



ISSN 2178-7468

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA  
*Brazilian Headache Society*

July/August/September 2016

Nº 3

7  
VOLUME



# Headache Medicine



## ■ ORIGINAL ARTICLES

Medication overuse headache and its specific clinical markers

*Cefaleia por uso excessivo de medicação e seus marcadores clínicos específicos*

*Nelson Barrientos U, Philippe Salles G, Anna Milán S, Paulina Meza C, Raúl Juliet P, Alan Rapoport*

## ■ ARTIGO COMENTADO

Synopsis on the paper "Acute migraine in pregnancy: Therapeutic opportunities"

*Sinopse do artigo "Migrânea aguda na gravidez: oportunidades terapêuticas"*

*Eliana Meire Melhado*

## ■ IN MEMORIAM

Dr. Getúlio Daré Rabello (1951 - 2016)

*Antonio Cesar Ribeiro Galvão*

## ■ XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALÉIA

XI CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL

Mensagem do Presidente da SBCe - *Pedro André Kowacs*

Mensagem do presidente do Congresso - *Carlos Alberto Bordini*

Mensagem do Presidente do Comitê de Dor Orofacial - *Ricardo Tanus*

PROGRAMA

RESUMO DOS TEMAS LIVRES/PÔSTERES



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA  
Brazilian Headache Society

# Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society  
Volume 7 Number 3 July/August/September 2016

## CONTENTS

### ORIGINAL ARTICLE

- Medication overuse headache and its specific clinical markers  
Cefaleia por uso excessivo de medicação e seus marcadores clínicos específicos ..... 64  
*Nelson Barrientos U, Philippe Salles G, Anna Milán S, Paulina Meza C, Raúl Juliet P, Alan Rapoport*

### ARTIGO COMENTADO

- Synopsis on the paper "Acute migraine in pregnancy: Therapeutic opportunities"  
Sinopse do artigo "Migrânea aguda na gravidez: oportunidades terapêuticas" ..... 71  
*Eliana Meire Melhado*

### IN MEMORIAM

- Dr. Getúlio Daré Rabello (1951- 2016) ..... 74  
*Antonio Cesar Ribeiro Galvão*

### XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALÉIA E XI CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL

- MENSAGENS DOS PRESIDENTES ..... 77  
*Pedro Kowacs - Presidente da SBCBe*  
*Carlos Alberto Bordini - Presidente do Congresso*  
*Ricardo Tanus - Presidente do Comitê de Dor Orofacial*

- COMISSÕES ..... 79

- PALESTRANTES ..... 80

- INFORMAÇÕES GERAIS ..... 83

- PROGRAMA CIENTÍFICO ..... 85

- RESUMO DOS TEMAS LIVRES/ABSTRACTS - CEFALÉIA ..... 93

- RESUMO DOS TEMAS LIVRES/ABSTRACTS - DOR OROFACIAL ..... 117

- INFORMAÇÕES AOS AUTORES ..... 128

---

---

# Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

## Editor-in-Chief

Marcelo Moraes Valença

## Vice-Editor-in-Chief

Fabiola Dach Eckeli

## Past Editors-in-Chief

Edgard Raffaelli Júnior (1994-1995)

José Geraldo Speciali (1996-2002)

Carlos Alberto Bordini (1996-1997)

Abouch Valenty Krymchantowsky (2002-2004)

Pedro André Kowacs and Paulo H. Monzillo (2004-2007)

Fernando Kowacs (2008-2013)

## Editors Emeriti

Eliova Zukerman, São Paulo, SP

Wilson Luiz Sanvito, São Paulo, SP

## International Associate Editors

Cristana Peres Lago, Uruguai

Gregorio Zlotnik, Canadá

Isabel Luzeiro, Portugal

José Pereira Monteiro, Portugal

Kelvin Mok, Canadá

Marcelo Bigal, USA

Nelson Barrientos Uribe, Chile

## Editorial Board

Abouch Valenty Krymchantowski, Rio de Janeiro, RJ

Alan Chester F. Jesus, Aracaju, SE

Ana Luisa Antoniazzi, Ribeirão Preto, SP

Arioaldo A. Silva Junior, Belo Horizonte, MG

Carla da Cunha Jevoux, Rio de Janeiro, RJ

Carlos Alberto Bordini, Batatais, SP

Celia P. Roesler, São Paulo, SP

Claudia Tavares, Belo Horizonte, MG

Cláudio M. Brito, Barra Mansa, RJ

Daniella de Araújo Oliveira, Recife, PE

Deusvenir de Sousa Carvalho, São Paulo, SP

Djagir D. P. Macedo, Natal, RN

Élcio Juliato Piovesan, Curitiba, PR

Elder Machado Sarmiento, Barra Mansa, RJ

Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP

Fabiola Dach, Ribeirão Preto, SP

Fabiola Lys Medeiros, Recife, PE

Fernando Kowacs, Porto Alegre, RS

Hugo André de Lima Martins, Recife, PE

Jano Alves de Sousa, Rio de Janeiro, RJ

João José F. Carvalho, Fortaleza, CE

Joaquim Costa Neto, Recife, PE

José Geraldo Speciali, Ribeirão Preto, SP

Luis Paulo Queiróz, Florianópolis, SC

Marcelo C. Ciciarelli, Ribeirão Preto, SP

Marcelo Rodrigues Masruha, Vitória, ES

Marcos A. Arruda, Ribeirão Preto, SP

Mario Fernando Prieto Peres, São Paulo, SP

Maurice Vincent, Rio de Janeiro, RJ

Mauro Eduardo Jurno, Barbacena, MG

Pedro A. S. Rocha Filho, Recife, PE

Pedro Ferreira Moreira Filho, Rio de Janeiro, RJ

Pedro André Kowacs, Curitiba, PR

Raimundo Silva-Néto, Teresina, PI

Renan Domingues, Vitória, ES

Renata Silva Melo Fernandes, Recife, PE

---

---

## Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Jornalista responsável: Ana Carneiro Cerqueira – Reg. 23751 DRT/RJ

A revista *Headache Medicine* é uma publicação de propriedade da Sociedade Brasileira de Cefaleia, indexada no Latindex e no Index Scholar, publicada pela Trasso Comunicação Ltda., situada na cidade do Rio de Janeiro, na Rua das Palmeiras, 32 /1201 - Botafogo - Rio de Janeiro-RJ - Tel.: (21) 2521-6905 - site: [www.trasso.com.br](http://www.trasso.com.br). Os manuscritos aceitos para publicação passam a pertencer à Sociedade Brasileira de Cefaleia e não podem ser reproduzidos ou publicados, mesmo em parte, sem autorização da HM & SBCE. Os artigos e correspondências deverão ser encaminhados para a HM através de submissão on-line, acesso pela página [www.sbce.med.br](http://www.sbce.med.br) - caso haja problemas no encaminhamento, deverão ser contatados o webmaster, via site da SBCE, a Sra. Josefina Toledo, da Trasso Comunicação, ou o editor ([mmvalenca@yahoo.com.br](mailto:mmvalenca@yahoo.com.br)). Tiragem: 1.000 exemplares. Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneres.



## Sociedade Brasileira de Cefaleia – SBCe filiada à International Headache Society – IHS

Av. Manoel Ribas, 985 - Cj 64 - Mercês – Curitiba - 80810-000 - PR, Brasil  
Tel: + 55 (41) 9222-7910 / +55 (41) 9911-3737  
www.SBCe.med.br – secretaria@sbcefaleia.com  
Secretário executivo: Liomar Luis Miglioretto

### Diretoria Biênio 2014/2016

#### Presidente

*Pedro André Kowacs*

#### Secretário

*Marcelo Moraes Valença*

#### Tesoureiro

*Célia P. Roesler*

#### Departamento Científico

*Célia P. Roesler, Eliana Melhado, Fabiola Dach Eckeli  
Jano Alves de Souza, José Geraldo Speciali  
Luis Paulo Queiróz, Marcelo Ciciarelli  
Pedro André Kowacs*

#### Editor da Headache Medicine

*Marcelo Moraes Valença*

#### Vice-Editor da Headache Medicine

*Fabiola Dach Eckeli*

#### Comitês

##### Comitê de Dor Orofacial

*Ricardo Tanus Valle*

##### Comitê de Cefaleia na Infância

*Marcus A. Arruda*

##### Comitê de Leigos

*João José de Freitas Carvalho (coordenador)  
Jerusa Alecrim Andrade, Célia P. Roesler  
Ana Antoniazzi, Patrícia Peixoto e Claudia Tavares*

##### Delegado junto à IHS

*Thais Rodrigues Villa*

##### Responsáveis pelo Portal SBCe

*Pedro André Kowacs  
Paulo Sergio Faro Santos*

##### Representante junto à SBED

*José Geraldo Speciali*

##### Representante junto à ABN

*Mauro Eduardo Jurno, Fernando Kowacs,  
Célia P. Roesler*

##### Responsável pelas Mídias Sociais

*Thais Rodrigues Villa*

# Medication overuse headache and its specific clinical markers

## *Cefaleia por uso excessivo de medicação e seus marcadores clínicos específicos*

Nelson Barrientos U.<sup>1,2</sup>, Philippe Salles G.<sup>2</sup>, Anna Milán S.<sup>2</sup>, Paulina Meza C.<sup>2</sup>, Raúl Juliet R.<sup>2</sup>, Alan Rapoport<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Director, DIPRECA's Hospital Headache Unit, Santiago, Chile. Neurology Professor, Head of the Neurology Department at the Universidad de Santiago de Chile (USACH) and at the Universidad Diego Portales (UDP)

<sup>2</sup>Neurologist, DIPRECA's Hospital, Chile

<sup>3</sup>The David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA USA

Barrientos NU, Salles PG, Milán AS, Meza PC, Juliet RP, Rapoport A. Medication overuse headache and its specific clinical markers. *Headache Medicine*. 2016;7(3):64-9

### ABSTRACT

**Introduction:** Clinical markers of medication overuse headache (MOH) are based on headache classification developed by the International Headache Society (IHS). This classification include only two criteria: 1) frequency of headache must be 15 or more days per month for at least three or more months; 2) the number of days of overuse medication must be either 10 or 15 days per month depending on the type of medication. However, patients often present with associated clinical markers that are overlooked by most physicians at the first visit. **Methods:** This is a prospective, longitudinal and observational study of 76 patients admitted to DIPRECA's hospital Headache Unit. They were all diagnosed with MOH according to the criteria established by the his ICHD III beta. Patients were given standard therapeutic approach that included detoxification, prescription of preventative medications and a standardized follow-up of 6 months. Symptoms of interest were recorded at each appointment and Zung, MIDAS and HIT-6 (headache impact test) scales were applied. **Results:** Overused medications included nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), triptans and ergots. The most significant associated features were headache at awakening, awaking by headache, attentional difficulties, depression, cervical pain and myofascial pain syndrome. All symptoms improved with therapy as well as MIDAS and HIT-6 scores. **Discussion:** In evaluating patients with MOH consider both the ICHD III beta diagnostic criteria and the common and specific symptoms seen in most cases of MOH.

**Keywords:** Medication overuse headache, Chronic migraine, ICHD-III beta, Depression, Early morning awakening headache, Quality of life, MIDAS, HIT-6.

### INTRODUCTION

Medication overuse headache (MOH) is a secondary headache usually seen in patients with chronic daily headache (CDH), in whom most meet diagnostic criteria for chronic migraine. These patients usually have 15 or more headache days in which the episodes last at least 4 hours a day for three months or longer. In addition, they must be taking analgesic medication(s) for at least 10 or 15 days per month depending on the medication.<sup>(1,2,3)</sup> Chronic daily headache reaches a prevalence of 4-5% in the United States.<sup>(4,5)</sup> The annual incidence of new onset chronic migraine (CM) in patients with episodic migraine (EM) averages 2.5%<sup>(6,7)</sup> and MOH prevalence in the general population is estimated to be of 1-2%, mostly affecting women. At dedicated headache centers, MOH accounts for 70% of the new patients or more.<sup>(4,3)</sup> A survey by Rapoport showed that MOH has become the third most common cause of headache in the United State,<sup>(8)</sup> a relevant aspect since of its high socio-economic impact.<sup>(2,4,9)</sup>

A meta-analysis revealed that the most frequent headache diagnoses in patients with MOH were migraine (65%), tension-type headache (27%) and migraine associated with other headaches (8%).<sup>(10)</sup> Other studies confirmed migraine to be the most common headache that precedes MOH.<sup>(2,4,3)</sup> In the United States, triptans in conjunction with opioids were the mostly abused headache drugs, in spite of the widespread use of NSAIDs and/or butalbital containing

medications.<sup>(11)</sup> This pattern of headache drug abuse was not found in other headache populations.<sup>(4)</sup>

Regardless of the initial headache syndrome or the specific medication being overused, the mainstays of our treatment are: 1) detoxification from the overused medication, 2) non-pharmacological and 3) pharmacological preventive treatment, with 4) proper use of symptomatic medications.<sup>(12,13)</sup> Patients with MOH have MIDAS scores three times higher as compared to those who have episodic migraine who are not overusing medications.<sup>(2,14)</sup> MOH patients also have an increased risk of mood disorders and anxiety.<sup>(15-18)</sup> Sleep disorders are more frequent among patients with MOH than in those presenting episodic headaches.<sup>(19)</sup>

It is usually agreed that by most headache specialists that a structured approach for treating MOHs includes: a) educating patients to stop taking the medicine abused (day 1), b) detoxification from the overused medications with the help of an antiemetic and analgesic, if needed (days 1-7), c) institution of a preventive medicine between days 1-7, d) prescription of an appropriate use of analgesics and e) follow-up visits for at least six months.<sup>(20,21)</sup>

Preventive medications considered useful are valproate,<sup>(21-23)</sup> topiramate,<sup>(21,24,25)</sup> onabotulinumtoxinA<sup>(21,26)</sup> and quetiapine, the last one used as an add-on therapy during detoxification.<sup>(27)</sup>

While treating MOH, a treatment can be considered as successful if a reduction in the headache days of 50% or more is attained after 3 months of therapy.<sup>(9)</sup>

Success rates of MOH therapy are reported to fall around 70%. These results are commonly based on in-patient treatment, rescue medication and continued support. In addition, the 70% success rates reported were based on different outcome measures and therefore difficult to compare.<sup>(28)</sup>

Some factors that appear to negatively affect the results are the high use of medicines at the beginning of detoxification, the reuse of previously abused drugs, failure to improve after two months of treatment, smoking and alcohol use. Although psychiatric comorbidities are not related to relapse after one year of treatment, those patients with lesser depression and/or anxiety scores had better results after four years of detoxification.<sup>(4,16-18)</sup> Treatment of MOH undoubtedly has a positive impact on the quality of life of these patients.<sup>(29,30)</sup>

## OBJECTIVES

To determine the following in patients with MOH: headache frequency and intensity, if the patient awakens in the morning with headache, if the patient is awakened

at dawn by headache, inattention, depression, cervical pain and myofascial pain syndrome.

To describe the evolution of these symptoms during the 6 month follow-up and their impact on quality of life in relation to treatment.

## MATERIAL AND METHODS

The present study was approved by the Ethics and Research Committee of DIPRECA Hospital and all patients were fully informed and agreed to participate in the study. Patients allowed the use of their medical record data and gave consent regarding the use of their clinical records for research purposes, anonymously.

This was a prospective, longitudinal observational, study on 76 consecutive patients who met the IHS criteria for medication overuse headache. They were admitted to DIPRECA's Hospital Headache Unit between March 2014 and April 2015. Patients were given follow-up neurological evaluations at month 1, 2, 3 and 6.

During the initial evaluation, relevant clinical data were considered and recorded in a standardized record, including headache frequency and intensity as recorded on a visual analog scale (VAS), medication use and overuse, awakening times and reasons, attention difficulties, cervical pain and myofascial pain syndrome.

The Zung scale was used for evaluation of depression and the MIDAS and HIT-6 scales for evaluation of disability and impact on quality of life.

For statistical analysis, parametric tests the  $\chi^2$  test, and nonparametric Student t test, with the SSSP program were used.

The detoxification and treatment protocol used in our Headache Unit at DIPRECA Hospital consists of suspension of the overused medication and initiation of a joint pharmacological support therapy during the first 3 months.

In the first month we attempt an ambulatory therapy, utilizing different medications from those overused by the patient. We use injectable NSAIDs, not to exceed 2 vials of diclofenac 75 mg IM, secondly oral quetiapine 25 mg/day, and then treatment with sodium divalproex ER 500 mg daily for 3 months as a preventive approach. An alternative treatment is onabotulinumtoxinA 100 IU, within the first 2 weeks of treatment.

During the second and third months of treatment injectable NSAIDs were replaced by oral analgesics if necessary, not to exceed 10 days of use per month, while maintaining the use of quetiapine and divalproex sodium ER in the same dose for 3 months.

If progress is satisfactory, an assessment to decide whether to maintain treatment during the third month is made and monitoring continues.

## RESULTS

A total of 76 patients met the diagnostic criteria for MOH, all consented to the present study, all received detoxification treatment, and all completed 6 months of follow-up for this study.

The demographic characteristics of the study population reveals an average age of 41.17 years (16-68), with a female predominance (80.26%). The average length of painkiller overuse was two years, but for some patients over a decade. Nine of our patients had a history of prior MOH treatment (11.8%), with little use of preventive drugs. Among the significant comorbidities overweight, obesity and depression are highlighted. (Table 1 and Table 2)

Table 1. Demographic characteristics

Mean age	41.17 years (16-68)
Female	80.26% (61)
Male	19.74% (15)
Migraine without aura	100% (76)
Migraine with aura	2.7% (2)
Migraine in family	68.42% (52)
Months of overuse	23.9 (5-180)
History of previous detoxification	11.84% (9)
Use of preventive medication	9.21% (7)
Previous onabotulinumtoxin A	0% (0)

Table 2. Comorbidities

Characteristics	% (n)	Characteristics	% (n)
Obesity	10.5 (8)	Depression	31.57 (24)
Overweight	42.1 (32)	Anxiety	11.84 (9)
BMI	24.8 (18-34)	Epilepsy	1.31 (1)
HTA	11.84 (9)	Vertigo	6.57 (5)
DM2	5.26 (4)	Insomnia	26.31 (23)
Dyslipidemia	5.26 (4)	Restless legs syndrome	2.63 (2)
Hypothyroidism	11.84 (9)	Sleep apnea	3.95 (3)
Coronary artery disease	1.31 (1)	Tobacco use	11.84 (9)

### Overused Medications

The most overused medication were the nonsteroidal anti-inflammatories (NSAIDs) (84.21%), followed by ergots (35.52%), triptans (34.21%), the combination of NSAIDs with ergots (14.47%), or triptans (15.78%). This seemed representative of the situation of patients nationwide,

according to the clinical experience of the authors. This group of patients was remarkable for their low use of opioids and barbiturates. (Figures 1 and 2)

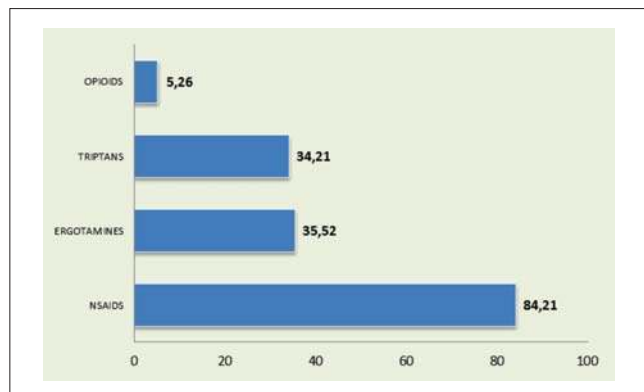


Figure 1. Medications overused

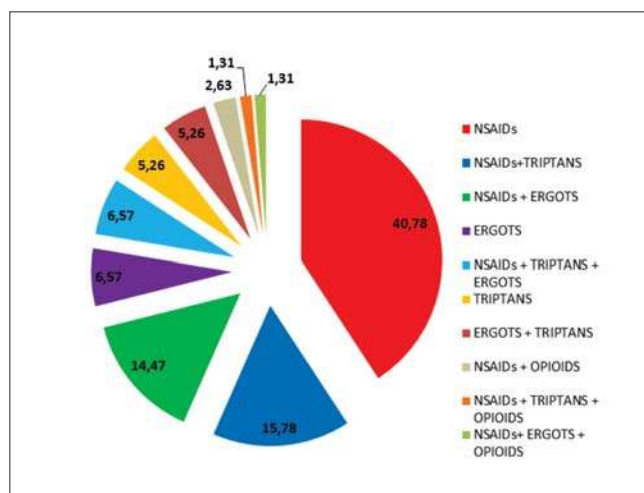


Figure 2. Mix of medications overused

### Frequency of headache attacks

Regarding the frequency of headache attacks during the initial evaluation of our patients, we found an average of 22.25 days of headache per month (range between 15 and 30 days of pain), with a gradual decrease in frequency after the initiation of therapy and discontinuation of the overused drug. There was a statistically significant reduction in headache frequency, as compared to the initial frequency, for each assessment during follow-up (95%, Paired sample test,  $p < 0.001$ ); this reached a minimum of 3.86 average headache days in the third month, which was maintained during the sixth month of monitoring. There was no statistical difference when comparing the frequency between the third and sixth months (95% CI, Paired sample test,  $p 0.321$ ). It is noteworthy that only 2 patients persisted with an attack

frequency of greater than 15 days per month at 3 months follow-up, and 9 patients were actually headache free at 6 months follow-up. (Figure 3)

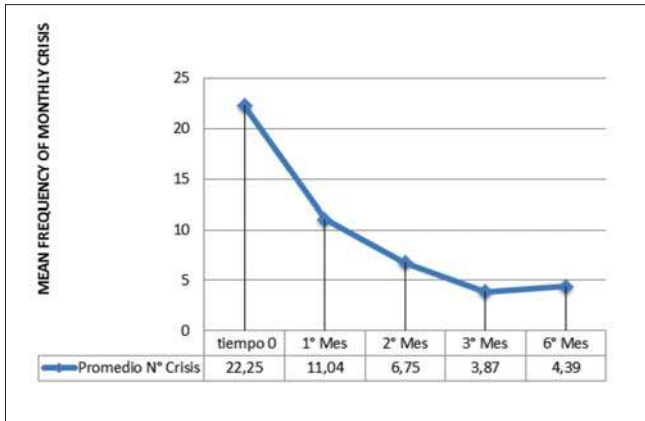


Figure 3. Average of headache frequency during follow-up

### Headache Intensity

There was a progressive decline in the intensity of pain during headache crises, highlighting a mean baseline intensity of  $7.3 \pm 1.2$ , decreasing to  $5.2 \pm 1.5$  at 1 month, to  $4.1$  (SD  $1.8$ ) at 2 month, to  $3.1 \pm 2.1$  at 3 month and to  $2.7 \pm 2.7$  at 6 months, respectively. The average pain intensity decrease was statistically significant from the initial intensity (Paired sample test,  $p < 0.001$ ) with no significant difference comparing the third and sixth months. (Figure 4)



Figure 4. Headache intensity

### Other Clinical Symptoms

During the initial evaluation of patients, almost all patients reported waking up with headache in the morning. This was followed in frequency by being awakened by headache at dawn and myofascial pain syndrome, difficulties in attention, neck pain, and psychiatric comorbidities such as depression (assessed by the Zung scale). These findings are presented in Figure 4.

### Waking up in the morning with headache

As Figure 4 shows, waking up in the morning with headache was the most frequently reported symptom before detoxification treatment began and it decreased progressively once management of MOH was initiated.

This symptom was reported at the initiation of the study in 98.7%, at the end of the first month in 50%, at the end of the 2nd month in 30.7%, at the end of the 3rd month in 14.7% and at the end of the 6th month in 21%. The difference was significant comparing initiation and month 3. ( $\chi^2 p < 0.001$ )

This headache is typically mild and located in frontal and periorbital areas. (Figure 5).

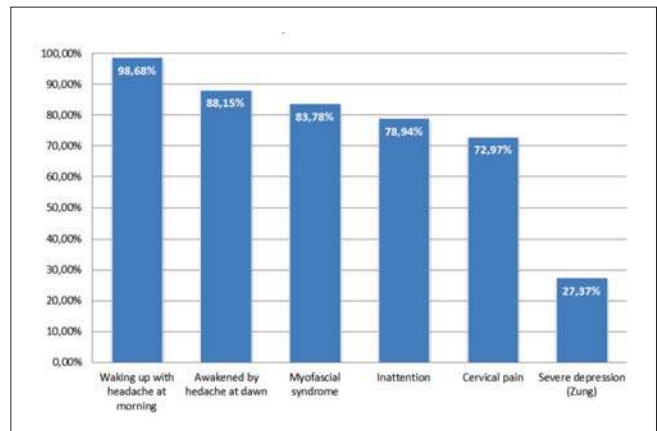


Figure 5. Accompanying symptoms in the first evaluation

Being awakened at dawn by headache: Being awakened at dawn by headache is a frequently reported symptom in patients with MOH. In this series it is the second most frequently observed symptom, seen in 88.15% of patients on study entry, and improving to 24% at the end of month 1, 16% at month 2, 9.2% at month 3 and 17.1% at month 6; this was significant when compared to baseline ( $\chi^2$  test,  $p < 0.001$ ), and not significant comparing month 3 and 6. This headache is typically holocraneal and always severe and 76% of the patient are headache free by the 1st month. (Figures 5 and 6).

### Cervical Myofascial Syndrome

The cervical myofascial syndrome is a non-inflammatory disorder manifested by localized pain and stiffness, associated with trigger points and limited cervical movement. The three basic components of this syndrome include: a palpable band in the affected muscle, the presence of trigger points and referred pain patterns. It was clinically evaluated for each patient by history and physical examination. Myofascial pain was also frequently reported

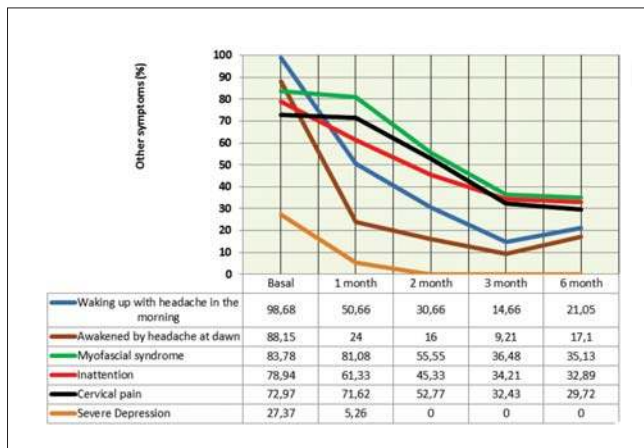


Figure 6. Changes in symptoms during follow-up assessments

by these patients: at the start of the study 83.78% (61 patients) had myofascial pain, decreasing to 81.08% (60 patients) at 1 month follow-up, 55.55% (40 patients) at 2 months, 36.48% (27 patients) at 3 months and 35% (26 patients) at 6 months. A response was seen after treatment initiation with statistically significant differences from baseline to 6 month (95 %  $\chi^2$ :  $p < 0.001$ ). (Figure 6)

### Cervical Pain

Neck pain as a separate symptom from myofascial syndrome is assessed by the patient's history during the interview, and is also a common symptom in these patients. Prior to initiation of treatment 72.97% (54 patients) reported neck pain, and a significant decrease during follow-up assessments was noted. During the first month 71.62% (53 patients) had neck pain, 52.77% (38 patients) at month 2, 32.43% at month 3 and 29.72% at 6 months. (Figure 6) Statistically significant differences were noted comparing baseline to 6 months (95%  $\chi^2$ :  $p < 0.001$ ).

### Attentional Difficulties

Difficulty in sustaining a focus of attention on a particular task is also common among these patients. To evaluate this symptom we asked the following questions in relation to the three months prior to the first visit: "Have you noticed more difficulty in sustaining attention regarding tasks that require sustained mental effort?", "Are you easily distracted by minor stimuli?", "Have you noticed major difficulty in completing work related tasks or during other entertaining activities?", "Are you more forgetful than before?"

The presence of inattention was considered as an affirmative response to any of the questions above. Initially 78.94% (60 patients) reported attention problems, at the end of the first month 61.33%, 45.33% at month 2, 34.21% (26

patients) at month 3 and 32.9% (25 patients) at month 6. There was a statistically significant difference from baseline at month 6 (95%  $\chi^2$ :  $p < 0.001$ ). (Figure 5).

### Depression

In order to evaluate depression we used the Zung Scale abbreviated and validated for South American populations.<sup>(31)</sup> This validated version established the cutoff for mild depression at 15-20 points, 23-24 points for mild to moderate depression, 21-27 for moderate depression and 27-40 points for severe depression.

At the initial assessment 41 patients had scores of 24 or more points (53.9%) and 21 patients (27.37%) had severe depression, with an average score of  $24.41 \pm 5.226$  points. At baseline, severe depression was detected in 27.37% of the sample, in 5.56% after one month of protocol and in 0% of the sample at months two, three and six. Within the first month the average depression score was  $20.11 \pm 4.61$ , after months  $18.49 \pm 4.82$ ,  $16.24 \pm 4.68$  after three months and  $16.71 \pm 5.61$  at 6 months. The last 3 values were under the cutoff for depression.

Comparing the average values between the different months up to month 3, there is a statistical difference in all of them, as compared to baseline (95% CI Paired sample test Sig two-tailed  $p < 0.000$ ), with no statistical difference between the sixth and third month ( $p 0.363$ ). (Figure 5)

### Quality of Life

In order to evaluate quality of life we used the MIDAS and HIT-6 scales, which are broadly used and validated for this purpose.<sup>(32,33)</sup> Both scales demonstrated a poor quality of life during the baseline assessment, with a fall in its severity once detoxification treatment began. In regard to the MIDAS scale, a larger grade signifies a worse quality of life with more disability (Grade I: 0-5 points; Grade II: 6-10 points; Grade III: 11-20 points; Grade IV: 21 or more points). This scale was evaluated at baseline and at months 3 and 6.

The average score for all patients ( $n = 76$ ) at initial evaluation was  $72.08 \pm 60.58$  points, falling to  $14.39 \pm 13.33$  at month 3 and  $11.96 \pm 18.51$  at month 6, There is a significant difference when comparing the baseline value with the average of 3 to 6 months (95% CI, Paired sample test,  $p < 0.0001$ ), and no differences between the third and six months (95% CI, Sig. 2-tailed 0.106). By classifying the severity of the alteration of quality of life we found 93.42% (71 patients) with severe limitations and need for treatment (Grade IV) at baseline, and only 15.4% (12 patients) in this category by 6 month follow-up. None

of the patients evaluated had scores for grade I on the MIDAS scale (minor limitations and no needs for treatment) in the initial assessment; however, 25% (n=19) and 52.3% (n=39) were qualified as grade I at 3 and 6 months, respectively. In Figure 7 the changes obtained in the evaluation of this scale can be observed during follow-up.

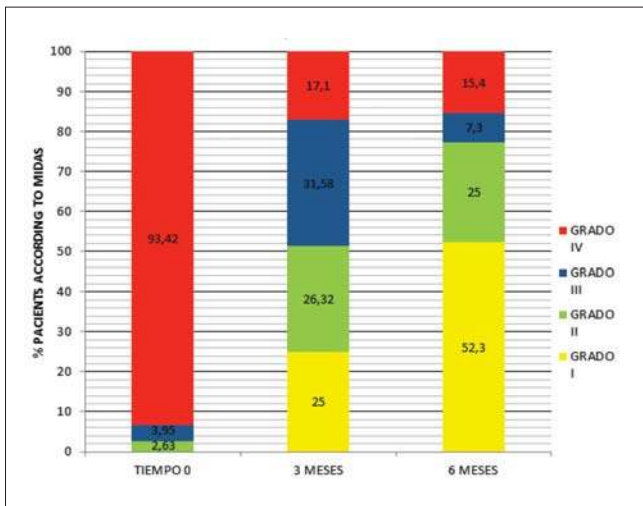


Figure 7. MIDAS Score

The results obtained with the HIT-6 scale are similar to those obtained with the MIDAS scale. The HIT-6 scale categorizes the results according to severity: very severe (60 or more points), severe (56-59), moderate (50-55) and mild or no impact (36-49). The average of all patients in the initial evaluation of the HIT-6 was  $65.5 \pm 6.675$  points, falling to  $51.15 \pm 8.52$  at the first month,  $45.75 \pm 9.75$  at the second month,  $41.3 \pm 10.48$  at the third month and  $41.2 \pm 12.23$  at the sixth month.

There were statistically significant differences when comparing results from baseline. (Paired sample test, 95% next 2-tail;  $p < 0.001$ ), with significant differences also between the months 1, 2 and 3 of follow-up ( $p < 0.001$ ), but with no statistical difference when comparing the third and sixth month ( $p 0.175$ ).

To categorize patients according to severity in the first evaluation 81.58% (n= 62) were "very severe," 7.8 (n= 6) "severe" and 10.5 score (n= 8) "moderate" noting that no patient fulfilled score for "slight or no impact on their quality of life". As with the MIDAS scale, we can see a progressive increase in mild or no impact category (quality of life) after treatment started, with 65 (85.5%) and 63 (82.25%) patients reaching the mild category at 3 and 6 months, respectively; there was a significant drop in the number of patients with severe alterations in quality of life, with only 7 (9.2%) patients in this category at 3 months follow-up. (Figure 8).

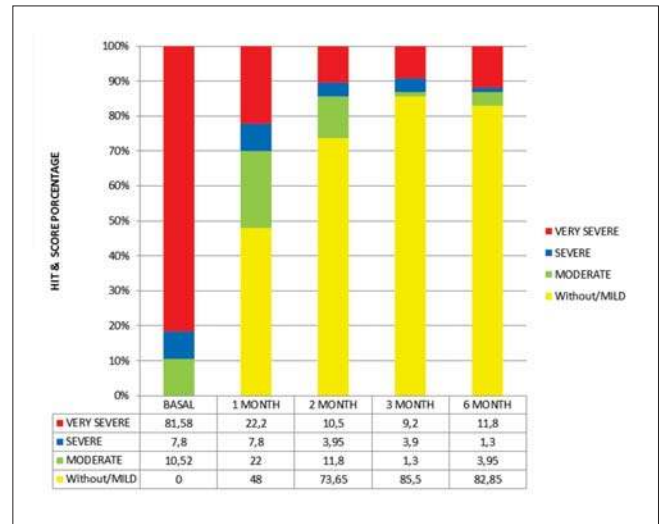


Figure 8. HIT-6 Score

## DISCUSSION

Traditionally the diagnosis of MOH is made based on the criteria set by the diagnostic classification of the IHS, which basically takes into account the headache frequency parameter (more than 15 days per month) and the number of days of medication overuse, as well as the type of medication. However, in clinical practice patients report additional symptoms, namely awakening in the morning with headache, being awakened at dawn by headache, depression, inattention, cervical pain and myofascial pain syndrome. These symptoms, despite not being included in the diagnostic criteria, aid in the clinical evaluation process and the monitoring of patients during the treatment of this disease.

This paper demonstrates that the symptoms described above are frequently observed in patients with MOH, as they are seen in over 80-90% of patients. As such, we consider them of great importance in strengthening the IHS criteria and achieving greater accuracy and usefulness in following outcomes during the management of this condition.

There are specific situations that may result in early diagnosis of MOH, such as patients who overuse medication, have a lower frequency of headaches than the 15 days a month that the IHS criteria requires, but demonstrate some of the symptoms described above. Early diagnosis can lead to initiation of early treatment. The same situation pertains to patients with chronic headache who do not meet the criteria for medication overuse described in the IHS criteria. In the authors' opinion these clinical markers, specific to MOH, such as waking up in the morning with headache, being awakened at dawn by headache and the myofascial

syndrome, are frequent occurrences and quite specific for MOH. Depression, neck pain and inattention are comorbidities, but helpful in combination. We suggest that these symptoms we have delineated should be further evaluated and possibly be included in MOH diagnostic criteria in future ICHD versions.

## REFERENCES

- Headache Classification Committee of International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 733-735.
- Da Silva AN, Lake AE. Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache*. 2014;54(1):211-7.
- Bernard M. Abrams. Medication Overuse Headaches. *Med Clin N Am* 2013;97:337-52
- Tepper SJ. Medication overuse headache. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2012;18:807-22.
- Katsarava Z, Obermann M. Medication Overuse Headache. *Curr Opin Neurol*. 2013 Jun;26(3):276-81.
- Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Kaplan Award 1998. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39(3):190-6.
- Lipton RB. Tracing transformation: chronic migraine classification, progression, and epidemiology. *Neurology* 2009;72(suppl 5): S3-S7.
- Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, Cady R, Markley H, Weeks R, et al. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache*. 1996 Jan;36(1):14-9.
- Diener HC, Limmroth V. Medication overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol*. 2004; 3:475-83.
- Diener HC, Dahlof CGH. Headache associated with chronic use of substances. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The Headaches*, 2nd edn. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999:671-878.
- Couch JR, Lenaerts ME. Medication overuse headache: clinical features, pathogenesis and management. *Drug Dev Res* 2007; 68: 1-12.
- Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(2):87-99.
- Giamberardino MA, Mitsikostas D-D, Martelletti P. Update on Medication-Overuse Headache and Its Treatment. *Curr Treat Options Neurol*. 2015 Aug;17(8):368.
- Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute migraine medication use and migraine progression. *Neurology* 2008;71:1821-28.
- Radat F, Creac'h C, Swendsen JD, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia* 2005;25: 519-22.
- Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211-7.
- Cupini LM, De Murtas M, Costa C, et al. Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache* 2009;49:1005-13.
- Green MW. Headaches: Psychiatric Aspects. *Neurol Clin*. 2011; 29(1):65-80.
- Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, et al. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006; 26:1434-42.
- Smith JH, Schwedt TJ. Consensus treatment of medication overuse headache in Latin America and Europe. *Cephalalgia*. 2014;34(9):643-4.
- Rapoport AM. Medication overuse headache. Awareness, Detection and treatment. *CNS Drugs* 2008;22(12):995-1004.
- Coskun O, Üçler S, Cavdar L, Inan LE. Effect of valproic acid on withdrawal therapy in patients with overuse of chronic daily headache medications. *J Clin Neurosci*. 2007;14(4):334-9.
- Sarchielli P, Messina P, Cupini LM, et al. Sodium valproate in migraine without aura and medication overuse headache: A randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(8):1289-97.
- Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwalen S, Goadsby PJ; TOPMAT-MIG-201 (TOP-CHROME) Study Group. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2007 Jul;27(7):814-23.
- Mei D, Ferraro D, Zelano G, et al. Topiramate and triptans revert chronic migraine with medication overuse to episodic migraine. *Clin Neuropharmacol*. 2006 Sep-Oct;29(5):269-75.
- Silberstein SD, Blumenfeld AM, Cady RK, Turner IM, Lipton RB, Diener HC, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: PREEMPT 24-week pooled subgroup analysis of patients who had acute headache medication overuse at baseline. *J Neurol Sci*. 2013 Aug 15;331(1-2):48-56.
- Brandes JL, Roberson SC, Pearlman SH. Quetiapine for migraine prophylaxis. *Headache*. 2002;42:450-1.
- Hagen K, Jensen R, Boe MG, Stovner LJ. Medication overuse headache: a critical review of end points in recent follow-up studies. *J Headache Pain*. 2010 Oct;11(5):373-7.
- Ertsey C, Csépany É, Bozsik G, et al. Headache Quality of life measured by the Comprehensive Headache-related Quality of life Questionnaire improves after successful detoxification of medication overuse headache. *J Neurol Sci*. 2013;333: e481-e518.
- Munksgaard SB, Jensen RH. Medication overuse headache. *Headache*. 2014;54(7):1251-57.
- Alberto Campo, Luis Alfonso Díaz, Germán Eduardo Rueda. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga. *Biomédica* 2006;26:415-423.
- Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8.
- Gandek B, Alacoque J, Uzun V, Andrew-Hobbs M, Davis K. Translating the Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) in 27 countries: methodological and conceptual issues. *Qual Life Res*. 2003 Dec;12(8):975-9.

Correspondence

N. Barrientos

Dipreca Hospital

Av Vital Apoquindo 1200 - Santiago, Chile

e-mail: barrientosymendoza@gmail.com >

Tel.: +562-2734015 Fax: +562-2751842

## Synopsis on the paper "Acute migraine in pregnancy: Therapeutic opportunities"

### Sinopse do artigo "Migrânea aguda na gravidez: oportunidades terapêuticas"

*Eliana Meire Melhado*

*Doutora e Mestre em Ciências Médicas, Docente de Neurologia da Fundação Padre Albino Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva, SP, Brazil*

*Melhado EM. Synopsis on the paper "Acute migraine in pregnancy: Therapeutic opportunities" Headache Medicine. 2016;7(3):71-3*

#### ABSTRACT

Acute migraine is a debilitating pain crisis for which there are several therapeutic options, although no single universally effective prescription. When the migraine attack occurs in pregnant women, the pharmacological treatment options are very limited and a complex situation arises, in which to do or not to do have potential implications. The fear of possible damage to the fetus by the mother or the physician and the effect of recurrent and severe pain on the pregnant woman do not have a unidirectional response. For most drugs, the real risk potential in pregnancy has not been established, and suffering from chronic or recurrent pain also has potential adverse effects on pregnancy. This often leads to inaction or to the prescription of medication that is not necessarily useful. Pain should be treated effectively in all circumstances and pregnancy is no exception. This paper reviews the available options for the treatment of migraine attacks that may be used in pregnant women.

#### RESUMEN

La migraña aguda es una crisis de dolor discapacitante para la cual hay opciones terapéuticas pero no hay una única prescripción eficaz universal. Cuando la crisis migrañosa se produce en la mujer gestante son muy limitadas las opciones terapéuticas farmacológicas y se plantea una compleja situación en la que hacer o no hacer tienen su consecuencia potencial. El temor al daño posible del feto por parte de la madre o el médico y el efecto del dolor recurrente y severo sobre la mujer embarazada no tiene una respuesta unidireccional. En la mayoría de las medicaciones no está establecido el riesgo potencial real en el embarazo y presentar dolor crónico o recurrente tiene potenciales efectos nocivos sobre el embarazo. Esto lleva muchas veces a la inacción o

prescripción de medicación que no necesariamente es útil. El dolor debería tratarse eficazmente en todas las circunstancias y esta no es la excepción. El presente trabajo revisa las opciones de tratamiento de la crisis de migraña con posibilidad de uso en la mujer embarazada.

*Carlos Federico Buonanotte<sup>a,b</sup>; Maria Carla Buonanotte<sup>c</sup>*

*<sup>a</sup>Jefe Servicio Neurología, Sanatorio Allende Cerro, Ciudad de Córdoba, Córdoba, Argentina*

*<sup>b</sup>Jefe de Neurología, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina*

*<sup>c</sup>Médica Neuróloga del Hospital Misericordia, Ciudad de Córdoba, Córdoba, Argentina*

#### SYNOPSIS

Buonanotte & Buonanotte started explaining epidemiological aspects of migraine which affects on average 11% to 14% of the adult population with a clear female predominance. Headache improvement in 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> quarters of pregnancy is explained as related to women with menstrual migraine before pregnancy. Even though, some women migraines get worse during pregnancy, and there are also complications such as preeclampsia, and coagulation disorders.

The authors go into a delicate terrain: the neurophobia in dealing with such women. This is a worldwide fact. The

scenario is more complicated when we consider the medical act and the principle of beneficence of seeking the patient well-being. There is the fear of medical legal consequences in this case, by action or omission, which in practice leads to considering that nothing could be pharmacologically prescribed in this clinical context. There is also the neurophobia by the fear of a secondary headache, added to the logical fear of potential harm to the fetus. This is associated with the existence of few safe drugs or medicines which safety is known but studies cannot be performed, thus tables are based on case reports.

Also, we must remember that 2 to 7% of migraines in pregnancy are "de novo" and it is necessary to think of secondary headaches, and that 35% of pregnant patients in the doctor's waiting room have secondary headache. Neuroimaging procedures are essential in the ancillary investigation of those patients, and tomography and magnetic resonance bring a minimal risk for both pregnant women and fetus – as long as an intravenous contrast enhancement is not used.

Secondary headaches to be considered in pregnancy are hypertensive syndromes associated with pregnancy: eclampsia and preeclampsia; posterior reversible encephalopathy; hemolysis, increased liver enzymes, and low platelets syndrome (HELLP); reversible cerebral vasoconstriction syndrome; pituitary apoplexy; venous thrombosis; brain hemorrhage: aneurysmal or AVM; artery dissection; idiopathic intracranial hypertension; and meningitis.

And then, the authors described the treatment of migraines in pregnancy, giving emphasis to non-pharmacological management. As for drugs, in acute pain not every medication can be taken, and this should be taken into account by migraineurs before becoming pregnant.

Further, the paper elegantly addresses the need to prevent migraine chronification, and discusses that among the modifiable factors are overweight, snoring, sleep apnea and insomnia, excessive consumption of caffeine, high frequency of headaches, frequent use of analgesics, other associated pains, neck trauma, emotional disturbances, and social, labour or affective changes.

In this review, products such as riboflavin and magnesium are emphasized with level of evidence B. Topical products like capsaicin with mint prepared with ethyl alcohol solution and topic acetaminophen are interesting to be prescribed to pregnant women. And here this review brought a novelty to the physicians who treat their pregnant migraineur patients.

The paper defines teratogenicity which is the structural or functional defect in organogenesis, involving from 3rd to 8th gestational weeks. The teratogenic action produced by medicines varies along the timeline related to the different periods of susceptibility to the injury. The risk of teratogenicity is not known in more than 90 % of the drugs approved by the FDA.

The prescription should balance or consider aspects which are very easy to be considered, even though difficult to be performed or to act. This is because no controlled studies are available, and the use of drugs would not be recommended.

Considering the risk and benefit includes to evaluate the gestational age and teratogenic risk at this stage, the effectiveness of the medication, the risk categories of this drug, and the will of the pregnant to use medication, to decide to bear the pain (which I do not agree particularly), to take the risk of the drug, to face the possibility of the route of administration, and to take the effects of pain on the body and on pregnancy, and the adverse effects of the available medicines.

There is not enough evidence to recommend a specific protocol in the treatment of acute migraine in any given situation. This absence obliges the physician to make a decision in each case where the indication does not necessarily correlate to the prescription (in this situation I name it as the 'art of medicine with little evidence').

Yet, the paper describes the options in acute migraine during pregnancy considering the principles of beneficence and nonmaleficence.

**Acetaminophen** - no established risk, mothers often use in pregnancy.

**Anti-inflammatories** - can be used diclofenac (50 mg), ibuprofen (400mg), naproxen (500 - 1,000 mg), piroxicam and indomethacin, which are categorized as risk B. Aspirin in doses of 900 - 1,000 mg shown efficacy in relief from migraine, and the risk is C. Avoid in the first quarter and in the woman who plans to become pregnant due to the possibility to prevent ovulation, implantation of the egg, or abortion. It is not recommended to use cyclooxygenase-2 inhibitors.

**Triptans** - a recent meta-analysis study concluded that the use of sumatriptan in pregnancy does not show increased risk of prematurity or birth malformations, and this sporadic use in pregnancy is acceptable because of low-risk.

**Opioids** - the risk is C, as the triptans, but opioids are associated with numerous complications in both the fetus

and the mother (physical dependence and withdrawal, growth retardation, neonatal respiratory depression and malformations). In general they are safe.

**Magnesium** - the infusion of 1 g of magnesium sulfate demonstrated efficacy in controlling migrainous attacks. Usage is safe in pregnancy and should not be administered for more than 3 consecutive days since the prolonged use may be associated with neonatal hypocalcemia and osteopenia. For that reason it was reclassified as risk D.

It is interesting this reclassification of magnesium, and this is another prominent aspect in this paper.

#### Antihistamines

**Steroids** - Steroids should not be prescribed more than 6 times. Dexamethasone has risk C and prednisone is B.

**Dipyron** - It is as safe as the acetaminophen.

#### Antiemetics

Nerve Blocks

#### Acupuncture

The authors conclude by making the remark that to decide a specific action on pregnant with migraine attacks is a complex choice, in which multiple factors are present. A strategy should be proposed for each particular case, considering the opportunities, and evaluating the lower risk; and the pain should always be treated.

The paper is very complete and brings some interesting news. More and more papers of this nature with regard to pregnant women are needed, since in this setting double-blind randomized studies cannot be performed.

---

## REFERENCES

Buonanotte CF, Buonanotte MC. Migraña aguda en embarazo: oportunidades terapéuticas. *Neurol Arg.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.05.004>

---

Correspondence

*Original Paper*

*C.F. Buonanotte*

*email: federicobuonanotte@gmail.com*

*Synopsis*

*E.M. Melhado*

*email: elianamelhado@hotmail.com*

**Recebido: June 20, 2016**

**Aceito: June 28, 2016**

## Dr. Getúlio Daré Rabello (1951- 2016)

Antonio Cesar Ribeiro Galvão  
Médico, neurologista. Professor-assistente da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, SP, Brasil

Galvão ACR. Dr. Getúlio Daré Rabello (1951- 2016).  
Headache Medicine. 2016;7(3):74-6



Dr. Getúlio Daré Rabello

Já se vão 7 meses desde que o destino levou de maneira abrupta e inesperada o Dr. Getúlio Daré Rabello, um dos mais competentes neurologistas de nossa geração. Conhecia-o há quase 50 anos; fomos colegas de turma no curso de Medicina, depois na residência de Neurologia no Hospital das Clínicas da FMUSP e sempre fomos bons amigos.

O Getúlio prezava pela inteligência e mostrava uma personalidade marcante; era brilhante, tenaz, obstinado, perspicaz, estudioso, tudo isso gerado pela superação de enormes obstáculos em sua vida. Nasceu em família de poucas posses; seu pai era cobrador de bondes da extinta Light (depois CMTTC) e faleceu de leucemia quando o Getúlio tinha 4 anos, deixando-o órfão na tenra infância. Com 12,13 anos já manifestava seu objetivo de um dia ser médico, e, sabendo das dificuldades econômicas de sua família, dedicou-se com afinco

aos estudos. Aos 14 anos foi trabalhar como contínuo em um banco enquanto completava o curso secundário noturno num colégio público no bairro da Penha em São Paulo. E ainda assim, com todas essas dificuldades, em 1969 conseguiu a façanha de passar no vestibular para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sem fazer o cursinho, pois não tinha recursos para tal, o que despertou permanente admiração em todos nós, seus colegas de turma.

Mas o Getúlio foi além! No primeiro ano da faculdade, o grande temor dos alunos era o curso e a prova de Neuroanatomia, considerada o "terror" do ano letivo. Lembro-me como hoje quando nosso professor de Neuroanatomia, o exigente Eros Abrantes Erhart, fez questão de anunciar na sala lotada que nunca havia dado nota 10 para nenhum aluno até então, mas não "tinha alternativa" a não conceder a nota máxima à prova

do Getúlio. Com merecimento adicionou mais ainda à sua pessoa um enorme respeito de todos, alunos e professores. Sempre incansável nos estudos, para se sustentar na faculdade, dava aulas noturnas de Biologia num "cursinho de madureza" (hoje conhecido como supletivo). Durante a graduação em Medicina ganhou três prêmios: como melhor aluno do curso básico, da disciplina de Microbiologia e Imunologia e, na formatura em 1974, lhe foi concedido o prêmio como o melhor aluno de todo o curso.

Na residência mostrava seu grande pendor para a Neurologia, mas muito mais como um excepcional médico, pois seus vastos conhecimentos de Medicina sempre suplantaram a especialidade. Era extremamente dedicado aos seus pacientes, que o adoravam, e de muitos se tornou amigo. Como seria de se esperar, com o prestígio e a admiração de seus pares formou com o tempo uma magnífica clínica particular, na qual boa parte dos clientes eram médicos e seus parentes.

No Hospital das Clínicas da FMUSP tornou-se médico-assistente após o término da residência em 1977; fez o Mestrado, o Doutorado e depois permaneceu como Supervisor do Serviço de Neurologia de Emergência até 1986, quando assumiu a chefia do Serviço de Neurologia Clínica do Hospital Heliópolis. Foram nesses anos que despontou sua capacidade de formação de novos neurologistas. Era um grande professor! Com seu jeito informal, despojado, ensinava Medicina (e não apenas Neurologia) como poucos. Com sua maneira única de se expressar, sua marca registrada, conseguia transmitir de forma clara e direta seus conhecimentos. Tinha um agudo senso clínico e sabia envolver os mais jovens com sua energia e entusiasmo pela profissão. Considerava a Medicina uma diversão e conseguiu seduzir para a Neurologia muitos alunos do curso médico. Sempre foi um eterno estudante e estudioso de todos os aspectos da Medicina e era um tremendo formador de opiniões, um neurologista que ia além dos livros. No Hospital Heliópolis conseguiu dar um excelente padrão à formação de residentes em Neurologia e seus discípulos de várias gerações estão espalhados em diversos locais do Brasil para onde carregaram com certeza parte do seu vasto saber, que ele dividia generosamente com todos.

Por muitos anos foi membro da Comissão de Educação e depois da Comissão de Ensino da Academia Brasileira de Neurologia. Foi por muito tempo o principal responsável pelas provas para o título de especialista em Neurologia e por isso era conhecido e respeitado por toda a comunidade neurológica do Brasil.

No Hospital das Clínicas continuou ajudando na formação dos residentes coordenando o Ambulatório Didático da Clínica Neurológica. Ao mesmo tempo assumiu em 1995 a chefia do Ambulatório de Cefaleias, onde juntos, eu, a Dra. Ida Fortini, o Dr. José Osvaldo de Oliveira Jr, a Dra. Dalva Carrocini e o Dr. Marcelo Calderaro desfrutamos do seu brilhantismo e do seu carisma por quase 20 anos, numa agradável convivência que foi cruelmente rompida por fato grotesco, muito injusto e humilhante que o compeliu a se aposentar e se afastar definitivamente do Hospital das Clínicas.

O Getúlio não fugia dos desafios, pelo contrário os procurava; vibrava com os casos complicados, os quais geralmente eram solucionados. Em 1999 resolveu se tornar advogado; dizia que queria vislumbrar horizontes diferentes da Medicina. Mais uma vez demonstrou sua incrível capacidade; prestou o vestibular na FUVEST e entrou para o curso noturno da renomada Faculdade de Direito da USP, no Largo São Francisco. Formou-se sem problemas em 2003; nunca exerceu o Direito como profissão, mas fez questão de prestar (e passar) no difícil exame da OAB e aproveitou seus novos conhecimentos como advogado para integrá-los em situações médicas; costumava dar muitas aulas sobre aspectos legais da Neurologia e foi membro da Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina até sua morte. Entretanto, após algum tempo de formado em Direito fez uma confissão reveladora à sua esposa Ivonete: "Não adianta, eu sou mesmo um médico".

Como pessoa era uma figura ímpar, às vezes polêmica, inconfundível, inesquecível, iluminada! Com suas opiniões fortes e peculiares se destacou em todas as atividades em que se envolveu. Era impossível o Getúlio passar despercebido! Inegavelmente era divertido, animado e bem humorado. Seu "pão-durismo" era folclórico; todos os seus amigos tinham histórias para contar, mas também sabíamos que ele gostava de "fazer tipo" com essa "sua fama". No fundo era uma alma generosa, que jamais deixava de compartilhar sentimentos e conhecimentos; nunca cobrou consulta da imensa quantidade de médicos e seus familiares que o procuravam, mesmo os que mal conhecia. Ao longo da vida foi desenvolvendo opiniões mais rígidas, mas sem nunca deixar ter a humildade de ouvir as considerações dos outros colegas. Apesar de termos estudado juntos desde a juventude, de sermos grandes amigos, sempre o considerei como um mentor e mestre, não apenas de Neurologia, mas principalmente da sua magnífica postura como médico na qual sempre procurei me espelhar.

Deixou-nos cedo! Ainda tinha muito para ensinar aos mais jovens. Tinha paixão para correr e talvez tenha se esquecido um pouco dos seus limites quando o segundo infarto o surpreendeu. Nós, seus amigos, sentiremos muito sua falta e nunca vamos nos deixar de reverenciá-lo por tudo que representou em nossas vidas. Era um dedicado pai de família! Sua perda jamais deixará de ser irreparável! Sentiremos muitas saudades e mais ainda a sua esposa Ivonete, os filhos Lucia, Guilherme e Francisco, o genro Luciano, a nora Virgínia e o seu netinho Nicholas.

---

Correspondência

*Antonio Cesar Ribeiro Galvão*  
email: *acrgalv@uol.com.br*

**Recebido: June 26, 2016**

**Aceito: June 28, 2016**

---

O Dr. Antonio Cezar Ribeiro Galvão é Neurologista, Mestre e Doutor em Neurologia, Professor-Assistente da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atua nas áreas de Cefaleia e Dor tanto no nível profissional como no institucional e associativo.

Como todos associados da SBCE o Dr. Antonio Cezar pranteou a morte de nosso colega Getúlio, e teve a gentileza de colocar no papel suas lembranças e seus sentimentos sinceros sobre nosso tão querido colega que foi o Getúlio. Fica para o Getúlio o nosso adeus e para o Antonio Cezar nosso muito obrigado pela homenagem.

*Pedro André Kowacs*  
*Presidente da SBCE*

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SBCBE



Está chegando a hora...

Quem vem a congressos talvez não faça ideia de o que é organizá-los. Os detalhes são muitos. Com relação a palestras vão desde a seleção de temas que sejam de interesse dos participantes, evitando duplicidades e conflitos, à escolha dos palestrantes, cada qual com sua demanda em relação a passagens e/ou estadia. Isso sem falar na escolha do local, da infraestrutura (som, projeção, wi-fi, coffe-break) dos cuidados de logística, etcetera... E não se trata somente disso: há que planejar a disposição dos pôsteres, dos trabalhos para temas livres e organizar a comissão de prêmios. Ainda que não seja de cunho científico, a festa do congresso também requer cuidados, da escolha do local, dos comes e bebes, da banda e da cerimônia de premiação. Pela multiplicidade de pessoas e equipamentos envolvidos, é comum que problemas ocorram, e estes geralmente acontecem na última hora. E é por estes motivos que um congresso não se faz sozinho. Neste sentido não posso de mencionar o trabalho de um grupo de incansáveis colaboradores da SBCe, dentre eles o Dr. Marcelo Valença, o Dr. Carlos Bordini, o Dr. Marcelo Ciciarelli, a Dra. Fabíola Dach, o Dr. Ricardo Tânus e a Dra. Renata Campi. É claro que outros colegas também colaboraram com sugestões. Nomear a todos tornaria esta lista muito extensa, mas fica aqui o meu agradecimento aos anônimos. Os esforços da Oxford Eventos, personificados na pessoa de sua diretora, a Sra. Sandra Souza, e de suas colaboradoras Daniela Cristina e Alessandra Juns também foi fundamental.

Não menos importante foi o auxílio de nossos Patrocinadores da indústria farmacêutica, tão massacrados pela elevada carga tributária e pelos desacertos das políticas financeiras dos últimos governos, mas que nem por isso deixaram de estarem presentes. O apoio de entidades educacionais, como a Universidade Barão de Mauá, e de instituições como o CNPq e a International Headache Society também não nos faltaram.

Digo tudo isso por que espero que vocês prestigiem o evento e desfrutem muito, pois após todos estes esforços, queremos oferecer o melhor a todos.

Mas por favor, não nos poupem de comentários, críticas e sugestões, pois sempre aprendemos com vocês.

Está chegando a hora.... Confiram o resultado de nossos esforços. E aproveitem!  
ou, Namastê.

*Pedro André Kowacs*  
*Presidente da SBCe Biênio 2014-2016*

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONGRESSO



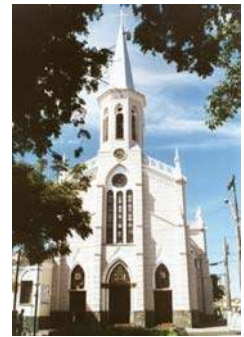
## RECÔNDITOS DE RIBEIRÃO PRETO

Cidade criada à época áurea do café, meados do século XIX, onde ainda se pode admirar as residências de seus "barões do café". Bastante famosa por seu chopp, pelo campus da Universidade de São Paulo, cuja joia da coroa é a Faculdade de Medicina e seu Hospital das Clínicas. Nesse, se abriga o Ambulatório de Cefaleia, possivelmente o mais prolífico em publicações e produções de teses de mestrados e doutorados, como também pela excelência de atendimento a pacientes.

Um dos bairros mais antigos de Ribeirão Preto é a Vila Tibério que até a década de 1970 era separada do resto da cidade pela estação ferroviária da Companhia Mogiana. Era aí também a localização da Companhia Antártica Paulista (onde se produzia o memorável chopp).

Vila Tibério era o bairro de imigrantes italianos que não foram para a lavoura, trabalhando nessas empresas e fundando outras menores; ou seja, artesãos. Nesse quadrilátero de cerca de 1 km<sup>2</sup>, também nasceu o Botafogo FC, orgulho de Ribeirão. De maneira curiosa, mais de 150 tiberenses se graduaram em medicina, a maioria na supra-citada instituição. Houve o ano em que cerca de 10% das vagas entre 10.000 candidatos eram de tiberenses (não havia trambique). Hoje, Vila Tibério ostenta um comércio popular e, à noite, uma vida boêmia.

Vindo a Ribeirão, além da excelência do XXX Congresso de Cefaleia (eu garanto), deem uma passadinha pela Vila Tibério, meu bairro.



*Igreja Matriz de Nossa Sra. do Rosário*

*Carlos Alberto Bordini  
Presidente do Congresso*



*Gloriosa Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.*



*Companhia Cervejaria Antártica, Vila Tibério, onde se produzia a melhor cerveja do Brasil.*



*Estádio Luis Pereira, ativo até a década de 1960, do Botafogo FC.*

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL



Amigos,

Mais um congresso se inicia em outubro em Ribeirão Preto e com ele iremos desfrutar de todos os momentos de aprendizado e conhecimento nesse campo tão fascinante das dores orofaciais. Vamos fazer desse encontro um lugar de paz, amizade, respeito, alegria e que juntos possamos dividir conhecimento e experiência.

*Ricardo Tanus  
Presidente do Comitê de Dor Orofacial da SBCe*

## COMISSÕES

---

### REALIZAÇÃO

## SBCe – Sociedade Brasileira de Cefaleia

---

#### COMISSÃO ORGANIZADORA

*Pedro André Kowacs*  
*Presidente da SBCe*  
*Célia Aparecida de Paula Roesler*  
*Tesoureira da SBCe*  
*Marcelo Moraes Valença*  
*Secretário da SBCe*  
*Liomar Miglioretto*  
*Secretário Executivo*

---

#### COMISSÃO CIENTÍFICA

*Carlos Alberto Bordini*  
*Fabíola Dach Eckeli*  
*Jose Geraldo Speciali*  
*Marcelo Cedrinho Ciciarelli*  
*Mauro Eduardo Jurno*  
*Marcelo Moraes Valença*  
*Thais Rodrigues Villa*

---

#### COMISSÃO LOCAL

*Carlos Alberto Bordini*  
*Fabíola Dach Eckeli*  
*Jose Geraldo Speciali*  
*Marcelo Cedrinho Ciciarelli*  
*Marco Antônio Arruda*  
*Renata Campi de Andrade Pizzo*

---

#### CONGRESSO DE DOR OROFACIAL

*Eduardo Grossmann*  
*Jorge Alberto Von Zuben*  
*José Luiz Peixoto*  
*José Stechman Neto*  
*Renata Campi de Andrade Pizzo*  
*Renata Silva Melo Fernandes*  
*Ricardo Tanus Valle*

---

#### SESSÃO PARA LEIGOS

*Fabíola Dach Eckeli*  
*Jose Geraldo Speciali*  
*Marcelo Cedrinho Ciciarelli*  
*Renata Campi de Andrade Pizzo*



---

#### CAMINHA E CORRIDA «VENCENDO AS CEFALeias»

*Cláudia Baptista Tavares*  
*José Luis Maida Jr.*  
*Marcelo Cedrinho Ciciarelli*

## PALESTRANTES

## PALESTRANTES ESTRANGEIROS

Alan Mark Rapoport – Estados Unidos Peter Goadsby – Inglaterra Carlos Federico Buanonotte – Argentina Vincenzo Guidetti – Itália Maria Teresa Goicochea – Argentina 

## PALESTRANTES CEFALeia

Alan Mark Rapoport

Alexandre Campos Pulido

Alexandre Ottoni Kaup

Ana Luisa de Lima Antoniazzi

Carlos Alberto Bordini

Carlos Federico Buanonotte

Célia Aparecida de Paula Roesler

Cláudio Manoel Brito

Deusvenir de Souza Carvalho

Djagir Dantas Pereira de Macedo

Elcio Juliato Piovesan

Elder Machado Sarmiento

Eliana Meire Melhado

Erasmus Barros da Silva

Fabiola Dach Eckeli

Fernando Kowacs

Henrique Carneiro de Campos

Hilton Mariano da Silva Junior

Ida Fortini

Jano Alves de Souza

Jayme Antunes Maciel Júnior

João Espir Filho

João José Freitas de Carvalho

Jose Geraldo Speciali

Karen dos Santos Ferreira

Liselotte Menke Barea

Luiz Paulo de Queiroz

Marcelo Calderaro

Marcelo Cedrinho Ciciarelli

Marcelo Moraes Valença

Márcia Maria Ferreira Lima

Marco Antônio Arruda

Maria Eduarda Nobre Magalhães Costa

Maria Teresa Goicochea

Mario Fernando Prieto Peres

Maurice Borges Vincent

Mauro Eduardo Jurno

Murilo Rubens Schaefer

Pedro André Kowacs

Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

Pedro Ferreira Moreira Filho

Peter Goadsby

Priscila Colavite Papassidero

Raimundo Pereira Silva Néto

Roberto Satler Cetlin

Sandro Blasi Esposito

Sandro Luiz de Andrade Matas

Takassu Sato

Thais Rodrigues Villa

Vincenzo Guidetti

Yara Dadalti Fragoso

## PALESTRANTES DOR OROFACIAL

Alan Luiz Eckeli

André Oliveira Pepato

Antonio Albuquerque de Brito

Bruno Cavellucci

César Bataglione

Cláudia Maria de Felício

Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves

Debora Bevilaqua Grossi

Eduardo Grossman

Eduardo Januzzi

Eduardo Tanaka Massuda

Erica Negrini Lia

Flavio Calil Petean

Henrique Carneiro de Campos

Jorge Alberto Von Zuben

Jose Geraldo Speciali

José Luiz Peixoto Filho

José Stechman Neto

José Tadeu Tesserolli de Siqueira

Juliana Stuginski Barbosa

Liete Maria Liarte Figueiredo Zwir

Marcelo Oliveira Mazzeto

Marco Antônio Moreira Rodrigues da Silva

Renata Campi de Andrade Pizzo

Renata Silva Melo Fernandes

Ricardo Tanus Valle

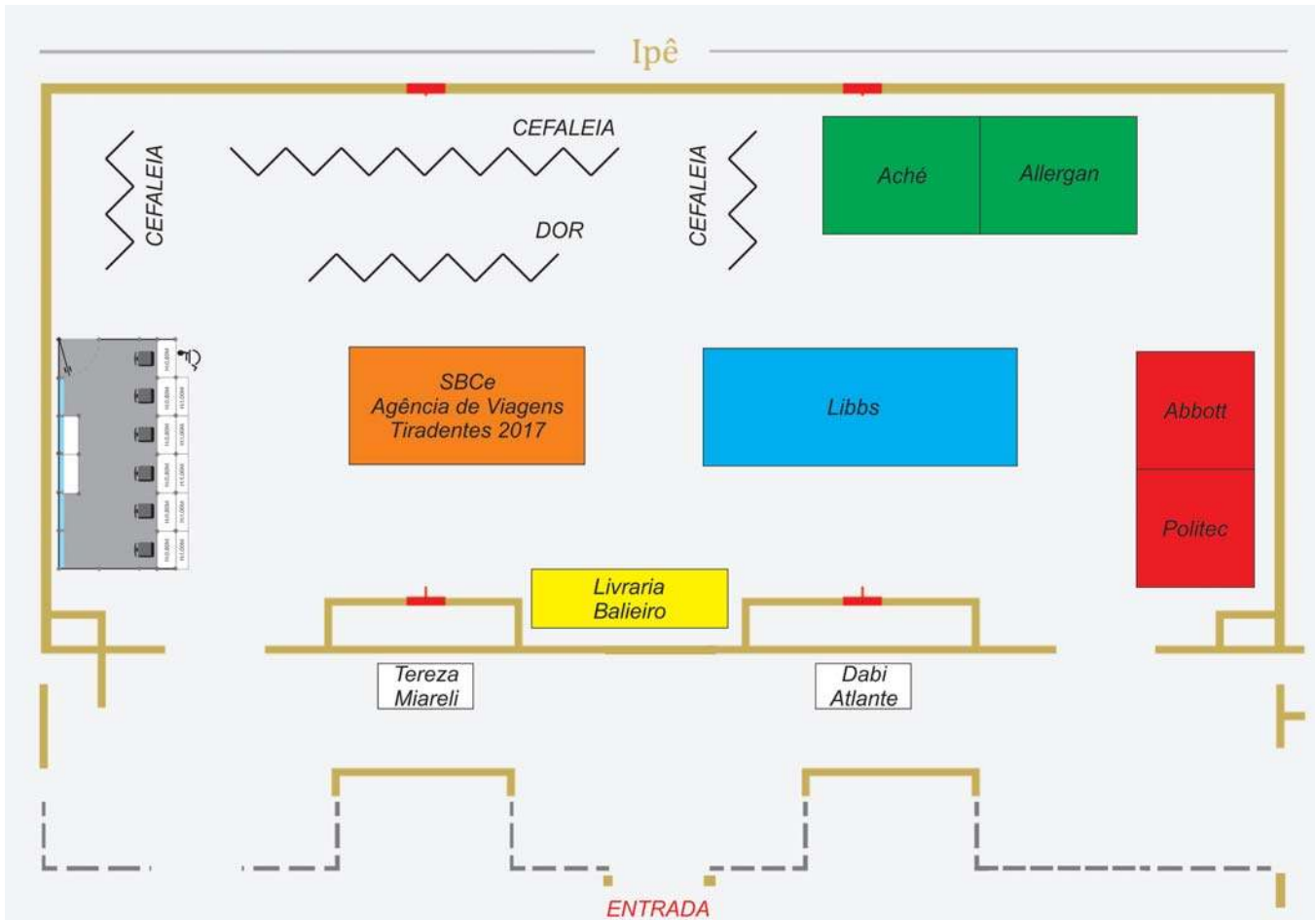
Thais Cristina Chaves

Vera Lucia de Oliveira Fogaça

Wagner de Oliveira

Wagner Hummig

### Salão Ipê



### Salão Orquídea



## INFORMAÇÕES GERAIS

**Local:**  **HOTEL JP**  
RIBEIRÃO PRETO

Via Anhanguera, Km 306,5 - Ribeirão Preto - SP  
Tel. 16 2101.1400 / 0800.7073470

### Secretaria - Funcionamento:

13/10-7h30 às 19h30  
14/10-7h às 19h  
15/10-7h30 às 16h30

### Sala VIP & Mídia Desk - Funcionamento:

13/10-7h30 às 19h30  
14/10-7h às 19h  
15/10-7h30 às 16h30

### Assembleia

14/10-18h às 19h

### Simpósios Satélites

ALLERGAN  
14/10-12h30 às 13h30

POLITEC SAÚDE  
15/10-12h às 13h

- Será oferecido lunch box

### Social

13/10-18h às 19h30 - Visita aos Pôsteres e Cervejada na área de exposição e na área da piscina.  
15/10 - 21h - Festa de confraternização

### Local - Le Jardim

R. Teresa Nomura Yamada, 704 - Recreio das Acácias, Ribeirão Preto

- Haverá transfer saindo dos hotéis conveniados: Hotel JP, Hotel Mont Blanc e Hotel Garden.
- Necessária apresentação do convite. (Atenção! Retirada do convite na secretaria somente no dia 15/10 a partir das 12h).

### Certificado

A SBCe consciente da responsabilidade ambiental emitirá os certificados eletronicamente de todas as categorias. Os mesmos serão enviados por e-mail após evento (último dia) junto com a Pesquisa de Satisfação.

### Trabalhos

Os trabalhos estão publicados nesta revista.  
Os trabalhos premiados serão divulgados na Festa de confraternização.

### Programação científica

Para ter a programação científica da Cefaleia e Dor Orofacial, em seu celular ou tablet, baixe o aplicativo QR Reader e insira o leitor sobre o código.



### Avisos



### Credencial

Necessário uso da Credencial para todas as atividades do Congresso.

### Internet

Os participantes do Congresso terão acesso à Internet (wi-fi), localize o sinal. Login: CEFALEIA - Senha: LIBBS

### Tradução Simultânea

(inglês/ português / inglês) nas sessões identificadas na Programação Científica, localize o símbolo.

- A retirada do fone deverá ser feita na entrada do auditório. É necessário apresentar um documento com foto.

### Alimentação

No restaurante do Hotel JP  
R\$ 66,00 + 10%

### Coffee breaks

Os coffees-breaks mencionados na programação estarão disponíveis na área de exposição.  
Visite os stands.

### Estacionamento

Diária R\$30,00

## Sistema de perguntas aos palestrantes

- Microfone: pedestal
- WhatsApp: o número será divulgado no sistema de avisos dentro da sala. Faça sua pergunta em cada sessão. Direcione cada questão informando o palestrante e a pergunta.

## Agência de Viagem



(transfers, hospedagem, passagem aérea e turismo)

O atendimento da agência de viagem está na área de exposição em frente à secretaria

C. 16. 9.8127.1656 e 16.9.9770.3197

## Stand SBCe

A secretaria da SBCe está localizada na área de exposição em frente a secretaria do Congresso. Atualize o seu cadastro.

## Tiradentes 2017

Conheça a promoção especial para inscrição antecipada para o XXXI Congresso Brasileiro de Cefaleia e XII Congresso do Comitê de Dor Orofacial 2017. Visite o espaço Tiradentes na área de exposição.

## Sessão interativa

15/10 - No meu consultório - como eu faço  
Apresentação de Casos

## Acompanhantes

Os acompanhantes interessados em participar das atividades sociais, deverão adquirir o convite:

- Cervejada - 13/10 - até as 15h.  
Valor - R\$ 150,00
- Festa de confraternização - 15/10 - às 18h  
Valor - R\$ 200,00

## Transfer

Dos hotéis conveniados para o congresso:  
Mont blanc e Garden Hotel: a partir das 7h da manhã  
Retorno ao final das atividades.  
Confira os horários na recepção dos hotéis.

## Telefones Úteis

Código da Área: .....16  
Aeroporto: .....16 3626-3376  
Ambulância: .....192  
Hospital de Emergência: .....16 3602.1000  
Coopertáxi: .....16 3323.7000  
Corpo de Bombeiros: .....193  
Oxford Eventos: .....16 3967.1003  
Polícia Militar: .....190  
Terminal Rodoviário: .....16 3625.7386 ou 3625.1601

## CNA

Confira a pontuação no site

## Organização



---

XXX Congresso Brasileiro de Cefaleia  
XI Congresso do Comitê de Dor Orofacial

Programa Científico

**TERÇA-FEIRA - 11/10/2016**

HORÁRIO	ATIVIDADE
19:00	Sessão para Leigos: Dor de cabeça? Fale com um especialista Local: Centro Universitário Barão de Mauá






**QUARTA-FEIRA - 12/10/2016**

HORÁRIO	ATIVIDADE	
08:00	2ª Caminhada e Corrida "Vencendo as Cefaleias» O percurso será em uma área extremamente	Faça sua inscrição








**QUINTA-FEIRA - 13/10/2016****PROGRAMA CIENTÍFICO CEFALÉIA**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
08:30 - 12:10	Curso pré-congresso: Curso básico de cefaleia Coordenadores: Roberto Satler Cetlin - SP Karen dos Santos Ferreira - SP	
08:30 - 08:50	Migrânea quadro clínico e fisiopatologia	Raimundo Pereira da Silva Néto - PI
08:50 - 09:10	Migrânea ônus e tratamento	Elder Machado Sarmento - RJ
09:10 - 09:30	Cefaleia tipo tensional	Hilton Mariano da Silva Júnior - SP
09:30 - 09:50	Cefaleias trigêmimo-autonômicas	Maria Eduarda Nobre de M. Costa - RJ
10:00 - 10:30	<b>Coffee break</b>	
10:30 - 10:50	Outras cefaleias primárias	Alexandre Ottoni Kaup - SP
10:50 - 11:10	Migrânea Hemiplégica – estado atual do conhecimento	Maria Teresa Goicochea 
11:10 - 11:30	Cefaleias: quando investigar?	Cláudio Manoel Brito - RJ
11:30 - 11:50	O tratamento agudo da migrânea	Mauro Eduardo Jurno - MG
11:50 - 12:10	Discussão	
12:10 - 13:40	<b>Intervalo</b>	
13:40 - 14:00	<b>Cerimônia de abertura</b>	Pedro André Kowacs - PR
14:00 - 14:20	A Escola Cefaliátrica de Ribeirão Preto	Jose Geraldo Speciali - SP

## QUINTA-FEIRA - 13/10/2016

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
14:20 - 16:00	<b>*Simpósio Presidencial</b> Coordenadores: <i>Célia Aparecida de Paula Roesler - SP</i> <i>Marcelo Moraes Valença - PE</i>	* Haverá tradução simultânea 
14:20 - 14:40	Cefaleia em salvas: o estado da arte	<i>Carlos Alberto Bordini - SP</i>
14:40 - 15:00	Epidemiologia da Cefaleia	<i>Pedro Ferreira Moreira Filho - RJ</i>
15:00 - 15:20	Cefaleia em idosos	<i>Jano Alves de Souza - RJ</i>
15:20 - 15:40	Cefaleia e concussão cerebral	<i>Marcelo Cedrinho Ciciarelli - SP</i>
15:40 - 16:00	Cefaleia Pós-Craniotomia	<i>Maria Teresa Goicochea</i> 
16:00 - 16:30	<b>Coffee break</b>	
16:30 - 17:50	<b>*Simpósio Internacional</b> Coordenadores: <i>Marco Antônio Arruda - SP</i> <i>Murilo Rubens Schaefer - PR</i>	* Haverá tradução simultânea 
16:30 - 17:10	From 0 to 18th: how the headache change over time	<i>Vincenzo Guidetti</i> 
17:10 - 17:50	Everything you always wanted to know about CGRP but were afraid to ask	<i>Alan Mark Rapoport</i> 
18:00 - 19:30	Visita aos Pôsteres e Cervejada	

**SEXTA-FEIRA - 14/10/2016**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
<b>08:00 - 10:00</b>	<b>*Sessão Cefaleia na infância</b> Coordenadoras: <i>Thais Rodrigues Villa - SP</i> <i>Márcia Maria Ferreira Lima - SP</i>	* Haverá tradução simultânea 
08:00 - 08:20	Epidemiologia das cefaleias primárias em crianças brasileiras: um problema de saúde pública	<i>Marco Antônio Arruda - SP</i>
08:20 - 08:40	Cefaleias secundárias na infância e adolescência: quando suspeitar?	<i>Lisellote Menke Barea - RS</i>
08:40 - 09:00	Migrânea e cognição	<i>Thais Rodrigues Villa - SP</i>
09:00 - 09:20	Atualidades no tratamento das cefaleias em crianças e adolescentes	<i>Sandro Blasi Esposito - SP</i>
09:20 - 09:40	Behavioral management of headache: does it work?	<i>Vincenzo Guidetti</i> 
09:40 - 10:00	Discussão	
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>10:30 - 11:30</b>	<b>Sessão controversia</b> Coordenadores: <i>João Espir Filho - SP</i> <i>Mauro Eduardo Jurno - MG</i>	
10:30 - 10:50	A cefaliatria e a medicina da dor têm mais pontos em comum do que diferenças	<i>Djacir Dantas Pereira de Macedo - RN</i>
10:50 - 11:10	A cefaliatria e a medicina da dor têm mais diferenças do que pontos em comum	<i>Henrique Carneiro de Campos - MG</i>
11:10 - 11:30	Réplicas e Tréplicas	
<b>11:30 - 12:30</b>	<b>* Mini-Simpósio Internacional</b> Coordenadores: <i>Carlos Alberto Bordini - SP</i> <i>Luiz Paulo de Queiroz - SC</i>	* Haverá tradução simultânea 
11:30 - 12:00	Attacking headaches with electrical and magnetic stimulation devices	<i>Alan Mark Rapoport</i> 
12:00 - 12:30	The Placebo: problem or resource	<i>Vincenzo Guidetti</i> 
12:30 - 13:30	<b>*Simpósio Satélite</b>  <b>Allergan</b> ESTADO DA ARTE: Atualização no Tratamento da Migrânea Crônica	<i>Peter Goadsby</i> 

**SEXTA-FEIRA - 14/10/2016**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
<b>14:00 - 16:20</b>	<b>Sessão Cefaleias variadas</b> Coordenadores: <i>Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho - PE</i> <i>Priscila Colavite Papassidero - SP</i>	
14:00 - 14:20	Sexo e cefaleias	<i>João José Freitas de Carvalho - CE</i>
14:20 - 14:40	Cefaleia na dissecação arterial	<i>Marcelo Calderaro - SP</i>
14:40 - 15:00	Handl versus AVCi - Quando suspeitar, como diagnosticar	<i>Yara Dadalti Fragoso - SP</i>
15:00 - 15:20	Cefaleia da diálise	<i>Ana Luisa de Lima Antoniazzi - SP</i>
15:20 - 15:40	Cefaleia da hipertensão intracraniana	<i>Ida Fortini - SP</i>
15:40 - 16:00	Cefaleia na trombose venosa cerebral	<i>Sandro Luiz de Andrade Matas - SP</i>
16:00 - 16:20	Cefaleia e AIDS	<i>Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho - PE</i>
<b>16:20 - 16:50</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>16:50 - 17:50</b>	<b>*Conferências Magnas</b> Coordenadores: <i>Célia Aparecida de Paula Roesler - SP</i> <i>Jano Alves de Souza - RJ</i>	* Haverá tradução simultânea 
16:50 - 17:20	How about Cluster Headache - Current	<i>Peter Goadsby</i> 
17:20 - 17:50	Understanding 2016 - Medication Overuse Headache	<i>Mark Rapoport</i> 
<b>18:00 - 19:00</b>	<b>Assembleia da SBCe</b>	

**SÁBADO - 15/10/2016**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
<b>08:30 - 10:00</b>	<b>Sessão Tratamento das Cefaleias e Neuralgias 1</b> Coordenadores: <i>José Geraldo Speciali - SP</i> <i>Erasmus Barros da Silva - PB</i>	
08:30 - 08:50	Manejo da migrânea na gestação	<i>Carlos Federico Buonanotte</i> 
08:50 - 09:10	Monoterapia ou politerapia na progressão da Migrânea	<i>Fernando Kowacs - RS</i>
09:10 - 09:30	Tratamentos não convencionais e outros	<i>Mario Fernando Prieto Peres - SP</i>
09:30 - 09:50	Bloqueios e infiltrações	<i>Fabíola Dach Eckeli - SP</i>
09:50 - 10:00	Discussão	
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>10:30 - 12:00</b>	<b>Sessão Tratamento das Cefaleias e Neuralgias 2</b> Coordenadores: <i>Alexandre Campos Pulido - PR</i> <i>Takassu Sato - SP</i>	
10:30 - 10:50	Cefaleias estritamente unilaterais	<i>Maurice Borges Vincent - RJ</i>
10:50 - 11:10	Tratando um paciente do SUS	<i>Luiz Paulo de Queiroz - SC</i>
11:10 - 11:30	O uso da toxina botulínica nas cefaleias e nas neuralgias	<i>Elcio Juliato Piovesan - PR</i>
11:30 - 11:50	Cefaleia na mulher - aspectos selecionados	<i>Eliana Meire Melhado - SP</i>
11:50 - 12:00	Discussão	
<b>12:00 - 13:00</b>	<b>Simpósio Satélite - Politec Saúde</b>  Neuromodulação – Tratamento e Prevenção para Enxaqueca	<i>Thais Rodrigues Villa - SP</i>
<b>13:30 - 15:00</b>	<b>Apresentação Oral - PCE 01 a PCE 07</b> Coordenação: <i>Jose Geraldo Speciali - SP</i>	
<b>15:00 - 16:30</b>	<b>Sessão Interativa: No meu consultório - como eu faço</b> <b>Apresentação de Caso:</b> <i>Marcelo Moraes Valença - PE</i> <b>Comentadores:</b> <i>Carlos Alberto Bordini - SP</i> <i>Pedro André Kowacs - PR</i>	<i>Deusvenir de Souza Carvalho - SP</i> <i>Jayme Antunes Maciel Junior - SP</i> <i>João José Freitas de Carvalho - CE</i> <i>Marcelo Cedrinho Ciciarelli - SP</i>
<b>21:00</b>	<b>Festa de Encerramento e Premiação dos Trabalhos</b>	

**TERÇA-FEIRA - 11/10/2016**

HORÁRIO	ATIVIDADE
19:00	Sessão para Leigos: Dor de cabeça? Fale com um especialista Local: Centro Universitário Barão de Mauá

**QUARTA-FEIRA - 12/10/2016**

08:00	2ª Caminhada e Corrida "Vencendo as Cefaleias" O percurso será em uma área extremamente agradável, aproveitando o feriado! Faça sua inscrição!
-------	--

**QUINTA-FEIRA - 13/10/2016**

PROGRAMA CIENTÍFICO DOR OROFACIAL	HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
	08:30 - 12:00	<b>DTM Articular: Diagnóstico Diferencial</b> Presidente: <i>Renata Silva Melo Fernandes</i> - PE	
	08:30 - 08:50	DTM e Dor Orofacial no ambulatório de algias crânio faciais	<i>Renata Campi de Andrade Pizzo</i> - SP
	08:50 - 09:30	Entre o Sorriso e a Dor	<i>José Tadeu Tesserolli de Siqueira</i> - SP
	09:30 - 10:00	Como interpretar os aspectos psicossomáticos da dor crônica	<i>Jorge Alberto Von Zuben</i> - SP
	10:00 - 10:30	<b>Coffee break</b>	
	10:30 - 11:00	DTM e DOF: conhecer ou não, eis a questão!	<i>Ricardo Tanus Valle</i> - MG
	11:00 - 11:30	Diagnóstico diferencial das patologias intra-articulares: aspectos clínicos	<i>Marcelo Oliveira Mazzetto</i> - SP
	11:30 - 12:00	Como enfrentar e tratar as doenças articulares degenerativas em atividade?	<i>Liete Maria Liarte Figueiredo Zwir</i> - SP
	12:00 - 13:40	<b>Intervalo</b>	
13:40 - 14:00	<b>Cerimônia de abertura</b>		
14:00 - 16:00	<b>DTM Articular: Aspectos Cirúrgicos</b> Presidente: <i>José Stechman Neto</i> - PR		
14:00 - 14:30	Há espaço para cirurgia da ATM?	<i>Antonio Albuquerque de Brito</i> - MG	
14:30 - 15:00	Artrocentese da ATM: o que mudou nos últimos anos?	<i>Eduardo Grossman</i> - RS	
15:00 - 15:30	Artroscopia: limites entre o tratamento clínico e o cirúrgico na DTM	<i>André Oliveira Pepato</i> - SP	
15:30 - 16:00	Cirurgia Ortognática trata DTM?	<i>Antonio Albuquerque de Brito</i> - MG	
16:00 - 16:30	<b>Coffee break</b>		
16:30 - 17:30	<b>Simpósio Viscosuplementação</b> Presidente: <i>José Luiz Peixoto Filho</i> - RJ		
16:30 - 17:00	Quando aplicar este recurso terapêutico e suas perspectivas no tratamento	<i>Eduardo Januzzi</i> - MG	
17:00 - 17:30	Técnicas de aplicação e possíveis complicações	<i>Eduardo Grossman</i> - RS	
17:30 - 18:00	Hands on	<i>Eduardo Grossman</i> - RS <i>Eduardo Januzzi</i> - MG	
18:00 - 19:30	<b>Visita aos Pôsteres e Cervejada</b>		

**SEXTA-FEIRA – 14/10/2016**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
<b>08:00 - 10:00</b>	<b>DTM Muscular</b> Presidente: <i>Ricardo Tanus Valle - MG</i>	
08:00 - 08:25	Eletromiografia nas disfunções musculares	<i>Marco Antônio Moreira Rodrigues da Silva - SP</i>
08:25 - 08:50	Comportamento clínico das disfunções musculares	<i>César Bataglion - SP</i>
08:50 - 09:20	Mitos e verdades: Toxina Botulínica X DTM	<i>Jorge Alberto Von Zuben - SP</i>
09:20 - 10:00	Placas oclusais, ainda devem ser indicadas no tratamento das DTM?	<i>Wagner de Oliveira - SP</i>
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>10:30 - 12:30</b>	<b>Dores Orofaciais</b> Presidente: <i>Eduardo Grossman - RS</i>	
10:30 - 11:00	A neurofisiologia da DOR: Aspectos clínicos	<i>José Luiz Peixoto Filho - RJ</i>
11:00 - 11:30	Como as medicações atuam no tratamento da dor muscular	<i>Erica Negrini Lia - DF</i>
11:30 - 12:00	Agentes tópicos no controle das dores neuropáticas	<i>Bruno Cavellucci - SP</i>
12:00 - 12:30	A utilização dos "adesivos" nas neuropatias	<i>Wagner Hummig - PR</i>
<b>12:30 - 13:30</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>13:30 - 16:00</b>	<b>Comorbidades e DTM</b> Presidente: <i>Jorge Alberto Von Zuben - SP</i>	
13:30 - 14:00	Interface entre Bruxismo e DTM	<i>Juliana Stuginski Barbosa - SP</i>
14:00 - 14:30	Sono, ronco e apneia podem influenciar no controle das DTM?	<i>Vera Lucia de Oliveira Fogaça - SP</i>
14:30 - 15:00	É possível o tratamento do Zumbido? Visão do otorrino	<i>Eduardo Tanaka Massuda - SP</i>
15:30 - 16:00	É possível o tratamento do Zumbido? Visão do dentista	<i>José Stechman Neto - PR</i>
<b>16:20 - 16:50</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>16:50 - 17:50</b>	<b>Comorbidades e DTM</b> Presidente: <i>Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves - SP</i>	
16:50 - 17:10	A importância do sono, os efeitos da sua privação e distúrbios na dor orofacial	<i>Alan Luiz Eckeli - SP</i>
17:10 - 17:30	Disfunção Temporomandibular associada a doenças reumáticas: Limites da Odontologia	<i>Renata Silva Melo Fernandes - PE</i>
17:30 - 17:50	Qual a verdadeira relação entre Fibromialgia e DTM?	<i>Flavio Calil Petean - SP</i>
<b>18:00 - 19:00</b>	<b>Assembléia da SBCe</b>	

**SÁBADO - 15/10/2016****PROGRAMA CIENTÍFICO DOR OROFACIAL**

HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
<b>08:00 - 10:00</b>	<b>Fisioterapia, Fonoaudiologia, DTM e DOF</b> Presidente: <i>Renata Campi de Andrade Pizzo - SP</i>	
08:00 - 08:30	Por que avaliar e tratar a coluna cervical de pacientes com DTM?	<i>Debora Bevilaqua Grossi - SP</i>
08:30 - 09:00	Evidências da Fisioterapia nas disfunções temporomandibulares: onde estamos e para onde vamos?	<i>Thais Cristina Chaves - SP</i>
09:00 - 09:30	Por que tratar as funções orofaciais?	<i>Cláudia Maria de Felício - SP</i>
09:30 - 10:00	Efeitos da terapia fonoaudiológica em DTM	<i>Cláudia Maria de Felício - SP</i>
<b>10:00 - 10:30</b>	<b>Coffee break</b>	
<b>10:30 - 12:00</b>	<b>Cefaleias para os não médicos</b> Presidente: <i>Ricardo Tanus Valle - MG</i>	
10:30 - 11:00	Comorbidades em Cefaleia e DTM: Visão médica	<i>José Geraldo Speciali - SP</i>
11:00 - 11:30	Comorbidades em Cefaleia e DTM: Visão dentista	<i>Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves - SP</i>
11:30 - 12:00	Como gerenciar expectativas no atendimento do paciente com Dor	<i>Henrique Carneiro de Campos - MG</i>
<b>12:00 - 13:30</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>13:30 - 15:00</b>	<b>Apresentação Oral - PDO1 ao PDO 05</b> Coordenadora: <i>Renata Silva Melo Fernandes - PE</i>	
<b>21:00</b>	<b>Festa de Encerramento e Premiação dos Trabalhos</b>	

---

XXX Congresso Brasileiro de Cefaleia  
XI Congresso de Dor Orofacial

Temas Livres - Sessão de Pôsteres  
Cefaleia e Dor Orofacial

## SESSÃO PÔSTERES - CEFALEIA

CÓDIGO	NOME	TEMA	AUTORES
"PCE 01 Apresentação Oral"	Ana Paula de Oliveira Carnevalli	Confiabilidade da avaliação da força muscular voluntária máxima dos músculos cervicais pela dinamometria manual em mulheres com migrânea	Ana Paula de Oliveira Carnevalli, Lidiane Lima Florêncio, Fabiola Dach Eckeli, Débora Bevilaqua Grossi
"PCE 02 Apresentação Oral"	Angel Ayumi Tome Uchiyama	Women living together have a higher prevalence of menstrual migraine	Karen Dos Santos Ferreira, Angel Ayumi Tome Uchiyama, Larissa Mazini Borges, Gisela Guilherme, Viviane Ribeiro Faria
"PCE 03 Apresentação Oral"	Gabriela Ferreira Carvalho	Alterações no equilíbrio funcional e relato de quedas em pacientes com migrânea crônica, migrânea com e sem aura - estudo controlado	Gabriela Carvalho, Carolina Silva, Lidiane Florencio, Carina Pinheiro, Fabiola Dach, Débora Bevilaqua-Grossi
"PCE 04 Apresentação Oral"	Marcela Mendes Bragatto	Aspectos clínicos da cervicálgia em indivíduos migranosos e saudáveis	Marcela Mendes Bragatto, Lidiane Lima Florencio, Gabriela Ferreira Carvalho, Carina Ferreira Pinheiro, Mariana Tedeschi Benatto, Samuel Straceri Lodovichi, Débora Bevilaqua Grossi
"PCE 05 Apresentação Oral"	Marco Antônio Arruda	Migrânea é comórbida ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na infância: um estudo populacional nacional	Marco Antônio Arruda, Renato Arruda, Vincenzo Guidetti, Marcelo Eduardo Bigal
"PCE 06 Apresentação Oral"	Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho	Cefaleia da diálise	Eduardo Sousa de Melo, Rodrigo Pinto Pedrosa, Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho
"PCE 07 Apresentação Oral"	Renata Gomes Londero	The association of epilepsy, headache and migraine: a cross-sectional study	Renata Gomes Londero, Marino Muxfeldt Bianchin, Isabel Cristina Bandeira, José Augusto Bragatti
PCE 08	Aline Turbino Neves Martins da Costa	Hipotensão liquorica espontânea secundária a defeito na dura-mater na transição toracolumbar	Aline Turbino Neves Martins da Costa, Thais Villa, Daniel Tomedi, Tomas Freddi, Gustavo Dalul Gomez
PCE 09	Aline Turbino Neves Martins da Costa	Avaliação de perfil demográfico de um ambulatório de migrânea e tontura.	Aline Turbino N M Costa, Larissa Mendonça Agessi, Camila Naegeli Caverni, Daniel Guedes Tomedi, Rosimeire Fukue, Thais Rodrigues Villa
PCE 10	Aline Turbino Neves Martins da Costa	Profilaxia da migrânea associada a sintomas vestibulares: um estudo comparativo após 3 e 6 meses de tratamento preventivo.	Aline Turbino Neves Martins da Costa, Larissa Mendonça Agessi, Camila Naegeli Caverni, Daniel Guedes Tomedi, Rosimeire Fukue, Thais Rodrigues Villa
PCE 11	Ana Izabela Sobral de Oliveira	A positividade do flexion rotation test está associada a presença de dor em pacientes com migrânea crônica e episódica	Ana Izabela Sobral De Oliveira, Lidiane Lima Florêncio, Carina Ferreira Pinheiro, Fabiola Dach, Débora Bevilaqua-Grossi
PCE 12	Ana Izabela Sobral de Oliveira	A severidade de incapacidade cervical não interfere no resultado do flexion rotation test em pacientes com migrânea	Ana Izabela Sobral de Oliveira, Lidiane Lima Florêncio, Carina Ferreira Pinheiro, Fabiola Dach, Débora Bevilaqua-Grossi
PCE 13	Carina Ferreira Pinheiro	Prevalência e impacto da tontura em pacientes com migrânea	Carina Ferreira Pinheiro, Gabriela Ferreira Carvalho, Lidiane Lima Florencio, Flávia Heck Vianna Bell, Fabiola Dach, Débora Bevilaqua Grossi
PCE 14	Daniel Guedes Tomedi	Neuropatia óptica isquêmica bilateral associada à migrânea com aura: relato de caso	Daniel Tomedi, Aline Costa, Thais Villa
PCE 15	Daniella Araújo de Oliveira	Efeito do treino com exercícios aeróbicos em mulheres com fibromialgia e migrânea	Manuella Moraes Monteiro Barbosa Barros, Angélica da Silva Tenório, Joaquim José de Souza Costa Neto, Maria Inês Remígio de Aguiar, Amanda de Oliveira Freire Barros, Reydiane Rodrigues Santana, Débora Wanderley, Arméle de Fátima Dornelas de Andrade, Daniella Araújo de Oliveira

## SESSÃO PÔSTERES - CEFALEIA

CÓDIGO	NOME	TEMA	AUTORES
PCE 16	Eliana Meire Melhado	Protocolo de tratamento de cefaleia na emergência em um hospital-escola	Eliana Meire Melhado, Izabela Dias Brugnolli, Guilherme Vedovato Vilela de Salis, Carolina Buck, Lilian Audi Goulart, Talita Alvarez Sucena, Juliana Vilaça Vaz, Pedro Matheus Benelli, Renata Perri Soares Ferreira, Maria Emilia Miani Pereira
PCE 17	Fabiano Taira Higa	Cefaleia atribuída a ciclofosfamida	Fabiano Taira Higa, Jorge Alberto Martins Pentiado Júnior, Renan Cenize Guardia
PCE 18	Fernanda Groppo Nogueira Herculano	Associação de quetiapina ao tratamento convencional para prevenção de migrânea refratária	Mayara Teles, Fernanda Herculano, Maria Graziella Cavaliere, Leonardo Modenezi Cecília Vidal, Jano Souza
PCE 19	Fernando Kowacs	Paroxismos de dor facial e vermelhidão do nariz: a síndrome do nariz vermelho? Facial pain and nose reddening paroxysms: the red nose syndrome?	Renata Gomes Londero, Fernando Kowacs
PCE 20	Gabriella de Almeida Tolentino	Correlação entre a força muscular cervical e incapacidade cervical em mulheres com migrânea	Gabriella de Almeida Tolentino, Lidiane Lima Florencio, Debora Bevilaqua Grossi
PCE 21	Helena Ramos Daoud Yacoub	Pseudotumor cerebral associado à atividade do lúpus eritematoso sistêmico	Helena Ramos Daoud Yacoub, Eduardo de Paula Estephan, Ida Fortini
PCE 22	Isadora Cerruti Guarnieri	Uso de hormônios da gravidez (ocitocina e relaxina) como tratamento de cefaleia crônica refratária de características mistas (dor neuropática + miofascial): relato de caso	Karen dos Santos Ferreira, Isadora Cerruti Guarnieri, Driéli Pacheco Rodrigues, Samuel K. Yue
PCE 23	Kelly Mayumi Isizuka	Prevalência de migrânea e fatores associados em estudantes universitários de São Paulo	Kelly Mayumi Isizuka, Thaís Rodrigues Villa, Juliana Masami Morimoto, Renata Furlan Viebig
PCE 24	Laís Sestari	Comparação da alodínia cutânea em pacientes migranosos com e sem aura	Laís Sestari, Carina Ferreira Pinheiro, Lidiane Lima Florencio, Thais Cristina Chaves, Fabíola Dach, Débora Bevilaqua Grossi
PCE 25	Lara Maria Pain Vilares	Cefaleia em pacientes com distrofia muscular de Duchenne	Felipe Augusto Ferreira Siquelli*, Lara Maria Pain Vilares*, Luíza Yamanaka Marin*, Arnaldo José Godoy
PCE 26	Lidiane Lima Florencio	Mulheres com migrânea crônica apresentam diferente desempenho e comportamento dos músculos do pescoço durante teste de flexão cranio cervical	Lidiane Florencio, Gabriela Ferreira Carvalho, Tenyson Will Lemos, Marcelo Eduardo Bigal, César Fernández de Las Peñas, Anamaria Siriani de Oliveira, Débora Bevilaqua Grossi
PCE 27	Lidiane Lima Florencio	Repercussão do ponto gatilho miofascial na atividade eletromiográfica do esternocleidomastoideo de mulheres com migrânea	Lidiane Florencio, Gabriela Natalia Ferracini, Maria Palacios Ceña, César Fernández de Las Peñas, Thaís Cristina Chaves, Débora Bevilaqua Grossi
PCE 28	Lidiane Lima Florencio	Migrânea está relacionada com prejuízo da capacidade motora dos músculos cervicais	Lidiane Florencio, Gabriella de Almeida Tolentino, Ana Paula Carnevalli, Fabíola Dach, Débora Bevilaqua Grossi
PCE 29	Lucas Ravagnani Silva	Cefaleia trigêmeo-autonômica secundária a vasculite por policondrite recidivante	Lucas Ravagnani Silva, Fabiano de Melo, Jorge Alberto Martins Pentiado Junior, Roberto Satler Cetlin, Fabíola Dach
PCE 30	Marcella Segato de Sousa Melo	Síndrome de suna desencadeada por meningite viral aguda	Marcella Segato de Sousa Melo, Filipe da Cruz Machado Teixeira, Edson de Sousa Marquez, Matheus Diego Oliveira Pinheiro, Samher Mariano Damach, Vivian de Souza Lemos, Walter Bruce Fonseca li, Zaila Caroline Saretta

## SESSÃO PÔSTERES - CEFALEIA

CÓDIGO	NOME	TEMA	AUTORES
PCE 31	Maria Graziella Cavaliere	Pseudotumor orbitário refratário ao tratamento	Fernanda Herculano, Leonardo Modenezi, Maria Graziella Cavaliere, Mayara Teles, Cecília Vidal, Jano Souza, Pedro Moreira, Luiz Felipe Pagliarini, Ana Carolina Andorinho, Aline Ferrari
PCE 32	Mariana Tedeschi Benatto	Associação entre a frequência de crises de migrânea com a severidade da disfunção temporomandibular	Mariana Tedeschi Benatto, Lidiane Lima Florencio, Gabriela Ferreira Carvalho, Marcela Mendes Bragatto, Samuel Straceri Lodovichi, Fabiola Dach, Thais Cristina Chaves, Débora Bevilaqua-Grossi
PCE 33	Mauro Eduardo Jurno	Migrânea e distúrbios do sono: aspectos relacionados	Mauro Eduardo Jurno, Sarah Oliveira Rocha, Daniela Guimarães Franco, Marcela Malta de Lima Barra, Tulio Marcus Ribeiro Bellard, Felipe Cardoso Camargos
PCE 34	Mauro Eduardo Jurno	Estudo epidemiológico da prevalência de cefaleia em salvas em município de médio porte do estado de minas gerais	Mauro Eduardo Jurno, Carlos Eduardo Bordini, Bárbara Sousa Reis Pereira, Felipe Antônio de Souza Fonseca, Gabriel Alves Teixeira, Ludimila Queiroz Maffia, Maria Raquel Andrade Barros, Vívian Camilo Figueiredo
PCE 35	Mauro Eduardo Jurno	Prevalência dos sintomas de disfunção temporomandibular em pacientes migranosos	Mauro Eduardo Jurno, Caroline Moreira de Oliveira, Luiza Almeida Brandão, Mayara Sol Miranda, Paulo Henrique Marcelino Amara, Verônica Fontoura Ribeiro e Lima
PCE 36	Paulo Sergio Faro Santos	Headache as the sole manifestation of a brain abscess	Paulo Sergio Faro Santos, Pedro André Kowacs
PCE 37	Paulo Sergio Faro Santos	Neuralgia supraorbital como manifestação isolada de hipotensão liquórica	Paulo Sergio Faro Santos, Pedro André Kowacs
PCE 38	Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho	Cefaleia atribuída à distonia crânio-cervical	Marcos Eugênio Ramalho Bezerra, Domingos Sávio Rego Lins Júnior, Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho
PCE 39	Renata Gomes Londero	Registro das orientações sobre tabagismo e uso de estrógenos a pacientes com migrânea com aura, no Ambulatório de Cefaleia do HCPA	Leonardo Augusto Carbonera, Ana Cláudia de Souza, Renata Gomes Londero
PCE 40	Renata Gomes Londero	Headache as a first manifestation of neurosarcooidosis: a case report	Brunna de Bem Jaeger, Thaise Fellini Dal Moro, Roger Vicente Zanandrea, Pedro Abraham Cherubini, Carlos Eduardo Alves Batista, Leonardo Cordenonzi Pedroso de Albuquerque, Renata Gomes Londero
PCE 41	Samuel Straceri Lodovichi	Presença de pontos gatilho miofasciais nos músculos do pescoço em mulheres com migrânea	Samuel Straceri Lodovichi, Marcela Mendes Bragatto, Mariana Tedeschi Benatto, Lidiane Lima Florêncio, Gabriela Ferreira Carvalho, Ana Izabela Sobral De Oliveira, Fabiola Dach, César Fernández-Las-Peñas, Anamaria Siriani de Oliveira, Debora Bevilaqua-Grossi
PCE 42	Wellington Gondim De Oliveira	Associação entre trombose venosa cerebral e mastoidite: relato de caso	Wellington Gondim de Oliveira, Ana Helena Gomes de Barros Murgolo, Dheybson Markes Batista de Sousa, Karine Queiroz Vieira, Sílvia de Araújo Rezende, Simone Kitamura Moura, Thayane Cabral Lopes
PCE 43	Yara Dadalti Fragoso	Revisão sistemática da associação de enxaqueca e síndrome das pernas inquietas	Rafael Donadel, Rodrigo Diniz, Jeshuah Milanez, Mariana Mongão, Caroline Spessotto, Sonia Castedo Paz, Yara Fragoso
PCE 44	Yara Dadalti Fragoso	Uso excessivo de analgésicos para controle das crises de enxaqueca em alunos da faculdade de medicina	Bruna Orquiza, Pedro Rosa, Filipe Rocha, Raissa Bueno, Thais Zonta, Marina Pereira, Yara Fragoso
PCE 45	Yara Dadalti Fragoso	Correlação de enxaqueca, alexitimia, ansiedade, depressão e autoestima em estudantes universitários da área de saúde	Bruna Orquiza, Rafael Donadel, Claudio Scorcine, Acacio Mattos, Yara Fragoso
PCE 46	Yara Dadalti Fragoso	Impacto da enxaqueca na menopausa	Paula Carturan, Claudio Scorcine, Yara Fragoso
PCE 47	Yara Dadalti Fragoso	Revisão sistemática da associação de alucinações às enxaquecas	Tamara Beloni, Joara Aniceto, Lucas Abreu, Marina Pereira, Mariana Cardoso, Yara Fragoso
PCE 48	Yara Dadalti Fragoso	Enxaquecas e canabinoides	Marina Pereira, Caroline Spessotto, Mariana Cardoso, Camila Pereira, Yara Fragoso

## SESSÃO PÔSTERES- DOR OROFACIAL

CÓDIGO	NOME	TEMA	AUTORES
"PDO 01 Apresentação Oral"	Fernanda Salloume Sampaio Bonafé	Contribuição de variáveis psicológicas na percepção da dor em indivíduos com dor orofacial	Fernanda Salloume Sampaio Bonafé, João Maroco, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos
"PDO 02 Apresentação Oral"	Guilherme Vinícius do Vale Braido	Bruxismo do sono modifica a associação entre disfunção temporomandibular dolorosa e alodínia cutânea em pacientes migranosos.	Guilherme Vinícius do Vale Braido, Marco Túlio Faria Oliveira, Leticia Bueno Campi, Paula Cristina Jordani, Marcelo Eduardo Bigal, Giovana Fernandes, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves
"PDO 03 Apresentação Oral"	Juliana Stuginski Barbosa	Alodínia cutânea em pacientes com odontalgia atípica	Juliana Stuginski-Barbosa, André Luis Porporatti , Paulo César Rodrigues Conti
"PDO 04 Apresentação Oral"	Laís Valencise Magri	Avaliação da sensibilidade dolorosa e de aspectos emocionais de mulheres com dor miofascial submetidas à laserterapia de baixa intensidade	Laís Valencise Magri, Vinicius Almeida Carvalho, Flávia de Cássia Cabral Rodrigues, César Bataglion, Christie Ramos Andrade Leite-Panissi
"PDO 05 Apresentação Oral"	Michele Peres Ferreira	A mobilidade da coluna cervical superior pelo flexion-rotation test em indivíduos com disfunção temporomandibular	Michele Peres Ferreira, Cesar Becalel Waisberg, Paulo Cesar Rodrigues Conti, Debora Bevilaqua-Grossi
PDO 06	Ana Izabela Sobral de Oliveira	A mudança nos contatos oclusais não altera o equilíbrio postural	Ana Izabela Sobral de Oliveira, Alice Stahl Gaido , Cláudia Maria Felício, Débora Bevilaqua-Grossi
PDO 07	Cecilia de Medeiros Vidal	Neuropatia hipertrófica de trigêmeo após manipulação dentária	Cecilia Vidal, Leonardo Modenezi, Fernanda Nogueira, Marcos RG de Freitas
PDO 08	Deborah Dayane Cordeiro Martins	Uso do teste da goma de mascar <sup>1</sup> como ferramenta diagnóstica para claudicação de mandíbula na arterite de células gigantes- relato de caso	Deborah Dayane Martins, Filipe Araujo, Thamara Silva, Rodrigo Gomez
PDO 09	Fabiano Taira Higa	Disfunção têmporo-mandibular em aciente com espasmo hemimastigatório	Fabiano Taira Higa, Jorge Alberto Martins Pentiado Júnior, Laís Valencise Magri, César Bataglion
PDO 10	Giovana Fernandes	Temporomandibular disorder pain is associated with migraine in adolescents	Giovana Fernandes, Marco Antônio Arruda, Marcelo Eduardo Bigal, Cinara Maria Camparis , Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves
PDO 11	Guilherme Vinícius do Vale Braido	Estudo da associação entre migrânea e alodínia cutânea em pacientes com disfunção temporomandibular crônica	Guilherme Vinícius do Vale Braido, Arthuro Ameleto Riga Neto, Leticia Bueno Campi, Paula Cristina Jordani, Giovana Fernandes, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves
PDO 12	Jorge Alberto Von Zuben	Avaliação da depressão e ansiedade em pacientes com dtm e dor orofacial.	Jorge Von Zuben, Getúlio Puntel de Moraes Junior
PDO 13	Jorge Alberto Von Zuben	Dor neuropática: neuroma de amputação	Jorge Von Zuben, Getulio Puntel de Moraes Junior
PDO 14	Leticia Bueno Campi	Central sensitization and painful temporomandibular disorders: a transversal study	Leticia Bueno Campi, Paula Cristina Jordani, Giovana Fernandes, Daniela Aparecida Godoi Gonçalves
PDO 15	Melissa de Oliveira Melchior	Contribuição da avaliação instrumental no acompanhamento fonoaudiológico de paciente em tratamento para DTM	Melissa de Oliveira Melchior, Laís Valencise Magri, Ana Elisa Mello Sassaron, Leticia Richard Miranda Silva, Marcelo Oliveira Mazzetto
PDO 16	Michele Peres Ferreira	Associação da performance de testes funcionais da coluna cervical em indivíduos com disfunção temporomandibular	Michele Ferreira, Cesar Becalel Waisberg, Paulo Cesar Rodrigues Conti, Debora Bevilaqua-Grossi
PDO 17	Michele Peres Ferreira	A performance dos músculos flexores profundos da cervical pelo craniocervical flexion test em indivíduos com disfunção temporomandibular	Michele Peres Ferreira, Cesar Becalel Waisberg , Paulo Cesar Rodrigues Conti, Debora Bevilaqua-Grossi
PDO 18	Paula Cristina Jordani	Primary headaches and temporomandibular disorders increased the risk for body pain: a population-based study.	Paula Cristina Jordani, José Geraldo Speciali, Marcelo Eduardo Bigal, Giovana Fernandes, Daniela Godoi Gonçalves

## CEFALEIA

## PCE 01

**CONFIABILIDADE DA AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR VOLUNTÁRIA MÁXIMA DOS MÚSCULOS CERVICAIS PELA DINAMOMETRIA MANUAL EM MULHERES COM MIGRÂNEA**

Ana Paula de Oliveira Carnevali<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florêncio<sup>1</sup>,  
Fabiola Dach Eckeli<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Está estabelecido que a força e a resistência dos músculos estabilizadores e flexores profundos da coluna cervical estão reduzidas em pacientes com migrânea. Portanto, medidas de força muscular cervical confiáveis são de extrema importância para o diagnóstico cinético funcional adequado e para a prescrição de programas de tratamento fisioterapêutico. Diante deste desafio, o uso de um dinamômetro manual é uma alternativa viável por ser de fácil aplicação e financeiramente acessível aos profissionais. O objetivo deste estudo foi verificar a confiabilidade do teste de força voluntária máxima dos músculos cervicais com o *Lafayette Manual Muscle Testing System* em mulheres com migrânea. **Métodos:** A amostra foi composta por 25 mulheres com migrânea, de 18 a 55 anos, recrutadas dentre as pacientes do Ambulatório de Cefaleia do HCRP-FMRP-USP. Foi mensurada a força muscular cervical nos movimento de flexão, extensão e inclinações laterais da coluna cervical. Para a análise da confiabilidade interexaminador, dois avaliadores realizaram o teste de força no mesmo dia, e para a análise intraexaminador, um mesmo avaliador realizou duas avaliações no mesmo indivíduo com um intervalo de uma semana. Foi aplicado o coeficiente de correlação intraclassa (ICC). **Resultados:** A confiabilidade variou de moderado a excelente para a avaliação intraexaminador considerado a média das medidas (ICC ranges 0,72-0,84) e confiabilidade foi excelente quando considerado o valor de pico entre as medidas (ICC ranges 0,79-0,90). A confiabilidade para a avaliação interexaminador variou de fraco a excelente quando considerado a média das medidas (ICC ranges 0,69-0,86), e se manteve excelente quando considerado o valor de pico entre as medidas (ICC ranges 0,77-0,88). **Conclusão:** Portanto conclui-se que a quantificação da força cervical por meio do dinamômetro manual *Lafayette Manual Muscle Testing System* especialmente considerando os valores de pico é uma alternativa confiável e de fácil aplicação na prática clínica.

**Palavras-chaves:** Dinamometria Manual, Confiabilidade, Músculos Cervicais

## PCE 02

**WOMEN LIVING TOGETHER HAVE A HIGHER PREVALENCE OF MENSTRUAL MIGRAINE**

Karen dos Santos Ferreira<sup>2</sup>, Angel Ayumi Tome Uchiyama<sup>2</sup>,  
Larissa Mazini Borges<sup>2</sup>, Gisela Guilherme<sup>2</sup>,  
Viviane Ribeiro Faria<sup>2</sup>

<sup>2</sup>CBM – Centro Universitário Barão de Mauá  
(Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Menstrual migraine is a highly prevalent disorder among adult women, resulting in disability and loss of quality of life. Some studies have reported menstrual cycle synchrony among women living together. No study has reported whether there may also be a higher prevalence of menstrual migraine among these women. Thus, we report here the prevalence of menstrual migraine in a group of women living together compared to a control group of women living alone. **Methods:** The study was conducted on female university students aged 18 to 30 years with a diagnosis of migraine according to the criteria of the International Classification of Headache Disorders (ICHD) III, beta appendix criteria. The subjects were divided into a group of women who lived together with two or more other students and a control group of age-matched students who lived alone, interviewed with a specific questionnaire and assessed for 3 months by means of a pain diary. The data evaluated included frequency of headache crises, presence of menstrual migraine, intensity of crises, medications used including contraceptives, and triggering factors such as diet, sleep deprivation and stress. **Results:** We detected a higher prevalence of menstrual migraine among women living together (9, 50%) compared to women living alone (3, 16.7%) ( $p = 0.03$ ). After binary logistic regression analysis, this finding was not related to the main influencing factors detected, i.e., use of a contraceptive, test stress or sleep deprivation ( $p = 0.03$ , adjusted odds ratio: 1.27; 0.02 -0.81). These women also showed menstrual cycle synchrony with their roommates (8, 44.4%) and the presence of headache crises during the menstruation of their colleagues (11, 61.1%). **Conclusion:** The present findings have not been reported previously by others and no consensus exists about menstrual cycle synchrony among women. However, we believe that the present study could represent a step towards more elaborate investigations of this complex topic.

**Keywords:** Headache; Migraine disorders; Menstruation

## PCE 03

**ALTERAÇÕES NO EQUILÍBRIO FUNCIONAL E RELATO DE QUEDAS EM PACIENTES COM MIGRÂNEA CRÔNICA, MIGRÂNEA COM E SEM AURA - ESTUDO CONTROLADO**

Gabriela Carvalho<sup>1</sup>, Carolina Silva<sup>1</sup>, Lidiane Florencio<sup>1</sup>,  
Carina Pinheiro<sup>1</sup>, Fabiola Dach<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>FMRP-USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Avaliar o relato de quedas e o desempenho em tarefas funcionais em diferentes subgrupos de migranosos. **Métodos:** Foram avaliados 140 pacientes divididos igualmente em 4 grupos de acordo com o diagnóstico, migrânea com aura (MA, idade: 37,2±9,5) e sem aura (M, idade: 34,8±8,7), migrânea crônica (MC, idade: 36,8±9,2) e controles (GC, idade: 35,9±9,5). Um avaliador cego quanto ao diagnóstico aplicou um questionário relacionado ao relato de desequilíbrio e ocorrência de quedas nos últimos 12 meses. Além disso foi aplicado um protocolo de avaliação funcional realizado no equipamento Balance Master (Neurocom®) composto pelos testes de marcha, marcha tandem, subida e descida do degrau e movimento de sentado para em pé. Os grupos foram comparados pelo teste ANCOVA com  $\alpha=0.05$  pelo software SAS® versão 9.2. Este estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa (processo nº: 16693/2012). **Resultados:** Comparados aos grupos M e GC, pacientes dos grupos MA e MC apresentaram maior relato de desequilíbrio (MA: 85,7%, MC: 62,9%,  $p < 0,0001$ ) e número quedas no último ano (MA: 2,2, MC: 1,37,  $p < 0,04$ ). Todos os pacientes com migrânea apresentaram velocidade e comprimento de passo reduzido durante a marcha ( $p < 0,0009$ ) e marcha tandem ( $p < 0,03$ ) em relação ao GC. A largura de passo foi maior nos grupos MA e MC em relação ao GC durante a marcha ( $p < 0,03$ ). Migranosos foram diferentes do GC nas variáveis de transferência de peso e índice de elevação durante o movimento de levantar a partir da posição sentada ( $p < 0,002$ ). No teste de subida e descida do degrau foram observadas diferenças nas variáveis de velocidade de movimento, impacto durante a subida e descida no GC versus migranosos ( $p < 0,02$ ) e grupo M versus MA ( $p < 0,01$ ). **Conclusão:** Pacientes com migrânea apresentam alterações na performance em tarefas funcionais, sugerindo deterioração precoce do controle postural com conseqüente interferência na vida diária com maior prevalência de quedas. Avaliação adequada do equilíbrio e estratégias de reabilitação devem ser consideradas para pacientes com migrânea.

**Palavras-chaves:** Aura; Equilíbrio; Migrânea; Migrânea crônica; Quedas

#### PCE 04

##### ASPECTOS CLÍNICOS DA CERVICALGIA EM INDIVÍDUOS MIGRANOSOS E SAUDÁVEIS

Marcela Mendes Bragatto<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florencio<sup>1</sup>, Gabriela Ferreira Carvalho<sup>1</sup>, Carina Ferreira Pinheiro<sup>1</sup>, Mariana Tedeschi Benatto<sup>1</sup>, Samuel Straceri Lodovichi<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Descrever os aspectos clínicos da cervicalgia em pacientes com migrânea episódica (ME), migrânea crônica (MC) e em controles saudáveis (GC). **Métodos:** Foram avaliados indivíduos com ME (n=31; 33 anos; DP: 11,22), MC (n=21; 34 anos; DP:9,76) e GC (n=31; 31 anos; DP:9,08). O diagnóstico da migrânea foi dado por um neurologista experiente segundo a Classificação Internacional de Cefaleia – 3ª edição. A dor cervical foi avaliada por auto relato, incluindo a frequência (dias/mês), intensidade (escala numérica de dor 0 a 10) e tempo de dor. A análise estatística dos dados foi realizada com o software SAS 9.2 adotando um alfa de 0,05. A análise one-way de variância (ANOVA) foi utilizada para frequência, intensidade e tempo de dor no pescoço. A razão da prevalência (RP) foi calculada para determinar o risco relativo associado à migrânea de apresentar cervicalgia em relação ao GC. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética (processo nº 16692/2012). **Resultados:** Ambos os grupos com migrânea estão associados ao maior risco de relatar dor no pescoço em relação ao GC (MC= RP: 4,4; IC95%: 2,11 –9,27;  $p=0,001$ / ME= RP:4,0; IC95%: 1,90 –8,41;  $p=0,003$ ). Embora sem diferença no tempo de dor no pescoço nos três grupos (GC: 5,6 anos; ME: 7,6 anos; MC: 5,6 anos;  $p > 0,05$ ), os indivíduos com dor no pescoço do grupo MC (n=18) e do grupo ME (n=24)

relataram maior frequência (MC=18,5dias/mês; DP:11/ ME=10,7dias/mês;DP:9,9) quando comparados ao GC (n=6; 5.2dias/mês; DP:5,7) ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Indivíduos com MC e ME apresentaram quatro vezes mais chance de relatar cervicalgia que aqueles sem cefaleia. Além disso, os grupos MC e ME relataram maior frequência e intensidade de dor cervical quando comparados com controles saudáveis.

**Palavras-chaves:** Migrânea, cervicalgia

#### PCE 05

##### MIGRÃNEA É COMÓRBIDA AO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA: UM ESTUDO POPULACIONAL NACIONAL

Marco Antônio Arruda<sup>1</sup>, Renato Arruda<sup>2</sup>, Vincenzo Guidetti<sup>3</sup>, Marcelo Eduardo Bigal<sup>4</sup>

<sup>1</sup>IG - Instituto Glia – Ribeirão Preto, SP

<sup>2</sup>FCM-UNICAMP – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Campinas, SP

<sup>3</sup>La Sapienza – Universidade de Roma "La Sapienza" (Roma, Itália)

<sup>4</sup>AECM - Albert Einstein College of Medicine (NY, Estados Unidos)

**Objetivos:** A migrânea e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresentam alta prevalência e impacto na população infantil, a possibilidade de comorbidade entre ambas é cogitada por estudos clínicos, mas carece de evidências advindas de estudos populacionais representativos, não influenciados por vieses de seleção. A partir de uma amostra final de 5.671 crianças com idade entre 5 e 12 anos, randomicamente selecionadas em 87 cidades de 18 estados brasileiros, os autores avaliam essa associação. **Métodos:** Os pais responderam questionários validados na população infantil brasileira para captar informações necessárias para o diagnóstico de cefaleias primárias de acordo com os critérios da segunda edição da International Classification of Headache Disorders (ICHD-II), bem como escalas validadas para captar sintomas e prejuízos provocados pelo TDAH (SNAP IV, SDQ) conforme critérios da DSM-IV. **Resultados:** A prevalência de TDAH foi de 3,9% e da migrânea episódica de 9,4% da amostra. Em comparação a crianças sem cefaleia, a prevalência de TDAH foi significativamente maior em crianças com migrânea episódica (RR 3,3 IC 95% 2,0-5,3), provável migrânea (RR 2,5; IC95% 1,6-3,4) e migrânea crônica (RR 8,2; IC95% 3,8-17,9). A análise multivariada revelou que em crianças com qualquer subtipo de migrânea, o diagnóstico de TDAH foi significativamente influenciado pela frequência das crises de cefaleia ( $p < 0,04$ ), intensidade da cefaleia ( $p < 0,001$ ), presença de náusea ( $p < 0,000$ ) e fonofobia ( $p < 0,024$ ) nas crises, bem como escores anormais de ajuste psicossocial ( $p < 0,000$ ), problemas de conduta ( $p < 0,008$ ) e desempenho escolar abaixo da média ( $p < 0,000$ ). **Conclusão:** Os resultados do presente estudo representam as primeiras evidências de comorbidade entre a migrânea e o TDAH na infância advindas de estudo populacional de abrangência nacional. Adicionalmente, mapeia variáveis clínicas independentes envolvidas nessa associação. Esses resultados têm implicação clínica imediata, seja na abordagem diagnóstica, seja na

tomada de decisões terapêuticas diante de uma criança com cefaleia crônica e/ou TDAH.

**Palavras-chaves:** Migrânea, TDAH, comorbidade, infância, epidemiologia

#### PCE 06 CEFALEIA DA DIÁLISE

Eduardo Sousa de Melo<sup>1</sup>, Rodrigo Pinto Pedrosa<sup>2</sup>,  
Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>UFPE - Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE)

<sup>2</sup>UPE - Universidade de Pernambuco (Recife, PE)

**Objetivos:** Determinar frequência, características, impacto da cefaleia da diálise (CD) e comparar o comportamento vascular cerebral nos pacientes com e sem o diagnóstico desta cefaleia. **Métodos:** Este é um estudo transversal. Foram incluídos pacientes submetidos consecutivamente à hemodiálise em duas unidades de hemodiálise na cidade do Recife. Foram utilizados: questionário semiestruturado, as escalas Headache Impact Test, Hospital Anxiety and Depression Scale e Short Form-36 Health Survey (SF-36). Foi realizada ultrassonografia doppler transcraniana na primeira e quarta horas de hemodiálise para avaliação das artérias cerebrais médias. **Resultados:** 100 pacientes foram incluídos, idade média de 51,8 ( $\pm 13,6$ ) anos, 50 eram mulheres, 49 tinham CD. O caráter pulsátil, início insidioso, localização bilateral e início da dor na quarta hora de diálise, foram as características mais frequentes da CD. As mulheres, os mais jovens, maior escolaridade e maior tempo em programa de hemodiálise tiveram significativamente mais CD (regressão logística). Os com CD tiveram significativamente pior qualidade de vida nos domínios dor ( $p < 0,05$ , teste de Mann Whitney) e estado geral de saúde ( $p < 0,05$ , teste de Mann Whitney) do SF-36. Ter uma renda familiar menor, ter ansiedade e ter da cefaleia da diálise tiveram associação significativa com um maior impacto da cefaleia (regressão logística). O índice de pulsatilidade foi menor, nos com CD tanto antes quanto após a hemodiálise ( $p = 0,02$ , teste de Mann Whitney). **Conclusão:** A CD é frequente, ocorre mais nas mulheres, nos mais jovens, com maior escolaridade e maior tempo em programa de hemodiálise, tem impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. A avaliação por doppler transcraniano sugere padrão de vasodilatação cerebral nos pacientes com CD.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, diálise, qualidade de vida, ultrassonografia Doppler transcraniana

#### PCE 07

#### THE ASSOCIATION OF EPILEPSY, HEADACHE AND MIGRAINE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Renata Gomes Londero<sup>1</sup>, Marino Muxfeldt Bianchin<sup>1</sup>,  
Isabel Cristina Bandeira<sup>1</sup>, José Augusto Bragatti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)

**Objetivos:** Migraine and epilepsy are disorders that are common, chronic and paroxysmal. A number of studies have suggested a pathophysiologic link between both disorders. The objective of this study is to examine the prevalence and characteristics of headache in patients with epilepsy compared

to controls of the same population. **Methods:** In a cross-sectional study of two hundred and forty-four patients with epilepsy and one hundred and seventy-one healthy controls we studied prevalence and characteristics of headache, epilepsy and headache/epilepsy comorbidity. **Results:** We assessed in 415 individuals (223 women). The mean age was 43.9 for patients and 44.1 for controls. One hundred and eighty one (75.1%) patients and 67 (39.2%) controls reported having headache during the last year. Migraine occurred in 92 (38.2%) patients and 32 (18.7%) controls (OR=2.63; 95% CI = 1.65-4.18;  $p < 0.0001$ ). After multinomial logistic regression, female sex, familial history of headache or migraine, focal epilepsy were all independently associated with tension type headache, migraine and the other headaches. **Conclusion** In spite of findings supporting an association of headache and epilepsy, not all studies could confirm it. Our study showed that headache is more prevalent in patients with epilepsy and disclosed some independent risk factors for this association.

**Palavras-chaves:** Migraine; Headache; Epilepsy; Comorbidity  
**Referências:** (1) Mainieri G, Cevoli S, Giannini G, Zummo L, Leta C, Broli M, Ferri L, Santucci M, Posar A, Avoni P, Cortelli P, Tinuper P, Bisulli F. Headache in epilepsy: prevalence and clinical features. *J Headache Pain*. 2015;16:556.

(2) Raggi A, Leonardi M, D'Amico D, Villani F, Quintas R. A Step Forward on Similarities Between Migraine and Epilepsy: Psychosocial Difficulties. *Headache*. 2015 Oct;55(9):1272.

(3) Nye BL, Thadani VM. Migraine and epilepsy: review of the literature. *Headache*. 2015 Mar;55(3):359-80.

#### PCE 08

#### HIPOTENSÃO LIQUORICA ESPONTANEA SECUNDÁRIA A DEFEITO NA DURA-MATER NA TRANSIÇÃO TÓRACO-LOMBAR

Aline Turbino Neves Martins da Costa<sup>1</sup>, Thais Villa<sup>1</sup>,  
Daniel Tomedi<sup>1</sup>, Tomas Freddi<sup>1</sup>, Gustavo Dalul Gomez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIFESP-SP – Universidade Federal de São Paulo (SP)

**Objetivos:** A hipotensão intracraniana idiopática é síndrome relativamente rara, caracterizada por diminuição da pressão inicial do LCR, no valor menor que 60 mmHg, e cefaleia que piora em ortostase. A entidade é frequentemente subdiagnosticada, mas tem características clínicas e de imagem típicas, e que podem facilitar o desafio diagnóstico. O objetivo deste trabalho é revisar as características, definições, clínica e critérios de imagem. **Métodos:** Relatamos um caso de hipotensão idiopática em mulher de 39 anos previamente hígida. Realizamos revisão de literatura sobre os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos desta patologia a fim de discutir critérios diagnósticos e o melhor manejo da dor. **Resultados:** Melhora completa da cefaleia após o Blood Patch. **Conclusão:** O quadro clínico típico associado à punção líquórica e os critérios radiológicos de imagem são importantes ao diagnóstico. Na literatura, o tratamento ainda é controverso já que ainda não há grandes estudos comparativos dos métodos disponíveis. Opções a serem consideradas se o tratamento conservador falhar são o uso de cola de fibrina, o fechamento cirúrgico caso alguma fistula seja identificada, e o Blood Patch (BP) guiado ao local da fistula ou pelo método tradicional (BP) abaixo de L2.

**Palavras-chaves:** Hipotensão; Líquórica; Espontânea, idiopática  
**Referências:** 1. Ducros A, Biousse V. Headache arising from idiopathic

- changes in CSF pressure. *Lancet Neurol.* 2015 Jun;14(6):655-68.
2. Schievink W, Deline CR. Headache secondary to intracranial hypotension. *Curr Pain Headache Rep.* 2014 Nov;18(11):457.
3. Spears RC. Low-pressure/spinal fluid leak headache. *Curr Pain Headache Rep.* 2014 Jun;18(6):425.
4. Mokri B. Spontaneous CSF leaks: low CSF volume syndromes. *Neurol Clin.* 2014 May;32(2):397-422.
5. Schievink W, Dodick DW, Mokri B, Silberstein S, Bousser MG, Goadsby PJ. Diagnostic criteria for headache due to spontaneous intracranial hypotension: a perspective. *Headache.* 2011 Oct;51(9):1442-4.
6. Fishman RA, Dillon WP. Dural enhancement and cerebral displacement secondary to intracranial hypotension. *Neurology.* 1993;43:609-611.

#### PCE 09

### AVALIAÇÃO DE PERFIL DEMOGRÁFICO DE UM AMBULATÓRIO DE MIGRÂNEA E TONTURA

Aline Turbino N M Costa<sup>1</sup>, Larissa Mendonça Agessi<sup>1</sup>, Camila Naegeli Caverni<sup>1</sup>, Daniel Guedes Tomedi<sup>1</sup>, Rosimeire Fukue<sup>1</sup>, Thais Rodrigues Villa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIFESP-SP – Universidade Federal de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Avaliar o perfil demográfico de pacientes com migrânea com aura e sem aura associada à vertigem e/ou tonturas não vertiginosas atendidos em um ambulatório terciário. **Métodos:** Foram analisados 143 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de migrânea e tontura no período de janeiro de 2014 a julho de 2016. Os pacientes preenchem critério para migrânea com aura ou sem aura de acordo com a *International Headache Society* (ICHD-III Beta, 2013) e apresentavam sintomas vestibulares associados. Os pacientes incluídos eram de ambos os sexos, com idade média de 37,83(± 17,66) anos. Critérios de exclusão: doença otológica e/ou outras neurológicas. Os dados coletados foram: idade de início da dor de cabeça, duração, intensidade e frequência das crises de cefaleia, presença de aura, náuseas, vômito, fotofobia, fonofobia e sintomas vestibulares associados (vertigem, tontura, zumbido, cinesiofobia, plenitude auricular, cinetose, e perda auditiva). Foi realizada análise estatística descritiva com o uso dos testes de Mann-Whitney e teste qui-quadrado para as variáveis quantitativas. **Resultados:** Em pacientes com diagnóstico de migrânea associada a sintomas vestibulares, a migrânea com aura foi o subtipo mais prevalente (70,63%), e os sintomas acompanhantes mais frequentes são as náuseas (87,41%), seguido de fonofobia (79,02%). A frequência média de dias de cefaleia/mês foi 17,52, sendo que 53 pacientes apresentavam cefaleia diária. No subtipo migrânea com aura, a aura mais comum foi a visual (86,14%). Os pacientes com migrânea apresentaram em sua maioria vertigem (54,55%), no entanto, houve a ocorrência de vertigem combinada a tontura não vertiginosa (16,78%) grupo e outra amostra de pacientes apresentou apenas tontura (28,67%), com o subtipo mais frequentemente descrito como desequilíbrio. Os pacientes com vertigem foram diagnosticados como Migrânea Vestibular(MV), já os que apresentaram apenas tonturas não vertiginosas, não puderam ser classificados como MV segundo os atuais critérios diagnósticos. Sugerimos que futuras revisões nos critérios possam diagnosticar também esse grupo de pacientes.

**Palavras-chaves:** Migrânea; Vestibular; Tontura; Enxaqueca; Crônica

#### PCE 10

### PROFILAXIA DA MIGRÂNEA ASSOCIADA A SINTOMAS VESTIBULARES: UM ESTUDO COMPARATIVO APÓS 3 E 6 MESES DE TRATAMENTO PREVENTIVO

Aline Turbino Neves Martins da Costa<sup>1</sup>, Larissa Mendonça Agessi<sup>1</sup>, Camila Naegeli Caverni<sup>1</sup>, Daniel Guedes Tomedi<sup>1</sup>, Rosimeire Fukue<sup>1</sup>, Thais Rodrigues Villa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIFESP-SP – Universidade Federal de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Avaliar a eficácia do tratamento profilático de pacientes com migrânea com aura e sem aura associados à vertigem e/ou tontura não vertiginosa após de 3 e 6 meses de prevenção medicamentosa. **Métodos:** Foram analisados 89 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de Migrânea e tontura no período de janeiro de 2014 a julho de 2016. Os pacientes preenchem critério para migrânea com aura ou sem aura de acordo com a *International Headache Society* (ICHD-III Beta, 2013) e apresentavam sintomas vestibulares associados. Os pacientes de ambos os sexos, 94,3% mulheres. Critério de inclusão: uso regular da medicação preventiva prescrita após 3 e 6 meses de seguimento. Critérios de exclusão: diagnóstico prévio de vestibulopatia periférica e exames otoneurológicos alterados. As drogas utilizadas foram topiramato (41,57%), ácido valproico (28,09%), divalproato (17,98%), amitriptilina (14,61%), propranolol (15,73%) e flunarizina (1,12%). A resposta a droga utilizada foi verificada através das variáveis, frequência, intensidade e duração da cefaleia e tontura. **Resultados:** As drogas utilizadas foram topiramato (41,57%), ácido valproico (28,09%), divalproato (17,98%), amitriptilina (14,61%), propranolol (15,73%) e flunarizina (1,12%). A resposta a droga utilizada foi verificada através das variáveis, frequência, intensidade e duração da cefaleia e tontura. **Conclusão:** Conclui-se que houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,002$ ) com efeito de tempo para todas as medicações utilizadas, tanto nas variáveis relacionadas a cefaleia como quanto a tontura, sem diferença entre vertigem e tonturas não vertiginosas.

**Palavras-chaves:** migrânea, tontura, vertigem, tratamento, enxaqueca

#### PCE 11

### A POSITIVIDADE DO FLEXION ROTATION TEST ESTÁ ASSOCIADA A PRESENÇA DE DOR EM PACIENTES COM MIGRÂNEA CRÔNICA E EPISÓDICA

Ana Izabela Sobral de Oliveira<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florêncio<sup>1</sup>, Carina Ferreira Pinheiro<sup>1</sup>, Fabiola Dach<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Verificar se a positividade do flexion rotation test (FRT) está associado à presença de dor ou a restrição articular durante a realização do teste em pacientes com migrânea crônica (MC), episódica (ME) e controle. **Métodos:** Foram avaliadas 85 mulheres divididas em 3 grupos: MC (n=25), ME (n=30) e Controle (n=30). As pacientes com migrânea foram diagnosticadas por neurologistas do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A mobilidade do segmento vertebral C1/C2

foi avaliada com o FRT por um fisioterapeuta cego para o diagnóstico. O teste é totalmente passivo e foi interrompido quando o paciente relatava dor próximo ao segmento C1/C2 ou o fisioterapeuta identificava uma restrição articular ao movimento, foi considerado positivo os testes com valores  $<34^\circ$ . A comparação da prevalência de FRT positivo e da razão de interrupção do teste foi verificada pelo teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). **Resultados:** Dentre os pacientes com MC, 23(92%) apresentaram FRT positivo, sendo diferente dos grupos ME (24(80%)) e controle (9(30%)) ( $p<0,05$ ). Dos voluntários que apresentaram FRT positivo, a prevalência de dor como motivo de interrupção no teste foi superior nos grupos MC (17(74%)) e ME (18(75%)) em relação ao grupo controle (2(22%)) ( $\chi^2$ : 30.91,4;  $p<0.001$ ). **Conclusão:** O FRT positivo é altamente prevalente em pacientes com diagnóstico de migrânea em comparação ao grupo controle. A presença de dor durante a movimentação deste segmento é o principal motivo para a hipomobilidade do segmento C1/C2 em pacientes migranosos enquanto que para as voluntárias saudáveis é a restrição articular. Este resultado reforça a presença da hipersensibilidade que as pacientes migranosas apresentam na região cervical durante a movimentação cervical. **Palavras-chaves:** Cefaleia; transtornos migranosos, mobilidade cervical

#### PCE 12

##### A SEVERIDADE DE INCAPACIDADE CERVICAL NÃO INTERFERE NO RESULTADO DO FLEXION ROTATION TEST EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

Ana Izabela Sobral de Oliveira<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florêncio<sup>1</sup>,  
Carina Ferreira Pinheiro<sup>1</sup>, Fabiola Dach<sup>1</sup>,  
Débora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Verificar se a severidade da incapacidade cervical avaliada pelo índice de incapacidade cervical (NDI) interfere na mobilidade do segmento C1/C2 com o *flexion rotation test* (FRT) em pacientes com migrânea. **Métodos:** Foram avaliadas 55 mulheres com migrânea com média de idade de (35,14 (10,44)) anos. As pacientes com migrânea foram diagnosticadas por neurologistas do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A mobilidade do segmento vertebral C1/C2 foi avaliada com o FRT por um fisioterapeuta cego para o diagnóstico. O teste foi considerado positivo quando os valores obtidos foram  $<34^\circ$ . Para a avaliação da incapacidade cervical foi utilizado o NDI, cujos resultados variam de 0 a 50 pontos e pode ser classificado em: sem incapacidade (0-4), incapacidade leve (5-14), incapacidade moderada (15-24) e incapacidade severa (25-50). As voluntárias foram classificadas de acordo com o score e foram distribuídas em dois grupos: G1 - incapacidade leve ou sem incapacidade e G2 - incapacidade moderada e severa. A comparação do resultado do FRT entre os grupos foi verificada pelo teste T-Student. **Resultados:** 37 voluntárias foram classificadas no grupo G1 e 18 no grupo G2. No grupo G1 a média (desvio padrão) do FRT direito foi de  $29,63^\circ$  (6,58°) e de  $29,39^\circ$  (6,58°) no FRT esquerdo não sendo estatisticamente diferente do grupo G2 que obteve média de  $29,96^\circ$

(7,66°) e de  $29,74^\circ$  (6,62°) no FRT direito ( $p<0,710$ ) e esquerdo ( $p<0,814$ ), respectivamente. **Conclusão:** Os grupos, estratificados por nível de severidade da incapacidade cervical, não apresentaram diferença no resultado do FRT, indicando que a redução da mobilidade do segmento C1/C2 encontrada nessas pacientes está relacionada ao diagnóstico de migrânea e parece não ser influenciada pela severidade da incapacidade cervical.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, transtornos migranosos, coluna cervical

#### PCE 13

##### PREVALÊNCIA E IMPACTO DA TONTURA EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

Carina Ferreira Pinheiro<sup>1</sup>, Gabriela Ferreira Carvalho<sup>1</sup>,  
Lidiane Lima Florencio<sup>1</sup>, Flávia Heck Vianna Bell<sup>1</sup>,  
Fabiola Dach<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Identificar a prevalência de tontura e seu impacto em atividades diárias em pacientes com migrânea com aura, sem aura e crônica. **Métodos:** Duzentas e quarenta mulheres foram divididas em quatro grupos: migrânea com aura (MA, n=60, 36,28 anos), migrânea sem aura (M, n=60, 34,56 anos), migrânea crônica (MC, n=60, 37,1 anos) e controle (GC, n=60, 35,33 anos). O diagnóstico de migrânea seguiu os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-II), realizado por um neurologista experiente. Todas as voluntárias foram questionadas quanto à presença de tontura durante e fora de crise de migrânea e responderam ao questionário *Dizziness Handicap Inventory* (DHI). A prevalência da tontura durante e fora da crise foi analisada de forma descritiva e a pontuação total no questionário DHI foi comparada entre os grupos pelo teste não paramétrico de Kruskal Wallis ( $p<0,05$ ). Este estudo obteve aprovação do comitê de ética e pesquisa (Processo 16693/2012). **Resultados:** A prevalência de tontura nos grupos foi de 13,3% no grupo controle e 68,3% no grupo migrânea, com 25% também fora da crise. Os grupos MA e MC apresentaram prevalência de 85%, com 40% fora da crise. Na comparação entre os grupos do escore total do DHI, o GC (2,6 pontos, IC95% 0 -5,4) foi menor do que todos os grupos migranosos: M (24,4 pontos, IC95% 18,2-30,6), MA (41,2 pontos, IC95% 34,8-47,6) e MC (41,7 pontos, IC95% 24,7-48,8). O grupo M também apresentou diferença significativa em relação aos grupos MA e MC, que apresentaram as maiores pontuações. **Conclusão:** A tontura é um sintoma prevalente em pacientes com migrânea, especialmente em sua forma com aura e crônica. Além disso, nestes mesmos subtipos de migrânea, a tontura exerce maior impacto negativo na realização de atividades diárias.

**Palavras-chaves:** Migrânea, tontura, equilíbrio, fisioterapia.

**PCE 14****NEUROPATIA ÓPTICA ISQUÊMICA BILATERAL ASSOCIADA À MIGRÂNEA COM AURA: RELATO DE CASO**Daniel Tomedi<sup>1</sup>, Aline Costa<sup>1</sup>, Thaís Villa<sup>1</sup><sup>1</sup>UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Casos de neuropatia óptica isquêmica anterior após episódio de migrânea com aura visual e, ocasionalmente, após episódio de aura visual sem cefaleia tem sido descritas na literatura, assim como relatos de neuropatia óptica posterior isquêmica associada à migrânea. Entretanto, a grande maioria dos casos relatados é de perda visual unilateral, com exceção de um relato em que uma paciente apresentou amaurose bilateral associado a edema de papila bilateralmente após episódio de crise migranosa. O objetivo deste relato de caso é descrever um caso de amaurose bilateral permanente em uma paciente diagnosticada com migrânea com aura, dada a relativa escassez de casos na literatura de neuropatia óptica isquêmica associado à migrânea, principalmente com perda visual bilateral. **Métodos:** Relato de um caso de uma paciente do sexo feminino, 63 anos, que procurou assistência médica no Hospital São Paulo em Dezembro de 2015. Os dados da história clínica foram colhidos do prontuário eletrônico do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Foram analisados os registros das seguintes especialidades: Reumatologia, Neurologia, Oftalmologia e Cirurgia Torácica. A seguir foi feita uma revisão de literatura através com a finalidade de levantamento de outros relatos de caso de neuropatia óptica isquêmica em paciente com migrânea. **Resultados:** Foram encontrados poucos relatos de casos de neuropatia óptica isquêmica em pacientes com migrânea com aura e apenas 01 caso em que a neuropatia óptica foi bilateral. **Conclusão:** Neuropatia óptica isquêmica é causada por insuficiência vascular na porção anterior ou posterior do nervo óptico. Apesar dos casos relatados de neuropatia óptica isquêmica associada à migrânea serem escassos, principalmente com perda visual bilateral, a migrânea pode ser um fator de risco etiológico em pacientes com esse diagnóstico.

**Palavras-chaves:** Migrânea com aura; Neuropatia óptica; Isquemia

**PCE 15****EFEITO DO TREINO COM EXERCÍCIOS AERÓBICOS EM MULHERES COM FIBROMIALGIA E MIGRÂNEA**Manuella Moraes Monteiro Barbosa Barros<sup>1</sup>,

Angélica da Silva Tenório<sup>1</sup>, Joaquim José de Souza Costa Neto<sup>1</sup>, Maria Inês Remígio de Aguiar<sup>1</sup>, Amanda de Oliveira Freire Barros<sup>1</sup>, Reydiane Rodrigues Santana<sup>1</sup>, Débora Wanderley<sup>1</sup>, Arméle de Fátima Dornelas de Andrade<sup>1</sup>, Daniella Araújo de Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UFPE – Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE)

**Objetivos:** Avaliar os efeitos do protocolo de exercícios aeróbicos sobre a frequência, duração e intensidade das crises de migrânea em mulheres com fibromialgia. **Métodos:** Foi realizado um ensaio clínico randomizado duplo-cego com 10 mulheres diagnosticadas com fibromialgia e migrânea,

com idade entre 30 a 57 anos ( $49 \pm 8$  anos). Inicialmente, todas responderam questionários que avaliavam qualidade de vida, impacto da cefaleia, nível de depressão e ansiedade, qualidade do sono, questionário de percepção de mudança, e ergoespirometria para investigação da tolerância ao exercício. O diário de cefaleia foi utilizado para análise dos desfechos principais: frequência, duração e intensidade da migrânea. O grupo experimental ( $n=6$ ) realizou um protocolo composto por aquecimento, treino aeróbico com frequência cardíaca garantindo uma intensidade moderada e desaquecimento com duração total de 30 minutos; o grupo controle ( $n=4$ ) realizou o aquecimento com velocidade baixa e frequência cardíaca próxima à basal por 10 minutos. Ambos os grupos foram acompanhados durante oito semanas, com frequência de três encontros semanais. Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CCS-UFPE): CAAE 37052114.3.0000.5208. Registro no *Clinical trials*: NCT02458326. Financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Resultados:** Os resultados obtidos não foram suficientes para mostrar diferenças nas características da cefaleia (frequência, duração e intensidade) entre os grupos ( $p>0,05$ ). O treino de exercícios aeróbicos mostrou melhoras na qualidade do sono com 4 semanas de tratamento ( $p=0,02$ ), mas o resultado não se manteve ao final das 8 semanas. Também foi observado que 83,3% das participantes alocadas no grupo experimental relataram melhora significativa ao final da intervenção. **Conclusão:** Não houve diferenças entre as características da cefaleia (frequência, duração e intensidade) após a aplicação do treino aeróbico com frequência semanal de três vezes e duração de oito semanas, em mulheres fibromiálgicas com migrânea. Devido a restrição do tamanho amostral, este estudo não permite fazer considerações quanto à recomendação de exercícios aeróbicos como terapia profilática para migrânea nesta população.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, exercício aeróbico, fibromialgia, transtornos de enxaqueca

**PCE 16****PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE CEFALÉIA NA EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL-ESCOLA**

Eliana Meire Melhado<sup>1</sup>, Izabela Dias Brugugnolli<sup>1</sup>,  
Guilherme Vedovato Vilela de Salis<sup>1</sup>, Carolina Buck<sup>1</sup>,  
Lilian Audi Goulart<sup>1</sup>, Talita Alvarez Sucena<sup>1</sup>,  
Juliana Vilaça Vaz<sup>1</sup>, Pedro Matheus Benelli<sup>1</sup>,

Renata Perri Soares Ferreira<sup>1</sup>, Maria Emilia Miani Pereira<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>FIPA - Faculdade de Medicina das Faculdades Integradas Padre Albino (Catanduva, SP)

**Objetivos:** Nas Unidades de Urgência e Emergência (UUE), cefaleias são responsáveis por 16% das queixas principais. Destes casos, 90% são cefaleias de causas primárias. Por isso o objetivo do estudo foi implantar um protocolo de atendimento às cefaleias na UUE de um hospital-escola. **Métodos:** A busca na literatura científica foi o método utilizado, pesquisando-se bibliograficamente, os sites da Bireme, MedLine, Scielo, Lilacs e PubMed. Após a revisão do tema, montou-se um protocolo que foi implantado no pronto-atendimento de um hospital-escola. **Resultados:** O manejo adequado da cefaleia na UUE

depende primeiramente do diagnóstico adequado, segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-3-beta) 2013, o qual deve excluir causas de cefaleia secundária, por exemplo, traumas, infecções, massas intracranianas, hemorragias. Quanto ao tratamento farmacológico, deve-se seguir o protocolo abaixo. Administrar Dipirona 1g IV (intravenoso). Se evoluir bem o paciente é liberado e orientado a acompanhamento ambulatorial. Caso contrário, opta-se por Clorpromazina 0,5-1mg/kg IV diluída em SF 0,9% 500 ml por 2 horas, ou Clorpromazina 0,1 mg/kg em bolo IV. Caso paciente apresente vômito, considerar uso de Ondansetrona 8mg em SF 0,9% 100ml em 15min, ou Dimenidrinato IV. Caso resposta desfavorável usar Cetoprofeno 100mg IV em SF 0,9% 100 ml em 30min com protetor gástrico. Caso persista, utilizar Dexametasona 10mg IV e se necessário repetir 4mg IV. Se não houver melhora da dor após essas medidas, internar paciente para investigação. Quando a resposta for boa libera-se o paciente. Deve-se então desencorajar o abuso crônico de analgésicos e orientar o paciente a procurar tratamento especializado. A utilização de opioides no tratamento da crise migranosa na sala de emergência deve ser desencorajado, tanto pela falta de comprovação de eficácia como pelo risco de induzir à cronificação da migrânea. **Conclusão:** A abordagem da cefaleia primária na UUE deve-se basear em protocolos padrões que sistematizem o atendimento ao paciente de maneira a minimizar os custos e efetivar o tratamento. **Palavras-chaves:** Cefaleia, Emergência, Diagnóstico, Tratamento, Migrânea

#### PCE 17

##### CEFALEIA ATRIBUÍDA A CICLOFOSFAMIDA

Fabiano Taira Hlga<sup>1</sup>, Jorge Alberto Martins Pentiado Júnior<sup>1</sup>,  
Renan Cenize Guardia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HCFMRP - Hospital das Clínicas (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Relatar dois casos de pacientes que fizeram uso de ciclofosfamida e desenvolveram cefaleia com padrão migrânea-símile. **Resultados:** A primeira paciente é uma mulher, 38 anos, com diagnóstico de esclerose sistêmica e história progressiva de migrânea com aura (visual) desde a infância. A paciente apresentou bom controle de crises nos últimos anos (sem medicação profilática no momento) e após a introdução de ciclofosfamida em outubro de 2015 apresentou piora na intensidade da dor. Procurou atendimento neurológico e não foi evidenciada alteração ao exame físico. Realizou TC de crânio com contraste (normal) e foi submetida a punção lombar para análise de líquor (sem alterações). Em março de 2016 a medicação foi suspensa com melhora dos sintomas. O segundo paciente é um jovem, 12 anos, com diagnóstico de sarcoma de Ewing. Já havia sido submetido à ressecção cirúrgica e à quimioterapia prévia (temodal e bevacizumab) e evoluiu com neutropenia. Em junho de 2015 foi observado recidiva da doença e linfoma anaplásico de grandes células ALK+ sendo novamente submetido a quimioterapia, agora com ciclofosfamida. No período de junho a dezembro de 2015 (período da quimioterapia), o paciente apresentou cefaleia com características migranosas, frequência de 4 a 5 vezes por semana. Realizado ressonância magnética de encéfalo e exame

de líquido cefalorraquidiano, ambos sem alterações. Após dezembro o paciente cessou com os sintomas apresentados. **Conclusão:** Segundo *The International Classification of Headache Disorders 3rd edition* da *International Headache Society (IHS)*<sup>2</sup> a cefaleia atribuída a uma medicação é caracterizada por dor persistente por mais de 15 dias por mês e início dos sintomas com relação temporal com o começo da administração do medicamento, havendo melhora significativa do sintoma com diminuição da dose da medicação e resolução após seu término. Dessa forma, os dois casos satisfazem os critérios da IHS: relação temporal e causal. Até o presente momento não há relato na literatura de cefaleia induzida pela ciclofosfamida.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, Ciclofosfamida, Imunossupressor

#### PCE 18

##### ASSOCIAÇÃO DE QUETIAPINA AO TRATAMENTO CONVENCIONAL PARA PREVENÇÃO DE MIGRÃNEA REFRACTÁRIA

Mayara Teles<sup>1</sup>, Fernanda Herculano<sup>1</sup>, Maria Graziella Cavaliere<sup>1</sup>, Leonardo Modenezi<sup>1</sup>, Cecilia Vidal<sup>1</sup>, Jano Souza<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UFF – Universidade Federal Fluminense ( Niterói, PR)

**Objetivos:** Relato de caso clínico de paciente com enxaqueca crônica, refratária a diversos profiláticos (betabloqueador, tricíclico e Topiramato), com melhora significativa após a associação da quetiapina ao esquema terapêutico. **Métodos:** Paciente feminina, 36 anos atendida no ambulatório por cefaleia crônica iniciada há 10 meses, refratária a betabloqueador, tricíclico e Topiramato. Relato também de ausência de melhora com a Clorpromazina venosa. Sem resposta aos anti-inflamatórios e triptanos. A dor era pulsátil, holocraniana, com fotofobia, fonofobia e náuseas, sem aura. Piorava com estresse e atividade física. A intensidade pela Escala visual e analógica (EVA) era 8. Prejudicava suas atividades laborais e de lazer. Todos os exames complementares eram normais, sendo eles Ressonância magnética de crânio com angiografia, avaliação líquórica e laboratoriais. Foi, então, iniciado o Divalproato de sódio (até 500mg/dia), em seguida a Nortriptilina, depois Candessartana por ter tolerado apenas 25 mg do tricíclico por efeitos colaterais. Foi submetida a uma sessão de toxina botulínica. Houve atenuação da dor apenas com a associação da Quetiapina até a dose de 150mg/dia, com EVA próximo a 4, mas ainda diária. O Divalproato de sódio foi trocado pelo Topiramato com resposta positiva, com EVA de 2. **Resultados:** Estudado caso de paciente com crises intensas de cefaléia diária, que obteve redução da intensidade da dor, medida na escala EVA, após associação da quetiapina à terapia. Nesse tipo de paciente, objetiva-se reduzir a dor, medida pela escala visual e analógica, gradualmente, por se tratar de enxaqueca crônica. A paciente atualmente está em uso de Nortriptilina 25mg/dia, Quetiapina 75mg/dia e Topiramato 50mg/dia, com melhora importante na qualidade de vida, ainda que tendo EVA 2. **Conclusão:** Esse estudo oferece dados iniciais para a possível utilidade da quetiapina em associação a tratamento convencionais na prevenção da migrânea refratária.

**Palavras-chaves:** Migrânea, quetiapina, refratária, tratamento preventivo

## PCE 19

**PAROXISMOS DE DOR FACIAL E VERMELHIDÃO DO NARIZ: A SÍNDROME DO NARIZ VERMELHO? FACIAL PAIN AND NOSE REDDENING PAROXYSMS: THE RED NOSE SYNDROME?**Renata Gomes Londero<sup>1,3</sup>, Fernando Kowacs<sup>1,2</sup><sup>1</sup>HMV - Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre,RS)<sup>2</sup>UFCSA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (RS)<sup>3</sup>HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)

**Descrição do caso:** Paciente masculino de 28 anos, branco, solteiro, engenheiro, há 4 anos apresentando diariamente crises de dor facial em ardência (3-5/10 na escala verbal) na região do septo nasal inferior e do filtro nasolabial. As crises de dor são desencadeadas pelas refeições e acompanhadas por rinorreia intensa, sobretudo durante a mastigação. Após as refeições, principalmente à noite, permanece por 30-120 minutos com dor (VRS 4-7/10), rinorreia e sensação de ardência. Observa ainda vermelhidão intensa no nariz e, de forma localizada, sudorese e aumento da oleosidade da pele com duração média de 1 a 2 horas. Após os episódios de dor na região nasal, costuma apresentar dor fraca (VRS 3-4/10) e uma leve sensação de pressão na região imediatamente inferior à articulação temporomandibular, usualmente bilateral e simétrica, com duração média de 1 a 2 horas. Além da mastigação, mudanças de temperatura também podem desencadear os episódios descritos. **Histórico:** TCE leve com 2 anos de idade, tendo ficado em observação por 12 horas; tratamento ortodôntico dos 11 aos 17 anos, com extração dos 4 sisos. Dos 11 aos 20 anos, crises de cefaleia com características migranósas, a cada 30 a 60 dias. Exame neurológico normal, porém nunca observado durante uma crise. **Investigação prévia:** Avaliado por otorrinolaringologista e dentista, sem evidência de alteração. Foram considerados normais a TC de crânio e seios paranasais, RM das articulações temporomandibulares, coluna cervical e crânio, com gadolínio, e raio-x panorâmico da arcada dentária. **Tratamento:** Faz acompanhamento com cirurgia bucomaxilofacial, estando em uso de aparelho para melhora da oclusão, há 6 meses. Submeteu-se a acupuntura (face), fisioterapia com aplicação de calor, acupuntura com eletroestimulação, bloqueio do gânglio estrelado homolateral, sem melhora significativa com qualquer desses tratamentos. Fez uso de nortriptilina (até 25 mg/dia, por 3 meses), carbamazepina (até 1200 mg/dia, por 3 meses), gabapentina (1600 mg/dia, por 6 meses), gabapentina + amitriptilina, propranolol, lamotrigina (300 mg/dia (em curso, há 6 meses). Foi submetido a bloqueio dos nervos auricular anterior e infraorbital com lidocaína, também sem melhora. **Resultado:** Melhora parcial com gabapentina e resposta mais intensa à lamotrigina, permanecendo com dor diária, embora de menor intensidade. **Palavras-chaves:** Cefaleia, dor facial

## PCE 20

**CORRELAÇÃO ENTRE A FORÇA MUSCULAR CERVICAL E INCAPACIDADE CERVICAL EM MULHERES COM MIGRÂNEA**Gabriella de Almeida Tolentino<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florencio<sup>1</sup>, Debora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup><sup>1</sup> USP – Universidade de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Verificar a correlação entre a força muscular cervical e a incapacidade relacionada a coluna cervical em mulheres com migrânea. **Métodos:** Foram avaliadas 65 mulheres, com idade entre 18 e 55 anos, com migrânea, diagnosticadas segundo os critérios da terceira versão da Classificação Internacional de Cefaleias. A incapacidade funcional da cervical foi avaliada através do questionário Neck Disability Index. Já a força muscular foi obtida a partir da contração voluntária máxima utilizando um dinamômetro manual (Lafayette Instrument Company). Foram realizadas três repetições de flexão, extensão e de inclinação lateral, sustentadas por 3 segundos, com intervalo de 15 segundos entre as repetições e de 2 minutos entre os movimentos. Os valores de pico foram convertidos para Newton e normalizados pela massa corpórea do voluntário. Para avaliar a correlação entre o NDI e a força o coeficiente de correlação de Pearson foi calculado adotando um nível de significância de 0,05. **Resultados:** A correlação entre a incapacidade e a força muscular cervical foi significativa em todos os movimentos ( $p < 0,05$ ), considerada moderada para extensão ( $r = -0,37$ ), inclinação lateral direita ( $r = -0,34$ ) e esquerda ( $r = -0,38$ ), enquanto na flexão a correlação foi fraca ( $r = -0,29$ ). **Conclusão:** Demonstramos uma correlação moderada entre a força muscular e a incapacidade cervical em mulheres com migrânea para a maioria das direções indicando que quanto maior a incapacidade cervical menor força muscular encontrada nesses pacientes.

**Palavras-chaves:** Migrânea; Força muscular; Cervicalgia

## PCE 21

**PSEUDOTUMOR CEREBRAL ASSOCIADO À ATIVIDADE DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**Helena Ramos Daoud Yacoub<sup>1</sup>, Eduardo de Paula Estephan<sup>1</sup>, Ida Fortini<sup>1</sup><sup>1</sup>HC-FMUSP – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Ilustrar caso clínico de pseudotumor cerebral (PTC) relacionado à atividade do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), na ausência de trombose venosa cerebral (TVC). **Métodos:** Relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** Mulher, 27 anos, com antecedente de LES (acometimento renal e articular), em tratamento com infusões mensais de ciclofosfamida (sem tratamento há 2 meses). Há 15 dias com cefaléia holocraniana, em aperto, contínua, associada a náuseas e vômitos. Há 7 dias iniciou quadro de borramento visual, com 2 episódios de escurecimento visual súbitos e transitórios, duração de segundos. Exame neurológico na admissão: acuidade visual normal, dessaturação do vermelho bilateralmente, lentificação do reflexo fotomotor direto. Campimetria digital com constricção de campo e

aumento da mancha cega. Papiledema bilateral. Exames de investigação: piora da função renal, C3 e C4 baixos, anticorpo antifosfolípide negativo. Líquor: pressão de abertura 70cmH<sub>2</sub>O, quimiocitológico normal. Angio-RNM encéfalo: retificação dos discos ópticos, sem sinais de trombose venosa. Evolução: Iniciada acetazolamida, com aumento até 4g/dia, sem melhora. Realizou pulsoterapia com metilprednisona 1g por 3 dias, seguida de ciclofosfamida para tratamento da atividade lúpica, com melhora completa dos sintomas. Líquor de controle: pressão inicial 15cmH<sub>2</sub>O. Exame físico: melhora importante da campimetria, bem como do papiledema. Recebeu alta sem uso de acetazolamida. **Conclusão:** A associação de LES com hipertensão intracraniana na ausência de TVC é uma entidade pouco relatada (mais presente em curso agressivo da doença, com envolvimento renal). Sua patofisiologia permanece desconhecida. Entre os possíveis mecanismos, postula-se injúria imune-mediada nas granulações aracnóides, resultando em diminuição da drenagem venosa, e um estado de hipercoagulabilidade causando microbliteração do sistema venoso, sem, contudo, levar à TVC. O presente relato demonstra como o tratamento da atividade do LES é importante, e pode levar à resolução da síndrome de hipertensão intracraniana.

**Palavras-chaves:** Lúpus Eritematoso Sistêmico, Pseudotumor cerebral

#### PCE 22

### USO DE HORMÔNIOS DA GRAVIDEZ (OCITOCINA E RELAXINA) COMO TRATAMENTO DE CEFALÉIA CRÔNICA REFRACTÁRIA DE CARACTERÍSTICAS MISTAS (DOR NEUROPÁTICA + MIOFASCIAL): RELATO DE CASO

Karen dos Santos Ferreira<sup>1</sup>, Isadora Cerruti Guarnieri<sup>1</sup>,  
Driéli Pacheco Rodrigues<sup>1</sup>, Samuel K. Yue<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CBM – Centro Universitário Barão de Mauá (Ribeirão Preto)

<sup>2</sup>MPC – Minnesota Pain Center (United States)

**Objetivos:** Alguns estudos têm relacionado o uso de hormônios relacionados à gravidez ao tratamento de síndromes dolorosas crônicas em geral. A hipótese do uso da oxitocina sintética no tratamento de dor crônica baseia-se em mecanismos de diminuição de sensibilização periférica, sensibilização central e estabilização de circuitos límbicos na modulação da dor. Por outro lado, a relaxina atuaria em mecanismos do sistema nervoso central e periférico, além de relaxamento muscular. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de uma paciente que apresentava cefaleia crônica refratária de características mistas (dor neuropática + miofascial), a qual apresentou resposta ao tratamento com oxitocina e relaxina sintéticas. **Métodos:** Mulher, 41 anos, iniciou quadro de dor há 10 anos, após uma cirurgia odontológica. A dor se localizava em região gengival, com irradiação para hemiface direita, intensa (VAS=10), de características neuropáticas, diagnosticada como Dor Facial Atípica (Trigeminalgia atípica). Posteriormente, desenvolveu dor em região cervical direita, com irradiação para ombro, com múltiplos pontos de gatilho musculares em região pericraniana, sugestiva de Dor miofascial. Após tratamentos convencionais, tais como tratamento medicamentoso com anti-

depressivos e neuromoduladores, bloqueios anestésicos, capsaicina e lidocaína tópicos, com resultados parciais e recidiva de dor, foi submetida a tratamento com oxitocina intramuscular (10 unidades intramusculares a cada 3 dias) e relaxina via oral (Relaxina - 20 mcg 2 vezes ao dia). **Resultados:** Durante o período de um ano em que se submeteu ao tratamento proposto houve apresentação de dor mais leve (VAS=4), maiores intervalos sem dor, diminuição de bloqueios de dor, melhora da qualidade do sono, atividades diárias, tolerância ao exercício físico e alodinia em face. **Conclusão:** Quadros de cefaleias mistas (dor neuropática + dor miofascial associada) com sensibilização central e periférica, frequentemente resultam em pior prognóstico e refratariedade. Neste relato de caso, a oxitocina e relaxina sintéticas apresentaram uma resposta satisfatória para este tipo de cefaleia.

**Palavras-chaves:** Transtornos da Cefaleia, Dor Orofacial, Oxitocina, Relaxina

#### PCE 23

### PREVALÊNCIA DE MIGRÂNEA E FATORES ASSOCIADOS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE SÃO PAULO

Kelly Mayumi Isizuka<sup>1</sup>, Thaís Rodrigues Villa<sup>2</sup>,  
Juliana Masami Morimoto<sup>1</sup>, Renata Furlan Viebig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UPM – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo - SP)

<sup>2</sup>UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de migrânea e influência de fatores desencadeantes de crises entre adultos jovens, universitários de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da região central do município de São Paulo (SP). **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com 197 estudantes, homens e mulheres, matriculados em diversos cursos da IES, com idade acima dos 18 anos. Os alunos responderam a dois questionários, um sobre presença de critérios diagnósticos de migrânea, recomendado pela International Headache Society (2013) e o outro sobre fatores desencadeantes de crises de migrânea, utilizado por Rockett (2010), no sul do Brasil. A pesquisa foi conduzida com base nas diretrizes da Resolução CNS 196/96 sobre ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê Ético da IES, sob o número CAAE51061015.0.0000.0084. **Resultados:** A idade média dos participantes foi de 21,75 anos (DP=4,82), sendo a maior parte mulheres (70,7%). Dentre os entrevistados, 121 (64,4%) relataram que somente estudavam e 55,9% relataram que praticavam atividade física regularmente, sendo 67 (50,4%) do sexo feminino. A grande maioria dos estudantes (94,7%) relatou ter apresentado cefaleia nos últimos 12 meses, sendo que 72,3% apresentaram critérios diagnósticos para migrânea. A prevalência de migrânea com aura foi mais elevada, acometendo 52,2% dos universitários. As estudantes do sexo feminino apresentaram uma prevalência de migrânea significativamente maior do que os homens (79,4% contra 20,6%; p. **Conclusão:** Os estudos sobre migrânea ainda são escassos no país, porém a prevalência de migrânea encontrada neste estudo foi superior a outros estudos epidemiológicos brasileiros.

**Palavras-chaves:** Migrânea, Migrânea com aura, Prevalência, Universitários

**PCE 24**  
**COMPARAÇÃO DA ALODÍNIA CUTÂNEA EM PACIENTES**  
**MIGRANOSOS COM E SEM AURA**

Laís Sestari<sup>1</sup>, Carina Ferreira Pinheiro<sup>1</sup>,  
 Lidiane Lima Florencio<sup>1</sup>, Thais Cristina Chaves<sup>1</sup>,  
 Fabíola Dach<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi comparar os níveis de alodinia cutânea em pacientes migranosos com e sem aura utilizando o questionário *Allodynia Symptom Checklist* (ASC-12). **Métodos:** Participaram deste estudo 59 pacientes migranosos, divididos em dois grupos: migrânea com aura (MCA, n=29, 2 homens, 27 mulheres), idade média de 40.78 anos e migrânea sem aura (MSA, n=30, 6 homens, 24 mulheres), idade média de 43.5 anos. O diagnóstico de migrânea seguiu os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias, realizado por um neurologista experiente. Todos responderam ao questionário de alodinia ASC-12 – versão brasileira. A análise estatística para comparação entre os grupos foi realizada utilizando o teste t de student ( $p < 0,05$ ). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o processo nº 1950/2010. **Resultados:** O grupo migrânea com aura apresentou maior pontuação no questionário (7,96 pontos; IC95% 6,27-9,66), sendo significativamente diferente em relação ao grupo migrânea sem aura (5,37 pontos; IC95% 3,67-7,05). **Conclusão:** A presença de aura na crise migranosa parece estar relacionada com a exacerbação do processo de sensibilização central, verificada pelo aumento de sintomas de alodinia neste grupo de pacientes.

**Palavras-chaves:** Aura, Enxaqueca, Hipersensibilidade

**PCE 25**  
**CEFALÉIA EM PACIENTES COM Distrofia Muscular DE**  
**DUCHENNE**

Felipe Augusto Ferreira Siquelli<sup>\*1</sup>, Lara Maria Pain Vilares<sup>\*1</sup>,  
 Luíza Yamanaka Marin<sup>\*1</sup>, Arnaldo José Godoy<sup>1</sup>

Facisb – Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos  
 Dr. Paulo Prata (Barretos, SP)

**Objetivos:** Avaliar a frequência de cefaleias em pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) e as suas características. **Métodos:** Elaboramos um questionário sobre dor de cabeça, incluindo as principais características da enxaqueca e da cefaleia tensional e aplicamos em cinco pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne, de 6 a 16 anos de idade. Há poucos meses implementamos um ambulatório exclusivo para pacientes com distrofias musculares, em Barretos. Desde então, fomos procurados pelos pacientes incluídos nesse relato. **Resultados:** Oitenta por cento dos pacientes referiram dor de cabeça. Sessenta por cento descreveram uma dor unilateral, com osmo, fono ou fotofobia, de moderada ou forte intensidade, necessitando o uso de analgésicos com frequência. Dificuldade para raciocinar durante o episódio doloroso e comprometimento de outras atividades diárias comuns também foram relatados. **Conclusão:** Pretendemos aplicar o questionário para um número maior de pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne, mas nosso trabalho, desde já, chama a atenção para condições patológicas encefálicas

tão frequentes na população em geral, como as cefaleias, em pacientes com miopatias hereditárias. Enxaqueca ou cefaleia tensional foram encontradas em 80 por cento dessas crianças e adolescentes com DMD.

**Palavras-chaves:** Cefaleia; Duchenne; Distrofia muscular

**PCE 26**  
**MULHERES COM MIGRÂNEA CRÔNICA APRESENTAM**  
**DIFERENTE DESEMPENHO E COMPORTAMENTO DOS**  
**MÚSCULOS DO PESCOÇO DURANTE TESTE DE**  
**FLEXÃO CRANIOCERVICAL**

Lidiane Florencio<sup>1</sup>, Gabriela Ferreira Carvalho<sup>1</sup>,  
 Tenyson Will Lemos<sup>1</sup>, Marcelo Eduardo Bigal<sup>3</sup>,  
 César Fernández de las Peñas<sup>2</sup>, Anamaria Siriani de Oliveira<sup>1</sup>,  
 Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP  
 (Ribeirão Preto, SP)

<sup>2</sup>URJC - Universidad Rey Juan Carlos (Madrid, ES)

<sup>3</sup>Tevapharm (Frazer, PA)

**Objetivos:** Comparar a atividade eletromiográfica dos músculos do pescoço de mulheres com migrânea, migrânea crônica e sem dor de cabeça durante o desempenho de uma atividade de baixa carga de estabilização da coluna cervical. **Métodos:** Foram avaliadas trinta e uma mulheres com migrânea com ou sem aura (33 anos), 21 mulheres com migrânea crônica (34 anos) e 31 mulheres sem dor de cabeça (31 anos). O diagnóstico seguiu os critérios da terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleias. Foram excluídas mulheres com idade menor que 18 ou maior que 55 anos, patologias cervicais diagnosticadas, história de trauma no pescoço ou face, doenças sistêmicas que impossibilitassem os testes. As voluntárias realizaram os cinco estágios do teste de flexão crânio-cervical (TFCC) utilizando a unidade pressórica de biofeedback (Stabilizer, Chattanooga South Pacific; USA). A atividade dos músculos esternocleidomastoideo, escaleno anterior e do esplênio da cabeça foram analisadas pela eletromiografia de superfície utilizando o *Trigno TM Wireless System* (Delsys Inc. Boston, MA) por um avaliador cego. O sinal bruto foi processado (Butterworth de 4ª ordem; passa banda 20-500Hz) e o *Root Mean Square* (RMS) foi calculado no programa MATLAB. Ainda, o sinal foi normalizado pelo RMS de uma contração isométrica voluntária máxima. Os grupos foram comparados pela ANOVA e o teste *post-hoc* de Bonferroni no programa SPSS 20.0 adotando um nível de significância de 0,05. **Resultados:** A atividade dos músculos flexores superficiais e do esplênio aumentou em todos os grupos de acordo com a progressão do TFCC conforme esperado ( $p < 0,001$ ). A atividade do esplênio da cabeça foi maior para o grupo migrânea crônica que para o grupo controle ( $p < 0,01$ ) nos dois últimos estágios do TFCC, mas não houve diferença entre os grupos dos flexores superficiais. **Conclusão:** A migrânea na subforma crônica, não na episódica, demonstra maior atividade do extensor que mulheres sem dor de cabeça durante o TFCC.

**Palavras-chaves:** Transtornos migranosos, coluna cervical

**PCE 27****REPERCUSSÃO DO PONTO GATILHO MIOFASCIAL NA ATIVIDADE ELETROMIOGRÁFICA DO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO DE MULHERES COM MIGRÂNEA**

Lidiane Florencio<sup>1</sup>, Gabriela Natalia Ferracini<sup>1</sup>,  
 Maria Palacios Ceña<sup>2</sup>, César Fernández de las Peñas<sup>2</sup>,  
 Thaís Cristina Chaves<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (Ribeirão Preto, SP)

<sup>2</sup>URJC – Universidad Rey Juan Carlos (Madrid, ES)

**Objetivos:** Verificar a influência do ponto gatilho na atividade do esternocleidomastoideo de mulheres com migrânea durante o teste de flexão craniocervical (TFCC). **Métodos:** Foram avaliadas 70 mulheres com migrânea, diagnosticadas segundo a Classificação Internacional de Cefaleia (2013), com média de idade de 42,6 (DP= 12) e média de frequência de 10,2 (DP=8,1) dias de cefaleia/mês. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 60 anos e excluídas as que apresentavam outro diagnóstico de cefaleia, trauma na cabeça ou pescoço, hérnia discal na região cervical ou outras doenças sistêmicas que impossibilitassem os testes. As voluntárias realizaram o teste de flexão craniocervical (TFCC), composto por cinco estágios progressivos sustentados por 10s cada com o auxílio de unidade pressórica de biofeedback (Stabilizer, Chattanooga South Pacific; USA). A eletromiografia de superfície do esternocleidomastoideo foi adquirida pelo EMG16 (LISiN-OT Bioelettronica, Turim, Itália). Um par de eletrodos foi posicionado no terço distal da porção esternal do esternocleidomastoideo e o eletrodo de referência no punho direito. A identificação dos pontos gatilho foi feita após o TFCC pela palpação muscular bilateralmente por um examinador cego de acordo com os critérios sugeridos por Simons et al.<sup>7</sup> O Root Mean Square (RMS) do sinal processado (Butterworth 4ª ordem; passa banda 20-400 Hz) foi calculado pelo MATLAB. Os dados foram normalizados pelo RMS de 10s de sustentação da cabeça. Os grupos foram comparados pela análise de variância (ANOVA) e pelo posthoc Bonferroni utilizando o SPSS 20.0 e adotando um nível de significância de 0,05. **Resultados:** A atividade do esternocleidomastoideo foi significativamente menor para as mulheres migranosas com ponto-gatilho (n=36) quando comparadas às sem pontos-gatilho (n=34) durante do desempenho do TFCC nos estágios de 24, 26, 28 e 30 mmHg (p<0,002). **Conclusão:** A presença de pontos-gatilho ativo no esternocleidomastoideo está associada a uma menor da atividade elétrica desse músculo durante o TFCC.

**Palavras-chaves:** Transtornos migranosos, coluna cervical, disfunção miofascial.

**Referências:** Instituição de fomento: FAPESP (processo 2014/13103-5)

**PCE 28****MIGRÂNEA ESTÁ RELACIONADA COM PREJUÍZO DA CAPACIDADE MOTORA DOS MÚSCULOS CERVICAIS**

Lidiane Florencio<sup>1</sup>, Gabriella de Almeida Tolentino<sup>1</sup>,  
 Ana Paula Carnevalli<sup>1</sup>, Fabíola Dach<sup>1</sup>,  
 Débora Bevilaqua Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (Ribeirão Preto, USP)

**Objetivos:** Comparar a força dos músculos cervicais durante a contração isométrica voluntária máxima de mulheres com migrânea episódica, migrânea crônica e sem dor de cabeça. **Métodos:** Foram incluídas 31 com migrânea episódica, média de idade de 33 anos (DP:11,0), média de 5,9 dias de cefaleia por mês (DP: 3,7); 31 com migrânea crônica, com média de idade de 34 anos (DP:9,8) e 20.4 dias de cefaleia por mês (DP:6,7) e 31 mulheres sem cefaleia com média de idade de 31 (DP: 9,0). A força de flexão, extensão e inclinação lateral bilateral foi mensurada por um sistema customizado utilizando um dinamômetro manual (Lafayette Instrument Company, Lafayette, Indiana, EUA) por um examinador cego. Tanto o aparelho quanto o indivíduo foram estabilizados por faixas não elásticas. Para cada direção, foram realizadas três repetições de 3s intervaladas de 15s entre elas e 2min entre as diferentes direções. A força em Kgf foi transformada em N e normalizada pela massa corporal do voluntário. A comparação do pico de força foi feita pela ANOVA e pelo *post hoc* Bonferroni com um nível de significância de 0,05. **Resultados:** O grupo migrânea crônica apresentou menor força dos extensores da coluna cervical (12,7N/kg) em comparação ao grupo com migrânea episódica (16,4N/kg) e ao grupo controle (17,1 N/kg) (p<0.05). Além disso, os pacientes com migrânea crônica levaram maior tempo para atingir o pico de força na flexão (2,4s) em relação ao grupo controle (1,9s), e na inclinação lateral esquerda (2,8) em relação aos outros dois grupos (controle: 2,4; migrânea episódica: 2,3; p<0,05). **Conclusão:** Pacientes com migrânea crônica apresentam diminuição de força dos músculos extensores da coluna cervical, além de mais tempo para atingir o pico de força em flexão e inclinação lateral esquerda.

**Palavras-chaves:** transtornos migranosos, coluna cervical, força muscular

**Referência:** Instituição de fomento: FAPESP (processo 2012/22245-2)

**PCE 29****CEFALÉIA TRIGÊMICO-AUTONÔNOMICA SECUNDÁRIA A VASCULITE POR POLICONDRITE RECIDIVANTE**

Lucas Ravagnani Silva<sup>1</sup>, Fabiano de Melo<sup>1</sup>, Jorge Alberto Martins Pentiado Junior<sup>1</sup>, Roberto Satler Cetlin<sup>1</sup>,  
 Fabíola Dach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Cefaleias Trigêmino-autonômicas (CTA) são um grupo de cefaleias caracterizadas por ataques de dor unilateral, retro-orbitária e/ou frontal/temporal, associada a sinais/sintomas autonômicos craniofaciais ipsilaterais à dor. Pode-se classificá-las em primárias e secundárias, porém, neste grupo, a relação causal entre a lesão subjacente e a cefaleia é difícil de se determinar na maioria dos casos. O caso descrito é de uma CTA secundária à vasculite sistêmica, com padrão salvo-símile. **Métodos:** Realizou-se coleta de dados e obteve-se acesso aos exames de imagem e laboratoriais em prontuário eletrônico. **Resultados:** Paciente de 44 anos, sexo feminino, negra, dois meses após Acidente Vascular Cerebral isquêmico carotídeo, iniciou quadro de cefaleia em regiões orbitária, supraorbitária e temporal à esquerda, de forte intensidade (10/10), associada a hiperemia conjuntival,

lacrimação, rinorreia e obstrução nasal ipsilaterais à dor, com duração de 30 a 120 minutos, diária, sem resposta à oxigenioterapia e com melhora parcial ao cetoprofeno endovenoso. Iniciado verapamil e terapia de transição com prednisona, sem melhora do quadro. Optou-se por topiramato (TPM) até a dose de 175 mg/dia com controle total dos sintomas durante um ano, sendo suspensa a medicação. Em investigação, foi feito o diagnóstico de Vasculite Sistêmica secundária a Policondrite Recidivante. Dez meses depois, a paciente retornou queixando-se de cefaleia com as mesmas características descritas acima, além do surgimento de ptose palpebral, proptose e midríase (todos à esquerda), somados a diplopia binocular vertical. Reiniciado TPM com resolução do quadro algico. **Conclusão:** Este relato visa alertar quanto à importância de se identificar sinais e sintomas atípicos para as CTA (p. ex. ausência de resposta à oxigenioterapia na cefaleia súbita, melhora com cetoprofeno, exoftalmia e diplopia), a presença de uma etiologia identificável e, por fim, descrever a policondrite recidivante como uma rara causa de CTA e sem relatos na literatura até o momento.

**Palavras-chaves:** Cefaleia Trigêmeo-autonômica secundária, Cefaleia em salvas símile, Policondrite Recidivante, Vasculite Sistêmica

**Referências:** 1- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. DOI:10.1177/0333102413485658

2- Edvardsson. Symptomatic cluster headache: a review of 63 cases. SpringerPlus 2014, 3:64

### PCE 30 SÍNDROME DE SUNA DESECADEADA POR MENINGITE VIRAL AGUDA

Marcella Segato de Sousa Melo<sup>1</sup>, Filipe da Cruz Machado Teixeira<sup>1</sup>, Edson de Sousa Marquez<sup>1</sup>, Matheus Diego Oliveira Pinheiro<sup>1</sup>, Samher Mariano Damach<sup>1</sup>, Vivian de Souza Lemos<sup>1</sup>, Walter Bruce Fonseca III<sup>1</sup>, Zaila Caroline Saretta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIUBE – Universidade de Uberaba (Uberaba-MG)

**Objetivos:** A Síndrome de SUNA se apresenta como uma condição rara. Este trabalho é um relato de caso de Síndrome SUNA associada a meningite viral aguda. **Métodos:** Trata-se de uma paciente de 54 anos que apresentou há 8 anos um quadro agudo caracterizado por febre, cefaleia holocraniana intensa, acompanhada de disartria, afasia, confusão mental, perda de memória recente e sinais de irritação meníngea. Com a investigação foi diagnosticada com meningite viral, apresentando melhora do quadro infeccioso em 6 dias. Após a internação iniciou acompanhamento ambulatorial devido a episódios recorrentes de cefaleia lancinante em região temporal esquerda, paroxística, de forte intensidade, com duração de 2 a 5 minutos, com mais de 5 episódios por dia, ocorrendo em dois ou mais dias no mês. Acompanhadas de vertigem, fotofobia, fonofobia, sudorese fria em face e mãos, sensação de "ouvido cheio" e turvação visual. Não apresentando aura, náuseas, vômitos, lacrimação, hiperemia conjuntival, edema de pálpebra e ptose. A Tomografia de encéfalo e os exames laboratoriais se mostraram sem alterações. **Resultados:** A paciente em questão se enquadra nos critérios de SUNA, sendo uma cefaleia de curta duração, unilateral, neuralgiforme associada a ausência de hiperemia conjuntival ou lacrimação - de acordo com a Classificação Internacional

de cefaleias. Há relação temporal entre a meningite e o imediato desenvolvimento da Síndrome SUNA, ficando bem evidente a possível relação causal para os mecanismos de desenvolvimento da dor. **Conclusão:** A cefaleia, no âmbito da fase aguda de uma meningite é muito frequente, porém não é comumente descrita como uma possível complicação a longo prazo de uma infecção meníngea. Não há essa relação frequente na literatura, embora seja uma entidade nosológica mencionada na Classificação Internacional de Cefaleias, levando-nos a concluir que mais estudos devem ser realizados a fim de compreender melhor esta doença.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, meningite viral, SUNA

### PCE 31 PSEUDOTUMOR ORBITÁRIO REFRACTÁRIO AO TRATAMENTO

Fernanda Herculano<sup>1</sup>, Leonardo Modenezi<sup>1</sup>, Maria Graziella Cavaliere<sup>1</sup>, Mayara Teles<sup>1</sup>, Cecilia Vidal<sup>1</sup>, Jano Souza<sup>1</sup>, Pedro Moreira<sup>1</sup>, Luiz Felipe Pagliarini<sup>1</sup>, Ana Carolina Andorinho<sup>1</sup>, Aline Ferrari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFF – Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ)

**Objetivos:** Relatar o caso clínico de uma paciente com pseudotumor orbitário de difícil tratamento e aventar a hipótese de uso da varfarina para controle clínico. **Métodos:** Foi acompanhada uma paciente feminina, 43 anos, em nível ambulatorial e hospitalar por três anos, para tratamento de pseudotumor orbitário. Sintomas se iniciaram em 2013 com diplopia, cefaleia holocraniana de forte intensidade e náuseas. RNM de crânio evidenciou realce do tecido adjacente a musculatura do globo ocular direito. Foram feitos exames laboratoriais para excluir outras causas. Foi então iniciado tratamento com prednisona em altas doses com boa resposta inicial. Em 2015, foi necessário uso de azatioprina 250mg/dia devido retorno dos sintomas iniciais acrescidos de ptose palpebral à direita e como uma opção para poupar corticoide. Como efeito colateral do uso crônico de corticoides, a paciente evoluiu com diabetes de difícil controle, a despeito do acompanhamento intensivo da endocrinologia com ajuste insulínico. **Resultados:** Atualmente a paciente encontra-se em terapia de manutenção com 15mg/dia de prednisona, porém ainda apresenta-se sintomática. Aventamos a possibilidade de iniciar o uso de varfarina para controle da cefaleia causada pelo pseudotumor orbitário. Em um relato de caso Souza et. al. observaram a remissão de uma cefaleia em salvas refrataria ao tratamento após a administração de varfarina devido a episódio de trombose venosa profunda. **Conclusão:** Apesar da resposta dramática do pseudotumor orbitário a corticoterapia, os efeitos colaterais de seu uso a longo prazo podem não ser tolerados pelo paciente. Faz-se então necessário a busca por novas terapias a fim de proporcionar melhor tratamento clínico da doença.

**Palavras-chaves:** Pseudotumor orbitário, tratamento refratário

**Referências:** 1.Souza, Jano Alves de, et al. "Remission of refractory chronic cluster headache after warfarin administrations: case report." Arquivos de neuro-psiquiatria 62.4 (2004): 1090-1091

2.Szabo, B. I. A. N. C. A., et al. "Idiopathic orbital inflammatory pseudotumor: case report and review of the literature." Rom J Morphol Embryol 52.3 (2011): 927-930

**PCE 32****ASSOCIAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE CRISES DE MIGRÂNEA COM A SEVERIDADE DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR**

Mariana Tedeschi Benatto<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florencio<sup>1</sup>,  
Gabriela Ferreira Carvalho<sup>1</sup>, Marcela Mendes Bragatto<sup>1</sup>,  
Samuel Straceri Lodovichi<sup>1</sup>, Fabiola Dach<sup>1</sup>,  
Thais Cristina Chaves<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Investigar associações entre a frequência de crises de migrânea com a severidade da disfunção temporomandibular (DTM). **Métodos:** O estudo foi composto por 31 pacientes com migrânea episódica (ME, média de idade: 33 anos e DP: 11), 21 pacientes com migrânea crônica (MC, média de idade: 35 anos e DP: 10) e 32 controles (GC, média de idade: 31 anos e DP: 9). Os participantes com migrânea foram diagnosticados por um neurologista experiente de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias, 2ª ed. Para aqueles com DTM, a severidade dos sinais e sintomas foram avaliados de acordo com o índice de Fonseca. Os mesmos foram classificados em: sem DTM (0-15 pontos), DTM leve (20-40 pontos), DTM moderada (45-60 pontos) e DTM severa (70-100 pontos). **Resultados:** A média da frequência de crises de migrânea para o grupo ME foi de 5.9/mês (DP: 3,7), já para o grupo de MC foi de 20.7 (DP: 6,2). Migranosos episódicos apresentaram porcentagens de 34%, 31% e 9% para DTM leve, moderada e severa, respectivamente. Por sua vez, as porcentagens para os migranosos crônicos foram de 19%, 48% e 33%. Já para os controles os valores foram de 29%, 6% e 10%. Sendo assim, foi possível observar que indivíduos com migrânea, episódica e crônica apresentam maior propensão a ter DTM, em qualquer grau de severidade, do que os controles. Todavia, pacientes com MC apresentam maior severidade do que episódicos (ME: 9% e MC: 33%) além de um risco aumentado para as manifestações mais severas de DTM do que controles (OR: 3,31) e tal associação não foi observada para o grupo ME. **Conclusão:** Os dados permitem concluir que a severidade da DTM está associada à frequência das crises de migrânea.

**Palavras-chaves:** Migrânea, Disfunção temporomandibular, Severidade

**PCE 33****MIGRÂNEA E DISTÚRBIOS DO SONO: ASPECTOS RELACIONADOS**

Mauro Eduardo Jurno<sup>1</sup>, Sarah Oliveira Rocha<sup>1</sup>, Daniela Guimarães Franco<sup>1</sup>, Marcela Malta de Lima Barra<sup>1</sup>, Tulio Marcus Ribeiro Bellard<sup>2</sup>, Fellipe Cardoso Camargos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FAME/Funjobe – Faculdade de Medicina de Barbacena (MG)

<sup>2</sup>UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte, MG)

**Objetivos:** A migrânea é uma doença multifatorial que apresenta fatores desencadeantes como o excesso ou a privação do sono, portanto, essa relação tem sido recentemente alvo de diversas análises de polissonografias. Estudos apontam para uma correlação entre distúrbios do sono e cefaleia. Eles sugerem uma via fisiopatológica comum, entretanto tal expli-

cação não é bem esclarecida. O que se sabe é que um suposto modelo poderia explicar a relação entre as duas doenças, o qual confluiria para uma alteração estrutural nas vias dopaminérgicas e nas vias serotoninérgica. O presente trabalho tem por objetivo fazer uma comparação entre grupos equivalentes de migranosos e não migranosos em relação aos resultados obtidos no exame de polissonografia. **Métodos:** Trata-se de um estudo comparativo entre grupos, realizado em uma Clínica de polissonografia, avaliou-se os resultados dos exames realizados e as relações entre migranosos e não migranosos. O protocolo foi aprovado pelo CEP de número 1.107.349. Os critérios de inclusão foram pacientes: acima de 18 anos; com distúrbio do sono encaminhados a esta clínica; que concordarem em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi aplicado o teste Migraine-ID antecedendo a polissonografia. Os Migraine-ID positivos formaram o primeiro grupo e responderam perguntas baseadas na Classificação Internacional de Cefaleias, caracterizando a migrânea. O outro grupo, foi composto pelos Migraine-ID negativos pareados por conveniência. **Resultados:** A apneia foi encontrada em uma porcentagem maior nos não migranosos. A eficiência do sono teve maior índice entre os pacientes não migranosos. Os demais resultados não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos. **Conclusão:** Não foi possível comprovar uma relação direta entre migrânea e distúrbios do sono. No entanto, é necessário incentivar pesquisas que busquem maior esclarecimento sobre uma fisiopatologia capaz de associar o sono com a migrânea, pois há um número considerável de pacientes com as duas condições.

**Palavras-chaves:** Apneia, Epworth, Migrânea, Polissonografia, Sono

**PCE 34****ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA EM SALVAS EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Mauro Eduardo Jurno<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Bordini<sup>1</sup>, Bárbara Sousa Reis Pereira<sup>1</sup>, Felipe Antônio de Souza Fonseca<sup>1</sup>, Gabriel Alves Teixeira<sup>1</sup>, Ludimila Queiroz Maffia<sup>1</sup>, Maria Raquel Andrade Barros<sup>1</sup>, Vivian Camilo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FAME- Funjobe – Faculdade de Medicina de Barbacena (MG)

**Objetivos:** Determinar a prevalência da cefaleia em salvas na população de um município de médio porte no estado de Minas Gerais. **Métodos:** Este estudo observacional de corte transversal tem como meta avaliar pacientes portadores de cefaleia em salvas, através da realização de triagem e posterior aplicação de questionários por 181 agentes de saúde, distribuídos em 28 postos pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (ESFs). Estas cobrem 67% da população do Município de Barbacena (MG), que segundo o IBGE (2010), corresponde a aproximadamente 126.284 habitantes. Por tratar-se de uma pesquisa censitária, não foram adotadas técnicas de amostragem. Após o treinamento dos agentes de saúde, através de palestra explanatória sobre a cefaleia em salvas, listas de triagem foram entregues para contabilização do número de pessoas entrevistadas em cada residência. Diante de um paciente com cefaleia e presença de lacrimejamento, um ques-

tionário também foi aplicado pelos agentes em suas visitas mensais nos locais. Posteriormente, os questionários aplicados foram avaliados pelo neurologista responsável pelo projeto, com o objetivo de identificar possíveis portadores de cefaleia em salvas. Esses pacientes selecionados foram convidados para consulta com o especialista para diagnóstico ou exclusão da patologia em questão. Para definição de cefaleia em salvas, utilizamos os critérios estabelecidos pela 3ª edição da Classificação Internacional de Cefaleias. **Resultados:** O questionário de triagem foi aplicado por 28 ESF's, perfazendo um total de 36.145 habitantes, que corresponde a 42,72% da população coberta pelo Sistema Único de Saúde. Foram diagnosticados 13 pacientes, que correspondem a uma prevalência de 0,036%. **Conclusão:** A cobertura de 100% da meta não foi possível em virtude da dificuldade prática deste estudo epidemiológico, que exige a obtenção de recursos financeiros, infraestrutura adequada e motivação dos agentes de saúde.

**Palavras-chaves:** Cefaleia em salvas, Estudo epidemiológico, Estratégia de Saúde da Família, Prevalência, Sintomas autonômicos

**Referências:** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33(9):40-45.

**PCE 35**  
**PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE**  
**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES**  
**MIGRANOSOS**

Mauro Eduardo Jurno<sup>1</sup>, Caroline Moreira de Oliveira<sup>1</sup>,  
Luiza Almeida Brandão<sup>1</sup>, Mayara Sol Miranda<sup>1</sup>,  
Paulo Henrique Marcelino Amaral<sup>1</sup>,  
Verônica Fontoura Ribeiro e Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FAME - Faculdade de Medicina de Barbacena

**Objetivos:** **Introdução:** A migrânea é um distúrbio comum de cefaleia primária, caracterizada por dores de cabeça recorrentes com sintomas gastrointestinais, neurológicos e autonômicos associados. A disfunção temporomandibular (DTM) é uma condição clínica envolvendo a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios, e estruturas associadas. Caracteriza-se pela presença de cefaleia, crepitações na ATM, limitações dos movimentos mandibulares e desvio da mesma estrutura, aumento da sensibilidade e dor nos músculos mastigatórios da cabeça e do pescoço. Estudos recentes apontam a presença de DTM em mais de 50% da população migranosa. **Objetivo:** Identificar, usando uma abordagem multidisciplinar, a prevalência de sintomas de DTM em pacientes migranosos em relação aos pacientes sem migrânea. **Métodos:** Foi conduzido um estudo clínico de corte transversal em que a presença e a frequência de sintomas de DTM em indivíduos com migrânea (n=150) e sem migrânea (n=150) foi comparada por meio da aplicação do questionário da AAOP. **Resultados:** Foram estatisticamente significativos, mostrando uma prevalência maior de sintomas de DTM no grupo dos migranosos. **Conclusão:** Os sintomas mais prevalentes nos pacientes enxaquecosos foram dor orofacial e distúrbios extra capsulares de ATM como dor na região temporal e presença de crepitações articulares.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, Transtornos da ATM, Dor orofacial

**PCE 36**  
**HEADACHE AS THE SOLE MANIFESTATION OF**  
**A BRAIN ABSCESS**

Paulo Sergio Faro Santos<sup>1</sup>, Pedro André Kowacs<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>INC - Instituto de Neurologia de Curitiba (PR)

**Objetivos:** Describe the case of a patient with single complaint of headache which was secondary to brain abscess. **Methods:** Case report A 26-year-old male complained one day before of frontal severe headache associated nausea, photophobia and blurred vision. Two weeks before he had presented gingivitis. His neurological exam was normal. Magnetic resonance imaging (MRI) revealed a right frontal lobe ring enhancing lesion associated with edema and mass effect, whose MRI features were compatible with brain abscess (figure). Diagnosis was confirmed through a diagnostic and therapeutic stereotaxic aspiration of the abscess content. Patient underwent therapy with intravenous ceftriaxone, metronidazole and vancomycin during 6 weeks. Nowadays the patient is asymptomatic, no neurological deficits. **Results:** **Discussion:** Brain abscess is a severe infectious condition. It's most common in male and occurred mainly in the first two decades of life. Usually there are history of underlying disease, e.g. gingivitis, like our patient. The MRI showed a lesion with characteristics of the third stage (early capsule formation) of brain abscess, suggesting its formation for about 11-14 days before. Besides headache, brain abscesses usually present with altered mental status, fever, focal motor deficits and seizures among other symptoms. However it has already been described a case of brain abscess causing only headache. **Conclusion:** Physicians should suspect of brain abscess for patients with previous infections presenting with headaches, even in case of a normal neurological examination.

**Palavras-chaves:** Brain abscess, Headache, Neuroimage

**PCE 37**  
**NEURALGIA SUPRAORBITAL COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA**  
**DE HIPOTENSÃO LIQUÓRICA**

Paulo Sergio Faro Santos<sup>1</sup>, Pedro André Kowacs<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>INC - Instituto de Neurologia de Curitiba (PR)

**Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente com neuralgia supraorbital como manifestação isolada de hipotensão liquórica. **Métodos:** **Relato de caso.** Mulher, 30 anos, história prévia de migrânea com aura, submetida a raqui-anestesia para procedimento estético abdominal, evoluiu 2 dias após com dor em choque na região supraorbital do olho direito, de forte intensidade, com duração de segundos, ocorrendo diversas vezes ao dia, com piora em ortostase e melhora em decúbito. Ao exame, apenas reprodução da dor à palpação do nervo supraorbital direito. Exames de neuroimagem sem alterações. Realizado inicialmente dois bloqueios anestésicos do nervo supraorbital, num intervalo de 1 semana, com desaparecimento transitório da dor. Em seguida, tentado tratamento conservador medicamentoso, sem sucesso. Então, foram realizados dois tampões sanguíneos epidurais, havendo melhora completa do quadro após o 2º procedimento. **Resultados:** **Discussão.** A hipotensão liquórica é

uma complicação possível após raquianestesia, sendo a cefaleia um dos principais sintomas secundários a esta condição. Geralmente a cefaleia é occipital, associada a cervicálgia, náuseas e tinnitus, que ocorrem por tracionamento dos nervos cervicais altos e de outros nervos cranianos, tendo como característica principal o padrão ortostático. Embora a dor referida pela paciente tenha sido estritamente localizada, a característica postural e a história de raquianestesia que sugeriram o diagnóstico e direcionaram a conduta. Como os bloqueios anestésicos e as medicações endovenosas não foram eficazes, optou-se por fazer o tamponamento sanguíneo epidural. O desaparecimento da queixa corrobora a suspeita diagnóstica. **Conclusão:** Até o momento a associação de neuralgia supraorbital e hipotensão liquórica não havia sido descrita. Isto reforça a diversidade de manifestações dolorosas secundárias à redução da pressão intracraniana. **Palavras-chaves:** Hipotensão liquórica, Neuralgia supraorbital

**PCE 38****CEFALEIA ATRIBUÍDA À DISTONIA CRÂNIO-CERVICAL**

Marcos Eugênio Ramalho Bezerra<sup>1</sup>, Domingos Savio Rego Lins Junior<sup>1</sup>, Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>UFPE - Universidade Federal de Pernambuco (Recife, PE)

<sup>2</sup>UPE - Universidade de Pernambuco (Recife, PE)

**Objetivos:** Estudar a prevalência, características e impacto da cefaleia atribuída à distonia crânio-cervical em pacientes com distonia cervical recebendo tratamento com toxina botulínica. **Métodos:** Este é um estudo de coorte prospectivo. Vinte e quatro pacientes com distonia cervical, atendidos consecutivamente no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foram seguidos por quatro meses. Estes pacientes foram avaliados em três momentos quanto às características clínicas da distonia e cefaleia, e através de questionários padronizados: questionário semiestruturado, *Headache Impact Test-6* (HIT-6) e *Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale* (TWSTRS). As cefaleias foram classificadas de acordo com a terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleias. **Resultados:** Dezenove (79%) pacientes tiveram dor associada à distonia cervical; 18 (75%), cefaleias. A prevalência da cefaleia atribuída à distonia crânio-cervical foi de 29%. Pacientes com esta cefaleia tiveram escores de dor (TWSTRS) significativamente piores dos que os com outros tipos de cefaleia (Kruskal-Wallis;  $p = 0,01$ ) e dos que os que não tinham cefaleia (Kruskal-Wallis;  $p = 0,03$ ). Os com cefaleia atribuída à distonia crânio-cervical apresentaram significativamente mais incapacidade pela distonia (TWSTRS) do que os sem cefaleia (Kruskal-Wallis;  $p = 0,02$ ), sendo os únicos a apresentar redução no impacto das cefaleias (HIT-6) junto com a melhora da distonia durante o acompanhamento ((MANOVA;  $p < 0,05$ ). **Conclusão:** A cefaleia atribuída à distonia crânio-cervical tem prevalência alta e tem um impacto negativo na vida dos pacientes com distonia.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, Distonia, Impacto

**PCE 39****REGISTRO DAS ORIENTAÇÕES SOBRE TABAGISMO E USO DE ESTRÓGENOS A PACIENTES COM MIGRÂNEA COM AURA, NO AMBULATÓRIO DE CEFALEIA DO HCPA**

Leonardo Augusto Carbonera<sup>1</sup>, Ana Cláudia de Souza<sup>1</sup>,  
Renata Gomes Londero<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)

**Objetivos:** Identificar em nosso serviço o fornecimento de orientações à paciente com migrânea com aura pelo médico assistente em relação ao uso de método anticoncepcional (MAC) que não contenha estrógenos e à cessação do tabagismo. **Métodos:** Revisão de dados de prontuário. Foram incluídas 30 pacientes do sexo feminino, em idade fértil, com diagnóstico firmado de migrânea com aura, atendidas no Ambulatório de Cefaleia de um hospital-escola de referência no estado do Rio Grande do Sul (HCPA). **Resultados:** O registro do MAC utilizado constava em 21 de 30 prontuários. A informação sobre tabagismo constava em nove; duas mulheres eram tabagistas. Não há registro sobre orientação da importância da abstinência do tabaco. Oito pacientes utilizavam anticoncepcional oral com estrógeno, e seis foram orientadas a trocar o método. Três pacientes fizeram a mudança para anticoncepcional oral com progestágeno isolado, duas para método de barreira e uma permaneceu utilizando anticoncepcional com estrógeno. O tempo médio de acompanhamento ambulatorial até que fosse registrado o MAC em uso pela paciente foi de 45,3 meses (máximo de 154 meses; cinco pacientes tiveram o registro efetuado na primeira consulta). Em relação às pacientes orientadas a trocar o método contraceptivo, o tempo médio até a primeira orientação foi de 54,3 meses (mínimo de 13 meses, máximo de 122 meses). **Conclusão:** Embora a orientação de que pacientes com migrânea com aura (e, com mais gravidade, se fumantes) não devam fazer uso de anticoncepcional que contenha estrógeno já conste nas orientações da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e da ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) desde 2010 e 2006, respectivamente, devido ao aumento de risco da ocorrência de eventos cerebrovasculares isquêmicos, ela ainda não alcança todas as pacientes. O presente estudo visa reforçar a importância da orientação às pacientes por seus vis médicos, em especial neurologistas, médicos de família e ginecologistas. **Palavras-chaves:** Migrânea, estrógenos, anticoncepção, tabagismo

**PCE 40****HEADACHE AS A FIRST MANIFESTATION OF NEUROSARCOIDOSIS: A CASE REPORT.**

Brunna de Bem Jaeger<sup>1</sup>, Thaise Fellini Dal Moro<sup>1</sup>,  
Roger Vicente Zanandrea<sup>1</sup>, Pedro Abraham Cherubini<sup>1</sup>,  
Carlos Eduardo Alves Batista<sup>1</sup>, Leonardo Cordenonzi Pedrosa  
de Albuquerque<sup>1</sup>, Renata Gomes Londero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)

**Objectives:** Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disorder of unknown aetiology. Initial symptoms include neurologic problems in less than 10 percent of cases. Our

objective is to describe the report of a patient with neurosarcoidosis presented with headache and multiple mononeuropathy. **Methods: Case Report:** A 40-year-old woman developed a new daily persistent headache, frontal, severe, varying from pulsating to pressing, with photophobia, tingling in the right upper face, with neither phonophobia nor nausea thirty days before ask for medical attention. The neurological examination showed infra nuclear paralysis of the left facial nerve, right eye mydriasis with reduced photoreaction, sensory loss in right V1 distribution, and tongue deviation toward the right side. **Results:** Magnetic Resonance Imaging of the brain showed enhancement of the intracanalicular portion of facial nerve after gadolinium injection. Cerebrospinal fluid analysis showed 5 white blood cells/ $\mu$ L, total protein 38 mg/dL, glucose 46 mg/dL. The blood count showed lymphopenia. Chest tomography identified enlarged lymph nodes in the supraclavicular, mediastinal, symmetrical and bilateral hilar regions. The abdominal computerized tomography presented an increase in lymph nodes in the hepatic hilum as well as other smaller nodes in the gastro-hepatic ligament. A biopsy of the right paratracheal lymph node was performed. Immunohistochemistry revealed noncaseating epithelioid cell granulomas. Considering the probable neurosarcoidosis diagnosis, corticosteroid therapy was recommended. There was a complete remission of symptoms, including headache, after 3 months of treatment. **Conclusion:** Headaches attributed to neurosarcoidosis have no typical characteristics and may present themselves in many different forms. The headache of this patient had a temporal relation to neurosarcoidosis which was resolved after treatment. **Palavras-chaves:** Headache, sarcoidosis, cranial nerve palsy, biopsy, Immunohistochemistry

#### PCE 41

##### PRESENÇA DE PONTOS GATILHO MIOFASCIAIS NOS MÚSCULOS DO PESCOÇO EM MULHERES COM MIGRÂNEA

*Samuel Straceri Lodovichi<sup>1</sup>, Marcela Mendes Bragatto<sup>1</sup>, Mariana Tedeschi Benatto<sup>1</sup>, Lidiane Lima Florêncio<sup>1</sup>, Gabriela Ferreira Carvalho<sup>1</sup>, Ana Izabela Sobral de Oliveira<sup>1</sup>, Fabiola Dach<sup>1</sup>, César Fernández De-Las-Peñas<sup>2</sup>, Anamaria Siriani de Oliveira<sup>1</sup>, Debora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Ribeirão Preto, SP)  
<sup>2</sup>URJC – Universidad Rey Juan Carlos (Madrid, Espanha)

**Objetivos:** Comparar a presença de Pontos-Gatilho (PG) nos músculos cervicais entre mulheres com migrânea, migrânea crônica e sem cefaleia. **Métodos:** Foram avaliadas 22 mulheres do grupo sem cefaleia (média de idade: 32; DP: 9,0); 21 grupo migrânea (média de idade=34; DP=11,8) média de 5 dias de cefaleia por mês e 17 do grupo migrânea crônica (média de idade=34; DP=10,2) média de 22 dias de cefaleia/mês. O diagnóstico de migrânea foi realizado por neurologistas experientes de um serviço terciário seguindo a terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleias. A palpação dos músculos esternocleidomastoideo, escaleno anterior, esplênio da cabeça e trapézio superior para a identificação de PG foi realizada por um fisioterapeuta experiente e cego quanto ao diagnóstico da cefaleia. As frequências

de PG para cada grupo em geral e separado por músculo foram comparadas pelo  $\chi^2$  utilizando o software SPSS 20.0, com nível de significância de 0.05. **Resultados:** A prevalência de pelo menos um PG na musculatura cervical foi 86% no grupo migrânea crônica, 82% no grupo migrânea episódica e 55% no grupo sem cefaleia ( $p=0,04$ ). O trapézio superior foi quem apresentou mais PG tanto do lado direito (36% do grupo sem cefaleia; 67% do grupo migrânea e 59% do grupo migrânea crônica) quanto do lado esquerdo (23% do grupo sem cefaleia; 52% do grupo migrânea e 35% do grupo migrânea crônica), com diferença na proporção de presença de PG entre os grupos apenas para o músculo esternocleidomastoideo esquerdo ( $p=0,02$ ). **Conclusão:** mulheres com migrânea, independente da frequência, apresentaram maior frequência de PG na musculatura cervical que mulheres sem cefaleia. O músculo com maior frequência de PG em todos os grupos foi o trapézio superior. Mulheres migranasas apresentaram mais PG no esternocleidomastoideo que mulheres sem cefaleia.

**Palavras-chaves:** Migrânea, cervical, pontos-gatilho

#### PCE 42

##### ASSOCIAÇÃO ENTRE TROMBOSE VENOSA CEREBRAL E MASTOIDITE: RELATO DE CASO

*Wellington Gondim de Oliveira<sup>1</sup>, Ana Helena Gomes de Barros Murgolo<sup>2,1</sup>, Dheybson Markes Batista de Sousa<sup>2,1</sup>, Karine Queiroz Vieira<sup>2,1</sup>, Sílvia de Araújo Rezende<sup>2,1</sup>, Simone Kitamura Moura<sup>2,1</sup>, Thayane Cabral Lopes<sup>2,1</sup>*  
<sup>1</sup>HGP – Hospital Geral de Palmas (Palmas, TO)  
<sup>2</sup>Unirg – Centro Universitário UNIRG (Gurupi, TO)  
<sup>3</sup>ITPAC - Porto – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (Porto Nacional, TO)  
<sup>4</sup>UFT – Universidade Federal do Tocantins (Palmas, TO)

**Objetivos:** Relatar o caso de um paciente de 70 anos de idade, sexo masculino, admitido no serviço de Neurologia do Hospital Geral de Palmas, que desenvolveu Trombose Venosa Cerebral (TVC), após quadro de mastoidite. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, através do qual foram analisados fatores de risco, quadro clínico e exames de imagem para TVC. **Resultados:** Diagnóstico de TVC em paciente com quadro de cefaleia crônica, que teve início após episódio de mastoidite à esquerda confirmada por tomografia computadorizada (TC) de crânio. Apesar da tomografia computadorizada do crânio não ter visualizado trombos, a suspeita de TVC foi confirmada após angioressonância magnética do encéfalo, que detectou falha de enchimento de seio venoso transversal esquerdo. O paciente apresentou melhora sintomática após anticoagulação, porém houve recidiva do quadro após suspensão do anticoagulante oral após tratamento com este por quatro meses. **Conclusão:** A TVC é uma doença cerebrovascular rara, potencialmente fatal, que possui um difícil diagnóstico, uma vez que apresenta manifestações clínicas variáveis e inespecíficas. Assim, não se deve desvalorizar nenhum sinal clínico que possa ser suspeito, como cefaleia, difusa ou localizada, que é o sintoma mais frequente na TVC, e o único sintoma encontrado no paciente supracitado. O quadro de TVC pode ser acompanhado de hipertensão intracraniana, déficits neurológicos focais,

papiledema, diplopia, turvação visual, convulsões ou alterações do estado de consciência. A etiologia da trombose pode ser infecciosa ou não, e apesar de a etiologia séptica não ser a mais prevalente foi a principal hipótese no caso descrito, uma vez que foi precedida por uma mastoidite homolateral, sugerindo acometimento por contiguidade. Muitas vezes os achados de imagem não são tão claros em pacientes com TVC, sendo que se deve sempre ter em mente esta hipótese diagnóstica, permitindo a instituição do tratamento em uma fase precoce, reduzindo a morbimortalidade da doença. **Palavras-chaves:** Trombose venosa cerebral, mastoidite, cefaléia, paralisia facial periférica

#### PCE 43

##### REVISÃO SISTEMÁTICA DA ASSOCIAÇÃO DE ENXAQUECA E SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

Rafael Donadel<sup>1</sup>, Rodrigo Diniz<sup>1</sup>, Jeshuah Milanez<sup>1</sup>, Mariana Mongão<sup>1</sup>, Caroline Spessotto<sup>2</sup>, Sonia Castedo Paz<sup>2</sup>, Yara Fragoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>L.N.Nc - UNIMES – Liga de Neurologia & Neurociências UNIMES (Santos, SP)

<sup>2</sup>UNIMES – Universidade Metropolitana de Santos (Santos, SP)

**Objetivos:** Síndrome das pernas inquietas é uma condição associada a uma grande variedade de doenças, inclusive com relatos de associação com enxaqueca. Outras cefaleias primárias também foram descritas em associação com a síndrome das pernas inquietas, porém é com a enxaqueca que os estudos se concentram e definem populações de risco e propostas de abordagem terapêutica. A presente revisão sistemática teve o objetivo de avaliar o conhecimento atual da associação entre enxaqueca e síndrome das pernas inquietas. **Métodos:** Revisão sistemática rigorosa (PRISMA) utilizando Pubmed, Medline, Scielo, LILACS e Google Scholar, com os termos de busca “migraine” AND “restless legs syndrome” OR “restless”. Foram incluídos apenas trabalhos com estas palavras ou expressões em inglês no título ou no resumo. **Resultados:** Foram identificados 550 artigos pela busca, dos quais 350 foram excluídos após avaliação do título ou resumo. Após reunião do grupo para debate da inclusão dos trabalhos, foram selecionados 62 artigos que sistematicamente mostraram associação da síndrome das pernas inquietas às cefaleias primárias (principalmente enxaqueca), em diversas faixas etárias. **Conclusão:** Investigação da síndrome das pernas inquietas em pacientes com enxaqueca pode melhorar a proposta de tratamento de ambas as condições.

**Palavras-chaves:** Enxaqueca, migrânea, pernas inquietas.

#### PCE 44

##### USO EXCESSIVO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES DE ENXAQUECA EM ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA

Bruna Orquiza<sup>2</sup>, Pedro Rosa<sup>2</sup>, Filipe Rocha<sup>2</sup>, Raissa Bueno<sup>2</sup>, Thais Zonta<sup>2</sup>, Marina Pereira<sup>1</sup>, Yara Fragoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UNIMES – Universidade Metropolitana de Santos

<sup>2</sup>L.N.Nc - UNIMES – Liga de Neurologia & Neurociências UNIMES (Santos, SP)

**Objetivos:** Frequentemente perguntados sobre doenças e sintomas por amigos e familiares, estudantes de medicina podem ter um papel importante na orientação de tratamento das cefaleias primárias. Caso os estudantes façam uso excessivo de analgésicos e considerem este comportamento aceitável, poderão negativamente afetar a evolução da cefaleia de outra pessoa que o procura por curiosidade. A proposta do presente trabalho foi avaliar como os alunos da faculdade de medicina da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) tratam suas próprias crises de cefaleia. **Métodos:** Questionário autoaplicável, objetivo e curto, respondido por alunos que apresentavam cefaleia pelo menos uma vez por mês. Dados da crise foram obtidos visando classificar o tipo de cefaleia por suas características e dados de tratamento foram espontaneamente citados pelos alunos. **Resultados:** Foram avaliados 77 alunos (85.7% mulheres), tipicamente com idade abaixo dos 25 anos (85.7%), e com duas a três crises de dor de cabeça ao mês (65% dos participantes). Cerca de metade destes estudantes (45%) tinham cefaleia que podia ser classificada como enxaqueca, e 18% destes apresentavam critérios de cronicidade da dor. Com relação ao tratamento, 12 alunos com enxaqueca evitavam uso de medicação, nove usavam preferencialmente anti-inflamatórios e os demais utilizavam analgésicos (tipicamente paracetamol, aspirina ou dipirona), e/ou combinações (analgésicos, anti-inflamatórios, ergotamina, triptano). De maneira geral, não houve abuso de medicações notável neste grupo de estudantes. Não houve relação entre o ano do curso e o tipo de tratamento feito para crises. **Conclusão:** Os estudantes de medicina da UNIMES que participaram desta pesquisa, independente do ano do curso, não faziam uso sistemático de excesso de analgésicos ou outras drogas para tratamento de suas crises de enxaqueca.

**Palavras-chaves:** Cefaleia, analgésicos

#### PCE 45

##### CORRELAÇÃO DE ENXAQUECA, ALEXITIMIA, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

Bruna Orquiza<sup>2</sup>, Rafael Donadel<sup>2</sup>, Claudio Scorcine<sup>1</sup>, Acacio Mattos<sup>3</sup>, Yara Fragoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIMES - Universidade Metropolitana de Santos (SP)

<sup>2</sup>L.N.Nc - UNIMES – Liga de Neurologia & Neurociências UNIMES (Santos SP)

<sup>3</sup>UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos (SP)

**Objetivos:** Enxaqueca é uma condição neurológica frequente, que atinge indivíduos jovens e limita atividades pessoais, sociais e profissionais. Comorbidades como distúrbios do humor, baixa autoestima, e a dificuldade de comunicar e compreender sua doença podem levar o paciente a um pior resultado em seu desempenho pessoal e profissional. O presente trabalho avaliou, utilizando instrumentos validados, a gravidade da enxaqueca, presença de depressão, ansiedade, alexitimia e alterações da autoestima em uma população de estudantes universitários da área da saúde. **Métodos:** Foram entrevistados 101 alunos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), através de um questionário auto preenchível

e identificado. Quando presente, a cefaleia foi caracterizada e classificada de acordo com os critérios da IHS. O impacto da enxaqueca foi analisado pela escala MIDAS. Alexitimia foi avaliada pela Escala de Toronto (TAS). Traços de ansiedade e depressão foram identificados pela escala HAD. Autoestima foi avaliada pela escala de Rosenberg. Para verificar as associações entre diversas variáveis, utilizou-se um teste Chi-Quadrado de independências, teste exato de Fisher, Shapiro-Wilk e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Pelo conjunto de observações, temos 28 estudantes que declararam ter dor crônica compatível com diagnóstico de enxaqueca (27.8% da população estudada). Valores médios de MIDAS em estudantes com enxaqueca mostraram impacto leve em 15 alunos, moderado em nove alunos e importante em quatro estudantes. As demais avaliações (humor, autoestima, alexitimia) não evidenciaram diferenças entre estudantes com ou sem enxaqueca ou com o impacto gerado pela enxaqueca. De forma geral, estas outras condições foram pouco presentes na população estudada. **Conclusão:** Embora incapacitante para alguns estudantes da área de saúde, de forma geral a enxaqueca crônica não se relacionou a depressão, ansiedade, baixa autoestima ou baixa alexitimia que foram notavelmente pouco presentes nesta população de estudantes. **Palavras-chaves:** cefaleia, enxaqueca, alexitimia, autoestima

#### PCE 46 IMPACTO DA ENXAQUECA NA MENOPAUSA

Paula Carturan<sup>1</sup>, Claudio Scorcine<sup>1</sup>, Yara Fragoso<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UNIMES - Universidade Metropolitana de Santos (SP)

**Objetivos:** Período da menopausa é particular na vida das mulheres, e existe uma opinião geral que as cefaleias primárias melhoram nesta época da vida. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de cefaleias primárias em pacientes na pós-menopausa que não utilizam terapia de reposição hormonal e o impacto da enxaqueca na vida laboral, social e familiar destas mulheres. **Métodos:** Mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia em Santos, Praia Grande e Cubatão participaram deste estudo. Foram incluídas pacientes com menopausa natural e sem uso de terapia de reposição hormonal. Avaliamos a prevalência e as características das cefaleias, o nível sócio econômico e cultural e o grau de incapacidade causado pelas cefaleias. **Resultados:** Cento e três pacientes foram incluídas no estudo. O nível sócio econômico da população estudada foi C1, o que representa a população do Brasil como um todo. A cefaleia esteve presente em 86,4%, sendo que 14,6% apresentaram enxaqueca e 71,8% "outras cefaleias". A maioria das pacientes apresentou melhora após a menopausa. Houve uma relação entre cefaleias e incapacidade total e/ou parcial nas atividades laborais, sociais e familiares, sendo que as pacientes com enxaqueca apresentaram maiores graus de incapacidade com significância estatística e maior intensidade de dor antes ( $p=0,01$ ) e após a menopausa ( $p=0,05$ ). **Conclusão:** As cefaleias primárias persistem após a menopausa com tendência a melhora, embora ainda possam causar incapacidade na vida laboral, social e familiar das mulheres na pós-menopausa. **Palavras-chaves:** enxaqueca, menopausa

#### PCE 47 REVISÃO SISTEMÁTICA DA ASSOCIAÇÃO DE ALUCINAÇÕES ÀS ENXAQUECAS

Tamara Beloni<sup>2</sup>, Joara Aniceto<sup>2</sup>, Lucas Abreu<sup>2</sup>,  
Marina Pereira<sup>1</sup>, Mariana Cardoso<sup>1</sup>, Yara Fragoso<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UNIMES – Universidade Metropolitana de Santos (SP)  
<sup>2</sup>L.N.Nc-UNIMES – Liga de Neurologia & Neurociências  
UNIMES (Santos SP)

**Objetivos:** Alucinações visuais não são raras na enxaqueca e inclusive fazem parte da classificação de "auras visuais". No entanto, outras formas de alucinações precedendo ou acompanhando as crises de enxaqueca são menos descritas e citadas. A proposta do presente trabalho foi rever sistematicamente os dados de literatura sobre alucinações relacionadas à enxaqueca. **Métodos:** Revisão sistemática rigorosa (PRISMA) utilizando Pubmed, Medline, Scielo, LILACS e Google Scholar, com os termos de busca "migraine" AND "hallucinations" OR "visual hallucination" OR "olfactory hallucination" OR "smell hallucination" "audio hallucination" OR "hearing hallucination" OR "taste hallucination". Foram incluídos apenas trabalhos com estas palavras ou expressões em inglês no título ou no resumo. **Resultados:** Foram identificados 253 artigos que preenchiam os critérios de busca. Foram selecionados 15 trabalhos após ampla discussão entre os autores desta revisão. Alucinações visuais foram as mais frequentemente descritas, embora abrangessem um amplo espectro de manifestações. Alucinações olfatórias, gustativas e auditivas foram menos estudadas e referidas pelos pacientes, mas questiona-se se não seriam mais frequentes se fossem parte da rotina de investigações da anamnese. **Conclusão:** Alucinações visuais de diversas características são muitas vezes relatadas por pacientes com enxaqueca. Outras formas de alucinações são pouco relatadas e/ou sub-investigadas. **Palavras-chaves:** Enxaqueca, alucinações

#### PCE 48 ENXAQUECAS E CANNABINOIDES

Marina Pereira<sup>1</sup>, Caroline Spessotto<sup>1</sup>, Mariana Cardoso<sup>1</sup>,  
Camila Pereira<sup>1</sup>, Yara Fragoso<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>UNIMES – Universidade Metropolitana de Santos (SP)

**Objetivos:** O uso de canabinoides é um tema em ampla evidência no cenário mundial e apesar de se tratar de um assunto considerado polêmico por muitos no meio médico e sócio-político, não podemos deixar de nos atentar a sua relevância como alternativa terapêutica. O presente trabalho é uma revisão sistemática, nos moldes PRISMA, sobre a associação entre enxaqueca e uso de cannabis, de toda literatura disponível em plataformas de pesquisa. **Métodos:** Revisão sistemática rigorosa (PRISMA) utilizando Pubmed, Scielo, Medline, LILACS e Google Scholar, com as palavras de busca "migraine" AND "cannabinoids" OR "migraine" AND "marijuana". Foram incluídos apenas trabalhos com essas expressões em inglês no título ou no resumo. **Resultados:** Foram identificados 20 artigos que preenchiam os critérios de busca. Selecionamos 7 trabalhos após discussão com os au-

tores desta revisão. Em resumo, estes estudos mostraram que os canabinoides possuem efeito protetor avaliado em estudos pré-clínicos e seu potencial no sistema nervoso central relacionados à serotonina e vasoconstrição periférica. **Conclusão:** Os trabalhos indicam que canabinoides podem ser utilizados como terapia alternativa, apesar de não ter estudos de ensaios clínicos disponíveis demonstrando efeito direto na enxaqueca.

**Palavras-chaves:** Enxaqueca, canabinoide

## DOR OROFACIAL

### PDO 01

#### CONTRIBUIÇÃO DE VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS NA PERCEPÇÃO DA DOR EM INDIVÍDUOS COM DOR OROFACIAL

Fernanda Salloume Sampaio Bonafé<sup>1</sup>, João Maroco<sup>2</sup>,  
Juliana Alvares Duarte Bonini Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FOAr-UNESP - Faculdade de Odontologia de Araraquara (SP)

<sup>2</sup>ISPA-IU - Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
(Lisboa-Portugal)

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi estimar a contribuição de variáveis psicológicas na percepção da dor em indivíduos adultos com dor orofacial. **Métodos:** Foram levantadas informações demográficas como sexo, idade e nível econômico dos indivíduos que procuraram atendimento na Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. A presença e a origem da dor orofacial foi investigada. A severidade e a interferência da dor na vida dos participantes foram avaliadas a partir do Inventário Breve de Dor. Foram utilizados para levantamento das variáveis psicológicas o Questionário de Vigilância e Consciência em relação à Dor, a Escala de Catastrofização da dor, o Questionário de Autoeficácia em relação à Dor, a Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde - forma C, a Escala de Alexitimia de Toronto - 20 e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - 21. A validade dos instrumentos foram validados a partir da análise fatorial confirmatória utilizando os índices de qualidade de ajustamento  $\chi^2/gf$ , CFI, GFI e RMSEA. A confiabilidade dos dados foi avaliada pela Confiabilidade Composta (CC). Foi proposto modelo de equações estruturais para avaliar o impacto das variáveis psicológicas na percepção da severidade e da interferência da dor orofacial dos indivíduos adultos. **Resultados:** Participaram 438 pacientes com dor orofacial, a maioria eram mulher (75%), pertencentes ao nível econômico C (56%) e com média de idade de  $36 \pm 9$  anos. A dor mais frequente foi a de origem odontogênica (77%). Os resultados de todos os instrumentos foram válidos ( $\chi^2/gf < 5,00$ , CFI e GFI  $> 0,90$  e RMSEA  $< 0,10$ ) e confiáveis (CC  $> 0,70$ ). As variáveis psicológicas apresentaram impacto significativo ( $p < 0,05$ ) na percepção da dor dos indivíduos e o modelo proposto explicou 24% da variabilidade da percepção da severidade da dor e 65% da variabilidade da percepção da interferência da dor na vida dos indivíduos. **Conclusão:** As variáveis psicológicas apresentaram contribuição significativa na percepção da severidade e na interferência da dor na vida de indivíduos adultos.

**Palavras-chaves:** Modelagem de Equações Estruturais, Psicologia da Dor, Psicometria

### PDO 02

#### BRUXISMO DO SONO MODIFICA A ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR DOLOROSA E ALODÍNIA CUTÂNEA EM PACIENTES MIGRANOSOS

Guilherme Vinícius do Vale Braido<sup>1</sup>, Marco Túlio Faria Oliveira<sup>1</sup>, Leticia Bueno Campi<sup>1</sup>, Paula Cristina Jordani<sup>1</sup>,  
Marcelo Eduardo Bigal<sup>2</sup>, Giovana Fernandes<sup>1</sup>,  
Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FOAr – Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP  
(Araraquara, SP)

<sup>2</sup>Teva - Teva Pharmaceuticals (USA)

**Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi investigar a influência do provável bruxismo do sono na associação entre disfunção temporomandibular (DTM) dolorosa e alodínia cutânea ictal em pacientes migranosos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com uma amostra clínica composta por 238 indivíduos migranosos que procuraram tratamento na Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP. A presença de DTM dolorosa foi classificada pelo *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD), e a presença de alodínia cutânea ictal pelo questionário *Allodynia Symptoms Checklist 12* (ASC-12), traduzido e validado para o Português. O provável bruxismo do sono foi identificado pelos critérios clínicos propostos pela *American Academy of Sleep Medicine*. Outros fatores associados com a alodínia cutânea, tais como gênero, obesidade e depressão foram considerados variáveis de confusão. Os dados foram analisados por meio de regressões logísticas uni e multivariada. A magnitude das associações foram estimadas pelo odds ratio com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Os modelos de regressão logísticas, em que a amostra foi estratificada pela presença de bruxismo do sono e DTM dolorosa, mostraram que a presença isolada de tais condições não foram significativamente associadas à presença de AC. Entretanto, a presença concomitante do bruxismo do sono e DTM dolorosa mostrou-se associada à AC [OR = 3,6 (IC 95% = 1,54-8,51)]. **Conclusão:** Podemos concluir que somente a presença simultânea do bruxismo do sono e DTM dolorosa está associada à presença de AC ictal em pacientes migranosos, sugerindo um papel moderador do bruxismo do sono na associação entre DTM dolorosa e alodínia cutânea.

**Palavras-chaves:** Bruxismo, dor facial, transtornos de enxaqueca

### PDO 03

#### ALODÍNIA CUTÂNEA EM PACIENTES COM ODONTALGIA ATÍPICA

Juliana Stuginski-Barbosa<sup>1</sup>, André Luis Porporatti<sup>2</sup>,  
Paulo César Rodrigues Conti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FOB-USP – Faculdade de Odontologia de Bauru (SP)

<sup>2</sup>UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
(Florianópolis, SC)

**Objetivos:** Estimar a ocorrência de alodínia cutânea (AC) em pacientes com odontalgia atípica (OA) e correlacionar com sintomas de ansiedade e depressão, qualidade do sono, qualidade de vida e resultados de testes quantitativos senso-

riais (TQS). **Métodos:** Vinte pacientes com OA (15 mulheres,  $58.5 \pm 12.9$  anos) foram selecionadas a participarem. *Allodynia Symptom Checklist (ASC-12)* em sua versão em Português brasileiro foi utilizado para aferir a AC no mês anterior utilizando 12 questões sobre frequência de sintomas de alodínia. Sintomas de ansiedade foram verificados utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), enquanto o Inventário de Depressão de Beck (BDI) verificou sintomas de depressão. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) foi utilizado para verificar a qualidade do sono e o Questionário Short-Form 36 (SF-36) foi utilizado para verificar qualidade de vida. Intensidade de dor foi aferida por uma escala visual analógica de 100 mm. Quatro TSQ foram realizados em sequência sobre a mucosa dentoalveolar nas áreas afetadas: limiar de detecção mecânico (MDT), limiar de detecção de dor (PDT), alodínia mecânica dinâmica (DMA) e somação temporal (TS). Coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ) foi utilizado para estimar as correlações entre as variáveis. **Resultados:** O escore mediano do ASC-12 foi 3.5 de 24 [intervalo interquartil (II) = 6]. A presença de AC por qualquer severidade foi observada em 55% da amostra. Escores do ASC-12 foram correlacionados positivamente com escores do questionário BAI ( $\rho=0.682$ ;  $p=0.001$ ), e BDI ( $\rho=0.523$ ;  $p=0.018$ ).

**Conclusão:** A maioria dos pacientes com OA apresenta AC, o que sugere que este sintoma deve ser investigado. A severidade da AC foi correlacionada com sintomas de ansiedade e depressão.

**Palavras-chaves:** Alodínia, odontalgia atípica, dor neuropática

#### PDO 04

##### AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOLOROSA E DE ASPECTOS EMOCIONAIS DE MULHERES COM DOR MIOFASCIAL SUBMETIDAS À LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE

Laís Valencise Magri<sup>2,1</sup>, Vinicius Almeida Carvalho<sup>1</sup>,  
Flávia de Cássia Cabral Rodrigues<sup>1</sup>, César Bataglion<sup>1</sup>,  
Christie Ramos Andrade Leite-Panissi<sup>2,1</sup>

<sup>1</sup>FORP/USP – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (SP)

<sup>2</sup>FFCLRP/USP - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Analisar as variações na intensidade e sensibilidade à dor, bem como nos níveis de cortisol salivar e de ansiedade em mulheres com dor miofascial submetidas à laserterapia de baixa intensidade (LLLT). **Métodos:** 61 mulheres com idade entre 18 e 60 anos, com diagnóstico de dor miofascial (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*), foram divididas em: grupo laser ( $n=31$ ) e placebo ( $n=30$ ). Em adição foram analisadas 30 mulheres sem diagnóstico de dor miofascial (controle). A LLLT foi aplicada em pontos pré-estabelecidos da região orofacial, 2x por semana, totalizando oito sessões (780 nm, para masseter e temporal anterior = 30 J/cm<sup>2</sup>, 60mW por 20 seg. e na ATM = 75 J/cm<sup>2</sup>, 60mW, 50 seg.). A intensidade de dor foi determinada por meio de uma Escala Visual Analógica, e a sensibilidade à dor foi mensurada por meio do limiar de dor à pressão (LDP) em pontos orofaciais e corporais. Quanto aos aspectos emocionais, foi dosado o cortisol salivar a fim de estabelecer os níveis de estresse, e aplicado o questionário Inventário de Beck para avaliar a ansiedade. Para comparação intragrupos ao

longo da LLLT foi utilizado o Teste de Friedman e para comparação intergrupos, o Mann-Whitney. **Resultados:** Foi encontrada maior sensibilidade à dor nas mulheres com dor miofascial ( $p<0.05$ ) comparadas às controles. A LLLT não alterou o LDP dos sítios orofaciais e corporais avaliados (laser e placebo) ( $p>0.05$ ). Houve redução da intensidade de dor e dos níveis de ansiedade ( $p<0.05$ ) para laser e placebo, e não houve variação dos níveis de cortisol. **Conclusão:** A LLLT ativa e placebo reduziu a intensidade de dor e os níveis de ansiedade, porém não alterou a sensibilidade à dor de pontos orofaciais/corporais e os níveis de cortisol salivar (estresse). **Palavras-chaves:** Disfunção temporomandibular, Laserterapia de baixa Intensidade, Sensibilidade dolorosa, Aspectos emocionais

#### PDO 05

##### A MOBILIDADE DA COLUNA CERVICAL SUPERIOR PELO FLEXION-ROTATION TEST EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Michele Peres Ferreira<sup>1</sup>, Cesar Becalel Waisberg<sup>2</sup>, Paulo Cesar Rodrigues Conti<sup>2</sup>, Debora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USP RP - Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (SP)

<sup>2</sup>USP Bauru - Universidade de São Paulo de Bauru (SP)

**Objetivos:** Verificar a amplitude de movimento passiva da coluna cervical no segmento superior pelo *Flexion-rotation Test (FRT)* em mulheres com Disfunção Temporomandibular (DTM). **Métodos:** Quarenta mulheres foram diagnosticadas com DTM por uma equipe de dentistas especializados de acordo com o RDC/TMD. 17 mulheres foram incluídas no grupo controle (Tabela 1). Todas as voluntárias foram avaliadas por um fisioterapeuta com 10 anos de experiência e executou o exame para analisar a mobilidade da coluna cervical superior com o *Flexion-rotation Test (FRT)* com a ferramenta CROM® (*Cervical Range of Motion - Performance Attainment Associates*). O FRT é um teste válido para mensurar a mobilidade rotacional especificamente do nível C1/C2, e útil para auxiliar o diagnóstico de Cefaleia Cervicogênica. Além disso, apresenta boa confiabilidade e o ICC intra e entre-examinador ( $ICC > 0,95$ ;  $ICC > 0.76$  respectivamente), e com mínima diferença detectável (MDD) de 7 graus. É considerado um teste preciso e confiável quando usado por examinadores experientes e inexperientes. Dada a alta frequência de relato de dor de cabeça a amostra de DTM foi estratificada pela presença dos sintomas, em DTM com cefaleia ( $n=25$ ) e DTM sem cefaleia ( $n=15$ ). Para comparações entre os grupos controle, DTM Cefaleia e DTM Sem Cefaleia foram aplicados ANOVA one way, seguida por teste *post hoc* de Tukey. E para as comparações entre o grupo DTM (independente da presença de cefaleia) e grupo Controle foi aplicado o teste T-student. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Os dados do FRT revelaram que houve diferença entre os três grupos com DTM (média±DP:  $32^\circ \pm 9.78$ ) DTM com cefaleia ( $32^\circ \pm 8.74$ ) DTM sem cefaleia ( $31^\circ \pm 11.57$ ) ( $p<0.05$ ) em relação ao controle ( $45^\circ \pm 7.22$ ). Porém, não foi encontrada diferenças significativas entre os grupos com e sem cefaleia. **Conclusão:** Pacientes com DTM com ou sem relato de dor de cabeça apresentam menor ADM de rotação passiva do segmento superior (C1-C2) da coluna cervical.

**Palavras-chaves:** *Temporomandibular disorders, Upper Cervical Spine, Flexion-rotation Test*

**PDO 06**  
**A MUDANÇA NOS CONTATOS OCLUSAIS NÃO ALTERA O EQUILÍBRIO POSTURAL**

Ana Izabela Sobral de Oliveira<sup>1</sup>, Alice Stahl Gaido<sup>1</sup>,  
Cláudia Maria Felício<sup>1</sup>, Débora Bevilaqua-Grossi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo (SP)

**Objetivos:** Analisar o equilíbrio postural estático com a baropodemia diante de alterações na dimensão vertical de oclusão bilateral e unilateral em voluntários saudáveis. **Métodos:** Foram avaliados 10 voluntários saudáveis de ambos os sexos, com idade média de 23,55 (DP=1,94) anos, sem sinais de disfunção temporomandibular e oclusão normal. Para avaliar o equilíbrio postural os voluntários permaneceram em postura estática sob uma plataforma de baropodemia (Matscan System®), em três condições: repouso, mordida voluntária máxima com parafilme (4 mm) bilateral e unilateral no lado de preferência da mordida. O comportamento do centro de pressão (COP) foi verificado com as análises: distância e área percorrida; amplitude de deslocamento ântero-posterior e médio-lateral; velocidade média total. A comparação entre as três condições foi feita com o teste ANOVA one-way e post-hoc de Tukey. **Resultados:** A distância percorrida foi de 211,5 (131,9;290,9)mm em repouso; 187,3 (138,5;236,1)mm na mordida bilateral e de 208,1 (140,2;275,9)mm na unilateral, não apresentando diferença entre os grupos ( $p < 0,823$ ), o mesmo foi observado na área percorrida que foi de 1,12 (0,31;2,55)mm<sup>2</sup> no repouso, 0,48 (0,33;0,63)mm<sup>2</sup> na mordida bilateral e de 0,43 (0,26;0,59)mm<sup>2</sup> na unilateral ( $p < 0,356$ ). A amplitude de descolamento ântero-posterior apresentou um aumento durante a mordida unilateral (3,9 (3,04;4,8)mm) quando comparado ao repouso (3,5 (2,9;4,09)mm) e a mordida bilateral (3,35 (3,0;3,7)mm) no entanto sem diferença estatística ( $p < 0,352$ ). Na amplitude de deslocamento médio-lateral os grupos foram bastante similares: 2,7 (1,7;3,6)mm, 2,3 (1,8;2,8)mm e 2,5 (1,8;3,1) mm, no repouso, mordida bilateral e unilateral respectivamente ( $p < 0,7$ ). A velocidade média do COP foi reduzida durante as condições com mudanças oclusais (bilateral: 47,5 (40,3;54,6)mm/s e unilateral: 46,5 (37,9;55,1)mm/s) quando comparada ao controle (51,3 (39,1;63,5)mm/s) porém sem diferença estatística ( $p < 0,69$ ). **Conclusão:** Apesar de existir um possível padrão de redução da oscilação postural durante a mordida bilateral, neste estudo o aumento da dimensão vertical de oclusão bilateral ou unilateral parece não ter evidência de perturbação no equilíbrio postural.

**Palavras-chaves:** Postura, Sistema estomatognático, Articulação temporomandibular

**PDO 07**  
**NEUROPATIA HIPERTRÓFICA DE TRIGÊMEO APÓS MANIPULAÇÃO DENTÁRIA**

Cecília Vidal<sup>1</sup>, Leonardo Modenezi<sup>1</sup>, Fernanda Nogueira<sup>1</sup>,  
Marcos RG de Freitas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFF – Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ)

**Objetivos:** Relatar um caso de neuropatia hipertrófica de nervo trigêmeo esquerdo secundário a manipulação dentária cirúrgica. **Métodos:** Paciente avaliada no ambulatório de neuropatias periféricas por queixa de parestesia e dor em território de V2. Paciente foi submetida a Ressonância Magnética de crânio. **Resultados:** Paciente submetida a tratamento dentário recorrente para obturação em primeiro molar superior esquerdo desde março de 2015. Única comorbidade é rinite alérgica que começou a tratar com corticoide intranasal e anti-histaminico oral. Em outubro de 2015, durante o tratamento da rinite alérgica, começou a apresentar parestesias em lábio superior a esquerda que acometia todo o território de V2 do lado esquerdo. Na ocasião havia hipoestesia tátil e dolorosa associada. RM de crânio evidenciou hipertrofia do ramo V2 do nervo trigêmeo esquerdo junto ao cavum de Meckel. Após seis meses, paciente evoluiu com alodínia nessa região associado a com sensação de choque que irradia por toda a área inervada por V2 esquerdo, ao tocar a aleta nasal ipsilateral ("trigger zone"). **Conclusão:** Há casos na literatura de hipertrofia de nervo trigêmeo após manipulação cirúrgica que envolva raiz dentária, principalmente após uso de pasta N2 nos procedimentos ortodônticos. O caso acima relatado condiz com a literatura, visto que houve uma relação causal dos procedimentos realizados pela paciente bem como os achados semiológicos e radiológicos. Não temos informações em relação a técnica ou o material utilizado durante o procedimento dentário. Não foi encontrado outro fator causal para o quadro apresentado.

**Palavras-chaves:** Neuropatia, trigemeo, manipulação, dental

**PDO 08**  
**USO DO TESTE DA GOMA DE MASCAR COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA PARA CLAUDICAÇÃO DE MANDIBULA NA ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES- RELATO DE CASO**

Deborah Dayane Martins<sup>1</sup>, Filipe Araujo<sup>1</sup>, Thamara Silva<sup>1</sup>,  
Rodrigo Gomez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HMT - Hospital Madre Teresa (Belo Horizonte, MG)

**Objetivos:** Relatar a aplicabilidade do teste da "goma de mascar" como ferramenta diagnóstica na claudicação mandibular e correlacionar seu resultado com o diagnóstico de arterite de células gigantes. **Métodos:** Revisão bibliográfica e prontuário. **Resultados:** O teste da goma de mascar deflagrou claudicação mandibular após 2 minutos de uso configurando-se como ferramenta útil na caracterização de dor orofacial atípica para o diagnóstico de arterite de células gigantes. **Conclusão:** Arterite de células gigantes é uma vasculite de grandes arterias afetando a aorta e seus ramos, sendo a vasculite sistêmica mais comum acima dos 50 anos. As manifestações clínicas são frequentemente mal interpretadas acarretando o atraso diagnóstico e tratamento e consequente risco de cegueira. Dentre as manifestações clínicas, a claudicação mandibular é reportada em pelo menos 50% dos pacientes, porém a caracterização deste sintoma é muitas vezes inespecífica. Relatamos um caso clínico de uma paciente idosa com diplopia, cefaleia holocraniana de aspecto recente e dor facial imprecisa. Realizado teste com goma de mascar e deflagrado claudicação mandibular após 2 minutos. O teste da goma de mascar foi crucial para direcionar a investiga-

ção clínica para arterite de células gigantes e início precoce do tratamento. Realizado biópsia de artéria temporal com achados sugestivos de arterite de células gigantes confirmando o diagnóstico. Concluímos que tal ferramenta pode ser útil em uma primeira abordagem diagnóstica de pacientes com suspeita de arterite de células gigantes. Após a caracterização que a dor facial atípica se assemelhava à claudicação mandibular, a paciente preencheu todos os critérios da eular-acr<sup>2</sup>, permitindo o tratamento em tempo hábil.

**Palavras-chaves:** Arterite de células gigantes, teste da goma de mascar, claudicação de mandíbula, dor orofacial atípica  
**Referências:** <sup>1</sup>Chih Hung Kuo; McCluskey Peter; Fraser, Clare L. Chewing Gum Test for Jaw Claudication in Giant-Cell Arteritis, *N Engl J Med* 2016, 374-18.

<sup>2</sup>Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, et al.: The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1122-8

### PDO 09

#### DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR EM PACIENTE COM ESPASMO HEMIMASTIGATÓRIO

Fabiano Taira Higa<sup>2</sup>, Jorge Alberto Martins Pentiado Júnior<sup>2</sup>, Laís Valencise Magri<sup>3</sup>, César Bataglion<sup>3</sup>  
<sup>2</sup>HCFMRP – Hospital das Clínicas (Ribeirão Preto, SP)  
<sup>3</sup>FORP – Faculdade de Odontologia da USP, ambulatório DORF (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Relatar um caso de Espasmo Hemimastigatório associado a disfunção têmporo-mandibular, a resposta ao tratamento proposto e a evolução clínica. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, exame clínico, odontológico e neurológico, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. **Resultados:** A paciente apresentou melhora completa dos espasmos e dos sintomas dolorosos após 10 dias de aplicação de toxina botulínica tipo A (TBA), sendo realizados 50 UI em 4 pontos na musculatura temporal e 50 UI em 5 pontos no masseter. Foram também realizadas sessões de fisioterapia mastigatória e terapia de estabilização da oclusão dentária com placa de acrílico para tratamento da DTM. Apresentou também aumento considerável de abertura da boca (45mm) após dois meses de tratamento. **Conclusão:** O espasmo hemimastigatório é um raro distúrbio do nervo trigêmeo caracterizado por contrações involuntárias paroxísticas da musculatura mastigatória de fechamento da mandíbula unilateral. Tais contrações podem se tornar extremamente dolorosas e podem limitar de forma importante a qualidade de vida do paciente. A aplicação de toxina botulínica na musculatura inervada pelo nervo trigêmeo demonstrou ser muito eficaz no controle dos sintomas. Existem opções de tratamento farmacológico, como carbamazepina ou baclofeno, porém com resultados bem mais modestos. Se houver evidência de conflito vascular do ramo motor do trigêmeo, a descompressão cirúrgica pode ser uma boa opção terapêutica.

**Palavras-chaves:** Espasmo hemifacial, Dor, Disfunção têmporo-mandibular, Eletroneuromiografia, Toxina Botulínica  
**Referências:** 1. Cruccu G, Inghilleri M, Berardelli A, Pauletti G, Casali C, Coratti P, Frisardi G, Thompson PD, Manfredi M (1994) Pathophysiology of hemimasticatory spasm. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 57:43-50.

2. Kim JH, Han SW. A Case of Painful Hemimasticatory Spasm with Masseter Muscle Hypertrophy responsive to Botulinum Toxin (2009). *J Mov Disord* 2(2):95-7.

3. Ebersbach G, et al. (1995) Hemimasticatory spasm in hemifacial atrophy: diagnostic and therapeutic aspects in two patients. *Mov Disord* 10:504-507

4. KH Chon, et al. (2012). Hemimasticatory spasm treated with microvascular decompression of the trigeminal nerve. *Acta Neurochir* 154(9):1635-9.

### PDO 10

#### TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PAIN IS ASSOCIATED WITH MIGRAINE IN ADOLESCENTS

Giovana Fernandes<sup>1</sup>, Marco Antônio Arruda<sup>2</sup>, Marcelo Eduardo Bigal<sup>3</sup>, Cinara Maria Camparis<sup>1</sup>, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FOAr/UNESP – Faculdade de Odontologia de Araraquara (Araraquara, SP, Brasil)

<sup>2</sup>Instituto Glia - Instituto Glia (Ribeirão Preto, SP, Brasil)

<sup>3</sup>TEVA - Teva Pharmaceuticals Industries Ltd. (North Wales, PA, USA.)

**Objectives:** Headaches and temporomandibular disorders (TMD) pain are comorbid in adults. Both are also highly prevalent in adolescents. Herein we investigate the association of TMD pain with migraine, tension-type headache, and headache frequency in adolescents. Moreover, we explored the association of these headaches with the number of sites (muscle and joints) painful to palpation in the trigeminal area. **Methods:** This was a cross-sectional study. TMD pain was assessed through the Research Diagnostic Criteria for TMD. Migraine and tension-type headaches were classified according to the Second Edition of the International Classification for Headache Disorders. Logistic and linear regression models were used to test the associations. **Results:** The final sample consisted of 149 adolescents (57% girls), with mean age of 13.7 ( $\pm$  0.7) years old. Among them, 55.7% presented TMD pain, 36.2% had migraine and 17.4% had tension-type headache. The logistic regression model demonstrated that adolescents with TMD pain were more likely to have migraine in relation to adolescents without TMD pain [OR= 3.0 (95% CI: 1.47-6.19);  $p=0.033$ ]. Significant differences were not seen for tension-type headache [OR= 1.0 (95% CI: 0.39-2.14);  $p=0.834$ ]. TMD pain was also associated with a gradual increase in headache frequency ( $p$ -for-trend=0.0007). Adolescents with migraine showed a higher number of painful sites on palpation in the trigeminal area, compared to adolescents with no migraine. The linear regression model revealed an unstandardized coefficients of 2.83 ( $\pm$ SE = 0.302; CI= 1.37-4.28;  $p= 0.000$ ), and a standardized coefficient of  $\beta= 0.302$  and SUM R<sup>2</sup> = 0.091. **Conclusion:** Migraine and frequency of headache are associated with TMD pain in adolescents. Causality should be assessed in further studies.

**Keywords:** Adolescent, central nervous system sensitization, headaches disorders primary, pain, temporomandibular disorders

**References:** Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia*. 2004;24:(Suppl 1) 9-160. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord*. 1992;6:301-55.

**PDO 11**  
**ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE MIGRÂNEA E ALODÍNIA**  
**CUTÂNEA EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO**  
**TEMPOROMANDIBULAR CRÔNICA**

Guilherme Vinicius do Vale Braido<sup>1</sup>, Arthuro Ameleto Riga Neto<sup>1</sup>, Leticia Bueno Campi<sup>1</sup>, Paula Cristina Jordani<sup>1</sup>, Giovana Fernandes<sup>1</sup>, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>FOAr – Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP (Araraquara, SP)

**Objetivos:** Objetivo desse trabalho foi investigar a associação entre a presença e a frequência da Migrânea (episódica ou crônica) e da Alodínia Cutânea (AC), com a Disfunção Temporomandibular (DTM) crônica. **Métodos:** Para este estudo foi selecionada uma amostra composta por 454 indivíduos, que procuraram por tratamento na Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP. Deste total, 350 (77,1%) eram mulheres, e, dentro de toda a amostra, 282 indivíduos (62,1%) apresentaram DTM dolorosa. O Diagnóstico da DTM foi feito segundo o Protocolo de Pesquisa Clínica em DTM e Dor Orofacial, desenvolvido para esse fim. Para a classificação da DTM dolorosa, foi utilizado o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*. O questionário denominado *Allodynia Symptom Checklist - 12* foi utilizado para identificar a AC. E para identificação da Migrânea foi utilizado o questionário baseado nos Critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (CIC-2). Para adequado teste da hipótese, foi conduzido um estudo caso controle. **Resultados:** O teste do qui-quadrado foi utilizado para estudo das associações de interesse. Regressão logística multivariada foi usada para estimar o *odds ratio* (razão de chances) para cada variável exploratória, e mostrou que a Migrânea (OR=4,41; IC 95%=2,66-7,33) e Sintomas Físicos Não Específicos (SFNE) (OR=3,52; IC 95%=2,13-5,80) foram fatores de predição para a DTM crônica. A análise multivariada para predição do grau de incapacidade da DTM crônica de acordo com o grau de dor relacionada a DTM mostrou que a AC (OR=3,10; 1,67-5,74) contribuiu para maior gravidade (maior grau de incapacidade) da DTM crônica. **Conclusão:** Indivíduos com migrânea e SFNE tem maior risco para cronificação da DTM; sendo que migranosos com AC tem uma maior chance de terem um alto grau de incapacitação pela DTM.

**Palavras-chaves:** Dor facial, Alodínia cutânea, Transtornos de enxaqueca

**PDO 12**  
**AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES COM**  
**DTM E DOR OROFACIAL**

Jorge Von Zuben<sup>1</sup>, Getulio Puntel de Moraes Junior<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ACDC - ACDC – Campinas, SP

**Objetivos:** Avaliar o estado de ansiedade e depressão em pacientes com queixas clínicas de DTM Muscular e ou Articular. **Métodos:** Foi aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão – HAD em 27 pacientes com provável DTM Muscular e Articular entre 23 a 61 anos de idade na clínica de DTM e DOF da ACDC Campinas, no período de 10/2015 a 05/16.

**Resultados:** Foi registrado que os pacientes apresentaram 16% provável ansiedade/14% possível ansiedade – 70% improvável ansiedade. Para a depressão: 13% provável – 27% possível – 60% improvável. **Conclusão:** Conclui-se que este estudo não corresponde aos achados clínicos comparados aos estudos publicados. O que chama a atenção na pesquisa é de se ter maior índice para provável ansiedade do que para provável depressão, e que registrou-se maior índice de possível depressão em comparação a possível ansiedade. Já os índices de improvável não se apresentaram com margem estatística relevante.

**Palavras-chaves:** Depressão, ansiedade, dor orofacial, DTM, escala HAD

**Referências:** Zigmond AS7, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370  
 Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5):355-63, 1995.

**PDO 13**  
**DOR NEUROPÁTICA: NEUROMA DE AMPUTAÇÃO**

Jorge von Zuben<sup>1</sup>, Getulio Puntel de Moraes Junior<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ACDC – Campinas, SP

**Objetivos:** Apresentar através de um caso clínico com queixas de dores persistentes pós extrações de 3 molares, as características clínicas, métodos de diagnóstico e estratégia terapêutica na tentativa de controle e remissão dos sintomas de dor. **Métodos:** Foi realizado avaliação com Inventário DN-4, mais os critérios RDC/DTM eixo I para avaliação das queixas de DTM e dor orofacial do paciente. Homem, 27 anos, Leucoderma, que se apresentou na clínica de DTM e DOF da ACDC Campinas, no período de 12/2015 a 05/16. **Resultados:** Foi colhido resultados de RDC/DTM - Dor miofascial com limitação de abertura de boca. Inventário DN-4 - Provável dor neuropática. **Conclusão:** Paciente foi diagnosticado com DTM Muscular e dor neuropática. Através do exame clínico e QST constata-se presença de Alodínia - Parestesia- Hiperálgia nas regiões pós-exodontia dos elementos 38 e 18.

**Palavras-chaves:** Dor neuropática, Leucoderma, Dor miofascial, RDC/DTM, Dor orofacial

**Referências:** Barros N. Manifestações clínicas da dor crônica e princípios do tratamento. *Dor diagnóstico e tratamento*. 2004;1(3):3-10.  
 Benoliel R, Sharav Y, Tal M, Eliav E. Management of chronic orofacial pain: today and tomorrow. *Compendium* 2003;24(12):909-28.  
 Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord*. 1992;6: 301-355.  
 Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *J Orofac Pain*. 2002;16:207-220.  
 Okeson JP. *Dores Bucofaciais de Bell*. 5ª ed. São Paulo: Quintessence Editora Ltda., 1998.

**PDO 14**  
**CENTRAL SENSITIZATION AND PAINFUL**  
**TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS: A TRANSVERSAL STUDY**

Letícia Bueno Campi<sup>1</sup>, Paula Cristina Jordani<sup>1</sup>,  
 Giovana Fernandes<sup>1</sup>, Daniela Aparecida Godoi Gonçalves<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>FOAr-Unesp – Faculdade de Odontologia de Araraquara (SP)

**Objectives** The presence of generalized allodynia and hyperalgesia in patients with painful temporomandibular disorders (TMD) indicates the existence of central sensitization. Only few studies have investigated the presence of these phenomena in patients with TMD free of other persistent pain. Therefore, the aim of this study was to test whether painful TMD is associated with generalized allodynia and hyperalgesia independent of the other painful conditions. Additionally, we also examined if there is an additive effect in this association related to the migraine. **Methods:** Participants were classified according to the presence of painful TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC) - Axis I), migraine (*The International Classification of Headaches Disorders-III*), depression and non-specific physical symptoms (RDC-Axis II). Trigeminal and extratrigeminal allodynia and hyperalgesia were assessed through vibrotactile stimulation and algometry, respectively. Fisher, Chi-Square, and Mann-Whitney Tests were performed with level of significance set at 0.05. **Results:** The sample consisted of 250 individuals, 193 women (77.2%); aged between 19 and 65 years (mean = 35.8 ± 12.8 years). Volunteers were free of fibromyalgia, other types of headaches (not migraine) or other painful conditions. Presence of TMD pain was higher in females ( $p < 0.001$ ) and in the presence of migraine ( $p < 0.001$ ). Painful TMD was associated with higher pain sensitivity in the trigeminal ( $p < 0.001$ ) and extratrigeminal region ( $p < 0.001$ ) independent of the presence of migraine, depression, and non-specific physical symptoms; and lower pressure pain threshold values in the trigeminal ( $p < 0.001$ ) and extratrigeminal area ( $p < 0.001$ ). Subjects with painful TMD had significantly lower pressure pain threshold in the trigeminal ( $p < 0.001$ ) and extratrigeminal region ( $p < 0.001$ ), suggesting the presence of secondary hyperalgesia. **Conclusion:** Our results pointed for the existence of central sensitization associated with TMD. Central sensitization is an important aspect of the chronification processes. It should be considered in the evaluation and treatment of patients with painful TMD, since it requires central approaches, while acute pain responds well to peripheral approaches.

**Keywords:** Central Nervous System Sensitization, Hyperalgesia, Temporomandibular joint disorders

**PDO 15**  
**CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL NO**  
**ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTE EM**  
**TRATAMENTO PARA DTM**

Melissa de Oliveira Melchior<sup>1</sup>, Laís Valencise Magri<sup>1</sup>,  
 Ana Elisa Mello Sassaron<sup>1</sup>, Letícia Richard Miranda  
 Silva<sup>1</sup>, Marcelo Oliveira Mazzetto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FORP-USP – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto  
 (Ribeirão Preto, SP)

**Objetivos:** Relatar e avaliar os resultados parciais do tratamento de uma paciente com disfunção temporomandibular (DTM) baseados em reavaliações clínica e instrumentais. **Métodos:** *Relato do caso:* Paciente do gênero feminino, 33 anos, com queixa de dores orofaciais e diagnóstico de DTM mista de acordo com o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) (Ib, IIa, IIIa), submetida ao tratamento fonoaudiológico. Os parâmetros de avaliação utilizados foram: Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores (AMIOFE), eletrognatografia (*Jaw Motion Analysis*) e eletrovibrotografia (*Jaw Vibration Analysis*). **Resultados:** Houve aumento dos escores para o AMIOFE de 66 para 77 pontos. Foi observado pela eletrognatografia ganho na amplitude dos movimentos de abertura bucal máxima (de 43,6 para 57mm), e de lateralidade esquerda (de 9,8 para 11mm). A porcentagem de utilização da abertura bucal durante a fala em relação ao movimento máximo diminuiu, conferindo mais liberdade e conforto durante a fala (de 29,8% para 21,9%). A porcentagem utilizada para a lateralidade esquerda durante a fala foi menor do que para a direita, coincidindo com o desvio mandibular à direita não corrigido na abertura. Por meio do exame de eletrovibrotografia observou-se ruídos de crepitação (<300hz) em ambas as articulações, sendo que após o período de terapia houve a percepção e aprendizagem por parte da paciente quanto ao limite funcional de abertura de boca sem causar ruídos (47mm). **Conclusão:** As reavaliações clínicas e instrumentais criaram parâmetros que permitiram observar a evolução dos aspectos funcionais relacionados à fala, à mobilidade mandibular e aos ruídos articulares e direcionar estratégias de manejo fonoaudiológico para DTM.

**Palavras-chaves:** Avaliação instrumental, Disfunção temporomandibular, fonoaudiologia, Terapia miofuncional orofacial

**PDO 16**  
**ASSOCIAÇÃO DA PERFORMANCE DE TESTES FUNCIONAIS DA**  
**COLUNA CERVICAL EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO**  
**TEMPOROMANDIBULAR**

Michele Ferreira<sup>1</sup>, Cesar Becalel Waisberg<sup>2</sup>,  
 Paulo Cesar Rodrigues Conti<sup>2</sup>, Debora Bevilacqua-Grossi<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (SP)  
<sup>2</sup>USP – Universidade de São Paulo de Bauru (SP)

**Objetivos:** Determinar se há a associação entre a performance de testes clínicos da coluna cervical como o *Flexion-rotation Test* (FRT) e *Craniocervical Flexion Test* (CCFT), em mulheres com Disfunção Temporomandibular (DTM). **Métodos:** Quarenta mulheres (Idade: 37.50 ± 10.38; Peso: 64.25 ± 7.43; Altura: 1.64 ± 0.05) foram diagnosticadas com DTM por uma equipe de dentistas especializados de acordo com o RDC/TMD. 17 mulheres foram incluídas no grupo controle (Idade: 35.64 ± 11.64; Peso: 66.52 ± 8.53; Altura: 1.64 ± 0.05). Todas as voluntárias foram avaliadas por um fisioterapeuta quanto a mobilidade da coluna cervical superior com o Flexion-rotation Test (FRT) e a performance dos músculos flexores profundos da coluna cervical pelo *Craniocervical flexion Test* (CCFT). A análise de associação entre os testes funcionais (FRT, CCFT) e a presença de DTM foi conduzida

pelo teste Qui Square 2X2. **Resultados:** A associação entre os testes clínicos e a presença de DTM foi significativa com  $p < 0.05$ . O resultado do FRT positivo, ou seja, apresentar uma limitação da mobilidade rotacional da coluna cervical superior menor que 33 graus, e a presença de DTM revelaram que em 65% dos casos o teste foi positivo para o grupo DTM e negativo em 95% no grupo controle. (IC 95% 1,42; 2,98). Os dados apontaram também uma associação em ter DTM e alcançar níveis inferiores (20;22;24mmHg) no desempenho do CCFT, em 67% dos casos, bem como melhor performance no teste (26;28;30mmHg) na ausência de DTM, em 82% dos casos controles. **Conclusão:** A presença da DTM está associada à pior performance funcional em testes clínicos cervicais do que indivíduos sem disfunção. Nossos dados sugerem que a avaliação funcional da coluna cervical complementa a avaliação dos pacientes com DTM.

**Palavras-chaves:** Temporomandibular joint, cervical spine, upper cervical spine, temporomandibular disorders

#### PDO 17

##### A PERFORMANCE DOS MÚSCULOS FLEXORES PROFUNDOS DA CERVICAL PELO CRANIOCERVICAL FLEXION TEST EM INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Michele Peres Ferreira<sup>2</sup>, Cesar Becalel Waisberg<sup>1</sup>,  
Paulo Cesar Rodrigues Conti<sup>1</sup>, Debora Bevilaqua-Grossi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USP – Universidade de São Paulo de Bauru (SP)

<sup>2</sup>USP – Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (SP)

**Objetivos:** Verificar o desempenho dos músculos flexores profundos da cervical em mulheres com Disfunção Temporomandibular (DTM). **Métodos:** Quarenta mulheres (idade:  $37.50 \pm 10.38$ ) foram diagnosticadas com DTM por uma equipe de dentistas especializados de acordo com o RDC/TMD. 17 mulheres foram incluídas no grupo controle (idade:  $35.64 \pm 11.64$ ) (Tabela 1). Todas as voluntárias foram avaliadas por um fisioterapeuta com 10 anos de experiência e executou o teste *Cranio-cervical Flexion Test* (CCFT) utilizado para avaliar a performance dos músculos flexores profundos cervicais. O teste utiliza o instrumento *Stabilizar Biofeedback Unit*® (sensor de pressão com ar inflável). A tarefa consistia na execução do movimento suave de flexão da crânio-cervical (C0-C1), simulando o movimento do "sim". O sujeito deveria manter o ponteiro por 10 segundos em cada um dos 5 níveis progressivos do teste (22,24,26,28,30 mmHg). O procedimento do teste terminava quando o sujeito não conseguisse manter um nível de pressão específico pelos 10 segundos obrigatórios, demonstrando oscilação no ponteiro. O maior nível alcançado com sucesso foi registrado. Dada a alta frequência de relato de dor de cabeça a amostra de DTM foi estratificada pela presença dos sintomas, em DTM com cefaleia ( $n = 25$ ) e DTM sem cefaleia ( $n = 15$ ). Dados de caracterização da amostra foram analisados por ANOVA one way ou testes t student quando apropriado. Para as comparações do CCFT entre os grupos foram utilizados os testes Kruskal Wallis e teste U de Mann-Whitney. **Resultados:** Na performance do teste CCFT os pacientes com DTM (com e sem cefaleia) apresentaram menores números (mediana 24 mmHg; 22 mmHg respectivamente). Os valores máximos de pressão foram significativamente menores (24 mmHg) entre os grupos com DTM níveis de resis-

tência dos flexores profundos cervicais comparados ao controle (28 mmHg) ( $p < 0.05$ ). **Conclusão:** Pacientes com DTM com ou sem relato de dor de cabeça apresentam déficits no desempenho de flexão craniocervical exercido pelos músculos flexores profundos.

**Palavras-chaves:** Craniocervical Flexion Test, Temporomandibular disorders, neck pain, Deep Cervical Flexor Muscle

#### PDO 18

##### PRIMARY HEADACHES AND TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS INCREASED THE RISK FOR BODY PAIN: A POPULATION-BASED STUDY

Paula Cristina Jordani<sup>1</sup>, José Geraldo Speciali<sup>2</sup>,  
Marcelo Eduardo Bigal<sup>3</sup>, Giovana Fernandes<sup>1</sup>,  
Daniela Godoi Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FOAR-UNESP – Faculdade de Odontologia de Araraquara-(SP)

<sup>2</sup>USP – Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, SP)

<sup>3</sup>Teva Pharmaceuticals - Teva Pharmaceuticals  
(Frazer, PA, USA)

**Objetivos:** Previous studies have shown that temporomandibular disorders (TMD) is associated with primary headaches (PH), especially migraine and tension-type headache (TTH). However, there is a lack of studies exploring the associations with body pain (BP). To investigate whether PH (migraine and TTH) and TMD increase the risk of the presence and frequency of persistent BP in a representative population sample. **Methods:** HA were classified according to the International Classification of Headache Disorders-II (ICHD-2). TMD symptoms were assessed following the criteria of the American Academy of Orofacial Pain. The presence of BP was investigated on five areas: chest, abdomen, back, upper and lower extremities. We performed univariate and multivariate models, chi-square tests and odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI). **Results:** The sample consisted of 1,230 individuals, 51.5% women. The largest age groups were the 31 to 35 years old (21.3%). There were no statistically significant differences in the distribution of men and women on age groups ( $2 = 5.20$ ;  $p = 0.39$ ). Most participants had low educational level (45.7%), were married (58.5%) and were employed (49.3%). In the multivariate analysis the stronger factors for presence of persistent BP was TMD (OR=2.02; 95% CI=1.51-2.71), migraine (OR=1.76; 95% CI=1.30-2.38) and TTH (OR=1.46; 95% CI=1.06-2.02). In the multiple linear regression, according to the frequency of the areas of the persistent BP, the stronger factors were gender ( $p = 0.02$ ; standardized coefficient  $\beta = 0.07$ ), TMD ( $p = 0.00$ ; standardized coefficient  $\beta = 0.17$ ) and migraine ( $p = 0.01$ ; standardized coefficient  $\beta = 0.08$ ). **Conclusion:** Individuals with migraine, TTH and TMD have higher odds to develop persistent body pain. Furthermore, individuals presenting migraine, TMD and woman have a greater chance of more areas of pain.

**Keywords:** Temporomandibular joint disorders, body pain, primary headaches, epidemiology