, ansiedade, eventos estressantes da vida e apneia do sono.. |

Referências

|  |
| --- |
| KUMAR, V; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. Robbins, patologia básica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.  KUMAR, V. et al. Robbins e Cotran, bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.  GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 25. ed. SaundersElsevier, 2012. |