



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA
Brazilian Headache Society

ISSN 2178-7468

July/August/September 2013

Nº 3

4
VOLUME

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALÉIA

VIII Congresso do Comitê de Dor Orofacial



Headache Medicine

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALÉIA e
VIII CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL

Programa

Temas livres para apresentação oral

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 4 Number 3 July/August/September 2013
Edição Especial

CONTENTS

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALÉIA E VIII CONGRESSO DO COMITÊ DE DOR OROFACIAL

MENSAGENS DOS PRESIDENTES DA SBCE E DO CONGRESSO	5
<i>Marcelo Ciccirelli</i>	
<i>Éder Cássio Rocha Ribeiro, Paulo Sérgio de Faria</i>	
PROGRAMA CIENTÍFICO	8
RELAÇÃO DOS TRABALHOS PARA APRESENTAÇÃO ORAL CEFALÉIA	15
RELAÇÃO DOS TRABALHOS PARA APRESENTAÇÃO ORAL DOR OROFACIAL	16
RESUMO DOS TEMAS LIVRES/ABSTRACTS - CEFALÉIA	18
RESUMO DOS TEMAS LIVRES/ABSTRACTS - DOR OROFACIAL	34
ÍNDICE REMISSIVO	39

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. Manzillo (2004-2007)

Editors Emeriti

Eliova Zukerman, São Paulo, SP
Wilson Luiz Sanvito, São Paulo, SP

International Associate Editors

Cristina Peres Lago, Uruguai
Gregorio Zlotnik, Canadá
Isabel Luzeiro, Portugal
José Pereira Monteiro, Portugal
Kelvin Mok, Canadá
Marcelo Bigal, USA
Nelson Barrientos Uribe, Chile

Editorial Board

Abouch Valenty Krymchantowski, Rio de Janeiro, RJ
Alan Chester F. Jesus, Aracaju, SE
Ana Luisa Antoniazzi, Ribeirão Preto, SP
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
Djair D. P. Macedo, Natal, RN
Élcio Juliato Piovesan, Curitiba, PR
Elder Machado Sarmiento, Barra Mansa, RJ
Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP
Fabíola Dach, Ribeirão Preto, SP
Fabíola Lys Medeiros, Recife, PE

Hugo André de Lima Martins, Recife, PE
Jano Alves de Sousa, Rio de Janeiro, RJ
João José F. Carvalho, Fortaleza, CE
Joaquim Costa Neto, Recife, PE
José Geraldo Speciali, Ribeirão Preto, SP
Luis Paulo Queiróz, Florianópolis, SC
Marcelo C. Ciciarelli, Ribeirão Preto, SP
Marcelo Rodrigues Masruha, Vitória, ES
Marcos A. Arruda, Ribeirão Preto, SP
Mario Fernando Prieto Peres, São Paulo, SP
Maurice Vincent, Rio de Janeiro, RJ
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
Secretaria executiva: Sra. Luana C. Pereira – www.SBCe.med.br - secretaria2@sbcefeleia.com

Diretoria Biênio 2012/2014

Presidente
Marcelo C. Ciciarelli

Secretário
Pedro André Kowacs

Tesoureiro
Mauro Jurno

Departamento Científico
Mário P. Peres, Luis Paulo Queiróz, Eliova Zukerman,
Marcelo 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 e Renata Fernandes

Comitê de Cefaleia na Infância
Thais Rodrigues Villa

Comitê de Leigos
João José de Freitas Carvalho (coordenador)
Jerusa Alecrim Andrade, Célia Roesler, Ana Antoniazzi,
Patricia Peixoto e Claudia Tavares

Delegado junto à IHS
Pedro André Kowacs

Delegado junto à ASOLAC
Elder Machado Sarmiento

Responsável pelo Portal SBCe
Marco Antônio Arruda

Representante junto à SBED
José Geraldo Speciali

Asociación Latinoamericana de Cefalea – ASOLAC
Diretoria Biênio 2012-2014

Presidente
Carlos Federico Buonanotte

Vicepresidente
Michel Volcy

Secretário
Alex Espinosa

XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALEIA

VIII Congresso do Comitê de Dor Orofacial

10 a 12 de outubro de 2013

Centro de Convenções de Goiânia
Rua 4 com Av. Paranaíba, Portão 6, centro
Goiânia - GO

REALIZAÇÃO:



Sociedade Brasileira de Cefaleia

Filada à Sociedade Internacional de Cefaleia



MENSAGENS DOS PRESIDENTES

Prezados amigos,

Realizamos hoje mais um grande evento da neurologia nacional, a 27ª edição do Congresso Brasileiro de Cefaleia. Esse ano, a cidade escolhida para sediar nosso encontro foi Goiânia, cidade com vários atrativos culturais, naturais, gastronômicos e que se configura como o motor propulsor das regiões centro-norte do Brasil.

Nesse cenário, onde se destacam o trabalho, a tecnologia e o crescimento econômico apresentaremos uma programação científica bastante versátil, com abordagens em diversos campos dessa área da ciência, temas interessantes e atuais serão expostos durante o encontro como por exemplo: os mecanismos da cronicização de migrânea, como atacar as vias da sensibilização central, os aparelhos futurísticos que estão sendo usados no tratamento de diferentes tipos de cefaleia e o que está por vir no tratamento agudo e profilático da migrânea.

Esses e muitos outros temas serão abordados de forma intensa, de sorte que serão capazes de mudar sua rotina diária no tratamento dos diferentes tipos de cefaleia.

O nosso congresso acontece no Centro de Convenções de Goiânia, local com ampla infraestrutura, totalmente climatizado, de fácil acesso e próximo aos principais hotéis da cidade.

Um grande abraço, sejam bem-vindos a Goiânia!

Marcelo C. Ciciarelli
Presidente da SBCe

Prezado(a) Colega(a),

O Congresso Brasileiro de Cefaleia de 2013, a se realizar em Goiânia, é um grande momento para revermos os amigos. O evento vai fortalecer nossa sociedade e incentivar a expansão da SBCe na região Centro-Oeste. A nossa intenção é realizar grande encontro de compartilhamento e democratização dos conhecimentos das cefaleias.

Goiânia é uma cidade ecologicamente correta, acolhedora e de excelente qualidade de vida, com uma localização central e equidistante das demais regiões do País, o que facilita o deslocamento de qualquer parte do Brasil. Possui uma ótima estrutura turística, que está mobilizada para recebê-los.

Para o XXVI Congresso Brasileiro de Cefaleia, temos uma programação diferenciada com a participação de palestrantes nacionais e estrangeiros, os maiores especialistas da Cefaliatria estão reunidos pela primeira vez no Centro-Oeste.

Desejamos a todos uma excelente oportunidade de aprendizagem e atualização.

Forte abraço,

Éder Cássio Rocha Ribeiro
Paulo Sérgio de Faria
Presidentes do Congresso Goiânia 2013

COMISSÕES

REALIZAÇÃO

SBCe – Sociedade Brasileira de Cefaleia

COMISSÃO ORGANIZADORA E CIENTÍFICA

Marcelo Cedrinho Ciciarelli
Presidente da SBCe

Pedro André Kowacs
Secretário da SBCe

Mauro Eduardo Jurno
Tesoureiro da SBCe

Éder Cássio Rocha Ribeiro
Paulo Sérgio Faria
Presidentes do Congresso Goiânia 2013

COMISSÃO CIENTÍFICA GOIÂNIA 2013

Pedro André Kowacs
Presidente da Comissão

Carlos Alberto Bordini
Pedro Ferreira Moreira Filho
Marcelo Cedrinho Ciciarelli
Renata Campi de Andrade Pizzo
Renata Silva Melo Fernandes
Tais Rodrigues Villa

COMISSÃO DE PRÊMIOS E TRABALHOS

José Geraldo Speciali
Coordenador

Carlos Alberto Bordini
Deusvenir de Souza Carvalho
Fabiola Dach Eckeli
Fernando Kowacs
Marcelo C. Ciciarelli
Marcelo Moraes Valença
Pedro Ferreira Moreira

PALESTRANTES

PALESTRANTES ESTRANGEIROS

Jean Schoenen (BEL)
 Thomas Nelson Ward (EUA)
 Ishaq Abu-Arefeh (UK)

PALESTRANTES NACIONAIS

Alan Christmann Fröhlich (RS)
 Alexandre Ottoni Kaup (SP)
 Ariovaldo Alberto Silva Jr. (MG)
 Carlos Alberto Bordini (SP)
 Célia Aparecida de Paula Roesler (MG)
 Cláudio de Góis Nery (GO)
 Delson José da Silva (SP)
 Denise Sisterolli Diniz (GO)
 Deusvenir de Souza Carvalho (SP)
 Djacir Dantas Pereira Macedo (RN)
 Éder Cássio Rocha Ribeiro (GO)
 Eduardo Grossmann (RS)
 Élcio Juliato Piovesan (PR)
 Elder Machado Sarmiento (RJ)
 Eliana Meira Melhado (SP)
 Elioiva Zukerman (SP)
 Erasmo Barros da Silva (PB)
 Fábio Aurélio de Moraes (SP)
 Fabíola Dach Eckeli (SP)
 Fernando Elias Borges (GO)
 Fernando Kowacs (RS)
 Getúlio Daré Rabello (SP)
 Helena Rezende Silva Mendonça (GO)
 Hélio Van Der Linden Junior (GO)
 Henrique Carneiro de Campos (MG)
 Hilton Mariano da Silva Junior (SP)
 Ida Fortini (SP)
 Jano Alves de Souza (RJ)
 Jayme Antunes Maciel Jr. (SP)
 Jorge Alberto Von Zuben (SP)
 José Geraldo Speciali (SP)
 José Lúcio de Oliveira Dantas (SE)
 José Luiz Peixoto Filho (RJ)
 Karen dos Santos Ferreira (SP)
 Liselotte Menke Barea (RS)
 Luiz Paulo de Queiroz (SC)
 Marcelo Cedrinho Ciciarelli (SP)
 Marcelo Moraes Valença (PE)
 Marcia Maria Ferreira Lima (SP)
 Marco Antônio Arruda (SP)
 Maria Eduarda Nobre de Magalhães Costa (RJ)
 Maurice Borges Vincent (RJ)
 Mauro Eduardo Jumo (MG)
 Murilo Rubens Schaefer (PR)
 Patrícia Machado Peixoto (DF)
 Paulo Sérgio de Faria (GO)
 Pedro André Kowacs (PR)
 Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho (PE)
 Pedro Ferreira Moreira Filho (RJ)
 Raimundo Pereira da Silva Neto (PI)
 Rejane Faria Ribeiro-Rotta (GO)
 Renata Campi de Andrade Pizzo (SP)
 Renata Silva Melo Fernandes (PE)
 Ricardo Tanus Valle (MG)
 Rodrigues Villa (SP)
 Sandro Blasi Esposito (SP)
 Vanessa Maia da Costa (GO)
 Wagner de Oliveira (SP)
 Wagner de Oliveira (SP)
 Willian Luciano de Carvalho (GO)

XXVII Congresso Brasileiro de Cefaleia
VIII Congresso do Comitê de Dor Orofacial da SBCe

Programa Científico

QUINTA-FEIRA - 10/10/2013

07:00 Entrega de materiais e credenciamento

HORÁRIO TEMA - PALESTRANTE

08:00-12:00	Tópicos Avançados em Cefaleia Presidente: <i>Eliova Zukerman (SP)</i> Secretário: <i>Mauro Eduardo Jurno (MG)</i>
08:30-09:00	The Mousetrap: Como Modelos Experimentais nos Ajudaram até o Momento? <i>Élcio Juliato Piovesan (PR)</i>
09:00-09:30	O Ovo da Serpente: Mecanismos de Cronificação - <i>Pedro André Kowacs (PR)</i>
09:30-10:00	O Último Castelo: Como Atacar as Vias da Sensibilização Central - <i>Fabiola Dach Eckeli (SP)</i>
10:00-10:30	Intervalo
10:30-11:00	Transformers: Neuromodulation in Headache: Hope or Dope? - <i>Jean Schoenen (BEL)</i>
11:00-11:30	Esperando Godot: A Espera pelos Novos Profiláticos desta Década - <i>Luiz Paulo de Queiroz (SC)</i>
11:30-12:00	Esperança e Glória: Present and Future Migraine Treatments: the Pathophysiological Rationale <i>Jean Schoenen (BEL)</i>
12:00-13:30	Intervalo para almoço
13:30-14:00	Abertura Oficial do XXVII Congresso da SBCe
14:00-16:00	Simpósio Presidencial Presidente: <i>Delson José da Silva (SP)</i> Secretário: <i>Éder Cássio Rocha Ribeiro (GO)</i>
14:00-14:20	ICHD3 Versão Beta. O que Mudou - <i>Jano Alves de Souza (RJ)</i>
14:20-14:40	Efeito Placebo em Cefaleia - <i>Carlos Alberto Bordini (SP)</i>
14:40-15:00	Cefaleia em Grandes Personagens - <i>Pedro Ferreira Moreira Filho (RJ)</i>
15:00-15:20	Espectro Clínico da Síndrome da Sensibilização Central - <i>Marcelo Cedrinho Ciciarelli (SP)</i>
15:20-16:00	The History of Migraine and Headache Pathophysiology - <i>Thomas Nelson Ward (EUA)</i>
16:00-16:20	Intervalo
16:20-18:00	Conferências Magnas Presidente: <i>Paulo Sérgio de Faria (GO)</i> Secretário: <i>Murilo Rubens Schaefer (PR)</i>
16:20-17:00	Ontologia da Dor na Cabeça - <i>Jayme Antunes Maciel Jr. (SP)</i>
17:00-17:40	Tension-Type Headache: What to Say About Headache's Ugly Duckling? <i>Thomas Nelson Ward (EUA)</i>
17:40-18:00	After all, is Migraine More Prevalent in Children Today? - <i>Ishaq Abu-Arefeh (UK)</i>
18:00-19:00	Sessão de Pôsteres - Coquetel de Abertura

SEXTA-FEIRA - 11/10/2013

07:00 Entrega de materiais e credenciamento

HORÁRIO | TEMA - PALESTRANTE08:00-10:00 **Miniconferências: Cefaleia na Infância e na Adolescência**
Presidente: Deusvenir de Souza Carvalho (SP) - Secretário: Hélio Van Der Linden Junior (GO)08:00-08:20 **Cefaleias na infância: O que eu mudaria na próxima Classificação Internacional das Cefaleias.**
Marcia Maria Ferreira Lima (SP)08:20-08:40 **Migrânea na infância, uma condição benigna?** - Marco Antônio Arruda (SP)08:40-09:00 **Síndromes periódicas: manifestações precoces da tendência genética para a migrânea na infância** - Thais Rodrigues Villa (SP)09:00-09:20 **Como avaliar e tratar as comorbidades das cefaleias na criança e no adolescente?**
Sandro Blasi Esposito (SP)09:20-09:50 **Difficult to treat headaches in childhood and adolescence** - Ishaq Abu-Arefeh (UK)09:50-10:00 **Discussão**10:00-10:20 **Intervalo**10:20-11:20 **Controvérsias: Fibromialgia e Cefaleia**
Presidente e Moderador: Fernando Kowacs (RS) - Secretário: Fernando Elias Borges (GO)10:20-10:40 **Porque eu acredito na inter-relação entre fibromialgia e cefaleia**
Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho (PE)10:40-11:00 **A inter-relação entre fibromialgia e cefaleia é um modismo** - Pedro André Kowacs (PR)11:00-11:20 **Discussão**11:20-12:00 **Conferência - Cefaléias nas Doenças Tropicais**
Presidente: José Lúcio de Oliveira Dantas (SE) - Secretário: Denise Sisterolli Diniz (GO)
Palestrante: Paulo Sérgio de Faria (GO)12:00-13:30 **Simpósio Satélite Abbott**
Cefaleia e comorbidades psiquiátricas: Implicações fisiopatológicas, evolutivas e terapêuticas
Getúlio Daré Rabello (SP)13:30-15:00 **Miniconferências - Hipertensão intracraniana idiopática**
Presidente: Erasmo Barros da Silva (PB) - Secretário: Willian Luciano de Carvalho (GO)13:30-14:00 **O uso do Botox na migrânea crônica - Uma revolução terapêutica?** - Alexandre Ottoni Kaup (SP)14:00-14:30 **Bloqueio de nervos nas cefaleias** - José Geraldo Speciali (SP)14:30-15:00 **Debate aberto** - José Geraldo Speciali (SP) Pedro Ferreira Moreira Filho (RJ),
Getúlio Daré Rabello (SP)15:00-16:00 **Miniconferências**
Presidente: Célia Aparecida de Paula Roester (MG) - Secretário: Fábio Aurélio de Moraes (SP)15:00-15:30 **História Natural da Cefaleia em Salvas** - Maria Eduarda Nobre de Magalhães Costa (RJ)15:30-16:00 **Cefaleia em Salvas: tratamentos heterodoxos** - Maurice Borges Vincent (RJ)16:00-16:20 **Intervalo**16:20-17:50 **Miniconferências**
Presidente: Patrícia Machado Peixoto (DF) - Secretário: Helena Rezende Silva Mendonça (GO)16:20-16:50 **A herdabilidade da enxaqueca** - Liselotte Menke Barea (RS)16:50-17:20 **Particularidades no manejo agudo da migrânea** - Mauro Eduardo Jurno (MG)17:20-17:50 **Drogas ilícitas e cefaleia** - Fernando Kowacs (RS)18:00 **Assembleia Geral Ordinária da SBCe**

SÁBADO - 12/10/2013

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
07:30	Entrega de materiais e credenciamento
08:00-09:20	Mesa-Redonda: Migrânea-Plus: Quando a Migrânea Assusta Presidente: Éder Cássio Rocha Ribeiro (GO) - Secretário: Raimundo Pereira da Silva Neto (PI)
08:00-08:20	Pacientes migranosos com fatores de risco cerebrovasculares Henrique Carneiro de Campos (MG)
08:20-08:40	Cefaleias migranosas secundárias e de influência hormonal nas mulheres Eliana Meira Melhado (SP)
08:40-09:00	Migrânea sintomática - Cadasil, Melas, Migrânea Hemiplégica Djaciir Dantas Pereira Macedo (RN)
09:00-09:20	Discussão
09:20-10:00	Mini-conferências: Manejo da Migrânea Associada ao Abuso de Analgésico Presidente: Paulo Sérgio de Faria (GO) - Secretário: Murilo Rubens Schaefer (PR)
09:20-09:40	Estratégias do tratamento medicamentoso - Hilton Mariano da Silva Junior (SP)
09:40-10:00	Manuseio dos fatores de risco da migrânea crônica - Elder Machado Sarmento (RJ)
10:00-10:20	Intervalo
10:20-12:00	Miniconferências Presidente: Alan Christmann Fröhlich (RS) - Secretário: Élcio Juliato Piovesan (PR)
10:20-10:40	A abordagem dos transtornos de sono em pacientes com cefaleia Vanessa Maia da Costa (GO)
10:40-11:00	Cefaleias ocupacionais: quando suspeitar? - Raimundo Pereira da Silva Neto (PI)
11:00-11:20	Migranosos crônicos têm "Brain Fog"? - Ariovaldo Alberto Silva Jr. (MG)
11:20-11:40	Escolhendo antidepressivos em pacientes com cefaleia - Ida Fortini (SP)
11:40-12:00	Discussão
12:00-13:30	Intervalo para almoço
13:30-15:20	Apresentações dos Trabalhos Orais (Relação dos apresentadores e temas na página 15)
15:20-16:20	A aula que eu sempre quis ministrar Presidente: Jayme Antunes Maciel Jr. (SP) - Secretário: Denise Sisterolli Diniz (GO)
15:20-15:40	Evolução e enxaqueca - personalidade, comportamento e importância no reconhecimento para o tratamento - Getúlio Daré Rabello (SP)
15:40-16:00	A motivação na anamnese - Deusvenir de Souza Carvalho (SP)
16:00-16:20	Cefaleia e neuroanatomia na arte dos grandes mestres - Marcelo Moraes Valença (PE)
16:20-16:40	Intervalo
16:40-17:30	Sessão interativa - Pergunte o que quiser Presidente: Luiz Paulo Queiroz (SC) - Secretário: Willian Luciano de Carvalho (GO) Debateadores: Deusvenir de Souza Carvalho (SP), Carlos Alberto Bordini (SP), Marcelo Cedrinho Ciciarelli (SP), Eliova Zukerman (SP)
17:30	Encerramento
20h	Festa de Confraternização

QUINTA-FEIRA - 10/10/2013

07:00 Entrega de materiais e credenciamento

HORÁRIO | TEMA - PALESTRANTE

08:00 - 12:00 Tópicos em Disfunção Temporomandibular
Presidente: *Renata Campi de Andrade Pizzo (SP)*08:30-09:00 Diagnóstico das DTMS articulares: quando e como tratar?
*Ricardo Tanus Valle (MG)*09:00-09:30 Tratamento cirúrgico das DTM articulares: artrocentese é a melhor opção?
*Eduardo Grossmann (RS)*09:30-10:00 Patologias da ATM associadas a soenças reumatológicas (Fibromialgia e Artrite X DTM)
Renata Silva Melo Fernandes (PE)

10:00-10:30 Intervalo

Presidente: *Renata Silva Melo Fernandes (PE)*10:30-11:00 Exames complementares no diagnóstico das DTMS: A indicação da TC e RM
*Rejane Faria Ribeiro-Rotta (GO)*11:00-11:50 Casos complexos em dor orofacial: diagnóstico e terapêutica
Eduardo Grossmann (RS)

11:50-12:00 Discussão

12:00-13:30 Intervalo para almoço

13:30-14:00 Abertura Oficial do VII Congresso de Dor Orofacial (Sala Cefaleia)

14:00-16:00 Simpósio Presidencial
Presidente: *Eduardo Grossmann (RS)*14:00-14:30 Sensibilização periférica e central - *Henrique Carneiro de Campos (MG)*14:30-15:00 Dor miofacial: mecanismos de dor referida - *Cláudio de Góis Nery (GO)*15:00-15:30 Examinando e diagnosticando o paciente com DTM de origem muscular
*Wagner de Oliveira (SP)*15:30 -16:00 O grande X da questão: pacientes refratários aos tratamentos: o que fazer?
Ricardo Tanus Valle (MG)

16:00-16:20 Intervalo

16:20-18:00 Conferências Magnas
Presidente: *Ricardo Tanus Valle (MG)*16:20-16:50 Agulhamento seco é acupuntura? - *Wagner de Oliveira (SP)*16:50-17:20 Estratégias no tratamento farmacológico: uma visão prática baseada em evidências
*José Luiz Peixoto Filho (RJ)*17:20-17:50 Distúrbios afetivos e dor crônica: ansiedade e depressão
Jorge Alberto Von Zuben (SP)

17:50-18:00 Tire suas dúvidas

18:00-19:30 Sessão de pôsteres - Coquetel de Abertura

SEXTA-FEIRA - 11/10/2013

HORÁRIO	TEMA - PALESTRANTE
07:00	Entrega de materiais e credenciamento
08:00-09:20	Mesa-redonda: Dor Neuropática Presidente: <i>Jorge Alberto Von Zuben (SP)</i>
08:00-08:30	Como diagnosticar a dor neuropática? - <i>Karen dos Santos Ferreira (SP)</i>
08:30-09:00	Neuralgias craniofaciais - <i>Renata Campi de Andrade Pizzo (SP)</i>
09:00-09:45	Odontalgia atípica: fundamentos fisiopatológicos e condição do tratamento <i>Juliana Stuginski Barbosa (SP)</i>
09:45-10:00	Discussão
10:00-10:20	Intervalo
10:20-12:00	Simpósio: Sono e Dor Orofacial <i>Cláudio de Góis Nery (GO)</i>
10:20-11:05	O Estado da Arte: distúrbios respiratórios, bruxismo e dor orofacial <i>Jorge Alberto Von Zuben (SP)</i>
11:05-11:50	A inter-relação entre DTM X ronco e apneia - <i>Lilian Chrystiane Giannasi (SP)</i>
11:50-12:00	Discussão
12:00-13:30	Intervalo para almoço
13:45-16:00	Mesa-Redonda - DTM, Otalgia e Fonoaudiologia Presidente: <i>José Stechman Neto (PR)</i>
13:45-14:25	Otalgia, zumbido e hipoacusia: visão do otorrino ou sinais e sintomas otológicos em pacientes portadores de DTM <i>Leandro Azevedo de Camargo (GO)</i>
14:25-15:05	Relação dos sintomas otológicos nas DTMS: como e quando posso ajudar? <i>Renata Silva Melo Fernandes (PE)</i>
15:05-15:45	DTM e fonodiaudiologia - <i>Barbara Cristina Zanandrea Machado (SP)</i>
15:45-16:00	Debate
16:00-16:20	Intervalo
16:20-18:00	Miniconferências Presidente: <i>Renata Silva Melo Fernandes (PE)(RJ)</i>
16:20-16:50	Relação entre dor orofacial e o processo coronoide da mandíbula <i>José Stechman Neto (PR)</i>
16:50-17:20	O papel da Fisioterapia nas DTM e dores orofaciais <i>Alexandre Bittencourt Moreira (SP)</i>
17:20 - 17:50	Hands On: DTM e Fisioterapia <i>Alexandre Bittencourt Moreira (SP) e Jorge Alberto Von Zuben (SP)</i>
17:50-18:00	Discussão
18:00	Assembleia Geral Ordinária da SBCe

SÁBADO - 12/10/2013**HORÁRIO | TEMA - PALESTRANTE**

07:00	Entrega de materiais e credenciamento
08:00-10:00	Mesa-Redonda: Cefaleia e Algias Craniofaciais Presidente: <i>Renata Campi de Andrade Pizzo (SP)</i>
08:00-08:30	Cefaleias primárias mais frequentes: migrânea e CTT <i>Karen dos Santos Ferreira (SP)</i>
08:30-09:00	Cefaleia tipo tensional primária ou DTM muscular: há diferença entre elas? <i>José Geraldo Speciali (SP)</i>
09:00-09:30	Interação cefaleias primárias - migrânea e CTT - x DTM: uma perspectiva odontológica <i>Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves (SP)</i>
09:30-10:00	Diagnóstico diferencial das cefaleias trigêmino-autonômicas com dores orofaciais <i>Renata Vasconcelos de Lima Matos (PE)</i>
10:00-10:15	Discussão
10:15-10:45	Intervalo
10:45-12:00	Miniconferência Interativa Presidente: <i>Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves (SP)</i>
10:45-11:15	Alterações posturais do paciente com dor crânio cervical <i>Maria Claudia Gonçalves (GO)</i>
11:15-11:45	Toxina Botulínica: uso atual e perspectivas para o tratamento de cefaleias e dores craniofaciais <i>José Geraldo Speciali (SP)</i>
11:45-12:00	Discussão
12:00 -13:30	Intervalo para almoço
13:30-15:20	Apresentações Orais Relação dos apresentadores e temas na página 16
17:30	Encerramento
20:00	Festa de Confraternização

APRESENTAÇÃO ORAL DOS TRABALHOS SELECIONADOS

SÁBADO - 12/10/2013

14:00-15:20 Sessão Oral dos Trabalhos Seleccionados - Cefaleia

CÓDIGO	TEMAS	AUTORES
17	Quinti digiti sign and hemiplegic migraine: A functional magnetic resonance imaging	Rafaela Vasconcelos Barbosa da Silva, Tiago Arruda Sanchez, Maurice Borges Vincent
35	Quedas em pacientes com migrânea - estudo piloto	Gabriela Ferreira Carvalho, Maria Claudia Gonçalves, Lidiane Lima Florencio, Fabíola Dach, Thaís Cristina Chaves, Débora Bevilaqua Grossi
36	fisioterapia no tratamento da migrânea - ensaio clínico randomizado	Maria Claudia Gonçalves, Gabriela Ferreira Carvalho, Lidiane Lima Florencio, Fabíola Dach, Thaís Cristina Chaves, José Geraldo Speciali, Débora Bevilaqua Grossi
42	Cefaleia em Salvas no Brasil: Primeiros resultados do Resalvas	Reinaldo Teixeira Ribeiro, Mariana Moreira Sant'ana, Leticia Oliveira Faleiros, André Leite Gonçalves, Maria Eduarda Nobre, Deusvenir de Souza Carvalho, Mario Fernando Prieto Peres
43	Espectro sindrômico da migrânea à fibromigrânea	Louana Cassiano da Silva, Daniella Araújo de Oliveira, Hugo André Lima Martins, Dayzene Silva Freitas, Mariana Luiza da Silva Queiroz, Gabriela Almeida da Silva, Carlanne do Rêgo Barros Lacerda, Débora Wanderley Bezerra e Silva, Marcelo Moraes Valença
51	Aspiração por pressão negativa do líquido cefalorraquidiano com seringa de vidro durante a punção lombar está relacionada com aumento na prevalência de cefaléia pós-punção? Um estudo comparativo	Rodrigo Tomazini Martins, Fernanda Leal Suzano, Pedro André Kowacs
56	Sinais de alarme "clássicos" em pacientes com cefaleia na emergência: O que aponta para o perigo??	Diego Rafael Barbare Leite, Renata de Oliveira Carvalho, Deborah Moreira Rangel, Milena Sales Pitombeira, Deborah Lúcia de Oliveira Diniz, João José Freitas de
59	Amitriptyline with aerobic exercise vs. Amitriptyline alone in the treatment of patients with chronic migrainee.	Michelle Dias Santos Santiago, Alberto Alain Gabbai Deusvenir de Souza Carvalho, Andrea Regina Correia Moutran, Mariana Machado Pereira, Thaís Rodrigues Villa
61	Relação entre enxaqueca e sono em pacientes do Ambulatório de Distúrbios do Sono da Universidade Federal do Amazonas	Talisia Nascimento Vianez, Eduardo da Silva Ramos, Carlos Mauricio Oliveira de Almeida, Daniel Ribeiro Chaves, Monique de Souza Vitoriano, Massanobu Takatani
69	Influência da deficiência visual no fenótipo das auras enxaquecosas	Maurice Borges Vincent, Greice Silva, Cristiana Góes

NTÍFICO

APRESENTAÇÃO ORAL DOS TRABALHOS SELECIONADOS

SÁBADO - 12/10/2013

14:00-15:20 Sessão Oral dos Trabalhos Seleccionados - Dor Orofacial

CÓDIGO	TEMAS	AUTORES
15	Temporomandibular disorders in a young adolescent Brazilian population: Epidemiologic characterization and potential risk factors	Ana Lúcia Franco, Giovana Fernandes, Daniela Aparecida de Godoi Gonçalves, Cinara Maria Camparis
30	How much does the headache contribute to the mandibular functional capacity and feeding in women?	Fernanda Salloume Sampaio Bonafé, João Maroco, Andréa Corrêa Carrascosa, Juliana Alvares Duarte Bonini Campos
31	É efetiva a artrocentese no deslocamento do disco sem redução?	Eduardo Grossmann, Thiago Kreutz Grossmann, Liogi Iwaki Filho
39	Caracterização diagnóstica de cefaleia secundária à disfunção temporomandibular em músculos mastigatórios: Um estudo controlado	Yuri Martins Costa, Juliana Stuginski Barbosa, André Luis Porporatti, Leonardo Rigoldi Bonjardim, Paulo César Rodrigues Conti
60	Concordância da mensuração da dor pelo uso de duas escalas unidimensionais em pacientes com disfunção temporomandibular	Elaine Porto Doro, Monique Lalue Sanches, Carmen Paz Santibañez Hoyuela, Liete Figueiredo Zwir, Vera Lucia Mestre Rosa, Antonio Sergio Guimarães

NTÍFICO

XXVII Congresso Brasileiro de Cefaleia
Temas Livres - Apresentação de posters
Cefaleia e Dor Orofacial

CEFALEIA

CE 01 ASSOCIAÇÃO ENTRE PONTOS MIOFASCIAIS SUBOCCIPITAIS E PROTRUSÃO DA CABEÇA EM INDIVÍDUOS COM MIGRÂNEA.

Gabriela Natalia Ferracini; Thaís Cristina Chaves;
Felipe Fantacini Masiero; Ana Bárbara Rodrigues;
Fabiola Dach; José Geraldo Speciali

Objetivo: Avaliar se a presença de pontos gatilhos miofasciais na musculatura suboccipital está associada à protrusão de cabeça em indivíduos com migrânea. **Casística e métodos:** A amostra foi composta de 35 adultos (4 homens e 31 mulheres) com diagnóstico de migrânea, com idade média de 34,6 (DP10,8) anos. Os indivíduos foram recrutados do ambulatório de cefaleia e algias craniofaciais de um hospital terciário e o diagnóstico de migrânea foi obtido por um neurologista seguindo os critérios da ICHD-III¹. Foram excluídos aqueles com história de lesão cervical e outras comorbidades, como fibromialgia, miopatias, e os que tivessem recebido tratamento fisioterapêutico no último ano. Foi realizada a palpação de toda musculatura suboccipital bilateralmente em busca de pontos miofasciais, de acordo com os critérios de diagnóstico descritos por Simons et al². O exame radiológico da coluna cervical de perfil foi realizado com o voluntário em posição ortostática relaxado, e a mensuração do ângulo crânio-cervical, o qual é dado pela intersecção do plano odontóide e o plano Mc Gregor³, foi calculado com o auxílio do software K-Pacs®. Quanto menor o ângulo, maior é a protrusão da cabeça. Para análise estatística de correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de Spearman através do software SPSS®. **Resultados:** A média da protrusão da cabeça foi 72,2° (DP 16,8°). Identificou-se 23 pontos gatilhos do lado direito e 18 do lado esquerdo. Identificou-se uma correlação positiva e fraca ($r: 0,3$; $p=0,02$) entre a presença de ponto miofascial na musculatura suboccipital do lado esquerdo com a protrusão da cabeça. **Conclusão:** A presença de pontos miofasciais suboccipitais em indivíduos com migrânea está associada à protrusão da cabeça.

Referências

1. The International Classification of Headache Disorders: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 3rd edition. Cephalalgia. 2013; 24(suppl 1): 9-160.
2. Simons DG, Travell J, Simons LS. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual: Volume 1, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
3. Neto JPF, Santana JM, Santana-Filho VJ, Quintans-Junior LJ, Ferreira APL, Bonjardim LR. Radiographic measurement of the cervical spine in patients with temporomandibular dysfunction. Archives of oral biology, 2010; 55: 670-678.

CE 02 RESISTÊNCIA DA MUSCULATURA FLEXORA CERVICAL PROFUNDA EM INDIVÍDUOS COM MIGRÂNEA

Felipe Fantacini Masiero; Débora Bevilaqua Grossi; Gabriela Natalia Ferracini; Ana Bárbara Rodrigues; Fabiola Dach; José Geraldo Speciali; Thaís Cristina Chaves

Objetivo: Verificar a resistência da musculatura flexora cervical profunda em indivíduos com migrânea por meio do teste de flexão crânio-cervical (TFCC). **Métodos:** Foram avaliados 12 indivíduos (10 mulheres e 2 homens) com média de idade de 36,6 (IC:30,7-

42,5) anos e com diagnóstico de migrânea (GM). Esses indivíduos foram triados de um ambulatório de cefaleia e algias craniofaciais de um hospital terciário e o diagnóstico de migrânea foi dado por neurologista de acordo com os critérios da ICHD-III¹. Foram avaliados também, 12 indivíduos (9 mulheres e 3 homens) com idade média de 24,0 (IC:21,07-26,93) anos, sem história prévia de cefaleia (GC) Para verificar a resistência da musculatura flexora cervical profunda foi utilizado o TFCC, no qual o indivíduo avaliado permanece em decúbito dorsal, uma bolsa inflável ligada a um manômetro é posicionada na região cervical e o manômetro é posicionado na altura dos olhos do indivíduo como forma de feedback para a realização do teste (Figura 1). O TFCC possui faixa de valores que variam entre 20 a 30 mmHg divididos em 5 níveis de 2 mmHg cada, sendo que o indivíduo deve manter contração sustentada por 10 segundos em cada nível. Foi utilizado o método de análise palpatório e visual para evitar compensações durante o teste². Para análise estatística foi realizado o teste de Mann-Whitney através do software SPSS-17®. **Resultados:** Os indivíduos com migrânea apresentaram menor resistência da musculatura flexora cervical do que os sem cefaleia, tanto pela análise palpatória [GM: 22,50 (IC:21,99-23,01)/ GC: 22,83 (IC:21,27-24,39) $p=0,02$] quanto pela análise visual [GM: 24,50 (IC:23,95-25,05)/ GC: 24,66 (IC:23,36-25,96) $p=0,05$] - Tabela 1. **Conclusão:** Nosso estudo demonstrou que indivíduos com migrânea apresentam alteração na ativação e resistência da musculatura flexora cervical profunda, semelhante ao que ocorre em indivíduos com dor cervical³. Sendo assim, acreditamos que a presença de dor cervical, sintoma comum em indivíduos com migrânea⁴, possa ser a explicação para os nossos resultados.

Referências:

- The International Classification of Headache Disorders: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 3rd edition. Cephalalgia. 2013; 24(suppl 1): 9-160.
- Jull GA, O'leary SP, Falla DL. Clinical assessment of the deep cervical flexor muscles: the craniocervical flexion test. Journal of manipulative and physiological therapeutics 2008;21(7): 525-533.
- Falla D, Jull G, Hodges P, Vicenzino B. An endurance-strength training regime is effective in reducing myoelectric manifestations of cervical flexor muscle fatigue in females with chronic neck pain. Clinical Neurophysiology 2006;117:828-837.
- 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.

CE 03 EXAME CEFALÍATRICO: IMPORTÂNCIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE. RELATO DE CASO CONGRESSO CEFALEIA

Marlos Aureliano Dias de Sousa; Sônia Beatriz Félix Ribeiro;
Alfredo Leboreiro Fernandez; Daniel Silva de Azevedo; Fernanda
Silva Gonçalves Rodrigues; José Antônio Rebouças de Carvalho
Neto; Rodrigo Tavares Brisson; Cláudio Renato Figueiredo
Cruvinel; Renata Cristina Franzon Bonatti

Objetivo: demonstrar um caso onde o exame cefalítrico poderia fazer o diagnóstico precoce. **Método:** relato de caso de paciente de 38 anos, masculino, atendido no ambulatório de Neurologia em maio de 2012 devido a quadro de cefaléia occipital, dor retro-orbitária bilateral - moderada a intensa - inédita, acompanhada de perda progressiva da acuidade visual em ambos os olhos com 11 meses de evolução. Exame neurológico: amaurose bilateral; força, sensibilidade, coordenação, equilíbrio, reflexos osteo-tendíneos e tônus preservados; midríase média, reflexos pupilares direto e

consensual diminuídos e palidez de papilas em ambos os olhos; ausculta craniana: sopro na região occipital bilateral, mais evidente à direita (4+/4+). Exames complementares: sorologias para HIV, HBV, HCV, CMV, Treponema, HTLV eram negativos. Avaliação do líquido: celularidade e bioquímica normais; pressão de abertura 700 mmH₂O e pressão final 600 mmH₂O. Tomografia de crânio dentro dos limites da normalidade. RM de encéfalo e angioressonância: engurgitamento de estruturas venosas subcutâneas da cabeça e do pescoço; atrofia dos nervos ópticos; microangiopatia/gliose discreta envolvendo a substância branca dos hemisférios cerebrais. Arteriografia cerebral: MAV de alto fluxo occipital mantida pelas duas artérias occipitais bilaterais. **Conclusão:** a ausculta de crânio, se realizada precocemente, poderia ter contribuído sobremaneira na elucidação diagnóstica e minimizado os danos. Ressaltamos a importância da realização do exame cefalítrico completo rotineiramente.

CE 04

ANÁLISE DA ÁREA DE SECÇÃO TRANSVERSA DO MÚSCULO FLEXOR LONGO DO PESCOÇO EM INDIVÍDUOS COM CEFALÉIA PRIMÁRIA

Camila Caroline Silva de Almeida; Thaís Ferreira Lopes Diniz Maia; Débora Wanderley Bezerra e Silva; Mariana Luiza da Silva Queiroz; Carlanne do Rêgo Barros Lacerda; Juliana Elias de Albuquerque; Gisela Rocha de Siqueira; Joaquim José de Souza Costa Neto; Marcelo Moraes Valença; Gabriela Almeida da Silva; Daniella Araújo de Oliveira.

Objetivo: Avaliar a área de secção transversa do músculo flexor longo do pescoço (FLP) em pacientes com e sem cefaleia. **Métodos:** Trata-se de uma série de casos com comparação entre três grupos (migrânea, n=16; CTT, n=8; sem cefaleia, n=5), no qual foram avaliadas 29 mulheres com idade entre 20 e 26 anos (23±2 anos). O diagnóstico de cefaleia foi realizado por um cefaliatra de acordo com ICHD-II, 2004. Para avaliação da área de secção transversa do músculo FLP foi utilizado o aparelho de ultrassom de imagem - Aloka 1500 com transdutor linear de 7.5 MHz. Foi obtida a média de três medidas tanto no repouso quanto na contração bilateralmente. **Resultados:** Não houve diferença estatística entre os grupos em relação à idade (p=0,174) e ao IMC (p=0,885). Mulheres com migrânea e CTT não apresentaram alterações significativas nas AST em relação aos controles sem cefaleia, em ambos os músculos avaliados [FLP direito repouso: migrânea (0,679±0,20243cm²), CTT (0,720±0,35948cm²), sem cefaleia (0,692±0,182cm²); p=0,933.] [FLP direito contração: migrânea (0,615±0,203cm²), CTT (0,666±0,319cm²), sem cefaleia (0,672±0,234cm²); p=0,845]; [FLP esquerdo repouso: migrânea (0,626±0,151cm²), CTT (0,727±0,291cm²), sem cefaleia (0,7±0,158cm²), p=0,474] [FLP esquerdo contração: migrânea (0,555±0,132cm²), CTT (0,641±0,276cm²), sem cefaleia (0,724±0,234cm²), p= 0,231. **Conclusão:** Nesse estudo não ficou evidente a correlação entre alterações da AST do músculo FLP com a presença de cefaleias primárias.

CE 05

MIOPIA AGUDA ASSOCIADA AO USO DE TOPIRAMATO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

José Antônio Rebouças de Carvalho Neto; Renata Cristina Franzon Bonatti; Rodrigo Tavares Brisson; Fernanda Silva Gonçalves Rodrigues; Marlos Aureliano Dias de Sousa; Daniel Silva de Azevedo; Alex Eduardo Silva; Emerson Milhorin Oliveira; Cláudio Renato Figueiredo Cruvinel

Objetivo: demonstrar um caso onde o paciente evoluiu com miopia aguda precoce pós uso de Topiramato. **Método:** relato de caso de paciente de 27 anos, sexo feminino, atendida ambulatorialmente em julho de 2012 devido a quadro de cefaléia pusátil, hemicraniana, forte intensidade, inédita, episódica, iniciada há 3 meses, com duração de 4-72h, melhora parcial ao uso de AINES e associada à fotofobia. Realizado diagnóstico de Migrânea sem Aura e iniciado Topiramato 25mg/dia. Após o quinto dia de uso da medicação a paciente relatou queixa súbita de ambliopia em ambos os olhos (dificuldade visual para objetos à distância). Ao exame oftalmológico foi confirmado o déficit de refração ocular (a auto-refração sem ciclopelegia evidenciava -7,0° no OE e -7,5° no OE). Optado por suspensão imediata do Topiramato e, após o quarto dia, a paciente apresentou regressão total do déficit de refração ocular. Exame neurológico: Ausculta e palpação craniana, força, sensibilidade, coordenação, equilíbrio, reflexos osteo-tendíneos, tônus e nervos cranianos preservados. Exames complementares: Tomografia de Crânio dentro dos limites da normalidade. Hemograma, função renal, função tireoidiana, provas inflamatórias e glicemia dentro dos limites da normalidade. Após o déficit agudo foi realizado Ressonância Magnética de crânio, a qual demonstrou alterações estruturais ("adelgaçamento") de ambas as órbitas. **Conclusão:** Esse trabalho tem por objetivo chamar atenção para a possibilidade de que medicamentos sistêmicos podem levar a alterações estruturais agudas da órbita com possíveis danos irreversíveis à visão do paciente. Neste caso, em particular, torna-se interessante a precocidade dos sintomas e sua ocorrência em vigência de baixa dosagem da medicação. Já há relatos literários de Glaucoma Agudo de Ângulo Fechado e Miopia Aguda como efeitos colaterais do Topiramato, porém ainda são muito escassas suas descrições.

CE 06

QUINTI DIGITI SIGN AND HEMIPLEGIC MIGRAINE : A FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Rafaela Vasconcelos Barbosa Da Silva; Tiago Arruda Sanchez; Maurice Borges Vincent

Background: Hemiplegic Migraine is a rare migraine with aura subtype with some degree of paresis attacks. Migraine's aura and attacks are also been studied with resting state fMRI .The Quinti Digiti Sign has been noted in some patients with hemiplegic migraine in interictal period. This data suggest that somehow these patients should have some motor cortex alteration after motor activation tasks. A Resting State protocol of functional magnetic resonance imaging (fMRI) of mild motor impairment after stroke has been studied lately suggesting a recovery of connectivity after rehabilitation nighty days post stroke. **Objective:** The aim of this work was to verify if a patient with familial hemiplegic migraine and an indication of mild hemiparesis demonstrated by the presence of quinti digit sign has

cerebral sign different activation in functional magnetic migraine. **Methods:** Seven patients were recruited at headache's clinic. Neurological examination of motor strength, power and reflexes were made. To assess the quinti digiti sign, subject was asked to horizontally extend both arms forwards, parallel to the floor, with palms facing down and a digital picture were taken perpendicularly having both hands in a single shot. Two clinic evaluations separated by a week, in intercal period, were made and a picture of each one was taken. A blind examiner analyzed the pictures by measuring the angle formed by the proximal prolongations of the lines passing by the axis of both fourth and fifth fingers. We consider the presence of quinti digiti sign if this angle was greater than 150 in the affected side at both pictures ($p < 0.005$). Then, we used fMRI to investigate brain responses during a simple motor task of the affected finger in a blocked design with 20 repetitions of 6 seconds of activity blocks followed by 18 seconds of rest period. Analysis was done using the general linear model in the software Brainvoyager™. **Results:** The whole brain analysis using the contrast between affected finger versus contralateral finger showed differential activation for affected quinti digit sign finger in motor areas including anterior cingulate cortex, supplementary motor area and primary motor cortex. ($q < 0.01$, FDR). **Conclusions:** Our results are consistent with the idea that mild hemiparesis with the presence of quinti digit sign has different cerebral motor cortex activation in functional magnetic, favoring difficulties for appropriate finger tonus and movements.

CE 07
MIGRÂNEA ABDOMINAL E MIGRÂNEA SEM AURA:
RELATO DE CASO

Natalia Campos Parente; Maria Elizabeth Pereira Nobre

Objetivo: A cefaléia pode ser definida como sendo um complexo sintomático agudo como nas crises de migrânea sem aura e migrânea abdominal, ou pode também ser descrita como manifestação de uma doença em desenvolvimento, por exemplo, nos pacientes portadores de neoplasias. Este trabalho buscou investigar alguns tipos de cefaléias presentes na população, suas múltiplas faces e suas consequências na qualidade de vida dos pacientes. Além de oferecer para os pacientes portadores de cefaléias um entendimento adequado da doença, e para os estudiosos em neurologia uma visão detalhada de um tratamento longo e bem sucedido que pudesse contribuir nas suas práticas clínicas. **Metodologia:** Teve como base um estudo de caso no qual se examinou a condução neurológica de um paciente portador de migrânea abdominal e migrânea sem aura confrontando seu quadro clínico no início do tratamento com as mudanças ocorridas após sua modulação farmacológica. Particularmente, neste relato, sou autora e paciente do mesmo, assim este trabalho é uma pesquisa participante que segue a linha metodológica de pesquisa tipo memorial. Na metodologia além de relatar o quadro clínico e sua condução, também foi descrita uma revisão de literatura destacando os autores com experiência na área de cefaléias, e enfatizando estudos referentes à neuroanatomia, dor, migrânea abdominal e migrânea sem aura. **Resultados:** Com a progressão do tratamento foi possível identificar a frequência, a localização, o caráter, a duração, fatores desencadeantes e atenuantes das crises. Além da associação das cefaléias com outros sintomas, tendo como base de dados o diário de cefaléias, e a partir destes dados pode-se traçar a melhor estratégia terapêutica. **Conclusão:** O estudo

conclui que é possível controlar perfeitamente as crises de migrânea abdominal e sem áurea, aliando modulação farmacológica, mudança no estilo de vida e uma boa relação médico-paciente para que ambos possam colaborar mutuamente para o progresso de tratamento.

CE 08
EXISTEM INTERSEÇÕES ENTRE TROMBOSE VENOSA
CEREBRAL(TVC),HIPERTENSÃO INTRACRANIANA
IDIOPÁTICA(HII) E CEFALÉIAS CRÔNICAS DIÁRIAS(CCD)?

Paulo Sérgio Faria; Fernando Elias Borges;
Marco Tulio Pedatella; Thiago Calzada Machado;
Magno Ribeiro Junior; Hugo Rafael Bretones;
Rodrigo Nogueira Vargas

Objetivos: Os autores avaliam a evolução clínica e seguimento de pacientes com TVC, HII e CCD (Cefaleia Persistente e Diária desde o Início, Migrânea Crônica e Cefaleia Tipo Tensional Crônica), tendo como objetivo avaliar relações causais entre as mesmas. **Métodos:** Trabalho realizado em um ambulatório referenciado em cefaleias. Os diagnósticos foram realizados, seguindo a classificação da ICHD II. **Resultados:** Foram avaliados 15 pacientes com TVC, 13 pacientes HII e 36 pacientes CCD, sendo 8 com Cefaleia Persistente Diária desde o Início (CPDI). Observou-se acentuada prevalência nas mulheres (4/1 a 6/1) jovens (média de 32,4 a 37,7 anos) em todos os grupos estudados. A média do IMC foi superior a 25, mas inferior a 30. O tempo de seguimento dos grupos TVC e HII variou de 1 a 84 meses. A apresentação clínica inicial do grupo TVC demonstrou: Síndrome de Hipertensão Intracraniana em 53,3% dos casos, Sinais Neurológicos Focais (Vias longas) em 20% e Cefaleia Isolada em 33,3%, sendo que 66,6% dos pacientes desenvolveram cefaleias crônicas no seguimento superior a 6 meses; todos com aumento da pressão líquórica (PL), com média de 326 mmH₂O. No grupo HII 69% dos pacientes não apresentaram nenhum sinal neurológico, com alterações nos seios durais (estenose, atresia, hipoplasia) em 61,5% dos casos. 50% dos pacientes com CPDI apresentaram aumento da PL: 210 a 450 mm de água (não obesos). Foram encontrados 10,7% de pacientes com aumento da PL no grupo CCD, excluindo o grupo CPDI. **Conclusões:** A HII pode não cursar com sua apresentação clássica, que inclui os sinais de hipertensão intracraniana e nem a apresentação de cefaleia progressiva e diária, tornando seu diagnóstico mais difícil. Na TVC há uma forma de apresentação idêntica à HII, onde se observam somente cefaleia, o que foi observado em 33% de nossos casos, tornando o diagnóstico particularmente difícil. Os achados de imagem típicos das TVC (Sinais hiperintensos em T1 e/ou T2) só são observados nas primeiras 4 semanas do início do quadro e a maioria destes casos são avaliados por um especialista tardiamente. Outro achado relevante foi que 50% dos casos de CPDI e 10,7% dos casos de CCD apresentaram aumento da PL, compatível com um diagnóstico de HII. Há fortes evidências que uma parcela significativa de pacientes com HII sejam decorrentes de TVC prévia não diagnosticada, além da forte relação entre CPDI e HII e a possível relação de migrânea crônica, cefaleia tipo tensional crônica e aumento da PL. A avaliação da PL de casos de cefaleias crônicas pode ser importante para o diagnóstico preciso.

*Review: Idiopathic Intracranial Hypertension-Lancet Neurol. 2006;5:433-42

*Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis- Stroke Feb. 3,2011

*Update of the Pathophysiology and management of Idiopathic Intracranial Hypertension Neuro-Ophthalmology 15 March,2012

CE 09

TOMOGRÁFIA DE CRÂNIO E CEFALÉIAS: SINAIS DE ALERTA E ANORMALIDADES ESTRUTURAIS

Luana Karla Braz Fonseca Dantas; Larissy Lima Santos;
Paulo Sérgio Faro Santos; Alan Chester Feitosa De Jesus;
Hélio Araújo Oliveira.

Introdução: Cefaleia apresenta elevada prevalência global, sendo um dos principais motivos de solicitação de tomografia computadorizada (TC) do crânio. Todavia, na maioria das vezes, a dor de cabeça é primária; e a neuroimagem, dispensável ao diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar sinais de alerta e anormalidades estruturais em TC do crânio solicitadas em caráter de urgência, por médicos generalistas ou especialistas, para pacientes com queixa de cefaleia. **Métodos:** Estudo transversal e prospectivo realizado no Hospital de Urgências de Sergipe por um ano (junho/09 a junho/10) através da coleta de informações nas fichas de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), com exclusão das que possuíam letra ilegível ou preenchimento incompleto. Para tanto, elaborou-se protocolo semiestruturado com os seguintes sinais de alerta: início recente; primeira ou pior cefaleia da vida; começo após os 50 anos; aparecimento da algia durante esforço físico, tosse ou atividade sexual; modificação nas características da cefaleia preexistente; intensidade da dor progressivamente maior ao longo de dias ou semanas; associação com febre, vômitos ou anormalidade do exame neurológico e presença de doenças sistêmicas prévias. Na análise estatística, utilizou-se o teste do qui-quadrado e nível de significância (p) de 5%. **Resultados:** Foram avaliadas 626 fichas, das quais 316 (50.5%) continham um ou mais sinais de alerta, tendo sido a associação com febre, vômitos ou anormalidade do exame neurológico o mais frequente (tabela). A maioria dos exames (67%) possuía laudo normal. Após análise da associação entre as variáveis, somente a ausência de doença sistêmica ($p=0,002$) e de dois ou mais sinais de alerta ($p=0,008$) relacionaram-se à TC do crânio sem alterações. **Conclusão:** Nesta casuística, observou-se porcentagem semelhante de pedidos com e sem sinal de alerta, além da minoria dos exames com anormalidades estruturais, o que reflete a solicitação excessiva de TC do crânio para pacientes com queixa de cefaleia no serviço avaliado.

Tabela: Frequência dos sinais de alerta nos pedidos da TC de crânio.

Sinal de alerta	n	%
Febre, vômitos ou anormalidade do exame neurológico	216	68.4
Dois ou mais sinais de alerta	45	14.2
Início recente	26	8.2
Presença de doença sistêmica	18	5.7
Intensidade progressivamente maior ao longo de dias ou semanas	9	2.9
Outros	2	0.6
Total	316	100

Referências:

- Martin VT. The diagnostic evaluation of secondary headache disorders. *Headache* 2011; 51: 346-52.
- Lester MS, Liu BP. Imaging in the evaluation of headache. *Med Clin N Am* 2013; 97: 243-65.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa: consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58: 384.

CE 10

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL MANIFESTADA POR CEFALÉIA ISOLADA. SERIE DE CASOS CONGRESSO CEFALÉIA

Fernanda Leal Suzano; Flávia de Oliveira Braga; Ricardo Krause
Martinez de Souza; Henry Koiti Sato; Maria Tereza de Moraes
Souza; Vanessa Rizelio; Pedro André Kowacs

Objetivos: avaliar características da cefaleia em casos de trombose venosa cerebral manifestada como cefaléia isolada. **Métodos:** estudo retrospectivo transversal e descritivo de 32 casos de trombose venosa cerebral atendidos durante 4 anos. Foram estudadas características da cefaléia, tempo de evolução até o diagnóstico e local acometido pela trombose bem como presença de infarto venoso. **Resultados:** ocorreram 12 casos (10 mulheres e 2 homens) de trombose venosa cerebral com cefaléia como único sintoma. A idade média foi de 35 anos. Todos apresentaram cefaléia localizada (60% em 2 locais ou hemisferiana) e de forte intensidade. Em 90% a característica da dor foi em pressão. Fofobia e/ou fonofobia ocorreram em 5 casos, e náuseas/vômitos ocorreram em 5 casos. O local mais prevalente de trombose foi o seio sigmóide (33%), seguido do seio transversal (22%), seio sagital superior (18,5%) e seio reto (11%). O tempo médio entre o início da cefaléia e o diagnóstico foi de 15 dias (1 a 60 dias). **Conclusão:** cefaléia pode ser o único sintoma de trombose venosa cerebral a qual pode ser erroneamente diagnosticada como cefaléia primária, postergando o diagnóstico e o início do tratamento. Sugerimos que seja descartada trombose venosa cerebral naqueles pacientes que apresentem uma cefaléia nova na 4ª década, com características migranosas porém com dor em pressão.

CE 11

TENDINITE RETROFARÍNGEA COMO CAUSA DE CEFALÉIA COM IRRADIAÇÃO OCCIPITAL

Fernanda Leal Suzano; Flávia De Oliveira Braga; Marcela
Ferreira Cordellini; Vanessa Rizelio; Pedro André Kowacs.

Objetivo: Descrever um caso clínico de cefaleia com irradiação occipital unilateral, secundária a tendinopatia retrofaringea, enfatizando a importância do diagnóstico desta entidade nosológica rara. **Método:** Relato de caso. Homem, 45 anos, queixando cefaléia de localização occipital esquerda há 03 dias, aguda, percebida ao despertar, não-pulsátil, de forte intensidade, significativamente agravada com a extensão cervical e associada a dor durante a rotação da cabeça e deglutição. O exame físico demonstrava importante limitação na movimentação cervical tanto ativa quanto passiva, pior durante a extensão, com dor a palpação das regiões paravertebral posterior e occipital esquerda. Não havia outros achados neurológicos e a oroscopia era normal. Já havia sido submetido a ressonância magnética de crânio com resultado normal e encontrava-se em uso de sumatriptano sem alívio da dor. **Resultado:** Foi suspeitada tendinopatia retrofaringea e solicitado exame de tomografia de junção crânio-cervical, a qual demonstrou calcificação pré-vertebral no nível C1-C2. O resultado da velocidade de hemossedimentação (VHS) foi de 50mm e os demais exames laboratoriais foram normais. Uma angioresonância de vasos cerebrais e cervicais solicitada inicialmente para afastar dissecação carotídea foi normal. Os sintomas resolveram ao uso de prednisona

40mg/dia. **Conclusão:** A tendinite retrofaríngea é uma condição inflamatória associada a deposição de cálcio nas fibras do tendão oblíquo superior do músculo *longus colli*. É uma condição possivelmente subdiagnosticada. A definição precoce do quadro evita procedimentos invasivos e/ou diagnósticos desnecessários e facilita a escolha terapêutica.

CE 12

QUADRO DE CEFALÉIA EM SALVAS-SIMILE PÓS-RESSECÇÃO DE MENINGIOMA PETROCLIVAL

*Marcela Ferreira Cordellini; Fernanda Leal Suzano;
Flávia de Oliveira Braga; Daniel Benzecry Almeida;
Pedro André Kowacs.*

Relato de Caso: Paciente masculino, 58 anos, com história de ressecção parcial de meningioma petroclival esquerdo havia 4 anos, foi atendido por quadro de crises diárias de dores "em pontadas", de forte intensidade, na hemiface esquerda, com duração de 20 minutos, associada a lacrimejamento, coriza, edema peri-orbitário e hiperemia conjuntival ipsilateral. A condição iniciara havia 1,5 ano, e seu exame neurológico revelou paralisia facial periférica esquerda associada a hipostesia facial do mesmo lado. Não houve resposta ao uso de verapamil em dose máxima, sendo indicada a radiofrequência pulsada de gânglio esfenopalatino como opção de tratamento. **Discussão:** Embora a Cefaléia em Salvas seja uma das principais cefaléias primárias, existem casos similares nos quais existe um relação temporal ou espacial entre um evento desencadeante e o início da apresentação clínica, como por exemplo, naqueles associados a lesões com efeito massa. Sinais focais ao exame neurológico e/ou falta de resposta ao tratamento medicamentoso devem ser valorizados como indícios de quadro sintomático. Casos sintomáticos podem ainda dar pistas de quais as vias disfuncionais da apresentação primária da Cefaléia em Salvas.

CE 13

CRISE DE HEMIPARESIA EM ENXAQUECA HEMIPLÉGICA: UM ESTUDO DE CASO USANDO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

*Rafaela Vasconcelos Barbosa Da Silva; Tiago Arruda Sanchez;
Maurice Borges Vincent.*

Introdução: Enxaqueca hemiplégica é um raro subtipo da enxaqueca com aura com algum grau de ataques de parestesia. Crises de enxaqueca com aura vem sendo estudadas através de ressonância magnética funcional (RMf) em condições de repouso (resting state). Porém não há estudos que avaliem um ataque de hemiparesia por RMf usando tarefas motoras. **Objetivo:** Estudar o córtex motor primário (M1) em crise de hemiparesia de paciente com enxaqueca hemiplégica (EH) através de RMf. **Métodos:** Uma paciente, com EH esporádica e acompanhada em ambulatório de cefaleias foi avaliada logo após o início de crise de hemiparesia. Foram realizadas três avaliações clínicas e duas por imagem de RMf. A avaliação clínica consistiu em exame neurológico seguida de solicitação para paciente estender as mãos horizontalmente, paralelas ao chão em pronação e obtivemos fotografias contemplando ambas as mãos. Um examinador analisou, em procedimento cego, as fotografias aferindo o ângulo formado pelos prolongamentos das bisetritz dos quarto e quinto dedos. O sinal do quinto dedo foi considerado

presente se ângulo maior que 15° no lado acometido em todas as fotografias ($p < 0.005$). Na RMf, utilizamos um protocolo motor com 20 blocos de 6 segundos de adução forçada do quinto dedo, sempre seguidos por 18 segundos de repouso e, somente na crise, foi realizado um protocolo de tapping com 4 blocos motores e 5 blocos de repouso de 30 segundos. A análise foi realizada utilizando GLM no software BrainvoyagerTM. **Resultados:** Não foi encontrado ângulo maior entre o quarto e quinto dedos durante a crise quando comparado ao período intercrise. Durante a crise, houve uma redução da ativação do sinal de RMf em M1 durante o protocolo de adução do quinto dedo. Durante o protocolo de tapping, para um mesmo limiar estatístico, houve uma maior extensão da área de ativação cortical em torno de M1 correspondente ao lado da hemiparesia. Durante a adução do quinto dedo, por ser uma atividade motora fina, a paciente teve dificuldade para realizar o movimento durante a crise, o que corresponde a uma diminuição do recrutamento funcional de M1. Quando olhamos para o protocolo de tapping, com um recrutamento muscular maior, observamos que houve maior recrutamento de regiões corticais vizinhas a M1 como uma representação neural da parestesia cortical para exercer a mesma tarefa motora da mão contra-lateral ao hemisfério acometido pela crise. **Conclusão:** Parece haver algum tipo de plasticidade neural adaptativa que leva a um maior recrutamento de regiões corticais vizinhas a M1 como consequência de crises de hemiparesia em pacientes com EH.

CE 14

ANÁLISE DA FREQUÊNCIA MEDIANA DOS MÚSCULOS ESTERNOCLEIDOMASTOIDEOS EM MULHERES COM CEFALÉIA PRIMÁRIA

*Carlanne do Rêgo Barros Lacerda; Juliana Elias de Albuquerque;
Débora Wanderley Bezerra e Silva; Camila Carolinne Silva de Almeida; Thaís Ferreira Lopes Diniz Maia; Mariana Luiza da Silva Queiroz; Gabriela Almeida da Silva; Alberto Galvão de Moura Filho; Louana Cassiano da Silva; Joaquim José de Souza Costa Neto; Marcelo Moraes Valença; Daniella Araújo de Oliveira*

Objetivo: Avaliar pela eletromiografia de superfície a presença de fadiga muscular do músculo esternocleidomastoideo (ECOM) em pacientes com cefaleia primária. **Método:** Amostra foi composta por 37 mulheres com idade entre 20 e 26 anos (23 ± 2 anos). Foi realizado um estudo, do tipo série de casos com comparação entre três grupos, migrânea ($n=21$), CTT ($n=9$) e sem cefaleia ao longo da vida ($n=7$). Foram excluídas àquela que fizeram uso analgésico, anti-inflamatório e relaxante musculares nas últimas 48 horas antes da coleta. Após esta etapa, as participantes foram encaminhadas para avaliação e diagnóstico por um cefaliatra. Outro examinador, cego em relação ao diagnóstico de cefaleia, realizou a eletromiografia de superfície dos músculos ECOM durante uma contração isométrica de 25s e a frequência mediana (FM) foi analisada no início da contração muscular (6 - 7s) e no final (28 - 29s). **Resultados:** Não houve diferença entre os grupos em relação à média de idade, $p=0,174$. A idade de início da cefaleia foi menor nas migrânicas ($13,8 \pm 4$ anos) do que nas mulheres com CTT ($15,8 \pm 5$ anos). Na análise da FM intragrupo ficou evidente a presença de fadiga muscular bilateralmente ($p < 0,05$), exceto o músculo ECOM esquerdo do grupo controle, ($p=0,125$). Não foi observada diferença na análise da FM intergrupo ($p > 0,05$). Nos três grupos não houve diferença entre a variação da FM inicial e

final dos músculos ECOM direito ($p=0,892\mu V/s$) e ECOM esquerdo ($p=0,087\mu V/s$). **Conclusão:** Não houve diferença em relação à fadiga dos músculos ECOM bilateralmente durante a contração isométrica de 25 segundos entre os grupos estudados.

CE 15 INCIDÊNCIA DE ENXAQUECAS E OUTRAS SÍNDROMES DE ALGIAS CEFÁLICAS EM RONDÔNIA, INSERIDO NO CONTEXTO NACIONAL

Vinicus Luiz Pitaluga Campelo;
Dione José Fernandes Silva;
Braz Emanuell Souza Lima; Cassio Fachi.

Objetivo: determinar a incidência de enxaquecas e outras síndromes de algias cefálicas (ESAC) em Rondônia, inserindo-o no contexto nacional, datado num período de um ano, permitindo assim construir um perfil de incidência, avaliando aspectos como faixa etária, raça e sexo prevalentes no estado. **Metodologia:** O trabalho foi realizado utilizando dados provenientes do banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS /Ministério da Saúde). **Resultados:** Segundo os 5916 casos obtidos de internações no Brasil, no período de junho de 2012 a junho de 2013, a região sudeste foi a que mais apresentou incidência de ESAC, 49,92%, no Norte verificou-se 4,92% das internações. São Paulo foi o estado que exibiu maior incidência de ESAC, com 35,45%, já Rondônia, alocou-se na vigésima posição, representando 0,61% dos casos a nível nacional. Entre os estados do Norte foram notificados 291 casos, com Rondônia figurando a quarta posição de maiores incidências (12,37%). As ESAC apresentou maior incidência na capital de Rondônia, Porto Velho (58,33%), em comparação com o interior (41,67%). No aspecto faixa etária houve destaque de casos entre 10 a 14 anos (22,22%). 58,33% dos casos no estado ocorreram em indivíduos do sexo feminino, sendo 41,67% no sexo masculino. No âmbito cor/raça, 55,56% dos indivíduos não declararam, entretanto a maior incidência foi em pardos representando 41,67%. **Conclusão:** as ESAC apresentaram um perfil de maior prevalência em indivíduos do sexo feminino, faixa etária de 10 a 14 anos, de cor/raça parda e residente na capital de Rondônia. A nível nacional o estado ocupou a vigésima posição e a nível regional a quarta. Isto poderá servir de apoio ao sistema de saúde, permitindo um direcionamento na identificação dos indivíduos mais susceptíveis, contribuindo assim para melhores estratégias de promoção, prevenção e controle.

CE 16 QUEDAS EM PACIENTES COM MIGRÂNEA - ESTUDO PILOTO

Gabriela Ferreira Carvalho; Maria Claudia Gonçalves;
Lidiane Lima Florencio; Fabíola Dach; Thaís Cristina Chaves;
Débora Bevilacqua Grossi.

Objetivo: Avaliar a história e frequência de quedas, o medo de cair e o relato de tontura em pacientes com migrânea com aura (MA), sem aura (M) e migrânea crônica (MC). **Métodos:** Foram avaliadas 15 mulheres, sendo 4 do grupo M, 6 do grupo MA e 5 do MC (Tabela 1) triados de um ambulatório terciário e diagnosticados por neurologistas de acordo com a ICHD-II (2004)¹. Foram excluídas as pacientes obesas, com relato de vestibulopatia, doenças sistêmicas ou outros tipos de cefaleia. Foi questionado o histórico e número

de quedas no último ano, presença de tontura e aplicado o questionário Escala de Eficácia de Quedas (FES) que avalia o nível de preocupação com a possibilidade de queda durante atividades cotidianas². Foi realizada a análise descritiva dos dados e os resultados foram apresentados em média, desvio padrão e porcentagem. **Resultados:** Todos os pacientes com MA relataram história de quedas, seguido por 50% dos pacientes do grupo M e 20% dos pacientes com MC. De acordo com o relato das pacientes, as frequências médias de quedas no último ano foram de 3,5(4), 0,8(1,7), 0,5(1) para os grupos MA, MC e M, respectivamente (Tabela 2). Além de escoriações, nenhuma paciente relatou a incidência de lesões decorrentes das quedas, e a atividade principal de ocorrência de quedas foi durante as atividades domésticas. Todas as pacientes apresentaram relato de preocupação com quedas, entretanto, as pacientes do grupo MA mostraram-se mais preocupadas que as demais. A presença de tontura durante as crises de dor de cabeça foi elevada, sendo mais frequente no grupo MC (Tabela 2). **Conclusões:** Estes dados preliminares destacam o histórico de quedas em pacientes jovens com migrânea, especialmente naqueles com MA. Além disso, o medo de cair e a presença de tontura, que são fatores de risco para quedas, foram frequentes nestes pacientes. Resultados futuros visam estabelecer a influência das alterações do equilíbrio corporal nas atividades cotidianas de pacientes com migrânea.

Tabela 1 – Características da amostra.

	M (n=4)		MA (n=6)		MC (n=5)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade (anos)	36	13	40	8	34	7
IMC (kg/cm ²)	24	5	27	4	23	4
Tempo de doença (anos)	28	14	18	7	16	9
Frequência mensal de crises	3	1	5	3	22	7
Intensidade da dor (EVA)	8	1	8	2	9	1

IMC: Índice de Massa Corpórea; EVA: Escala Visual Analógica de dor; M: Grupo Migrânea sem aura; MA: Grupo Migrânea com aura; MC: Grupo Migrânea Crônica; DP: Desvio Padrão.

Tabela 2 – Aspectos relacionados a quedas e tontura em pacientes com migrânea.

	M (n=4)	MA (n=6)	MC (n=5)
História de Quedas	50%	100%	20%
Quedas no Último Ano	0,5(1)	3,5(4)	0,8(1,7)
FES (pontos)	29(11)	35(12)	32(7)
Relato de Tontura	75%	83%	100%

M: Grupo Migrânea sem aura; MA: Grupo Migrânea com aura; MC: Grupo Migrânea Crônica; (*) Desvio Padrão

Referências:

1. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24(1):1-160.
2. Camargos, FF, DIAS RC, et al. Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Efficacy Scale-International Among Elderly Brazilians (FES-I-BRAZIL). Rev Bras Fisioter. 2010; 14(3): 237-243.

CE 17 FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA MIGRÂNEA - ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Maria Claudia Gonçalves; Gabriela Ferreira Carvalho;
Lidiane Lima Florencio; Fabíola Dach; Thaís Cristina Chaves;
José Geraldo Speciali; Débora Bevilacqua Grossi.

Objetivo: Avaliar o efeito do tratamento fisioterapêutico na frequência de dias de dor da migrânea. **Material e Métodos:** Foram avaliadas 50 voluntárias (?=80%) com diagnóstico de migrânea com idade entre 18 e 55. Estas foram avaliadas quanto: a frequência da migrânea com o diário de dor, O limiar de dor por pressão (LDP) com Algômetro, a amplitude de movimento cervical com Cervical Range of Motion (CROM) e foram aplicados os questionários Neck Disability Index, Migrane Disability Assessment Program (MIDAS), Patient Health Questionnaire eight-item depression scale (PHQ-8), Allodynia Symptom Checklist (ASC-12), Critério Diagnóstico em Pesquisa para Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD), O diagnóstico, de acordo com ICHD-II (2004) por um examinador cego e distribuídas aleatoriamente para os grupos de tratamento: G1 (n=25) - medicação + fisioterapia e G2 (n=25) - medicação. O tratamento medicamentoso e o diagnóstico foram realizados por uma única neurologista. O tratamento fisioterapêutico foi realizado, por uma fisioterapeuta, 2 vezes semanais por 40 minutos por 6 semanas e foi composto por terapia manual e exercícios respiratórios. Foi realizada reavaliação imediatamente após 45 dias e o follow-up após 30 dias, diagrama de fluxo Figura 01. Os dados foram analisados por intenção de tratamento. Maiores informações podem ser verificadas no Registro de Ensaios Clínicos Brasileiros (REBEC) nº RBR-6kx74. **Resultado:** Neste resumo serão apresentados os resultados do desfecho primário frequência de dias de dor por mês. Foram avaliadas 50 voluntárias, 25 em cada grupo, com média de idade em anos, IMC em Kg e tempo de doença de doença em anos de 34,64 (6,5); 25,65 (5,5); 16(8,5) para o G1 e de 39,96 (9,6); 25,53 (3,6); 15,76 (7,2) para o G2 respectivamente. Foi observada melhora em ambos os grupos. Quando comparados os períodos de tratamento entre os grupos, apenas o G1 apresentou melhora entre os períodos de avaliação e follow-up $p < 0,04$ (-7,754 - 3,123) Tabela 01. **Conclusão:** A adição do tratamento fisioterapêutico ao tratamento convencional da migrânea apresentou maior redução da frequência em dias de dor a longo prazo, quando comparado a apenas o tratamento convencional.

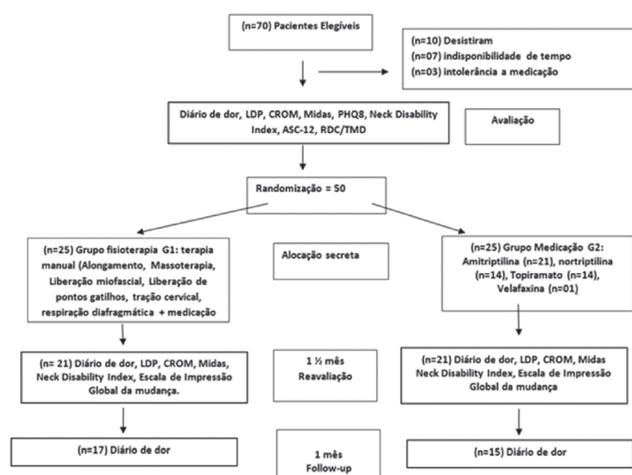


Figura 01. Diagrama de Fluxo

Tabela 01. Frequência de dias de dor por mês dos grupos Fisioterapia + Medicação e Medicação nos três períodos do estudo.

Grupos	Avaliação		Reavaliação		Follow-up	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fisioterapia + Medicação (G1)	16,1 (n=25)	8(1)	12,5 (n=21)	8(0)	11,8 (n=15)*	8(9)
Medicação (G2)	18,3 (n=25)	7(5)	14,5 (n=20)	8(4)	12,8 (n=17)	7(9)

DP: Desvio Padrão * $p < 0,04$

CE 18 CEFALÉIA E DOENÇA CELÍACA OU SENSIBILIDADE AO GLÚTEN- UMA REVISÃO

Eliana Meire Melhado; Ana Carolina Botelho Cardoso; Stella Regina Mastranghi Inácio Ribeiro; Mariana De Lima Frachia; Thais Figueiredo De Castro.

Objetivo: O objetivo do estudo foi fazer uma revisão sobre a relação da doença celíaca (DC) ou sensibilidade ao glúten (GS) com as cefaleias em geral. **Métodos:** A busca na literatura científica foi o método utilizado. Pesquisaram-se artigos de referência bibliográfica na internet. Os artigos foram solicitados na íntegra. **Resultados:** O glúten é uma proteína amorfa composta pela mistura de cadeias proteicas longas de gliadina e glutenina, ingrediente para massas e pães. Doença celíaca é a ausência de peptidase intestinal que digere a proteína do glúten; resultando em atrofia total ou subtotal do intestino delgado proximal ocasionando má absorção dos nutrientes. Doença heterogênea associada aos genes HLA-DQ2 ou HLA-DQ8. O tratamento é a dieta livre do glúten. O diagnóstico é estabelecido pelas alterações características histológicas no duodeno. Na sensibilidade ao glúten (GS), há sintomas gastrintestinais/extraintestinais, e não há alterações histológicas do intestino delgado, entretanto observa-se nível aumentado de anticorpos anti-gliadina. Estudos populacionais indicam que 0,5% até 1% da população sofrem de DC. É sudiagnosticada. Cefaleias: geralmente nas queixas relacionadas à DC/GS não há familiaridade. Os autores não falam migrânea, mas cefaleia, ou seja, uma cefaleia provavelmente pelas alterações metabólico-homeostáticas da doença. Num estudo alemão, de 72 pacientes com DC, 28% deles relataram migrânea. Num estudo italiano, na parte retrospectiva, 24,8% de pacientes com DC queixaram de cefaleia antes do diagnóstico de DC versus 8% do grupo controle. Com a dieta livre de glúten, 77,3% melhoraram. Na parte prospectiva, apenas 4/79 crianças com cefaleia tiveram diagnóstico de DC, sendo a prevalência de DC alta nestes pacientes com cefaleia, 5% x 0,6% da população deste estudo, caracterizando comorbidade. **Conclusões:** -Existe associação entre cefaleia e intolerância ao glúten; -Cefaleia relacionada a DC/GS seria cefaleia atribuídas a Transtorno da homeostase; -Pelo maior percentual de cefaleia em celíacos em relação ao grupo controle na maior parte dos estudos, essas entidades são comórbidas.

CE 19 PREVALÊNCIA DE MIGRÂNEA E CEFALÉIA TIPO TENSIONAL EM UMA POPULAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS.

Paulo Sérgio Faria; Thiago Calzada Machado; Magno Ribeiro Junior; Hugo Rafael Bretones; Rodrigo Nogueira Vargas; Jeania Christielis Damasceno; Thiago Oliveira Chaves; Rodrigo de Souza Castro; Wallace Ferreira Neves; Nubia Cristina do Carmo; Mara Regina Avelino de Paula

Objetivos: Os autores investigaram a prevalência de duas cefaleias primárias em uma população de deficientes visuais. O objetivo foi avaliar a influência da luminosidade nesta população. **Métodos:** Foi contactada a Associação de Deficientes Visuais de nosso Estado, onde foram expressos os objetivos do trabalho. Estes pacientes foram entrevistados por telefone, com explanação sobre a importância científica das informações e posterior aplicação de

uma entrevista estruturada, com um total de 25 perguntas. Posteriormente os dados foram analisados, classificando as cefaleias em Migrânea, Migrânea Provável, Cefaleia Tipo Tensional I (CTT), Cefaleia Tipo Tensional Provável (CTTP) e Cefaleia sem características das duas primeiras, seguindo a classificação da ICHD II. **Resultados:** Foram contactados 161 pacientes com deficiência visual, sendo 86 homens e 75 mulheres, com idade variando entre 11 e 79 anos, com média de 45,14 anos. Foram observados 61 pacientes com Migrânea e Migrânea Provável (37,9% dos casos), sendo 29 do gênero masculino (47,5%) e 32 do gênero feminino (52,5%). CTT e CTTP foi observada em 24,2% dos casos, com 59% de Homens e 41% de Mulheres. 60 pac. apresentavam formas congênitas e 101 formas adquiridas. Nas formas congênitas a prevalência de Migrânea e Migrânea Provável foi de 35%, com 23,3% de CTT e CTTP. Nas formas adquiridas a prevalência de Migrânea e Migrânea Provável foi de 39,6%, com 24,8% de CTT e CTTP. Os pacientes foram estratificados em perda total da visão; visão somente da claridade; visão somente de claridade e vultos e visão de formas e cores. No grupo perda total 30,2% têm Migrânea e Migrânea Provável, com 37,2% de CTT e CTTP. No grupo que enxerga claridade e vultos 46% têm Migrânea e Migrânea Provável, com 18% de CTT e CTTP. No grupo que enxerga formas e cores 38,1% têm Migrânea e Migrânea Provável, com 22,2% de CTT e CTTP. Na questão sobre impressão de melhora ou piora da Migrânea após o déficit visual (41 Pacientes), 36,5% (15) relataram piora, sendo 11 do gênero masculino e 4 do gênero feminino, contra 24,4% (10) que relataram melhora, sendo 7 do gênero feminino e 3 do gênero masculino. **Conclusões:** A relação entre os estímulos visuais e migrânea já é bastante conhecida, sendo a luminosidade catalogada como um importante estímulo ativador de crises em migrânicos predispostos. Nossos achados demonstraram uma prevalência de Migrânea muito superior ao da população geral, com o achado de 37,9%. Tanto indivíduos com déficit visual congênito, quanto adquirido, apresentaram altas prevalências: 35% e 39,6%. Em todos os graus de deficiência as prevalências foram altas: 30,2 a 46%. Outro achado foi a ausência da influência do gênero: 47,5% de homens e 52,5% de mulheres. Concluímos que pode existir alguma influência dismodulatória nas vias visuais dos pacientes em questão, aumentando a expressão genética da patologia e inibindo as influências do gênero feminino.

CE 20

PRESENÇA DE CEFALIA NAS 24 HORAS APÓS REALIZAÇÃO DE MERGULHO AUTÔNOMO

*Marcos Antonio Inacio de Oliveira Filho;
Louana Cassiano da Silva; Marcelo Moraes Valença.*

Objetivo: Identificar presença de cefaleia nas 24 horas após a realização de mergulho autônomo. **Métodos:** O projeto foi submetido a um comitê de ética e a pesquisa foi iniciada apenas após sua aprovação. Foram convidados a participar do estudo indivíduos de ambos os sexos presentes no centro de mergulho entre julho e agosto de 2013 e após preencher o termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** A amostra foi composta por 50 indivíduos (45 (90%) homens) com idade média (anos) de $33,5 \pm 7,7$ no homem e $32,6 \pm 4,8$ na mulher. Embora a literatura contraindique a prática do mergulho autônomo em profundidades superiores a 18 m a pessoas com migrânea⁽¹⁾, nenhum dos entrevistados relatou sofrer de migrânea. Nas questões de cefaleia antes, entre os

mergulhos e ao final, apenas a primeira não representou totalidade dos indivíduos questionados. A existência de tensão antes de mergulhar pode estar ligada a diversos fatores como medo da fauna marinha, pouca experiência de mergulho ou mesmo insegurança quanto ao equipamento utilizado^(2,3). Cerca de 52% (n=26) dos indivíduos no estudo relatou o uso de medicamentos antes de mergulhar sendo os mais comuns MECLIN e DRAMIN. A última questão (crises de cefaleia nas 24 horas após a realização do mergulho) apresentou resposta negativa de 100%. **Conclusões:** Baseando-se nos dados analisados, sugere-se que não há relação causal muito clara entre o mergulho autônomo e crises de cefaleia nas 24 horas após sua realização em pacientes sem migrânea.

Referências: 1. Edmonds et al. Diving Medicine for Scuba Divers, 5th Edition, 2013. 2. Cheshire & Ott. Headache in Divers. Headache, 2001; 41:235-247. 3. Di Fabio et al. Scuba Diving Is Not Associated With High Prevalence of Headache: A Cross-Sectional Study in Men. Headache, 2012; 52:385-392.

CE 21

WHAT IS A RARE HEADACHE SYNDROME: A PROPOSAL FOR CLASSIFICATION

*Daniella Araújo de Oliveira; Marcelo Moraes Valença;
Louana Cassiano Da Silva; Camila Carolinne Silva de Almeida;
Thaís Ferreira Lopes Diniz Maia;
Débora Wanderley Bezerra e Silva; Dayzene Silva Freitas;
Hugo André Lima Martins*

Objective: To propose a classification for rare headache syndrome. **Method:** An attempt has also been made to estimate the lifetime prevalence of each of the headache subtypes classified in the ICHD-II. Using the ICHD-II, 187 different headache subtypes were identified. A classification was made according to the estimated prevalence of each headache disorder as: very frequent (prevalence >10%); frequent (between 1% and 10%); occasional (between 0.07% and 1%); and unusual or rare (<0.07%). **Results:** 143/187 (77%) were categorized as unusual headache disorders, 7/187 (4%) as very frequent, 9/187 (5%) as frequent, and 28/187 (15%) as occasional forms of headache disorder. **Conclusion:** About 3/4 of the classified headache disorders found in the ICHD-II can be considered as rare.

CE 22

CEFALIA EM SALVAS NO BRASIL: PRIMEIROS RESULTADOS DO RESALVAS

*Reinaldo Teixeira Ribeiro; Mariana Moreira Sant'ana;
Leticia Oliveira Faleiros; André Leite Gonçalves;
Maria Eduarda Nobre; Deusvenir De Souza Carvalho;
Mario Fernando Prieto Peres.*

Objetivo: Determinar as características da cefaleia em salvas (CS) no Brasil. **Método:** Questionário autoaplicável sobre CS desenvolvido em português e disponibilizado através da internet desde dezembro/2010. Respondedores foram convidados para uma consulta médica, quando o questionário era reaplicado pelos autores. Somente variáveis com reprodutibilidade estatisticamente significativa foram analisadas. **Resultados:** Até agosto/2013, 296 respondedores preencheram os critérios diagnósticos de CS da ICHD2. Idade média de $38,36 \pm 10,12$ com 197 homens (66,55%) para 99 mulheres (33,45%), relação H:M 1,98:1. Apresentavam a

forma crônica da CS 98 (33,10%), enquanto 198 (66,90%) a forma episódica. Maioria mantém o padrão, mas 36 (12,16%) mudaram de crônica para episódica, enquanto 44 (14,86%) de episódica para crônica. Maioria daqueles com forma crônica desde o início eram mulheres (30), com inversão da relação H:M para 0,8:1. Sazonalidade no Brasil em dezembro/janeiro, segundo período maio/julho em latitudes intermediárias, diferente das regiões equatoriais (figura 1). Crises preferencialmente de madrugada (figura 2). Crises maiores que 180 minutos em 68 (22,97%) e mais de 8 crises de dor/dia em 51 (17,22%). Tabagismo atual ou prévio em 151 (51,01%), enquanto comorbidades em 270 (91,21%) e com ansiedade em 209 (70,60%). Apesar de 265 realizarem exames (89,52%), apenas 147 (49,66%) receberam oxigênio.

Conclusões: Cerca de 20% dos pacientes apresentarem crises maiores que 180 minutos e mais de 8 episódios/dia pode contribuir para a revisão dos critérios diagnósticos da CS. Outros fatores de risco, além do tabagismo, devem ser investigados em nossa população. Disparidade entre a realização de exames e uso de oxigênio sugere que CS ainda é subdiagnosticada/subtratada no Brasil. Seguimento do estudo poderá confirmar a variação da sazonalidade da CS com a latitude.

Declaração: Pesquisa financiada pela CAPES.

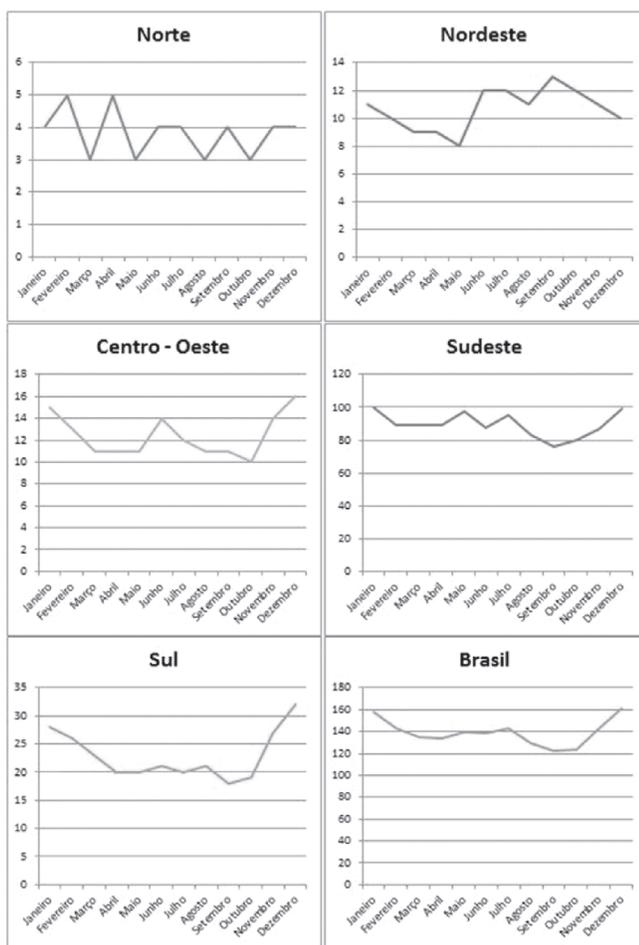


Figura 1 - Sazonalidade da CS no Brasil e macrorregiões por número de pacientes.

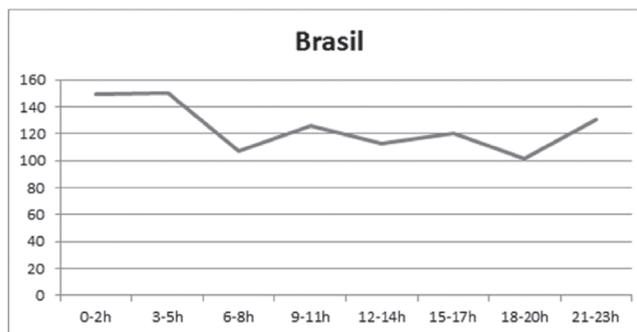


Figura 2 - Horário das crises de CS no Brasil por número de pacientes.

CE 23

ESPECTRO SINDRÔMICO DA MIGRÂNEA À FIBROMIGRÂNEA

*Louana Cassiano da Silva; Daniella Araújo de Oliveira;
Marcos Antonio Inacio de Oliveira Filho;
Hugo André Lima Martins; Dayzene Silva Freitas;
Mariana Luiza da Silva Queiroz; Gabriela Almeida da Silva;
Carlanne do Rêgo Barros Lacerda;
Débora Wanderley Bezerra e Silva; Marcelo Moraes Valença.*

Objetivo: Determinar a presença de fadiga, hiperalgesia corporal, sintomatologia depressiva e qualidade de sono entre mulheres com migrânea, fibromialgia e fibromigrânea. **Método:** Entrevistou-se 160 mulheres com idades entre 18 e 67 anos (37 ± 13). A cefaleia foi classificada de acordo com o ICHD-II e a fibromialgia de acordo com o American College of Rheumatology. As mulheres eram questionadas quanto a percepção de fadiga, qualidade de sono, sintomatologia depressiva e respondiam ao inventário de depressão de Beck.

Resultados: Nas mulheres com migrânea a presença da fibromialgia aumenta a frequência de fadiga [cefaleia tipo migranosa 30/47 (64%) vs. fibromialgia 23/23 (100%), $p < 0,05$], diminui a qualidade do sono [27/47 (57%) vs. 21/23 (91%), $p < 0,05$] e aumenta sintomatologia depressiva [27/47 (47%) vs. 21/23 (91%), $p < 0,05$]. Observou-se também a existência de dois grupos intermediários entre migrânea e fibromialgia, denominados fibromialgia parcial, por preencherem de forma incompleta os critérios necessários para classificação da fibromialgia. Um grupo apresentou apenas a dor corporal difusa, não preenchendo a quantidade mínima de tender points necessária para o diagnóstico, sendo denominado de fibromialgia parcial com poucos pontos dolorosos (FP-PPD). O outro grupo apresentava a quantidade pré-estabelecida de tender points, porém não apresentava queixa de dor corporal difusa crônica, sendo denominado de fibromialgia parcial sem dor corporal crônica (FP-SDCC). Estes grupos apresentavam comportamento distinto tanto em relação ao grupo de migranosas quanto ao grupo da fibromigrânea nos parâmetros avaliados [frequência de fadiga: FP-PPD 26/32 (81%) vs. fibromigrânea 23/23 (100%), $p < 0,05$ e FP-SDCC 4/6 (67%) vs. fibromigrânea 23/23 (100%), $p < 0,05$; pobre qualidade de sono: FP-SDCC 3/6 (50%) vs. fibromigrânea 21/23 (91%), $p < 0,05$]. **Conclusão:** A presença de migrânea e fibromialgia aumenta a frequência de fadiga, distúrbios do sono e do humor. A fibromigrânea seria o espectro maior de gravidade entre migrânea episódica e fibromialgia, sendo esta uma condição passível de ser considerada um distúrbio distinto.

Grupo de mulheres com cefaleia do tipo migranosa em relação a presença de fadiga, qualidade de sono, sintomatologia (sint.) depressiva e depressão (escore no IDB ≥ 21) nos diferentes grupos estudados: controle cefaleia tipo migranosa (n=65), FP-PPD (n=36), FP-SDCC (n=8) e FC (n=24).

	Controle	FP-PPD	FP-SDCC	FC
Fadiga	38/65 (58%) ^A	28/36 (78%) ^B	4/8 (50%) ^C	24/24 (100%) ^{A,B,C}
Sono	32/65 (49%) ^A	24/36 (67%) ^B	4/8 (50%) ^C	22/24 (92%) ^{A,B,C}
Sint. depressiva	31/65 (48%) ^{A,B}	32/36 (89%) ^B	6/8 (75%)	21/24 (88%) ^A
IDB	7/65 (11%) ^{A,B}	12/36 (33%) ^B	0/8 (0%) ^C	13/24 (54%) ^{A,C}
Escore ≥ 21				

Letras iguais p<0,05 no teste exato de Fisher
 FP-PPD fibromialgia parcial com poucos pontos dolorosos
 FP-SDCC fibromialgia parcial sem dor corporal crônica
 FC fibromialgia conceitual

CE 24

AURA MIGRANOSA COMPLEXA COM ALTERAÇÃO NA PERCEPÇÃO DA DISTÂNCIA: RELATO DE TRÊS CASOS

Tiago Aguiar; Renata Nogueira; Rafael Vidon;
 Mariana Calixto Acchar; Ana Carolina Meneghin;
 Ana Carolina Dias Gomes; Maurice Borges Vincent

Objetivo: Descrever três casos de aura migranosa complexa nos quais há alteração da percepção de distância. **Métodos:** As informações foram obtidas através das anamneses dos pacientes, revisão de prontuários e revisão da literatura sobre o tema. **Relatos de Casos:** Caso 1: R.L, feminino, 32 anos, portadora da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), apresenta migrânea com aura complexa desde os 19 anos. Relata episódios de crises nos quais se via incapaz de descer escadas devido à falsa impressão de proximidade excessiva entre os degraus. Caso 2: J.A., 19 anos, enxaqueca com aura desde os 11 anos. Episódio de cefaleia precedida de aura complexa que se constituiu de distorção da noção de distância e subsequente queda no vão entre o trem e plataforma. Caso 3: T.A., 29 anos, relata o seguinte fenômeno que foi sucedido de crise dolorosa enxaquecosa: "estava no supermercado, quando fui tentar alcançar um produto, errei o alvo. Na verdade, ele estava a cerca de um palmo mais distante". **Discussão:** Embora as alterações visuais sejam os sintomas mais comuns durante a aura, outras áreas corticais contíguas relacionadas a sintomas que podem ser subestimados tanto pelo paciente quanto pelo médico podem ser acometidas, sintomatologia mais complexa e que varia em duração e severidade advém desse acometimento. Vários estudos apontam regiões do lobo parietal direito⁽¹⁻⁴⁾, notadamente giro angular e córtex parietal posterior, como relacionadas com esta inusitada sintomatologia. Em conjunto esses dados reforçam a importância de uma anamnese detalhada e a necessidade que de inquirir diretamente pacientes migranosos a respeito desses sintomas menos evidentes. O fenômeno de espraiamento da Depressão Alastrante de Leão provavelmente justifica a progressão desses sintomas distintos em regiões diferentes no cérebro.

Referências:

1. Daprati, E., A. Sirigu, and D. Nico, Body and movement: consciousness in the parietal lobes. *Neuropsychologia*, 2010. 48(3): p. 756-62.
2. Heydrich, L., et al., Illusory own body perceptions: case reports and relevance for bodily self-consciousness. *Conscious Cogn*, 2010. 19(3): p. 702-10.
3. Heydrich, L., et al., Partial and full own-body illusions of epileptic origin in a child with right temporoparietal epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2011. 20(3): p. 583-6.
4. Króliczak, G., et al., The human dorsal stream adapts to real actions and 3D shape processing: a functional magnetic resonance imaging study. *J Neurophysiol*, 2008. 100(5): p. 2627-39.

CE 25

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUA ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E COM A GRAVIDADE DO QUADRO DE PACIENTES MIGRANOSOS

Paula de Siqueira Ramos; Antônio Lúcio Teixeira; Rafael Mattos Tavares; Cinthia Francesca Barra Rocha; Kezia Bethania da Silva; Lais Munhoz Soares; Izabela Guimarães Barbosa.

Introdução: A associação entre migrânea e distúrbios do sono tem sido frequentemente descrita na literatura, sendo escassos trabalhos brasileiros acerca do tema. **Objetivos:** Avaliar a relação entre a qualidade do sono e as características da migrânea em pacientes atendidos no ambulatório de cefaleias de um centro terciário. **Métodos:** Foram entrevistados 32 pacientes com o diagnóstico de migrânea (segundo critério da International Headache Society - IHS) em atendimento regular no serviço. Foi aplicado questionário para coleta de dados demográficos e de comorbidades clínicas, além dos instrumentos: Headache Impact Test (HIT), Migraine Disability Assessment Test (MIDAS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP). **Resultados:** Dos 32 pacientes avaliados, 15,6% apresentaram boa qualidade do sono (IQSP<8), 56,3% qualidade de sono ruim (9

CE 26

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SONOLÊNCIA DIURNA EM PACIENTES MIGRANOSOS

Paula de Siqueira Ramos; Antônio Lúcio Teixeira;
 Rafael Mattos Tavares; Cinthia Francesca Barra Rocha;
 Kezia Bethania da Silva; Lais Munhoz Soares;
 Izabela Guimarães Barbosa

Introdução: Tem sido foco de estudo a associação entre migrânea e sonolência diurna, com objetivo de se verificar a influência desta no quadro clínico dos pacientes. **Objetivos:** Avaliar a relação entre a presença de sonolência diurna e as características da migrânea em pacientes atendidos no ambulatório de cefaleias de um centro terciário. **Métodos:** Foram incluídos no presente trabalho 32 pacientes com o diagnóstico de migrânea (segundo critérios diagnósticos da International Headache Society - IHS), em acompanhamento regular no ambulatório de cefaléias do serviço de neurologia de nossa instituição. Os pacientes foram entrevistados segundo questionário padronizado do próprio ambulatório por meio do qual foram coletados dados demográficos e comorbidades clínicas. Para avaliação de gravidade de migrânea foram utilizados os questionários Headache Impact Test (HIT), Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) e para avaliação de ansiedade e depressão os pacientes foram avaliados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Utilizando o Questionário de Epworth (QE) os pacientes foram classificados em: sem a presença de sonolência diurna (QE<10) ou com a presença de sonolência diurna (QE \geq 10). Utilizando o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) os pacientes foram subdivididos em "boa qualidade de sono" IQSP \leq 4; "qualidade de sono ruim" 410. **Resultados:** Entre os pacientes com migrânea 37,5% (12/32) apresentaram sonolência diurna. Não há diferença em relação a gênero, idade, tempo de doença, frequência de crises, turno de trabalho (diurno e noturno), presença de aura, abuso de analgésicos, tabagismo, uso de café, presença de

atividade física, comorbidades clínicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, índice de massa corporal e ansiedade e depressão) ou qualidade de sono em relação à presença de sonolência diurna. **Conclusão:** A sonolência diurna em pacientes migranosos parece não estar associada com as características demográficas e clínicas dos pacientes.

CE 27

ASPIRAÇÃO POR PRESSÃO NEGATIVA DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO COM SERINGA DE VIDRO DURANTE A PUNÇÃO LOMBAR ESTÁ RELACIONADA COM AUMENTO NA PREVALÊNCIA DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO? UM ESTUDO COMPARATIVO

Rodrigo Tomazini Martins; Fernanda Leal Suzano;
Pedro André Kowacs.

Introdução: O líquido cefalorraquidiano já é conhecido desde 1500 a.C. pelos egípcios e desempenha um papel vital para o bom funcionamento cerebral. A punção lombar é um método invasivo utilizado na propedêutica neurológica e coube a Heinrich Iranau Quincke, em 1891 o primeiro relato da técnica utilizada ao tratar um paciente com hidrocefalia. Desde então a cefaleia pós-punção dural esta presente, gerando morbidade para os pacientes. Diversos são os fatores descritos como preditores desta cefaleia, alguns relacionados com a técnica e material utilizado, outros, diretamente relacionados com o paciente. Não existem relatos na literatura a respeito da aspiração do líquido cefalorraquidiano e sua relação com cefaleia pós-punção dural. **Casística e métodos:** Quatrocentos e sete pacientes submetidos à punção lombar diagnóstica na instituição no período de 01 de fevereiro de 2010 a 01 de dezembro de 2012, organizados em 2 grupos: coleta do LCR por meio de aspiração por pressão negativa com seringa de vidro e coleta do LCR por meio de gotejamento, com posterior avaliação comparativa. **Resultados:** 237 pacientes do sexo feminino (58,2%) e 170 do sexo masculino (41,8%). Deste total 295 (72,5%) foram submetidos a aspiração do líquido por pressão negativa com seringa de vidro e em 112 (27,5%) a coleta foi por gotejamento. Análise não apontou diferença estatística entre os dois grupos com relação à ocorrência da cefaleia pós-punção dural. **Conclusão:** A aspiração do líquido cefalorraquidiano por meio de pressão negativa com seringa de vidro não esta relacionada com aumento na probabilidade de ocorrência da cefaleia pós-punção dural, sendo, portanto viável sua utilização na rotina neurológica.

CE 28

CEFALEIA E ARTE: EX-VOTO COMO ARTE DA DEVOÇÃO E GRATIDÃO

Moema Peisino Pereira; Amanda Araújo da Silva;
Dayzene Silva Freitas; Daniella Araújo de Oliveira;
Louana Cassiano da Silva; Hugo André Lima Martins;
Luciana Patrícia A.A. Andrade-Valença; Marcelo Moraes Valença.

Introdução: O ex-voto é uma manifestação artístico-religiosa que desperta crescente interesse de historiadores, arqueólogos, antropólogos, médicos e colecionadores. O termo ex-voto é a abreviatura de ex-voto suscepto - ou voto realizado. **Objetivo:** Neste artigo, os autores revisam o uso do ex-voto como uma

forma de arte para expressar devoção e gratidão. **Discussão:** Ex voto pode ser manifestado como objetos ou pinturas, como uma forma de ação de graças por uma oração respondida ou benção recebida. Muitos santos são invocados quando se está lidando com dores de cabeça incapacitantes, como São Dennis, santo Acacius, Santa Gema e Santa Teresa de Ávila, além do uso de objetos de arte, incluindo esculturas e pinturas, que são produzidos comercialmente como base dessas práticas religiosas. **Conclusão:** A prática do ex-voto vem se tornando uma forma de arte muito presente nos dias atuais.

CE 29

SINDROMES HIPOTALÂMICAS COM REFRAATARIEDADE À FARMACOTERAPIA ADEQUADAMENTE INDICADA.

Mariana Moreira Sant'ana; Lucas Cese Marchetti;
Letícia Oliveira Faleiros; Reinaldo Teixeira Ribeiro;
Luciana Maria Sarin; Jose Alberto Del Porto;
Deusvenir de Souza Carvalho.

Objetivo: Paciente com Cefaleia em Salvas (CS) crônica em seguimento ambulatorial há 3 anos, refratária ao tratamento, evoluindo com transtorno de humor há 6 meses. Paciente: Masculino, 40 anos, casado, motorista, tabagista 15anos/maços. Acompanhado há 3 anos no por Cefaléia em Salvas crônica (critérios da ICHD-II, 2004). Exame clínico e neurológico sem anormalidades. Exames laboratoriais e de RNM normais. Evoluindo com 2-3 crises diárias de cefaleia excruciante, periorbitária esquerda, durando 60-90 minutos, lacrimejamento e congestão nasal ipsilateral. Medicado com verapamil 80MG 3x/dia e sumatriptano nasal nas crises. Sem melhora com aumento do verapamil até 800MG/dia, associação de carbonato de lítio até 1800MG/dia, valproato de sódio até 2500MG/dia, melatonina 10MG/dia, prednisona 80MG/dia. Tornou-se irritado, agitado, insone, desanimado, com alodinia facial, incapacitação para o trabalho e ideação suicida. Associado clonazepam 8MG/dia, amitriptilina 75MG/dia e risperidona 4,5MG/dia, encaminhado para psiquiatria devido a Distúrbio de Humor orgânico. Mantendo acompanhamento ambulatorial com discreta melhora e redução da prednisona para 20MG/dia. **Conclusão:** O caso relatado discute a refratariedade terapêutica da CS crônica evoluindo com transtorno de humor. A CS é rara, com dor excruciante, ritmicidade circadiana e circunar e 10-15% cronicam. A fisiopatologia não está esclarecida e a hipótese de ativação do hipotálamo posterior pode ser substrato comum desta cefaléia e do distúrbio de humor.

Referências:

- May A, Bahra A, Buchel C, et al. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998;352:275-278.
May A, Ashburner J, Buchel C, et al. Correlation between structural and functional changes in brain in an idiopathic headache syndrome. *Nat Med.* 1999;5(7):836-838.
Schindler S, Geyer S, et al. Structural studies of the hypothalamus and its nuclei in mood disorders. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2012; (201)1-9

CE 30

CEFALEIA NA EMERGÊNCIA: UMA TOMOGRAFIA DE CRÂNIO NORMAL, BASTA?

Diego Rafael Berbare Leite; Flávia de Paiva Santos Rolim;
Kellen Paiva Fermon; Felipe Araújo Rocha;
Deborah Lúcia de Oliveira Diniz; João José Freitas de Carvalho.

Objetivos: Estudar a importância de sinais de alarme em pacientes com queixa de cefaleia e tomografia de crânio (TC) normal, avaliados pela neurologia numa emergência terciária. **Métodos:** Foram analisadas as fichas de atendimento pela neurologia de pacientes com queixa de cefaleia na emergência do Hospital Geral de Fortaleza, um hospital terciário, de maio a julho de 2013. **Resultados:** No período, todos os 112 pacientes avaliados realizaram uma TC e em 60 (53,6%) a mesma foi normal. Em sua maioria mulheres (83,3%) e com idade média = 40,8 ($\pm 17,3$) anos. Trinta e oito pacientes (63,3%) receberam o diagnóstico de enxaqueca e 22 (36,7%) o de cefaleia secundária. Numa análise multivariada, sexo masculino (70%; $p=0,017$), início após os 50 anos (66,7%, $p=0,043$) e presença de alteração no exame neurológico (100%; $p<0,001$) foram os dados estatisticamente relevantes nos pacientes com cefaleias secundárias. Seis destes pacientes (10%) apresentavam exame neurológico e TC normais. Nestes, o exame do líquido quando realizado também se mostrou normal e início após os 50 anos (50%), febre (16,7%), piora progressiva (66,7%), início súbito (16,7%), déficit neurológico transitório (50%), unilateralidade fixa (33,3%) e alteração da consciência (33,3%) foram os sinais de alarme que motivaram investigação adicional. As etiologias mais comuns no grupo das cefaleias secundárias foram: causas sistêmicas não-neurológicas (22,7%), Acidentes Vasculares Cerebrais (13,6%), Hemorragias Subaracnóideas (13,6%) e Pseudotumor Cerebral (13,6%). **Conclusão:** Na avaliação de cefaleia na emergência, TC e exame do líquido normais não excluem etiologia secundária, especialmente em pacientes do sexo masculino, com dor iniciada após os 50 anos e apresentando alterações no exame neurológico.

Referências: Swadron SP. Pitfalls in the Management of Headache in the Emergency Department. *Emerg Med Clin N Am.* 2010; 28: 127-147. Zehtabchi S, Wright B. Does this emergency department patient with headache require neuroimaging? *Ann Emerg Med.* 2008 Mar; 51(3):324-7.

CE 31

RELAÇÃO ENTRE USO DE ANTICONCEPCIONAIS E CEFALÉIA: REVISÃO DE LITERATURA

Lucas Cruz Costa Leal

Objetivo: Revisar os aspectos mais recentes da literatura relacionados ao uso de anticoncepcionais hormonais em pacientes portadoras de cefaléia e migrânea. **Métodos:** Realizou-se levantamento do material bibliográfico publicado no período de 2008 a 2013 nas bases de dados Medline e Lilacs com os unitermos: cefaléia, migrânea e contraceptivos hormonais. Foram encontrados 25 artigos, dos quais 6 foram selecionados por serem textos que mais se adequaram à proposta da pesquisa. **Resultados:** A prevalência de migrânea na população feminina norte-americana é de 18%, esta caracteriza-se por ser uma doença que atinge seu pico na idade reprodutiva, período no qual a contracepção hormonal é a forma mais comum de controle de natalidade. Estudos têm demonstrado que a administração de contraceptivos hormonais orais combinados para pacientes com migrânea pode aumentar o risco de AVC isquêmico em até 02 a 04 vezes quando comparado com as pacientes migranosas que não utilizam esse tipo de medicação. Com base nesses dados, mulheres que sofrem de migrânea com aura devem evitar o uso de anticoncepcionais orais combinados contendo estradiol. **Conclusão:** Ao se prescrever anticoncepcionais orais combinados deve-se levar em consideração o tipo de cefaléia e os fatores de risco adicionais para AVC

isquêmico da paciente como: tabagismo, idade maior que 35 anos, hipertensão, dislipidemia e trombofilias. Dados recentes sugerem que as pílulas que contêm somente progestágenos possuem um perfil mais favorável para serem usados nos casos de migrânea com aura ao reduzir o número de dias com dor, a quantidade de analgésicos e a intensidade dos sintomas associados, além de aparentemente não estarem associadas com aumento da incidência de eventos isquêmicos. É importante frisar que são necessários mais estudos para corroborar essa recomendação.

CE 32

SINAIS DE ALARME "CLÁSSICOS" EM PACIENTES COM CEFALÉIA NA EMERGÊNCIA: O QUE APONTA PARA O PERIGO?

Diego Rafael Barbare Leite; Renata De Oliveira Carvalho; Deborah Moreira Rangel; Milena Sales Pitombeira; Deborah Lúcia De Oliveira Diniz; João José Freitas De Carvalho.

Objetivos: Estudar a relação dos sinais de alarme clássicos e o diagnóstico etiológico em pacientes com cefaleia, avaliados pela neurologia na emergência terciária. **Métodos:** Foram analisadas as fichas de atendimento pela neurologia de pacientes com queixa de cefaleia na emergência do Hospital Geral de Fortaleza, um hospital terciário, de maio a julho de 2013. **Resultados:** Dos 112 pacientes avaliados, a maioria era do sexo feminino (66%) com idade média de 44,7($\pm 17,3$) anos. Havia sinais de alarme (SA) em 96,4% dos casos, sendo mais frequentes: piora progressiva de frequência ou intensidade (65,2%), alteração no exame neurológico (48%), lateralidade fixa (31%), início súbito (30,4%), piora com tosse ou espirro (27,7%) e alteração da consciência (19,6%). A presença pura e simples de SA não diferenciou cefaleias primárias de secundárias, porém, numa análise multivariada, início após os 50 anos (88,5%; $p=0,002$), instalação súbita (82,4%; $p=0,006$) e presença de alteração da consciência (86,4%; $p=0,013$) se correlacionaram estatisticamente com o diagnóstico de cefaleia secundária. O diagnóstico mais frequente foi Enxaqueca (36,6%) seguido de cefaleias secundárias a Acidentes Vasculares Cerebrais (17%) e Hemorragia Subaracnoidea (17%). **Conclusão:** No cenário da emergência, cefaleias com início após os 50 anos, de instalação súbita e associadas a comprometimento da consciência sugerem fortemente etiologia secundária e deve determinar investigação adicional.

Referências: Evans RW, Friedman BW. Headache in the Emergency Department. *Headache.* 2011 Sep;51(8):1276-8. Swadron SP. Pitfalls in the Management of Headache in the Emergency Department. *Emerg Med Clin N Am.* 2010; 28: 127-147. Benjamin WF, Brian MG. Diagnosis and Management of the Primary Headache Disorders in the Emergency Department Setting. *Emerg Med Clin N Am.* 2009; 27:71-87.

CE 33

CEFALÉIA POR HSA NA EMERGÊNCIA: O QUE A DIFERENCIA DE OUTRAS ETIOLOGIAS?

Diego Rafael Barbare Leite; Rui Kleber do Vale Martins Filho; Fernando Tenório Travassos; Gisele Collyer Alves; Deborah Lúcia de Oliveira Diniz; João José Freitas de Carvalho.

Objetivos: Avaliar as características das cefaleias secundárias a Hemorragia Subaracnóidea (HSA) atendidos em emergência neurológica terciária. **Métodos:** Foram analisadas as fichas de

atendimento pela neurologia de pacientes com queixa de cefaleia na emergência do Hospital Geral de Fortaleza, um hospital terciário, de maio a julho de 2013. **Resultados:** Dos 112 pacientes avaliados, a maioria era do sexo feminino (66%) com idade média de 44,7($\pm 17,3$) anos e 19 (17%) receberam diagnóstico de HSA. Destes, a maioria era do sexo feminino (63,2%) e com idade média de 48,9 ($\pm 11,8$) anos. Numa análise multivariada incluindo todos os pacientes, a instalação súbita (94,7%; $p < 0,001$) e a presença de rigidez de nuca (66,7%; $p < 0,001$) distinguiram de forma significativa os pacientes com cefaleia por HSA. Outro dado relevante foi a ausência de déficit neurológico focal em 68,5%. Comparando-os com os pacientes com cefaleias primárias, o sexo masculino (36,8%, contra 12,2%; $p = 0,026$), o início após os 50 anos (42,1%, contra 7,3%; $p = 0,01$) e a instalação súbita (94,7%, contra 14,6%; $p < 0,001$) apontavam para HSA. Já na comparação com pacientes com cefaleias secundárias, a instalação súbita (94,7%, contra 20,8%; $p < 0,001$) e a rigidez de nuca (52,6%, contra 8,3%; $p < 0,001$) foram os fatores mais associados a HSA. **Conclusão:** Na emergência, pacientes com cefaleia de instalação súbita, sobretudo apresentando rigidez de nuca, precisam ter excluído o diagnóstico de HSA mesmo na ausência de déficit focal ou tomografia de crânio normal.

Referências: Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. *Cephalalgia*. 2002 Jun;22(5):354-60. Breen DP, Duncan CW, Pope AE, Gray AJ, Al-Shahi Salman R. Emergency department evaluation of sudden, severe headache QJM. 2008 Jun;101(6):435-43.

CE 34 FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DE MIGRÂNEA E USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS EM POPULAÇÃO FEMININA ADULTA DE CRIXÁS DO TOCANTINS

Lucas Cruz Costa Leal; Rafaela Miranda Proto Pereira;
Cláudia Sampaio Silva.

Objetivos: Determinar a diferença da prevalência de migrânea em mulheres em uso de contraceptivos orais hormonais quando comparadas às que não utilizam esse método em uma amostra populacional de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal de base populacional com 77 mulheres de 18 a 69 anos, entrevistadas em seus domicílios a partir de um processo amostral aleatório simples. Utilizou-se um questionário de pesquisa previamente validado. **Resultados:** A quantidade de mulheres em uso de anticoncepcionais foi de 15 pessoas (19,4%). A prevalência de migrânea entre as mulheres que utilizam anticoncepcionais orais foi de 13,3%, enquanto a prevalência entre as que não utilizam esse método foi de 4,8%. No grupo em uso de anticoncepcionais, predominaram mulheres de 20 a 29 anos (80%), não-brancas (66%) e da classe social C (60%). Com relação às características da cefaléia, prevaleceu uma dor bilateral (66%), tipo pressão (100%), durando menos de quatro horas (53%), com história de mais de 05 episódios (53%), sem prejudicar a realização das atividades diárias (80%), não associada a vômito, enjôo (60%) e fotofobia (66%). Mas há piora da dor com barulhos (93%) e com a prática de atividade física (53%). **Discussão:** As mulheres em uso de anticoncepcional hormonal apresentaram 2,7 vezes mais migrânea do que as que não utilizavam. Em decorrência do tipo de delineamento do estudo não é possível definir uma relação causal entre o uso de contraceptivos orais e a

migrânea. **Conclusão:** Observou-se que as mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais apresentaram maior prevalência de migrânea do que as não usuárias desse método contraceptivo. Apesar das limitações metodológicas, os dados desse trabalho confirmam os resultados de estudos similares.

CE 35 AMITRIPTYLINE WITH AEROBIC EXERCISE VS. AMITRIPTYLINE ALONE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC MIGRAINE

Michelle Dias Santos Santiago; Alberto Alain Gabbai;
Deusvenir De Souza Carvalho; Andrea Regina Correia Moutran;
Mariana Machado Pereira Pinto; Thaís Rodrigues Villa.

Objective: To compare the preventive treatment benefits of amitriptyline in combination with aerobic exercise and amitriptyline alone in patients with chronic migraine. **Methods:** Over a 2-year period, patients with both genders, aged between 18 and 50 years, all diagnosed with chronic migraine by the criteria of "The International Classification of Headache Disorders" (ICHD-III, 2006) were randomized to receive either in amitriptyline (25mg/day) in combination with aerobic exercise or amitriptyline only. The following parameters were quantified: headache frequency, intensity and duration of headache, days of the analgesic medication use and body mass index, at baseline and in the end of the 3rd month. For statistical analysis, Student's t-test was used. The significance level was $P \leq 0.05$. **Results:** Fifty patients participated in the study. Amitriptyline plus aerobic exercise group: 24 patients, mean age 31 \pm 9 years, 19 women. Amitriptyline group alone: 26 patients, mean age 35 \pm 8 years, 23 women. In the evaluated parameters, there was statistically significant difference in headache frequency ($p < 0.001$), intensity (2) ($p = 0,048$), and in headache duration ($p < 0.001$). We also observed differences in the body mass index ($p < 0,001$). **Conclusions:** Amitriptyline is an effective treatment for chronic migraine, but its efficacy is increased when combined with aerobic exercise.

CE 36 RELAÇÃO ENTRE ENXAQUECA E SONO EM PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE DISTÚRBIOS DO SONO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

Talisia Nascimento Vianez; Eduardo da Silva Ramos;
Carlos Mauricio Oliveira de Almeida; Daniel Ribeiro Chaves;
Monique de Souza Vitoriano; Massanobu Takatani.

Objetivo: Avaliar qualidade do sono em pacientes migranosos, no período intercrítico e correlacionar com fadiga e Sonolência Diurna (SD). **Métodos:** Estudo transversal não controlado utilizando Índice Qualidade de Sono Pittsburg (PSQI), Escala de Sonolência Epworth (EP) e Escala de Intensidade de Fadiga (FSS - Krupp) em 28 pacientes com migrânea. Nível de corte da EP foi de 10 pontos. Foram utilizados critérios da IHS-2. Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade. **Resultados:** Na população avaliada, 96,4% eram mulheres, entre 14-58 anos (média 39). Na análise, 15 (53,6%) revelaram dificuldades durante o sono ao PSQI, média de 9,8 pontos. 33% destes exibiram valor maior que 10 à EP, indicando SD; na escala Krupp, estabelecida de 1 a 7, a média para este grupo foi de 4,23. Em contrapartida, no grupo com escore

menor que 5 no PSQI (46,4%), indicando boa qualidade de sono, 5 (38,5%) apresentaram pontuação maior que 10 na escala Epworth e média de 3,5 na avaliação pela escala Krupp. **Resultados:** Evidenciou-se que mais da metade dos pacientes possuem uma qualidade de sono ruim, sendo semelhantes aos achados de literatura. Há um grau elevado de SD (33%) entre esses migranosos concordando com dados nacionais. Contudo, nos pacientes com PSQI inferior à 5, houve persistência de SD, revelando a existência de outras variáveis como medicamentos, doenças psiquiátricas e do sono que não foram aqui pesquisadas. Quanto à fadiga, mesmo sem grupo controle, observa-se que há uma pontuação média de 4,23 (considerada alta), semelhante a estudos de pacientes com LES (4,7) e com esclerose múltipla (4,8). **Conclusão:** Pacientes com enxaqueca, desta amostra, possuem qualidade de sono ruim, mas não se evidenciou SD ou fadiga como consequência para a maioria. Esses sintomas devem ser investigados e avaliados por meio de exames específicos, como a polissonografia, e medidas adjuvantes devem ser implementadas.

CE 37

EDEMA FACIAL DOLOROSO CAUSADO POR TROMBOSE DA ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL: MAIS UMA APRESENTAÇÃO DA SAF

Carmen Caroline Orrú; Hilton Mariano Silva Jr.

Objetivo: Apresentar um caso extremamente raro de trombose de artéria temporal superficial associada a edema facial e cefaleia intensa. Discutir seus diagnósticos diferenciais. **Relato de caso:** A.M.S, sexo feminino, 32 anos, iniciou quadro de dor em região temporal direita de face, desde abril de 2011. A dor era de forte intensidade, diária e contínua, tipo pulsátil, sem irradiação, que piorava com esforço físico, com melhora parcial a analgésicos comuns. Após 20 dias, ao quadro foi associado edema local sem hiperemia, com importante piora da dor e crises de cefaleia unilateral direita intensas desencadeadas pela mastigação e fala. A paciente passou a fazer uso de morfina para controle das crises de cefaleia. O exame físico e os exames de imagem apresentavam edema frio importante da região temporal direita (assimetria dos músculos temporais, maior à direita), extremamente doloroso à palpação e dificuldade na abertura da boca (Figura 1). Não apresentava outras alterações no exame físico geral ou neurológico. Durante a evolução notou-se também hipertrofia de músculos masseter à direita. Realizou extensa investigação com várias especialidades médicas e odontológicas. Apresentou vários exames de VHS com valores elevados. A investigação para angioedema foi negativa. A biópsia de artéria temporal direita evidenciou obliteração fibrosa do lúmen da artéria, reduplicação focal da elástica interna, tratando-se de um quadro histológico residual de uma trombose pregressa. Não foram vistas quaisquer alterações sugestivas de processo inflamatório ou outros sinais sugestivos de arterite temporal. Na suspeita de doença hematológica, foram realizadas pesquisas seriadas dos marcadores da SAF, os quais foram positivos (tabela 1), e pesquisa para lúpus eritematoso sistêmico, que foi negativa. Evoluiu com melhora do edema e da dor com o uso da indometacina e heparina de baixo peso molecular.

CE 38

ENXAQUECA ASSOCIADA A DISFUNÇÃO AUDITIVO-VESTIBULAR: DIFICULDADE PARA DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS NO RELATO DE UM CASO

Maria Gabriela Gonçalves Caldas; Susanie Amâncio Gonçalves Rigatto; Rômulo Orlando Borges da Silva; Orlando Roberto da Silva Neto.

Objetivo: Relatar caso de Enxaqueca associada a Disfunção Auditivo-vestibular, ressaltando a dificuldade e atraso neste diagnóstico devido ao desconhecimento sobre a descrição desta entidade clínica e a confusão com diagnósticos diferenciais. **Métodos:** Revisão de prontuário, anamnese e exame físico da paciente, revisão bibliográfica sobre Enxaqueca associada a Disfunção Auditivo-vestibular na base de dados Medline. **Resultados:** Paciente de 48 anos, feminino, médica, com história prévia de enxaqueca, em uso profilático de Propanolol, começou a apresentar episódios de turvação visual, vertigem, zumbido e cefaléia unilateral, latejante, de forte intensidade, associada a fonofobia, fotofobia e náuseas, com início súbito e duração de três minutos, melhorando espontaneamente, seguido-se sensação de tontura. Os episódios ocorreram em ambiente de trabalho, em situação de estresse, enquanto a paciente utilizava computador. Realizadas hipóteses de enxaqueca com aura, Síndrome de Menière e Síndrome do Pânico. RNM de ouvido médio normal, Angioressonância do crânio: lesões de aspecto microangiopático na substância branca, em quantidade reduzida, de padrão incomum e anormal para a idade, sem critérios para suspeição de Esclerose Múltipla. Impedanciometria e Audiometria normais. Iniciado tratamento com mudança de hábitos alimentares, atividade física, redução do tempo de exposição à tela do computador e Sertralina, evoluindo bem, sem novos episódios há dois meses. **Conclusões:** Diversos tipos de distúrbios no equilíbrio são relatados durante crise de cefaleia em portadores de enxaqueca, como vertigem rotacional, tontura e intolerância à movimentação cefálica. A descrição da Enxaqueca associada à Disfunção Auditivo-vestibular na literatura brasileira, como entidade clínica, é recente, ressaltando-se o subdiagnóstico. Os principais diagnósticos diferenciais são Síndrome de Menière e Enxaqueca com Aura. Há critérios que permitem diagnóstico definido ou provável da doença, mas é necessária história clínica detalhada para afastar outras condições. Torna-se importante a neurologistas, otorrinolaringologistas e clínicos o conhecimento desta entidade, para diagnosticá-la e oferecer o tratamento adequado.

CE 39

CEFALÉIA COMO PRIMEIRO SINAL DE TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: RELATO DE CASO

Nubia Cristina do Carmo; Wallace Ferreira Neves; Magno Ribeiro Junior; Deise Cristina Mesquita de Sousa.

Objetivo: relatar um caso de trombose venosa cerebral em que apresentou inicialmente cefaléia de caráter progressivo. **Métodos:** Foram realizados exames laboratoriais, tomografia computadorizada e angiorressonância de crânio para diagnóstico diferencial. Revisão de literatura do período de 2008 a 2011. **Resultados:** Paciente de 30 anos, sexo feminino, com história de migrânea e uso crônico de anticoncepcional oral, iniciou quadro de cefaléia

pulsátil e persistente, evoluindo com piora do sintoma e aparecimento de sinais neurológicos focais. **Conclusão:** a trombose venosa cerebral é um diagnóstico difícil, e a apresentação clínica muitas vezes pode mimetizar outras doenças, causando danos irreparáveis ao paciente, devido ao diagnóstico tardio. Muitas vezes os achados de imagem não são tão claros em pacientes com trombose venosa cerebral.

CE 40
EPIDEMIOLOGIA DAS MENINGITES VIRAIS NO
ESTADO DE GOIÁS

*Natália Souza Dias; Diogo Hummel Höhl;
Hemilianna Hadassa Silva Matozinho; Camila Dalle Rocha;
Juscelino Afonso de Oliveira Junior.*

Objetivos: Verificar a incidência de meningites virais no Estado de Goiás, comparando com os dados epidemiológicos encontrados na literatura referentes à sazonalidade e faixa etária predominante. **Métodos:** Análise do número de internações hospitalares do SUS por meningite viral, no período de 2008 a 2012. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS. **Resultados:** Aproximadamente 85% dos casos de meningites virais são devido ao grupo dos enterovírus. Tal afecção apresenta quadro clínico de irritação meníngea, com início súbito e evolução benigna. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, porém a faixa etária de maior risco é a de menores de cinco anos. Os enterovírus têm comportamento sazonal, predominando nos meses quentes. Foram registrados ao todo 489 casos de internações por meningites virais no Estado de Goiás, no período de 2008 a 2012. Analisando-se tais registros segundo o mês de processamento, observa-se que o período de maior incidência de casos foi de novembro a maio, representando cerca de 70% (327 casos) do total. Em análise quanto aos registros segundo as faixas etárias, tem-se que a faixa de maior incidência foi em menores de cinco anos, representando cerca de 30% (154 casos) do total. Outro fato relevante é a baixa incidência na faixa de 50 a 79 anos, representando apenas 3% (14 casos) do total. **Conclusão:** Os dados epidemiológicos da doença em Goiás, no período analisado, condizem com os dados da literatura mundial. Quanto à sazonalidade, a qual indica maior incidência dos casos da doença nos meses quentes, deve-se lembrar que no clima goiano corresponde aos meses de dezembro a março, que representam a estação quente.

CE 41
RED EAR SYNDROME: A CASE REPORT

Carmen Caroline Orrú; Hilton Mariano Silva Jr.

Case report: A 31-year-old woman presented with stabbing pain and marked erythema and discrete edema of the right ear (fig. 1), existing for 6 years months, occasionally accompanied by burning and local hyperhidrosis. These attacks lasted 1 hour on average and either occurred spontaneously or were elicited by emotional stress or direct contact with heat. Attacks were always associated with reddening of the ear, which started a few minutes after the pain and then normalized as the pain resolved. During the attacks, cooling was the only means of relief. Several preventive therapies were useless. The patient report a clear relationship between RES and

migraine attacks. An extensive laboratorial and radiological workup was unremarkable. We report a case of a very rare disease associated with migraine headache.

Figure 1

CE 42
MACROADENOMA HIPOFISÁRIO EXPANSIVO INTRA-SELAR:
RELATO DE CASO

*Gabriela Fernandes Amarante; Hemilianna Hadassa Silva
Matozinho; Renata Brasileiro de Faria Cavalcante;
Natália Souza Dias.*

Objetivo: Relatar caso de Macroadenoma Hipofisário expansivo intra-selar. **Método:** Paciente, 61 anos, masculino, procurou atendimento médico com queixas de vertigem associada a desequilíbrio, cefaleia retro-orbitária de forte intensidade e diminuição da acuidade visual - sintomas que iniciaram há seis meses. O único sinal positivo no exame físico foi a diminuição da acuidade visual temporal esquerda, sendo que a motricidade ocular bilateral estava preservada. Na ressonância magnética (RM) foi evidenciado lesão expansiva intra-selar com extensão para a cisterna supra-selar, comprimindo o quiasma óptico (figura 1). Apresentava isosinal heterogêneo em T1, T2 como foco arredondado de hipersinal em T2 de permeio, com realce heterogêneo pelo meio de contraste, medindo 3,0cm x 2,6cm x 2,8cm. Diante dos valores normais dos hormônios - TSH, T4I, prolactina, ACTH, GH - concluiu-se que não era um tumor funcionante, e fez-se o diagnóstico de Macroadenoma Hipofisário. O tratamento proposto foi: microcirurgia transfenoidal para ressecção do tumor. **Resultado:** Os Tumores Hipofisários representam 9-12% dos tumores cerebrais primários^{1,3} e destes 0,3% são adenomas não funcionais². A percentagem dos Macroadenoma Hipofisário não funcionantes é bem menor, tratando-se, portanto, de uma condição rara. Percebeu-se maior prevalência em idades avançadas e no sexo feminino, principalmente em idade fértil, sendo que paciente deste caso masculino. O crescimento é lento e os sintomas normalmente aparecem quando há compressão de outras estruturas, como nervo óptico¹. **Conclusão:** Considerando a baixa incidência desse tumor, a investigação diagnóstica através da RM mostrou-se efetiva. Como existem poucos estudos a respeito dessa afecção², o tratamento escolhido foi satisfatório, apesar de não ter sido possível ressecar todo o tumor (figura 2), além de que o paciente persistiu com déficit visual. O estudo desse caso chama atenção para a importância que deve ser dada mesmo para os poucos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, pois podem significar uma condição complexa.

Figura 1: RM antes cirurgia

Figura 2: TC pós cirurgia

Referências:

- Bradley D. McDowell, Robert B. Wallace, Ryan M. Carnahan, Elizabeth A. Chrischilles, Charles F. Lynch, and Janet A. Schlechte. Demographic Differences in Incidence for Pituitary Adenoma.
- Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, Barr CE, Dodge WE, Vance ML, McCutcheon IE. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. *Cancer*. 2004 Aug 1;101(3):613-9
- Chanson P, Salenave S. Diagnosis and treatment of pituitary adenomas. *Minerva Endocrinol*. 2004 Dec;29(4):241-75.

CE 43
NEUROMODULAÇÃO NO TRATAMENTO DA
CEFALÉIA EM SALVAS

Catarine Ottobeli; Alice Paixão Reis

Introdução: A cefaléia em salvas (CS) é considerada uma das piores síndromes álgicas que pode ocorrer no homem, sendo também conhecida como cefaléia suicida, pois alguns pacientes crônicos consideram o suicídio, devido a recorrência da dor excruciante ou durante um ataque agudo de dor. Mesmo com a instituição do tratamento farmacológico apropriado, em 56% dos casos atrapalha as atividades diárias do paciente. **Objetivo:** abordar a neuromodulação no tratamento da cefaléia em salvas e suas potenciais indicações clínicas. **Método:** Foi realizada revisão bibliográfica através dos bancos de dados BVS, PubMed e Scielo, utilizando as palavras-chave "cluster headache" e "surgical treatment", englobando artigos publicados nos últimos 25 anos. **Discussão:** O tratamento cirúrgico das cefaléias é indicado em casos de refratariedade ao tratamento conservador e inicialmente consistia em intervenções em porções periféricas do sistema nervoso central, como na rizotomia e na ablação do gânglio esfenopalatino. Com o advento da neuroimagem funcional, houve uma maior compreensão da fisiopatologia e anatomia da doença, de forma que alguns sítios foram relacionados à gênese e manutenção do fenômeno álgico, sendo então aventados como alvos da neuromodulação. Dentre eles, a estimulação subcortical do hipotálamo posterior ipsilateral à dor age através de um padrão modulatório complexo, que ativa também áreas como o tálamo, giro do cíngulo e córtex somatossensorial, aliviando satisfatoriamente a dor de 50-60% dos pacientes submetidos ao tratamento. Devido à recorrência de alguns casos e aos riscos intrínsecos da estimulação hipotalâmica, outros sítios, como a estimulação do nervo vago, do nervo occipital e do gânglio esfenopalatino, também podem ser utilizados. **Conclusão:** Os resultados da neuromodulação em pacientes que possuem CS são bastante promissores, e por isso estudos com níveis de evidência maiores são essenciais para definir adequadamente os melhores critérios de inclusão e parâmetros de estimulação.

CE 44
INFLUÊNCIA DA DEFICIÊNCIA VISUAL NO FENÓTIPO DAS
AURAS ENXAQUECOSAS

Maurice Borges Vincent; Greice Silva; Cristiana Góes

Objetivo: Investigar a ocorrência e modo de apresentação da aura sensorial enxaquecosa, seja auditiva ou visual, em amauróticos. **Métodos:** Foram pessoalmente entrevistados 200 pacientes amauróticos utilizando ferramenta elaborada para o estudo. **Resultados:** Participaram do estudo 191 pacientes, sendo selecionados 63 amauróticos. Destes foram selecionados 8 pacientes com enxaqueca com aura (6 mulheres e 2 homens), cujas manifestações sensoriais dividiram-se em visuais (6 mulheres e um homem) e exclusivamente auditivas em um homem. Foi observada aura visual típica, de acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias¹ em 3 indivíduos (37,5%), aura visual denominada "atípica" (na sua forma, duração ou cor) em 4 indivíduos (50%) e aura exclusivamente auditiva em 1 indivíduo (12,5%). Somente em um paciente, portador da Síndrome de Marfan, a aura visual iniciou

após a instalação da amaurose. O paciente com aura auditiva tornou-se cego aos 5 anos e os sintomas de enxaqueca iniciaram na adolescência. As demais pacientes deixaram de apresentar aura visual após tornarem-se amauróticas. Dentre as causas de cegueira, o glaucoma, catarata e o descolamento de retina foram as doenças mais prevalentes no grupo estudado. **Conclusões:** A aura visual enxaquecosa nos amauróticos pode apresentar características típicas ou atípicas em sua forma, duração ou cor, podem iniciar, se manter ou cessar após instalação da amaurose e, além de aura visual, pode ocorrer aura auditiva nesses pacientes.

Referências: 1- The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia.2004;24 suppl 1:9-160.
Carvalho Silva, GC, MD, MsC; Góes, CPQF, MD, PhD; Vincent, MB, MD, PhD.

Paciente	Modo de apresentação da aura	Tempo duração da aura
1	Cintilações e teicopsias	Minutos
2	Cintilações, fotópsias, formas ovais, redondas, sem movimento, brancas ou azuis. Luzes redondas com movimento de fogos de artifício. Antes ou durante a dor	1 minuto
3	Cintilações, fotópsias e teicopsias	Até duas horas
4	Cintilações	1 a 5 minutos
5	Cintilações, fotópsias e teicopsias	5 a 60 minutos
6	Cintilações prateadas ou azuis	1 a 5 minutos
7	Manifestação auditiva ("barulho") durante dor intensa	Não soube informar
8	Cintilações sem cefaleia	5 a 10 minutos

DOR OROFACIAL

DOR 01

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN A YOUNG ADOLESCENT BRAZILIAN POPULATION: EPIDEMIOLOGIC CHARACTERIZATION AND POTENTIAL RISK FACTORS

Ana Lúcia Franco; Giovana Fernandes; Daniela Aparecida De Godoi Gonçalves; Cinara Maria Camparis.

Objective: To obtain an epidemiological characterization of TMD and to assess some of its potential risk factors in a Brazilian adolescent sample. **Methods:** From a population of public schoolchildren (12-14 year-old), 3,117 adolescents were randomly invited to participate in this study. TMD was assessed according to Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) Axis I, in addition to questions #3, #4 and #14 of Axis II history questionnaire. Chronic TMD was considered as pain that has persisted for 6 months or more. The potential risk factors were assessed based on adolescent's and parent's responses to structured questions. For epidemiologic characterization, descriptive statistics, chi-square tests and odds ratio were used, adopting 95% confidence interval and 5% of significance. **Results:** The sample consisted of 1307 individuals (response rate of 41.93%), 56.8% (n=742) girls. Overall, 397 (30.4%) adolescents presented TMD according to the RDC/TMD, mainly painful TMD diagnoses (25.2%) of muscle origin (13.1%). Significant differences were detected between boys and girls for TMD subtypes ($p=0.013$), but not between girls before and after menarche. After adjusting for sex, none of the studied risk factors significantly increased risk for non-painful TMD, whereas the majority increased risk for painful TMD to some degree, especially for combined (joint/muscle) and chronic TMD. Most frequently detected associations, in the following order, were with reports of headache complaints, diurnal jaw clenching, teeth grinding at night, nervousness, oral parafunctions, difficulty with concentration/attention, previous facial trauma, anxiety and sadness reports. **Conclusions:** Considerable prevalence of TMD was detected, mainly painful TMD, and various factors associated with the TMD diagnoses. The need for a broader approach to TMD in adolescents is emphasized, especially when pain is present, since many potential risk factors for this condition can be easily identified during a common anamnesis. Health professionals and parents should be aware of these potential associations.

- References:** 1. Franco AL, Fernandes G, Gonçalves DAG, Bonafé FSS, Camparis CM. Headaches associated with temporomandibular disorders among young Brazilian adolescents. Clin J Pain. 2013 [epub].
2. Moyaho-Bernal A, Lara-Muñoz MDC, Espinosa-De Santillana I, Etchegoyen G. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in children in the State of Puebla, Mexico, evaluated with the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). Acta Odontol Latinoam. 2010;23(3):228-33.
3. Pereira LJ, Pereira-Cenci T, Cury AADB, Pereira SM, Pereira AC, Ambosano G, et al. Risk indicators of temporomandibular disorder incidences in early adolescence. Pediatr Dent. 2010;32(4):324-8.
4. Vanderas AP, Papagiannoulis L. Multifactorial analysis of the aetiology of craniomandibular dysfunction in children. Int J Paediatr Dent. 2002;12(5):336-46.

DOR 02

HOW MUCH DOES THE HEADACHE CONTRIBUTE TO THE MANDIBULAR FUNCTIONAL CAPACITY AND FEEDING IN WOMEN?

Fernanda Salloume Sampaio Bonafé; João Maroco; Andréa Corrêa Carrascosa; Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Objective: To investigate the contribution of headache on the mandibular functional capacity and feeding among Brazilian women. **Methods:** A cross-sectional study with a stratified probabilistic sample design was developed. We used the Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ), a sociodemographic and reported headache questionnaire. The data was collected by telephone ($k=0.89$). The MFIQ's psychometric properties were tested through a confirmatory factor analysis. The structural equation model was elaborated to estimate the contribution of the headache on the mandibular functional capacity and feeding. **Results:** A total 700 women, with mean age 44.3 ± 16.3 years, participated in this study. The majority were married (n=407; 58.0%) and belonged to a medium-low socioeconomic classes level (n=387; 55.3%). Of the total 700, 311 (44.4%) reported headache frequently. The MFIQ presented adequate goodness of fit to the sample (standardized regression weights=0.47-0.88; $\chi^2/df=5.56$; CFI=0.935; GFI=0.904; TLI=0.922; RMSEA=0.08) as did the structural model ($\chi^2/df=5.02$; CFI=0.934; GFI=0.907; TLI=0.922; RMSEA = 0.08). We observed significant contribution of headache on the functional capacity ($\beta=0.147$; $p \leq 0.001$) and feeding ($\beta=0.091$; $p=0.020$). **Conclusions:** The presence of headache was associated with the worst functional capacity and the major difficulty in feeding among Brazilian women.

DOR 03

ANÁLISE COMPARATIVA DA ATIVAÇÃO DOS MÚSCULOS MASSETER E TEMPORAL ANTERIOR DE INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS DURANTE A MASTIGAÇÃO HABITUAL E O APERTAMENTO DENTÁRIO.

Gabriel Silva Nitsch; Mariana Barcellos Machado; Natássia Condilo Pitta; Anamaria Siriani Oliveira

Objetivo: Utilizar a eletromiografia de superfície (EMGS) para quantificar em níveis de ativação as diferenças da atividade muscular de masseter e temporal anterior na mastigação habitual e no apertamento dentário de indivíduos portadores de disfunção temporomandibular e pessoas saudáveis. **Material e Métodos:** Foram analisados os dados de 22 indivíduos do sexo feminino, entre 18 e 48 anos (média $27,13 \text{ dp} \pm 7,31$), divididos em dois grupos: Grupo DTM com 14 indivíduos com disfunções temporomandibulares tipo IA e Grupo Controle com 8 indivíduos assintomáticos. Foram excluídos desta pesquisa indivíduos com ausência dos dentes molares, uso de aparelho, próteses fixas ou removíveis, com história de trauma na face, luxação ou trauma nas ATMs. Além destes, foram critérios de exclusão para o grupo DTM a presença de oclusão classe III de acordo com Angle, participar de qualquer tipo de tratamento odontológico ou fisioterapêutico, utilizar drogas miorrelaxantes ou antidepressivas. O grupo controle exclui qualquer pessoa que apresente disfunção temporomandibular

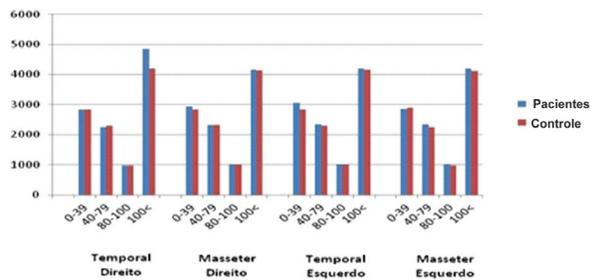


Figura 1: Média das ativações eletromiográficas durante apertamento dentário em diferentes níveis de porcentagem de ativação (0-39%, 40-79%, 80-100%, 100%+) do grupo de pacientes com DTM (n=14) e grupo Controle (n=8) nos quatro músculos avaliados (Temporal Direito, Masseter Direito, Temporal Esquerdo, Masseter Esquerdo)

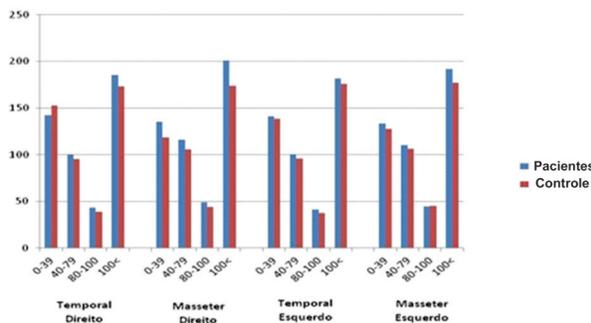


Figura 2: Média das ativações eletromiográficas durante mastigação habitual em diferentes níveis de porcentagem de ativação (0-39%, 40-79%, 80-100%, 100%+) do grupo de pacientes com DTM (n=14) e grupo Controle (n=8) nos quatro músculos avaliados (Temporal Direito, Masseter Direito, Temporal Esquerdo, Masseter Esquerdo)

ou bruxismo. A atividade eletromiográfica dos músculos masseter e temporal anterior foi registrada durante o apertamento dentário e a mastigação habitual bilateral por 10 segundos. A ativação eletromiográfica registrada dos indivíduos foi normalizada e classificada em níveis de porcentagem de ativação de 0 a 39%, 40 a 79%, 80 a 100% e acima de 100%. **Resultados:** A comparação dos níveis de ativação muscular entre o grupo DTM e o grupo Controle não evidenciou diferenças significativas ($p > 0,05$) tanto durante o apertamento dentário (figura 1) quanto na mastigação habitual (figura 2). Além disso, também não evidenciou diferença de ativação muscular entre masseter e temporal anterior. **Conclusão:** A análise utilizada não foi capaz de demonstrar maior ou menor amplitude mioelétrica em indivíduos com DTM em relação a indivíduos saudáveis, independentemente do nível de ativação analisado.

Referências

- Nickel J, Gonzalez Y, Iwasaki LR, Liu H, McCall WD, Ohrbach R, Gallo LM, Marx DB. A Pilot Study of Masticatory Muscle Duty Factors in Humans. International Association for Dental Research; 2011 March 16-19; San Diego, California.
- Peck CC, Murray GM, Gerzina TM (2008). How does pain affect jaw muscle activity? The Integrated Pain Adaptation Model. Aust Dent J; 2008; 53:201-207.
- Tartaglia GM, Moreira Rodrigues da Silva MA, Bottini S, Sforza C, Ferrario VF. Masticatory muscle activity during maximum voluntary clench in different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) groups. Manual Therapy. 2008; 13:434-440.

DOR 04

É EFETIVA A ARTROCENTESE NO DESLOCAMENTO DO DISCO SEM REDUÇÃO?

Eduardo Grossmann; Thiago Kreutz Grossmann;
Liogi Iwaki Filho.

Objetivo: Avaliar a resposta da artrocentese em relação à dor e a movimentação mandibular em uma série de 100 pacientes com deslocamento anterior do disco sem redução. **Métodos:** Foram avaliados, diagnosticados e tratados 100 pacientes, 90 mulheres e 10 homens, com idade entre 26 a 58 anos, (média de 33,4 anos), em um Centro de Dor no período entre 2009 e 2012. A presente pesquisa baseou-se na anamnese, exame clínico e de imagem, ressonância magnética nuclear, de pacientes com deslocamento do disco sem redução envolvendo uma ou ambas as articulações temporomandibulares. Os dados coletados pré e pós artrocentese foram registrados em uma ficha clínica e posteriormente analisados. Foi empregada a Escala Visual Analógica (EVA) para quantificar a dor pré e pós - artrocentese, bem como mensurado através de um paquímetro digital a abertura bucal máxima, lateralidade e protrusão mandibular. **Resultados:** O período de acompanhamento variou de 2 meses a 3 anos. A dor e a movimentação mandibular lateral e vertical (abertura da boca) melhoraram significativamente ($p < 0,001$). A média da abertura bucal inicial, antes da artrocentese, era de 30,02mm e após o tratamento por artrocentese foi para 40,01mm. A média da dor articular inicial, conforme a Escala Visual Analógica era de 7,4 e pós artrocentese passou para 1,1. A média da lateralidade e da protrusão mandibular foi inicialmente 4,26mm e 5,62mm, respectivamente. Após a artrocentese obteve-se como médias 6,27mm de movimentação lateral e 7,21mm de movimento protrusivo. **Conclusão:** A artrocentese mostrou-se uma terapêutica simples, pouco invasiva, de baixo custo que se mostrou efetiva no deslocamento do disco sem redução.

Referências:

- Santos GS, Sousa RC, Gomes JB, Maciel J, Sonoda CK, Garcia IR Jr, de Melo WM. Arthrocentesis Procedure: Using this Therapeutic Maneuver for TMJ Closed Lock Management. J Craniofac Surg. 2013;24(4):1347-1349.
- Kuruvilla VE, Prasad K. Arthrocentesis in TMJ Internal Derangement: A Prospective Study. J Maxillofac Oral Surg. 2012;11(1):53-6.

DOR 05

É POSSÍVEL TRATAR CLINICAMENTE QUALQUER ALTERAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR?

Eduardo Grossmann; Thiago Kreutz Grossmann;
Liogi Iwaki Filho

Objetivo: descrever uma patologia incomum da articulação Temporomandibular (ATM), caracterizada pelo desenvolvimento de nódulos cartilagueos localizados no interior do seu compartimento superior no qual avaliando o tratamento estabelecido. **Relato do Caso:** paciente VV, 43 anos, masculino, leucoderma, procurou atendimento devido a um edema na articulação temporomandibular direita, dor do tipo em pressão de grau 7 pela escala analógica-visual (EAV) e crepitação nos movimentos de abertura e lateralidade da mandíbula. Não se observava nos exames radiológicos como panorâmica e tomografia computadorizada qualquer alteração na imagem, exceto no exame de ressonância magnética nuclear (RMN) que evidenciou efusão no compartimento superior direito com

múltiplos nódulos. O acesso cirúrgico foi o endaural modificado com remoção dos corpos cartilagíneos. **Resultado:** Tal procedimento eliminou o edema, a crepitação e a dor (EAV =0), além de produzir uma cicatriz bastante satisfatória sem lesão dos ramos do facial. O diagnóstico anatomopatológico foi de condromatose sinovial da ATM. Após 30 meses de acompanhamento, o paciente apresenta-se assintomático. **Conclusão:** O tratamento de eleição para essa patologia é o cirúrgico. O seu diagnóstico definitivo é dado pelo exame anatomopatológico.

Referências:

Matsumura Y, Nomura J, Nakanishi K, Yanase S, Kato H, Tagawa T. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint with calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease (pseudogout). *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41(8):703-7.
 Poveda-Roda R, Bagán JV, Sanchis JM, Margaix M. Pseudotumors and tumors of the temporomandibular joint. A review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(3):e392-402.

DOR 06 DOR REFERIDA À FACE: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

*Eduardo Grossmann; Thiago Kreutz Grossmann;
Liogi Iwaki Filho*

Objetivo: descrever um caso caracterizado por uma dor no lado esquerdo da face, agravada pela cinemática mandibular e cervical estabelecendo o diagnóstico e a terapêutica. **Relato do Caso:** paciente do sexo feminino, 37 anos, procurou atendimento devido à dor pré-auricular, do tipo choque elétrico, de curta duração, à esquerda e sensação de corpo estranho na faringe. Sua dor aumentava ao girar o pescoço para direita e ao deglutir. Foi realizado exame físico, no qual houve exacerbação dos sintomas à palpação da fossa tonsilar e delatada temporariamente pelo bloqueio anestésico local dessa região. Na radiografia panorâmica e na tomografia computadorizada, em corte frontal, constatou-se o alongamento do processo estilóide do lado esquerdo. A hipótese diagnóstica foi de Síndrome de Eagle. Foi realizada uma abordagem cirúrgica, cervical à esquerda, sob anestesia geral, com acesso extra bucal, no qual se removeu grande parte do processo estilóide e o ligamento estilo-hioideo. **Resultado:** Houve o desaparecimento de todo o quadro clínico presente previamente. **Conclusão:** Frente a tal síndrome, o tratamento de eleição é o cirúrgico com remoção do processo estilóide e quando mineralizado do ligamento estilo-hioideo.

Referências:

Uluda? ?F, Öcek L, Zorlu Y, Uluda? B. Eagle syndrome: case report. 2013;25(2):87-9.
 Demeter M, De Bruecker Y, Devuyser S, Perdieus D. Eagle syndrome. *JBR-BTR.* 2013;96(1):48.

DOR 07 O EMPREGO DO ARTROSCÓPIO NO TRATAMENTO DE DOR OROFACIAL

*Eduardo Grossmann; Thiago Kreutz Grossmann;
Liogi Iwaki Filho.*

Objetivo: descrever um caso de uma dor facial, na região pré-auricular esquerda de difícil diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** paciente do sexo feminino, 24 anos, procurou atendimento devido à dor de grau 8 pela escala analógica-visual (EAV), de curta duração, em choque elétrico, que aumentava à mastigação e acordava o paciente, com localização auricular esquerda. A paciente

já havia consultado inúmeros profissionais da área da saúde sem que se estabelecesse um diagnóstico definitivo. Foi solicitada inicialmente uma radiografia panorâmica na qual se observava um terceiro molar retido junto à região da fossa pterigopalatina e seio maxilar à esquerda. Como medida diagnóstica utilizou-se a infiltração anestésica com cloridrato de lidocaína, sem vaso constritor, do nervo alveolar superior posterior que eliminou temporariamente a dor. A partir desse resultado, confirmou-se como etiologia da dor um terceiro molar superior esquerdo, retido. Solicitou-se que o paciente realizasse tomografia computadorizada e 3D que claramente evidenciou a íntima relação do dente com a fossa pterigopalatina e seio maxilar. Procederam-se os exames laboratoriais de rotina, avaliação clínica e cardiológica. Realizou-se anestesia geral, com entubação naso traqueal à direita. Após anti-sepsia da face e colocação de campos cirúrgicos, realizou-se uma incisão semilunar no vestíbulo bucal, junto à região de pré-molares e molares à esquerda, seguida de uma janela óssea maxilar e remoção do dente por tal acesso com auxílio de um artroscópio. **Resultado:** A cirurgia proposta transcorreu normalmente, com desaparecimento da dor EAV=zero, sem edema e ou sangramento. Decorridos 32 meses de evolução o paciente apresenta-se assintomático. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial em pacientes com dores orofaciais é fundamental. Uma vez que esse tenha sido estabelecido, mediante anamnese, exame clínico, procedimentos terapêuticos e de imagenologia realizou-se a cirurgia transmaxilar, removendo-se o terceiro molar superior esquerdo com o emprego de um artroscópio. Liu F, Steinkeler A. Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders.

Dent Clin North Am. 2013;57(3):465-79. Galhardo AP, Leite Cda C, Mukai MK, Mori M, Gil C. The importance of complementary exams for the diagnosis of temporomandibular joint disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116(1):125-7.

DOR 08 CARACTERIZAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CEFALEIA SECUNDÁRIA À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS: UM ESTUDO CONTROLADO

*Yuri Martins Costa; Juliana Stuginski-barbosa;
André Luis Porporatti; Leonardo Rigoldi Bonjardim;
Paulo César Rodrigues Conti.*

Objetivo. Avaliar o efeito de diferentes tipos de tratamento na melhora da cefaleia associada à dor miofascial mastigatória (DMF), bem como o impacto da presença da cefaleia no limiar de dor à pressão (LDP). Descrever as características da cefaleia secundária à DMF, sendo considerada como tal aquela que melhorou após o tratamento da DMF. **Métodos.** A amostra foi composta por adultos com DMF segundo o RDC/TMD, com (n=60) e sem (n=20) queixa de cefaleia. Os 60 participantes com cefaleia foram divididos em 2 grupos (1a e 1b). O grupo 1a recebeu tratamento que envolvia orientações para mudanças de hábitos. Os grupos 1b e 2 (sem cefaleia), além das orientações, receberam placa oclusal. O período de acompanhamento foi de 5 meses, com avaliações no início, após 2 meses e ao final do 5º mês. A intensidade da cefaleia (EAV), e o limiar de dor a pressão (LDP) dos músculos temporal anterior, masseter e antebraço, foram analisados. ANOVA de medidas repetidas foi usado para as comparações intra e intergrupos considerando um nível de significância de 5%. **Resultados.** A média inicial de intensidade da cefaleia foi de $7,55 \pm 2,24$ para o grupo

1a e de $6,52 \pm 1,63$ para o grupo 1b. Ao final essa média foi, respectivamente, $3,13 \pm 2,19$ e $2,5 \pm 2,33$, sem diferença intergrupos. Houve também uma redução na frequência da cefaleia entre o início e o quinto mês, sem diferença intergrupos. Houve um aumento no LDP para o temporal anterior no grupo 1b ($p=0,01$) e para o masseter no grupo 2 ($p=0,01$). **Conclusão.** O tratamento da DMF é eficaz na melhora da cefaleia secundária a DTM, independente do uso da placa oclusal, e esta cefaleia tem como principais características a localização bilateral e qualidade de pressão/peso.

DOR 09

NEURALGIA DO INTERMÉDIO: RELATO DE DOIS CASOS

Mariana Calixto Acchar; Guilherme Janeiro Schmidt; Marco Antonio Sales Dantas De Lima; Rafael De Lima Reis; Cristiane Ribeiro De Almeida Afonso; Maurice Borges Vincent.

Objetivo: Relato de dois casos de neuralgia do nervo intermédio. **Método:** Paciente feminina, 29 anos, médica, iniciou há 10 meses episódios paroxísticos de dor em choque no conduto auditivo externo esquerdo, de curta duração (10 segundos), lancinante, associada ocasionalmente a parestesias em pálpebra superior, pavilhão auricular e região temporal ipsilateral. Dor não é desencadeada por estímulo tátil no local, nem mastigação. Paciente optou por não tratar quadro. Paciente masculino, 60 anos, médico, HIV positivo em acompanhamento regular, iniciou há 8 anos dor no conduto auditivo direito, lancinante, deflagrada por estimulação do tragus. Encontra-se em uso de gabapentina 1800mg/dia. Para ambos pacientes foram solicitadas ressonância magnética (RM) de crânio, mastoide e angioressonância de crânio. **Resultado:** Paciente feminina sem alterações nos exames solicitados. Paciente masculino com discreta captação no VII nervo craniano direito à RM e apresenta melhora parcial com uso de gabapentina. **Conclusão:** A neuralgia do intermédio é uma desordem incomum e pouco descrita na literatura médica. Quando presente, pode ser altamente debilitante. Também pode estar associado ao herpes zoster, o que não foi encontrado em nenhum dos pacientes.

Referências Bibliográficas:

- Siccoli MM, Bassetti CL, Sandor PS. Facial pain: clinical differential diagnosis. *Lancet Neurol.* 2006;5:257-267
 Alfieri A, Strauss C, Prell J, Peschke E. History of the nervus intermedius of Wrisberg. *Anat.* 2010;192:139-144.
 Tubbs RS, Steck DT, Mortazavi MM, Cohen-Gadol AA. The nervus intermedius: a review of its anatomy, function, pathology, and role in neurosurgery. *World Neurosurg.* Apr 3, 2012.

DOR 10

ASSOCIAÇÃO ENTRE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E POSTURA CERVICAL

Emanuella Erminia Rocha; Maria Cristina Vilela; Renata Vasconcelos Matos; Ana Carolina Queiroz Amorim; Juliane Deluque Molossi; Camila Menezes Costa; Renata Silva Melo Fernandes.

A disfunção temporomandibular compreende um grande número de alterações que podem afetar a articulação temporomandibular, os músculos da mastigação ou estes dois tecidos, concomitantemente. A relação biomecânica entre postura da cabeça na coluna cervical e desordens temporomandibular tem sido

extensivamente investigada. Os estudos sugerem que tensões no sistema estomatognático podem prejudicar o controle neural da postura e vice-versa. Associado a este dado, dor pode estar presente em variados graus nestas estruturas. O objetivo deste trabalho é investigar a associação entre disfunção temporomandibular e postura cervical e considerando a presença da disfunção comum nestas duas áreas, foi feita uma revisão da neurofisiologia básica da postura seguido de alguns achados em pesquisas experimentais sobre esta relação. Estas desordens são comumente encontradas na população, entretanto a possível co-morbidade entre estas condições ainda não é clara. Os resultados não são unânimes quanto à influência de um sobre o outro e mais pesquisas devem ser feitas para concluir estes dados.

DOR 11

INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA NO CONTROLE DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Emanuella Erminia Rocha; Paulo Correia De Melo Junior; Renata Vasconcelos Matos; Ana Carolina Queiroz Amorim; Juliane Deluque Molossi; Camila Menezes Costa; Renata Silva Melo Fernandes.

As desordens temporomandibulares (DTM) interferem negativamente na qualidade de vida do indivíduo, levando-o muitas vezes a não cumprir até mesmo suas atividades rotineiras mais simples, em decorrência das fortes dores desencadeadas pelas alterações do padrão funcional temporomandibular. As DTMs são definidas como um termo coletivo que abrange um grande número de problemas clínicos, envolvendo a musculatura mastigatória, articulações temporomandibulares e estruturas associadas. A sintomatologia mais comum é caracterizada por dor e tensão dos músculos mastigatórios, dor articular, ruído articular durante a função mastigatória, limitação de movimentos e cefaléia. A etiologia é multifatorial com associação de vários fatores e diversas terapias são recomendadas para controlar os seus sinais e sintomas, indo desde as mais conservadoras como um aconselhamento e orientações sobre o problema para se evitar o estresse muscular, até a utilização de procedimentos bastante invasivos como as cirurgias. Dentre as terapias conservadoras encontra-se a farmacoterapia que pode ser dividida em abortiva e preventiva. Na terapia abortiva o objetivo principal é deter a crise dolorosa através de analgésicos e/ou anti-inflamatórios; já a terapia preventiva, tem como propósito melhorar a qualidade do sono, reduzir a intensidade, frequência e duração dos episódios de dor, diminuir a sensibilização central e ainda ter ação antinociceptiva em pacientes com dor crônica, para isso são utilizados relaxantes musculares de ação central e antidepressivos tricíclicos de uma forma geral. O tratamento farmacológico é amplamente utilizado para o controle dos sinais e sintomas advindos dessas desordens, tanto na fase aguda quanto na crônica, juntamente com outras modalidades de tratamento. Tendo em vista o grande número de fármacos disponíveis e empregados para o domínio dos sinais e sintomas, advindos das DTMs, objetiva-se com este trabalho esclarecer as drogas mais comumente utilizadas e eficazes no tratamento das desordens temporomandibulares.

DOR 12
CONCORDÂNCIA DA MENSURAÇÃO DA DOR PELO USO DE
DUAS ESCALAS UNIDIMENSIONAIS EM PACIENTES COM
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

*Elaine Porto Doro; Monique Lalue Sanches;
Carmen Paz Santibañez Hoyuela; Liette Figueiredo Zwir;
Vera Lucia Mestre Rosa; Antonio Sergio Guimarães.*

Objetivo: Avaliar a concordância da mensuração da dor entre a escala analógica visual (EAV) e a escala numérica verbal (ENV) em pacientes com disfunção temporomandibular (DTM). **Métodos:** Foram incluídos no estudo 325 pacientes, sendo 277 (85,23%) mulheres e 48 (14,77%) homens, maiores de 18 anos, com diagnóstico de DTM segundo o RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders). A mensuração da dor foi avaliada no início da consulta pela escala EAV e no final da consulta, a mesma dor foi mensurada pela ENV. **Resultados:** Ao comparar os valores das escalas entre si não houve diferença ($P=0,7671$), mas ao separar esses valores por gênero e idade encontramos que, mulheres com menos de 40 anos atribuíram notas mais altas para quantificar sua dor na EAV, não havendo concordância entre as notas das escalas $k_w=0,49$; $Z_{calc}=7,40$; $\chi^2=13,30$ ($P=0,001$). **Conclusão:** Não há concordância entre as escalas estudadas em mulheres na faixa etária de maior prevalência de DTM, pois as mesmas tendem a atribuir notas maiores de dor quando a EAV é utilizada.

ÍNDICE REMISSIVO

Autores /Authors	Trabalhos/Works	Autores /Authors	Trabalhos/Works
A			
Acchar MC	CE24, DOR09	Damasceno JC	CE19
Afonso CR	DOR09	Dantas LK	CE09
Aguiar T	CE24	Del Porto JA	CE29
Albuquerque JE	CE14	Dias NS	CE40, CE42
Albuquerque JL	CE04	Diniz DL	CE30
Almeida CC	CE04, CE14, CE21	Doro EP	DOR12
Almeida CM	CE36	F	
Almeida DB	CE12	Fachi C	CE15
Alves GC	CE33	Faleiros LO	CE22, CE29
Amarante GF	CE42	Faria PS	CE08, CE19
Amorim AC	DOR10, DOR11	Fermon KP	CE30
Andrade-Valença LP	CE28	Fernandes G	DOR 01
Azevedo DS	CE03, CE05	Fernandes RS	DOR10, DOR11
B			
Barbosa IG	CE25, CE26	Fernandez AL	CE03
Bezerra e Silva DW	CE14, CE21, CE23	Ferracini GN	CE01, CE 02
Bonafé FS	DOR02	Florecio LL	CE16, CE17
Bonatti RC	CE03, CE05	Frachia ML	CE18
Bonjardim LR	DOR08	Franco AL	DOR 01
Borges FE	CE08	Freitas DF	CE21, CE23, CE28
Braga FO	CE10, CE11, CE12	G	
Bretone HR	CE19	Gabbai AA	CE35
Bretones HR	CE08	Góes C	CE44
Brisson RT	CE03, CE05	Gomes AC	CE24
C			
Caldas MG	CE38	Gonçalves AL	CE22
Camparis CM	DOR01	Gonçalves DA	DOR 01
Campelo VL	CE15	Gonçalves MC	CE16
Campos JA	DOR02	Gonçalves MC	CE17
Cardoso AC	CE18	Grossi DB	CE02, CE06, CE17
Carmo NC	CE19, CE39	Grossmann E	DOR04, DOR05, DOR06, DOR07
Carrascosa AC	DOR02	Grossmann TK	DOR04, DOR05, DOR06, DOR07
Carvalho DD	CE22	Guimarães AS	DOR12
Carvalho DS	CE29, CE35	H	
Carvalho GF	CE16, CE17	Höhl DH	CE40
Carvalho JJ	CE30, CE32, CE33	Hoyuela CP	DOR12
Carvalho Neto JA	CE03, CE05	I	
Carvalho RO	CE32	Iwaki Filho L	DOR 04, DOR 05, DOR 06, DOR 07, DOR12
Castro RS	CE19	K	
Castro TF	CE18	Kowacs PA	CE10, CE11, CE12, CE27
Cavalcante RB	CE42	L	
Chaves DR	CE36	Lacerda CR	CE04, CE14, CE23
Chaves TC	CE01, CE02, CE16, CE17,	Leal LC	CE31, CE34
Chaves TO	CE19	Leite DR	CE30, CE32, CE33
Conti PC	DOR08	Lima BE	CE15
Cordellini MF	CE11, CE12	Lima MA	DOR09
Costa CM	DOR10, DOR11	M	
Costa Neto JJ	CE04, CE14	Machado MB	DOR03
Costa YM	DOR08	Machado TC	CE08, CE19
Cruvinel CR	CE03, CE05	Maia TF	CE04, CE14, CE21
D			
Dach F	CE01, CE02, CE16, CE17		

Autores /Authors	Trabalhos/Works
Marchetti LC	CE29
Maroco J	DOR02
Martins Filho RK	CE33
Martins HA	CE21, CE23, CE28
Martins RT	CE27
Masiero FF	CE01, CE02
Matos RV	DOR10, DOR11
Matozinho HH	CE40, CE42
Melhado EM	CE 18
Melo Junior PC	DOR11
Meneghin AC	CE24
Molossi JD	DOR10, DOR11
Moura Filho AG	CE14
Moutran AR	CE35
N	
Neves WF	CE19, CE39
Nitsch GS	DOR03
Nobre ME	CE 07, CE22
Nogueira R	CE24
O	
Oliveira AS	DOR03
Oliveira DA	CE04, CE14, CE21, CE23, CE28
Oliveira Diniz DL	CE32, CE33
Oliveira EM	CE05
Oliveira Filho MA	CE20, CE23
Oliveira Junior JA	CE40
Orrú CC	CE37, CE41
Ottobeli C	CE43
P	
Parente NC	CE07
Paula MR	CE19
Pedatella MT	CE08
Pereira MP	CE28
Pereira RM	CE34
Peres MF	CE22
Pinto MM	CE35
Pitombeira MS	CE32
Pitta NC	DOR03
Porporatti AL	DOR08
Q	
Queiroz ML	CE04, CE14, CE23
R	
Ramos PS	CE25, CE26, CE36
Rangel DM	CE32
Reis AP	CE43
Reis RL	DOR09
Ribeiro SR	CE18
Ribeiro Junior M	CE08, CE19, CE39
Ribeiro RT	CE22, CE29
Ribeiro SB	CE03
Rigatto SA	CE38
Rizelio V	CE10, CE11
Rocha CD	CE40
Rocha CF	CE25, CE26

Autores /Authors	Trabalhos/Works
Rocha EE	DOR10, DOR11
Rocha FA	CE30
Rodrigues AB	CE01, CE02
Rodrigues FS	CE03, CE05
Rolim FP	CE30
Rosa VL	DOR12
S	
Sanches ML	DOR12
Sanchez TA	CE06, CE13
Sant'ana MM	CE22, CE29
Santiago MD	CE35
Santos LL	CE09
Sarin LM	CE29
Sato HK	CE10
Schmidt GJ	DOR09
Silva RV	CE13
Silva AA	CE28
Silva AE	CE05
Silva CS	CE34
Silva DJ	CE15
Silva DW	CE04
Silva GA	CE04, CE23, CE14
Silva G	CE 44
Silva Jr. HM	CE37, CE41
Silva KB	CE25, CE26
Silva LC	CE14, CE20, CE21, CE23, CE28
Silva Neto OR	CE38
Silva RO	CE38
Silva RV	CE06
Siqueira GR	CE04
Soares LM	CE25, CE26
Sousa DC	CE39
Sousa MA	CE05, CE03
Souza MT	CE10
Souza RK	CE10
Speciali JG	CE01, CE02, CE17
Stuginski-Barbosa J	DOR08
Suzano FL	CE10, CE11, CE12, CE27
T	
Takatani M	CE36
Tavares RM	CE25
Tavares RM	CE26
Teixeira AL	CE25, CE26
Travassos FT	CE33
V	
Valença MM	CE04, CE14, CE20, CE21, CE23, CE28
Vargas RN	CE08, CE19
Vianez TN	CE36
Vidon R	CE24
Vilela MC	DOR10
Villa TR	CE35
Vincent MB	CE06, CE24, CE13, CE 44, DOR09
Vitoriano MS	CE36
Z	
Zwir LF	DOR12