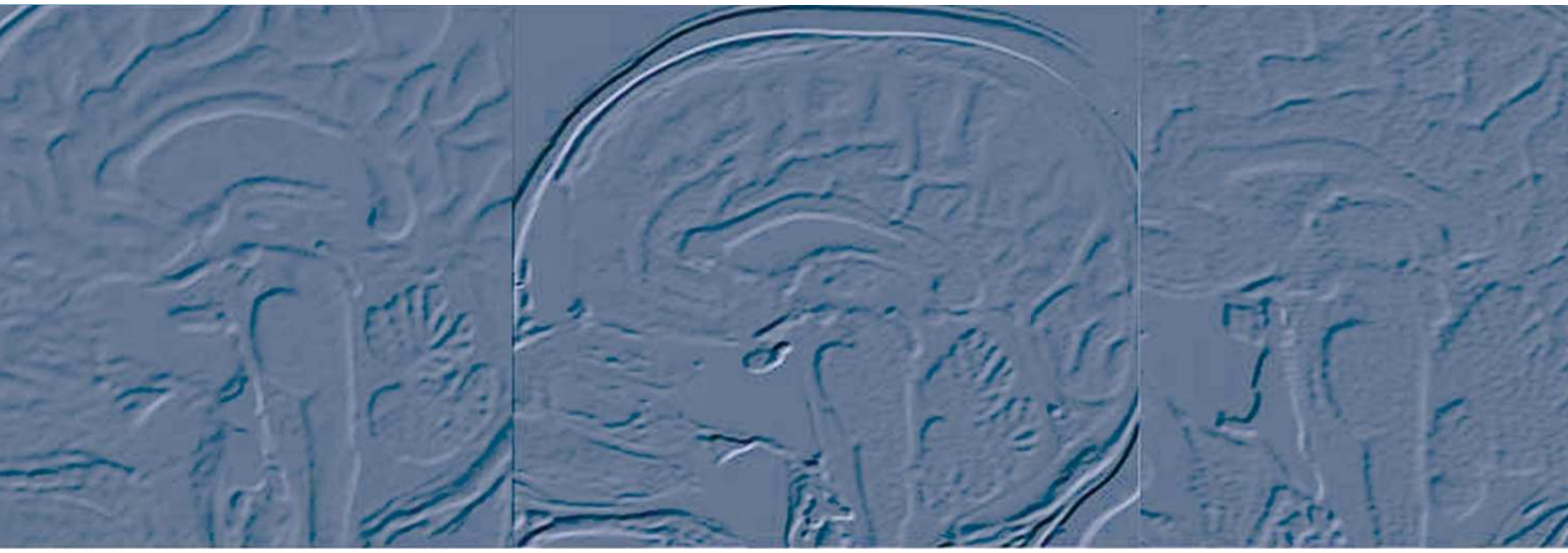
ISSN 2178-7468

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

July/August/September 2012

Nº 3

3
VOLUME



Headache Medicine

EDITORIAL
Immortalized by science and friendship
Imortalizado pela ciência e amizade
Marcelo Moraes Valença & Fernando Kowacs

OBITUÁRIO
In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles
In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles
Raimundo Pereira Silva-Néto

RELATO DE CASO
Stabbing headache and basilar invagination
Cefaleia em facada e invaginação basilar
Raimundo Pereira da Silva-Néto

THESIS (ABSTRACTS)
Post-dural puncture headache: clinical characteristics and diagnostic criteria
Cefaleia pós-punção dural: características clínicas e critérios diagnósticos
Jane Auxiliadora Amorim

Osmophobia and headache triggered by odors in patients with migraine and tension-type headache
Osmofobia e odor como fator deflagrador de cefaleia em pacientes com migrânea e cefaleia do tipo tensiona
Raimundo Pereira Silva-Néto

XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALEIA e VII CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL
Programa
Resumo dos temas livres/Abstracts - Cefaleia
Resumo dos temas livres/Abstracts - Dor Orofacial
Índice Remissivo

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

Headache Medicine

ISSN 2178-7468

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society
Volume 3 Number 3 July/August/September 2012

CONTENTS

EDITORIAL
Immortalized by science and friendship 96
Imortalizado pela ciência e amizade
Marcelo Moraes Valença & Fernando Kowacs

RELATO DE CASO
Stabbing headache and basilar invagination 97
Cefaleia em facada e invaginação basilar
Hugo André de Lima Martins, Valdenilson Ribeiro Ribas, Camila Cordeiro dos Santos, Louana Cassiano da Silva, Silvya Nery Bernardino, Daniela Araújo de Oliveira, Karllus Andhre Leite de Mendonça Santos, Marcelo Moraes Valença

THESIS (ABSTRACTS)
Post-dural puncture headache: clinical characteristics and diagnostic criteria (abstract) 100
Cefaleia pós-punção dural: características clínicas e critérios diagnósticos (resumo)
Jane Auxiliadora Amorim

Osmophobia and headache triggered by odors in patients with migraine and tension-type headache (abstract) 101
Osmofobia e odor como fator deflagrador de cefaleia em pacientes com migrânea e cefaleia do tipo tensional (resumo)
Raimundo Pereira Silva-Néto

OBITUÁRIO
In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles 102
In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles
Raimundo Pereira Silva-Néto

XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALEIA E VII CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL
Programa 103
Resumo dos temas livres/Abstracts - Cefaleia 116
Resumo dos temas livres/Abstracts - Dor Orofacial 132
Índice Remissivo 141

INFORMATION FOR AUTHORS 144

CAPA: Cortes sagitais encefálicos em alto-relevo, produção Marcelo Valença

Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

Editors-in-Chief

Fernando Kowacs
Marcelo Moraes Valença

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)

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 Antonniazzi, Ribeirão Preto, SP
Ariovaldo 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
Djacir D. P. Macedo, Natal, RN
Domingos Sávio de Souza Vieira, Caruaru, PE
Élcio Juliato Piovesan, Curitiba, PR
Elder Machado Sarmento, Barra Mansa, RJ
Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP
Fabíola Dach, Ribeirão Preto, SP
Fabíola Lys Medeiros, 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
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 Av. N. Sra. de Copacabana, 1059 sala 1201 - 22060-001 - Copacabana - Rio de Janeiro-RJ - Tel.: (21) 2521-6905 - Email: trasso@trasso.com.br - site: 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 - caso haja problemas no encaminhamento, deverão ser contatados o webmaster, via site da SBCe, a Sra. Josefina Toledo, da Trasso Comunicação ou a Sra. Magda Santos, da SBCe, ou os editores (mmvalenca@yahoo.com.br ou fernandokowacs@gmail.com). Tiragem: 1.000 exemplares. Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneres. Publicidade: Paulo Carneiro

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

Av. Pres. Vargas, 2001 sl. 125- Jd. América - Ribeirão Preto/SP 14020-260 - Tel: + (16) 3289-3143
Secretária executiva: Sra. Magda Santos – www.SBCe.med.br - secretaria2@sbcefaleia.com

Diretoria Biênio 2010/2012

Presidente
Marcelo C. Ciciarelli

Secretário
Luiz Paulo Queiróz

Tesoureiro
Carlos Alberto Bordini

Departamento Científico
Mario Fernando Prieto Peres, Luis Paulo Queiróz,
Eliova Zukerman, Marcelo C. Ciciarelli,
Pedro André Kowacs, José Geraldo Speciali, Eliana Melhado

Editores de Headache Medicine
Fernando Kowacs & Marcelo Moraes Valença

Comitês

Comitê de Dor Oro-Facial
Renata Campi

Comitê de Cefaleia na Infância
Sandro Espósito

Comitê de Leigos
Célia Roesler, Ana Antoniazzi,
Marcelo C. Ciciarelli, Patrícia Peixoto e Claudia Tavares

Delegado junto à IHS
Mario Fernando Prieto Peres

Delegado junto à ASOLAC
Elder Machado Sarmento

Responsável pelo Portal SBCe
Mario Fernando Prieto Peres

Representante junto à SBED
José Geraldo Speciali

Presidente do XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleias
Pedro Ferreira Moreira Filho

Associación Latinoamericana de Cefalea – ASOLAC
Diretoria Biênio 2010-2012

Presidente
Elder Machado Sarmento

Vicepresidente
Mônica Diez

Secretário
Alex Espinosa

Prosecretário
Michel Volcy

Tesoureiro
Cláudio Manoel Brito

Protesoureiro
Natali Arce leal

Vogais
Maria Teresa Goicochea
Mário Oliva
Noemi Tirretti

Immortalized by science and friendship



It is now almost 35 years since the Brazilian Headache Society was founded (1978) and naturally several of its founders have passed away. Among these we should remember in particular Edgard Raffaelli Júnior, Wilson Farias da Silva and José Martônio Ferreira de Almeida, who are all deeply missed. Some depart prematurely, as in the recent case of Marco Antonio Minchola Robles. All of them became immortalized during our congresses, and we always remember them for their outstanding contributions to our specialty and fondly recall the festive moments shared with them between the formal sessions.

In this issue of Headache Medicine you will find the program of our XXVI Brazilian Headache Congress, which we are sure will be of great interest to all of you. In addition, you will be able to read the abstracts on the most recent developments in the field of Headache Medicine from different centers in Brazil.

Marcelo Moraes Valença, MD, PhD and Fernando Kowacs, MD, PhD

RELATO DE CASO

Cefaleia em facada e invaginação basilar

Stabbing headache and basilar invagination

Hugo André de Lima Martins, Valdenilson Ribeiro Ribas, Camila Cordeiro dos Santos, Louana Cassiano da Silva, Silvya Nery Bernardino, Daniela Araújo de Oliveira, Karllus Andhre Leite de Mendonça Santos, Marcelo Moraes Valença

Unidade Funcional de Neurologia e Neurocirurgia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brazil

Martins HA, Ribas VR, Santos CC, Silva LC, Bernardino SN, Oliveira DA, Santos KA, Valença MM Cefaleia em facada e invaginação basilar. Headache Medicine. 2012;3(3):97-99

RESUMO

A cefaleia em facada, também chamada em pontadas ou oftalmodinia periódica, é caracterizada por dor em pontadas, localizada e de curta duração, que ocorre espontaneamente. A invaginação basilar é uma anomalia óssea do basioccipital que consiste na projeção do contorno do forame magno no interior da fossa craniana posterior. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de uma mulher de 70 anos de idade com invaginação basilar e crises de cefaleia em facada na região do vértice. Há um ano iniciou-se uma cefaleia em pontadas na região do vértice, com duração de segundos. A dor é sempre desencadeada por manobra de Valsalva, como tosse e espirro. Foi realizado exame de imagem, que evidenciou invaginação basilar, com todo o processo odontoide acima da linha de Chamberlain. No nosso conhecimento, esse é o primeiro relato de cefaleia em facada secundária à invaginação basilar, levantando a hipótese de que alterações estruturais em fossa posterior também podem desencadear esse tipo de cefaleia.

Palavras-chave: Cefaleia em facada; Invaginação basilar

ABSTRACT

The stabbing headache is characterized by stabbing pain, localized and of short duration, which occurs spontaneously. The basilar invagination (BI) is an abnormality of the basioccipital bone which consists in the projection of the outline of the foramen magnum within the posterior cranial compartment. The aim of this study was to report the case of a 70-year-old woman with BI, with a history that began one year ago with stabbing headache on the region of the vertex. The pain is always triggered by Valsalva maneuver such as coughing and sneezing. Imaging examination was performed, which showed signs of basilar invagination, with all the odontoid process above the Chamberlain's line. To our knowledge, this is the first report on stabbing headache secondary to BI, raising the hypothesis that structural abnormalities in the posterior cranial fossa may also trigger this type of headache.

Keywords: Stabbing headache; Basilar invagination

INTRODUÇÃO

A invaginação basilar (IB) é consequente ao desenvolvimento anormal do eixo neuroesquelético. É uma anomalia óssea do basioccipital que consiste na projeção do contorno do forame magno no interior da fossa craniana posterior.[1] Silva,[1] em 2003, avaliando 249 pacientes com IB, encontrou uma prevalência de cefaleia de 60%, sendo geralmente a dor referida na nuca ou em região occipital, sem características definidas e quase sempre regredindo completamente após a correção cirúrgica. A cefaleia em facada é caracterizada por episódios de dor de curta duração, semelhante a furadas, ocorrendo mais frequentemente em mulheres, e associada à migrânea em até 40% dos casos.[2] O objetivo desse estudo foi demonstrar o caso de uma paciente com IB, apresentando episódios de cefaleia em facada, levantando novas possibilidades de compreensão dos mecanismos fisiopatogênicos desse tipo de dor.

CASO CLÍNICO

Mulher com 70 anos de idade, com história de que há um ano iniciou com cefaleia em pontadas na região do vértice, com duração de segundos. Refere que a dor tem sempre as mesmas características e nega sintomas acompanhantes como náuseas, vômitos, foto - ou fotofobia. Refere que a dor nunca aparece espontaneamente, sendo sempre desencadeada por manobra de Valsalva, como tosse e espirro. O exame neurológico revelou nistagmo horizontal, disartria, hipertonia e hiperreflexia generalizada. Foi realizado exame de imagem, que evidenciou sinais de invaginação basilar, com todo o processo odontóide acima da linha de Chamberlain, sendo o mesmo angulado posteriormente, ocasionando remodelação do aspecto anterior do bulbo (Figura 1).

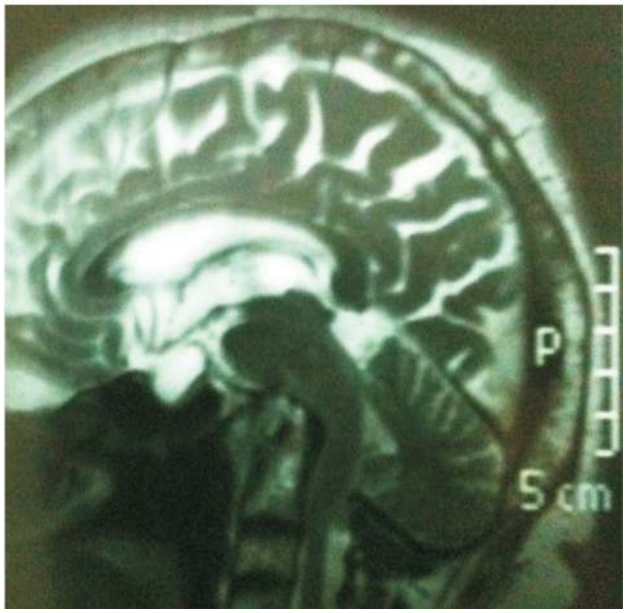


Figura 1. Note a compressão do tronco cerebral pelo processo odontoide e a amígdala cerebelar esmagada ao passar pelo forame magno (Chiari I). O volume da fossa posterior também é reduzido.

COMENTÁRIO

A cefaleia em facada na sua forma primária é caracterizada por dor em pontadas, localizada e de curta duração, na cabeça, que ocorre espontaneamente, na ausência de doença orgânica em estruturas subjacentes ou nos nervos cranianos.[2] Caetano de Barros e colaboradores, já em 1968, observaram que 42% dos pacientes com IB isolada apresentavam cefaleia como queixa importante.[3] A atual classificação internacional das cefaleias não menciona a IB como causa de dor de cabeça, embora tenha um capítulo exclusivo para tratar de distúrbio de osso craniano.

No caso descrito, a dor é sempre desencadeada por manobra de Valsalva, o que sugere que mecanismos que aumentam a pressão intracraniana, poderiam levar à tração de estruturas nervosas responsáveis pelo surgimento da cefaleia. No caso da malformação de Chiari, outro tipo de anomalia da fossa posterior, bastante relacionada à IB, evidências de alterações anatômicas nessa região, levam à hipótese de que alterações do fluxo liquórico devido à herniação cerebelar através do forame magno, poderiam provocar o surgimento da cefaleia sempre que o indivíduo provoca a manobra de Valsalva, sendo a dor de cabeça geralmente localizada em região occipital.[4,5]

Outro critério para cefaleia primária em facada é que a dor tem que ser sentida exclusivamente ou predominantemente na distribuição da primeira divisão do nervo trigêmeo (órbita, têmpora ou região parietal).[2] No caso descrito, a dor sempre ocorria na região do vértice. Pode ser que a compressão do tronco encefálico pelo processo odontoide acarrete mudanças em mecanismos centrais de controle da dor, com hipersensibilização central, e, quando ocorre a manobra de Valsalva, o aumento temporário de pressão intracraniana, mesmo que em pequenas proporções, pode ser suficiente para desencadear a cefaleia.

Andrade-Valença e colaboradores, em 2007, descreveram alguns casos de cefaleia em facada secundária a tumores cerebrais, principalmente tumores de hipófise, neurinoma do acústico e meningioma, todos evidenciando contato da neoplasia com a dura-máter.[6,7] No nosso conhecimento, esse é o primeiro relato de cefaleia em facada secundária à IB, levantando a hipótese de que alterações estruturais em fossa posterior também podem desencadear um tipo de cefaleia que se apresenta clinicamente localizada em território inervado pelo trigêmeo.

REFERÊNCIAS

1. Silva, JAG. Malformações occipitocervicais. Cap. 4. 1ª Edição. Editora da Universidade Federal de Pernambuco, 2003; 192.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders (2nd Edition). Cephalalgia, 2004; 24(Suppl1): S1-S151.
3. Caetano de Barros M, Farias da Silva W, Ataíde L, Lins S. Basilar impression and Arnold-Chiari malformation. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1968;31:596-605.

4. Martins HAL, Ribas VR, Valença MM. Cefaleia associada à malformação de Chiari do tipo I. Migrâneas Cefaleias. 2008; 11(4):233-9.

5. Martins HA, Ribas VR, Lima MD, Oliveira DA, Viana MT, Ribas KH, Valença MM. Headache precipitated by Valsalva maneuvers in patients with congenital Chiari I malformation. Arq Neuropsiquiatr. 2010;68(3):406-9.

6. Andrade-Valença L, Dodick D, Valença MM. 'Alarm bell headache': a sinister secondary headache. Cephalalgia. 2007; 27:715- 10.

7. Silva WF, Sampaio MCF, Neto JC, Serva WD, Januario AMS, Magalhães JE, MedeirosFL, Martins HAL, Oliveira DA, da Silva LC, Valença MM. Idiopathic stabbing headache and its clinical forms. Migrâneas Cefaleias. 2008;11(4):250-2.

Correspondência
Hugo André de Lima Martins
Rua Josefa Miranda de Farias, 33 – Centro
557500-000 – Surubim, PE
E-mail: hugomt2001@yahoo.com.br.

Submetido: 3/7/2012
Aceito: 25/8/2012

Post-dural puncture headache: clinical characteristics and diagnostic criteria (abstract)

Cefaleia pós-punção dural: características clínicas e critérios diagnósticos (resumo)

Jane Auxiliadora Amorim
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Pós-graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (área de concentração: Neurociências). PhD Thesis. 2012. Orientador: Marcelo Moraes Valença

Amorim JA. Post-dural puncture headache: clinical characteristics and diagnostic criteria (abstract). Headache Medicine. 2012;3(3):100

Background and objectives: The diagnostic criteria for post-dural puncture headache (PDPH) of the International Classification of Headache Disorders (ICHD-II, 2004) state that postural headache appears not later than the fifth day after the puncture and disappears spontaneously within a week, or within 48 hours after treatment with an epidural blood patch. The criteria also necessarily include at least one of the following symptoms: neck stiffness, tinnitus, hearing loss, photophobia, and nausea. In this study, we evaluated the clinical features of PDPH and the validity of diagnostic criteria (ICHD-II, 2004).

Methods: Over one year, 640 patients (332 women and 308 men) aged between 8 and 65 years underwent spinal anesthesia, with Quincke needles, 25G (n = 239) and 27G (n = 401). The onset of postural headache, i.e., when the pain worsens or appears after sitting or standing, was investigated through daily visits to patients and/or phone contact for seven days after anesthesia. Among the patients who had PDPH the following characteristics were evaluated: (1) the latency period between the dural puncture and the onset of headache, (2) the location and intensity of pain, 3) accompanying symptoms, and (4) the duration. The procedures for descriptive statistics were used measures of central tendency: mean, dispersion (standard deviation and variation amplitude) and frequency distribution. The chi-square test was applied and considered statistically significant when $p < 0.05$. This study was approved by the Ethics Committee in Research and informed consent was obtained from patients or their legal guardians.

Results: 48 patients (7.5%) had postural headache. The latency period ranged from 6 to 72 hours (24.0 ± 16.8 hours) and the duration from 3 to 15 days (4±2 days). Pain was reported in the following regions: occipital, 26 (54%); frontal, 19 (40%); and holocranial, 3 (6%). In 85% of patients the intensity of the headache was moderate or severe. 14 of the 48 patients (29.2%) had no accompanynig symptoms.

Conclusions: Our results are not in consistent with the ICHD-II diagnostic criteria; we thus suggest a number of changes in the diagnostic criteria.

Correspondence
Jane Auxiliadora Amorim
janemarcos22@superig.com.br

Osmophobia and headache triggered by odors in patients with migraine and tension-type headache (abstract)

Osmofobia e odor como fator deflagrador de cefaleia em pacientes com migrânea e cefaleia do tipo tensional (resumo)

Raimundo Pereira Silva-Néto
Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (área de concentração: Neurologia). MSc Thesis. 2012. Orientador: Marcelo Moraes Valença

Silva-Néto RP. Osmophobia and headache triggered by odors in patients with migraine and tension-type headache (abstract). Headache Medicine. 2012;3(3):101

Migraine is manifested by recurrent episodes of headache and associated symptoms, including nausea, vomiting, photophobia and phonophobia. Besides these, there may osmophobia, an intolerance to odors associated with primary headaches, especially with migraine, both in crisis as the period between episodes.

Objectives: To characterize odorants with those that trigger migraine attacks and to evaluate accuracy of osmophobia in the diagnosis of migraine.

Patients and Methods: This was a cross-sectional study examining non-random sample of convenience, in period from August to December 2011. There were 400 patients, 200 with migraine and 200 with tension-type headache according to diagnostic criteria of International Classification of Headache Disorders - second edition. Through a questionnaire, were interviewed about odorants triggers of headache, time of onset of pain after exposure and osmophobia during crisis and period between episodes. Odorants were divided into eight categories: foul odors, perfumes, oil, insecticides, cleaning products, cooking and beauty and others.

Results: Of the 400 respondents, 219 (54.8%) were female and 181 (45.2%) male. The age ranged from 22 to 58 years (38.6 ± 0.5 years, 95%CI 37.6 to 39.6). Of the 200 patients with migraine, 182 (91.0%) were female and 18 (9.0%) male and 200 patients with tension-type headache, 37 (18.5%) were female and 163 (81.5% of) male. The ratio male/female for migraine and tension-type headache was equal, respectively, to 0.1:1 and 4.4:1.0. The age of patients with migraine and tension-type headache was, respectively, 37.3 ± 0.6 (95%CI 36.0 to 38.6) and 40.0 ± 0.7 (95%CI 38.5 to 41.4) years. The differences for sex ($p<0.001$, χ^2) and age ($p = 0.008$, Mann-Whitney test) were significant. There was triggered of headache by odors after 25.5 ± 1.9 minutes and median of 20 minutes of exposure in 70.0% (140/200) of patients with migraine and none with tension-type headache, which ran the low sensitivity (70.0%, 95%CI=63.1 to 76.2) and high specificity (100.0%, 95%CI=97.6 to 100.0). Odors triggers headache are distributed in that order of frequency: perfumes (106/140, 75.7%), paints (59/140, 42.1%), gasoline (40/140, 28.6%) and bleach (38/140, 27.1%). There was significant in the association of odors trigger migraine, especially among perfume with cleaning (Phi=-0.459), cooking (Phi=0.238), beauty (Phi=-0.213) and foul odors (Phi=-0.582). During the crisis, osmophobia occurred in 86.0% (172/200) of patients with migraine and 6.0% (12/200) of those with tension-type headache. In migraine, osmophobia was associated with photophobia and phonophobia (66/200, 33.0%) or with nausea, photophobia and phonophobia (107/200, 53.5%) and presented high sensitivity (86.0%, 95%CI=80.2 to 90.3) and specificity (94.0%, 95%CI=89.5 to 96.7), with low percentages of false positives (6.5%, 95%CI=3.6 to 11.4) and negatives (13.0%, 95%CI=8.9 to 18.4). In the period between episodes, osmophobia was restricted to migraine patients (48/200, 24.0%). The areas under ROC curves were: 0.903 ± 0.017 to osmophobia during crisis; 0.784 ± 0.025 between crisis; 0.807 ± 0.023 to photophobia/phonophobia, and 0.885 ± 0.017 to pain developed by odors.

Conclusions: Odorants triggered migraine attacks in that order of frequency: perfumes, paints, gasoline and bleach. Osmophobia predominated in patients with migraine and may be a specific marker to differentiate migraine of tension-type headache.

Correspondence
Raimundo P. Silva-Néto
E-mail: neurocefaleia@terra.com.br



In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles

In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles

Raimundo Pereira Silva-Néto

Neurologista, Membro da Sociedade Brasileira de Cefaleia e Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

Raimundo Pereira Silva-Néto. In Memoriam: Marco Antonio Minchola Robles. Headache Medicine. 2012;3(3):102

INTRODUÇÃO

No dia 27 de setembro de 1964, na cidade de Chimbote, no Peru, o casal Carlos Minchola Pineda e Estela Robles Urquizo comemorava o nascimento de seu filho primogênito, ao qual deram o nome de Marco Antonio Minchola Robles.

Aos 18 anos de idade, Marco Robles veio morar no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul. Em 1989, formou-se em medicina na Universidade Federal de Pelotas, em 1989. Realizou estágio em neurologia nessa universidade e, em Porto Alegre, nos Hospitais Beneficiência Portuguesa, Divina Providência e Santa Casa de Misericórdia. Exerceu a neurologia com brilhantismo na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná. Lá, ele fundou a "Clínica de Dor de Cabeça", um serviço especializado no diagnóstico e tratamento das cefaleias.

O estudo das cefaleias sempre foi a sua paixão. Dedicou-se a esta causa e contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos habitantes da região sul do país. Além disso, foi um devotado membro da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) e deixou registrada a sua marca no engrandecimento da cefaliatria nacional, como, por exemplo, ao aperfeiçoar o diário da cefaleia (Figura), digno de todos os elogios.



Durante anos, foi presença constante nos congressos da SBCe. Frequentemente, relatava que, desde seu ingresso na Sociedade, faltou apenas a um congresso: o de Natal, no Rio Grande do Norte, em 2008. Habitualmente, ele era convidado para ministrar aula nos cursos pré-congressos (Tabela), nos quais compartilhava seus conhecimentos com médicos neurologistas e de outras especialidades.

Aulas ministradas por Marco Antonio Minchola Robles nos Congressos Brasileiros de Cefaleia

Ano	Congresso	Aula
2004	XVIII Congresso, Curitiba-PR	Migrânea: diagnóstico
2009	XXIII Congresso, Vitória-ES	Migrânea: tratamento agudo e profilaxia
2010	XXIV Congresso, Gramado-RS	Migrânea com aura
2011	XXV Congresso, São Paulo-SP	Cefaleia do tipo tensional crônica

Apesar de seu largo conhecimento e grande experiência, sua escrita era tímida. Ao longo desses anos, fomos contemplados com uma única publicação na revista da SBCe. Em 1999, escreveu o artigo "Aspectos cronológicos da cefaleia", no qual explica as diferentes durações da cefaleia.[1]

Lamentavelmente, Marco Robles faleceu, em Foz do Iguaçu, Paraná, vítima de acidente de trânsito, na madrugada do dia 30 de março de 2012, aos 48 anos. Deixa saudades para os familiares, amigos e a todos os membros da Sociedade Brasileira de Cefaleia.

REFERÊNCIAS

1. Robles MAM. Aspectos cronológicos da cefaleia. Migrâneas e Cefaleias. 1999;2(3):84-7.

Correspondência
Raimundo Pereira Silva-Néto
Centro de Neurologia e Cefaleia do Piauí
Rua São Pedro, 2071 -Salas 303/304 – Centro
64001-260 – Teresina, PI, Brasil
Tel./fax: + 55 86 3221.9000 - E-mail: neurocefaleia@terra.com.br

Recebido: 10/6/2012
Aceito: 15/7/2012

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Caros Colegas,

O XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleia e o VII Congresso de Dor Orofacial estão prontos e aguardam vocês de 13 a 15 de setembro no Hotel Royal Tulip em São Conrado, Rio de Janeiro.

O programa científico está excepcional, com temas atuais e proferidos por renomados convidados nacionais e internacionais. Neste conteúdo também demos prioridades para assuntos que despertam interesse aos estudantes, dentistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos.

Recebemos numerosos trabalhos para a sessão de pôsteres e apresentação oral. Todos de excelente qualidade.

É desnecessário lembrá-los que a Cidade Maravilhosa continua linda, tranquila, pacificada e com o já conhecido afeto, cordialidade e receptividade dos cariocas.

O Hotel Royal Tulip, local do evento, fica em um dos lugares mais belos do Rio – São Conrado, com uma praia quase que exclusiva para seus hóspedes. Próximo a shopping centers e a ótimos restaurantes e bares. Em quinze minutos vocês chegam ao Leblon, Ipanema ou Copacabana.

No sábado haverá a nossa tradicional festa, quando serão apresentados os vencedores dos melhores trabalhos, e onde estará presente a alegria contagiante dos cariocas.

Temos certeza de que este encontro será inesquecível para vocês congressistas e acompanhantes.

O Rio de Janeiro espera por vocês de braços abertos!

Sejam bem-vindos!

Marcelo C. Ciciarelli
Presidente da SBCe

Pedro Ferreira Moreira Filho
Presidente do XXVI Congresso Rio 2012

COMISSÕES

REALIZAÇÃO

SBCe – Sociedade Brasileira de Cefaleia

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

Marcelo Cedrinho Ciciarelli
Presidente da SBCe

Luiz Paulo de Queiroz
Secretário da SBCe

Carlos Alberto Bordini
Tesoureiro da SBCe

Pedro Ferreira Moreira Filho
Presidente do Congresso Rio 2012

Jano Alves de Souza
Presidente da Comissão Científica Rio 2012

COMISSÃO DE PRÊMIOS E TRABALHOS

José Geraldo Speciali
Coordenador

Carlos Alberto Bordini
Deusvenir de Souza Carvalho
José Luiz Peixoto Filho
Marcelo C. Ciciarelli
Marcelo Moraes Valença
Pedro Ferreira Moreira Filho
Renan Barros Domingues
Renata Campi de Andrade Pizzo

PALESTRANTES

PALESTRANTES ESTRANGEIROS

Alan Mark Rapoport (EUA)
Alexandre DaSilva (EUA)
Carlos Federico Buonanotte (Argentina)
Cristina Perez (Uruguai)
José Miguel Lainez (Espanha)
Marcelo Bigal (EUA)
Steve M. Baskin (EUA)

PALESTRANTES NACIONAIS

Ana Cristina Lotaif
Ana Lúcia Franco Micheloni
Ana Maria Ladeira Yamada
André Palma da Cunha Matta
Carlos Alberto Bordini
Célia Aparecida de Paula Roesler
Cinara Maria Camparis
Cláudia Baptista Tavares
Cláudio Manoel de Brito
Daniela Godoi Gonçalves
Débora Bevilaqua Grossi
Deusvenir de Souza Carvalho
Djacir Dantas Pereira de Macedo
Éder Cássio Rocha Ribeiro
Eduardo Grossmann
Élcio Juliato Piovesan
Elder Machado Sarmento
Eliana Meire Melhado
Eliova Zukerman
Erasmo Barros da Silva
Fábio Renato Pereira Robles
Fabíola Dach Éckeli
Fernando Kowacs
Flávio Calil Petean
Francisco José Pereira Junior
Getúlio Daré Rabello
Helen Rose Neutzling Valente
Henrique Carneiro de Campos
Ida Fortini
Jano Alves de Souza
João José Freitas de Carvalho
Jorge Von Zuben
José Geraldo Speciali
José Lúcio de Oliveira Dantas
José Luiz Peixoto Filho
José Stechman Neto
Karen dos Santos Ferreira
Luiz Paulo de Queiroz
Marcelo Cedrinho Ciciarelli
Marcelo Moraes Valença
Márcia Maria Ferreira Lima
Marco Antonio Arruda
Marco Aurélio Domingues Bruno
Marcos Fábio Henrique dos Santos
Maria Eduarda Nobre
Mário Fernando Prieto Peres
Maurice Borges Vincent
Mauro Eduardo Jurno
Newman Teixeira de Nigro
Norma Regina Pereira Fleming
Patrícia Machado Peixoto
Paulo Pereira de Oliveira
Paulo Affonso Pimentel Jr.
Paulo Roberto Brasil Fernandes
Pedro André Kowacs
Pedro Ferreira Moreira Filho
Raimundo Pereira da Silva Neto
Regina Célia A. P. de Albuquerque
Renan Barros Domingues
Renata Campi de Andrade Pizzo
Renata Silva Melo Fernandes
Reynaldo Leite Martins Jr
Ricardo Lessa Bastos
Ricardo Tanus Valle
Ricardo de Souza Tesch
Rodrigo Estêvão Teixeira
Sandro Blasi Esposito
Sérgio Albertino
Thais Cristina Chaves
Thais Rodrigues Villa
Wagner de Oliveira
Wilson Carlos Mendes Jr.
Wilson Luiz Sanvito
Yuri Martins Costa

XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleia
VII Congresso do Comitê de Dor Orofacial da SBCe

Programa Científico

PROGRAMA CIENTÍFICO DO CONGRESSO SBCe

SALA 1 — QUINTA-FEIRA - 13/09/2012

PROGRAMA CIENTÍFICO

08:30-12:00 — **Tópicos avançados em cefaleia**
Presidente: *Eliova Zukerman* (SP)

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
08:30-09:00	**Por que pacientes com CCD recaem?** - *Allan Mark Rapoport* (EUA)
09:00-09:30	**Casos em que eu, o psicólogo, fui decisivo na evolução da CCD** - *Steve M. Baskin* (EUA)
09:30-10:00	**Eficácia e tolerabilidade a curto e longo prazo das medicações sintomáticas para cefaleia** - *Fernando Kowacs* (RS)
10:00-10:30	**Intervalo**
10:30-11:00	**Migraña y conducta** - *Carlos Federico Buonanotte* (Argentina)
11:00-11:30	**Tratamentos invasivos das cefaleias primárias** - *José Miguel Lainez* (Espanha)
11:30-12:00	**Avanços em cefaleias trigêmino-autonômicas** - *Cristina Perez* (Uruguai)
12:00-13:30	**Intervalo**

13:30-14:00 — **Abertura Oficial do XXVII Congresso da SBCe**

14: 00-16:00 — **Simpósio Presidencial**
Presidente: *Célia Aparecida de Paula Roesler* (SP)

14:00-14:20	**Migrânea refratária** - *Pedro Ferreira Moreira Filho* (RJ)
14:20-14:40	**Como minimizar os efeitos adversos das medicações utilizadas no tratamento preventivo da migrânea -** *Jano Alves de Souza* (RJ)
14:40-15:00	**Aura de migrânea: revisão semiológica -** *Marcelo Cedrinho Ciciarelli* (SP)
15:00-15:20	**Ergóticos: ainda uma opção no tratamento da migrânea?** - *Carlos Alberto Bordini* (SP)
15:20-16:00	**O que é a dor? -** *Wilson Luiz Sanvito* (SP)
16:00-16:20	**Intervalo**

16:20-17:40 — **Conferências Magnas**
Presidente: *Luiz Paulo de Queiroz* (SC)

16:20-17:00	**Novas drogas em cefaleia** - *Marcelo Bigal* (EUA)
17:00-17:40	**Making headache patient seek for doctors and doctors to get interested in treating headache patients -** *Alan Mark Rapoport* (EUA)

17:40-18:00 — **Entrega dos certificados IHS**

18:00-19:00 — **Sessão de Pôsteres e Coquetel**

SALA 1 — SEXTA-FEIRA - 14/09/2012

PROGRAMA CIENTÍFICO

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
08:20-12:10	**Mesa-redonda - Cefaleia crônica diária: o que fazer quando tudo falha?** **Presidente:** *José Lucio de Oliveira Dantas* (SE)
08:00-08:20	**Revisão do diagnóstico: o refinamento da anamnese** - *Ida Fortini* (SP)
08:20-08:40	**Revisão da investigação complementar, o que passou despercebido?** *Luiz Paulo de Queiroz* (SC)
08:40-09:00	**Dicas de como aumentar as taxas de sucesso no tratamento** - *José Geraldo Speciali* (SP)
09:00-09:20	**Discussão**
09:20-10:00	**Miniconferências: Novos mitos ou novas verdades sobre cefaleia?** **Presidente:** ***Erasmo Barros da Silva*** (PB)
09:20-09:40	**Intolerância ao glúten e à lactose como causas de cefaleia** - *Eliana Meire Melhado* (SP)
09:40-10:00	**Disfunção têmporo-mandibular e cefaleia** - *José Luiz Peixoto Filho* (RJ)
10:00-10:20	**Intervalo**
10:20-11:20	**Mesa-redonda: Uso excessivo de medicação: fatores determinantes e como vencê-los** **Presidente:** ***Paulo Pereira de Oliveira*** (GO)
10:20-10:40	**Mecanismos da dependência a analgésicos e outras medicações sintomáticas** *Elcio Juliato Piovesan* (PR)
10:40-11:00	**Contribuição do perfil neuropsiquiátrico** - *Mário Fernando Prieto Peres* (SP)
11:00-11:20	**Discussão**
11:20-12:00	**Conferência - Migrânea crônica e cefaleia por uso excessivo de medicação - usar ou rasgar a classificação da IHS?** **Presidente:** ***Patricia Machado Peixoto*** (DF) **Palestrante:** ***Marcelo Bigal*** (EUA)
12:00-13:30	**Intervalo**
13:30-14:00	**Miniconferência - Hipertensão intracraniana idiopática** **Presidente:** ***Éder Cassio Rocha Ribeiro*** (GO) **Palestrante:** ***Marcelo Moraes Valença*** (PE)
14:00-15:20	**Atividade interativa - Cefaleia na emergência** **Presidente:** ***Ana Maria Ladeira Yamada*** (RJ)
14:00-14:30	**Aula expositiva** - *João José Freitas de Carvalho* (CE)
14:30-15:20	**Pergunte o que que quiser** - *João José Freitas de Carvalho* (CE), *José Geraldo Speciali* (SP) e *Renan Barros Domingues* (ES)
15:20-16:00	**Miniconferências** **Presidente:** ***Cláudia Baptista Tavares*** (MG)
15:20-15:40	**Migrânea e enfermidade cerebrovascular?** - *José Miguel Lainez* (Espanha)
15:40-16:00	**Terapias complementares em cefaleia: evidências científicas** - *Pedro André Kowacs* (PR)
16:00-16:20	**Intervalo**
16:20-17:00	**Miniconferências** **Presidente:** *Henrique Carneiro de Campos* (MG)
16:20-16:40	**Instrumentos para o diagnóstico de migrânea na atenção primária à saúde** *Mauro Eduardo Jurno* (MG)
16:40-17:00	**Metabolismo ósseo e medicações antiepilépticas - implicações para o tratamento das cefaleias** - *Elder Machado Sarmento* (RJ)
17:00-18:00	**Assembleia Geral Ordinária da SBCe**

SALA 1 — SÁBADO - 15/09/2012

PROGRAMA CIENTÍFICO

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
8:00 -10:00	**Sessão de cefaleia na infância** **Presidente: *Regina Celia Ajeje Pires de Albuquerque*** (SP)
08:00-08:25	**Atenção em crianças com migrânea** - *Thais Rodrigues Villa* (SP)
08:25-08:50	**Desempenho escolar e comorbidade psiquiátrica em crianças com migrânea e cefaleia do Tipo Tensional** - *Marco Antonio Arruda* (SP)
08:50-09:15	**Cefaleia pós trauma** - *Márcia Maria Ferreira Lima* (SP)
09:15-09:40	**Abordagem das crises** - *Sandro Blasi Esposito* (SP)
09:40-10:00	**Cefaleia crônica diária na infância** - *Deusvenir de Souza Carvalho* (SP)
10:00-10:20	**Intervalo**
10:20-11:00	**Miniconferência com discussão - Segure seu paciente, o medicamento sumiu** **Presidente: *Claudio Manoel de Brito*** (RJ) **Palestrante: *Djacir Dantas Pereira de Macedo*** (RN)
10:20-10:40	**Parte expositiva**
10:40-11:00	**Discussão**
11:00-12:00	**Miniconferências** **Presidente: *Newman Teixeira de Nigro*** (RJ)
11:00-11:20	**Cefaleia do tipo tensional** - *Maurice Borges Vincent* (RJ)
11:20-11:40	**Osmofobia** - *Raimundo Pereira da Silva Neto* (PI)
11:40-12:00	**Cefaleias do apêndice da Classificação** - *Fabiola Dach Éckeli* (SP)
12:00-13:30	**Intervalo**
13:30-14:00	**Miniconferência: Toxina botulínica no tratamento das cefaleias: onde estamos e para onde vamos?** **Presidente: *Elder Machado Sarmento*** (RJ) **Palestrante: *Getúlio Daré Rabello*** (SP)
14:00-15:20	**Sessão Oral dos Trabalhos Selecionados** **Coordenação: *José Geraldo Speciali*** (SP) **Vide relação dos apresentadores e temas na página 114**
15:20-16:20	**A aula que eu sempre quis ministrar** **Presidente: *Norma Regina Pereira Fleming*** (RJ)
15:20-15:40	**Adesão ao tratamento das cefaleias** - *Deusvenir de Souza Carvalho* (SP)
15:40-16:00	**O futuro é agora: inovação tecnológica em migrânea** - *Alexandre DaSilva* (EUA)
16:00-16:20	**Prevenção da migrânea crônica** - *José Geraldo Speciali* (SP)
16:20-16:40	**Intervalo**
16:40-17:30	**Sessão interativa - Migrânea ou enxaqueca? As cefaleias primárias são doenças, transtornos ou síndromes? Como nos referir aos pacientes com migrânea?** **Presidente: *Pedro Ferreira Moreira Filho*** (RJ) **Debatedores:** *Carlos Alberto Bordini* (SP), *Deusvenir de Souza Carvalho* (SP), *Eliova Zukerman* (SP) e *Wilson Luiz Sanvito* (SP)
17:30-18:00	**Encerramento**
21h	**Festa de Confraternização e entrega de Prêmios aos Melhores Trabalhos**

VII CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL DA SBCe

SALA 2 — QUINTA-FEIRA, 13/09/2012

PROGRAMA CIENTÍFICO

Conferência
Presidente: ***Mário F. P. Peres*** (SP)

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
08:30-0:00	**Temas Atuais I: Disfunção temporomandibular e dor orofacial** **Presidente:** ***Renata Campi de Andrade Pizzo*** (SP)
08:30-09:00	**A importância da dor orofacial e DTM no contexto da odontologia hospitalar** *Paulo Affonso Pimentel Junior* (RJ)
09:00-09:30	**Fatores de risco para dor nos músculos mastigatórios** - *Wagner de Oliveira* (SP)
09:30-10:00	**Dores orofaciais que fogem da área de competência do especialista em DTM e DOF: Como conduzir?** - *Renata Silva Melo Fernandes* (PE)
10:00-10:30	**Intervalo**
10:30-12:05	**Temas Atuais II: Disfunção temporomandibular** **Presidente:** ***Renata Silva Melo Fernandes*** (PE)
10:30-10:55	**Diagnosticando as patologias articulares** - *Francisco José Pereira Junior* (RJ)
10:55-11:20	**Como abordar clinicamente os deslocamentos de disco articular** - *Ricardo Tanus Valle* (MG)
11:20-11:45	**Abordagem cirúrgica das dores refratárias da ATM** - *Eduardo Grossmann* (RS)
11:45-12:05	**DTM diagnóstico por imagens** - *Eduardo Grossmann* (RS)
12:05-13:30	**Intervalo**
13:30-14:00	**Abertura Oficial do VII Congresso de Dor Orofacial**
14:00-16:00	**Conferências: Dores neuropáticas** **Presidente:** ***Jorge von Zuben*** (SP)
14:00-14:25	**Neuroplasticidade nas dores neuropáticas trigeminais** *Marcos Fábio Henriques dos Santos* (RJ)
14:25-14:55	**Qual a conduta do especialista frente a dor neuropática pós-cirurgias odontológicas** *Helen Rose Neutzling Valente* (RS)
14:55-15:25	**Bloqueios em dor neuropática** - *Karen dos Santos Ferreira* (SP)
15:25-15:55	**Analgesia com Laser e Leds: O que há de novo** - *Renata Campi de Andrade Pizzo* (SP)
15:55-16:00	**Discussão**
16:00-16:20	**Intervalo**
16:20-18:00	**Simpósio: Sono e transtornos do humor** **Presidente:** ***Ricardo Tanus Valle*** (MG)
16:20-16:50	**Distúrbios do sono e dor crônica** - *Jorge von Zuben* (SP)
16:50-17:20	**SAOS e DTM o que fazer?** - *Paulo Affonso Pimentel Junior* (RJ)
17:20-17:50	**Transtornos de humor em pacientes com dor orofacial** - *Renata Silva Melo Fernandes* (PE)
17:50-18:00	**Discussão**
18:00-19:00	**Sessão de pôsteres e Coquetel**

PROGRAMA CIENTÍFICO

SALA 2 — SEXTA-FEIRA - 14/09/2012

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
08:00-09:20	**Mesa-redonda: Metodologia científica aplicada as DTM e DOF** **Presidente: *Fabio Renato Pereira Robles*** (RJ) *José Luiz Peixoto Filho* (RJ) *Reynaldo Leite Martins* (MT)
09:20-10:00	**Miniconferências: Educação continuada em ORL e Otoneurologia: O básico para o especialista em DTM e DOF** **Presidente: *José Stechman Neto*** (PR)
09:20-09:40	Anatomofisiologia do Sistema Vestibular - *Sérgio Albertino* (RJ)
09:40-10:00	Hipoacusia, zumbido e vertigem - *Sérgio Albertino* (RJ)
10:00-10:20	**Intervalo**
10:20-12:00	**Mesa-redonda: A interface da Neurologia com as DOF e DTM** **Presidente: *Ricardo Lessa Bastos*** (RJ)
10:20-10:40	**Algumas doenças neurológicas de interesse para o especialista em DOF e DTM: Esclerose Múltipla, Doença de Parkinson** - *André Palma da Cunha Matta* (RJ)
10:40-11:00	**Dores faciais atípicas: quando e do que desconfiar** - *Maria Eduarda Nobre* - RJ
11:00-11:20	**Doenças do movimento na clínica odontológica** - *Paulo Roberto Brasil Fernandes* (RJ)
11:20-11:40	**Bruxismo e outras atividades motoras orofaciais no sono** - *Ana Cristina Lotaif* (RJ)
11:40-12:00	**Discussão**
12:00-12:30	**Pesquisa em DTM e Cefaleia no Brasil: o que está sendo feito** **Presidente: *Cinara Maria Camparis*** (SP)
12:00-12:10	*Ana Lúcia Franco Micheloni* (SP)
12:10-12:20	*Marco Aurélio Domingues Bruno* (RJ)
12:20-12:30	*Yuri Martins Costa* (SP)
12:30-13:30	**Intervalo**
13:30-14:00	**Conferência Especial: O cérebro como alvo de pesquisa e tratamento das Dores Orofaciais** **Presidente: *José Luiz Peixoto Filho*** (RJ) **Palestrante: *Alexandre DaSilva*** (USA)
14:00-15:20	**Atividade interativa: Educação continuada em cefaleia para o profissional de DOF e DTM** **Presidente: *Pedro Ferreira Moreira Filho*** (RJ)
14:00-14:30	**Como investigar cefaleias - A CIC 2 IHS: Cefaleias Primárias x Secundárias** *Equipe de serviço de investigação de Cefaleia - Ambulatório de Neurologia FM UFF* (RJ)
14:30-15:20	**Migrânea - Cefaleia Tipo Tensional - Cefaleia em Salvas - Cefaleia Crônica Diária** *Equipe de serviço de investigação de Cefaleia - Ambulatório de Neurologia FM UFF* (RJ)
15:20-16:00	**Mesa-redonda: A interface da Psiquiatria e a Clínica de Dor Orofacial - parte 1** **Presidente: *Reynaldo Leite Martins Jr.*** (MT)
15:20-15:40	**Distúrbios de humor (ansiedade e depressão)** - *Steve M. Baskin* (EUA)
15:40-16:00	**O eixo 2 do DSM IV rev = Transtornos de personalidade** - *Steve M. Baskin* (EUA)
16:00-16:20	**Intervalo**
16:20-17:00	**Mesa-redonda: A interface da Psiquiatria e a Clínica de Dor Orofacial - parte 02** **Presidente: *Reynaldo Leite Martins Jr.*** (MT)
16:20-16:40	**O eixo II do RDC: como ele me ajuda na clínica** - *Ricardo de Souza Tesch* (RJ)
16:40-17:00	**Abordagem a pacientes de DOF e DTM na clínica diária** - *Rodrigo Estevão Teixeira* (MG)
17:00-18:00	**Assembleia Geral Ordinária da SBCe (Sala 1)**

SALA 2 — SÁBADO - 15/09/2012

PROGRAMA CIENTÍFICO

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
08:30-10:00	**Conferências** **Presidente: *Daniela Godoi Gonçalves* (SP)**
08:30-09:00	**Postura X DTM: há relação entre elas** - *Thaís Cristina Chaves* (SP)
09:00-09:30	**Abordagem da Coluna cervical de pacientes com DTM** - *Débora Bevilaqua Grossi* (SP)
09:30-10:00	**Cefaleia Tipo tensional e DTM, a visão do Cefaliatra** - *José Geraldo Spaciali* (SP)
10:00-0:30	**Intervalo**
10:30-12:00	**Sessão: DTM e Fibromialgia** **Presidente: *Renata Campi de Andrade Pizzo* (SP)**
10:30-11:00	**DTM e Cormobidades: ampliando a visão sobre nossos pacientes** - *Daniela Godoi Gonçalves* (SP)
11:00-12:00	**Fibromialgia** - *Flávio Calil Petean* (SP)
12:00-13:30	**Intervalo**
13:30-14:50	**Apresentação Oral dos trabalhos selecionados** **Coordenação: *Renata Campi de Andrade Pizzo* (SP)** **Vide relação dos apresentadores e temas na página 114**
14:50-16:10	**Simpósio: Toxina Botulínica na Odontologia** **Presidente: *Renata Campi de Andrade Pizzo* (SP)**
14:50-15:50	**A utilização da toxina botulínica na DTM e Dor Orofacial** **Palestrante:** *Wilson Carlos Mendes Jr.* (SP)
15:50-16:10	**Discussão**
16:10-16:20	**Encerramento do VII Congresso do Comitê de Dor Orofacial**
16:20-16:40	**Intervalo**
17:30-18:00	**Encerramento do XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleia (Sala 1)**
21h	**Festa de Confraternização e entrega de Prêmios aos Melhores Trabalhos**

APRESENTAÇÃO ORAL DOS TRABALHOS SELECIONADOS

SALA1 SÁBADO - 15/09/2012

14:00-15:20 Sessão Oral dos Trabalhos Selecionados - Cefaleia
Coordenação: José Geraldo Speciali (SP)

APRESENTADORES	TEMAS
Eliana Meire Melhado	*Headache type and aspects of reproductive life in young women*
Gabriela Ferreira Carvalho	*Avaliação do equilíbrio, agilidade e presença de tontura em pacientes com migrânea com e sem aura*
Gabriela Natália Ferracini	*Qualidade de vida e incapacidade relacionada a saúde de crianças com migrânea*
José de Ribamar Coutinho Júnior	*O que motiva o paciente a procurar assistência médica por cefaleia?*
Juliana Paula Macci	*Decúbito como fator agravante da cefaléia na crise migranosa*
Márcia Maria Ferreira Lima	*As crises de cefaléia podem ter duração realmente menor que 2 horas na infância e na adolescência? Análise crítica prospectiva dos critérios diagnósticos da ICHD II*
Mauro Eduardo Jurno	*Migrânea durante a gestação ? Perfil clínico.*
Raimundo Pereira Silva-Néto	*Análise do tempo de profilaxia da migrânea*
Thaís Rodrigues Villa	*Raciocínio não verbal, funções motoras, e praxia construtiva em crianças com migrânea: Um estudo controlado*
Thaís Rodrigues Villa	*Visual attention in children with migraine: The importance of prophylaxis*

SALA2 SÁBADO - 15/09/2012

13:30-14:50 Sessão Oral dos Trabalhos Selecionados - Dor orofacial
Coordenação: Renata Campi de Andrade Pizzo (SP)

APRESENTADORES	TEMAS
Ana Lúcia Franco	*Headache complaints increase the risk for temporomandibular disorder among Brazilian adolescents: A population-based study*
Giovana Fernandes	*Sleep bruxism, painful temporomandibular disorders, and self reported Headache in a sample population of adolescents*
Nilton Ruste de Carvalho Júnior	*Associação entre depressão e dor miofascial dos músculos mastigatórios*
Thatiana Bastos Guimarães	*Fiber-type composition, fiber diameter and capillary density of the human jaw muscles*
Thatiana Bastos Guimarães	*Prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes com hemofilia*

XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleia

Temas Livres - Apresentação de pôsteres
Cefaleia e Dor Orofacial

CEFALEIA

CE 01
CEFALEIA SECUNDÁRIA À ANGIOPATIA CEREBRAL PÓS-PARTO: UMA DOENÇA BENIGNA?

Abdal ERM; Abdal LHS; Carvalho AN;.; Rosemberg S; Pieri A

Objetivos: Descrever a apresentação clínica de uma puérpera com acidente vascular cerebral hemorrágico bilateral secundário à angiopatia cerebral pós-parto. **Métodos:** Revisão do prontuário e dos exames de neuroimagem da paciente. **Resultados:** Puérpera, no sétimo dia pós-operatório de parto cesareano atendida no pronto socorro com cefaleia há um dia. Após gestação e parto sem intercorrências, iniciou cefaleia insidiosa, contínua, de fraca a moderada intensidade com piora progressiva, não acompanhada de fotofobia, fonofobia, náusea e vômito. Apresentava antecedente de enxaqueca, mas a cefaleia atual tinha características diferentes das crises prévias. Na admissão estava em regular estado geral, PA: 130x80 mmHg, FC 60 bpm, Sat O2 97% e glicemia casual 120 mg/dl. Tinha sonolência (Glasgow 14), afasia leve, e ausência de déficit motor. A tomografia de crânio inicial evidenciou imagem compatível com hemorragia intraparenquimatosa parietal e occipital à esquerda. As hipóteses iniciais foram mau formação arteriovenosa ou trombose venosa cerebral. Frente a essas hipóteses, foi realizada uma ressonância nuclear magnética de encéfalo com angiografia arterial, pelo mesmo método. Esta evidenciou aumento da hemorragia à esquerda e um novo sangramento contralateral. A angiografia demonstrou estenose bilateral das artérias cerebrais médias sugestiva de vasoconstrição. A paciente apresentou piora do nível de consciência sendo submetida à drenagem bilateral dos hematomas. No quinto dia pós-operatório (PO) desta cirurgia a paciente foi extubada apresentando melhora clínica, porém com agitação e sonolência (Glasgow 14). No sexto PO apresentou cefaleia e devido à piora do nível de consciência foi intubada e uma nova tomografia de crânio evidenciou ressangramento. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e no oitavo PO foi a óbito. **Conclusão:** A angiopatia pós-parto é um diagnóstico diferencial, potencialmente grave, de cefaleia no período puerperal

Referências: 1. Kubo S, Nakata H, Tatsumi T, Yoshimine T. Headache associated with postpartum cerebral angiopathy: monitoring with transcranial color-coded sonography. Headache. 2002;42:297-300.
2. Fugate JE, Ameriso SF, Ortiz G, et al. Variable Presentantions of Postpartum Angiopathy. Stroke 2012;43:670-676.

CE 02
CEFALEIA EM HEMODIÁLISE: RELATO DE POSSÍVEL FATOR DE ALÍVIO

Borba Jr AM; Agra HNC; Spinelli A; Schuch NB; Santos N

Introdução: A fisiopatologia da cefaleia relacionada à hemodiálise (HD) é incerta.(1) Este estudo objetiva discutir uma hipótese da gênese da patologia. **Relato de caso:** Paciente masculino, 53 anos, em programa de HD por Nefropatia Diabética, três dias por semana. Com início das crises de cefaleia após a terceira hora do procedimento dialítico. Apresentavam alívio parcial com a ingestão de analgésicos, e cessavam cerca de quatro horas após o término da sessão. O paciente não apresentava outros sintomas clínicos, algumas vezes registrou-se aumento súbito de pressão arterial que ao retornar ao valor basal não modificava os sintomas. Ocorreu melhora sintomática após a troca do horário das sessões de diálise do segundo turno para o primeiro do dia. **Discussão:** O paciente em questão preenchia os critérios diagnósticos da cefaleia da diálise. A hipótese da melhora do paciente pode estar interligada à liberação de somatostatina (GH) o que acarretaria um aumento dos níveis de glicose pela manhã. Tornando o paciente mais tolerante as mudanças de osmolaridade sérica provocadas pelo processo dialítico realizado neste horário em relação ao anterior. **Conclusão:** A fisiopatologia da cefaleia relacionada à HD ainda é desconhecida. Com essa hipótese, inicia-se o estudo das cefaleias na Clínica em questão, para avaliar o papel do horário da sessão na gênese das crises dos pacientes.

Referências: 1. Jesus ACF, Oliveira HÁ, Paixão MOR, Fraga TP, Barreto, FJN, Valença MM. Clinical description of hemodialysis headache in end-stage renal disease patients. Arq Neuropsiquiatr. 2009;67(4):978-81.
2. Antoniazzi AL, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Cefaleia relacionada à hemodiálise: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. Arq Neuropsiquiatr. 2002;60(3-A):614-8.

CE 03
DESCOMPRESSÃO DE NERVO PERIFÉRICO: OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA MIGRÂNEA CRÔNICA?

Pereira CV

Introdução: Muitos pacientes com migrânea crônica, mesmo utilizando diversas medicações, não conseguem cessar as crises, apresentam efeitos colaterais, não obtendo boa qualidade de vida. Há mais de uma década, estudos demonstram eficácia da descompressão nervosa periférica no tratamento da migrânea crônica (nervos supraorbitário, supratroclear, zigomático-temporal e occipital). **Relato de Caso:** Paciente de 53 anos, sexo feminino, com história de enxaqueca há 18 anos (critérios de migrânea, definidos pelo ICHD II). História de diversos tratamentos com controle parcial e temporário das crises migranosas (topiramato, betabloqueador, ácido valproico, derivados da ergotamina, divalproato de sódio, sumatriptano, entre outros). Relatava localização álgica, primariamente, occipital. Submetida a bloqueio nervoso com remissão imediata da cefaleia. Concordou, de forma livre e consciente, em submeter-se ao procedimento cirúrgico. Em janeiro de 2011, foi realizada a descompressão do nervo occipital maior direito e esquerdo, retirando-se a parte medial do músculo semiespinhal. Paciente evolui, há mais de 18 meses, sem cefaleia. Impressão - A descompressão nervosa pode ser uma alternativa para o paciente não beneficiado pelo tratamento clínico medicamentoso.

CE 04
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUALITY OF LIFE HEADACHE - YOUTH PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Silva GA[2]; Bezerra e Silva DW[1]; Freitas DS[2]; Costa CNB[1]; Siqueira GR[4]; Silva GAM[5]; Lima RCA[5]; Ximenes RCC[3]; Silva LC[6]; Lucena N[7]; Martins HAL[3]; Vieira LPB[7]; Valença MM[3]; Oliveira DA[3]

[1]Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia/UFPE
[2]Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco
[3] Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE

[4]Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente/UFPE
[5]Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE
[6]Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento/UFPE
[7]Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE

(**Objetivos:** Traduzir o questionário *Quality of Life Headache - Youth* (QLH-Y) para o português do Brasil, adaptar transculturalmente e avaliar a consistência interna dos seus itens em uma amostra de adolescentes de ambos os gêneros, estudantes de escolas públicas estaduais. **Métodos:** O instrumento original foi traduzido do inglês para o português, gerando uma síntese consensual. A versão em português do instrumento foi retro-traduzida, e então desenvolvida uma versão pré-final para um teste de campo com 30 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Após a adequação do instrumento, foi realizado um estudo piloto com 100 estudantes entre 10 e 19 anos. Foi avaliada a consistência interna através do alfa de Cronbach para cada domínio e cada subescala. **Resultados:** Os resultados encontrados na consistência interna da versão brasileira foram satisfatórios, com o valor do alfa de Cronbach de 0,906 (superior a 0,7) indicando um grau elevado de consistência interna. **Conclusão:** O questionário *Quality of Life Headache - Youth* foi devidamente traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa brasileira. A versão em português do *Quality of Life Headache - Youth* apresenta uma consistência interna excelente e uma boa compreensão dos seus itens pela adaptação transcultural.

CE 05
O PAPEL DOS MÚSCULOS CERVICAIS NA ESTABILIDADE CERVICAL E NA PATOGÊNESE DA MIGRÂNEA: REVISÃO DE LITERATURA

Bezerra e Silva DW[1]; Lacerda CRB[2]; Albuquerque JE[2]; Queiroz AKD[2]; Maia TFLD[2]; Almeida CCS[2]; Barros MMMB[2]; Leite LC[2]; Lucena NC[2]; Martins HAL[3]; Valença MM[3]; Oliveira DA[3]
[1]Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia/UFPE
[2]Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco
[3]Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE

Objetivos: Elucidar o papel da musculatura cervical na patogênese da migrânea, a fim de fundamentar e direcionar o tratamento fisioterapêutico de pacientes com desordens musculares associadas a esta doença. **Métodos:** Foi feito um levantamento da literatura, no período de janeiro de 2012 a junho de 2012, nas bases de dados PubMed, Cochrane e Bireme. Os descritores para a pesquisa foram: "músculos cervicais," "migrânea," "coluna vertebral" e "sensibilização do sistema nervoso central." Os limitadores foram: pesquisa em humanos, artigos nos idiomas inglês, francês, espanhol e português. Artigos com animais, crianças e adolescentes foram excluídos. **Resultados:** Foram encontrados 75 artigos, dos quais 51 foram excluídos, segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos. De acordo com os autores estudados, um dos processos envolvidos na patogênese da migrânea é caracterizado pela ativação do sistema trigeminovascular, via núcleo caudado para neurônios de terceira ordem no tálamo e destes para estruturas corticais de percepção da dor, desencadeando a dor sentida na migrânea. No núcleo trigeminocervical convergem as fibras sensitivas do nervo trigeminal e as fibras sensitivas das raízes nervosas cervicais superiores. Por consequência, aferências nociceptivas da musculatura cervical inervada pelas raízes nervosas cervicais superiores podem estimular o núcleo caudado e conduzir à sensibilização central e à ativação da cascata neuroinflamatória trigeminovascular, mediante a liberação de quimioreceptores periféricos como bradicinina, serotonina e substância P. Ademais, pacientes migranosos podem apresentar alterações musculoesqueléticas cervicais, como o controle motor deficitário, modificando a estabilidade, a mobilidade e a biomecânica desta região. **Conclusão:** Evidências sugerem o envolvimento de mecanismos periféricos, provenientes dos músculos cervicais, na sensibilização do sistema nervoso central e no surgimento dos sintomas de dor na migrânea. A partir de tais achados é possível direcionar o plano de tratamento de pacientes, através de exercícios terapêuticos específicos que promovam a diminuição da frequência, da intensidade e da duração das crises de migrânea.

CE 06
HEADACHE TYPE AND ASPECTS OF REPRODUCTIVE LIFE IN YOUNG WOMEN

Melhado EM; Galego AR; Galdezzani JP; Queiroz LP; Bigal ME

Objectives: To contrast aspects related to women's reproductive cycle (age of first period, number of pregnancies, headaches during pregnancy) as a function of headache type. **Methods:** Sample consisted of 422 college students. A structured questionnaire were responded and allowed the classification of the headaches according to the Second Edition of the International Classification for Headache Disorders. Aspects of reproductive life were asked (use of contraceptive pills, first period, duration of period, headaches during pregnancy). We contrasted findings as a function of headache type. **Results:** Median age of menarche was 12.3 years. Women with migraine with aura (MA) were significantly more likely to have had their menarche at earlier ages than women without migraine ($p = 0.03$). Women with chronic daily headaches (CDH), in turn, were significantly more likely than women with episodic migraine or with no headaches to have long periods ($p < 0.05$). Use of hormonal contraceptive pills was strikingly similar as a function of having or not migraine headaches, having or not aura (73% for all groups). Interestingly, during pregnancy, MA and CDH responded to a significantly higher proportion of the headaches, relative to outside of pregnancy ($p < 0.01$). **Conclusions:** The fact that women with MA are equally likely to receive hormonal contraceptives relative to others raise the question whether providers are assessing risk of cardiovascular outcomes in some of these women. MA and CDH were relatively more common during pregnancy that outside pregnancy needs to be explored, with a focus of whether these headaches are associated with complications during pregnancy. The finding that the menstrual cycle may vary as a function of headache frequency also raises the suspicion that hormonal fluctuations not only relate to the prevalence of migraine, but also to the frequency of headaches.

CE 07
HEADACHES AND MENSTRUATION IN COLLEGE WOMEN

Galego AR; Melhado EM; Galdezzani JP; Bigal ME; Queiroz LP

Objective: Menstrual headaches often do not fulfill criteria for migraine.[1] Because menstrual migraine is common and debilitating, non-migraine headaches that occur in relationship to the menstrual cycle are often neglected or misdiagnosed. The aim was to classify headaches as a function of the menstrual cycle according to the Second Edition of the International Classification for Headache Disorders,[1] in college students. **Methods:** Sample consisted of 422 college students. A structured questionnaire was given to students and allowed the classification of the headaches according to the Second Edition of the International Classification for Headache Disorders. Headaches were classified as per the ICHD-2 by a neurologist with expertise in the headache field. **Results:** Of a sample of 422 students, 334 (79.1%) had headaches, and 140 (33.2%) had headaches associated to the menstrual cycle. Of them, most were menstrually-related headaches (happened also outside of the menstruation – prevalence of 32.2%), but pure menstrual headache happened in 1.0%. Among the menstrual headaches, majority were migraine (27.5%). Of the migraines 13.3% were without aura, 7.8% were migraine with aura and 6.4% were probable migraine. Menstrually-related tension type headache occurred in 3.1% of the sample; menstrually related idiopathic stabbing headache occurred in 0.5% and unclassified menstrual headaches happened in 0.7%. **Conclusions:** Most female college students are affected by menstrual headaches. Although migraine without aura responds by the vast majority, other headaches such as tension-type headaches, idiopathic stabbing headaches, and migraine with aura also happen. Our findings suggest that the ICHD-2 criteria,[1] stating that menstrual migraine can only be classified in women without aura, is proper to classify pure menstrual migraine, but is too restrictive for menstrually-related migraine.

Reference: 1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. 2004;24(Suppl1):1-151.

CE 08
RELAÇÃO ENTRE FIBROMIALGIA E CEFALEIA PRIMÁRIA

Bordinio EC[1]; Inoue CSL[2]; Esposito SB[3]
[1]Acadêmica do sexto ano, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC SP
[2]Acadêmica do sexto ano, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC SP
[3]Professor Doutor da Disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - PUC SP

Objetivos: Estudar as cefaleias primárias comuns em pacientes portadores de fibromialgia; correlacionar a intensidade usual da cefaleia e o impacto de fibromialgia e correlacionar a frequência da cefaleia e o impacto da fibromialgia. **Métodos:** Em um ambulatório de reumatologia de um hospital universitário, acompanhamos um grupo de 81 pacientes com fibromialgia (FM) e que apresentavam cefaleia concomitante, no período de agosto de 2010 a junho de 2011. Para o diagnóstico de fibromialgia, foram utilizados os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e para identificar os diferentes tipos de cefaleia primária, os critérios da Classificação International de Cefaleia da International Headache Society (ICHD-II). Os pacientes recebiam a Agenda de Dor onde preenchiam as características da cefaleia durante um mês. Esta agenda era devolvida no retorno do paciente. Na agenda constavam os seguintes tópicos: qualidade da dor, intensidade, frequência, uso de analgésicos e outros medicamentos, fenômenos associados, fatores de melhora e fatores de piora. Para conhecer o impacto de fibromialgia, no retorno do paciente aplicamos um questionário padronizado e validado, o Questionário de Impacto de Fibromialgia (QIF). **Resultados:** Dos 81 pacientes com fibromialgia, 73 eram mulheres e 8 homens, com idade média de 50 anos (27-77). Para homogeneização da amostra, foram estudadas apenas as pacientes do sexo feminino. Das 73 pacientes 55 apresentavam migrânea ou provável migrânea, 10 CTT ou provável CTT e 8 não puderam ser classificadas. Não foram encontradas correlações entre a intensidade de cefaleia e o impacto de fibromialgia (coeficiente de correlação de Pearson $r = 0,173$); tampouco houve correlação entre a frequência de crises e impacto de fibromialgia. Ocorreu significância entre o tipo de cefaleia e o impacto da fibromialgia para os grupos migrânea e provável migrânea. **Conclusão:** A população estudada apresentou um elevado número de pacientes portadores de migrânea. Houve significância entre o tipo de cefaleia e o impacto da fibromialgia para os grupos migrânea e provável migrânea o que sugere uma situação de agravamento diante da associação de ambas as patologias.

CE 09
AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO, AGILIDADE E PRESENÇA DE TONTURA EM PACIENTES COM MIGRÂNEA COM E SEM AURA

Carvalho GF[1]; Gonçalves MC[1]; Florêncio LL[1]; Dach F[2]; Ferreira KS[2]; Chaves TC[1]; Speciali JG[2]; Bevilaqua-Grossi D[1]
[1]Fisioterapeuta; [2]Neurologista

Objetivo: Avaliar a oscilação do centro de pressão (COP), a agilidade e o impacto da tontura em pacientes com migrânea com aura (MA) e sem aura (M). **Métodos:** As pacientes, todos do gênero feminino, foram triadas do ambulatório de cefaleia de um hospital terciário e diagnosticadas com migrânea com aura ou migrânea sem aura por neurologistas especialistas em cefaleia de acordo com a ICHD-II (2004).[1] Foram excluídas as pacientes obesos, com vestibulopatias, doenças sistêmicas ou outros tipos de cefaleia. Foram avaliadas 92 voluntárias, sendo 31 do grupo M, 31 do grupo MA e 30 do GC (Tabela 1). O COP foi mensurado através da estabilometria com uma plataforma de força (AMTI - OR6-7-1000) em apoio bipodal e unipodal, com olhos abertos e fechados. A agilidade foi avaliada pelo teste *Timed Up and Go* (TUG) e os sintomas de tontura pelo questionário *Dizziness Handicap Inventory* (DHI). Para análise entre os grupos, foi utilizado um modelo de regressão linear com efeitos mistos com $\alpha<0,05$. **Resultados:** Os resultados revelaram maior oscilação no grupo MA em relação ao grupo M e GC em apoio bipodal com olhos abertos e fechados ($p<0,02$). Pacientes com MA apresentaram maior deslocamento do COP em relação ao grupo M nas situações unipodal com olhos abertos ($p<0,02$) (Figura 1). Não houve diferença no tempo de realização do TUG (seg.) entre os grupos MA (8,5 seg.) e M (8,2 seg.), porém ambos os grupos foram diferentes do GC (6,5 seg.) ($p<0,01$). Sintomas de tontura foram verificados em 80% do grupo MA e 65% do grupo M, com impacto significante nas atividades de vida diária ($p<0,001$). **Conclusões:** Nossos dados demonstraram que pacientes com migrânea (com e sem aura) apresentam

alterações no equilíbrio dinâmico e na mobilidade, além da alta prevalência de tontura, com impacto em vários aspectos da vida diária. A aura parece influenciar de forma significativa a estabilidade postural destes pacientes.

Referência: 1. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalagia, v. 24, suppl. 1, p. 1-160, 2004.

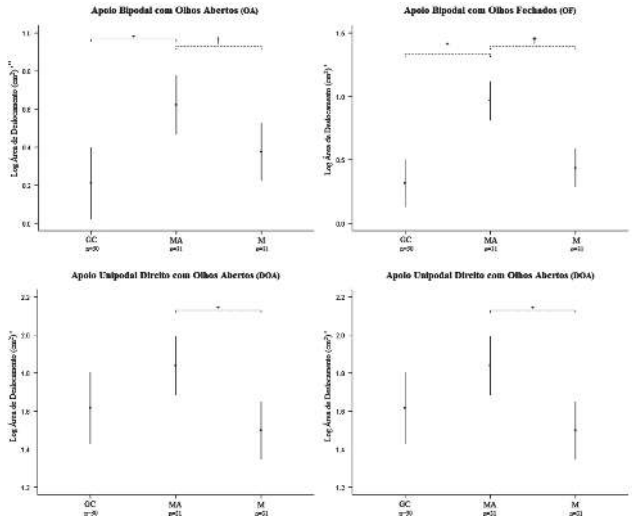


*Figura 1. Log. da média e intervalo de confiança das áreas de oscilação corporal (cm^2) em apoio bipodal com olhos abertos (OA), olhos fechados (OF), Apoio unipodal direito (DOA) e esquerdo (EOA) com olhos abertos do Grupo Controle (GC), Grupo Migrânea sem Aura (M) e Grupo Migrânea com Aura (MA).**Transformação da variável em Logaritmo. *p=0,001; †p=0,02.*

CE 10
QUALIDADE DE VIDA E INCAPACIDADE RELACIONADA À SAÚDE DE CRIANÇAS COM MIGRÂNEA

Ferracini GN; Dach F; Speciali JG

A migrânea nas crianças, durante e entre as crises, leva a uma redução da participação em atividades escolar, tarefas de casa e lazer, além do comprometimento dos aspectos psicológicos, ocasionando um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde. Este estudo objetivou avaliar a incapacidade que esta condição causa na vida diária de crianças de 6 a 12 anos de idade, de ambos os gêneros e se influencia a qualidade de vida. A amostra foi composta por 50 crianças com migrânea sem aura e 50 crianças sem histórico de cefaleia. Para verificar a incapacidade aplicou-se o questionário *Pediatric Migraine Disability Score* e para qualidade de vida o *Pediatric Quality of Life Inventory*4.0™. Os meninos perderam em média 13 (DP 26,36) dias e as meninas em média 15 dias (DP 22,43) em atividade escolar, tarefas de casa e lazer. De acordo com o grau de incapacidade, 19 (38%) crianças apresentaram o Grau I (ausência) de incapacidade, 17 (34%) o Grau II (leve), sete (14%) o Grau III (moderado) e sete (14%) o Grau IV (grave) sem diferença entre os gêneros [IC95% (-14,02 - 16,67); p=0,86] sobre atividade e rendimento escolar, tarefas de casa e lazer. A qualidade de vida, pela percepção dos pais, é pior nas crianças com migrânea [IC95% (-16,92 - -6,18) p<0,01], mas na percepção das crianças a qualidade de vida é semelhante nos dois grupos. Quando se analisa separadamente os vários domínios do questionário, pela percepção dos pais, há diferenças nos domínios físico [IC95% (-15,24 - -1,88) p<0,01] e psicossocial [IC95% (-17,96 - -6,74) p<0,01]. Enquanto que pela auto-avaliação das crianças, houve diferença nos domínios emocional [IC95% (-16,95 - -5,70) p<0,01] e escolar [IC95% (-15,90 - -5,74) p<0,01]. Não foi encontrada correlação entre os dias perdidos devido à cefaleia e a qualidade de vida relacionada à saúde.

CE 11
CONFIABILIDADE DA PRECISÃO DOS MONOFILAMENTOS SEMMES-WEINSTEIN EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

Grunewald JNC[1]; Gonçalves MC[1]; Nagamine HM[1]; Dach F[2]; Florencio LL[1]; Carvalho GF[1]; Speciali JG[2]; Bevilaqua-Grossi D[1]
[1]Departamento de Biomecânica Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da FMRP-USP
[2]Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da FMRP-USP

Introdução: A sensibilização central, em pacientes com migrânea, pode ser avaliada com os monofilamentos Semmes-Weinstein 1,2. A versão nacional contém 6 monofilamentos (SORRI®) de cores diferentes, graduados em gramas. Este é um aparelho acessível e de fácil aplicação. **Objetivo:** Verificar a confiabilidade da carga aplicada pelos monofilamentos Semmes- Weinstein (SORRI®) na região cefalica e extracefalica de pacientes migranosas. **Métodos:** Foram avaliadas 19 mulheres com migrânea, diagnosticadas segundo os Critérios da Classificação Internacional de Cefaleias, com média de intensidade de dor 5 ±1 em uma escala de 0 a 10. As pacientes tinham em média, idade de 40 ± 20 anos e frequência de dias de dor 8 ± 7 no mês. Os monofilamentos foram acoplados à célula de carga do Von Frey digital, que transmite a força aplicada em gramas para o visor do aparelho, possibilitando a quantificação da real carga aplicada, já que a orientação do manual é aplicar uma força suficiente para deformar o fio. Foram realizadas 2 avaliações, com intervalo de 15 minutos, contendo três repetições em 5 pontos de maneira aleatória: região frontal e músculo masseter bilateralmente e região do antebraço direito, com o paciente na posição sentada e olhos fechados. A análise estatística utilizou as médias de cada avaliação para calcular o Coeficiente de concordância proposto por Lin, que varia de 0 a 1, (0 a 0,30 baixa confiabilidade; de 0,31 a 0,60 moderada confiabilidade; 0,61 ou mais excelente confiabilidade). **Resultados:** Verificamos que a confiablidade da carga aplicada pelos monofilamentos de cor verde, violeta e laranja apresentam moderada confiabilidade e os monofilamentos azul, vermelho e rosa baixa confiabilidade (Tabela 1). **Conclusão:** Não é recomendável o uso exclusivo dos Monofilamentos Semmes-Weinstein (SORRI®) para quantificação da sensibilidade de pacientes migranosas, uma vez que sua confiabilidade nas regiões cefálicas e extra cefálicas variou de moderada a baixa.

Tabela 1 - Confiabilidade dos monofilamentos Semmes-Weinstein em pacientes com migrânea pelo coeficiente de Lin

Monofilamento (g)		Coeficiente Lin	IC (95%)	
Verde	(0,05)	0,33	0,12	0,51
Azul	(0,2)	0,11	0,08	0,31
Violeta	(2,0)	0,43	0,25	0,59
Vermelho	(4,0)	0,28	0,08	0,46
Laranja	(10)	0,48	0,29	0,64
Rosa	(300)	0,23	0,07	0,44

Referências: 1. Zappaterra M et al. Basal cutaneous pain threshold in headache patients. J Headache Pain. 2011;12:303-310.
2. Keizer D, Wijhe van M, Post WJ. Quantifying allodynia in patients suffering from unilateral neuropathic pain using Von Frey monofilaments. Clin J Pain. 2007;23:85-90.

CE 12
HIV E CEFALEIA: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Rocha Filho PAS[1]; Santos RC[2]; Bezerra MEM[2]; Gonçalves LR[3]; Coutinho Junior JR[4]
[1]Neurologista; [2]Acadêmica medicina; [3]Psicóloga; [4]Médico residente Neurologia

Objetivos: Comparar prevalência, características e fatores associados à cefaleia nos pacientes HIV positivos com pacientes atendidos em unidades do programa de saúde da família da cidade do Recife. **Métodos:** Estudo caso-controle. Casos: pacientes HIV positivos; linfócitos T CD4+ > 500/mm^3, sem TARV atendidos consecutivamente no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Oswaldo Cruz e do Hospital Correia Picanço. Controles: pacientes atendidos consecutivamente em postos de saúde. Instrumentos: Questionários sociodemográficos, epidemiologia do HIV e características das cefaleias; questionário *Hospital Anxiety and depression Scale*; questionário HIT-6 (*Headache Impact Test*). Análise de dados: Inicialmente todas as variáveis serão analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, cálculo de médias e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas serão calculadas frequências absolutas e relativas. Será utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney avaliará a hipótese de igualdade entre dois grupos e para a comparação entre proporções será utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram entrevistados 235 pacientes, 80 HIV+ e 155 nos postos de saúde, 62% do sexo feminino; a idade média foi 38 anos (DP= 17); 90% dos pacientes HIV+ e 67% dos pacientes HIV negativos tiveram cefaleia nos últimos 12 meses ($p<0,01$, Qui-quadrado). Os pacientes HIV+ tiveram significativamente menos dias e menor impacto da cefaleia. Não houve diferença significativa de intensidade da cefaleia nem da prevalência de migrânea ou de cefaleia tipo tensional entre os dois grupos, como também entre a intensidade dos sintomas depressivos ou ansiosos. **Conclusão:** Pacientes com HIV tiveram maior prevalência de cefaleia que pacientes atendidos em postos de saúde. Não houve diferença entre os tipos de cefaleia ou prevalência de sintomas depressivos/ansiosos entre os grupos.

CE 13
O QUE MOTIVA O PACIENTE A PROCURAR ASSISTÊNCIA MÉDICA POR CEFALEIA?

Rocha Filho PAS[1]; Gonçalves LR[2]; Coutinho Junior JR[3]
[1]Neurologista; [2]Psicóloga; [3]Médico residente Neurologia.
Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – UFPE

Objetivos: Verificar expectativas do paciente quanto ao atendimento e o que influencia nessa expectativa. **Métodos:** Pacientes atendidos pela primeira vez no Ambulatório de Cefaleias do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco no período de 08/01/2007 a 15/05/2012 foram entrevistados utilizando-se questionário padronizado e o Hospital Anxiety and Depression Scale. A associação das variáveis foi verificada através do teste do χ^2. **Resultados:** Entrevistaram-se 532 pacientes, idade de média= 42,3 anos (DP= 16,1), 82,5% do sexo feminino; 37,4 % tinham escolaridade superior ao primeiro grau. Média de médicos consultados anteriormente por cefaleia = 2,5 (DP =3,5); 32% já haviam procurado mais de 2 médicos. Tempo médio com cefaleia= 14 anos (DP=12,5); 60% tinham mais de 5 anos com cefaleia. Frequência média de cefaleia= 16 dias por mês (DP= 11,2), 48,1% tinham cefaleia crônica diária, 23,4% tinham cefaleia tipo tensional, 71,2% tinham migrânea Os motivos alegados para se ter a consulta foram: "Preocupação em ter doença grave" (26,2%); "Fazer um exame complementar" (22,2%), "Alívio da dor" (19,5%); "Ter uma explicação" (18,9%) e "Ter acompanhamento médico" (13,2%). Não houve associação entre o motivo ser "Preocupação em ter doença grave/Fazer um exame complementar" e o gênero, a escolaridade, em ter passado em consulta por mais de 2 médicos, em ter diagnóstico de migrânea, de cefaleia tipo tensional, de ansiedade ou depressão, ter cefaleia há mais de 2 anos ou ter cefaleia crônica diária. **Conclusões:** Os motivos mais frequentemente alegados para se ter a consulta foram: "Preocupação em ter doença grave" (26,2%); "Fazer um exame complementar" (22,2%). Nenhuma das variáveis estudadas influiu nesses motivos.

CE 14
DECÚBITO COMO FATOR AGRAVANTE DA CEFALEIA NA CRISE MIGRANOSA

Macci JP; Jabarra CP; Teles MCM; Ferreira GF; Souza JA; Moreira Filho PF

Introdução: As crises de migrânea são frequentemente incapacitantes. A atividade física e os movimentos de abaixar a cabeça são fatores reconhecidos de aumento transitório da intensidade da dor durante as crises. Por esse motivo muitos pacientes buscam o repouso. Na prática clínica, verifica-se que uma parcela de pacientes se queixa de agravamento da cefaleia pelo decúbito, durante as crises de migrânea, preferindo permanecer na posição recostada ou sentada. Esse dado, até onde sabemos, não foi estudado. **Objetivos:** 1) Verificar, numa amostra de pacientes migranosos, a porcentagem daqueles que se queixam de agravamento da cefaleia, durante a crise, pelo decúbito. 2) Verificar se existem diferenças com relação à piora pelo decúbito entre os sexos. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de análise de prontuários. Foram avaliados os dados da anamnese de 734 pacientes consecutivos, com queixa principal de cefaleia, atendidos numa clínica terciária, desde que se passou a utilizar o programa HIPATIA (tutorial e banco de dados em cefaleias). Utilizando-se de filtros de pesquisa, foram selecionados os pacientes que receberam o diagnóstico de migrânea em qualquer de suas modalidades (1.1 a 1.6 da Classificação da IHS 2004) num total de 563 (76,7%). Todos os pacientes foram interrogados quanto a fatores de agravamento da cefaleia, no período da crise, entre eles, o decúbito. Os que afirmaram apresentar agravamento pelo decúbito foram contabilizados e divididos de acordo com o gênero. **Resultados:** Dos 563 pacientes (482 mulheres – 85,6%; 81 homens – 14,4%) com diagnóstico de migrânea (1.1 a 1.6 da Classificação da IHS 2004), 20,7% (n=117) queixaram-se de agravamento pelo decúbito. A queixa foi referida por 21,7% (n=105) das mulheres e por 14,8% (n=12) dos homens. Essa diferença não se revelou estatisticamente significativa ($p<0,15$). **Conclusão:** O agravamento da cefaleia pelo decúbito, durante a crise de migrânea, é freqüente em pacientes de ambos os gêneros.

CE 15
DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO EM CEFALEIAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO SOCIOEDUCATIVA

Silva Junior AA; Brandão KV

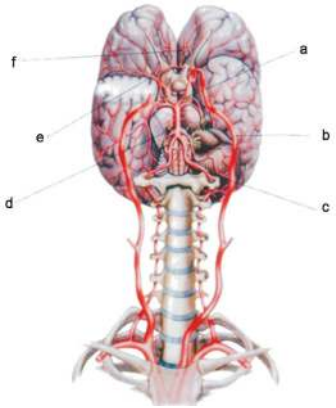
Introdução: A dificuldade dos médicos da atenção primária em conduzir os casos de cefaleias primárias, podem ser decorrente do desafio diagnóstico destas condições que não tem marcador biológico, frente à baixa carga horária sobre o tema nos cursos de graduação. **Objetivos:** Avaliar o impacto de uma intervenção sócio-educativa sobre cefaleias no desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de medicina. **Métodos:** Foi realizado atendimento voluntário a pacientes com cefaleia, no Centro de Especialidades Médicas do distrito norte de Belo Horizonte, coordenado pelo docente em neurologia da Faculdade de Ciências Médicas – Unifenas-BH. Dez alunos do sétimo período, selecionados aleatoriamente, participaram do atendimento supervisionado a pacientes com cefaleia, após passarem por processo de aprendizagem ativa (desenvolvimento de um script de raciocínio clínico através da discussão de casos). O grupo controle foi composto por 21 alunos, que passaram pelo método tradicional de ensino (aula expositiva sobre os critérios diagnósticos e bases terapêuticas das cefaleias). Após a intervenção todos fizeram um teste de avaliação de aprendizado. **Resultados:** Foram atendidos 21 pacientes (19 F) e migrânea sem aura foi o diagnóstico mais comum. O grupo treinado pelo método de ensino baseado em problema teve 78% de acerto nos testes, enquanto a taxa do grupo controle foi de 66%. **Conclusão:** O atendimento social supervisionado parece uma alternativa viável, como processo ativo de educação médica no Brasil, como complemento à reduzida carga horária das escolas de medicina do país.

CE 16
CEFALEIA POR DISSECÇÃO BILATERAL DA ARTÉRIA VERTEBRAL

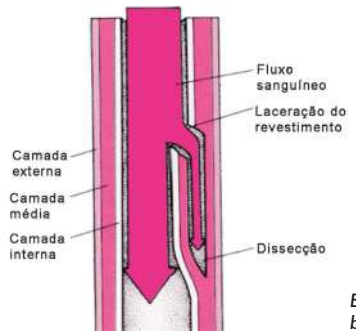
Cruz LS; Ribeiro LFS; Torres BR; Campos GM; Cruz PS; Corrêa IAB

Objetivo: Analisar os aspectos da cefaleia relacionada à dissecção bilateral da artéria vertebral. **Método:** Revisão da literatura crítica nas bases de dados MEDLINE e SciELO nos últimos 10 anos. **Resultados:** A dissecção da artéria vertebral bilateralmente (DAVB) é uma condição pouco comum e extremamente relacionada a acidentes vasculares cerebrais em pacientes jovens. Sua fisiopatologia corresponde à ruptura da camada íntima ou da média com entrada de sangue entre os folhetos e posterior oclusão do lúmen arterial. Pode ser espontânea ou pós-trauma e gerar sinais neurológicos como cerebelares (ataxia), vertigem e distúrbios da visão, dependendo do local de obstrução e eficácia das anastomoses com sistema carotídeo. Aproximadamente 82% dos pacientes com DAVB apresentam dor precedendo o déficit neurológico, como cervicalgia e cefaleia, sendo esta mais prevalente e classicamente descrita como occipital, bem localizada e diferente de outras que o paciente eventualmente tenha, enquanto aquela é descrita como uni ou bilateral na porção posterior do pescoço. Esses sintomas podem indicar o momento da dissecção e servir como alerta. Fatores de risco clássicos como doenças vasculares, tabagismo e dislipidemia são controversos, uma vez que a formação de lesões ateromatosas não parece ser o principal fator que desencadeia a fragilização arterial e predisposição à dissecção. A enxaqueca, na ausência de fatores de risco clássicos, tem sido extremamente relacionada a essa afecção, pois especula-se que alterações mecânicos como vasodilatação e constrição durante episódios crônicos possam comprometer a lâmina elástica e predispor a doença. O padrão ouro para diagnóstico é a angiografia digital, podendo ser substituída pela angioressonância. **Conclusão:** DAVB é rara, pouco suspeitada pelos médicos e pode não apresentar déficits focais. A cefaleia intensa na região occipital ou cervicalgia na região posterior do pescoço constituem sintomas de alerta que podem indicar o momento da dissecção.

Referências: 1. Adaletli I, Sirikci A, Ulus S, Yilmaz MH, Kervancioglu S, Kurugoglu S. Traumatic bilateral vertebral artery dissection at the dural entry point. Pediatr Surg Int 2006; 22: 468-70.
2. Campos CR, Evaristo EF, Yamamoto FI et al.Dissecção espontânea cervical carotídea e vertebral. Arq Neuropsiquiatr 2004; 62(2-B): 492-8.
3. Nagurney JT, Feldman D, Cahill DP, Gatha NM, Koroshetz WJ. Unusual visual symptoms in a patient with bilateral vertebral artery dissection: a case report. J Emerg Med 2006; 31(2): 169-71.
4. Taylor MW, Senkowski CK. Bilateral Vertebral Artery dissection after Blunt Cervical Trauma: case Report and Review of the Literature. J Trauma. 2002; 52: 1186-8.



Anatomia da carótida interna e vasos intracerebrais: (a) artéria comunicante posterior; (b) artéria carótida interna; (c) artéria vertebral; (d) artéria basilar; (e) artéria cerebral média; (f) artéria cerebral anterior.



Esquema ilustrativo da dissecção bilateral.

CE 17
AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DA COLUNA CERVICAL EM UM AMBULATÓRIO TERCIÁRIO DE CEFALEIA

Florêncio LL[1]; Casimiro ECB[3]; Braz CA[3]; Carvalho GF[1]; Gonçalves MC[1]; Chaves TC[1]; Dach F[2]; Speciali JG[2]; Bevilaqua-Grossi D[1]
[1] Fisioterapeuta; [2]Neurologista; [3]Estudante

Objetivo: Verificar se há diferença na amplitude de movimento da coluna cervical dos indivíduos com diferentes tipos de cefaleia atendidos em um serviço terciário especializado em cefaleia e algias orofaciais, uma vez que, nessa população, a avaliação desse

segmento tem sido recomendada.[1] **Métodos:** Foram selecionados, no período de 1 ano e 6 meses, 90 sujeitos com média de idade de 42 anos (DP: 11,05), sendo 77 do sexo feminino. Foram incluídos aqueles com idade entre 18 e 65 anos, somente com um diagnóstico de cefaleia e concordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os indivíduos submetidos a bloqueios periféricos durante a consulta, que apresentavam história de trauma na face ou na região cervical, com diagnóstico de doenças sistêmicas degenerativas e mulheres grávidas. A avaliação da amplitude de movimento cervical foi realizada através do *Cervical Range of Motion* (CROM) por um avaliador cego quanto ao diagnóstico da cefaleia. Os movimentos de flexão, extensão, inclinação lateral e rotação foram repetidos três vezes e mensurados em uma sequência aleatorizada por sorteio. A análise dos dados consistiu na comparação das médias das três medidas para cada movimento baseando-se no diagnóstico da cefaleia. Para isso, utilizou-se os testes de ANOVA *two way* e o *post hoc Duncan* test pelo programa SPSS 16.0. O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o valor de $\alpha = 0,05$. **Resultados:** Não houve diferença entre as médias dos grupos em todos os movimentos cervicais ($p>0,05$) (Tabela 1). No entanto, as médias dos movimentos foram menores quando comparadas às médias do grupo controle, baseado nos dados da literatura cuja população apresenta parâmetros semelhantes.[2] **Conclusão:** Não há diferenças importantes nas amplitudes de movimento cervical entre os diferentes tipos de cefaleia avaliados. Mas a redução da amplitude, comparada ao controle, reforça a importância da avaliação cervical na prática clínica.

Tabela 1. Média e desvio padrão da amplitude de movimento cervical nos diferentes tipos de cefaleia avaliada através do *Cervical Range of Motion* (CROM)

	MSA (n=44)		MCA (n=11)		MC (n=15)		CTT (n=6)		Outras (n=14)		Controle * (n=15)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Flexão	57	12,5	53	10,9	58	13,1	51	16,3	55	8,1	58	10,2
Extensão	57	16,2	59	11,7	54	14,3	57	13,9	56	17	68	11,1
Inclinação direita	40	9,3	39	8,8	41	8,6	42	8,8	43	8,7	46	6,2
Inclinação esquerda	46	9,6	42	10,1	47	7,3	46	9,5	48	7,2	49	5,9
Rotação direita	61	8,8	57	7,9	61	9,9	60	3,4	59	11,3	69	8,4
Rotação esquerda	63	11,3	60	7,7	62	12,5	62	9,7	63	14,3	64	7,1

MSA= migrânea sem aura; MCA= migrânea com aura; MC= migrânea crônica; CTT= cefaleia do tipo tensional; DP= desvio padrão.
*Grupo controle foi retirado de Bevilaqua-Grossi et al[2], dados avaliados na mesma população com média de idade semelhante

Referência: 1. Jull G, Amiri M, Bullock-Saxton J, Darnell R, Lander C. cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: subjects with single headaches. Cephalalgia. 2007; 27:793-802.
2. Bevilaqua-Grossi D, Pegoretti KS, Goncalves MC, Speciali JG, Bordini CA, Bigal ME. Cervical mobility in women with migraine. Headache. 2009 May;49(5):726-31.

CE 18
MIGRANEA, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ALTERAÇÕES DA POSTURA CORPORAL

Ferreira MC[1]; Florêncio LL[1]; Bevilaqua-Grossi D[1]; Speciali JG[2]; Dach F[2]; Chaves TC[1]
[1] Fisioterapeuta; [2] Neurologista

Objetivo: Avaliar a presença de alterações posturais corporais em mulheres com migrânea e verificar se a disfunção temporomandibular (DTM) contribui para agravar tais alterações. **Métodos:** Foram avaliados 03 grupos de 22 integrantes do sexo feminino com idades entre 18 e 50 anos, compostos de migranosos com DTM (30,27 ± 9,82 anos), migranosos sem DTM (31,72 ± 9,82 anos) e grupo controle (24,41 ± 6.95 anos) de mulheres sem DTM e sem migrânea. A DTM foi avaliada por meio da aplicação do eixo I do Critério de Diagnóstico para Pesquisa em DTM (RDC/TMD)[1] e o diagnóstico de migrânea foi realizado por neurologistas, de acordo com os critérios da segunda edição da Classificação Internacional de Cefaleias.[2] Os voluntários foram submetidos à avaliação da postura corporal através da fotogrametria. Os pontos a serem avaliados foram fixados, por examinador treinado e, posteriormente, as imagens foram analisadas através de traçados considerando esses pontos de referência nas vistas anterior, lateral, posterior e face (Figura 1). Dezenove ângulos foram considerados e para verificação de diferenças entre os valores médios dessas medidas angulares entre os três grupos foi empregada a ANOVA two-way ($p<0.05$). **Resultados:** foi verificada redução do ângulo de protrusão de cabeça e lordose cervical nos pacientes com Migrânea com e sem DTM, bem como maior frequência de assimetrias nos nesse grupo de pacientes (ombros e face). Também foi observada redução do ângulo de cifose torácica e aumento do ângulo de lordose lombar nos pacientes com migrânea e DTM (Tabela 1). **Conclusões:** os resultados desse estudo demonstraram a presença de alterações da postura corporal em pacientes com migrânea. Além disso, nossos achados confirmam a hipótese inicial de que a associação entre migranea e DTM pode contribuir para o agravamento dessas alterações posturais, especialmente para as alterações das curvaturas vertebrais mais caudais (cifose torácica e lordose lombar).

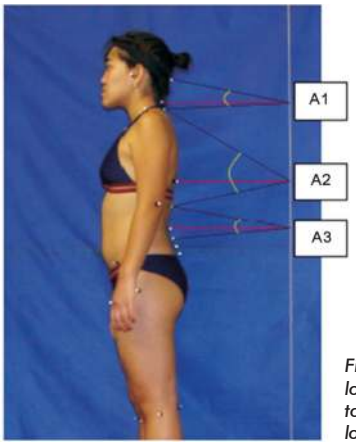


Figura 1 - Vista sagital. A1 - Ângulo de lordose cervical, A2 - Ângulo de cifose torácico e A3 - Ângulo de lordose lombar

Tabela 1 - Medidas angulares no plano sagital entre os grupos considerados nesse estudo

Ângulos (graus)	APC		ALC		ACT		ALL		AEJ		ATT	
Grupos	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Migrânea + DTM	67,83	2,53	14,63	0,97	40,13*	2,13	27,19*	2,36	181,53	4,57	100,31	1,10
Migrânea	69,88	3,05	14,99	0,94	42,93*	3,88	25,48*	2,32	182,26	3,61	101,00	2,76
Controle	73,03*	3,84	16,38*	1,55	47,27	4,11	22,68	1,51	182,02	5,06	99,47	4,38
Nível p ANOVA)	< 0,006		< 0,0009		< 0,03		< 0,02		NS		NS	

APC: ângulo de protrusão de cabeça; ALC: ângulo de lordose cervical: ACT: ângulo de cifose torácica; ALL: ângulo de lordose lombar; AEJ: ângulo de extensão lombar; ATT: ângulo tibio társico; NS: Não significativo. * diferença significativa entre os grupos (ANOVA, $p<0.05$)

Referências: 1. Dworkin SF, LeResche L. Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders: rewiew, criteria, examinations and specifications, critique. Journal Temporomandibular disorders: Facial and Oral Pain. 1992; 6(4): 300-55.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 (Suppl. 1):9-160.

CE 19
PREJUÍZO FUNCIONAL DEVIDO À DISFUNÇÃO CERVICAL NAS CEFALEIAS

Florêncio LL[1]; Casimiro ECB[3]; Carvalho GF[1]; Gonçalves MC[1]; Chaves TC[1]; Dach F[2]; Speciali JG[2]; Bevilaqua-Grossi D[1]
[1] Fisioterapeuta; [2] Neurologista; [3] Estudante

Objetivo: Avaliar a disfunção cervical em indivíduos com diferentes tipos de cefaleia atendidos em um serviço terciário especializado em cefaleia e algias craniofaciais. **Materiais e métodos:** Foram avaliados 88 sujeitos com média de idade de 42 anos (dp: 11,11), sendo 76 do sexo feminino, durante o período de 1 ano. Os critérios de inclusão foram ter idade entre 18 e 65 anos, somente um diagnóstico de cefaleia e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles que apresentavam história de trauma na face ou na região cervical, diagnóstico de doenças sistêmicas degenerativas e mulheres grávidas. A avaliação da disfunção cervical foi realizada por um avaliador cego quanto ao diagnóstico e por meio da aplicação da versão brasileira do questionário *Neck Disability Index* (NDI),[1] cuja pontuação varia de 0-50 e classifica os indivíduos como: sem incapacidade (0-4), incapacidade leve (5-14), incapacidade moderada (15-24), incapacidade grave (25-34) e completa incapacidade (35 ou mais).[2] A comparação do prejuízo funcional entre os grupos de cefaleia foi realizada por meio do teste chi-square utilizando o software SPSS 16.0, sendo adotado o intervalo de confiança de 95% e o valor de $\alpha=0,05$. **Resultados:** O subtipo de cefaleia parece não fazer diferença na classificação do prejuízo funcional, já que não houve diferença estatística entre elas ($p>0,05$). No entanto, 83% (n=73) dos 88 indivíduos avaliados apresentaram algum nível de incapacidade funcional (Figura 1) relacionada à coluna cervical, sendo que 16% (n=12) eram classificados nas formas mais graves. **Conclusão:** O relato de prejuízo funcional devido à dor no pescoço dentre os pacientes com cefaleia é bastante frequente, embora na amostra estudada o mesmo não esteve associado a algum subtipo específico de cefaleia. Tal constatação reforça a importância da avaliação musculoesquelética da coluna cervical nesses pacientes.

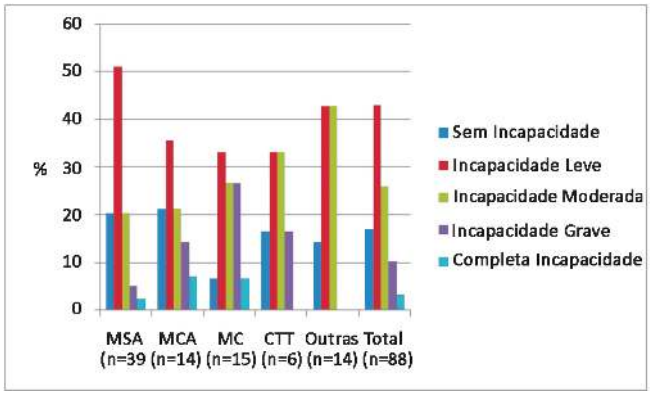


Figura 1. Gráfico sobre a frequência, em porcentagem, das classificações de disfunção cervical obtidas com o questionário Neck Disability Index *(NDI) em pacientes com diferentes tipos de cefaleia. MSA= migrânea sem aura; MCA= migrânea com aura; MC= migrânea crônica; CTT= cefaleia do tipo tensional.*

Referências: 1. Cook C, Richardson JK, Braga L, Menezes A, Soler X, Kume P, Zaninelli M, Socolows F, Pietrobon R. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese Version of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale. Spine. 2006;31(14):1621-7.
2. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manipulative Physiol Ther. 1991;14:409-15.

CE 20
ASPECTOS CLÍNICOS DA EVOLUÇÃO DA SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: ESTUDO DE CASO

Gonçalves AFB; Almeida Junior JA; Maciel DA; Vieira LP; Araújo RKR

Objetivo: Analisar o processo de identificação da Síndrome de Tolosa-Hunt (STH), dando ênfase nos critérios diagnósticos da International Headache Society (IHS). **Métodos:** Pesquisa bibliográfica com levantamento de casos clínicos da STH e relato de caso do paciente em estudo. **Resultados:** Realizado relato de caso de um paciente, sexo masculino, 24 anos, com dor retroorbitária unilateral de início agudo e estrabismo convergente à esquerda, cefaleia hemicraniana esquerda persistente, em aperto, de grande intensidade, acompanhada de náusea, fotofobia e fonofobia associadas à hiperestesia malar ipsilateral à dor. Realizado radiografia, TC e RM de encéfalo, sem alterações nas imagens radiológicas sugestivas da STH. Na RM de órbitas, os achados sugerem sinusopatia crônica. Houve melhora da dor orbitaria, nas primeiras 48 horas, após corticoterapia. Preenchendo, desta forma, os critérios diagnósticos da ICHD II para STH após ampla investigação dos diagnósticos diferenciais. Questiona-se uma possível associação da STH e a Sinusopatia Crônica. Paciente persiste, até dias atuais, com hiperestesia na região malar. **Conclusões:** A STH é uma enfermidade rara, portanto a condução do seu diagnostico através dos critérios da ICHD II são de grande valia. Entretanto não há ainda protocolo definido de tratamento, do seguimento a longo prazo e critérios para classificar como recaída ou fracasso do tratamento bem como associação com outras doenças. Portanto, novos estudos se fazem necessários para desvendar tais aspectos do universo da STH.

CE 21
AS CRISES DE CEFALEIA PODEM TER DURAÇÃO REALMENTE MENOR QUE 2 HORAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA? ANÁLISE CRÍTICA PROSPECTIVA DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA ICHD II

Lima MMF; Martin LC

Objetivo: Analisar criticamente os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD II)-2004 prospectivamente. **Método:** Analisamos prospectivamente 150 indivíduos a nível ambulatorial, não tratados, orientando o preenchimento do diário da dor durante a primeira consulta, após 30 dias retornavam. Observamos todos os critérios da classificação ICHDII com crises >2horas (Grupo ICHD II) e os mesmos critérios, mas sendo que o critério duração das crises em crianças seria menor que 2 horas (Grupo ICHD II-P). Empregou-se o critério diagnóstico clínico intuitivo (DCI) como padrão "gold standard". A comparação entre CDI, ICHDII, ICHDII -P foi realizada através do teste de Mc Nemar. **Resultados:** Idade média 11anos ± 2,26, 34% sexo masculino/66% sexo feminino; em relação aos sintomas: 65% náusea, 52% vômitos, fotofobia 96%, fonofobia 97%, tontura

52%, osmofobia 54%, este último não acrescenta ao diagnóstico, pois todos que a apresentavam também tinham foto/fonofobia. Duração: ICHD II - 88 crises > 2 horas e ICHD II-P - 62 crises < 2 horas. Observamos que os critérios da ICHD II apresentam uma sensibilidade (S) de 58% quando comparadas ao do CDI 100% e o da ICHDII-P 94% com Mc Nemar p<0,001. **Conclusões:** O uso dos critérios atuais da ICHD II, através da evidência de um estudo prospectivo demonstra um aumento importante (94%) da sensibilidade comparada a (S=58%) da duração (>2horas). Podemos então aceitar a duração < 2horas para as cefaleias na infância e na adolescência.

CE 22
EFEITO ADICIONAL DA FISIOTERAPIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA REDUÇÃO DA INTENSIDADE E FREQUÊNCIA DA MIGRÂNEA - VIABILIDADE DE UM ESTUDO CONTROLADO RANDOMIZADO EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Gonçalves MC[1]; Dach F[2]; Nagamine HM[1]; Chaves TC[1]; Florêncio LL[1]; Carvalho GF[1]; Speciali JG[2]; Bevilaqua-Grossi D[1]
[1] Fisioterapeuta; [2] Neurologista

Objetivo: Demonstrar a viabilidade da condução de um estudo controlado randomizado (ECR), em um serviço terciário, utilizando técnicas de terapia manual em pacientes com migrânea em uso de tratamento medicamentoso, com o intuito de verificar o efeito adicional da fisioterapia e realizar uma análise preliminar da eficácia dessa intervenção. **Métodos:** O tamanho amostral foi calculado para detectar a diferença entre grupos de um ponto em uma escala de 0 a 3 para intensidade de dor e de 3 dias de dor em uma escala de 0 a 9 dias. O tamanho amostral sugerido foi de 50 pacientes, 25 em cada grupo. Os dados de ambos os grupos serão analisadas por intenção de tratamento. Um examinador cego avalia a frequência, intensidade e duração da migrânea com o diário de dor e os demais parâmetros estão descritos na figura 1. Posteriormente, os pacientes são distribuídos aleatoriamente para os grupos de tratamento: G1- medicação + fisioterapia e G2- medicação. Os grupos serão comparados para os desfechos primários intensidade, frequência e duração da dor. O diagnóstico e a prescrição do tratamento medicamentoso são realizados por neurologistas. O tratamento fisioterapêutico é realizado 2 vezes por semana durante 40 minutos, por 6 semanas consecutivas, e consiste em terapia manual e exercícios respiratório (Figura 1). Este trabalho foi registrado no Registro de Ensaios Clínicos Brasileiros nºRBR-6kvx74. **Resultados:** O estudo esta em plena condução apresentando apenas dificuldade de aderência no grupo G1. A análise dos dados foi realizada em apenas 11 mulheres com migrânea sem aura, média de idade 41±9,80 e tempo de doença em anos de 16,89±8,33, já que o estudo ainda esta em curso, os resultados estão apresentados como um único grupo (Tabela 1) e revelam redução nos parâmetros avaliados. **Conclusão:** A viabilidade do ECR em pacientes com migrânea sem aura em um serviço terciário foi demonstrada.

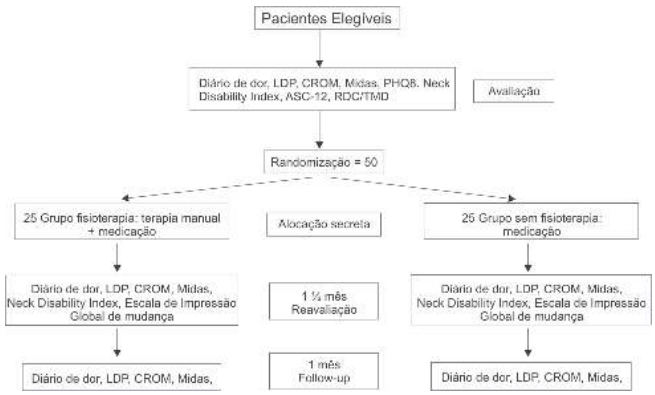


Figura 1 - Diagrama de fluxo completo

Tabela 1 - Média e desvio padrão da frequência, duração e intensidade das crises de migrânea em 11 voluntárias pré e pós-tratamento

	Dias de dor Mês	Duração da dor horas	Intensidade da dor 0-3
Pré-tratamento	18,67 ± 7,89	33,33 ± 17,23	3,00
Pós-tratamento	13,33 ± 7,23	20,00 ± 12,33	1,78 ± 0,79

CE 23
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS MIGRANOSAS

Martins ML; Valério RC; Almeida TJC; Laender VR; Rezende DF; Jurno ME

Introdução: As cefaleias são uma condição com alta prevalência na população infanto-juvenil, sendo que a migrânea ocupa lugar de destaque entre as cefaleias, causando importante diminuição na qualidade de vida de seus portadores. **Objetivo:** Avaliar o impacto da migrânea na qualidade de vida de crianças utilizando como parâmetros a resposta ao Brasilian SF-36. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo de corte transversal com análise comparativa de dois grupos voluntários, sendo um grupo composto por crianças migranosas e outro por crianças sem migrânea. A partir de então, foi aplicado em ambos os grupos o questionários da qualidade de vida Brasilian SF-36. **Resultados:** Este estudo foi composto por 66 crianças de 5 a 15 anos, das quais 30 (45,45%) erammigranosas e 36 (54,55%) sadias. A idade média das migranosas foi de 10,9 anos, o desvio padrão (DP) ± 3,0 anos, e a idade média do grupo controle foi de 10,4 anos, com DP ± 3,1. A partir da análise do Brasilian SF-36, oito aspectos foram avaliados, a saber: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Os resultados obtidos mostraram que migranosos são diferentes dos não migranosos em todos os aspectos mensurados e que apresentaram, sempre, desempenhos piores que os não migranosos quanto às oito dimensões medidas pelo Brasilian SF-36. **Conclusão:** Os autores concluem que a qualidade de vida das crianças portadoras de migrânea foi afetada em todos os aspectos avaliados pelo Brasilian SF-36.

Referências: 1. Arruda MA, Albuquerque RCAP, Bigal ME. Migrânea na infância e adolescência: avanços que contribuem para a prática clínica. PediatriaModerna. 2010 Maio/Jun; 46(3):87-100.
2. Subcomitê de Classificação das Cefaleias. Classificação Internacional das Cefaleias. 2ºed. São Paulo: Alaúde Editorial; 2004.
3. Jacobs H, Gladstein J. Pediatric Headache: A Clinical Review. Headache. 2012 Feb;52(2):333-9.
4. Langeveld JH et al. A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. Cephalalgia. 1996; 16:183-96.
5. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo; 1999.

CE 24
FREQUÊNCIA DE CEFALEIA E MIGRÂNEA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UM AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO

Veiga AMO; Abrahão ACT; Nogueira BCV; Borges FL; Loschi MG; Cordeiro MF; Ferraz M; Veiga B; Jurno ME

Introdução: A cefaleia é um sintoma comum na prática hospitalar pediátrica. No entanto, muito pouco é conhecido sobre a prevalência e as causas das dores de cabeça fora do hospital. A migrânea é dita como a causa mais comum de cefaleia primária em crianças. Em crianças e adolescentes, destaca-se a importância do diagnóstico e tratamento precoces, prevenção das crises de migrânea, para orientação adequada de seus responsáveis e professores, objetivando a melhoria na qualidade de vida e no perfil psicológico de seus portadores. **Objetivos:** O objetivo do presente trabalho foi estabelecer a frequência de cefaleia e migrânea na criança e no adolescente na faixa etária de 5 a 15 anos, de acordo com os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia no ambulatório de pediatria. **Métodos:** Foram entrevistadas 149 crianças, dos sexos feminino e masculino, na faixa etária de 5 a 15 anos, nos ambulatórios de pediatria geral. O diagnóstico foi realizado segundo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia, e foram utilizados instrumentos de estatística elementar para os resultados. **Resultados:** Os resultados obtidos mostram que a frequência de cefaleia e migrânea em crianças e adolescentes na faixa etária de 5 a 15 anos nos ambulatórios de pediatria geral foi de 66,4% e 5,37% respectivamente. **Conclusão:** De acordo com os dados coletados, a migrânea está fortemente relacionada com a frequência dos episódios por mês, duração habitual das crises de horas ou mais, dor pulsátil e presença de aura.

Referências:1. Barea LM, Santin R. Epidemiologia. In: Arruda MA, Guidetti V. Cefaleias na Infância e Adolescência. 1ª Ed. Ribeirão Preto: Instituto Glia; 2007. p.18-30.
2. Gherpelli JLD. Cefaleias na infância e adolescência. Ped Moderna. 1996;32(3):419-427.
3. Arruda MA. Enxaqueca na infância e adolescência: atualização no diagnóstico e tratamento. Ped Moderna. 2009 mar-abr;45(2):37-50.
4. Arruda MA. Anamnese da criança com cefaleia. In: Arruda MA, Guidetti V. Cefaleias na Infância e Adolescência. 1ª Ed. Ribeirão Preto: Instituto Glia; 2007. p.31-48.

CE 25
MIGRÂNEA DURANTE A GESTAÇÃO - PERFIL CLÍNICO

Pereira ECA[1]; Rocha GHS[1]; Coelho J[1]; Alvarenga LC[1] Borges NR[1]; Rezende DF[2]; Jurno ME[3]
[1]Alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena:
[2]Estatístico, Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena
[3]Doutor, Neurologista, Coordenador da Residência de Clínica Médica do HRB/FHEMIG e Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena

Introdução: Um dos fatores que pode influenciar esse quadro de migrânea nas mulheres são as alterações hormonais observadas durante a gravidez. Estudos evidenciam que a maioria das mulheres grávidas, que apresentava cefaleia pré-gestacional, exibiu melhora ou desaparecimento da mesma durante a gestação, especialmente quando se refere à migrânea menstrual. **Objetivo:** Relacionar a incidência da migrânea com o período gestacional das pacientes que foram admitidas no âmbito ambulatorial em uma clínica de pré-natal e comparar a frequência da cefaleia, com o período pré-gravidez. **Materiais e métodos:** O trabalho constatou em um estudo de corte transversal realizado mediante a uma entrevista sobre cefaleia na gestação, entre gestantes que apresentaram cefaleia no período gestacional e que foi diagnosticada como migrânea através dos critérios da Classificação Internacional, no período de julho de 2011 a fevereiro de 2012. Foram recrutadas 200 pacientes neste período. **Resultados:** O presente estudo foi realizado em um grupo de gestantes que se encontravam no terceiro trimestre de gestação e com queixa de cefaleia prévia ao período gestacional. O grupo foi composto por 200 pacientes, onde se observou que 82 (41,0%) pacientes eram migranosas e as restantes 118 (59,0%) pacientes não preenchiam os critérios para diagnóstico de migrânea. Os resultados obtidos neste trabalho relacionando as pacientes migranosas com os trimestres investigados, condizem com relatos da literatura, em que as crises de enxaqueca muitas vezes, têm a frequência aumentada no primeiro trimestre, mas se espera diminuir nos segundo e terceiro trimestres da gravidez. **Conclusão:** Os dados obtidos com a realização do nosso trabalho estão em concordância com estudos anteriormente apresentados, os quais foram demostrados uma diminuição gradual de dores de cabeça ao longo dos três trimestres de gestação.

Referências: 1. Subcomitê de Classificação das Cefaleias. Classificação Internacional das Cefaleias. 2ºed. São Paulo: Alaúde Editorial; 2004.
2. Melhado EM. Cefaleia na gestação. [Tese].CAMPINAS: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.
3. Melhado EM. Cefaleia na mulher. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.
4. Melhado E, Maciel JJA, Guerreiro CAM. Headaches during pregnancy in women with a prior history of menstrual headaches. Arq Neuropsiquiatr 2005;63(4):934-40.
5. Kvisvik EV et al. Headache and migraine during pregnancy and puerperium: the MIGRA-study. J Headache Pain (2011) 12:443-51.
6. Serva WAD et al. Course of migraine during pregnancy among migraine sufferers before pregnancy. Arq Neuropsiquiatr 2011;69(4):613-9.

CE 26
MIOPIA AGUDA E HIPERTENSÃO INTRA- OCULAR APÓS USO DE TOPIRAMATO

Piazzi FG[1]; Tavares RF[1]; Matos MR[1]; Moura e Silva IS[2]; Moura e Silva Filho PP[3]; Jurno ME[4]
[1]Residentes de Clínica Médica do Hospital Regional de Barbacena/FHEMIG
[2]Aluna da Faculdade de Medicina de Barbacena
[3]Oftalmologista, Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena
[4]Neurologista, Coordenador da Residência de Clínica Médica do HRB/FHEMIG e Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena

Introdução: A enxaqueca acomete cerca de 6 a 7% dos homens e 18 a 20% das mulheres principalmente entre 25 e 55 anos de idade, responsável por seu enorme impacto na atividade produtiva. O topiramato juntamente com o divalproato de sódio são os únicos dois anticonvulsivantes que tem aprovação do FDA para a prevenção da enxaqueca. É uma droga segura mas não isenta de efeitos colaterais. O principal deles é a nefrolitíase, e a nível ocular diplopia, nistagmo, conjuntivite e anomalias de acomodação. As alterações oftalmológicas não são comuns, o mais alarmante é o quadro de miopia aguda associada a glaucoma de ângulo fechado bilateral, que geralmente regride com a interrupção da droga. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 36 anos, portadora de hipotireoidismo, enxaqueca, miopia e astigmatismo bilaterais, apresentou quadro de diminuição súbita de acuidade visual após o uso de topiramato. A miopia inicial da paciente era de 1,75 graus em olho

direito e 0,5 grau em olho esquerdo e evoluiu para 12 graus bilateral e hipertensão intraocular 24 horas após a ingestão do anticonvulsivante. Paciente recuperou sua acuidade visual e pressão intraocular cerca de 48 horas após interrupção da medicação. **Objetivo:** Alertar não só a classe médica mas também os pacientes para as possíveis alterações visuais causadas pelo uso do medicamento. **Conclusão:** Alertamos que, embora raras as alterações oftalmológicas aparecem e se não reconhecidas em tempo hábil podem causar efeitos danosos ao paciente.

CE 27
O MÉDICO E A MIGRÂNEA: CONHECIMENTO E PROCEDIMENTOS NO ACOLHIMENTO A PACIENTES EM UM SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO

Azevedo AC[1]; Petrin CS[1]; Rezende LA[1]; Michel LCS[1]; Kfuri TV[1]; Moreira SRG[2]; Jurno ME[3]

[1]Alunas da Faculdade de Medicina de Barbacena

[2]Doutor, Psicólogo, Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena

[3]Doutor, Neurologista, Coordenador da Residência de Clínica Médica do HRB/FHEMIG e Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena

Objetivo: Este trabalho visa analisar o conhecimento que um grupo de médicos em Unidades de Emergência, de uma cidade de médio porte localizada em Minas Gerais, têm a respeito da migrânea/enxaqueca e de como foram o acolhimento realizados por eles a pacientes em crise de cefaleia. **Método:** Este trabalho de caráter qualitativo utilizou instrumentos como Ficha de Identificação e Estratificação da Amostra e Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada, tendo como base os critérios de diagnóstico das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia e as Recomendações da Sociedade Brasileira de Cefaleia para o tratamento das crises de dor de cabeça, sendo realizadas entrevistas com os médicos participantes do estudo. **Resultado:** Nas unidades de emergência desta cidade é frequente o atendimento de pacientes com crise migranosa. De acordo com os entrevistados, a maioria dos pacientes superestima sua dor, porém, o mesmo não ocorre com os médicos, que dizem subestimar a dor de seu paciente. Segundo os entrevistados há uma relação de migrânea com distúrbios psicológicos e seus pacientes necessitam de um atendimento especial, inclusive de um ambiente adequado para atendimento. Nota-se também que não há um critério estabelecido para a escolha de medicamentos assim como para realização de exames complementares e internação. **Conclusão:** Diante do estudo realizado nota-se uma deficiência no acolhimento do paciente migranoso e no conhecimento dos médicos em relação a essa patologia.

CE 28
RELATO DE CASO: SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT

Teles MCM; Jabarra CP; Ferreira GF; Macci JP; Souza JA; Moreira Filho PF

Objetivo: Relatar um caso da Síndrome de Tolosa-Hunt em que houve a remissão do quadro álgico desacompanhado da recuperação da paresia dentro das primeiras 72 horas após início do corticoide. **Método:** Relato de caso de JBS, 57 anos, masculino, morador de Niterói, natural do RJ, aposentado, casado, escolaridade de 4 anos. Iniciou quadro de dor periocular em aperto, diplopia, ptose palpebral a esquerda e dor ao toque da face a esquerda. Sem outros sintomas associados. Melhora parcial da dor com analgésico comum. Três anos antes do quadro atual, apresentou diplopia, com duração de 3 meses e melhora com o uso de Vitamina B1 300mg/dia. Ao exame apresentava ptose palpebral a esquerda, paralisia de músculo oblíquo superior e músculo reto medial a esquerda, reflexo fotomotor lentificado a esquerda. Angiotomografia e Ressonância Magnética de crânio sem alterações. Teste oral de tolerância a glicose normal. **Resultado:** Iniciado prednisona 60mg/dia após 25 dias do inicio do quadro, com resolução completa da dor em menos de 72 horas, com alguma melhora da ptose palpebral e paresia de músculos reto medial e obliquo superior a esquerda. **Conclusão:** Apesar dos critérios levar em conta uma melhora da paresia em 72 horas, o caso em questão e muitos outros trabalhos mostram que a resolução da paresia pode necessitar de um tempo muito maior ou até deixar sequelas. Sugerimos que este critério seja revisto. Na prática diária, observa-se que nem sempre os critérios diagnósticos são plenamente preenchidos, e que a exclusão de outras causas e bom senso nos faz diagnosticar condições raras, como a Síndrome de Tolosa-Hunt.

CE 29
TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO PEDIATRIC MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT (PEDMIDAS) PARA O PORTUGUÊS (BRASIL)

Freire NVS; Gonçalves LR; Coutinho Junior JR; Hershey AD; Rocha Filho PAS

Objetivo: Traduzir e adaptar transculturalmente o questionário *Pediatric Migraine Disability Assessment* (PedMIDAS) da língua inglesa para o português/Brasil. **Métodos:** Estudo de validação. Foi realizado a tradução e adaptação transcultural do questionário PedMIDAS do inglês para o português/Brasil em cinco etapas: tradução inicial (3 tradutores brasileiros bilíngues), síntese da tradução (reunião com 5 profissionais), retrotradução à língua de origem (2 tradutores nativos de língua inglesa), revisão da tradução por um comitê de juízes e pré-teste da versão final, que foi aplicada em 40 crianças em idade escolar e adolescentes, atendidos no ambulatório de neurologia pediátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz-HUOC. **Resultados:** Q1: Nos últimos 3 meses, quantos dias inteiros de aula você faltou por causa de dor de cabeça? (100% sem dificuldades), Q2: Fora aqueles dias inteiros que você perdeu, nos últimos 3 meses, quantos dias você perdeu mais da metade das aulas por causa da dor de cabeça? (87,5% sem dificuldades), Q3: Fora os dias que você faltou a escola ou alguma aula, nos últimos 3 meses, quantos dias você não foi capaz de fazer nem metade do que você normalmente faz na escola por causa de dor de cabeça? (85% sem dificuldades), Q4: Quantos dias você não conseguiu fazer atividades em casa por causa de dor de cabeça (por exemplo, obrigações de casa, lição de casa, etc.)? (100% sem dificuldades), Q5: Quantos dias você não conseguiu participar de outras atividades por causa de dor de cabeça (por exemplo, brincar, sair para a rua, praticar esportes...)? (100% sem dificuldades), Q6: Fora os dias que você não participou das atividades da pergunta anterior, quantos dias você participou mas não conseguiu fazer nem metade do que é capaz? (85% sem dificuldades). **Conclusão:** A versão brasileira do questionário PedMIDAS foi respondida sem dificuldades pela maioria das crianças e adolescentes.

CE 30
DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA PRIMÁRIA POR ALUNOS INTERNOS DO CURSO DE MEDICINA NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Sampaio PGG; Oliveira TTS; Galdino GS

Objetivos: Avaliar a capacidade de realização do diagnóstico diferencial das cefaleias primárias mais frequentes, por acadêmicos internos de medicina, visando identificar o nível de conhecimento sobre cefaleias primárias na população estudada, além de investigar se há conhecimento, por parte desses alunos, da Classificação Internacional das Cefaleias. **Método:** Estudo descritivo, analítico, comparativo, aprovado pelo Comitê de Ética da FCM-CG e realizado no período de janeiro a junho de 2012. A amostra foi composta por 45 internos, o instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável, contendo duas histórias clínicas, ficcionais, contemplando os critérios diagnósticos explícitos, listados na Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD II), referentes a quadros de migrânea sem aura (MAS) e cefaleia tipo tensional crônica (CTTC). Análise qualiquantitativa a partir dos critérios estabelecidos no questionário utilizado, através do programa Microsoft Excel. **Resultados:** Dos 45 alunos 37,7% consideraram como as principais hipóteses diagnósticas para história 01: MSA e CTT, com 64,4% encaminhando esse paciente para neurologista/cefaliatra. Com relação à história 02, 31,1% propuseram unicamente o diagnostico de CTT e 57,7% redirecionariam o paciente para o neurologista/cefaliatra. **Conclusão:** É possível sugerir que os internos entrevistados têm conhecimento básico acerca das cefaleias primárias de acordo com os diagnósticos propostos por eles nas duas histórias.

Palavras-chave: Internos; Cefaleia; Diagnóstico

Referências: 1. Moskowitz MA, Buzzi MG. Migraine general aspects. Handb Clin Neurol. 2010 97:253-66.
2. Krymchantowski A V.; Cefaleias do tipo tensional: atualização; J. brás. Med vol 80 ed.6 p.28-34,2001.
3. Ortiz F, Junior ER. Cefaleias Primárias: Aspectos Clínicos e Terapêuticos; São Paulo 2002 2ª Edição; Editora Zeppelini.

CE 31
ASSOCIAÇÃO DE HÁBITOS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES COM A PRESENÇA DE CEFALEIA

Silva PMF; Soares CBRB; Soares VBRB; Melo MG; Vasconcelos FMN; Silva TAB; Nery MW; Lima RCA; Freire DDO; Costa CNB; Ximenes RCC; Valença MM; Oliveira DA

Objetivo: Avaliar a relação dos hábitos alimentares com queixa de cefaleia em adolescentes. **Método:** Foram avaliados 128 adolescentes (88 meninas), com idade entre 10 e 19 anos. Para avaliar os hábitos e costumes alimentares foi utilizado um diário alimentar composto por questões que avaliam as preferências e aversões alimentares segundo sete grupos alimentares: grupo 1 - cereais, pães, tubérculos e raízes; grupo 2 - hortaliças e leguminosas; grupo 3 - frutas; grupo 4 - carnes e ovos; grupo 5 - leite e produtos lácteos; grupo 6 - óleos e gorduras; grupo 7 - açúcares e doces; questões sobre as frequências semanais das refeições; questões para avaliar o grau de influência das pessoas do convívio do adolescente na escolha da sua alimentação, as fontes de informação do adolescente sobre alimentação, contexto em que o adolescente se alimenta em relação à companhia e local. Para rastrear a cefaleia primária foram utilizados os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II). **Resultados:** 90,6% (n=116) queixaram-se de cefaleia nos últimos seis meses. Não houve diferença estatística entre gênero e queixa de cefaleia [81 (92%) meninas e 35 (87,5%) meninos, p=0,514]. Dentre os grupos de alimentos que mais gosta houve associação entre os do grupo 5 com queixa de cefaleia (p=0,016). Não foram verificadas associações significativas entre ocorrência de cefaleia com a frequência de cada uma das refeições, influência de pessoas do convívio, companhia e local e segundo as informações sobre alimentação (p > 0,05). 75% (n=97) faziam uso de analgésico sem prescrição médica e 44,5% (n=57) afirmou absenteísmo escolar devido à cefaleia. **Conclusão:** O consumo de alimentos como leite e produtos lácteos desencadeou crises de cefaleia entre os adolescentes estudados. A investigação dos hábitos alimentares como fonte causadora de cefaleia é importante para tentar reduzir as crises e melhorar a qualidade de vida.

CE 32
FREQUÊNCIA DE CEFALEIA EM ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Silva PMF; Santos MRP; Borges ÉA; Lima RCA; Silva GAM; Vasconcelos FMN; Oliveira DA; Ximenes RCC; Souza SL

Objetivo: Avaliar a frequência de cefaleia em adolescentes escolares da rede pública de ensino com sintomas de transtornos alimentares. **Métodos:** Foi realizado um estudo com 150 adolescentes com idade entre 10 e 17 anos. Para o rastreamento de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares, foi utilizado o questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e para a avaliação da gravidade da bulimia nervosa a partir da avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais, foi utilizado o Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgh (BITE). Para classificar a cefaleia primária foram utilizados os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II). **Resultados:** A presença de sintomas sugestivos de transtornos alimentares foi de 42,7% dos pesquisados, desses 43,4% eram do sexo feminino e 41,2% do sexo masculino. Para esses adolescentes com sintomas positivos para o EAT, 96,9% apresentaram cefaleia. Mais da metade (57,3%) dos adolescentes não apresentaram sintomas para o Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo (BITE), entre os que apresentaram sintomas, 41,4% eram do sexo feminino, 35,3% tinham sintomas médios e 7,3% sintomas graves e 98,4% queixavam-se de cefaleia. Na avaliação da gravidade da bulimia nervosa, pelo BITE, apenas 8% foi considerado significativo e 3% de grande intensidade, neste estudo todos os adolescentes apresentaram também cefaleia. Apenas nove (6%) adolescentes pesquisados declararam nunca terem sentido dor de cabeça. **Conclusão:** A frequência de cefaleia em adolescentes escolares da rede pública de ensino que apresentaram sintomas de transtornos alimentares é elevada e o gênero feminino é mais acomentido. Isto enfatiza a necessidade de intervenção sobre os fatores associados a sua ocorrência, proporcionando orientações apropriadas aos adolescentes.

CE 33
ALTERAÇÕES CORTICAIS DA MIGRÂNEA COM AURA

Almeida KJ; Silva Neto RP; Arouca EMG; Galvão ACR; Torezano SW; Comerlatti LR; Fortini I

Objetivo: Relatar achados neurorradiológicos em paciente com infarto migranoso. **Relato do caso:** Mulher de 23 anos, em uso de contraceptivo oral (ACO) apresentando cefaleia prévia numa frequência de três vezes por mês, temporal esquerda, forte intensidade, ora em pontadas ora em peso, com náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia e sem osmofobia. A dor era sempre precedida por diplopia e, algumas vezes, embaçamento visual bilateral. Tomava dipirona durante as crises (sem abuso). Apresentou, após acordar durante a madrugada, quadro súbito de dormência e perda de força (grau 0) no MSD e em hemiface esquerda. Observou dificuldade para falar e, concomitantemente, cefaleia temporal em pontadas, forte intensidade, sem náuseas ou vômitos, com fotofobia, fonofobia e vertigem. Antes da cefaleia, apresentou os mesmos sintomas visuais. Persistiu com cefaleia mesmo após usar Dorflex© e Dipirona. Não conseguia emitir palavras, compreendia comandos complexos, conseguia ler e entender sentenças, porém só escrevia palavras repetidas. Não conseguia nomear objetos ou repetir sentenças. Relatou que não conseguia encontrar as palavras. Voltou a dormir e ao acordar permaneceu com parestesias em MSD e face, já conseguia realizar movimentos no MSD e falava sentenças simples como "sim" e "não". Continuava com cefaleia de fraca intensidade e procurou o hospital. À admissão, observou-se afasia não fluente com parafasias fonêmicas, discurso telegráfico, compreensão, nomeação, escrita e repetição preservadas. Hemiparesia direita completa desproporcionada de predomínio braquiofacial grau IV. Reflexos profundos globalmente simétricos e reflexo cutâneo plantar flexor bilateral. Hemi-hipoestesia direita completa. RNM encefálica evidenciou área de restrição difusional cortical acometendo terço inferior do giro pré-central esquerdo, com discreto realce pelo contraste. Angio-RNM normal e Doppler transcraniano com alterações hemodinâmicas associadas ao quadro migranoso. Recebeu alta com amitriptilina e suspensão de ACO. **Conclusão:** Migrânea com aura complexa (visual, sensitiva, motora e de linguagem) pode estar associada a achados neurorradiológicos raros quando evolui para infarto migranoso.

CE 34
ANÁLISE DO TEMPO DE PROFILAXIA DA MIGRÂNEA

Silva Neto RP; Almeida KJ; Valença MM

Objetivo: Determinar o tempo mínimo para suspensão da profilaxia da migrânea em pacientes assintomáticos. **Método:** Através de estudo prospectivo, com comparação de grupos, empregando amostra de conveniência, 50 pacientes migranosos diagnosticados conforme os critérios da *International Classification of Headache Disorders - second editon* foram tratados profilaticamente com atenolol, nortriptilina e flunarizina até o desaparecimento da cefaleia. Quando assintomáticos, foram divididos em dois grupos iguais: grupo A mantido profilaxia por mais 12 meses e grupo B, por mais 24 meses. Determinou-se a frequência de crises pré e pós-tratamento, num seguimento de três anos, utilizando-se diário da cefaleia. No seguimento, definiu-se como desfecho "tempo livre de dor" e "número de episódios de recidiva de cefaleia por ano". **Resultados:** Dos 50 pacientes tratados, 39 (78%) eram mulheres, correspondendo à razão feminino/masculino de 3,5:1. A idade variou de 19 a 57 anos (36,0 ± 11,0). Dos 25 pacientes do grupo A, 20 (80%) eram mulheres e 5 (20%) homens e dos 25 do grupo B, 19 (76%) eram mulheres e 6 (24%) homens. A idade dos pacientes dos grupos A e B, foi igual, respectivamente, a 34,2 ± 10,4 e 37,8 ± 11,4 anos. Antes do tratamento, a frequência mensal das crises para os grupos A e B era, respectivamente, de 16,3 ± 12,8 e 16,4 ± 11,8 dias (p = 0,769). O tempo de desaparecimento da cefaleia foi, respectivamente, de 21,4 ± 11,2 e 16,8 ± 9,9 meses para os grupos A e B (p = 0,161, χ^2). Os grupos não diferiram significativamente. Durante três anos sem tratamento, os grupos A e B mantiveram uma frequência anual de, respectivamente, 3,2 e 0,5 dias de cefaleia. Dos pacientes do grupo B, 76,0% (19/25) permaneceram assintomáticos durante o seguimento, versus 44,0% (11/25) do grupo A, com diferença significativa (p=0,001, χ^2). **Conclusão:** Considerando como desfecho o tempo livre de cefaleia após suspensão da profilaxia, melhores resultados foram obtidos com profilaxia da migrânea por 24 meses.

Palavras-chave: Migrânea; Profilaxia; Cura

CE 35
PREVALÊNCIA E IMPACTO DA MIGRÂNEA EM ALUNOS DE ODONTOLOGIA

Barbosa FMCS[1]; Ferraz MGG[1]; Rocha EE[2]; Matos RVL[2]; Fernandes RSM[3]
[1]Cirurgiã Dentista pela UFPE; [2]Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela FOR; [3]Doutorado em Reabilitação Oral pela FORP-USP, Professora Adjunto da UFPE

A migrânea é uma cefaleia primária altamente prevalente e está entre as doenças mais incapacitantes. Seu diagnóstico deve seguir os critérios definidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia. Esta pesquisa teve como objetivo identificar, dentre os estudantes do Curso de Odontologia da UFPE, os portadores de cefaleia e, entre esses, os migranosos. Através de questionários escritos, frequência mensal, a intensidade e a localização da dor foram analisadas e comparadas entre os grupos. O grau de impacto da migrânea nas atividades rotineiras dos alunos também foi avaliado, com o uso do Questionário de Avaliação da Incapacidade por Migrânea (MIDAS). Dos 256 questionários válidos, 45 alunos eram migranosos (G1) e 174, portadores de outros tipos de cefaleia (G2). Ao comparar os dois grupos, verificou-se que características como localização, frequência e intensidade da dor foram diferentes. O grau de impacto das crises de migrânea nas atividades profissionais, domésticas e sociais foram superiores nas mulheres. A partir das informações colhidas, os alunos portadores de cefaleia foram orientados a procurar centros especializados. Por abordar uma patologia de alta prevalência que provoca impacto substancial ao indivíduo e a sociedade, um estudo como este é importante ser realizado, pois possibilita o planejamento e a execução de melhores programas de saúde que visem o bem estar da população. No âmbito acadêmico, pesquisas como esta possibilitam que o tema, tão pouco abordado, seja esclarecido em sala de aula nos cursos de graduação e pós-graduação.

CE 36
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM ADOLESCENTES COM CEFALEIA PRIMÁRIA

Lima RCA; Freitas DS; Bezerra e Silva DW; Silva GA; Costa CNB; Siqueira GR; Silva GAM; Ximenes RCC; Silva LC; Martins HAL; Vieira LPB; Valença MM; Oliveira DA

Objetivo: Investigar a relação entre os sintomas depressivos e a cefaleia primária em adolescentes. **Métodos:** Foram avaliados

117 estudantes (68 meninas) de escolas públicas estaduais, com idade variando entre 11 e 17 anos (14 ± 1,7 anos). Para classificar a cefaleia primária foram utilizados os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II). Para o rastreamento de sintomatologia depressiva foi utilizado o Inventário de Depressão Infantil (CDI). **Resultados:** Não houve diferença entre os gêneros em relação à média de idade (13,9 ± 1,8 meninas e 14,2 ± 1,6 meninos; p=0,342). Não houve associação estatística entre presença de sintomatologia depressiva e cefaleia no último mês [66/80 (82,5%) adolescentes com cefaleia vs. 30/37 (81,1%) sem cefaleia, p>0,05; χ^2]. Cefaleia no último mês foi observada em 80/117 (68,4%) da amostra [53/68 (77,9%) meninas e 27/49 (55,1%) meninos; p=0,015, χ^2]. Sintomatologia depressiva foi observada em 96/117 (82,1%) dos alunos [62/68 (91,2%) meninas e 34/49 (69,4%) meninos, p=0,003; χ^2]. As meninas apresentaram maiores médias de escore em todos os domínios do CDI com diferença estatística nos domínios: problemas interpessoais (2,51 ± 1,05 meninas vs. 2,02 ± 1,2 meninos, p=0021); humor deprimido (4,37 ± 1,3 meninas vs. 3,61 ± 1,8 meninos, p=0,013); inefetividade (4,38 ± 1,3 meninas vs. 3,71 ± 1,8 meninos, p=0,024) e autoestima negativa (6,21 ± 0,93 meninas vs. 4,63 ± 2,4 meninos; p<0,05). **Conclusão:** Cefaleia primária e sintomas depressivos são frequentes entre os adolescentes estudados e as meninas são mais acometidas pelas duas condições.

CE 37
ACHADOS AUDIOMÉTRICOS EM ADULTOS COM MIGRÂNEA: UM ESTUDO COMPARATIVO E CONTROLADO

Agessi LM; Duarte JA; Kolontai A; Curi R; Ganança FF; Carvalho DS; Villa TR

Objetivo: Comparar os achados audiométricos em indivíduos com migrânea e indivíduos sem cefaleia. **Métodos:** Foram avaliados 15 pacientes com migrânea sem aura, 12 pacientes com aura, diagnosticados de acordo com a International Headache Society (ICHD-II, 2004), e 15 indivíduos sem história de cefaleia. Idade entre 18 e 40 anos. Os critérios de exclusão: outras doenças neurológicas e otoneurológicas, exposição a ruído, antecedentes de trauma acústico, uso de drogas ototóxicas e otites de repetição. Uso atual de profiláticos para migrânea ou outros medicamentos com ação no sistema nervoso central. Avaliação: anamnese e audiometria tonal e vocal realizada por profissional fonoaudiólogo. A análise estatística foi realizada pelo teste ANOVA, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A idade média do grupo migrânea sem aura foi 29,5 anos ±6,3, migrânea com aura 28,7 anos ±6,0, controles sem cefaleia 29,1 anos ±5,0. Observamos que, apesar de todos os avaliados apresentarem limiares auditivos dentro da normalidade, houve diferença significante na orelha direita para o grupo migrânea sem aura e na orelha esquerda para o grupo migranea com aura, em comparação aos controles. **Discussão:** Estudos anteriores identificaram perda auditiva flutuante em frequências graves em pacientes com enxaqueca. A enxaqueca também já foi identificada como causa de perda súbita de audição em pacientes sem causa identificada que preenchiam critérios para migrânea. A literatura ainda é escassa sobre as alterações auditivas em pacientes com migrânea com ou sem aura. O presente estudo demonstrou uma diferença significativa dos limiares auditivos entre os grupos migrânea e controles sadios.

Tabela 1- Resultados do teste audiométrico do grupo migrânea com aura comparados ao grupo controle

Audiometria limiares auditivos	Migrânea com aura	Controle	p-valor
Média Orelha Direita (Desvio Padrão)	10,45 (± 5,68)	6,67 (± 2,44)	0,067
Média Orelha Esquerda (Desvio Padrão)	10,91 (± 5,39)	6,67 (± 2,44)	0,021

Tabela 2 - Resultados do teste audiométrico do grupo migrânea sem aura comparados ao grupo controle

Audiometria limiares auditivos	Migrânea sem aura	Controle	p-valor
Média Orelha Direita (Desvio Padrão)	10,67(± 4,17)	6,67 (± 2,44)	0,031
Média Orelha Esquerda (Desvio Padrão)	9,67 (± 3,52)	6,67 (± 2,44)	0,091

Referências: 1.Baloh RW. Neurootology of migraine. Headache.1997; 37:615-21
2. Viirre ES, Baloh RW. Migraine as a cause of sudden hearing loss. Headache. 1996; 36:24-48
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 Suppl 1: 9-160.
4. Bolay H, Bayazit YA, Gunduz B, Ugur AK, Akçali D, Altunyay S, Ilica S, Babacan A. Subclinical dysfunction of cochlea and cochlear efferents in migraine: an otoacoustic emission study. Cephalalgia 2008;28:309-317

CE 38
AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL EM ADULTOS COM MIGRÂNEA E CONTROLES SEM CEFALEIA

Agessi LM; Dias KZ; Carvalho DS; Pereira LD; Villa TR
Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias - Departamento de Neurologia e Neurocirurgia – UNIFESP.

Objetivo: Comparar o desempenho em testes de processamento auditivo em indivíduos com migrânea com e sem aura e compará-los a um grupo controle sem cefaleia. **Métodos:** Foram avaliados 26 indivíduos com migrânea, com e sem aura, classificados de acordo com a International Headache Society (ICHD-II, 2004), e 15 controles. Grupo migrânea com aura: 10 mulheres e 1 homem, idade média de 29,3 anos ±5,8, média de 8,2 dias de cefaleia / mês ± 4,1. Grupo migrânea sem aura: 14 mulheres e um homem, idade média de 29,5 anos ± 6,3, média de 7,5 dias de cefaleia/ mês ± 2,3. Grupo controle:14 mulheres e um homem, com média de 29,1 anos. Os procedimentos realizados foram: anamnese, avaliação da função auditiva periférica, testes do Processamento auditivo central (PAC) como Gaps-in-noise, Padrão de duração, Dicótico de Dígitos e Localização. Os critérios de exclusão foram: doenças psiquiátricas, outras doenças neurológicas, perda auditiva, trauma craniano, uso de medicamentos ototóxicos, preventivos para migrânea ou que afetem o sistema nervoso central. Uso de álcool e drogas. A análise estatística foi realizada pelo teste ANOVA, com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Todos os avaliados obtiveram limiares auditivos dentro da normalidade. Indivíduos com migrânea com e sem aura apresentaram pior desempenho em relação à resolução temporal e a ordenação temporal, quando comparados a controles sem cefaleia. **Discussão:** As funções do processamento auditivo envolvem estruturas anatômicas como tronco cerebral, córtex e neurotrans-

missores. Aspectos neuroquímicos envolvidos na fisiopatologia da migrânea e das funções auditivas podem predispor indivíduos com migrânea déficits do processamento auditivo, com prejuízos nas habilidades de reconhecer, discriminar e compreender as informações auditivas, bem como a atenção e memória auditivas.

Quadro 1. Desempenhonos testes de processamento auditivo do grupo migrânea com aura comparado ao grupo controle

	Migrânea com aura				Controle				
	Média	D.P.	Min.	Máx.	Média	D.P.	Min.	Máx.	P-valor
Gaps-in-noise O.D.	5,45	± 1,13	4	8	4,07	± 0,8	3	5	0,06
Gaps-in-noise O.E.	5.45	± 1,13	4	8	4,07	± 0,8	3	5	0,02
Teste Padrão de duração	68,90%	± 11,80%	56%	84%	92,80%	±	76%	96,50%	< 0,001
Dicótico de dígitos O.D.	98,50%	±2,30%	92,50%	100%	99,90%	±0,30%	98,80%	100%	0,362
Dicótico de dígitos O.E.	98,90%	±1,80%	95%	100%	99,90%	±0,30%	98,80%	100%	0,190
Teste de localização	5	0	5	5	5	0	5	5	1,0

Quadro 2. Desempenho nos testes de processamento auditivo do grupo migrânea sem aura comparado ao grupo controle

	Migrânea sem aura				Controle				
	Média	D.P.	Min.	Máx.	Média	D.P.	Min.	Máx.	P-valor
Gaps-in-noise O.D.	5,87	±2,1	2	10	4,07	± 0,8	3	5	0,005
Gaps-in-noise O.E.	5,6	±1	2	10	4,07	± 0,8	3	5	0,008
Padrão de duração	77,90%	± 14,60%	46%	100%	92,80%	± 6,70%	76%	96,50%	0,003
Dicótico de dígitos O.D.	97,90%	± 6,10%	76,30%	100%	99,90%	± 0,30%	98,80%	100%	0,362.
Dicótico de dígitos O.E.	98,80%	± 2,60%	90%	100%	99,90%	± 0,30%	98,80%	100%	0,190.
Teste de localização	5	0	5	5	5	0	5	5	1,0

Referências: 1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:9-160.
2. Magis D, Joiris T, Di Clemente L, Allena M, Coppola G, Gerard P, Schoenen J. Interictal cognition in migraineurs: a study correlation psychometric and neurophysiological tests. Cephalalgia. 2007;27:714.
3. Demarquay G, Caclin A, Brudon F, Fischer C, Morlet D. Exacerbated attention orienting to auditory stimulation in migraine patients. Clinical neurophysiology. 2011;122:1755-63.
4. Musiek F, Baran J Neuroanatomy, neurophysiology and central auditory assessment. Part 1: Brainstem. Ear and Hearing. 1986;7:207-19.

CE 39
RACIOCÍNIO NÃO VERBAL, FUNÇÕES MOTORAS, E PRAXIA CONSTRUTIVA EM CRIANÇAS COM MIGRÂNEA UM ESTUDO CONTROLADO

Moutran ARC; Pereira RA; Vaz L; Villa TR; Carvalho DS
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Instituto de Psicologia Aplicada (IPAF/Brasil)

Objetivo: Comparar o raciocínio não verbal, funções motoras e a praxia construtiva de crianças com migrânea e controles sem cefaleia. **Método:** Grupo migrânea: 10 crianças de ambos os sexos (6 meninas), diagnosticadas segundo os critérios da International Headache Society (ICHD-II, 2004), 6 com e 4 sem aura, idade entre 8 e 11 anos e 08 meses (10,2 ± 1,23), média de 8,6 dias de cefaleia /mês (DP ± 4,9). Grupo controle: 10 crianças (5 meninas), mesma faixa etária (10,2 anos ± 0,91) sem história prévia de cefaleia. Testes utilizados: Matrizes progressivas coloridas de Raven (raciocínio não verbal), Bateria neuropsicológica Tübinger Luria-Christensen para crianças - TUKI (funções motoras) e o Teste de Figuras complexas de Rey (praxia construtiva e memória imediata visual). Critérios de exclusão: antecedentes mórbidos gestacionais, prematuridade, atraso no desenvolvimento psicomotor, deficiência intelectual, epilepsia, trauma craniano, doenças sistêmicas, meningite, síndromes genéticas, doenças psiquiátricas, uso de medicação profilática para cefaleia ou qualquer outra com efeito no sistema nervoso central. A análise estatística foi realizada por meio do teste t e Mann-Whitney sendo considerado significativo $p<0,05$. **Resultados:** O grupo migrânea apresentou escores significativamente menores que o grupo controle nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven escore bruto ($p < 0,004$)/ percentil ($p < 0,001$); Figuras Complexas de Rey - Cópia ($p < 0,016$) / percentil ($p < 0,003$) e regulação do ato motor ($p< 0,012$). **Conclusão:** Crianças com migrânea quando comparadas aos controles apresentaram pior desempenho em testes de raciocínio não verbal, dificuldades na organização e integração perceptomotora, e na regulação do ato motor. Estes déficits podem gerar um impacto negativo no desempenho escolar e nas atividades cotidianas da criança.

	Grupo Migrânea		Grupo Controle		
	Média	DP	Média	DP	p
Raven/Escore	25	± 6,41	32,1	± 1,26	0,004*
Raven Percentil	51,4	± 25,34	84	± 11,75	0,001*
Fig Rey Tempo (em segundos)	278,5	± 46,67	345,6	± 101,08	0.072
Fig Rey Cópia/Escore	21,1	± 6,49	27,7	± 4,48	0,016*
Fig Rey Percentil	6,09	± 12,68	38,41	± 27,04	0,003*
Fig Rey Memória imediata/Escore	11,05	± 5,33	15,1	± 6,15	0,133
Fig Rey Memória imediata/Percentil	21,7	± 21,92	43,58	± 27,85	0,066
Função motora global	10,6	± 1,34	11,1	± 0,56	0,499
Função motora das mãos	28,1	± 2,02	29,2	± 1,13	0,162
Praxia Oral	15,5	± 1,58	16,3	± 0,82	0,278
Regulação do ato motor	5,4	± 0,69	6	± 0	0,012*
Sensações cutâneas sinestésicas	37,6	± 1,89	38,4	± 0,96	0,427
Estereognosia	9,7	± 0,67	9,8	± 0,42	0,913

Referências: 1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society The international classification of headache disorders; 2nd edition. Cephalalgia.2004; 24(suppl 1): 9-160.
2. Deegener G, Dietel B, Kassel H, Matthaei R, Nödl H. Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Handbuch zur TÜKI - Tübinger Luria-Christensen neuropsychologische für kinder. Weinheim:Psychologie-Verlags-Union; 1992.
3. Angelini AL, Alves IRC, Custódio EM, Duarte WF, Duarte JLM. Manual Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: escala especial. Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, São Paulo, 1999.
4. Oliveira, MS. Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2010.

CE 40
SÍNDROME DE MARFAN ASSOCIADA À MIGRÂNEA COM MÚLTIPLOS FENÔMENOS DE AURA: RELATO DE CASO

Santos BFO; Villa TR; Carvalho DS
Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias, Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Introdução: Migrânea com aura cursa com cefaleia e fenômenos neurológicos focais (visuais, sensitivos, sensoriais, motores) transitórios com duração de até 60 minutos e completamente reversíveis. A Síndrome de Marfan (SM) é uma patologia autossômica dominante com acometimento cardiovascular, ocular e esquelético.

Trabalhos da literatura mostram maior ocorrência de migrânea com aura em pacientes com SM. Não foram encontrados, na literatura consultada, registros de casos de SM associada à migrânea e múltiplas auras. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 20 anos, apresentando há 8 anos, crises de cefaleia temporal unilateral, principalmente à esquerda, de forte intensidade e de caráter pulsátil, associadas à fonofobia, fotofobia, náuseas e vômitos, durando de 6 a 12 horas. As crises são precedidas de fosfenos cintilantes e embaçamento visual e após 10 minutos no dimidio esquerdo percebe parestesia de membro superior e hemiface, seguida de hemiplegia e afasia motora. As auras tem duração entre 30 a 40 min, com resolução completa. Periodicidade trimestral no início, mas atualmente apresentando crises semanais. Antecedente familiar: mãe com migrânea sem aura. Paciente acompanhado em serviço de referência com diagnóstico de SM. Ressonância e angiorressonância magnética encefálica normais. Sem acometimento cardiovascular. Refere que nos últimos seis meses fez uso de flunarizina 30 mg/dia, verapamil 80mg/dia e gabapentina 400 mg/dia, sem melhora. Em primeira consulta em nosso serviço apresentava exame clínico e neurológico normais. Foram suspensos o verapamil e gabapentina, mantido flunarizina 10 mg e adicionado divalproato de sódio 500 mg/dia, ainda não retornou para avaliar a resposta ao novo esquema terapêutico. **Discussão:** Caso de paciente com Sindrome de Marfan associada à migrânea com aura se manifestando com múltiplas auras (visual, sensitiva e motora), aumento da frequência de crises e temporariamente com refratariedade a politerapia profilática convencional. Aparentemente, os mecanismos vasculares da migrânea e da Síndrome de Marfan são sinérgicos para maior gravidade neste paciente.

Referências: 1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:9-160.
2. Koppen H, Vis JC, Gooiker DJ, Knudsen S, Bouma BJ, Tijssen JG, de Mol BA, Mulder BJ, Russell MB, Ferrari MD. Aortic root pathology in Marfan syndrome increases the risk of migraine with aura. Cephalalgia. 2012;32(6):467-72.
3. Russell MB, Ducros A. Sporadic and familial hemiplegic migraine: pathophysiological mechanisms, clinical characteristics, diagnosis, and management. Lancet Neurol. 2011;10(5):457-70.

CE 41
VISUAL ATTENTION IN CHILDREN WITH MIGRAINE: THE IMPORTANCE OF PROPHYLAXIS

Villa TR; Moutran ARC; Gabbai AA; Carvalho DS
Division of Investigation and Treatment of Headaches (DITH), Department of Neurology and Neurosurgery – UNIFESP

Background: To compare the visual attention of children newly diagnosed with migraine, children undergoing migraine prophylaxis, and a healthy control group. **Method:** Eighty-two children, aged 8-12 years, were enrolled and divided into three groups: Migraine group: diagnosed with migraine with (n = 5) or without aura (n = 25) according to the International Headache Society criteria (ICDH-II, 2004), 15 boys, with 5.8 ± 3.2 days of headache/month, without previous or current use of migraine prophylaxis. Migraine prophylaxis group: diagnosed with migraine with (n = 6) or without aura (n = 16), 10 boys, with 6.3 ± 2.0 days of headache/ month prior to treatment. Prophylactic treatment started 3-6 months before evaluation. Eight of them were taking sodium valproate (500-1000 mg/day), six propranolol (40-80 mg/day), five amitriptyline (25-50 mg/day), and three flunarizine (5-10 mg/day). Control group: children without headache,16 boys. All were subjected to a visual attention assessment with the Trail Making Test parts A and B, Letter-Cancellation Test, and the Visual Attention Test 3rd edition. The untreated migraine group was evaluated after two days without headache, and the migraine prophylaxis group after two months without any migraine symptoms. Exclusion criteria: systemic illness, abnormalities on neurological examination, intelligence quotient (IQ) less than 80, psychiatric disturbances, learning disabilities, history of epilepsy, head trauma, use of other drugs acting on the central nervous system. **Results:** Children with untreated migraine performed significantly worse in all visual attention tests than did the control children or children undergoing migraine prophylaxis, especially with regard to selective and alternate attention. The migraine prophylaxis group performed as well as the control group. **Conclusion:** The deregulation of the neurochemical mechanisms underlying the physiopathology of migraine might induce visual attention deficits, but an effective prophylactic treatment might reverse migraine symptoms.

Table 1 - Results of visual attention assessment in migraine and migraine prophylaxis groups

Attention visual tests	Migraine group	Migraine prophylaxis group	
Trail making test A	23.0 ± 12.6	7.1 ± 8	
Trail making test B	66.6 ± 36.6	43 ±19.6	(p=0.004)
Letter cancellation test	148.4 ± 55.1	121.5 ± 39.7	
Cancellation omission errors	3.3 ± 3.7	2.5 ± 2.9	
Reaction time task1	0.5 ± 0.1	0.5 ± 0.05	
Reaction time task2	0.6 ± 0.1	0.6 ± 0.1	
Reaction time task3	0.5 ± 0.1	0.5 ± 0.09	
Omission errors task1	2.2 ± 2.8	0.9 ± 0.7	(p=0.019)
Omission errors task2	2.8 ± 2.7	2.3 ± 1.8	
Omission errors task3	0.2 ± 0.4	0.05 ± 0.2	
Action errors task1	2.4 ± 1.7	2.0 ± 1.8	
Action errors task2	5.5 ± 3.5	3.6 ± 2.9	
Action errors task3	2.4 ± 5.7	0.4 ± 0.8	

*p ≤ 0.05

Table 2 - Results of visual attention assessment in migraine prophylaxis and controls groups.

Attention visual tests	Migraine prophylaxis group	Control group	
Trail making test A	17.1 ± 8	17.5 ± 4.5	
Trail making test B	43 ± 19.6	41.7 ± 13.8	
Letter cancellation test	121.5 ± 39.7	129.4 ± 32.5	
Cancellation omission errors	2.5 ± 2.9	2.9 ± 3.3	
Reaction time task1	0.5 ± 0.05	0.6 ± 0.1	(p =0,038)
Reaction time task2	0.6 ± 0.1	0.6 ± 0.1	
Reaction time task3	0.6 ± 0.1	0.5 ± 0.2	
Omission errors task1	0.9 ± 0.7	1.0 ± 1.3	
Omission errors task2	2.3 ± 2.0	0.9 ± 0.7	
Omission errors task3	0.05 ± 0.2	0.1 ± 0.3	
Action errors task1	2.0 ± 1.8	1.6 ± 1.3	
Action errors task2	3.6 ± 2.9	3.4 ± 2.7	
Action errors task3	0.4 ± 0.8	0.6 ± 1.0	

*p ≤ 0.05

References: 1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:9-160.
2. Villa TR, Correa Moutran AR, Sobirai Diaz LA, et al. Visual attention in children with migraine: a controlled comparative study. Cephalalgia. 2009;29(6):631-4.
3. Damen L, Bruijn J, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, and Koes BW. Prophylactic treatment of migraine in children. Part 2. A systematic review of pharmacological trials. Cephalalgia. 2006;26(5):497-505.

DOR

DOR 01
ACUPUNTURA COMO TERAPÊUTICA PARA ALODÍNEA

Campana ACR[1]; Witzel AL[2]; Sato JE[3]; Pirró APR[3]; Nunes A[4]; Falleiros V[3]; Ferraz BF[3]
[1]Cirurgiã-Dentista Habilitada em Acupuntura, Aluna de Mestrado do Curso de Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada da FOUSP.
[2]Especialista em DTM e DOF e Especialista em Estomatologia, Professora Doutora da Faculdade de Odontologia da USP
[3]Médico Acupunturista; [4]Cirurgião Dentista

Estudos têm demonstrado que a acupuntura é capaz de promover a regeneração de fibras nervosas (Inoue 2011) e a liberação de substâncias como os opióides endógenos e oxitocina essenciais para a indução da analgesia (Andersson 1995). **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo o relato de caso do tratamento com acupuntura de uma paciente que apresentava alodínea. **Método:** Paciente com queixa de alodínea mecânica localizada no lábio superior com uma extensão de 1 cm para lado direito a partir da linha mediana e um cm para lado esquerdo e em altura comprometendo desde a linha branca do lábio superior até a transição para mucosa intraoral. O toque causava sensação de choque forte graduado na escala visual numérica como 9. O tratamento efetuado foi a acupuntura local e sistêmica, num total de 8 sessões de 20 minutos de duração. **Resultado:** Após 8 sessões de acupuntura a paciente relatou que na escala visual numérica o choque reduziu para 10 e ficou localizado em apenas um ponto do tubérculo central do lábio superior. **Conclusão:** Nesse caso, o tratamento com acupuntura pode ter acelerado a regeneração do tecido nervoso e se mostrou eficaz no controle da queixa apresentada pela paciente. A terapêutica deve ser reproduzida em um número maior de pacientes para confirmação do resultado.

Referências: Andersson S. and Lundeberg T. Acupuncture from empiricism to science: functional background to acupuncture effects in pain and disease. Med.Hypotheses, 45 (3): 271-281, 1995.
Inoue M, Katsumi Y, Itoi M, Hojo T, Nakajima M, Ohashi S, Oi Y, Kitakoji H. Direct current electrical stimulation of acupuncture needles for peripheral nerve regeneration: an exploratory case series. Acupunct Med. 2011 Jun;29(2):88-93. Epub 2011 Feb 28.

DOR 02
HEADACHE COMPLAINTS INCREASE THE RISK FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDER AMONG BRAZILIAN ADOLESCENTS: A POPULATION-BASED STUDY

Franco AL. DDS. MSc[1]; Fernandes G. DDS. MSc[1]; Gonçalves DAG. DDS. MSc. PhD[2]; Bonafé FSS. DDS[1]; Camparis CM. DDS. MSc. PhD[2]; Ohrbach R. DDS. PhD[3]
[1]Post Graduate student; [2]Professor - Discipline of Occlusion, Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain, Department of Dental Materials and Prosthodontics, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP- Univ. Estadual Paulista
[3]Associate Professor - Department of Oral Diagnostic Sciences, University at Buffalo, NY

Objective: To verify if headache complaints (HAc) are associated to temporomandibular disorders (TMD) in Brazilian adolescents. **Methods:** This was a cross-sectional study conducted in a representative population sample from Araraquara, São Paulo, Brazil. Overall, 24 public schools were visited and 3117 adolescents (12-14 years age) were invited to participate of the study. TMD was assessed and classified according to the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder (RDC/TMD) Axis I. HAc was investigated based on the question 18 of RDC/TMD Axis II history questionnaire. Chronic TMD pain was considered as pain that has persisted beyond the normal tissue healing time (3 months), as proposed by the International Association for the Study of Pain (IASP). **Results:** The sample consisted of 1307 individuals (response rate of 41.93%), 56.8% (n=742) women. Overall, 397 (30.4%) adolescents were diagnosed with TMD and 595 (45.5%) presented HAc. Comparing to boys, girls showed higher risks for presenting both, TMD and HAc (Relative Risk (RR) = 1.39; 95% Confidence Interval (CI) = 1.15 - 1.67), especially those with menarche (1.38; 1.16-1.66). Individuals reporting HAc presented higher risks for TMD (1.88; 1.62 - 2.17). Regarding the presence of pain, HAc increased the risks for painful TMD diagnoses (1.51; 1.40-1.62), higher for combined (muscle and joint) painful TMD (1.24; 1.18-1.31). Also, HAc slightly increased the risk for acute TMD pain (1.09; 1.05-1.14), but HAc elevated the risk in higher magnitude for chronic TMD pain (1.41; 1.32-1.51). **Conclusion:** HAc increased the risk for TMD in adolescents, especially in girls with menarche. The risk was particular higher for painful and chronic TMD.

Keywords: Facial pain; Temporomandibular joint dysfunction syndrome; Headache; Epidemiology; Adolescents.

References: 1. LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT, Huang G, Von Korff M. Preditors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. Pain. 2007;129(3)-269-278.
2. Nilsson IM, Drangsholt M, List T. Impact of temporomandibular disorder pain in adolescents: differences by age and gender. J Orofac Pain. 2009;23(2):115-22.
3. Dunn KM, Jordan KP, Mancl L, Drangsholt MT, LeResche L. Trajectories of pain in adolescents: a prospective cohort study. Pain. 2011;152:66-73.

DOR 03
CORRELAÇÃO ENTRE OSTEOARTROSE E DISCO DESLOCADO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDO CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO

Bolzan MC[1]; Witzel AL[2]; Costa JES[3]; De Luca CEP[4]; Hara ES[5]; Yamashita H[6]; Lederman H[6]
[1]Professor do Curso de Disfunção Temporomandibular da FUNDECTO USP, Especialista em DTM e DOF
[2]Professora Doutora da Disciplina de Estomatologia Clínica da Universidade de São Paulo, Especialista em DTM e DOF e Especialista em Estomatologia
[3] Aluna de Mestrado do Curso de Diagnóstico Bucal da FOUSP
[4]Aluno de Doutorado do Curso de Diagnóstico Bucal da FOUSP, Especialista em Ortodontia
[5]Aluno de pós-graduação da Universidade de Okayama, Japão
[6]Médico Radiogista da Universidade Federal de São Paulo

Objetivo: Avaliar a correlação entre disco deslocado e osteoartrose na articulação temporomandibular (ATM). **Métodos:** Foram avaliados 51 pacientes com diagnóstico de disfunção temporomandibular, através da aplicação do RDC, que verificou: ruídos articulares, dores à palpação nos músculos da mastigação e ATM, redução na movimentação da mandíbula. Aos pacientes foi solicitada Ressonância Magnética, a qual foi interpretada para a detecção da presença de disco deslocado, osteoartrose e desvio na forma. Estes achados foram comparados entre si e com dados clínicos; apertamento dental, bruxismo, abertura da boca menor que 40

mm, diferença da abertura ativa e passiva maior que 5 mm, dor à apalpação no masseter profundo, dor à palpação na cápsula e história de trauma. **Resultados:** Existe uma forte associação positiva entre osteoartrose (OA) e disco deslocado para ambos os lados da ATM. E no estudo da significância da associação foi detectada uma probabilidade maior da artrose acontecer antes do disco deslocado do que o contrário. O único item clínico que uma associação positiva com a OA foi o bruxismo (ATM D) o outro item que apresentou correlação com o DD foi a redução da abertura da boca menor de 40 mm. **Conclusão:** a osteoartrose tem alta correlação com o disco deslocado e pode ser a causa do deslocamento, o bruxismo pode levar a osteoartrose e a redução da abertura pode um sinal clínico de disco deslocado.

DOR 04
ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL EM UM CENTRO SECUNDÁRIO DE DOR OROFACIAL

Júnior AS; Brandão KV; Camargos HCM; Tomaz LPFN

Introdução: Pacientes com disfunções têmporo-mandibulares (DTM) e com cefaleias primárias ainda que adequadamente tratados, muitas vezes não apresentam melhora. Neste sentido parece que a abordagem multiprofissional, com escuta ampliada, pode colaborar para melhor compreensão dos casos a fim de otimizar futuras estratégias terapêuticas. **Métodos:** Inicialmente é aplicada uma entrevista semiestruturada que investiga semiologicamente o quadro doloroso, bem como a presença de hábitos parafuncionais em pacientes de um centro Odontológico de assistência secundária (AmbDof-CETRO). Posteriormente é realizada a palpação muscular pericraniana e cervical e avaliação neurológica. A última fase é realizada por acadêmicos de medicina, que aplicam de forma supervisionada, por um psicólogo e uma assistente social, o PRACTICE, que é uma ferramenta composta por 07 domínios, que exploram a dinâmica familiar no enfrentamento do problema em foco. As informações são codificadas pela ICPC-2, que permite a classificação das queixas da maneira enunciada, utilizando um sistema biaxial compreendendo sistemas orgânicos, psicológicos e sociais no primeiro eixo e as características do relato no segundo. **Resultados:** Foram atendidos 78 pacientes, sendo 59 (75,6%) do sexo feminino. A disfunção têmporo-mandibular (DTM) foi a causa mais frequente de dor orofacial, principalmente a dor miofascial (70,5%) e a capsulite/sinovite (42,3%) da articulação têmporo-mandibular. Por outro lado, as cefaleias primárias também estiveram presentes em boa parte dos casos, cefaleia do tipo tensional em 46,1% e a migrânea em 25,6% das pessoas avaliadas. Destes, 17 passaram pela avaliação biopsicossocial e conforme a codificação pela ICPC-2 encontrou-se principalmente problemas do Eixo P (psicológicos) e Z (sociais). **Conclusão:** As DTM e cefaleias primárias estiveram presentes, de maneira comórbida, na maior parte dos casos. O PRACTICE e o ICPC-2 mostraram que eventos traumáticos psíquicos e físicos, estresse no trabalho e fragilidade sociofamiliar são aspectos inegavelmente importantes na abordagem dos pacientes, sendo, portanto, abordagem multiprofissional algo essencial nos quadros de dor orofacial.

Referência: 1. http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.html

DOR 05
USO DA TOXINA BOTULÍNICA NA DTM E DOR OROFACIAL

Rocha EE[1]; Matos RVL[1]; Fernandes RSM[2]
[1]Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela FOR.
[2]Doutorado em Reabilitação Oral pela FORP-USP, Professora Adjunto da UFPE

A articulação temporomandibular (ATM), pelas suas peliculiaridades, é sede frequente de manifestações que cada vez solicitam mais atenção. A disfunção de qualquer um de seus elementos pode desorganizar todo o sistema estomatognático e desencadear os mais diversos quadros patológicos. As desordens temporomandibulares (DTM) constituem um grupo heterogêneo de condições, que envolvem a ATM e tecidos contíguos (músculos da mastigação e estruturas associadas). Pacientes com DTM podem apresentar, como principal sintoma, dor miofascial associada com função mandibular alterada. Pode apresentar sintomas como dor na cabeça, otalgia, zumbido ou mesmo dor de dente. Um tratamento definitivo para a DTM está sendo procurado, mas há dificuldades, já que não se tem o conhecimento exato de sua fisiopatologia. Alguns métodos terapêuticos são utilizados para eliminar a dor em pacientes com disfunção da ATM. Relaxantes musculares, placas oclusais, ajustes oclusais, fisioterapia, são alguns dos métodos de tratamento. Muitas vezes eles não surtem o efeito desejado. Diante deste contexto iniciou-se o uso da toxina botulínica com o intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas na DTM, principalmente nos casos resistentes aos tratamentos convencionais. Neste estudo foi feito uma revisão sistemática sobre o emprego da toxina botulínica tipo A nas DTM. O uso desta terapia é fundamentado na teoria de que a contração excessiva de um músculo é responsável pela origem da dor e da disfunção. Poucos estudos foram encontrados, a maioria com metodologia deficiente e número de pacientes reduzidos. Os estudos reportam uma diminuição da atividade e da força muscular promovendo o relaxamento e consequentemente a melhora do quadro álgico. Apesar dos estudos mostrarem resultados promissores, ela não é a primeira escolha de tratamento por não ser uma terapia definitiva e por ter seu custo elevado e necessitando de mais estudos; ela deve ser considerada, nas dores crônicas e hipertrofia muscular.

DOR 06
SLEEP BRUXISM, PAINFUL TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS, AND SELF REPORTED HEADACHE IN A SAMPLE POPULATION OF ADOLESCENTS

Fernandes G. DDS, MSc[1]; Franco AL. DDS, MSc[1]; Bonafé FSS. DDS[1]; Gonçalves DAG. DDS, PhD[2]; Camparis CM. DDS, PhD[3]*
[1] Graduated Student; [2] Assistant Professor;
[3]Associated Professor, Araraquara Dental School, UNESP Univ. Estadual Paulista, Department of Dental Materials and Prosthodontics, Araraquara, São Paulo, Brazil

Objective: To investigate the association among sleep bruxism (SB), painful temporomandibular disorders (TMD), and self reported headache in a representative population sample of adolescents aged 11-16 years matriculated in public schools. **Methods:** The *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*[1], Portuguese

version,[2] were used to classify TMD. SB was diagnosed by clinical criteria proposed by American Academy of Sleep Medicine[3] and the self reported headache, referring to the last six months, was obtained during the initial interview with the adolescents. **Results:** The sample consisted of 1122 adolescents (508 boys and 614 girl), with average of 12.7 years. Was found association among SB, painful TMD and self reported headache (p<0.0001). The SB increased the risk for painful TMD (Odds Ratio= 2.5; 95% confidence interval=1.91-3.39). Similarly, painful TMD and SB increased the risk for self reported headache. The magnitude of association was higher for painful TMD (5.1; 3.76-6.83), followed by SB (1.7; 1.30-2.21). When the sample was stratified by the presence of SB and painful TMD, the presence of SB only did not increase the risk for self reported headache. The association between TMD and SB had significantly increased the risk for self reported headache (7.8; 4.81-12.62), followed by painful TMD only (4.2; 2.89-6.01). **Conclusion:**The association among SB and painful TMD greatly increased the risk for headaches in adolescents.

References: 1. Dworkin SF, LeResche L. Research Diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord. 1992;6:301-55.
2. Pereira Júnior FJ, Favilla EE, Dworkin S, et al. Critérios de diagnóstico para pesquisa das disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). Tradução oficial para a língua portuguesa. J Bras Clin Odontol Integr. 2004; 8:384-95.
3. American Academy of Sleep Medicine. Sleep Related Movement Disorders. In: Sateia MJ, ed. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2005:189-91.

DOR 07
SEVERIDADE DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM RELAÇÃO AO GÊNERO: ESTUDO CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO

Costa JES[1]; De Luca CEP[2]; Nunes TB[3]; Di Matteo RC[4]; Campana ACR[5]; Nunes AB[1]; Witzel AL[6]

[1]Aluna(o) de Mestrado do Curso de Diagnóstico Bucal da FOUSP
[2]Aluno de Doutorado do Curso de Diagnóstico Bucal da FOUSP, Especialista em Ortodontia
[3]Aluna de Mestrado do Curso de Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada da FOUSP
[4]Aluna de Doutorado do Curso de Diagnóstico Bucal da FOUSP, Especialista em Ortodontia e em Implantodontia.
[5]Ana Cristina Rodrigues Campana, Aluna de Mestrado do Curso de Patologia e Estomatologia Básica e Aplicada da FOUSP, Habilitada em Acupuntura
[6]Professora Doutora da Disciplina de Estomatologia Clínica da Universidade de São Paulo, Especialista em DTM e DOF e Especialista em Estomatologia

Objetivo: Avaliação das características clínicas e imaginológicas da Disfunção temporomandibular em relação ao gênero. **Métodos:** As variáveis clínicas observadas em 87 pacientes foram: idade, queixa principal, dor à palpação e presença de hábitos parafuncionais. A posição do disco articular (DA) observado por ressonância magnética (RM) foi dividida em: disco deslocado unilateral (DDU), bilateral sem redução (DDB), bilateral com redução unilateral (DDBU) e bilateral com redução bilateral (DDBB). A associação entre as variáveis clínicas e imagenológicas foi verificada por análise de variância e teste de Bonferroni para as numéricas, e pelos testes qui-quadrado ou exato de Fisher para o restante (p<0,05). **Resultados:** Do total de pacientes examinados 80,5% (70/87) pertencem ao gênero feminino e 19,5% (17/87) pertencem ao masculino. Estatisticamente a média da idade das mulheres foi menor que a média da idade dos homens (p=0,0027). Os grupos DBSR, DRU, e DRB são formados proporcionalmente por mais mulheres do que os grupos DN e DU (p=0,001). A dor a palpação foi maior para as mulheres, tanto para os músculos quanto para a articulação (p=0,001). O hábito parafuncional esteve presente igualmente nos dois gêneros. **Conclusão:** A severidade da disfunção temporomandibular se apresentou maior entre as mulheres dentro do grupo de pacientes.

DOR 08
DOR MIOFASCIAL - SUA IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO E CONTROLE EM INDIVÍDUOS COM CEFALEIAS

von-Zuben JA

A Dor Miofascial (DMF) classifica-se entre as Dores Musculares Crônicas, onde encontramos os chamados "pontos gatilhos" capazes de referir dores na região orofacial a partir de um ou mais músculos envolvidos. A DMF, pode acometer um ou mais músculos posturais e funcionais do segmento cérvico-cranial-facial, e acompanha sintomas de dores de cabeça, limitação de movimentos, má postura, alteração de padrão de sono, irritabilidade pelo componente crônico envolvido, via SNC. Postula-se que seria decorrente de sensibilização do neurônio motor, resultando em disparos ectópicos de dores referidas. Muitas das dores de cabeça podem ser mantidas e ou originadas de pontos gatilhos. Uma vez diagnostica, através da palpação clinica, deve-se de imediato iniciar seu controle. Incluindo orientações de postura, esforços musculares, apertamento dental diurno, alterações nos padrões de sono, e hábitos parafuncionais. Pode-se controlar a DMF através de manobras de bloqueio anestésico periférico sem vaso-constritor, ice-spray de congelamento do ponto na superfície do músculo, alongamentos e massoterapia por deslizamento miofascial. Alguns autores sugerem uso de relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteroidais e outras drogas para compor uma estratégia geral no controle destes pontos gatilhos ativos. Por conta disto, a possibilidade de controlar e ou minimizar sintomas importantes dos indivíduos que sofrem de dores de cabeça, e devolvendo qualidade de vida a estes individuos.

Bibliografia: 1. Okeson JP. Dor orofacial - guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. 1º ed. São Paulo: Quitenssence Editora; 1998.
2. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
3. Siqueira JTT. Disfunção temporomandibular: classificação e abordagem clínica. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. 1º ed. Curitiba: Editora Maio; 2001.
4. Simmons D. Travell & Simon's myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999.

DOR 09
MANAGEMENT OF TMD SIGNS AND SYMPTOMS DURING THE USE OF OA FOR THE TREATMENT OF OSA - 2 YEARS FOLLOW-UP

Giannasi LC[(1)]; von-Zuben JA[(2)]; Oliveira LVF[(1)]

Objective: The main propousal that is to show a straight relationship between TMD and Mandibular repositioning appliance (MRA); using just one clinical subject that refers TMJ pain and limited jaw opening. **Methods:** This study reports on the case of

an occlusal splint (OS) used to relief the temporomandibular joint (TMJ)/masticatory muscles pain and close lock caused due to the mandibular repositioning appliance (MRA) for the treatment of obstructive sleep apnea (OSA). The treatment with OS lasted 105 days, and the patient could continue the OSA treatment. The TMJ became stable, without pain or locking, and the AHI reduced from 16.0 to 0.6 after six months, and both, OSA and TMD signs and symptoms remained controlled after 2 years. **Conclusion:** We conclude that it is possible to contour these intercurrent, which not happen frequently, allowing the patient to finish the OSA treatment.

Table 1 - PSG Findings at baseline after 6 months and after 2 years of OA usage

PSG parameters	Baseline	6 months	2 years
AHI	16.0	0.4	1.0
SaO_2 nadir (%)	87.0	90.5	90.0
NREM1 (%)	10.0	6.0	5.5
NREM2 (%)	69.1	55.0	57.0
NREM3 (%)	12.5	18.5	17.2
REM (%)	18.4	20.5	20.3
Sleep Efficiency (%)	81.3	89.1	90.0

Definition of abbreviations: AHI: apnea/hypopnea index; SaO_2 nadir: minimal oxyhemoglobin desaturation; NREM1: sleep stage 1; NREM2: sleep stage 2; NREM3: sleep stage 3; OA: oral appliance; PSG: polysomnogram; REM: rapid eye movement sleep stage

References: 1. Giannasi LC, Magini M, Costa MS, Oliveira CS, Oliveira JC, Bussadori SK, Oliveira LVF. Systematic assessment of the impact of oral appliance therapy on the temporomandibular joint during treatment of obstructive sleep apnea: long-term evaluation. Sleep Breath 2009; 13:375-381.
2. Almeida FR, Bitencourt LR, Almeida C I, Tsuiki S, Lowe AA, Tufik S. Effects on mandibular posture on obstructive sleep apnea severity and the temporomandibular joint in patients fitted with an oral appliance. Sleep 2002; 25:507-13
3. Almeida RF, Lowe AA, Sung JO, Tsuik S, Otsuka R. Long-term sequellae of oral appliance therapy in obstructive sleep apnea patients: Part 1. Cephalometric analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006; 129:195-204
4. Giannasi LC, Hirata RP, Politti F, Nacif SR, Leitão-Filho FS, Oliveira LVF. A novel protocol for occlusal splint adjustment to treat TMD in sleep bruxism. Fisioter. Mov 2012; 25:175-181.

DOR 10
ANÁLISE ELETROMIOGRÁFICA DO MÚSCULO MASSETER EM ISOMETRIA

Fonseca BF; Carvalho Júnior NR; Pinto MVM; Santos-Filho SD

Objetivos: Analisar e medir bilateralmente a ação do músculo masseter em situação de isometria, nas três classes oclusais (classe I, classe II e classe III de Angle) através de análise eletromiográfica em um grupo de 31 universitários. **Métodos:** Estudo do tipo descritivo, com nível de significância de 95% ($p<0.05$), realizado em uma amostra inicial composta por 100 universitários, que tiveram suas chaves oclusais submetidas a exame clínico oral. Posteriormente, foram selecionados, aleatoriamente, 31 universitários apresentando idade entre 18 e 27 anos; sendo 14 com classe I, 06 com classe II e 11 com classe III. Por último, todos os 31 universitários foram submetidos à análise eletromiográfica. Em relação ao gênero, foram 18 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. O registro da atividade elétrica foi feito bilateralmente no músculo masseter, sendo utilizados dois pares de eletrodos bipolares, um de cada lado. A situação analisada, em cada universitário, acompanhou a seguinte orientação: posição de apertamento dentário (isometria). Os universitários foram instruídos a apertarem bem os dentes, durante 30 segundos, sendo capturados os sinais eletromiográficos, do lado direito e esquerdo. Os dados obtidos da atividade eletromiográfica dos músculos masseteres foram submetidos à análise estatística, utilizando o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** O músculo masseter, de ambos os lados, em contração isométrica, ou seja, máxima intercuspidação na classe III, entre as três classes estudadas, apresentou maior atividade do que no grupo das demais classes oclusais. **Conclusão:** O estudo demonstra que no apertamento máximo a musculatura que foi analisada recebe influência das classes oclusais.

DOR 11
ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Verificar a presença e o grau de associação entre a ocorrência de depressão e disfunção temporomandibular (DTM). **Métodos:** Oitenta e cinco universitários – 56 mulheres e 29 homens – do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* - RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa etapa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em dois grupos: Sem DTM (controle) e Com DTM. A presença e o grau de associação entre a ocorrência de depressão e DTM foram testadas através do teste Qui-quadrado (χ^2) e do coeficiente de Yule (Y). **Resultados:** Encontram-se discriminados na Tabela 1. **Conclusão:** Apesar da conhecida associação entre fatores psicológicos e DTM, não houve associação significativa ($p>0,05$), no presente estudo, entre depressão e DTM.

Tabela 1 - Associação entre depressão e DTM

	Total	Sem DTM	Com DTM
Sem depressão	43	24	19
Com depressão	41	16	25
p-valor*			$>0,05^{ns}$
p-valor †□			-
Total ‡	84	40	44

DTM: Disfunção Temporomandibular
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1; ns=Não significativa
† Coeficiente de Yule
‡ Não foi possível classificar um dos participantes quanto à presença ou não da depressão

DOR 12
ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E DOR MIOFASCIAL DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Verificar a presença e o grau de associação entre a ocorrência de depressão e dor miofascial dos músculos mastigatórios (DMF). **Métodos:** Oitenta e cinco universitários – 56 mulheres e 29 homens – do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de disfunção temporomandibular – DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* – RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa etapa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em dois grupos: Sem DTM (controle) e Com DMF. A presença e o grau de associação entre a ocorrência de depressão e DMF foram testadas através do teste Qui-quadrado (χ^2) e do coeficiente de Yule (Y). **Resultados:** Encontram-se discriminados na Tabela 1.

Tabela 1. Associação entre depressão e DMF

	Total	Sem DTM	Com DTM
Sem depressão	37	24	13
Com depressão	36	16	20
p-valor*			$> 0,05^{ns}$
p-valor †□			-
Total	73	40	33

DTM: Disfunção Temporomandibular
DMF: Dor Miofascial dos Músculos Mastigatórios
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1; ns=Não significativa
†Coeficiente de Yule

Conclusões: Apesar da conhecida associação entre fatores psicológicos e DMF, não houve associação significativa ($p>0,05$), no presente estudo, entre depressão e DMF. Embora não estatisticamente significativa, o estudo mostra uma grande associação entre depressão e o grupo "Com DMF" ($\chi^2=3,44$).

DOR 13
HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Verificar a presença e o grau de associação entre a ocorrência de hábitos parafuncionais e disfunção temporomandibular (DTM). **Métodos:** Oitenta e cinco universitários - 56 mulheres e 29 homens - do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* - RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa etapa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em dois grupos: Sem DTM (controle) e Com DTM. A presença e o grau de associação entre a ocorrência de hábitos parafuncionais e DTM foram testadas através do teste Qui-quadrado (χ^2) e do coeficiente de Yule (Y). **Resultados:** Encontram-se discriminados na Tabela 1.

Tabela 1 - Associação entre hábitos parafuncionais e DTM

	Total	Sem DTM	Com DTM
Sem hábitos parafuncionais	48	29	19
Com hábitos parafuncionais	37	11	26
p-valor*			<0,005
p-valor †□			Y=0,56
Total	85	40	45

DTM: Disfunção Temporomandibular
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1
†Coeficiente de Yule

Conclusões: Houve associação significativa entre hábitos parafuncionais e DTM ($p<0,005$), com grau de associação moderado e positivo ($Y=0,56$).

DOR 14
HÁBITOS PARAFUNCIONAIS E DOR MIOFASCIAL DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Verificar a presença e o grau de associação entre a ocorrência de hábitos parafuncionais e dor miofascial dos músculos mastigatórios (DMF). **Métodos:** Oitenta e cinco universitários – 56 mulheres e 29 homens – do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de Disfunção Temporomandibular - DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* - RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa eta-

pa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em dois grupos: Sem DTM (controle) e Com DMF. A presença e o grau de associação entre a ocorrência de hábitos parafuncionais e DMF foram testadas através do teste Qui-quadrado (χ^2) e do coeficiente de Yule (Y). **Resultados:** Encontram-se discriminados na Tabela 1.

Tabela 1 - Associação entre hábitos parafuncionais e DMF

	Total	Sem DTM	Com DTM
Sem hábitos parafuncionais	40	29	11
Com hábitos parafuncionais	34	11	23
p-valor*			<0,001
p-valor†			Y=0,69
Total	74	40	34

DTM: Disfunção Temporomandibular
DMF: Dor Miofascial dos Músculos Mastigatórios
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1
†Coeficiente de Yule

Conclusões: Houve associação significativa entre hábitos parafuncionais e DMF (p<0,001), com grau de associação moderado e positivo (Y=0,69).

DOR 15
PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Determinar a prevalência da disfunção temporomandibular (DTM) e sua proporção por gênero. **Métodos:** Oitenta e cinco universitários – 56 mulheres e 29 homens – do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* - RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa etapa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em dois grupos: Sem DTM (controle) e Com DTM. A prevalência da DTM foi calculada em frequência percentual e sua proporção por gênero através do teste Qui-quadrado (χ^2). **Resultados:** Encontram-se discriminados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Prevalência da DTM na amostra

	Amostra	Sem DTM	Com DTM
Frequência	85	40	45
Proporção*	100%	47%	53%

DTM: Disfunção Temporomandibular
* Percentual na amostra total

Tabela 2 - Proporção da DTM por gênero

	Amostra	Sem DTM	Com DTM
Mulheres	56	22	34
Homens	29	18	11
p-valor*			<0,05
Total	85	40	45

DTM: Disfunção Temporomandibular
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1

Conclusões: Os resultados indicam uma prevalência de 53% para DTM e uma maior predisposição do gênero feminino para desenvolver DTM (p<0,05). No grupo "Sem DTM" a proporção entre mulheres e homens foi de 1,22:1 e no grupo "Com DTM" essa proporção subiu para, aproximadamente, 3:1.

DOR 16
PREVALÊNCIA DA DOR MIOFASCIAL DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS

Carvalho Júnior NR; Fonseca BF; Pinto MVM; Santos Filho SD

Objetivos: Determinar a prevalência da dor miofascial dos músculos mastigatórios (DMF) e sua proporção por gênero. **Métodos:** Oitenta e cinco universitários - 56 mulheres e 29 homens - do Curso de Farmácia foram selecionados aleatoriamente, por meio de amostra estratificada proporcional. Os universitários foram divididos em grupos (período do curso) e subdivididos por extrato (turma); depois foi empregada a amostra aleatória simples, utilizando tabela de números aleatórios, em cada extrato. Após a seleção, um questionário para triagem de Disfunção Temporomandibular – DTM (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* – RDC-TMD), foi empregado sem a colaboração do examinador, de modo que não se criasse uma possibilidade de interferência nos resultados do exame a ser realizado. Posteriormente, foi realizado o exame clínico do RDC-TMD, específico para diagnóstico de DTM; durante essa etapa, foi solicitado, de alguns universitários, uma radiografia panorâmica das arcadas superior e inferior, em posição de boca aberta, para auxiliar no diagnóstico de um eventual quadro infeccioso crônico ou subagudo de origem dental, bem como para afastar a hipótese da presença de cistos ou neoplasias. Os universitários que apresentassem alguns desses achados positivos seriam excluídos do projeto de pesquisa. Os universitários foram divididos em três grupos: Sem DTM (controle), Com DTM e Com DMF. A prevalência da DMF foi calculada em frequência percentual e sua proporção por gênero através do teste Qui-quadrado (χ^2). **Resultados:** Encontram-se discriminados nas Tabelas 1 e 2. **Conclusões:** Os resultados indicam uma prevalência de 40% de DMF na amostra total e de 75,56% na amostra de universitários com DTM. Indicam também uma maior predisposição do gênero feminino para desenvolver DMF (p<0,05); no grupo "Sem DTM" a proporção entre mulheres e homens foi de 1,22:1 e no grupo "Com DMF" essa proporção subiu para, aproximadamente, 4:1.

Tabela 1 - Prevalência da DMF na amostra

	Total	Sem DTM	Com DTM	Com DMF
Frequência	85	40	45	34
Proporção*	100%	47%	53%	40%*
Proporção†			100%†	75,56%†

DTM: Disfunção Temporomandibular
DMF: Dor Miofascial dos Músculos Mastigatórios
* Percentual na amostra total
† Percentual levando-se em conta apenas o número de universitários com DTM

Tabela 2 - Proporção da DMF por gênero

	Amostra	Sem DTM	Com DTM	Com DMF
Mulheres	56	22	34	27
Homens	29	18	11	7
p-valor*				< 0,05*
Total	85	40	45	34

DTM: Disfunção Temporomandibular
DMF: Dor Miofascial dos Músculos Mastigatórios
* Teste Qui-quadrado; Grau de Liberdade - gl=1

DOR 17
ASSOCIAÇÃO ENTRE CEFALEIA SECUNDÁRIA RELACIONADA ÀS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES E ALTERAÇÕES POSTURAIS DA CABEÇA

Lima RCA; Silva PMF; Soares VBRB; Soares CBRB; Vasconcelos FMN; Silva TAB; Nery MW; Costa CNB; Silva DWB; Valença MM; Ximenes RCC; Oliveira DA; Couto GBL

Objetivo: Avaliar a associação entre cefaleia secundária, disfunções temporomandibulares e alterações posturais da cabeça. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo corte transversal, com 100 alunos (50 meninas) com idade de 10 a 19 anos, estudantes da rede pública estadual de ensino. Para avaliação das alterações posturais foi utilizado o Sistema Fisiometer de Avaliação, Software Biométrico de Avaliação Postural, Posturograma 3.0. Foi realizado o registro fotográfico, com o paciente na postura de pé (frontal, de costas e perfil direito), através uma máquina Câmera Digital Sony W330 - 14.1 megapixels - zoom 4x, posicionada a uma altura de um metro, a uma distância de dois metros do paciente. Os adolescentes foram submentidos a um exame clínico odontológico. Para identificação dos sintomas de desordens tempomandibulares foi utilizado o RDC/TMD "Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders". Para classificar a cefaleia primária foram utilizados os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II). **Resultados:** 80% dos adolescentes apresentaram alteração na cabeça. 46% deles foram classificados com DTM e os tipos de DTM mais frequentes com diagnóstico foram: RDC/TMD - Eixo I - grupo III - ATM direita (27%), RDC/TMD - Eixo I - grupo III - ATM direita (26%), RDC/TMD - Eixo I - grupo II - ATM direita (12%) e RDC/TMD - Eixo I - grupo II - ATM esquerda (10,0%). Dos que tinham alteração as maiores frequências corresponderam aos que tinham osteoartrose direita e osteoartrose esquerda com 25% e 24% respectivamente. Cefaleia foi mais frequente nas meninas (54%), a faixa etária mais acometida foi entre 15 e 19 anos (51,2%) e entre os adolescentes com alteração postural da cabeça (50%). **Conclusão:** Neste estudo não ficou comprovada à associação entre cefaleia secundária, sintomas de DTM e alteração postural da cabeça.

DOR 18
FREQUÊNCIA DA CEFALEIA EM ADOLESCENTES COM BRUXISMO EXCÊNTRICO

Borges ÉA; Lima RCA; Santos MRP; Silva PMF; Vasconcelos FMN; Oliveira DA; Ximenes RCC; Siqueira N

Objetivo: Investigar e determinar se há relação significativa entre o bruxismo e a cefaleia nos adolescentes (10 a 19 anos - OMS). **Metodologia:** A amostra foi composta por 136 adolescentes com idade entre 10 e 17 anos. Para classificar a cefaleia primária foram utilizados os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II). Para detecção do bruxismo excêntrico foi realizada uma anamnese e exames clínicos intraoral (inspeção) e extraoral (palpação). **Resultados:** O sexo feminino foi predominante na amostra (66,2%). 94,9% dos adolescentes referiram ter cefaleia nos últimos seis meses e a presença de bruxismo foi de 23,5%. O percentual de cefaleia foi 1,0% mais elevado entre os pesquisados da faixa de 10 a 12 anos e foi 5,4% mais elevado no sexo feminino do que no masculino (96,7% vs. 91,3%). Verificou-se associação significativa entre bruxismo e a variável sexo ($p < 0,05$, razão de prevalência do sexo feminino em relação ao masculino foi igual a 2,21, entretanto com intervalo que inclui o valor 1,00) sendo a prevalência de bruxismo mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino (28,9% vs. 13,0%). Não se comprovou associação significativa entre bruxismo e a variável faixa etária ($p > 0,05$). O estudo da associação entre bruxismo e cefaleia revelou que o percentual de cefaleia é de 100% para os bruxômanos e de 93,3% para os adolescentes que não apresentam bruxismo. **Conclusões:** A frequência de cefaleia nos adolescentes é alta e a frequência de bruxismo é quatro vezes menor que a da cefaleia. O bruxismo excêntrico é significativamente mais frequente no sexo feminino, porém não se comprova associação significativa entre sexo e cefaleia na faixa etária estudada.

DOR 19
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: RELATO DE CASO

Di Matteo RC; Nunes TB; De Luca CEP

Objetivo: Relatar o tratamento de uma paciente portadora de disfunção temporomandibular. **Métodos:** Paciente do gênero feminino, 44 anos, procurou o Centro de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CDO-FOUSP) com queixa de muita dor no rosto e mordida torta. Durante a anamnese a paciente relatou que há dois anos levou uma cabeçada no queixo e notou inchaço do lado direito do rosto. Desde então passou por vários dentistas, mas as terapêuticas propostas como cirurgia ortognática e exodontias múltiplas a assustaram. Exame clínico de palpação muscular e articular e exame de imagem de ressonância magnética da ATM revelaram quadro de disco deslocado bilateral sem redução, mialgia e artralgia. **Resultados:** A paciente foi tratada com placa estabilizadora oclusal, a mandíbula foi reposicionada e a dor desapareceu. **Conclusão:** Diagnóstico e tratamento corretos das DTMs são fundamentais para evitar iatrogenias e devolver qualidade de vida ao paciente.

DOR 20
ANALGESIA DO LASER DE BAIXA POTÊNCIA NA ARTRALGIA DA ATM

Carli ML; Guerra MB; Nunes TB; De Luca CEP

Objetivo: Avaliar uma possível ação analgésica do Laser de Baixa Potênica (LBP) em casos de artralgia da articulação temporomandibular (ATM) associado ou não à terapêutica medicamentosa com Piroxicam. **Métodos:** Foram randomizados e alocados em 3 grupos de tratamento 32 pacientes com diagnóstico de artralgia (grupo III) de acordo com o RDC/TMD. O primeiro grupo foi composto por 11 pacientes e recebeu LBP e Piroxicam placebo. O segundo grupo foi composto por 10 pacientes e recebeu LBP placebo e Piroxicam. E o terceiro grupo foi composto por 11 pacientes e recebeu LBP e Piroxicam. O protocolo utilizado para o laser foi densidade de energia de 100J/cm^2 , potência de 100mW, tempo de 28 segundos, e 2,8J de energia por ponto. Foram irradiados ATM, músculo masseter e músculo temporal bilaterais em 2 sessões por semana durante 2 semanas. Piroxicam foi administrado na dose de 20 mg 1 vez ao dia durante 10 dias. Para avaliação do efeito analgésico, foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) de dor antes e após cada sessão de laserterapia e após 30 dias do término do tratamento. **Resultados:** As três terapêuticas foram efetivas para reduzir a dor relatada pelo paciente, com diferenças significantes entre a dor relatada anterior ao tratamento e após o término do tratamento, com p=0,0038 para o grupo A, p=0,0039 para o grupo B, e p=0,0059 para o grupo C. Entretanto, não houve diferenças entre os grupos. Após 30 dias, houve um aumento significativo da dor (p=0,0232) para os pacientes do grupo A. **Conclusões:** LBP e Piroxicam são eficazes na redução da dor em pacientes com artralgia da ATM, não havendo diferenças entre eles. LBP não apresentou efeito residual após 30 dias do término do tratamento.

DOR 21
FIBER-TYPE COMPOSITION, FIBER DIAMETER AND CAPILLARY DENSITY OF THE HUMAN JAW MUSCLES

Guimarães TB; Cabrini MBF; Wakamatsu A; Guimarães AS; Marieo SKN

Objective: To analyze the muscle fiber type distribution concerning fast and slow myosin expression, and the amount of hybrid fibers in temporalis and masseter muscles in autopsy samples from 1st to 9th decades of age. **Methods:** We studied the differences of the fiber types in masseter and temporalis muscles along the first to ninth decades in both genders. Seventy-four (74) samples were analyzed by immunohistochemistry., within an 8--18 hours post mortem interval, of both genders, and from subjects in the first to ninth decade of life. It included at least two samples per decade per gender. For statistical analysis, the samples were grouped into three subgroups: young (0 to 25 years of age), adult (26 to 59 years of age) and old (60 and above years of age). Comparisons between two groups was used the t student test or the Mann-Whitney, and for three groups used the ANOVA or the Kruskal-Wallis test. The significance level was set at p<0.05. **Results:** Slow and fast muscle fiber distribution was similar in both muscles in both genders. Hybrid fiber was observed in all decades, and its frequency decreased significantly (p<0.001) with aging in masseter. Neonatal myosin expression was observed in all decades; its expression was more frequent in masseter (p=0.01), and males in temporalis (p=0.025).

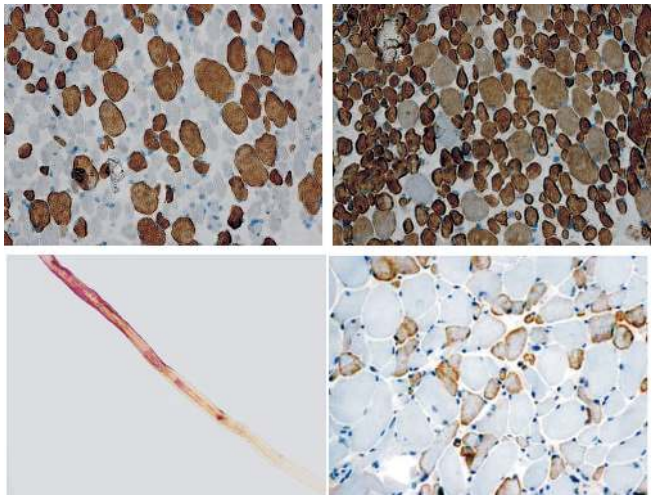


Figure 1 - Imunohistochemical preparations on sequential sections of masseter muscle of 3rd decade male with the antibodies against MyHC slow (A) and fast (B), showing the double staining. C: single muscle fiber manually teased from the masseter muscle of 4th decade male prepared with antibody agaist MyHC slow demonstrating the presence of a portion of the fiber stained and other without reactio, proving the presence of hybrid fiber. D: Temporalis muscle from 2nd decade male prepared with antibody againt MyHCneonatal showing the presence of neonatal fibers stained (in brown)

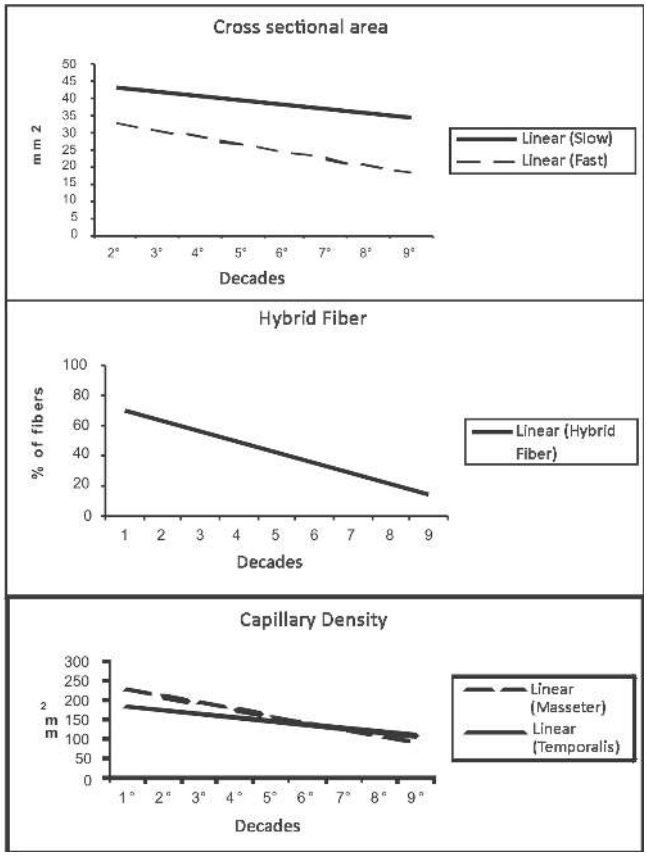


Figure 2. Graphics of cross section area (A), hybrid fiber (B), capillary density (C) showing the linear and tendency of the alterations along the nine decades of age

Decrease of the cross-sectional area of fast and slow fibers and decrease in capillary density were detected with aging. **Conclusions:** The jaw muscles are essential components in the stomatognatic system. Their complex architecture allows them to execute several motor tasks. One of the structural peculiarities is the presence of hybrid and neonatal fibers in all decades.

References: 1.Korfage JA, Koolstra JH, Langenbach GE, van Eijden TM. Fiber-type composition of the human jaw muscles--(part 1) origin and functional significance of fiber-type diversity. J Dent Res. 2005 Sep;84(9):774-83.
2. Korfage JAM, Koolstra JH, Langenbach GEJ, Van Eijden TMGJ (2005). Fiber-type composition of the human jaw muscles-(Part 2) Role of hybrid fibers and factors responsible for inter-individual variation. J Dent Res 84:784-793.
3. Osterlund C, Liu JX, Thornell LE, Eriksson PO. Muscle spindle composition and distribution in human young masseter and biceps brachii muscles reveal early growth and maturation. Anat Rec (Hoboken). 2011 Apr;294(4):683-93

DOR 22
PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES COM HEMOFILIA

Guimarães TB; Guimarães SMB; Cabrini MBF

Objetivo: Verificar a prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes hemofílicos. **Métodos:** Foram avaliados 39 pacientes hemofílicos do gênero masculino (18-51 anos) com idade mediana de 26 anos e 79 controles do gênero masculino (18-51anos) com idade mediana de 27 anos. Os indivíduos foram submetidos ao questionário da Academia Europeia das Desordens Craniomandibulares para avaliação da presença de sintomas de disfunção temporomandibular (DTM). Os que responderam afirmativamente a pelo menos uma pergunta foram submetidos ao eixo I e II do RDC (critério diagnostico para pesquisa em disfunção temporomandibular). A análise estatística foi realizada com o teste Qui-quadrado. **Resultados:** Sinais ou sintomas de hemartrose na ATM não foram verificados na amostra estudada. **Conclusão:** A articulação temporomandibular é muito solicitada com cargas elevadas durante a mastigação e apertamentos, no entanto, hemartrose na ATM em pacientes com coagulonopatias parece ser raro.[1] A presença de disfunção temporomandibular (DTM) tem sido pouco avaliada em pacientes com hemofilia.[2] Uma das complicações mais comuns da hemofilia é a artropatia crônica que resulta de repetidos sangramentos na articulação, podendo levar a limitação de movimento. A limitação de movimento mandibular pode ser uma das características dos pacientes que apresentam DTM, que abrange um largo espectro de problemas clínicos da articulação e dos músculos na área orofacial, estas disfunções são caracterizadas principalmente por dor, ruídos nas ATMs e função mandibular irregular ou limitada. Os sinais e sintomas associados à ATM não apresentaram significância estatística na comparação do grupo controle com os pacientes hemofílicos.

Referências: 1. Soucie JM et al. Joint range-of-motion limitations among young males with hemophilia: prevalence and risk factors. Blood. 2004;103(7):2467-73.
2. Nishioka GJ et al. Hemophilic arthropathy of the temporomandibular joint: review of the literature, a case report, and discussion Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1988;65(2):145-50.
3. Alpkiliç Baskirt E et al. Oral and general health-related quality of life among young patients with haemophilia. Haemophilia. 2009;15(1):193-8.

ÍNDICE REMISSIVO

Autores /Authors	Trabalhos/Works
A	
Abdal ERM	CE01
Abdal LHS	CE01
Abrahão ACT	CE24
Agessi LM	CE37, CE38
Agra HNC	CE02
Albuquerque JE	CE05
Almeida CC	CE05
Almeida Junior JÁ	CE20
Almeida KJ	CE33, CE34
Almeida TJC	CE23
Alvarenga LC	CE25
Araújo RKR	CE20
Arouca EMG	CE33
Azevedo AC	CE27
B	
Barbosa FMCS	CE35
Barros MMMB	CE05
Bevilaqua-Grossi D	CE09, CE11, CE17, CE18, CE19, CE22
Bezerra e Silva DW	CE04, CE05, CE36
Bezerra MEM	CE12
Bigal ME	CE06, CE07
Bolzan MC	DOR03
Bonafé FSS	DOR02, DOR06
Borba Jr., AM	CE02
Bordinio EC	CE08
Borges ÉA	CE32, DOR18
Borges FL	CE24
Borges NR	CE25
Brandão KV	CE15, DOR04
Braz CA	CE17
C	
Cabrini MBF	DOR21, DOR22
Camargos HCM	DOR04
Campana ACR	DOR01, DOR07
Camparis CM	DOR02, DOR06
Campos GM	CE16
Carli ML	DOR20
Carvalho Júnior NR	DOR10, DOR11, DOR12, DOR13, DOR14, DOR15, DOR16
Carvalho AN	CE01
Carvalho DS	CE37, CE38, CE39, CE40, CE41
Carvalho GF	CE09, CE11, CE17, CE19, CE22
Casimiro ECB	CE17, CE19
Chaves TC	CE09, CE17, CE18, CE19, CE22
Coelho J	CE25
Comerlatti LR	CE33
Cordeiro MF	CE24
Corrêa IAB	CE16
Costa CNB	CE04, CE31, CE36, DOR17
Costa JES	DOR03, DOR07
Coutinho Junior JR	CE12, CE13, CE29
Couto GBL	DOR17
Cruz LS	CE16
Cruz PS	CE16
Curi R	CE37
D	
Dach F	CE09, CE10, CE11, CE17, CE18, CE19, CE22
De Luca CEP	DOR03, DOR07, DOR19, DOR20
Di Matteo RC	DOR07, DOR19
Dias KZ	CE38
Duarte JÁ	CE37
E	
Esposito SB	CE08
F	
Falleiros V	DOR01
Fernandes G	DOR02, DOR06
Fernandes RSM	CE35, DOR05
Ferracini GN	CE10
Ferraz BF	DOR01
Ferraz M	CE24
Ferraz MGG	CE35
Ferreira GF	CE14, CE28
Ferreira KS	CE09
Ferreira MC	CE18
Florêncio LL	CE09, CE11, CE17, CE18, CE19, CE22
Fonseca BF	DOR10, DOR11, DOR12, DOR13, DOR14, DOR15, DOR16
Fortini I	CE33
Franco AL	DOR02, DOR06
Freire DDO	CE31
Freire NVS	CE29
Freitas DS	CE04, CE36
G	
Gabbai AA	CE41
Galdezzani JP	CE06, CE07
Galdino GS	CE30
Galego AR	CE06, CE07
Galvão ACR	CE33
Ganança FF	CE37
Giannasi LC	DOR09
Gonçalves AFB	CE20
Gonçalves DAG	DOR02, DOR06
Gonçalves LR	CE12, CE13, CE29
Gonçalves MC	CE11, CE17, CE19, CE22
Grunewald JNC	CE11
Guerra MB	DOR20
Guimarães AS	DOR21, DOR22
Guimarães SMB	DOR22

Autores /Authors	Trabalhos/Works
Guimarães TB	DOR21, DOR22
H	
Hara ES	DOR03
Hershey AD	CE29
I	
Inoue CSL	CE08
J	
Jabarra CP	CE14, CE28
Jorge A	DOR08
Júnior AS	DOR04
Jurno ME	CE23, CE24, CE25, CE26, CE27
K	
Kfuri TV	CE27
Kolontai A	CE37
L	
Lacerda CRB	CE05
Laender VR	CE23
Lederman H	DOR03
Leite LC	CE05
Lima MMF	CE21
Lima RCA	CE04, CE31, CE32, CE36, DOR17, DOR18
Loschi MG	CE24
Lucena NC	CE04, CE05
M	
Macci JP	CE14, CE28
Maciel DA	CE 20
Maia TFD	CE05
Marieo SKN	DOR21
Martin LC	CE21
Martins HAL	CE04, CE05, CE36
Martins ML	CE23
Matos MR	CE26
Matos RVL	CE35, DOR05
Melhado EM	CE06, CE07
Melo MG	CE31
Michel LCS	CE27
Moreira Filho PF	CE14, CE28
Moreira SRG	CE27
Moura e Silva Filho PP	CE26
Moura e Silva IS	CE26
Moutran ARC	CE39, CE41
N	
Nagamine HM	CE11, CE22
Nery MW	CE31, DOR17
Nogueira BCV	CE24
Nunes A	DOR01
Nunes AB	DOR07
Nunes TB	DOR07, DOR19, DOR20

Autores /Authors	Trabalhos/Works
O	
Ohrbach R	DOR02
Oliveira DA	DOR17, DOR18
Oliveira LVF	DOR09
Oliveira DA	CE04, CE05, CE31, CE32, CE36
Oliveira TTS	CE30
P	
Pereira CV	CE03
Pereira ECA	CE25
Pereira LD	CE38
Pereira RA	CE39
Petrin CS	CE27
Piazzi FG	CE26
Pieri A	CE01
Pinto MVM	DOR10, DOR11, DOR12, DOR13, DOR14, DOR15, DOR16
Pirró APR	DOR01
Q	
Queiroz AKD	CE05
Queiroz LP	CE06, CE07
R	
Rezende DF	CE23, CE25
Rezende LA	CE27
Ribeiro LFS	CE16
Rocha EE	CE35, DOR05
Rocha Filho PAS	CE12, CE13, CE29
Rocha GHS	CE25
Rosemberg S	CE01
S	
Sampaio PGG	CE30
Santos BFO	CE40
Santos Filho SD	DOR11, DOR12, DOR13, DOR14, DOR15, DOR16
Santos-Filho SD	DOR10
Santos MRP	CE32, DOR18
Santos N	CE02
Santos RC	CE12
Sato JE	DOR01
Schuch NB	CE02
Silva DWB	DOR17
Silva GA	CE04, CE36
Silva GAM	CE04, CE32, CE36
Silva Junior AA	CE15
Silva LC	CE04, CE36
Silva Neto RP	CE33, CE34
Silva PMF	CE31, CE32, DOR17, DOR18
Silva TAB	CE31, Dor17
Siqueira GR	CE04, CE36
Siqueira N	DOR18
Soares CBRB	CE31, DOR17
Soares VBRB	CE31, DOR17
Souza JÁ	CE14, CE28
Souza SL	CE32

Autores /Authors	Trabalhos/Works
Speciali JG	CE09, CE10, CE11, CE17, CE18, CE19, CE22
Spinelli A	CE02
T	
Tavares RF	CE26
Teles MCM	CE14, CE28
Tomaz LPFN	DOR04
Torezano SW	CE33
Torres BR	CE16
V	
Valença MM	CE04, CE05, CE31, CE34, CE36, DOR17
Valério RC	CE23
Vasconcelos FMN	CE31, CE32, DOR17, DOR18
Vaz L	CE39
Veiga AMO	CE24
Veiga B	CE24
Vieira LP	CE20
Vieira LPB	CE04, CE36
Villa TR	CE37, CE38, CE39, CE40, CE41
von-Zuben JÁ	DOR08, DOR09
W	
Wakamatsu A	DOR21
Witzel AL	DOR01, DOR03, DOR07
X	
Ximenes RCC	CE04, CE31, CE32, CE36, DOR17, DOR18
Y	
Yamashita H	DOR03