



# Headache Medicine

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALEIA  
*Brazilian Headache Society*



## XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALEIA XIV CONGRESSO DE DOR OROFACIAL

São Paulo | 24 a 26 de outubro de 2019

*Novos medicamentos e interdisciplinaridade:  
uma nova era no tratamento da cefaleia*

- ▶ Migraine stigma
- ▶ Acute calcific retropharyngeal tendinitis: a three-case series and a literature review
- ▶ Frequency of diagnoses in a specialized headache clinic in Buenos Aires
- ▶ Resumos XXXIII Congresso Brasileiro de Cefaleia e XIV Congresso de Dor Orofacial
- ▶ Feasibility of intravenous ketamine infusion for refractory headache
- ▶ Translation, back-translation and cultural adaptation of the 8-item Stigma Scale for Chronic Illness to Portuguese



# Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society



## XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALeia E XIV CONGRESSO DE DOR OROFACIAL

MIGRAINE STIGMA.....	65
FREQUENCY OF DIAGNOSES IN A SPECIALIZED HEADACHE CLINIC IN BUENOS AIRES .....	66
FEASIBILITY OF INTRAVENOUS KETAMINE INFUSION FOR REFRACTORY HEADACHE .....	70
TRANSLATION, BACK-TRANSLATION AND CULTURAL ADAPTATION OF THE 8-ITEM STIGMA SCALE FOR CHRONIC ILLNESS TO PORTUGUESE .....	73
ACUTE CALCIFIC RETROPHARYNGEAL TENDINITIS: A THREE-CASE SERIES AND A LITERATURE REVIEW .....	76
RESUMOS / PÔSTERES .....	80



# Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

## CONSELHO EDITORIAL

### Editores-chefes

Marcelo Moraes Valença  
*Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.*

Mario Fernando Prieto Peres  
*Hospital Israelita Albert Einstein, IPq - HCFMUSP. São Paulo, SP, Brasil.*

### Editor Científico

Raimundo Pereira Silva-Néto  
*Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.*

### Editor Emeritus

Wilson Luiz Sanvito  
*FCM Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.*

### Editores Associados

#### Pesquisa Básica e Procedimentos

Élcio Juliato Piovesan  
*Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil*

#### Ensino, alunos e residentes

Yara Dadalti Fragoso – Santos, SP, Brasil.

#### Cefaleia na Mulher

Eliane Meire Melhado  
*Universidade de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.*

#### Multiprofissional

Juliane Prieto Peres Mercante  
*IPq - HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

#### Arão Belitardo de Oliveira

*ABRACES - Associação Brasileira cefaleia em Salvas e Enxaqueca, São Paulo, SP, Brasil*

#### Debora Bevilaqua-Grossi

*FMUSP - Ribeirão Preto*

#### Cefaleias Secundárias

Pedro Augusto Sampaio Rocha  
*Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.*

#### Hipertensão e Hipotensão Liquórica

Ida Fortini  
*HC FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.*

#### Sandro Luís de Andrade Matas

*UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil*

#### Cefaleias Trigêmeo-Autonômicas

Maria Eduarda Nobre  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

#### Cefaleia na Infância

Marco Antônio Arruda  
Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

#### Dor orofacial

Eduardo Grossmann – Porto Alegre, RS, Brasil.

#### Controvérsias e Expert Opinion

João José Freitas de Carvalho – Fortaleza, CE, Brasil.

#### Clinical Trials

Fabiola Dach  
FMUSP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

#### Teses

Fernando Kowacs, Porto Alegre, RS, Brasil

#### Imagens e Vídeos

Paulo Sérgio Faro Santos  
INC, Curitiba, PR, Brasil

#### Advocacy

Elena Ruiz de La Torre  
WHAM (World Headache Association for Migraine)  
Madrid, Espanha

A revista Headache Medicine é uma publicação de propriedade da Sociedade Brasileira de Cefaleia, indexada no Latindex e no Index Scholar, publicada pela Sociedade Brasileira de Cefaleia, [www.sbcefaleia.com.br](http://www.sbcefaleia.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.headachemedicine.com.br](http://www.headachemedicine.com.br) - Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneres



# Headache Medicine

Scientific Publication of the Brazilian Headache Society

## CONSELHO EDITORIAL

### Conselho Editorial Internacional

Rodrigo Nosedá  
*Harvard Medical School, Boston, MA, EUA*

Marlind Alan Stiles –  
*Jefferson University, Philadelphia, PA, EUA*

Charles Siow, Singapore

Maurice Borges Vincent, Indianapolis, IN, EUA

Michele Viana, Novara, Italia

Margarita Sanchez Del Rio, Madrid, Espanha

Sait Ashina,  
*Harvard Medical School, Boston, MA, EUA*

Todd D Rozen,  
*Mayo Clinic, Jacksonville, FL, EUA*

Elena Ruiz de la Torre, Espanha

Marco Lisicky, Cordoba, Argentina

Maria Teresa Goycochea, Buenos Aires, Argentina

Alex Espinoza Giacomozzi, Santiago, Chile

Joe Munoz Ceron, Bogota, Colombia

Faisal Amin, Copenhagen, Dinamarca

Uwe Reuter, Berlin, Alemanha

### Conselho Editorial Nacional

Abouch Valenty Krymchantowski, Rio de Janeiro, RJ

Alan Chester Feitosa Jesus, Aracaju, SE

Ana Luisa Antoniazzi, Ribeirão Preto, SP

Carla da Cunha Jevoux, Rio de Janeiro, RJ

Carlos Alberto Bordini, Batatais, SP

Daniella de Araújo Oliveira, Recife, PE

Djacir D. P. Macedo, Natal, RN

Elder Machado Sarmento, Barra Mansa, RJ

Eliana Meire Melhado, Catanduva, SP

Fabíola Dach, Ribeirão Preto, SP

Fernando Kowacs, Porto Alegre, RS

Henrique Carneiro de Campos, Belo Horizonte, MG

Jano Alves de Sousa, Rio de Janeiro, RJ

João José de Freitas Carvalho, Fortaleza, CE

Luis Paulo Queiróz, Florianópolis, SC

Marcelo C. Ciciarelli, Ribeirão Preto, SP

José Geraldo Speziali, Ribeirão Preto, SP

Marcelo Rodrigues Masruha, Vitória, ES

Pedro Ferreira Moreira Filho, Rio de Janeiro, RJ

Pedro André Kowacs, Curitiba, PR

Mauro Eduardo Jurno, Barbacena, MG

Paulo Sergio Faro Santos, Curitiba, PR

Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho, Recife, PE

Renata Silva Melo Fernandes, Recife, PE

Thais Rodrigues Villa, São Paulo, SP

Renan Domingues, Vitória, ES

A revista Headache Medicine é uma publicação de propriedade da Sociedade Brasileira de Cefaleia, indexada no Latindex e no Index Scholar, publicada pela Sociedade Brasileira de Cefaleia, [www.sbcefaleia.com.br](http://www.sbcefaleia.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.headachemedicine.com.br](http://www.headachemedicine.com.br) - Distribuição gratuita para os membros associados, bibliotecas regionais de Medicina e faculdades de Medicina do Brasil, e sociedades congêneres



# Sociedade Brasileira de Cefaleia - SBCE filiada à International Headache Society - IHS

Av. Tenente José Eduardo nº 453, sala 203  
27323-240 Barra Mansa - RJ - Brasil  
Fone: +55 (24) 9 8847-9980 www.sbcefaleia.com.br  
secretaria@sbcefaleia.com.br  
Josiane Moreira da Silva - Secretária Executiva SBCE

## DIRETORIA 2018/2021

**Presidente** Elder Machado Sarmiento  
**Secretário** Mario Fernando Prieto Peres  
**Tesoureiro** Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

### DELEGADOS

#### Academia Brasileira de Neurologia (ABN)

Fernando Kowacs  
José Geraldo Speziali

#### American Headache Society (AHS)

Marcelo Cedrinho Ciciarelli

#### Asociación Latinoamericana de Cefaleias (ASOLAC)

Carlos Alberto Bordini

#### European Headache Federation (EHF)

Marco Antônio Arruda

#### International Headache Society (IHS)

Pedro André Kowacs

#### Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED)

Eduardo Grossman - José G Speziali

#### Responsável pelo Site

Paulo Sérgio Faro Santos

#### Responsável pelas Mídias Sociais

Arão Belitardo Oliveira

#### Comissão de Ética

Elcio Juliato Piovesan - Jano Alves de Souza  
José Geraldo Speziali - Mauro Eduardo Jurno

#### Registro de Cefaleia no Brasil

Fernando Kowacs - Mauro Eduardo Jurno  
Vanise Grassi - Elder Machado Sarmiento  
Liselotte Menke Barea - Luis Paulo Queiroz  
Marcelo Cedrinho Ciciarelli - Mario FP Peres  
Pedro Augusto Sampaio Rocha-Filho

#### Políticas Públicas, Institucionais e Advocacy

Patricia Machado Peixoto

### COMISSÕES

#### Prêmios

Carlos A Bordini - Djacir Dantas de Macedo  
Jano Alves de Souza - Mauro Eduardo Jurno  
Pedro F Moreira Filho - Raimundo P Silva-Néto

#### Atividades Físicas e Fisioterapia

Cláudia Baptista Tavares - Daniela A Oliveira  
Debora Bevilaqua-Grossi

#### Cefaleia na Infância

Marco Antonio Arruda - Thais Rodrigues Villa

#### Cefaleia na mulher

Eliana Meire Melhado

#### Dor Orofacial

Ricardo Tanus Valle

#### Leigos

Celia A P Roesler - Henrique Carneiro de Campos - João José Freitas de Carvalho  
Paulo Sérgio Faro Santos

#### Alunos Residentes

Yara Dadalti Fragoso - Diego Belandrino Swerts  
Izadora Karina da Silva - Marcos Ravi Cerqueira  
Ferreira Figueiredo - Caroline Folchini  
Saulo Emanuel Gomes Silva - Walkyria Will-Patrick Emanuell - Eduardo Nogueira

#### Psicologia

Juliane Prieto Peres Mercante - Rebeca V. A. Vieira - Rosemeire Rocha Fukue

#### Procedimentos Invasivos

Cláudio Manoel Brito  
Élcio Juliato Piovesan



Segundo uma das definições do dicionário Michaelis Congresso é um encontro de especialistas para comunicar estudos, trocar experiências, divulgar novas descobertas e ato ou efeito de ajuntar-se; reunião. Dentro deste espírito vem chegando o XXXIII Congresso Brasileiro de Cefaleia e XIV Congresso de Dor Orofacial.

Estamos vivendo um grande momento na abordagem aos pacientes sofredores de cefaleias, novas descobertas estão surgindo, com novos tratamento e abordagem mais eficazes. Poderemos durante o evento, rever amigos, atualizar conhecimentos, trocar experiências e também como nunca deixou de ser teremos uma agenda social bem agitada, tudo isto ocorrendo na cidade de São Paulo, eleita pela National Geographic como a 4ª melhor noite do mundo para se conhecer e deliciar. Você vai querer perder este momento?

Venha conosco viver estes 03 dias intensos de conhecimento, convivência e troca de experiências na quarta melhor noite do mundo, esperamos por vocês...

**DR ELDER MACHADO SARMENTO**

Presidente

Sociedade Brasileira de Cefaleia



Em 1979, a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) organizou o seu primeiro simpósio, no Hospital do Servidor Público Estadual, em São Paulo, com a presença de 126 participantes. Desde então passou a organizar eventos científicos anuais, graças ao pioneirismo e persistência de nossos fundadores, destacando o Professor Edgard Rafaelli Júnior, um homem à frente do seu tempo, que revolucionou a área criando termos em português como migração e cefaleia em salvas.

Esse ano temos a alegria de retornar a São Paulo, onde tudo começou exatamente há 40 anos, e celebrar com todos vocês a história da cefaliatria brasileira. Um ano marcante, que abre uma nova era no tratamento da enxaqueca, com o lançamento da primeira linha de medicações preventivas específicas para essa doença tão debilitante, primeira causa de incapacidade em adultos jovens e, infelizmente, ainda tão subdiagnosticada e pouco tratada.

O altíssimo nível científico de nossos eventos se repetirá em São Paulo, com ênfase nos novos tratamentos e na importância da interdisciplinaridade para melhor diagnóstico e tratamento dos pacientes que tanto sofrem com as cefaleias. Um evento muito especial, preparado com todo carinho, para festejar esse momento único para nossa Sociedade e para a cefaliatria mundial. Esperamos vocês! Venham fazer história conosco!

**DRA. THAIS VILLA**

*XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALIA  
XIV CONGRESSO DE DOR OROFACIAL*

## Migraine stigma

Living with a chronic disease is stigmatizing, resulting in disruption of social and family support, loss of work productivity, and decreased quality of life. Society better understand a disease with any abnormal number measured (blood pressure, glucose, cholesterol) or image (infection, stroke, cancer, myocardial infarction).

Several disorders without a surrogate marker, such as all mental health disorders, pain conditions, functional somatic syndromes, are even more stigmatized because in addition to loss of function, they became invisible to others, family, society and even physicians.

Patient advocacy has been gaining increasingly projection in the headache field. One of the major aspects observed by headache patients is the stigma. It has been studied scientifically in neurological conditions, in pain, and also in headache disorders.

This issue of Headache Medicine brings an important step in studying stigma in Brazil and in other Portuguese speaking countries, a translation and cultural validation of the 8-item short instrument for measuring stigma (1) has been published.

We hope future studies can be done so this topic is better understood.

**Marcelo M Valença**

**Mario F P Peres**

### REFERENCE

1. Brancucci et al. Translation, back-translation and cultural adaptation of the 8-item Stigma Scale for Chronic Illness to Portuguese. Headache Medicine 2019 10 (3): 73-75

# Frequency of diagnoses in a specialized headache clinic in Buenos Aires

## Frequência de Diagnósticos em um Centro de Cefaleia Especializado de Buenos Aires

Vanessa Nagel  
Sol Cavanagh  
Marina Olivier  
Natalia Larripa  
Maria T Gutierrez  
Mariela Grandinetti  
Daniela Calvo  
Fernando Salvat  
Lucas Bonamico  
Maria Teresa Goicochea

Departamento de Neurología, Hospital Fleni,  
Buenos Aires, Argentina

### ABSTRACT

**Objective:** Headache is one of the most frequent reason for consultations in neurology. The global prevalence among adults with migraine is approximately 10% with migraine, 40% for tension-type headache (TTH) and 3% for chronic daily headache. The purpose of this study is to analyze the prevalence of the diagnoses of headache and craniofacial pain among patients evaluated in a specialized headache clinic of Buenos Aires during 2017. **Methods:** Retrospective, descriptive study. We reviewed the electronic medical records of patients who consulted for headaches or craniofacial pain from January 1st to December 31st, 2017. Diagnoses were made according to the criteria of the International Classification of Headache Disorders (ICHD-3). **Results:** We reviewed 3254 electronic medical records and documented 3941 diagnoses: headache (93.03%), craniofacial pain (3.62%) and unclassifiable (3.35%). The average age was 43.14 years. 80.7% were women. Primary headaches were the most frequent diagnoses (78.54%). Migraine represented the main diagnosis (87.42%). Episodic migraine without aura was the most prevalent diagnosis (48%). Tension-type headache (TTH) was found in 8.74% of cases of primary headaches and Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs) in 2.89%. Medication-overuse headache (MOH) represented 77.93% of the secondary headaches, and most of them also met chronic migraine criteria fulfilled criteria of chronic migraine. Primary trigeminal neuralgia represented 50% of craniofacial pain and 27% were secondary trigeminal neuralgia, mostly postherpetic or posterior to dental procedures. Regarding to the frequency, 33.58% of the patients had chronic headache. **Conclusion:** In our section, migraine is the most frequent diagnosis followed by medication-overuse headache. The percentage of chronic headache is higher than the prevalence in the general population, probably because it is a tertiary center.

**Keywords:** Primary headaches, prevalence, migraine, tension-type headache

### RESUMO

**Objetivo:** Dor de cabeça é uma das razões mais frequentes para consultas em neurologia. A prevalência global entre adultos com enxaqueca é de aproximadamente 10%, 40% para cefaleia tipo tensional (TTH) e 3% para cefaleia crônica diária. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência dos diagnósticos de cefaleia e dor craniofacial em pacientes avaliados em uma clínica especializada em cefaleia de Buenos Aires durante o ano de 2017. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo. Foram revisados os prontuários médicos eletrônicos dos pacientes consultados para dores de cabeça ou dor craniofacial de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2017. Os diagnósticos foram feitos de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Distúrbios da Cefaleia (ICHD-3). **Resultados:** Foram revisados 3254 prontuários eletrônicos e documentados 3941 diagnósticos: Cefaleias (93,03%), dor craniofacial (3,62%) e não classificáveis (3,35%). A idade média foi de 43,14 anos. 80,7% eram mulheres. Cefaleias primárias foram o grupo diagnóstico mais frequente (78,54%). Deste, a enxaqueca representou o principal diagnóstico (87,42%). O episódio de enxaqueca sem aura foi o diagnóstico mais prevalente (48%). Cefaleia tipo tensional (TTH) foi encontrada em 8,74% dos casos de cefaleia primária e cefaleias trigemino-autônômicas (TACs) em 2,89%. A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (MS) representou 77,93% das cefaleias secundárias, e a maioria delas também atendeu aos critérios de enxaqueca crônica. A neuralgia trigeminal primária representou 50% da dor craniofacial, 27% eram neuralgia trigeminal secundária, principalmente pós-herpética ou posterior a procedimentos odontológicos. Em relação à frequência, 33,58% dos pacientes apresentaram cefaleia crônica. **Conclusão:** Em nosso centro, a enxaqueca é o diagnóstico mais frequente seguido de cefaleia por uso excessivo de medicamentos. A porcentagem de cefaleia crônica é maior que a prevalência na população em geral, provavelmente por ser um centro terciário.

**Descritores:** Cefaleias Primárias, prevalência, enxaqueca, cefaleia do tipo tensional

#### \*Correspondence

Maria Teresa Goicochea  
E-mail: mtgoycochea@fleni.org.ar

Received: September 20, 2019.  
Accepted: September 24, 2019.

DOI: 10.5935/2178-7468.20190002

Creative Commons (CC BY) Attribution 4.0  
International.

## INTRODUCTION

Headache is one of the most frequent consultations in neurology. It is estimated that 95% of men and 99% of women will have at least one episode of headache throughout their life, provided that about 40% have it quite regularly.<sup>1</sup>

The global prevalence among adults is approximately 10% of migraine, 40% for tension-type headache (TTH) and 3% for chronic daily headache.<sup>2</sup> In general population the most frequent headache is TTH, but among patients visiting specialized clinics migraine is the first diagnosis.

Headache can have a significant impact on the patients quality of life. On the World Health Organization's ranking of causes of disability, headache disorders are between the 10 most disabling conditions for the two genders, and between the five most disabling for women.<sup>2</sup>

There are few data about frequency of headache and craniofacial pain in South America. The purpose of this study is to analyse the prevalence of the diagnoses of headache and craniofacial pain among patients evaluated in Fleni, a specialized headaches clinic of Buenos Aires, during 2017.

## Patients and methods

We performed a retrospective, descriptive study based on the electronic medical records of patients evaluated for headaches or craniofacial pain who presented to the headache clinic of the Fleni Institute from January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2017. Diagnoses were recorded according to the International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) criteria. When a patient met criteria for more than one type of headache, all of them were coded.

This work was approved by the ethics committee of the Fleni Institute.

## RESULTS

Between January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2017, 3254 patients (2626 women and 628 men with a ratio of 4.18: 1) were evaluated at headache clinic of the Fleni Institute. The average age was 43.14 years (range 18 to 95 years). We reviewed these 3254 electronic medical records and documented 3941 diagnosis: 3095 primary headaches (78.54%), 571 secondary headaches (14.49%), 90 primary craniofacial pain (2.28%), 53 secondary craniofacial pain (3.35%) and 132 were considered unclassifiable (3.35%) (Figure 1).

Regarding primary headaches 2706 patients were migraineurs (87.42%), 270 patients had TTH (8,74%), 89 patients had TAC (2.89%) and 30 patients had others primary headaches (0.95%). Figure 2 Among migraine, 1309 patients were diagnosed with episodic migraine without aura (48%), 993 patients had chronic migraine without aura (37%) and 404 patients had diagnosis of migraine with aura (15%). Episodic tension-type headache was found in 170 patients of primary headaches (5.50%), whereas 100 patients had chronic

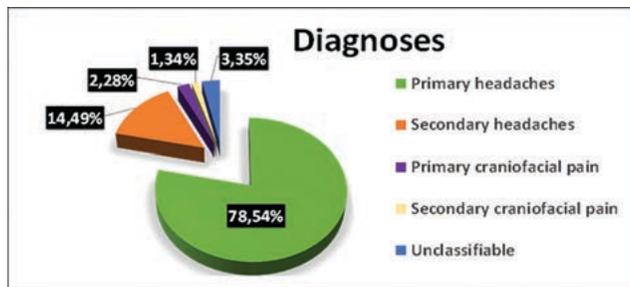


Figure 1. Frequency of headache diagnoses.

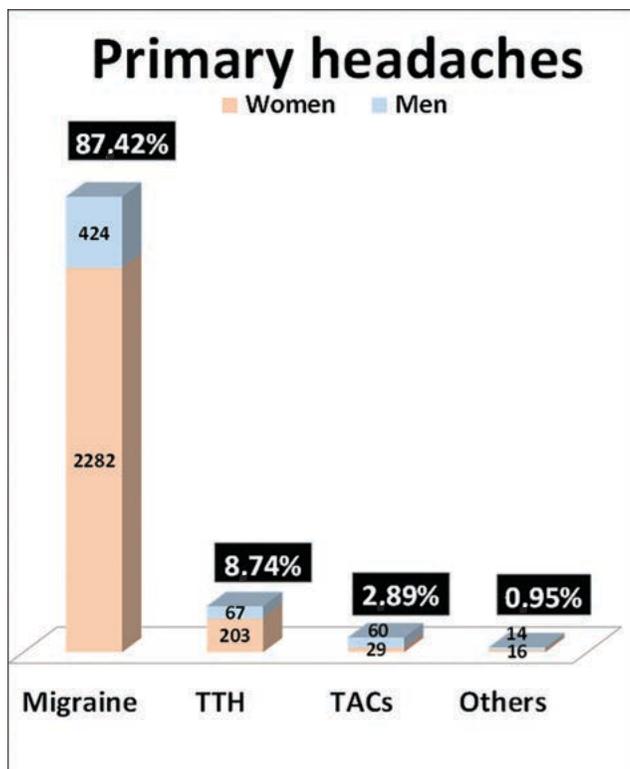


Figure 2. TTH: tension-type headache, TACs: Trigeminal autonomic cephalalgias.

forms (3.24%). Trigeminal autonomic cephalalgias corresponded to 2.89% of the cases. 82 patients were cluster headache (2.66%) and 7 hemicranias (0.23%). In our series there were no cases of Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT) or short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA). Among others primary headaches, the most frequent was headache associated with sexual activity, with 9 cases (0.29%). The rest were distributed as follows: 6 primary cough headache (0.19%), 5 primary stabbing headache (0.16%), 5 new daily persistent headache (NDPH) (0.16%), 3 primary thunderclap headache (0.09%), 1 nummular headache (0.03%) and 1 hypnic headache (0.03%).

Secondary headaches were diagnosed in 571 patients (14.49%). Headache attributed to substances was the main diagnosis, with 445 patients (77.93%). Of

these, only one was secondary to the use of illicit drugs (cocaine), while the rest was attributed to medication-overuse headache (MOH). Among these patients with overuse of analgesics, 402 had diagnosis of chronic migraine without aura (97.33%), 5 episodic migraine without aura (1.22%) and 6 migraine with aura (1.45%). The remain secondary headaches were distributed as follows (Figure 3):

- 34 headaches attributed to craniofacial or cervical structures (5.95%): 17 cervicogenic (50%), 11 temporomandibular disorder (TMD) (32.36%), 4 rhinosinusitis (11.76%), 1 trocleodinia (2.94%) and 1 lesion in subcutaneous tissue (2.94%).
- 22 traumatic headaches (3.85%): 14 postcraniectomy (63.6%) and 8 head injuries (36.4%).
- 21 headaches secondary to intracranial pathologies (3.68%): 8 space-occupying lesions (38.09%), 7 CSF hypotension (33.33%), 4 idiopathic intracranial hypertension (19.04%) and 2 secondary hydrocephalus (9.52%).
- 20 headaches attributed to vascular disorders (3.5%): 8 vascular dissections (40%), 5 reversible cerebral vasoconstriction syndrome (25%), 2 venous thromboses (10%), 2 strokes (10%), 1 pituitary apoplexy (5%), 1 subarachnoid hemorrhage (5%) and 1 giant cell arteritis (5%).
- 7 infections (1.22%): 5 systemic febrile syndrome (71.42%) and 2 viral meningitis (28.57%).

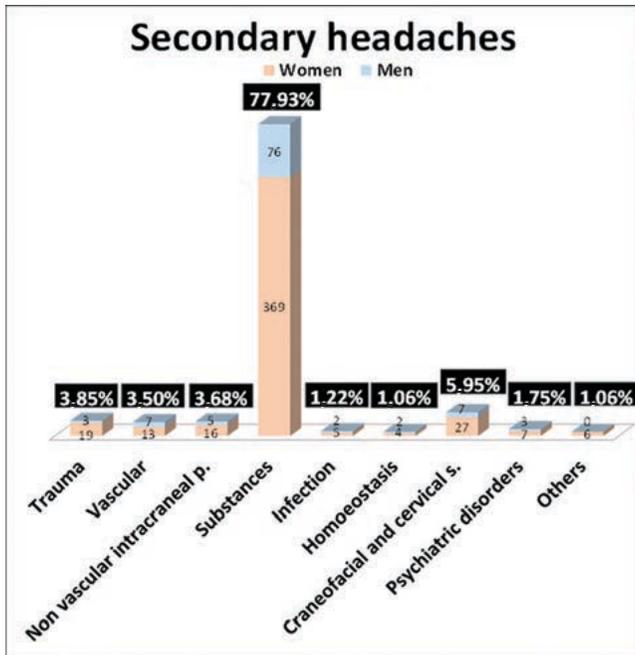


Figure 3. Distribution of Secondary Headaches.

- 6 headaches attributed to disorders of the homoeostasis (1.06%): 5 sleep apnea-hypopnea syndrome (83.26%) and 1 headache associated with airplane travel (16.6%).
- 10 cases were due to psychiatric symptoms (1.77%).

Primary trigeminal neuralgia represented 50% of craniofacial pain and 27% were secondary trigeminal neuralgia: 16 postherpetic (42%), 12 posterior to dental procedures (32%), 3 multiple sclerosis (7,8%), 2 dental infections (5,2%), 2 tumors (5,2%), 1 mandibular surgery (2,6%), 1 trauma (2,6%) and 1 venous anomaly (2,6%). 10% of the cases were diagnosed as primary occipital neuralgia and 3% secondary: 1 chordoma, 1 multiples sclerosis, 1 tumor and 1 C2 zoster. 2% were primary glossopharyngeal neuralgias. 11 patients has diagnoses of other facial pain: 8 atypical facial pain (72,73%), 1 burning mouth syndrome (9,09%), 1 pain secondary to retropharyngeal abscess (9,09%) and 1 facial pain secondary to a venous tumor (9,09%) (Figure 4).

34% of the patients had diagnosis of chronic headache (90.8% migraine, 9.2% TTH). Figure 5 2593 patients had 1 diagnosis, 635 patients 2 diagnoses and 26 patients 3 diagnoses. The most common association was migraine (mostly chronic without aura) and overuse of medication.

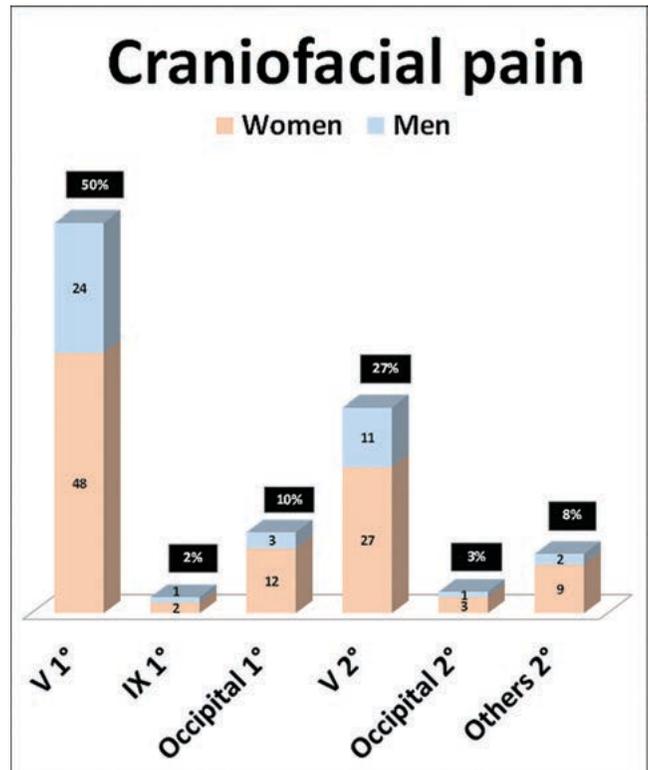
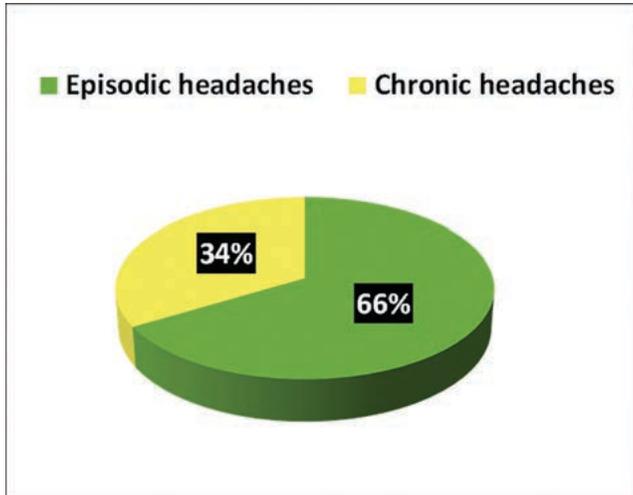


Figure 4. Distribution of craniofacial pain syndromes.



**Figure 5.** Percentages of Episodic and Chronic headaches.

## DISCUSSION

The demographic characteristics of the study showed a female-to-male ratio of 4:18, higher than in other published series<sup>3</sup>. Average age of the patients was 43.14 years, comparable with those reported previously<sup>3</sup>.

As in other specialized headache, the most frequent diagnosis in our population was migraine. Among them, episodic migraine without aura was the most prevalent, followed by chronic migraine and finally migraine with aura.

The second diagnosis was Medication-overuse headache. All these patients also have another type of headache, which was the cause that led to the abuse of analgesics. These patients were mostly diagnosed with chronic migraine without aura.

Tension headache was the next diagnosis in frequency. Although this type of headache is the most frequent in the general population, the percentage is lower in specialized centers, because it usually generates less impact on the patients' lives, and therefore, they need less medical assistance. In our series the prevalence of this type of headache is lower than in other published studies. Cluster headache was the most frequent trigeminal autonomic cephalalgia. Other primary headaches accounted for a small percentage of the diagnoses.

Medication-overuse headache was the most frequent secondary headache. The majority were patients with chronic migraine. The next diagnosis within this group was headache associated with craniofacial and/or cervical pathologies, mainly cervicogenic pathology and temporomandibular joint.

Within craniofacial neuropathic pain, primary trigeminal neuralgia was the most prevalent, while postherpetic neuralgia was the next frequency diagnosis.

The percentage of chronic headaches was 34%, higher than in the general population, probably because Fleni is a tertiary center. Most of them were migraines.

## CONCLUSIONS

There are few published data about frequency of different types of headaches and craniofacial pain in South America, being the main data those coming from Brazil.<sup>4-6</sup> According to our knowledge there are no data from Argentine headache center.

In our section, migraine is the most frequent headache. Unlike the published data, where tension-type headache is the next cause of consultation in specialized centers, medication-overuse headache is the second diagnosis. The percentage of chronic headache is higher than the prevalence in the community, probably because it is a tertiary center.

The high frequency of chronic headache, especially Medication-overuse headache, highlights the need for more education for doctors and the importance of raising awareness among patients about its prevention, detection and treatment.

## REFERENCES

1. Ariovaldo Alberto daSilvaJunior, Rafael MattosTavares, Rodrigo Pinto Lara, Bruno Engler Faleiros, Rodrigo Santiago Gomez, Antônio Lúcio Teixeira. Neurologist, Department of Neurology, Hospital das Clínicas, Universidade Federal. Frequency of types of headache in the tertiary care center of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(6):709-713
2. LJ Stovner, K Hagen, R Jensen, Z Katsarava, RB Lipton, AI Scher, TJ Steiner & J-A Zwart. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 2007, 27, 193-210
3. M.I. Pedraza, P. Mulero, M. Ruiz, C. de la Cruz, S. Herrero, A.L. Guerrero. Characteristics of the first 2000 patients registered in a specialist headache clinic. *Neurología*. 2015;30(4):208-213
4. Shand B, Goicochea MT, Valenzuela R, Fadic R, Jensen R, Tassorelli C, Nappi G; COMOESTAS CONSORTIUM. Clinical and Demographical Characteristics of Patients with Medication Overuse Headache in Argentina and Chile: Analysis of the Latin American Section of COMOESTAS Project. *J Headache Pain*. 2015;16:83
5. Marcelo Moraes Valença, MD, PhD; Amanda Araújo da Silva, PsyD; Carlos Alberto Bordini, MD, PhD. Headache Research and Medical Practice in Brazil: An Historical Overview. *Headache* 2015;55;S1:4-31
6. Luiz P. Queiroz, MD, PhD; Ariovaldo A. Silva Junior, MD, PhD. The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. *Headache* 2015;55;S1:32-38

# Feasibility of intravenous ketamine infusion for refractory headache

## Viabilidade da infusão intravenosa de cetamina para cefaleias refratárias

Iron Dangoni Filho  
 Hálisson Flamini Arantes  
 Ulysses Cardoso D'Orto  
 Luis Sergio Fernandes Marques  
 Bruno Schuind Arantes  
 Mario Fernando Prieto Peres

HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

### ABSTRACT

**Background:** Ketamine intravenous infusion has been used safely to several chronic pains and it is a good option to refractory chronic headaches. It is a noncompetitive NMDA receptor antagonist that blocks glutamate, responsible for the dissociation between thalamus-neocortical and limbic systems, leading to changes in patients' pain perception. Due to this theoretical mechanism and results in reducing cortical spreading depression, Ketamine has been proposed as a treatment for migraine. **Methods:** We conducted a retrospective medical chart review study at Hospital Israelita Albert Einstein including three patients. All of them were diagnosed previously with refractory chronic headache. **Results:** Of participants included (n = 3), two were woman. The median duration of the disease was 21 years and 12 previous treatment's failures. All the patients were currently in use of more than 4 preventive drugs. Treatment-emergent response was seen in all patients, requiring 1, 3 and 4 sessions to complete plain remission. They presented good tolerability to the treatment. One patient complained of tinnitus and mild dizziness at the end of the last session, which lasted less than 30 minutes. **Conclusion:** Ketamine is well tolerated and an effective treatment for patients with refractory chronic headache.

**Keywords:** Ketamine, chronic headache, refractory headache

### RESUMO

**Justificativa:** A infusão intravenosa de cetamina tem sido utilizada com segurança em diversas dores crônicas e é uma boa opção para dores de cabeça crônicas refratárias. É um antagonista não competitivo do receptor de NMDA que bloqueia o glutamato, responsável pela dissociação entre os sistemas tálamo-neocortical e límbico, levando a alterações na percepção da dor dos pacientes. Devido a esse mecanismo teórico e redução da depressão cortical alastrante, a cetamina foi proposta como tratamento para enxaqueca. **Métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo de revisão de prontuários no Hospital Israelita Albert Einstein, incluindo três pacientes. Todos foram diagnosticados previamente com cefaleia crônica refratária, enxaqueca crônica. **Resultados:** Dos participantes incluídos (n = 3), dois eram do sexo feminino. A duração média da doença foi de 21 anos e 12 falhas do tratamento anterior. Todos os pacientes estavam atualmente em uso de mais de 4 medicamentos preventivos. A resposta emergente ao tratamento foi observada em todos os pacientes, exigindo 1, 3 e 4 sessões para concluir a remissão simples. Eles apresentaram boa tolerabilidade ao tratamento. Um paciente apresentou queixa de zumbido e tontura leve no final da última sessão, que durou menos de 30 minutos. **Conclusão:** A cetamina é bem tolerada e um tratamento eficaz para pacientes com cefaleia crônica refratária.

**Descritores:** cetamine, cefaleias crônicas, cefaleias refratárias

#### \*Correspondence

Mario Fernando Prieto Peres  
 E-mail: marioperes@usp.br

Received: September 14, 2019.  
 Accepted: September 21, 2019.

DOI: 10.5935/2178-7468.20190003

Creative Commons (CC BY) Attribution 4.0 International.

## INTRODUCTION

Refractory chronic headache is responsible for high financial costs to the health system, considering the frequent use of services and disability in the economically active population. One of the currently used treatment options is ketamine<sup>1</sup>. This drug has been used to treat several chronic pains with good results, and some reports on refractory headaches also indicate good response<sup>2-4</sup>.

Ketamine is a dissociative anesthetic that acts on glutamate binding sites at the N-methyl-D-aspartate receptor (NMDA), as well as at opioid, monoaminergic, cholinergic, nicotinic, and muscarinic receptors<sup>5,6</sup>. There is a theory of functional and electrophysiological dissociation between thalamus-neocortical and limbic systems: sensory afferences may reach cortical receptor areas, but are not observed in some areas of association with ketamine use<sup>7,8</sup>. Analysis of the effects of dose-dependent ketamine on pain processing showed reduced activation of the secondary somatosensory cortex, insula and anterior cingulate, which has been associated with the affective component of pain<sup>9</sup>. This theoretical mechanism of action of ketamine has been shown to decrease central sensitization and allodynia, which has motivated physicians to use it as a treatment for migraine. Ketamine also reduces cortical spreading depression in animal models. The most common known side effects may include cardiovascular instability, respiratory changes, and psychiatric symptoms, including acute psychosis, hallucinations, anxiety, but are generally dose dependent<sup>4</sup>.

Although Ketamine infusions has been widely used in depression and chronic pain conditions, limited information is available in Brazil regarding this option in refractory headache patients.

## METHODOLOGY

We conducted a retrospective medical chart review study. In 2018, a total of three patients were admitted to a day hospital for continuous intravenous ketamine treatment at Hospital Israelita Albert Einstein, in São Paulo. Data were collected from medical records obtained from electronic medical records. Prior to admission, patients were already diagnosed with refractory chronic headache by a specialist neurologist for headache.

Patients were evaluated by neurologists (HFA, MFPP) monitored by a team of anesthetists (UCD, LSFM, BSA), who repeated the same infusion procedure in all cases. The protocol used was 30 mg IV ketamine diluted in 0.9% saline 100 ml, with a one-hour continuous infusion pump infusion time. Number of previous treatments, headache history time, pain intensity before and after infusion (visual analog scale), tolerability (adverse effects) and number of applications were evaluated in the patients.

## RESULTS

The age ranged from 39 to 53 years and two out of three patients were women. EVA scores at admission were nine or ten. All patients were Brazilian, born in São

Paulo. The median duration of the disease was 21 years (range 20-24). The average number of failures in previous treatments was 12 and were currently in use of more than 4 preventive treatments. Two out of three patients receiving ketamine had a previous psychiatric diagnosis (depression and panic syndrome). All three patients were on at least one of the following medications: muscle relaxant, NSAID, opioid, antiepileptic, antidepressant, benzodiazepine, triptan, beta blocker or antiemetic.

Responses from 3 patients, one man and 2 women were evaluated. Patient 1, 50 years old, required 3 sessions for complete pain remission, evolved with good tolerability, no comorbidities. Patient 2, 53 years old, previously diagnosed with depression and chronic neck pain, required 4 sessions for complete pain relief (1 session per week), tinnitus and mild dizziness lasting less than 30 min only at the end of the last session. Patient 3, 39 years old, previously diagnosed with panic syndrome, underwent only 1 session of IV ketamine with complete pain remission, with no reports of adverse events.

## DISCUSSION

Intravenous ketamine has been proposed for the treatment of headache disorders. Despite the small number of patients in the case series and the absence of a comparative placebo group, we have demonstrated short-term success in pain relief in patients with chronic headache with tolerable and short-term adverse effect. It is biologically plausible that ketamine may be an effective treatment for intractable headaches. Since Ketamine has been used for depression and severe headache patients are likely to present with comorbid depression, its use may have multiple benefits.

Ketamine use has been very effective, has variable durability and has side effects with anomalous body and consciousness sensations but not reported as uncomfortable. Its application is feasible in our environment, the use of infusion pump makes the procedure expensive and is in our opinion unnecessary. Despite the fear of the side effects profile, they are all easy to handle.

## CONCLUSION

Intravenous infusion ketamine protocol is feasible, safe, and effective. It can be done in a non-hospitalized infusional environment, alleviates pain without substantial adverse effects. Future studies are necessary to stablish the role of ketamine infusion in other headache conditions.

## REFERENCES

1. Kaube H, Herzog J, Kaufer T, Dichgans M, Diener HC (2000) Aura in some patients with familial hemiplegic migraine can be stopped by intranasal ketamine. *Neurology*, 55(1):139-141.
2. Cohen SP, Bhatia A, Buvanendran A, et al (2018) Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Chronic Pain From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Reg Anesth Pain Med*, 43(5):521-546.

3. Schwenk ES, Dayan AC, Rangavajjula A, Torjman MC, Hernandez MG, Lauritsen CG (2018) Ketamine for Refractory Headache: A Retrospective Analysis. *Reg Anesth Pain Med*, 43(8):875-879.
4. Eikermann-Haerter K, Can A, Ayata C (2012) Pharmacological targeting of spreading depression in migraine. *Expert Rev Neurother*, 12(3):297-306.
5. Matue M, Edward FD (1968) Neuronal mechanisms of ketamine-induced anesthesia. *International Journal of Neuropharmacology*, 7(6):557-573.
6. Jamie S, Martyn H, Logan V, Bill D (2014) Ketamine - More mechanisms of action than just NMDA blockade. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(2-3):76-81.
7. Mion G, Villevieille T (2013) Ketamine pharmacology: an update (pharmacodynamics and molecular aspects, recent findings). *CNS Neurosci Ther*, 19(6):370-380.
8. Cai ZJ (2018) The limbic-reticular coupling theory of memory processing in the brain and its greater compatibility over other theories. *Dement Neuropsychol*, 12(2):105-113.
9. Sprenger T, Valet M, Woltmann R, Zimmer C, Freynhagen R, Kochs EF, Tölle TR, et al (2006) Imaging pain modulation by subanesthetic S-(+)-ketamine. *Anesth Analg*, 103(3):729-737.

# Translation, back-translation and cultural adaptation of the 8-item Stigma Scale for Chronic Illness to Portuguese

## Tradução, retrotradução e adaptação cultural da Escala de Estigma para Doença Crônica (8 itens) ao Português

Rosana Tieka Miyazaki Brancucci<sup>1</sup>  
Marcio Lima Pontes Natan<sup>2</sup>  
Aline Vitali<sup>3</sup>  
Arao Belitardo de Oliveira<sup>4</sup>  
Juliane Prieto Peres Mercante<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP

<sup>2</sup> Departamento de Neurologia - HCFMUSP

<sup>3</sup> Universidade Norte do Paraná

<sup>4</sup> International Headache Society - Social Media Committee

<sup>5</sup> Sociedade Brasileira de Cefaleia - Comitê de Psicologia

### ABSTRACT

Cultural diversity limits cross cultural understanding of diseases. Stigma has been studied in neurological disorders, chronic pain and migraine, but instruments are not available in Portuguese. We aimed to translate the 8-item Stigma Scale for Chronic Illness to Portuguese. **Methods:** We followed the 5 steps advised by guidelines for transcultural validation. **Results:** Translation, backtranslation and cultural validation has been performed following the 5 steps, and a final version of the instrument was achieved. **Discussion/Conclusion :** Stigma is an important issue in migraine management. Measurement of stigma in headache sufferers in Brazil may be started. The final version of the instrument is provided.

**Keywords:** Stigma; Work productivity; Migraine.

### RESUMO

A diversidade cultural é cada vez mais comum no mundo e limita a compreensão transcultural de doenças. O estigma foi estudado em distúrbios neurológicos, dor crônica e enxaqueca, mas os instrumentos não estão disponíveis em português. Nosso objetivo foi traduzir a escala de estigma de oito itens para doenças crônicas para o português. **Métodos:** Foram seguidas as 5 etapas recomendadas pelas diretrizes para validação transcultural. **Resultados:** A tradução, a retrotradução e a validação cultural foram realizadas seguindo as 5 etapas, e uma versão final do instrumento foi alcançada. **Discussão/ Conclusão:** O estigma é uma questão importante no tratamento da enxaqueca. A mensuração do estigma em pessoas com dor de cabeça no Brasil pode ser iniciada. A versão final do instrumento é fornecida.

**Descritores:** Estigma; Perda produtiva; enxaqueca.

#### \*Correspondence

Juliane Mercante  
E-mail: julianeppm@gmail.com

Received: September 4, 2019.  
Accepted: September 20, 2019.

DOI: 10.5935/2178-7468.20190004

Creative Commons (CC BY) Attribution 4.0 International.

## INTRODUCTION

Cultural diversity has been growing worldwide due to globalization and migration. Countries in Europe and others such as the United States have populations with significant diverse cultural, language and ethnicity<sup>1</sup>. Developed instruments, scales for diseases measurements, have been conceived in English, leaving cross cultural studies limited because of the lack of translation and cultural validation<sup>2</sup>.

Stigma has been first mentioned in 1963 in medical literature<sup>3</sup>, becoming an increasingly studied topic in medical research. Stigma is a social science construct meaning a flaw that discredits individuals for being socially unacceptable eliciting prejudice, discrimination, and loss of status. When someone experience stigma, a negative attitude toward treatment appears, affecting treatment adherence.

Stigma has been studied in several neurological disorders, including multiple sclerosis, stroke, epilepsy, spinal cord injury, and Parkinson's disease, showing greater distress and decreased quality of life<sup>4,5</sup>. Pain conditions have also been determined to be affected by stigma, but headache disorders, although very influenced, have never been studied. The Stigma Scale for Chronic Illness has been used to evaluate the issue in chronic conditions<sup>6</sup> and a short version, 8-item scale developed<sup>7</sup>.

Headache disorders are prevalent and a major debilitating condition in Brazil<sup>8</sup>. We aimed to start the validation process of the SSCI by translating, back-translating, and performing the cultural adaptation for Portuguese and Brazilian culture.

## METHODS

### Translation and cultural adaptation of the SSCI

We choose the symmetrical category warranting faithfulness of meaning and colloquialness in both the source language (OS; original language of the instrument) and the target language (BPS; Brazilian Portuguese). The purpose of translation was to achieve equivalence between both instruments.

The scale consisted in a 8-item instrument, each item can be scored from 1 to 5, being 1 = never, 2 = rarely, 3 = sometimes, 4 = often, and 5 = always. The higher the score the higher frequency of experiencing stigma.

Guidelines for transcultural validation advise that the full project be divided into steps, so a more careful process occur<sup>2</sup>. The first 5 steps were:

Step 1: translation of the scale into the target language (Portuguese)

Step 2: comparison of the two translated versions of the instrument (TL1 and TL2): synthesis I

Step 3: blind back-translation of the preliminary initial translated version of the instrument

Step 4: comparison of the two back-translated versions of the instrument (B-TL1 and B-TL2): synthesis II

Step 5: pilot testing of the pre-final version of the instrument in the target language with a monolingual sample: cognitive debriefing

## RESULTS

We followed the 5 steps suggested by Sousa *et al.*<sup>2</sup>.

### Step 1

The original SSCI with 8 items (OS) was translated into Brazilian Portuguese Scale (BPS) producing two versions (BPS-1 and BPS-2) by two bilingual and bicultural translators whose mother language is Brazilian Portuguese, both knowledgeable about health terminology and one (JPM) in psychology.

### Step 2

A third independent translator, fluent in both languages, who lived in the United States and Brazil, compared BPS-1 and BPS-2, resolved ambiguities resolved ambiguities and discrepancies and produced the BPS-TL.

### Step 3

BPS-TL was then back-translated by two neurologists, well-versed in both languages, to OS (OS-1 and OS-2) making two versions.

### Step 4

OS-1 and OS-2 were then compared, also between the original scale. Wording, sentence structure, relevance and meaning were ascertained. A multidisciplinary committee, one neurologist, one psychologist, one physical educator. Discrepancies and ambiguities were resolved, resulting in a final and similar version. retaining the original meaning. Additional translation and back-translation were not necessary.

### Step 5

The final BPS-TL was test piloted among an expert panel of 10 people, PhD students, and scholars, so clarity of the instructions, items and format were further examined, without additional changes.

The final result of the Brazilian Version of SSCI is shown in Table 1.

## DISCUSSION

The SSCI is an English-language Neuro-QOL instrument developed by Rao *et al.*<sup>4</sup> to measure stigma experienced by individuals with chronic neurological disorders, including stroke.

Its first version included 24 items with two subscales: felt (13 items) and enacted (11 items) stigma. The felt stigma questions were about embarrassment, worry and self-blame. Enacted stigma, asked about behavior of others, such as avoiding contact, staring, and being

**Table 1.** Final Version of the 8-item Stigma Scale for Chronic Illness to Portuguese. Responda a cada pergunta do enunciado marcando uma alternativa por linha.

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Na Maior Parte Do Tempo	Sempre
Por causa da minha doença, algumas pessoas pareceram desconfortáveis comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por causa da minha doença, algumas pessoas me evitaram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por causa da minha doença, me senti deixado de fora das coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por causa da minha doença, as pessoas foram duras comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por causa da minha doença, as pessoas evitavam me olhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti envergonhado com a minha doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti envergonhado por causa das minhas limitações físicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algumas pessoas agiram como se fosse minha culpa eu ter essa doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

unkind<sup>9</sup>. A short version with 8 items has shown to be as reliable and valid, therefore we used this one<sup>7</sup>.

Stigma has been studied in chronic pain patients<sup>10</sup>, however, only four patients had a head pain diagnosis. Stigma has been identified as an important issue in migraine management<sup>11</sup>. Young et al.<sup>11</sup> studied 123 episodic, 123 chronic migraine patients, comparing with 62 epilepsy patients. Subjects with migraine reported greater inability to work than epilepsy subjects. Stigma correlated most strongly with inability to work, and was greater for chronic migraine than epilepsy or episodic migraine.

## CONCLUSION

Measurement of stigma in headache sufferers in Brazil is important, with a translated instrument further studies are possible. The final version of the instrument is provided.

## REFERENCES

1. Anderson, LM, Scrimshaw, SC, Fullilove, M. T., Fielding, J. E. & Normand, J. Culturally competent healthcare systems. *Am. J. Prev. Med.* 24, 68-79 (2003).
2. Sousa, VD & Rojjanasrirat, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J. Eval. Clin. Pract.* 17, 268-274 (2011).
3. Weiss, M. G., Ramakrishna, J. & Somma, D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions 1. *Psychol. Health Med.* 11, 277-287 (2006).
4. Rao, D. et al. Measuring stigma across neurological conditions: The development of the stigma scale for chronic illness (SSCI). *Qual. Life Res.* (2009). doi:10.1007/s11136-009-9475-1
5. Jacoby, A., Snape, D. & Baker, G. A. Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurology* (2005). doi:10.1016/S1474-4422(05)70020-X
6. King, M. et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br. J. Psychiatry* 190, 248-254 (2007).
7. Molina, Y., Choi, S. W., Cella, D. & Rao, D. The stigma scale for chronic illnesses 8-item version (SSCI-8): Development, validation and use across neurological conditions. *Int. J. Behav. Med.* (2013). doi:10.1007/s12529-012-9243-4
8. Peres MFP et al. Migraine: a major debilitating chronic non-communicable disease in Brazil, evidence from two national surveys. *J. Headache Pain* 20, 85 (2019).
9. Jacoby, A. Felt versus enacted stigma: A concept revisited. *Soc. Sci. Med.* 38, 269-274 (1994).
10. Waugh, OC, Byrne, D. G. & Nicholas, M. K. Internalized stigma in people living with chronic pain. *J. Pain* (2014). doi:10.1016/j.jpain.2014.02.001
11. Young, W. B., Park, J. E., Tian, I. X. & Kempner, J. The Stigma of Migraine. *PLoS One* 8, e54074 (2013).

# Acute calcific retropharyngeal tendinitis: a three-case series and a literature review

Tendinite retrofaríngea calcificada aguda: série de três casos e revisão de literatura

Paulo Sérgio Faro Santos<sup>1</sup>  
Ana Carolina Andrade<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurologist, Head of the Headache and Orofacial Pain Sector, Department of Neurology, Institute of Neurology of Curitiba, PR, Brazil

<sup>2</sup>Resident doctor, Department of Neurology, Institute of Neurology of Curitiba, PR, Brazil

## ABSTRACT

Acute retropharyngeal tendinitis is a rare, self-limiting, benign condition that is poorly described in the literature. It is clinically characterized by neck pain and stiffness and either dysphagia or odynophagia. Diagnosis depends on clinical suspicion and imaging examination (computed tomography of the cervical spine is the gold standard), with calcification found in the anterior region of the first and second vertebrae. The disease usually presents good clinical course, with satisfactory response to the use of either non-steroidal anti-inflammatory drugs or corticosteroids, with remission of symptoms in days to weeks and of the calcification process in weeks to months.

**Keywords:** Headache; Deglutition disorder; Tendon injury.

## RESUMO

Tendinite retrofaríngea aguda é uma condição rara, autolimitada, benigna e pouco descrita na literatura. Caracteriza-se clinicamente por cervicalgia, rigidez de pescoço e disfagia ou odinofagia. O diagnóstico depende da suspeição clínica e de exame de imagem, sendo a tomografia computadorizada de coluna cervical o padrão-ouro, com o achado de calcificação em região anterior da primeira e segunda vértebras. A doença costuma apresentar uma boa evolução clínica, com resposta satisfatória ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais ou corticosteroides, com remissão dos sintomas em dias a semanas e do processo de calcificação em semanas a meses.

**Descritores:** Cefaleia; Distúrbio da deglutição; Tendinopatia

### \*Correspondence

Paulo Faro  
E-mail: dr.paulo.faro@gmail.com

Received: September 1, 2019.  
Accepted: September 8, 2019.

DOI: 10.5935/2178-7468.20190005

Creative Commons (CC BY) Attribution 4.0 International.

## INTRODUCTION

Acute retropharyngeal calcific tendinitis is a rare, self-limiting, benign condition that is poorly described in the literature. It was first reported in 1964 by Hartley<sup>1</sup>. The incidence of the disease is uncertain and the age it usually manifests is between 30 and 60 years, though there are reports that vary from 21 to 81 years of age<sup>2</sup>. The condition is characterized by an inflammatory process in the longus colli muscle, with the deposition of calcium hydroxyapatite crystals more commonly on the superior oblique tendon of the muscle<sup>1</sup>. It is classically characterized by the triad of neck pain, neck stiffness and either dysphagia or odynophagia<sup>1</sup>. A computed tomography of the cervical spine is the gold standard for investigations<sup>3</sup>. Though the disease presents a self-limited course, it can be very impairing and require the prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs or corticosteroids so to accelerate the process of clinical improvement<sup>4</sup>. The objective of the present study was to describe three cases of individuals that sought urgent medical care at a neurological hospital due to intense neck pain and were suspected of having retropharyngeal tendinitis after they reported a worsening in the pain with deglutition.

### Case 1

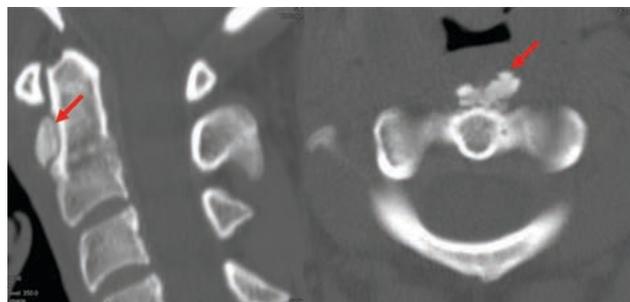
Male, 45 years old, presented intense pulsating left occipital headache with ipsilateral parietal radiation, that worsened with speech, deglutition and head movement. The pain began while sleeping three days prior. During examination, the patient showed antalgic limitations regarding neck rotation and extension, with no further findings. Magnetic resonance and cervical spine tomography images showed prevertebral calcification between C1 and C2. After treatment with intravenous analgesic, anti-inflammatory and corticoid drugs, there was complete remission of the condition.

### Case 2

Female, 33 years old, with insidious yet intense occipital headache and neck pain, associated with odynophagia and functional limitation of the neck over the past two weeks and without improvement using common analgesics. When examined, the patient reported pain when extending and rotating the neck and pain during palpation of the cervical spine apophyses. Computed tomography images of the cervical spine revealed calcification and edema of the prevertebral soft tissue at the C2 level (Figure 1). Treatment with an oral corticoid led to symptom improvement during the first week.

### Case 3

Male, 31 years old, suffering from neck pain for five days and with worsening over the previous 24 hours, limited range of neck movement, and associated with



**Figure 1.** Computed tomography of the cervical spine: presence of calcification in the anterior region of C2 (sagittal and axial sections, respectively). Source: personal archive.

paresthesia and hypoesthesia in the left ear and left cervical region. Denied having a fever. When examined, the patient showed limited neck movement in all directions and hypoesthesia in the left cervical region. Initially submitted to a computed tomography of the cervical spine that showed hyperdensity at the back of C1 and C2 cervical processes. A magnetic resonance of the cervical spine was then requested, which showed a hypersignal in T2 at the back of vertebrae C1, C2 and C3, compatible with edema of the longus colli muscle (Figure 2). The patient was treated with corticosteroids (prednisone) for seven days but did not return for follow-up.



**Figure 2.** Magnetic resonance of the cervical spine: hypersignal in T2 at the back of C1, C2 and C3. Source: personal archive.

## DISCUSSION

Since acute retropharyngeal tendinitis was first described in 1964, little more than 80 cases have been reported in the literature<sup>5</sup>. The incidence of the disease is unknown, though it is estimated as 0.5 case per 100,000 inhabitants<sup>6</sup>. Though there seems to be no difference between sexes affected, some studies indicate that women are slightly more prone to the condition, accounting for close to 58% of cases<sup>7,8</sup>.

In a literature review conducted by Park *et al.*<sup>1</sup>, with 71 cases described, age varied from 21 to 65 years and the time of establishing a diagnosis since the beginning of the symptoms ranged from less than seven days to 21 days.

Regarding anatomy, the longus colli muscle is one of the four muscles that form the anterior cervical region. It originates from the vertebral bodies of C3-C7 and T1-T3, becoming inserted along the bodies of C2-C4 and anterior tubercles of vertebrae C1-C6. This muscle is divided in vertical, superior oblique and inferior oblique portions<sup>9</sup>. The superior oblique portion, which originates from the anterior tubercles of transverse processes in C3 to C5, is the part that is involved in acute retropharyngeal tendinitis<sup>10</sup>.

The etiology of the disease is still unclear, but it is believed that repetition trauma, ischemia, necrosis, tendon degeneration, chronic kidney disease, collagen vascular disease and osteoarthritis are involved in the pathogenesis of retropharyngeal tendinitis<sup>1</sup>. Regarding the physiopathology of the disease, a model has been proposed dividing the process into five phases: pre-calcification, formative, rest, reabsorption and post-calcific<sup>11</sup>. The process is believed to begin after exposure to an unknown triggering factor, which leads to fibrocartilaginous metaplasia of tendon cells associated with an accumulation of calcium crystals in the matrix vesicles. The formation of calcium centers separated by fibrocartilage (formative phase) is followed by the rest phase. The later appearance of vascular channels and phagocytosis of fragments mediated by macrophages (reabsorption phase) precedes the post-calcific phase, which is characterized by deposition mediated with type-III collagen fibroblasts and formation of granulation tissue<sup>4</sup>.

The disease has variable clinical presentations<sup>1</sup>. Its beginning is typically either acute or subacute with neck pain that can spread to the occipital region, associated with neck stiffness, odynophagia or dysphagia<sup>1</sup>. A relevant aspect is that neck pain may worsen with deglutition and head movement<sup>1</sup>. Moreover, headaches, longus colli muscle spasms, limitation in neck movement, particularly extension, pharyngeal edema, nasopharyngeal erythema, fever, increase inflammatory markers, and leukocytosis can also be present<sup>12</sup>.

Physical examination of the patient reveals spasms in cervical spinal musculature and palpation of the anterior cervical region between the sternocleidomastoid muscle and larynx can be painful due to direct manipulation of the longus colli muscle<sup>1</sup>. The posterior aspect of the nasopharynx is usually swollen and erythematous<sup>13</sup>.

Regarding diagnostic imaging, computed tomography of the cervical spine is considered the gold standard<sup>14</sup>. Pathognomonic findings are represented by amorphous calcification anterior to the vertebral body of either the first or second cervical vertebrae and edema in prevertebral soft tissues, which can extend from the first to the fourth cervical vertebra associated with a collection of fluid in the retropharyngeal space<sup>14</sup>. In turn, while a nuclear magnetic resonance is an excellent

method to identify edema of soft tissues and collection of fluids, it is not appropriate to observe calcification<sup>15</sup>. T2-weighted sagittal section hyperintensity in the prevertebral region at the level of C2 to C6, though potentially extending to the base of the skull, is a characteristic finding in retropharyngeal tendinitis<sup>16</sup>. It indicates edema of the longus colli muscle<sup>17</sup>. Cervical spine lateral view radiographs do not detect calcification in a small percentage of patients<sup>19</sup>.

The possibility for differential diagnoses is broad and with potentially severe conditions that should be quickly excluded, such as: retropharyngeal abscess, cervical osteomyelitis and vertebral artery dissection<sup>14</sup>. Other conditions include meningitis, neoplasia, cervical myelopathy, traumatism, foreign body aspiration and spondylodiscitis<sup>13</sup>. In turn, differential diagnoses by imaging include bulging cervical disc and bone fragment from an avulsion fracture when there is a history of recent trauma<sup>14</sup>.

The natural history of the disease is marked by spontaneous resolution, approximately two weeks after the symptoms begin<sup>17</sup>. However, the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs accelerates the healing process, thus promoting an improvement in the condition within 24 to 48 hours<sup>13</sup>. In cases of severe pain, the use of corticosteroids and opioids is necessary. Patients become asymptomatic after seven to 15 days and the calcification process disappears in one to two months<sup>19</sup>.

## CONCLUSION

Although retropharyngeal tendinitis is a rare clinical condition, it should be part of clinical suspicion when in face of a case of neck pain, particularly when it worsens during deglutition, and should be a differential diagnosis for occipital headaches.

## REFERENCES

1. Park R, Halpert DE, Baer A, Kumar D, Holt PA. Retropharyngeal calcific tendinitis: Case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 39:504-509.
2. Horowitz G, Oded Ben-Ari MPH, Brenner A, et al. Incidence of Retropharyngeal Calcific Tendinitis (Longus Colli Tendinitis) in the General Population. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 2013; 148(6): 955-958.
3. Tagashira Y, Watanuki S. Acute calcific retropharyngeal tendonitis. *CMAJ*, 2015, 187(13): 995.
4. Zibis AH, Giannis D, Malizos KN, Kitsioulis P, Arvanitis DL. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: case report and review of the literature. *Eur Spine J* (2013) 22 (Suppl 3):S434-S438.
5. Suh B, Eoh J, Shin J. Clinical and Imaging Features of Longus Colli Calcific Tendinitis: An Analysis of Ten Cases. *Clinics in Orthopedic Surgery* 2018;10:204-209.
6. Zapolsky N, Heller M, Felberbaum M, Rose J, Steinberg E. Calcific tendonitis of the longus colli: an uncommon but benign cause of throat pain that closely mimics retropharyngeal abscess. *J Emerg Med*. 2017; 52(3):358-360.
7. Boikov AS, Griffith B, Sthemer M, Jain R. Acute Calcific Longus Colli Tendinitis. An Unusual Location and Presentation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;138(7):676-9.

8. Lewi Z, Carrol J, Farley H. Begin nuchal rigidity: the emergency department evaluation of acute prevertebral calcific tendonitis. *West J Emerg Med*, 2012; 13: 114-6.
9. Ellika SK, Payne SC, Patel SC, Jain R. Acute calcific tendinitis of the longus colli: an imaging diagnosis. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2008; 37: 121-124.
10. Hervig SR e Gluckamn JL. Acute Calcific Retropharyngeal Tendonitis. *Arch Otolaryngol*. 1982;108:41-42.
11. Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN, Garfin SR. Acute Calcific Retropharyngeal Tendinitis. *J Bone Joint Surg Am*. 1994; 76(11):1636-42.
12. Alamoudi U, Al-Sayed AA, AlSallumi Y, Rigby MH, Taylor SM, Hart RD. Acute calcific tendinites of the longus colli muscle masquerading a retropharyngeal abscesso: A case report and review of the literature. *Internacional Journal of Surgery Case reports*. 2017; 41: 343-346.
13. Ramahnian R, Diamond C. Calcific Tendonitis of the Longus Colli Muscle: A Noninfectious Cause of Retropharyngeal Fluid Collection. *Case Reports in Otolaryngology Volume 2014*, Article ID 286190, 4 pages.
14. Artenián DJ, Lipman JK, Scidmore GK, Brant-Zawadzki M. Acute neck pain due to tendonitis of the longus colli: CT and MRI findings. *Neuroradiology*. 1989; 31:166-169.
15. Raggio BS, Ficene SC, Pou J, Moore B. Acute Calcific Tendonitis of the Longus Colli. *Ochsner J*. 2018; 18(1): 98-100.
16. Southwell K, Hornibrook J, O'Neill-Kerr D. Acute longus colli calcific tendonitis causing neck pain and dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138(3):405-6.
17. Ekbohm K, Torhall J, Anell K, Träff J. Magnetic resonance imaging in retropharyngeal tendinitis. *Cephalalgia* 1994; 14:266-9.
18. Eastwood JD, Hudgins PA, Malone D. Acute calcific retropharyngeal tendinitis. Clinical presentation and pathological characterization. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1998;19(9):1789-92.
19. Fumitake Tezuka, Toshinori Sakai, Ryo Miyagi, Yoichiro Takata, Kosaku Higashino, Shinsuke Katoh et al. Complete Resolution of a Case of Calcific Tendinitis of the Longus Colli with Conservative Treatment. *Asian Spine J*. 2014; 8(5): 675-679.

## POSTER

### CONHECIMENTO ACERCA DAS PRINCIPAIS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS E MANEJO DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS ENTRE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA

SILVA, Alan Melo dos Santos<sup>1</sup>; GONÇALVES, Lorena Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA.

**Contato com autor:** Alan Melo dos Santos Silva  
E-mail: alanmelosilva01@gmail.com  
Rua Morada dos ventos, 133. Q 17. Mangueirão - Belém-Pa.

**Introdução:** A Cefaleia é um dos sintomas clínicos mais recorrentes em atendimentos médicos tanto em nível ambulatorial quanto em urgências. Nas Unidades de Saúde, a cefaleia é responsável por 9,3% das consultas não agendadas e nos ambulatórios de neurologia é o motivo mais frequente de consulta. Pacientes com cefaleia representam 4,5% dos atendimentos em unidades de emergência, sendo o quarto motivo mais frequente de consulta nas unidades de urgência. Por sua elevada incidência associada a comum limitação funcional daqueles por ela acometidos, justifica-se a necessidade da compreensão de suas diferentes apresentações clínicas e condutas assertivas. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento entre acadêmicos de Medicina acerca das principais cefaleias primárias e seu manejo clínico em nível ambulatorial e em emergências. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo realizado por meio de questionários impressos e eletrônicos preenchidos por acadêmicos do curso de Medicina que já cursaram a disciplina de Neurologia em Belém-Pa. **Resultados:** Foi contabilizado um total de 80 (oitenta) questionários respondidos por acadêmicos do curso de Medicina de diferentes Universidades da cidade de Belém, capital paraense. Questionados sobre a apresentação clínica da cefaleia do tipo tensional 80% responderam assertivamente seu caráter compressivo, 15% responderam pulsátil, 3,7% queimação e 1,2% choques. A respeito da caracterização clínica da cefaleia do tipo em salvas 67,5% pontuaram dor periorbital podendo apresentar lacrimejamento, edema e hiperemia conjuntival, congestão nasal, ptose ou miose; 15% associaram a existência de aura; 13,8% afirmaram sinais autonômicos contralaterais à queixa algica e 3,8% a classificaram como dor de leve a moderada intensidade. Sobre a apresentação clínica da enxaqueca 76,3% afirmaram ser unilateral e pulsátil. Ao serem questionados sobre a profilaxia do mal-exaquecoso somente 41,3% associaram betabloqueadores; 37,5% clorpromazina com triptano IV, 15% verapamil e 6,3% usariam analgésicos. Em relação ao tratamento abortivo

da cefaleia em salvas 78,8% indicariam oxigenioterapia e ao serem questionados sobre o tratamento agudo da cefaleia em salvas 92,5% responderam a associação de analgésicos como Dipirona EV com anti-inflamatório não hormonal. **Conclusão:** A dificuldade para a realização do diagnóstico diferencial entre as principais cefaleias primárias resulta no direcionamento equivocado de condutas tanto no manejo ambulatorial quanto nas intervenções abortivas de crises, assim tende a gerar um prognóstico ruim ao paciente acarretando danos biopsicossociais. A conduta assertiva diante das cefaleias primárias deve ser encarada como um pré-requisito básico na formação do médico generalista a fim de reduzir o sofrimento do paciente, bem como possíveis gastos desnecessários aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Cefaleias primárias. Cefaleia. Conhecimento. Manejo. Acadêmicos.

### AVALIAÇÃO SENSITIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS À DESCOMPRESSÃO NEUROVASCULAR DO NERVO TRIGÊMEO

ABREU, Alessandro Almeida<sup>1</sup>; ANDRADE, Daniel Ciampi<sup>2</sup>; DURTE, Kleber Paiva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico pela Fundação Oswaldo Aranha, Residência em Neurocirurgia pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, Residente de Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>2</sup> Médico Neurologista do Grupo de Dor do Hospital das Clínicas da FMUSP. Livre Docência na Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Médico Neurocirurgião do Grupo de Dor e neurocirurgia funcional do Hospital das Clínicas da FMUSP.

**Contato com autor:** Alessandro Almeida de Abreu  
E-mail: alessandrodrico@hotmail.com  
End: Rua Dr Ovídio pires de Campos, 171, Apto 306

**Introdução:** A Neuralgia do Trigêmeo (NT) é a neuralgia craniana mais frequente com uma incidência anual que varia de 4 pacientes para cada 100.000 habitantes em estudos mais antigos a 28,9 pacientes para cada 100.000 habitante em estudos mais recentes. Caracteriza-se por uma dor lancinante, paroxística (duração de segundos a poucos minutos), unilateral, acometendo o território inervado pelo nervo trigêmeo. A maioria dos pacientes com NT apresenta exame neurológico normal, embora as percepções do toque e da temperatura possam estar levemente diminuídas no território trigeminal acometido. **Objetivo:** Correlacionar os resultados obtidos entre os pacientes que apresentavam compressão ou não no que diz respeito à resolução da dor e alterações sensitivas. Avaliar alterações neurológicas antes e após a descompressão do nervo trigêmeo. **Metodologia:** Foram incluídos 11 pacientes, com Neuralgia do Trigêmeo clássica e idiopática que foram selecionados no ambulatório de algias craniofaciais do hospital das clínicas. Todos foram submetidos a uma entrevista clínica e exame neurológico a fim de confirmar o diagnóstico preenchendo os critérios para Neuralgia do Trigêmeo, estabelecidos pela

Classificação Internacional das Cefaléias (ICHD-3). Cada paciente foi avaliado individualmente um dia antes do procedimento cirúrgico e um mês após. Foi utilizado um estesiômetro ( monofilamentos SEMMES- WEINSTEIN ) com 6 espessuras que variavam de 0,05g à 300 g pra testar os limiares de sensibilidade e dor. **Resultados:** Até o momento foram selecionados 11 pacientes, dos quais 6 eram mulheres e 5 homens. Três pacientes apresentavam NT clássica, com compressão vascular configurando mudança na morfologia da raiz trigeminal e 6 tinham conflito neurovascular sem alterações anatômicas. Dois não haviam compressão ou contato direto com alças vasculares. Após 1 mês de cirurgia, 9 pacientes estavam sem dor. Quanto ao teste quantitativo da sensibilidade observamos que na área controle, sendo a contralateral mais distante ao território trigeminal acometido, não houveram mudanças no pré e pós - operatório. 10 pacientes tinham limiar sensitivo com 0,05g e 1 com 0,2g. No lado acometido 8 pacientes apresentaram limiar sensitivo com 0,05g e 3 com 0,2g. Dos oito com limiar prévio de 0,05 g, 3 pacientes tiveram um aumento para 0,2g. Os demais se mantiveram iguais. Quanto ao limiar doloroso, inicialmente 7 foram com 300g e 4 com 10 g. No pós-operatório apenas dois dos que tiveram limiar com 10g aumentaram para 300g. **Conclusão:** Observamos pouca alteração no teste quantitativo de sensibilidade após descompressão, e nenhuma alteração clinicamente evidente ou incômoda para os pacientes, ao passo que a grande maioria estes ( 82% ), obtiveram resolução completa da dor, reforçando a ideia de que quando realizado de maneira adequada, com técnicas bem estabelecidas e sistematizadas, o procedimento atribui pouca morbidade e agrega importante qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Neuralgia do trigêmeo. Teste quantitativo sensitivo. Descompressão neurovascular.

## INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA DE FÁSCIAS DO MÚSCULO ESPLÊNIO DA CABEÇA NA NEURALGIA OCCIPITAL ASSOCIADA À SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL: RELATO DE CASO

**PINTO, Bruna Duarte<sup>1</sup>; REBOUÇAS Bruno Hojo<sup>2</sup>; ABREU, Alessandro Almeida<sup>3</sup>, FORTINI, Ida<sup>4</sup>; ANDRADE, Daniel Ciampi<sup>5</sup>; KUBOTA, Gabriel Taricani<sup>6</sup>; KIM, Ken Sang<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Médica pela Universidade do Vale do Sapucaí, Residência em Neurologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Residente de Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>2</sup> Médico pelo Instituto Ciências da Saúde, Residência em Neurologia pelo Hospital Sirio Libanes, Residente de Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>3</sup> Médico pela Fundação Oswaldo Aranha, Residência em Neurocirurgia pelo Hospital Universitario Pedro Ernesto, Residente de Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>4</sup> Médica assistente do Hospital das clínicas da RMUSP Chefe do ambulatório de cefaleia do HCFMUSP

<sup>5</sup> Médico Neurologista do Grupo de Dor do Hospital das Clínicas da FMUSP. Livre Docência na Universidade de São Paulo.

<sup>6</sup> Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência médica em Neurologia no Hospital das Clínicas da FMUSP (HCFMUSP). Residência médica em Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>7</sup> Sang Keng Kim: Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP, Residência em Anestesiologia pela Faculdade de Medicina da USP, Médico Assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP.

**Contato com autor:** Bruna Duarte  
E-mail: brunaduartencl@gmail.com  
End: Rua Bela Cintra, 495, Apto 13.

**Introdução:** A Neuralgia Occipital é caracterizada por dor neuropática no território dos nervos occipitais. A etiologia da doença ainda é desconhecida, porém uma das teorias é a compressão crônica destes pela musculatura cervical. A síndrome dolorosa miofascial (SDM) cervical é frequentemente associada à essa doença, dificultando o diagnóstico e tratamento direcionado. Em nosso serviço, realizamos rotineiramente infiltração de fásCIAS musculares para tratamento de SDM. Essa técnica poderia auxiliar no tratamento e no diagnóstico diferencial da Neuralgia occipital, pois promove o bloqueio anestésico dos músculos adjacentes aos nervos occipitais. **Objetivo:** Relatar um caso de neuralgia occipital esquerda associada a SDM tratado com infiltração de fásCIAS musculares adjacentes. **Caso Clínico:** Homem de 41 anos e com antecedente de migrânea, apresentava desde 2004 dor cervical posterior contínua, em aperto e constante, com intensidade de 7 na escala numérica de dor (NRS-11). Ocasionalmente, ocorriam paroxismos intensos de dor. A dor podia ser provocada por movimentação brusca do pescoço e extensão da cabeça. Ao exame físico, alodínia em território de C2 à esquerda e, à percussão dos ramos do nervo grande occipital desse lado reproduzia-se a dor. Presença também de pontos gatilhos ativos nos músculos esplênios da cabeça. A ressonância magnética de crânio e coluna cervical e radiografia simples dinâmica de coluna cervical não apresentaram alterações patológicas. Apresentou-se a hipótese de neuralgia occipital esquerda associada a SDM local. Foi realizada infiltração das fásCIAS superficial e profunda do músculo esplênio da cabeça esquerdo com ropivacaína e metilprednisolona, guiado por ultrassonografia. Após o procedimento, houve resolução completa da dor por 7 dias. No entanto, posteriormente as dores retornaram com mesmo padrão. Foi então realizado ablação do nervo occipital maior e menor esquerdos por radiofrequência. O paciente teve redução da intensidade da dor de 7 para 3 na escala em repouso NRS-11. **Discussão:** O paciente apresentou diagnóstico de Neuralgia Occipital de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Cefaleia (ICHD-3), pois a dor caracterizou-se como unilateral na distribuição dos nervos occipitais maior e menor, com paroxismos de dor de intensidade severa, alodínia mecânica em território de C2 à esquerda, pontos gatilhos na distribuição de C2 e apresentou melhora com bloqueio anestésico do nervo afetado. Ademais os pontos gatilhos em músculos trapézio e esplênios

da cabeça e do pescoço caracterizaram a presença de SDM. Portanto, a associação entre Neuralgia Occipital e SDM poderá acontecer. A infiltração de ropivacaína e metilprednisolona nas fâscias profunda dos músculos esplênios permite o tratamento tanto do componente miofascial quanto neurálgico da dor, devido à proximidade do nervo grande occipital com essas fâscias musculares. A melhora absoluta do paciente após a infiltração, apesar de transitória, corrobora para essa hipótese. Além disso, a melhora persistente após o procedimento ablativo favorece o diagnóstico de Neuralgia Occipital. **Conclusão:** A infiltração anestésica de fâscias musculares pode ser um procedimento ambulatorial inicial para o tratamento e diagnóstico da neuralgia occipital associada à SDM.

**Palavras-chave:** Neuralgia occipital. Síndrome dolorosa miofascial. Bloqueio anestésico.

## NEURALGIA DO TRIGÊMEO E SEU SUB-DIAGNÓSTICO: ANÁLISE EM 75 PACIENTES

**ABREU, Alessandro Almeida<sup>1</sup>; PARISE, Maud<sup>2</sup>; SIMÕES, Elington Lannes<sup>3</sup>; SILVA, Vitória Thamyris Brandão<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Graduação em medicina pela Fundação Oswaldo Aranha, Residência médica em Neurocirurgia pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, Residente de Dor no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>2</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas, Residência Médica em Neurocirurgia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Especialização em Neurocirurgia Funcional no Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer-Lyon, Doutorado em Medicina-Radiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta e Coordenadora da Disciplina de Neurocirurgia - Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

<sup>3</sup> Graduação em medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Residência médica em neurocirurgia no Hospital Universitário Pedro Ernesto Doutorado em Ciências Morfológicas pela UFRJ. Professor adjunto da Disciplina de Neurocirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e médico neurocirurgião do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

<sup>4</sup> Graduanda em medicina pela faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

**Contato com autor:** Alessandro Almeida de Abreu  
E-mail: alessandro dico@hotmail.com  
End: Rua Dr Ovídio pires de Campos, 171, Apto 306

**Introdução:** A neuralgia do trigêmeo (NT) é uma dor lancinante, paroxística e unilateral com duração de segundos, evocada por estímulos inócuos como o vento, escovação dentária, alimentação ou mesmo pelo simples toque da área afetada. Estes sintomas, embora característicos, podem ser confundidos com dor de origem dentária e tratada como tal, antes que o diagnóstico de NT seja estabelecido. **Objetivo:** Este estudo busca avaliar o tipo de profissional inicialmente procurado por estes pacientes, o tipo e a quantidade de procedimentos dentários desnecessários, o tempo transcorrido entre o aparecimento dos sintomas e o efetivo diagnóstico, em pacientes com NT. **Metodologia:** Foram incluídos 75 pacientes, com Neuralgia do Trigêmeo clássica e idiopática. Os pacientes foram selecionados no ambulatório de neurocirurgia funcional

do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Cada paciente foi avaliado individualmente em uma entrevista clínica e exame neurológico a fim de confirmar o diagnóstico de NT e realizado preenchimento de um questionário especialmente desenvolvido para este fim. O questionário é composto de três partes, a primeira com a idade de início dos sintomas, tempo transcorrido até o diagnóstico e caracterização da dor. A segunda com dados sobre o tipo de profissional que foi procurado inicialmente além do tipo e quantidade de procedimentos odontológicos realizados até o diagnóstico. E finalmente, uma terceira parte sobre tratamentos (clínico e cirúrgico) realizados após o diagnóstico, o estado atual da NT e medicação.

**Resultados:** Até o momento foram selecionados 75 pacientes. Do total de pacientes estudados, 57 (76%) consultaram inicialmente um dentista, sendo que 40 (70%) desses realizaram extrações dentárias e em sete casos, houve mais de um tipo de tratamento. Outros 18 pacientes foram inicialmente consultados por profissionais da área médica, e em 11(61%) casos não tiveram seu diagnóstico corretamente estabelecido no momento da consulta. O tempo transcorrido entre o primeiro sintoma e o efetivo diagnóstico variou de 1 mês a 20 anos, média de 7 anos. Observamos que 66% dos pacientes realizaram alguma forma de tratamento dentário. Dentre os 75 pacientes com NT, 40 realizaram extração dentária, 9 realizaram tratamento de canal, 4 realizaram raspagem cirúrgica, 25 não realizaram nenhuma intervenção e 3 realizaram alguma intervenção não classificada. Dos 40 pacientes, um total de 297 dentes foram extraídos, resultando assim em uma média de 7,4 dentes por paciente. **Conclusão:** Apesar da característica típica, tanto a localização quanto apresentação clínica pode se confundir com outras síndromes dolorosas neuropáticas ou nociceptivas como as de origem odontológicas, dor facial persistente, cefaléias, neuralgia pós-herpética e distúrbios temporomandibulares, o que pode dificultar o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo. Nossos resultados evidenciam um retardo no diagnóstico inicial de neuralgia do trigêmeo tanto por médicos quanto odontólogos, sendo que em alguns casos esse diagnóstico foi feito muitos anos depois. Estes dados sugerem que o sub-diagnóstico e os tratamentos dentários desnecessários ainda são a regra em pacientes com neuralgia do trigêmeo. Acreditamos que possa ser reflexo de formação deficitária nas escolas de saúde e na difusão de informação em saúde para população em geral, e que maior atenção deveria ser dada para esta patologia

**Palavras-chave:** Neuralgia do trigêmeo. Procedimentos dentários. Dor orofacial.

## DESEMPENHO NO TESTE DE FLEXÃO CRANIOCERVICAL EM MULHERES COM CERVICALGIA E MIGRANOSAS COM E SEM CERVICALGIA COMPARADAS AO CONTROLE - ESTUDO PILOTO

**RODRIGUES, Amanda<sup>1</sup>; BRAGATTO, Marcela Mendes<sup>2</sup>; BENATTO, Mariana Tedeschi<sup>3</sup>; FLORENCIO, Lidiane Lima<sup>3</sup>; DACH Fabiola<sup>4</sup>; BEVILAQUA-GROSSI, Débora<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup> Graduanda em Fisioterapia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo;

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo;

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha;

<sup>4</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo;

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

**Contato com autor:** Amanda Rodrigues

E-mail: amanda\_rodrigues@usp.br

Endereço: João Galão, 87 Nova Roma 14270-000 - Santa Rosa de Viterbo, SP - Brasil

**Introdução:** A migrânea é uma cefaleia primária, crônica e incapacitante e pacientes migranosos apresentam frequentemente relato de dor cervical. Além disso, pacientes com migrânea apresentam déficits no desempenho muscular avaliado pelo Craniocervical Flexion Test (CCFT) e na presença de relato de dor cervical esse desempenho piora. Porém, ainda não é conhecido se a presença da dor cervical associada ou não a migrânea está relacionada à alteração no desempenho da musculatura cervical. **Objetivos:** Investigar o desempenho dos músculos cervicais durante a realização do CCFT em indivíduos controles, com cervicálgia e migranosos com e sem cervicálgia. **Materiais e Métodos:** Foram avaliadas 85 mulheres com idade entre 18 a 55 anos subdivididas em quatro grupos, sendo: Controle (n=25); Cervicálgia (C+) (n=25); Migrânea (M+) (n=10) e Migrânea com Cervicálgia (M+C+) (n=25). As pacientes migranosas foram diagnosticadas por um neurologista experiente de acordo com a 3ª Classificação Internacional de Cefaleias. No grupo cervicálgia, as pacientes deveriam ter pelo menos 3 meses de dor com intensidade acima de 3 na escala numérica de dor (END). A avaliação do desempenho dos músculos flexores profundos da região cervical foi realizada por meio do CCFT, através da ativação e da resistência dos mesmos durante cinco estágios progressivos, sustentado por 10s, com um intervalo de 30s entre os estágios. O teste foi finalizado quando os indivíduos realizaram compensações. Para análise estatística, foi usado o teste de Kruskal Wallis, Man-Whitney Test e teste de Fisher compôs hoc-hoc de proporções. Comitê de Ética em Pesquisa: HCRP -1100/2017. **Resultados:** Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto a idade, IMC e características clínicas da migrânea como: frequência, intensidade e duração. Quanto às características da cervicálgia, 40% do grupo M+C+ apresentou relato de dor no pescoço há pelo menos 6 anos enquanto no grupo C+ isso ocorreu em 8% dos indivíduos (p=0,038). A intensidade da cervicálgia foi maior para o grupo C+ (média: 5,6) do que no M+C+ (média: 4,5) (p=0,004). Ao avaliar o CCFT, a comparação das prevalências revelou diferenças entre os grupos (p=0,019). Afim de verificar onde estava diferença, foi realizado um post-hoc

de proporções que identificou a diferença apenas no grupo controle, no 5º estágio do teste. **Conclusão:** Foi observado pior desempenho muscular durante o CCFT em pacientes com cervicálgia e migranosos com e sem cervicálgia quando comparados à indivíduos controles, o que sugere que a presença de dor seja ela migranosa ou cervical alteram igualmente a performance da musculatura cervical.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Cervicálgia. Craniocervical Flexion Test. Avaliação.

**Financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, processo número: 2018/21687-8; Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FAEPA.

## CEFALÉIA E ENXAQUECAS E A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

**ZERWES. Ana Carolina de Paula Latorraca<sup>1</sup>; BOIÇA, Luciana Graziela de Oliveira<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Cuiabá (UNIC-MT).

<sup>2</sup> Professora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Cuiabá (UNIC-MT).

**Introdução:** Cefaléia, um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido ao impacto individual e social que essa condição clínica acarreta. A Enxaqueca, conhecida como Migrânea, é uma doença neurovascular caracterizada por crises repetidas de dor de cabeça que podem ocorrer com frequência bastante variável, desde poucas crises a diversos episódios ao mês, geralmente piora com atividade física e pode vir associada a náuseas, vômitos, fotofobia e hipersensibilidade acústica podendo durar até 72 horas. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é relatar um quadro típico de Enxaqueca associado a um levantamento bibliográfico sobre o tratamento utilizado, baseando-se na síntese dos principais achados clínicos. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com relato de caso de enxaqueca, foi realizada uma busca por autores que escreveram sobre o tema abordado. Buscas entre artigos, teses, dissertações disponíveis em bases de dados on-line e outras fontes disponíveis. **Resultados:** Paciente J.S.M.P, 53 anos, sexo feminino, natural; Cuiabá- MT, profissão; Secretária, com queixa de cefaleia unilateral há 30 anos. Informando crise mais de uma vez por semana, de forte intensidade, com duração de 2 a 3 dias e limitações da qualidade de vida que apresenta fator de piora o uso crônico do computador, apresenta melhora o uso de medicamentos. O tratamento medicamentoso como analgésicos e anti-inflamatórios (como a aspirina e o ibuprofeno), as ergotaminas e os triptanos são os mais comumente utilizados durante as crises. O tratamento profilático se faz com um ou mais medicamentos de uso diário, que podem ser da classe dos antidepressivos, ou então medicamentos que também são utilizados para epilepsia, porém, com doses inferiores às usadas para essas patologias. Esses

medicamentos agem reequilibrando a função de alguns neurotransmissores e em substâncias químicas no cérebro, tornando a pessoa menos suscetível às crises. O tratamento alternativo baseia-se; dieta alimentar, exercício físico, acupuntura, uso de plantas medicinais e uma intervenção multidisciplinar. A paciente recebeu acompanhamento e tratamento adequados evoluindo com melhora significativa, com diminuição do número de crises, da intensidade da dor, em período de 6 meses de evolução clínica. Durante o tratamento a paciente também recebeu orientação médica para fortalecer estilo de vida com prática, r atividades físicas regulares, alimentação saudável evitando queijo, chocolate, vinho e outros produtos estimuladores de migrânea.

**Conclusão:** A Enxaqueca deve ser diagnosticada devido ao alto comprometimento da qualidade de vida, da queda na produtividade laboral e nas atividades diárias, além do sofrimento físico e emocional. E os tratamentos farmacológicos para a crise, farmacológicos profiláticos e alternativos melhoram significativamente a qualidade de vida dos portadores dessa patologia.

**Palavras-chave:** Cefaléia, Migrânea, Enxaqueca, Qualidade de vida.

## CEFALÉIA TENSIONAL

**ZERWES, Ana Carolina de Paula Latorraca<sup>1</sup>; BOIÇA, Luciana Graziela de Oliveira<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Cuiabá (UNIC-MT).

<sup>2</sup> Professora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Cuiabá (UNIC-MT).

**Introdução:** A cefaleia Tensional também conhecida como cefaleia comum, cefaleia tipo tensão ou de estresse, é a mais frequente das cefaleias primárias. Apresenta-se ao longo da vida na população em geral sob a prevalência de 30 a 78%, se manifestando predominantemente em mulheres, em uma proporção de três mulheres a cada 2 homens. O pico de prevalência é na quarta década de vida com incidência geral entre 20 a 50 anos. Os pacientes com cefaleias do tipo tensional são frequentemente acometidos por distúrbios emocionais como depressão, ansiedade e distúrbio do sono. Seu diagnóstico é clínico e atualmente estão bem definidas na classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia (SIC), com claros critérios diagnósticos. Caracteriza-se por comumente ser bilateral e compressiva (não pulsátil), durando de minutos a dias, raramente é incapacitante e pode haver fotofobia ou fonofobia. Sua fisiopatologia é complexa e envolve mecanismos periféricos e centrais de gênese da dor, devendo ser diferenciada de outros tipos de cefaleias. É classificada em três subtipos de acordo com a frequência dos sintomas: Episódica pouco frequente, Episódica frequente e Crônica.

**Objetivo:** Apresentar uma síntese do tratamento das cefaleias tensionais baseado nos critérios diagnósticos descritos pela Sociedade Internacional de Cefaleia.

**Método:** Foi realizada uma revisão bibliográfica em livros e programas de atualização e em bases de dados eletrônicos de autores que escreveram sobre o tema

abordado. Resultado: Os critérios diagnósticos para Cefaleia do tipo tensional descritos pela SIC são: pelo menos 10 episódios, com duração de 30 minutos a sete dias, ausência de náuseas e vômitos e não mais do que 1 dos sintomas de fotofobia e fonofobia. A cefaleia tensional tem pelo menos 2 das 4 características seguintes: localização bilateral, caráter em pressão/aperto (não pulsátil), Intensidade de fraca a moderada e não é agravada pelos esforços físicos de rotina como caminhar ou subir escadas e ainda não ser bem explicada por outro diagnóstico da Classificação Internacional de Cefaleias. De acordo com a frequência dos sintomas, ela pode ser classificada em Cefaleia Tensional Episódica pouco frequente (10 ou mais episódios, com menos de 1 dia de dor por mês), Cefaleia Episódica frequente (10 ou mais episódios, com 1 a 14 dias de dor por mês) e Crônica (15 ou mais dias de dor por mês, por 3 ou mais meses). O tratamento para a forma episódica são os analgésicos comuns ou os antiinflamatórios não hormonais. Para a forma crônica os fármacos de primeira escolha são os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina (25 a 75 mg/ dia), de segunda escolha são a mirtazapina (30 mg/ dia) e a venlafaxina (150 mg/dia) e ainda há os de terceira escolha como a clomipramina (75 a 150 mg/ dia). **Conclusão:** A cefaleia tensional constitui um dos tipos mais frequentes de dor de cabeça. Para que o paciente não comprometa sua qualidade de vida, queda na produtividade laboral e nas atividades diárias para evitar o sofrimento físico e emocional, o diagnóstico deve ser precoce e o tratamento efetivo.

**Palavras-chave:** Cefaléia Tensional Episódica, Cefaléia Tensional Crônica.

## A IMAGINAÇÃO ATIVA COMO TRATAMENTO PARA A ENXAQUECA

**ANDRADE, Ana Sílvia de<sup>1</sup>; BORGES, Renata; ALMEIDA<sup>2</sup>, Sandra Regina de<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Psicóloga, Pós-graduada em Psicologia Analítica pela FACIS IBEHE; Pós-graduada em Psicologia Analítica e Religião Oriental e Ocidental pelo ICHTYS Instituto de Psicologia; Pós-graduada em Psicopedagoga pela ISULPAR; Pós-graduada em Imaginação Ativa pelo ICHTYS Instituto de Psicologia. Atua em Psicologia Clínica e Educacional.

<sup>2</sup> Psicóloga, Pós-graduada em Counseling pela faculdade União; Pós-graduada em A Formação da Personalidade na Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung pelo ICHTYS Instituto de Psicologia; Pós-graduada em Imaginação Ativa pelo ICHTYS Instituto de Psicologia; Membro candidata do Instituto de Psicologia do Paraná.

<sup>3</sup> Psicóloga, Especialista em A Formação da Personalidade na Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung pela Faculdade Vicentina. Atua em Psicologia Clínica, Professora no Unicesumar

**Contato com autor:** Ana Sílvia de Andrade  
E-mail: as.andradefcm@hotmail.com

**Introdução:** A enxaqueca também conhecida como migrânea, é um dos tipos de cefaléia, considerada na classificação das cefaléias a de maior interesse devido à sua alta prevalência e seu elevado grau de comprometimento na qualidade de vida. Trata-se

de uma doença complexa que pode ser tratada com múltiplas abordagens, incluindo aqui a Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung. O interesse dessa abordagem psicológica é o de compreender o sintoma para além do aspecto físico-biológico, ou seja, os fatores psíquicos que estão implicados de forma inconsciente. Para Jung a alma humana e o corpo formam um par de opostos, assim como, consciente e inconsciente. Estes pares de opostos, segundo Jung, inicialmente encontram-se em conflito, para posteriormente, com o processo necessário, ocorrer a integração, isto é, o reconhecimento pela consciência de um conteúdo inconsciente. Quando esse reconhecimento não ocorre, manifesta-se o sintoma, que atua como um componente importante que manifesta a tendência autorregulatória da psique. A Psicologia Analítica, portanto, entende os sintomas como uma linguagem da alma, ou seja, como uma linguagem inconsciente. Assim sendo, cada sintoma tem um sentido e revela uma tarefa, uma função, mas esse desvelamento necessita de uma técnica ou método adequado. Como um dos métodos para acesso aos conteúdos inconscientes, Jung desenvolveu a técnica da Imaginação Ativa, que possibilita que um conteúdo invisível do inconsciente venha à superfície, na forma de imagem, de maneira a poder dialogar e lidar com ele. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a Enxaqueca sob a ótica da Psicologia Analítica e avaliar o efeito da técnica da Imaginação Ativa no tratamento da doença. **Métodos:** Por ser a enxaqueca um sinal de alerta do organismo, considera-se que existam questões psíquicas profundas associadas a esse sintoma, sendo necessário o uso de técnicas psicológicas que provoquem uma transformação da emoção associada ao sintoma. Dentre as técnicas, a Imaginação Ativa é apontada como promissora no tratamento para a doença. Assim sendo, utilizou-se a Imaginação Ativa no estudo de caso em questão, onde foi atendida em uma única sessão, uma paciente de 27 anos com histórico de enxaqueca desde os 07 anos de idade. Procurou-se primeiro, encontrar o aspecto inconsciente através da imagem simbólica que representava o sintoma, para, na sequência, dialogar com a imagem, promovendo, assim, a comunicação ou interação entre consciente e inconsciente e descobrir as causas psíquicas que geraram o sintoma, transformando assim a energia psíquica. **Resultados:** após a aplicação da técnica, foi realizada nova avaliação na paciente e percebeu-se que houve uma significativa melhora no quadro da enxaqueca da mesma, onde a paciente relatou que houve redução da intensidade e da frequência da dor. **Conclusão:** Através da técnica da Imaginação Ativa a paciente pode acessar os conteúdos inconscientes que estavam aprisionados e cristalizados na psique que deram origem o sintoma. O diálogo com esses conteúdos através da imagem, levou-a ao reconhecimento e à transformação das emoções, transformando também a energia psíquica e conseqüentemente, o sintoma, sendo, portanto, possível afirmar que a Técnica da Imaginação Ativa é uma possibilidade para o tratamento da Enxaqueca.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Sintomas. Imaginação Ativa.

## A CORRELAÇÃO ENTRE A DTM E CATASTROFIZAÇÃO EM ADULTOS JOVENS COM MIGRÂNEA - ESTUDO PILOTO

**Kalatakis Dos Santos Artur Eduardo<sup>1</sup>; Chaves Gomes Emilly Rauani<sup>1</sup>, Rabelo Teixeira Patricia Eduarda<sup>1</sup>, Ferreira Marques Maria Ticiane<sup>1</sup>, Rego Adriana Sousa<sup>2</sup>, Gonçalves Maria Cláudia<sup>3</sup>; Vieira Dibai Filho Almir<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Graduando em fisioterapia, Universidade Ceuma, aluno.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, doutora, Docente Colaboradora do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade Ceuma

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, doutora, Docente do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade Ceuma

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, doutor, Docente do Mestrado em saúde do adulto da Universidade Federal do Maranhão

**Contato com autor:** Kalatakis dos Santos Artur Eduardo

E-mail: arturkalatakis@gmail.com

Rua nossa senhora da vitória, condomínio colinas, bloco 3 apartamento 203, Bairro turu, CEP: 65068-380. Cidade: São Luis-MA

**Introdução:** As disfunções temporomandibulares (DTM) podem aumentar a frequência e a intensidade da cefaleia e a catastrofização pode piorar tanto as condições da DTM como da cefaleia prejudicando o tratamento e bem estar do paciente. **Objetivo:** Avaliar a presença de DTM, nível de atividade física e catastrofização. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal, com adultos jovens de 18 a 40 anos de uma universidade particular, de ambos os gêneros com ou sem queixa de cefaleia e sinais e sintomas de DTM, foram excluídos aqueles com histórico de tratamento cirúrgico ou trauma na articulação temporomandibular, face, crânio ou cervical e/ou outras doenças crônicas. Foram utilizados os questionários: Questionário ID de migrânea™ para avaliar a cefaleia, composto por 13 perguntas que verificaram a intensidade, frequência e duração das crises, local e característica da dor, presença de foto/fono/osmofobia e náuseas, a escala de pensamentos catastróficos sobre a dor para avaliação da catastrofização, composta de 9 itens que varia de 0 a 5 pontos, e o questionário Baecke para mensurar a atividade física habitual nos últimos 12 meses. **Resultados:** Até o momento foram avaliados n=13 indivíduos, divididos em dois grupos, grupo dor (GD) n=9 composto por n=8 (88,88%) indivíduos do gênero feminino com frequência média de 8,33 dias por mês e intensidade média de 6,33, de Migrânea e grupo controle (GC) sem cefaleia n=4 composto por n=1 (25%) indivíduos do gênero feminino. Não foi observada diferença significativa entre os grupos para os dados de idade, peso e altura  $p < 0,05$  e nível de atividade física  $p = 0,063$ , o GD apresentou diferença significativa em relação ao GC para a presença de DTM  $p > 0,001$  e para catastrofização  $p = 0,053$ . **Conclusão:** Indivíduos adultos jovens apresentaram associação entre a presença de migrânea, DTM e catastrofização apontando para a importância do tratamento dessas condições ainda nos primeiros anos da doença. Resaltamos que esses dados

devem ser analisados com cautela uma vez que trata-se de um estudo piloto com uma amostra ainda reduzida.

**Palavras-chave:** Disfunção temporomandibular. Cefaleia. Catastrofização.

## O USO DE NUTRACÊUTICOS NO TRATAMENTO DA MIGRÂNEA NO PERÍODO MENSTRUAL: RELATO DE CASO

**CAVERNI, Camila Naegeli<sup>1</sup>; FUKUE, Rosemeire Rocha<sup>2</sup>; SANTIAGO, Michelle Dias<sup>3</sup>; GOBO, Denise Matheus<sup>4</sup>; VILLA, Thais Rodrigues<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Psiquiatra, Fellow em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> Neurologista, Pós-Doutorado, Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

**Contato com autor:** Camila Naegeli Caverni

E-mail: camila.ncaverni@gmail.com

Rua Agostinho Gomes, 485, apto. 309, Ipiranga, São Paulo, SP, 04206-000

**Introdução:** A migrânea atinge cerca de 15% da população brasileira, com maior prevalência em mulheres, que apresentam crises mais frequentes e intensas principalmente durante os períodos de oscilações hormonais do ciclo menstrual. O déficit de nutrientes como o magnésio, riboflavina, piridoxina, cobalamina e coenzima Q10 podem estar associados a fisiopatologia da migrânea pois eles desempenham um papel importante na redução da inflamação neurogênica e na melhora da funcionalidade mitocondrial. A piridoxina e a cobalamina também desempenham um papel importante na redução dos níveis plasmáticos de homocisteína, responsável por distúrbios metabólicos, que podem piorar a migrânea. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de migrânea crônica que reduziu a frequência de crises de cefaleia no período menstrual após iniciar um nutracêutico contendo vitaminas e minerais previamente estudados para a prevenção da migrânea. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, em tratamento de migrânea crônica desde novembro/2016 com topiramato 50 mg/dia, tendo realizado 4 aplicações de toxina botulínica de acordo com o protocolo PREEMPT, e mantendo, em média, 6 dias de cefaleia/mês, intensidade pela escala analógica visual (EVA) 4 e

duração, quando medicada, de até 2 horas, sendo que 3 dias aconteciam no período menstrual (3 dias antes, durante e/ou 3 dias imediatamente após o término do fluxo menstrual) e apresentavam maior intensidade (EVA=7), com duração entre 6 e 12 horas. Tratamento nutricional proposto: nutracêutico manipulado, ingerido diariamente, iniciado em julho/2017, juntamente com os tratamentos medicamentosos, contendo os seguintes nutrientes: magnésio, vitaminas do complexo B e coenzima Q10. **Resultados:** Paciente relata melhora das crises de cefaleia após a introdução do nutracêutico, principalmente das crises que ocorriam no período menstrual. Nos primeiros 3 meses de suplementação a paciente não apresentou cefaleia no período pré-menstrual e durante o fluxo menstrual, mantendo em média 1 crise (EVA=4), duração de até 2 horas, no período pós-menstrual. A melhora foi observada já no primeiro mês do uso do nutracêutico e se manteve durante todo o período de uso. **Conclusão:** Associar o nutracêutico aos tratamentos medicamentosos pode ser uma forma eficaz para controlar a migrânea, principalmente durante o período menstrual. Estudos prospectivos e randomizados são necessários para avaliar a eficiência do uso de combinações de vitaminas e minerais para as crises perimenstruais.

**Palavras-chave:** Migrânea, Nutracêuticos, Mulheres, Migrânea menstrual, Tratamento Nutricional.

## RESISTÊNCIA MUSCULAR CERVICAL DURANTE TAREFAS SUBMÁXIMAS EM MULHERES COM E SEM MIGRÂNEA

**PINHEIRO Carina Ferreira<sup>1</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>1</sup>, MORAES Renato<sup>2</sup>, MOREIRA Jéssica Rodrigues<sup>3</sup>, ANASTASIO Adriana Ribeiro Tavares<sup>4</sup>, DACH Fabiola<sup>5</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. <sup>2</sup> Educador Físico, Doutor, Professor Doutor da Escola de Educação Física e Esportes de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fonoaudióloga, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>5</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>6</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Carina Ferreira Pinheiro

E-mail: carinafp@hotmail.com

Endereço: Travessa São Judas Tadeu, 40, casa 01, Ipiranga, Ribeirão Preto - SP CEP 14055-486.

**Introdução:** Apesar das evidências acerca da fraqueza muscular cervical e alterações de controle motor em pacientes com migrânea, a capacidade de resistência sob cargas submáximas padronizadas ainda não foi

investigada. **Objetivo:** Analisar o tempo de resistência muscular durante contrações isométricas cervicais submáximas em mulheres com migrânea episódica, crônica e grupo controle. **Materiais e Métodos:** Setenta e cinco mulheres foram avaliadas, sendo 25 sem dor de cabeça (GC, 33,439,0 anos) e 50 com migrânea, diagnosticadas segundo os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias. De acordo com a frequência mensal de dias de dor, as voluntárias com migrânea foram igualmente divididas em grupo migrânea episódica (ME, n=25, 31,639,3 anos) e migrânea crônica (MC, n=25, 34,4310,7 anos). O Multi Cervical Rehabilitation Unit® (Hanoun Medical Inc., Ontario) foi utilizado para avaliar a contração isométrica voluntária máxima (CIVM) e controlar a força aplicada durante as contrações submáximas, com o indivíduo em postura sentada. As participantes foram orientadas a manter a contração isométrica em 25%, 50% e 75% da força máxima em flexão e extensão, com auxílio de feedback visual. O teste foi interrompido quando o participante reduziu a força em mais do que 10% do valor testado. A comparação do tempo de resistência em cada carga entre os grupos foi realizada com teste de Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ), e os dados foram expressos em mediana e intervalo interquartil (IIQ). **Resultados:** Não foram observadas diferenças entre os grupos quanto à idade e IMC ( $p > 0,05$ ). O tempo de resistência da musculatura cervical flexora foi diferente entre os grupos em todas as cargas (25%:  $p = 0,017$ ; 50%:  $p = 0,034$ ; e 75% da CIVM:  $p = 0,001$ ). O grupo migrânea crônica apresentou menor tempo de resistência do que o grupo controle em todas as cargas submáximas (25%: MC 5,1s, IIQ 8,7; GC 15,7s, IIQ 37,3;  $p = 0,025$ ; 50%: MC 6,6s, IIQ 14,9; GC 20,0s, IIQ 23,2;  $p = 0,05$ ; 75%: MC 5,2s, IIQ 4,4; GC 15,9s, IIQ 16,6;  $p = 0,004$ ), e o grupo migrânea episódica teve menor resistência somente no teste de 75% da CIVM (ME 4,8s, IIQ 6,1; GC 15,9s, IIQ 16,6;  $p = 0,003$ ). Na avaliação da resistência extensora, não foram observadas diferenças entre os grupos em nenhuma das cargas ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Pacientes com migrânea crônica apresentam resistência muscular cervical reduzida independentemente da carga, enquanto pacientes com migrânea episódica têm resistência reduzida somente em 75% da força máxima quando avaliados em postura sentada. Além disso, nesta mesma postura, indivíduos com migrânea não apresentam alterações na resistência da musculatura extensora.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Fadiga. Coluna cervical.

## ESTUDO EXPERIMENTAL NO TRATAMENTO DE CEFALIAS COM BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO

ANTUNES, Carmen Cecilia Fornaciari<sup>1</sup>; PEGAIANI, Thiago Henrique Marqui<sup>2</sup>; ZAREMARE, Aryane<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina, residente do 2º ano em Anestesiologia no Hospital Regional de Cáceres/MT.

<sup>2</sup> Graduado em Medicina, residente do 3º ano em Anestesiologia no Hospital Regional de Cáceres/MT.

<sup>3</sup> Graduada em Medicina, Clínica Geral Intercorrista no Hospital Regional de Cáceres/MT

**Contato com autor:** Thiago Henrique Marqui Pegaiani  
E-mail: pegaiani@hotmail.com

**Introdução:** Este trabalho objetiva apresentar o resultado experimental da utilização de bloqueio do gânglio esfenopalatino, via transnasal com a utilização de ropivacaina no combate a cefaleias. Esse gânglio está relacionado a vários tipos de dores de cabeça. Devido a sua localização de fácil acesso pela via transnasal, esse tratamento apresentou-se oportuno à equipe de anestesiologia do Hospital Regional de Cáceres. A experiência foi realizada no referido Hospital por dois médicos residentes em anestesiologia, sob orientação dos preceptores, após estudos de artigos que relatavam experiências exitosas com o uso desse procedimento. O experimento foi realizado com três pacientes. O primeiro, por cefaleia pós punção subaracnóide e os outros dois, por crises de enxaqueca. Todos refratários a outros tipos de tratamento medicamentosos. **Método:** O procedimento adotado foi executado da seguinte forma: administrado 3 mg de midazolam intravenoso inicialmente, após isso, foram introduzidas duas hastas com pontas de algodão tipo “swab” por via transnasal até tocar o gânglio (até oferecer resistência). Em seguida injetado 2 ml de ropivacaina a 0,75% (7,5 mg por ml) via “swab” na narina esquerda e em seguida na narina direita. Após esse procedimento foram aguardados 10 minutos. Durante esse intervalo de tempo foram administrados 2 gramas de dipirona e 10 mg de dexametasona intravenosos. Transcorridos os 10 minutos foi realizada nova aplicação de ropivacaina em cada “swab” nasal. **Resultados:** Nos primeiros 10 minutos após a primeira aplicação do anestésico (ropivacaina a 0,75%), todos os pacientes declararam já estar sentindo melhora da dor. Após realizado o procedimento completo em cada um dos pacientes, em situações e datas diferentes, todos relataram sentir melhora rápida e eficaz da cefaleia, não havendo mais necessidade de tratamento adjuvante. Durante o período sob observação, nenhum deles manifestou nova queixa de dor. **Conclusão:** Considerando que o padrão ouro para tratamento de cefaleia pós punção subaracnóide ainda é o tampão sanguíneo (blood patch), o qual oferece maiores riscos e dificuldades na sua execução, o bloqueio esfenopalatino se mostrou uma alternativa mais rápida, fácil e confiável. Além de ser uma prática menos incômoda para o paciente e de realização mais simples do ponto de vista do profissional de anestesiologia. Com relação às crises de enxaqueca os pacientes em geral perseguem tratamentos medicamentosos diversos, muitas vezes por longos períodos, não se beneficiando ou passando a apresentar tolerância às medicações, o que atrapalha ainda mais a eficácia do tratamento. Sendo assim, o bloqueio do gânglio esfenopalatino atualmente se mostra como uma alternativa a mais nas crises e pode, por vezes, substituir medicamentos que possuem efeitos colaterais perigosos e/ou que são indutores de tolerância, resguardando dessa forma os pacientes da dor e ainda oferecendo-lhes essa proteção.

**Palavras-chave:** Bloqueio esfenopalatino. Cefaleia. Ropivacaina.

## TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO EM PACIENTE COM MIGRÂNEA CRÔNICA TRATADO COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TOPIRAMATO: RELATO DE CASO.

**GOBO, Denise Matheus<sup>1</sup>; FUKUE, Rosemeire Rocha<sup>2</sup>; LOYOLA, Julia Serecikak; CAVERNI, Camila Naegeli<sup>3</sup>; VILLA Thais Rodrigues<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Psiquiatra, Fellowship em Cefaleias, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Nutricionista, Pós-Graduanda Mestranda, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia, Fellowship em Cefaleia e Psicóloga colaboradora no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> PhD em Neurologia UNIFESP, Chefe do Setor de Cefaleias UNIFESP.

**Contato com autor:** GOBO, Denise Matheus

E-mail: denisemgobo@gmail.com

Alameda dos Jurupis, 701 apartamento 72 - Indianópolis, São Paulo. CEP: 04088-002

**Introdução:** A migrânea é uma perturbação neurológica primária, comum e incapacitante. Sua epidemiologia é de 15,2% no Brasil, e por sua alta prevalência apresenta grande impacto socioeconômico e pessoal. São gatilhos da doença alterações hormonais, ingestão de alimentos, luz, barulhos, cheiros, mudanças climáticas e gatilhos emocionais. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico crônico, com prevalência de 1 a 3% na população geral. Caracteriza-se pela presença de obsessões (pensamentos, ideias, imagens, medos intrusivos) e compulsões (comportamentos visíveis ou atos mentais repetitivos realizados de maneira ritualística) para reduzir sua ansiedade. Estudos demonstram uma correlação entre migrânea crônica e cefaleia por uso excessivo de medicações com o TOC. Contudo, esta possível comorbidade ainda é subdiagnosticada em pacientes migranosos. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com migrânea crônica e TOC tratada com a terapia cognitivo-comportamental (TCC) associada ao tratamento medicamentoso. **Método:** Paciente do sexo feminino, 32 anos, advogada. Encaminhada ao Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Hospital São Paulo - UNIFESP-EPM, apresentando desde a adolescência queixas relacionadas ao TOC, iniciando tratamento aos 19 anos com Fluvoxamina 100mg/dia, nesta época não realizou psicoterapia. Aos 25 anos iniciou com cefaleia diária, latejante, intensidade moderada na Escala Analógica Visual da Dor (EVA=5), com duração de 6 horas, necessitando suspender o uso da Fluvoxamina devido a piora do quadro. Aos 30 anos iniciou tratamento para migrânea com Duloxetine

60mg/dia e Flunarizina 10mg/dia, com melhora do quadro, porém sem melhora do TOC. Atualmente as crises eram diárias, de forte intensidade (EVA=7), com duração de 8h/dia, com fotofobia, fonofobia, náuseas, desencadeadas por luz, barulho, estresse e ansiedade melhorando após medicar com Naratriptana, Dipirona com Cafeína e Rizatriptana (medicava as crises intensas). Foi diagnosticada com migrânea com aura, migrânea crônica e cefaleia por uso excessivo de medicações. Medicada com topiramato 100mg/dia e simultaneamente foi iniciado as sessões de TCC para reduzir a frequência e intensidade das crises de cefaleia e a sintomatologia do TOC. Foram realizadas 30 sessões, 1 sessão por semana com duração de 50 minutos. O tratamento incluiu avaliação inicial, intervenção e avaliação final. Foram utilizadas estratégias e técnicas como psicoeducação, implementação do diário de dor da cefaleia, registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, treino do controle do estresse e ansiedade, treino de assertividade, treino em habilidade social, parada de pensamento, distração cognitiva, enfrentamento e prevenção de resposta, dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento.

**Resultados:** Foi observada redução importante na frequência e intensidade da cefaleia, e após 6 meses de tratamento apresentava somente crises leves (EVA=3), com frequência de 4 dias/mês e duração de 2 horas sem necessidade de medicação. Remissão parcial dos sintomas de ansiedade, pensamentos obsessivos e as compulsões. **Conclusão:** O tratamento medicamentoso da migrânea associado a TCC mostrou eficácia na prevenção da migrânea crônica e na remissão parcial dos sintomas obsessivos e compulsivos, havendo um ganho importante na qualidade de vida da paciente.

**Palavras-chave:** Migrânea, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Terapia Cognitivo-Comportamental, Topiramato, Migrânea Crônica.

## COMPARAÇÃO DOS EFEITOS PLACEBO DE DIFERENTES MEDICAÇÕES NO MANEJO DA ENXAQUECA CRÔNICA - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**PERES Mario<sup>1</sup>, SWERTS Diego<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup> Faculdade Israelita Albert Einstein

**Contato com autor:** SWERTS Diego

Email: diegobelandrino@gmail.com

Endereço: Rua Gomes Leal, n41, ap82.

**Introdução:** Estima-se que 2% da população mundial apresente enxaqueca crônica, que é uma causa frequente de redução da qualidade de vida e morbidade, com custo anual de mais de 20 bilhões de dólares nos Estados Unidos. A enxaqueca crônica é definida como mais de 15 episódios de enxaqueca ao longo do mês por mais de três meses. Está associada a distúrbios psiquiátricos - como depressão, síndrome do pânico e ansiedade generalizada - distúrbios do sono, fadiga e acidente

vascular cerebral isquêmico. **Objetivo:** Buscamos avaliar os efeitos de diferentes vias de intervenções do efeito placebo (topiramato oral, fremanezumabe SC, erenumab SC, galcanezumab SC, EV eptinezumab) em comparação com o estudo PREEMPT (placebo botox na cabeça) para o tratamento da enxaqueca crônica em adultos com mais de 18 anos de idade. A redução no número de episódios de enxaqueca no mês foi o parâmetro utilizado para avaliar os efeitos das diferentes formas de tratamento. Em nosso estudo, avaliamos os resultados em 12 semanas. **Método:** Uma pesquisa nos bancos de dados do PubMed, Clinical Trials, Up to Date, Cochrane Reviews foi feita até Outubro de 2018, e os artigos foram compilados em uma base de dados no Medline. Incluímos ensaios clínicos randomizados (ECRs) e revisões. Vamos excluir estudos observacionais, ensaios quase randomizados e estudos não randomizados. A população avaliada para o estudo deve ter mais de 18 anos de idade, sem doença secundária, e o estudo precisa ter nossa variável do estudo: número de dias de enxaqueca por mês durante 12 semanas. Os pacientes precisam ter o diagnóstico de enxaqueca crônica de acordo com a Classificação Internacional de Transtornos de Cefaleia. **Resultados:** Mostram que o efeito placebo do PREEMPT (botox na cabeça) é superior aos outros tratamentos, com uma média de redução de episódios de dor de cabeça de -6.20. O eptinezumab endovenoso apresenta-se como uma boa alternativa, com redução de -5.6. O Topiramato, por via oral, apresenta em relação ao padrão, um intervalo de -2,47 a -0.53. Por fim os anticorpos monoclonais, por via subcutânea, apresentaram-se com as menores reduções. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, concluímos uma superioridade do efeito placebo do botox aplicado na cabeça em relação ao efeito placebo dos tratamentos analisados. Entretanto, outras variáveis além da redução do número de episódios de dor de cabeça por mês devem ser analisados, como a diferença em relação ao efeito do medicamento, os efeitos adversos dos medicamentos e do efeito placebo. Assim, teremos uma análise mais completa para o uso do efeito placebo com segurança na prática clínica.

**Palavras-chave:** Enxaqueca Crônica, Efeito Placebo, Medicamentos

### CEFALÉIA DIALÍTICA ASSOCIADA À CEFALÉIA POR PRIVAÇÃO DE CAFÉINA EM PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

**SANTOS, Edarlan Barbosa dos<sup>1,2</sup>; BRITO, Katticy Gabrielle da Silva<sup>1,2</sup>; PINTO, Bernardo Afonso Ribeiro<sup>3,4</sup>; GABAN, Tatiane Fernandes da Fonseca<sup>1,3,5</sup>; CATHARINO, Antônio Marcos da Silva<sup>1,3,6</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Iguazu (UNIG) - Programa de Iniciação Científica - Nova Iguaçu - RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico (a) de medicina. 12º período.

<sup>3</sup> Médico (a) no Hospital Geral de Nova Iguaçu, Nova Iguaçu - RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Nefrologista. Preceptor da residência de clínica médica do Hospital Central do Exército

<sup>5</sup> Mestre em Farmacologia e Terapêutica Experimental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>6</sup> Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

**Contato com autor:** Edarlan Barbosa dos Santos, E-mail: edarlan\_bs@hotmail.com  
Rua Aroazes, 711, ap 201, Cep 22775-060, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

**Introdução:** A Cefaleia é uma condição frequente na população geral, com prevalência ao longo da vida superior a 90% em diversos estudos. Sendo desencadeada por vários fatores, de ordem intrínseca ou extrínseca. A relação da hemodiálise com a cefaleia é observada logo após o início do tratamento dialítico, podendo ser acompanhada de náuseas, vômitos, espasmos musculares, desorientação, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e convulsões. O estudo deste sintoma em populações específicas contribui para a melhor compreensão de suas repercussões sobre a qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é verificar a prevalência de cefaleia dialítica e cefaleia por privação de cafeína em pacientes submetidos à hemodiálise. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, quantitativo e qualitativo realizado em um centro de tratamento para pacientes com doença renal crônica (DRC) submetidos à hemodiálise, através da aplicação de um questionário de investigação e entrevista com esses pacientes, após assinarem o TCLE. Foi criado um banco de dados, no programa Google Docs, para facilitar o armazenamento dos dados e a análise dos resultados. Foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição de ensino - UNIG, CAAE: 68978517.4.0000.8044, com número do parecer: 2.416.322. **Resultados:** Foram aplicados os questionários em 160 pacientes, com DRC em estágio V, durante as sessões de hemodiálise. A faixa etária prevalente foi a sétima década de vida (25%), seguida da quinta década de vida (21,2%). O sexo masculino foi predominante com 61,9%. O estado civil dos pacientes prevaleceu o casado(a) em mais da metade e viviam com esposo(a) e/ou filhos. Mais de 60% se considera estressado e citam como uma das causas a hemodiálise. Apenas 9% são tabagistas e 10% relatam consumir bebida alcoólica há mais de 10 anos. Apenas 18% realizam atividade física ou cultural regularmente. Todos relataram não exercer atividade profissional por conta da doença e 70% sente dificuldade no seu dia-a-dia. Cerca de 87% dos pacientes apresentam HAS associada. A prevalência da cefaleia foi de 90% e atualmente 53,1% dos pacientes apresentam cefaleia. Dentre os pacientes com cefaleia 55,3% apresentavam critérios de cefaleia por privação de cafeína e cefaleia dialítica e 14,1% critérios para cefaleia dialítica isoladamente, de acordo com a Sociedade Internacional de Cefaleia. A localização da dor prevaleceu em região frontal bilateral, seguida de região occipital e temporal, caracterizada como pulsátil, sem aura, associada frequentemente com outros sintomas como escotomas cintilantes, náusea, vômitos e fotofobia. Quando perguntados sobre a cor que associariam a intensidade da dor predominou vermelho, seguido de preto. **Conclusão:** A alta prevalência de

cefaleia é um transtorno que piora a qualidade de vida desses pacientes que já apresentam uma doença debilitante. A associação da cefaleia com a hemodiálise e a privação de cafeína foi observado em mais metade dos pacientes que apresentaram cefaleia. A localização e caracterização da dor encontrada no estudo são compatíveis com a literatura. Sendo necessário mais estudos para diminuir essa prevalência, diminuir o uso abusivo de analgésicos e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Apesar de sua alta prevalência, a cefaleia dialítica tem sido pouco estudada.

**Palavras-chave:** Cefaleia dialítica. Cefaleia por Privação de Cafeína. Hemodiálise.

### IMPACTO DA CEFALEIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PARTICULAR

**SANTOS, Edarlan Barbosa dos<sup>1,2</sup>; BRITO, Katticy Gabrielle da Silva<sup>1,2</sup>; CATHARINO, Antônio Marcos da Silva<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Iguazu (UNIG) - Programa de Iniciação Científica - Nova Iguaçu - RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico (a) de medicina. 12º período. 3º- Médico (a) no Hospital Geral de Nova Iguaçu. Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

**Contato com autor:** Edarlan Barbosa dos Santos  
E-mail: edarlan\_bs@hotmail.com  
Rua Aroazes, 711, ap 201, Cep 22775-060, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

**Introdução:** O tema qualidade de vida (QV) tem sido amplamente discutido nas últimas décadas, tornando-se popularizado, pois, está em alta na sociedade moderna e é considerado um dos termos mais interdisciplinares da atualidade. Para alguns pacientes, a cefaleia torna-se uma condição limitante, que prejudica a qualidade de vida, seja no campo pessoal, afetivo ou profissional. Os pacientes sentem o impacto desse problema, tanto no momento das crises como no período intercrítico, devido às alterações de ordem psicológica que neles podem ser geradas, como: ansiedade, medo ou incerteza. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da cefaleia na QV dos docentes do curso de medicina de uma faculdade particular. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, quantitativo e qualitativo para avaliar o impacto da cefaleia na QV. A técnica de coleta de dados foi de observação direta extensiva, que consistiu na aplicação de um questionário de avaliação entre professores de diferentes disciplinas do curso de medicina da Universidade Iguazu, campus Nova Iguaçu. Atualmente a instituição conta com a colaboração de 186 professores. Os questionários utilizados foram baseados nos Manuais de SF-36 e Escalas de Beck. Ressaltamos que só participaram da pesquisa os professores que concordaram em responder os questionários voluntariamente e assinaram o TCLE. **Resultados:** A seleção da amostra foi obtida junto à coordenação do

curso. Apenas 58% dos professores responderam aos questionários. Dos professores entrevistados 48% eram do sexo feminino e 52% do sexo masculino, 7,8 % eram fumantes, destes 71,4% fumam há mais de 10 anos. Relataram ingerir bebida alcoólica 61% dos participantes, onde 91,5 % afirmam que bebem há mais de 10 anos, a prática de atividades física é comum em 58,4% dos participantes. Mais de 90% dos participantes considera sua saúde entre boa e excelente. 69,2% considera a saúde estável em relação ao ano anterior e a maioria dos entrevistados não sentiu dificuldade em tarefas diárias devido ao estado de saúde física ou emocional. A presença de dor no corpo foi mencionada por 73,1% dos professores, mas em sua maioria de intensidade leve e com pouca interferência na rotina de trabalho. No inventário de Beck, que descreve melhor a maneira que o entrevistado tem se sentido na última semana, apenas 1% relatou sentir-se triste e desanimado em relação ao futuro e não encontrar prazer real em mais nada. O sentimento de culpa foi mencionado por 2% dos participantes. E a ideia de suicídio, mas sem a intenção de executá-la também foi relatada em 1% dos entrevistados. Problemas com o sono foram relatados em 54% dos professores e alterações de apetite em 17% deles. 31% dos participantes relataram redução no interesse por atividade sexual. **Conclusão:** A cefaleia teve prevalência de 90% na população estudada. Embora este estudo tenha sido realizado em uma população restrita, podemos inferir que a qualidade de vida dos docentes com cefaleia está comprometida, mesmo no período entre as crises. O estado emocional de estresse foi relatado como um fator de agravo a cefaleia e piora da QV.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Qualidade de vida. SF-36. Professores de medicina.

### AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO FUNCIONAL EM IDOSAS COM HISTÓRICO DE CEFALEIA

**IBIAPINA Elaine Farias<sup>1</sup>; KALATAKIS-SANTOS Artur Eduardo<sup>1</sup>; SANTOS Elnaura dos Santos<sup>2</sup>; SILVA Lídia Maria Lopes da<sup>2</sup>; ARAÚJO-NETO Manoel Gomes de<sup>2</sup>; FERREIRA Miguel Jânio Costa<sup>2</sup>; GONÇALVES Maria Cláudia<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Aluno do Curso de Fisioterapia da Universidade CEUMA. <sup>2</sup> Aluno do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade CEUMA.

<sup>3</sup> Professora Doutora do Mestrado em Meio Ambiente e do Curso Fisioterapia da Universidade CEUMA.

**Contato com autor:** Ibiapina Elaine Farias  
E-mail: elaineibiapina@outlook.com

**Introdução:** A literatura tem apontado que mulheres adultas com cefaleia apresentam redução subclínica do equilíbrio funcional, no entanto não é sabido se essa condição se torna clínica em idades mais avançadas. **Objetivo:** Avaliar idosas com e sem histórico de cefaleia e correlacionar com o equilíbrio funcional e atividade física. **Materiais e Métodos:** A amostra foi constituída por mulheres, com idade entre 60 a 70 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo exclusas aquelas que apresentasse diagnóstico de algum

distúrbio vestibular e/ou faziam uso de dispositivos de auxílio à marcha. O questionário ID de Migrânea foi utilizado para avaliar a presença de cefaleia, o questionário Baecke para avaliar o nível de atividade física e o Teste Time Up Go (TUG) foi utilizado para avaliar o equilíbrio. O teste de correlação de Spearman foi utilizado e  $P=0,005$  considerado significativo. **Resultados:** Foram avaliadas  $n=49$  voluntárias com média de idade 65,633,12 anos,  $n=38$  com cefaleia, sendo  $n=10$  (20%) classificada com migrânea e 28 (57%) outros tipos de cefaleias,  $n=11$  (23%) sem cefaleia consideradas grupo controle. Foi observada diferença significativa do grupo migrânea para os demais grupos para a intensidade da cefaleia  $p<0,001$ , equilíbrio  $p=0,053$  e nível de atividade física médio e absoluto  $p=0,045$  e  $p=0,043$  respectivamente. **Conclusão:** Mulheres com cefaleia, sobretudo aquelas com migrânea, apresentam pior equilíbrio e menor nível de atividade física quando comparadas a pacientes sem cefaleia.

**Palavras-chave:** Cefaleia; Migrânea; Idosas; Equilíbrio Funcional

## CEFALIA E TPM: SÃO COMÓRBIDOS?

MELHADO, Eliana Meire<sup>1</sup>; ESCHIAPATI, Túlio Ruiz<sup>2</sup>; MARIA, Rafael Dias<sup>2</sup>; PICOLO, Jessica Bidurin<sup>2</sup>; SANTOS, Mariana Arantes<sup>2</sup>; TAHAN, Guilherme Martins<sup>2</sup>; VOLPATO DE MATOS, Ana Clara<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dra. Eliana Meire Melhado: Docente de Neurologia e Semiologia da Faculdade de Medicina de Catanduva- UNIFIPA, SP. Doutora e Mestre em Ciências Médicas, área de concentração de Neurologia, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP. Rua 21 de Abril, 1074- Centro- Catanduva (SP) - 15.801-170

<sup>2</sup> Acadêmicos da Faculdade de Medicina de Catanduva- UNIFIPA, SP

**Contato com autor:** Eliana Meire Melhado  
E-mail: neuroeliana@hotmail.com

**Introdução:** Migrânea acomete entre 2 e 3 vezes mais mulheres que homens, e Síndrome Pré-Menstrual (TPM) é prevalente entre as mulheres, chegando a acometer até 80 a 90% das mulheres ao longo da vida. Os objetivos do estudo foram avaliar a prevalência de TPM e Enxaqueca nos ambulatórios de Neurologia e Ginecologia, bem como estimar se enxaqueca e TPM são distúrbios comórbidos. **Metodologia:** A amostragem constituiu-se de 87 mulheres entre 18 e 52 anos dos ambulatórios do hospital-escola Emílio Carlos durante 2018, que responderam questionários através de entrevistas realizadas por acadêmicos de medicina. O questionário se constituiu de 27 perguntas com relação à vida cíclica da mulher, às cefaleias e sintomas de TPM. As mulheres que concordaram em participar, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram incluídas 87 mulheres no estudo, 42 com enxaqueca na neurologia e 45 mulheres com queixas ginecológicas diversas na ginecologia. Apenas 4 mulheres da Ginecologia (GO) não tinham cefaleia. Na neurologia, houve 33/42 com TPM (78,6%) e na Ginecologia, houve 32/34 (94,11%) com Enxaqueca. Das mulheres com TPM e Enxaqueca: na GO,

13/23 apresentam Migrânea relacionada à menstruação (MRM) estatisticamente significativa em relação a não MRM (10/23) (qui-quadrado=3,95); na Neurologia, 22/28 apresentam significativamente mais MRM em relação a quem não tem MRM (qui-quadrado=152,5  $p<0,05$ ) (6/28). Não há diferença significativa na chance de uma mulher com TPM ter enxaqueca ou com enxaqueca ter TPM comparado a quem não tem TPM ou enxaqueca respectivamente em ambos os grupos ( $p=0,2252$ ). Porém a chance de uma mulher com TPM ter MRM e com MRM ter TPM é de 6,57 (IC95% 1,72 a 25,11) do que não ter MRM e TPM respectivamente. Há diferença significativa na comparação de ocorrência de MRM em quem tem TPM, e de TPM em quem tem MRM comparativamente a quem não tem TPM, e MRM respectivamente ( $p=0,0053$ ). Há significativamente menos impacto da cefaleia no grupo da Ginecologia do que no da neurologia ( $p=0,036$ ) pelo HIT-6 (Headache Impact test-6). **Conclusão:** A prevalência de Enxaqueca na Ginecologia e TPM na neurologia são elevadas, assim como a associação de TPM e MRM são significativos em ambos os grupos, portanto Enxaqueca e TPM são distúrbios associados bilateralmente. As mulheres da neurologia procuram o neurologista por Enxaqueca pela doença ser mais incapacitante neste grupo.

**Palavras-chave:** Migrânea. Síndrome Pré Menstrual. Ginecologia. Neurologia.

## CEFALIA NA CRIANÇA ASSOCIADA A CEFALIA NA MÃE

PEREIRA Elinaura dos santos<sup>1</sup>; DIAS Yrlla Rafaelle rodrigues<sup>2</sup>; SILVA Lídia maria lopes<sup>3</sup>; GOMES Manoel Araújo<sup>3</sup>; PINTO Guilherme gonçalves silva<sup>3</sup>; IBIAPINA Elaine farias<sup>2</sup>; GONÇALVES Maria cláudia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade CEUMA.

<sup>2</sup> Aluno do Curso de Fisioterapia da Universidade da Universidade CEUMA

<sup>3</sup> Médico Intensivista no Hospital Regional de Taguatinga e Residente em Clínica Médica no Hospital Regional do Gama, Brasília (DF).

<sup>4</sup> Professor Doutora do Mestrado em Meio Ambiente e da Curso de Fisioterapia da Universidade CEUMA

**Contato com autor:** Pereira Elinaura dos santos  
E-mail: elinaura\_pereirasantos@hotmail.com

**Introdução:** Alguns tipos de cefaleia podem ser herdados geneticamente e a presença de cefaleia na criança pode influenciada pela presença de cefaleia na mãe. **Objetivo:** Identificar a frequência de queixa de cefaleias na infância, associar com a presença de cefaleia na mãe. **Materiais e Métodos:** Foram incluídas crianças regularmente matriculadas em uma escola de São Luís-MA, de ambos os gêneros, com idade entre 5 a 12 anos de idade e excluídos aqueles que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido assinado pela mãe, que não tivessem assinado o termo de assentimento livre e esclarecido e que apresentassem algum problema cognitivo. A presença de cefaleia e suas características bem como os dados sociodemográficos foram avaliados

por meio de um questionário elaborado pela própria autora. Os grupos foram comparados usando análises de variância (ANOVA), e teste post hoc de Duncan. O Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) foram usados para avaliar a associação da presença da cefaleia na mãe com a cefaleia na criança. O nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$  foi adotado. Pacote SPSS (versão 18) foi utilizado para análise estatística. **Resultados:** Foram avaliadas 88 crianças, sendo  $n=49$  (55,68%) do gênero feminino,  $n=81$  (92,04%) apresentaram queixa de cefaleia, com frequência média de 5(2,7) dias e intensidade média de 7,13(7,89). Do total de  $n=86$  mães avaliadas,  $n=68$  (88,31%) relataram ter cefaleia com frequência média de 9,79(8,05) dias e intensidade média de 8(2,5). Foi observada associação positiva de OR/IC= 2,2 (0,25 - 1,36) entre a presença de cefaleia na criança e a cefaleia na mãe. **Conclusão:** A presença de cefaleia na criança na amostra estudada está associada com a presença de cefaleia na mãe, apontando para a importância da orientação e prevenção dessa doença junto às crianças, seus pais e professores.

**Palavras-chave:** Criança; Cefaleia; Frequência.

### “HEADACHE ASSOCIATED WITH SEXUAL ACTIVITY IN A SPECIALIZED UNIVERSITY HOSPITAL SERVICE: A CASE REPORT”

**SOARES, Felipe Henriques Carvalho<sup>1</sup>; SIQUEIRA, Laís Aparecida Machado<sup>2</sup>; BARTELEGA, Janaina Alves<sup>3</sup>; GOMES, João Gabriel Rezende<sup>4</sup>; VALENTE, Raul de Barros<sup>5</sup>; VALE, Thiago Cardoso<sup>6</sup>; VASCONCELOS, Luiz Paulo Bastos<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Residente do terceiro ano da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado pela Faculdade de Medicina de Barbacena

<sup>2</sup> Residente do terceiro ano da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduada pela Faculdade de Medicina do Vale do Sapucaí

<sup>3</sup> Residente do terceiro ano da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduada pela Universidade Federal de Ouro Preto

<sup>4</sup> Acadêmico do oitavo período da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>5</sup> Residente do segundo ano da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>6</sup> Preceptor e professor do serviço de distúrbios do movimento da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado em neurologia pela Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>7</sup> Preceptor e professor do serviço de cefaleia da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado em neurologia pela Universidade Federal de Minas Gerais

**Contato com autor:** Felipe Henriques Carvalho Soares

E-mail: henriques.felipe@outlook.com

Endereço: Rua Arcos, Número 553, Bairro Vera Cruz, Belo Horizonte-MG;

**Introduction:** Primary headache associated with sexual activity is a rare type of cephalalgia, with a worldwide prevalence of 1%. It predominantly affects men (3-4:1), mainly between 20-24 and 30-34 years of age. Phenotypically it can be classified into two types. In type 1 headache (pre-orgasmic), headache is usually bilateral with a sensation of pressure around the head with muscle contraction. In type 2 headache (orgasmic), headaches have an explosive, throbbing

quality and appear just before or at the moment of orgasm. **Case Report:** A 51-year-old woman, previously diagnosed with depression and chronic insomnia, was seen in a tertiary-care center specialized in headaches referring three episodes of a progressively worsened headache occurring during sexual intercourse that lasted for thirty minutes. Headache was holocranial and there were no accompanying signs. Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs were unsuccessful in controlling her pain. Her neurological examination was normal. She underwent brain magnetic resonance imaging and magnetic resonance angiography which were unrevealing. She was treated with indomethacin 25 mg, taken 30 minutes prior to every new sexual intercourse and had outstanding clinical improvement.

**Discussion:** Primary headache associated with sexual activity diagnosis is suspected when proper symptoms of cephalalgia occur during sexual intercourse (type 1 headache) and orgasm (type 2 headache). Our patient fulfilled the criteria for the former type, according to the 3rd Edition of the International Classification of Headache Disorders. This is a diagnosis of exclusion, mainly of vascular causes. Angiographic studies are needed to rule out intracranial hemorrhage, since subarachnoid hemorrhage due to aneurysm rupture with sexual intercourse as a trigger is the main concern. Cervical and intracranial arterial dissection are other possible cause. Acute treatment of this type of headache is with indomethacin or triptans thirty minutes before the sexual intercourse. Beta-blockers can be used as prophylactic agents in refractory cases. **Conclusion:** Primary headache associated with sexual activity is a rare case of primary cephalalgia, with only a few cases reported in literature. It usually presents with a good prognosis, but it is imperative to rule out secondary headaches that could be potentially fatal. Indomethacin or triptans are the mainstay of acute treatment.

**Keywords:** Headache Associated With Sexual Activity; Primary Headache; Secondary Headaches

### PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA DE INDIVÍDUOS ADULTOS AMBULATORIAIS COM DISPOSITIVO NÃO INVASIVO

**KUBOTA, Gabriel Taricani; FORTINI, Ida; HAYASHI, Cintya Yukie; GOMES, Hélio Rodrigues; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; ANDRADE, Daniel Ciampi de.**

<sup>1</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Bacharel, Instituição: Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Médico voluntário

<sup>2</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Doutora, Instituição: Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Médica assistente e coordenadora do Ambulatório de Cefaleia

<sup>3</sup> Graduação: Enfermagem, Titulação: Bacharel, Instituição: Divisão de Neurocirurgia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Médico voluntário

<sup>4</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Doutor, Instituição: Setor de Líquor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Médico assistente e coordenador do Setor de Líquor

<sup>5</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Professor Titular, Instituição: Divisão de Neurocirurgia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Professor Titular

<sup>6</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Professor, Instituição: Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Coordenador do Centro de Dor

**Contato com autor:** Gabriel Taricani Kubota  
E.mail: gabriel.taricani.kubota@gmail.com  
Endereço: Rua Francisco Leitão, nº 205, apto. 144, Pinheiros, São Paulo, CEP 05414-025

**Introdução:** Doenças relacionadas à hipertensão intracraniana crônica, como o pseudotumor cerebral, são causas de cefaleias secundárias frequentemente refratárias e provavelmente subdiagnosticadas. Ainda hoje, o diagnóstico e monitorização dessas condições dependem da coleta de líquido, um procedimento invasivo e desconfortável. No entanto, um grupo de pesquisadores brasileiros desenvolveu um dispositivo não invasivo de monitorização da pressão intracraniana (PIC). Esse aparelho avalia a PIC a partir da detecção de pequenas deformidades que ela produz na calota craniana. O dispositivo já foi testado em modelos com animais, e demonstrou boa correlação com a PIC. Séries de casos em humanos também descreveram que esse método tem boa correlação com o resultado de métodos invasivos tradicionais de aferição da PIC (ex.: punção lombar e sensor intraparenquimatosa). Em 2017, um estudo com população pediátrica demonstrou que o dispositivo foi capaz de identificar hipertensão intracraniana não compensada por hidrocefalia com sensibilidade de 80% e especificidade de 100%. No nosso conhecimento, não há trabalhos publicados que avaliaram sistematicamente a precisão desse método na identificação de hipertensão intracraniana em indivíduos adultos no contexto ambulatorial. **Objetivo:** Descrever um projeto de pesquisa que pretende avaliar a precisão de um novo dispositivo de aferição não invasiva da PIC (ANI-PIC) na identificação de pacientes adultos ambulatoriais com hipertensão intracraniana. **Métodos:** Serão recrutados 90 sujeitos adultos que tenham sido encaminhados para coleta de líquido eletiva, a critério de sua equipe médica assistente. Pacientes com contraindicação à coleta de líquido, descontinuidade significativa da calota craniana, impossibilidade técnica de aferição da pressão inicial do líquido por punção lombar em decúbito lateral e/ou com contraindicações à realização da manobra de Valsalva serão excluídos. Todos os pacientes serão submetidos à ANI-PIC em decúbito a 30°. Após, os sujeitos serão aleatorizados em 3 grupos (A a C), cada um com 30 indivíduos. O grupo A repetirá a ANI-PIC durante manobra de Valsalva por expiração forçada contra resistência de 30 a 40mmHg. O grupo B repetirá a ANI-PIC em posição sentada com encosto a 90°. Em seguida, os grupos A e B serão submetidos

a coleta de líquido por punção lombar com aferição da pressão inicial e final em decúbito lateral. O grupo C irá primeiramente realizar a punção lombar e após, irá realizar nova ANI-PIC em decúbito a 30°. **Resultados:** A relação entre as amplitudes das curvas P2 e P1 (P2/P1), obtidas pela ANI-PIC em cada uma das posições e mediante manobra de Valsalva, será comparada entre indivíduos com hipertensão intracraniana (definidos como pressão inicial > 20cmH<sub>2</sub>O na punção lombar) e sem, através do teste de Fisher. A sensibilidade e especificidade desse parâmetro na identificação da hipertensão intracraniana serão avaliadas através do cálculo da área sobre a curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve). **Conclusão:** O presente projeto de pesquisa pretende estudar a precisão de um novo método promissor de aferição não invasiva da PIC em identificar hipertensão intracraniana em pacientes adultos ambulatoriais.

**Palavras-chave:** Hipertensão intracraniana. Pseudotumor cerebral. Hidrocefalia. Punção Lombar.

### USO DE CLORPROMAZINA PARA O TRATAMENTO DE PONTE DAS CEFALÉIAS POR USO EXCESSIVO DE MEDICAÇÕES

**KUBOTA, Gabriel Taricani<sup>1</sup>; FORTINI, Ida<sup>2</sup>; KRYMCHANTOWSKI, Abouch Valenty<sup>3</sup>; DE ANDRADE, Daniel Ciampi Araújo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Universidade Federal do Rio de Janeiro

<sup>4</sup> Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** A cefaleia por uso excessivo de medicação (CEM) afeta de 1 a 2% da população mundial. Em relação a migrânea sem aura, estima-se que a CEM produza impacto 3 vezes maior sobre a qualidade de vida e funcionalidade dos doentes afetados. Além de promover melhoria da qualidade de vida, a suspensão da medicação em uso excessivo pode reduzir gastos em saúde em mais de 2 vezes. Para tanto estratégias educacionais isoladas demonstraram ser eficazes, porém, cerca de 20 a 50% dos doentes mantêm-se refratários. No nosso serviço, a clorpromazina oral tem sido utilizada como ponte terapêutica para o tratamento da CEM, com bons resultados. Porém, no nosso conhecimento não há ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRC) que tenham avaliado a eficácia dessa estratégia terapêutica. **Objetivo:** Descrever um protocolo de ECRC cujo objetivo é avaliar a eficácia da clorpromazina oral como ponte terapêutica para retirada ambulatorial da medicação em uso excessivo em pacientes com CEM. **Métodos:** Serão recrutados sujeitos com  $\geq 18$  anos, e, com migrânea e CEM de acordo com os critérios da 3ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias. Serão excluídos os sujeitos com contraindicações ao uso de clorpromazina, mudança ou introdução da

profilaxia de migrânea em últimos 3 meses, cefaleia secundária associada, gestantes, nutrízes, mulheres em idade fértil sem uso adequado de contraceptivo, sujeitos com comorbidades psiquiátricas graves e abuso de barbitúricos, benzodiazepínicos e opióides fortes. O estudo será dividido em 2 fases. Na fase 1, os indivíduos recrutados assistirão um vídeo padronizado com duração de 10 minutos que orientará sobre os benefícios da suspensão do uso excessivo de medicação no tratamento da cefaleia. Os sujeitos serão reavaliados em 60 dias. Aqueles que mantiverem critérios diagnósticos de CEM, serão incluídos na fase 2. Nessa fase, os sujeitos serão aleatorizados em um braço ativo e um braço placebo. Os investigadores e os pacientes serão cegos à aleatorização até o fim do estudo. Por 28 dias, o braço ativo receberá clorpromazina 40mg/ml via oral, e o placebo receberá uma diluição contendo clonazepam 2,5mg/ml e tintura de boldo 20%. Ambos braços seguirão um mesmo protocolo padronizado de titulação de dose. Após esse período, os sujeitos de ambos os braços que não estiverem recebendo medicação profilática para migrânea receberão propranolol, divalproato de sódio ou topiramato, a critério dos investigadores. **Resultados:** Os sujeitos serão reavaliados após 21, 61 e 91 dias do início da fase 2 do estudo. Os braços ativo e placebo serão comparados quanto ao desfecho primário: percentual de sujeitos que deixaram de preencher critérios para CEM entre os dias 56 e 84. Serão também avaliados os desfechos secundários: impressão global de mudança, escore em HIT-6 entre dias 56 e 84, redução de dias de cefaleia por mês, efeitos colaterais graves associados a clorpromazina e frequência de sintomas relacionados à suspensão da medicação em uso excessivo. **Conclusão:** O presente projeto de pesquisa pretende avaliar a eficácia e segurança da clorpromazina oral como ponte terapêutica no tratamento da CEM, através de um ECRC duplo-cego.

**Palavras-chave:** Cefaleia por uso excessivo de medicação. Clorpromazina. Enxaqueca crônica. Cefaleia tensional. Cefaleia Crônica Diária.

### CLASSES DE MEDICAMENTOS RECONHECIDAS PELOS DISCENTES DE MEDICINA COMO ASSOCIADAS À CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

**SILVA, Ísis Maia e<sup>1</sup>; DIAS, Janine Maria Oliveira<sup>1</sup>; BASTOS, Mariana Cota<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

<sup>2</sup> Neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) responsável pelo ambulatório de cefaleia

**Contato com autor:** SILVA, Ísis Maia e  
E-mail: isismaia2@hotmail.com  
Av. Menino Marcelo 140, Apto 909 - Bl 01, Condomínio Park Shopping, Cidade Universitária, CEP 57073-470.

**Introdução:** O uso inadequado e prolongado de medicações sintomáticas para dor em pacientes com uma cefaleia primária preexistente ocasiona o desenvolvimento de uma patologia prevalente e incapacitante: a cefaleia por uso excessivo de medicamentos (medication-overuse headache - MOH). Em 2018, a 3ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3) descreve como associados à MOH os seguintes fármacos: ergotamina, triptano, analgésicos não opióides (paracetamol e anti-inflamatório - AINE), opióides, associações de analgésicos e classes farmacológicas múltiplas. O diagnóstico da MOH é de extrema importância clínica, pois grande parte dos doentes com cefaleia crônica tem cefaleia por uso excessivo de medicamentos e a maioria melhora apenas com a retirada dessa substância. **Objetivo:** Analisar as classes farmacológicas reconhecidas pelos discentes de medicina de uma Universidade Pública Federal como associadas à cefaleia por uso excessivo de medicamentos. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, aplicado na população de 557 discentes de medicina de uma Universidade Pública Federal, do 1º ao 12º período do curso, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Consentiram em participar da pesquisa, um total de 416 discentes, os quais responderam um questionário composto por uma questão de resposta múltipla englobando todos os fármacos associados à MOH, segundo a ICHD-3. Foi esclarecido aos discentes que todas as respostas consideradas adequadas deveriam ser assinaladas. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2017 e analisados por estatística descritiva pelo programa SPSS 20. **Resultados:** Um total de 416 discentes (74,7% da população total) responderam à questão, destes, 106 discentes (25,4%) preferiram não responder e 2 (0,48%) não assinalaram nenhum dos fármacos apresentados. Do total dos 308 discentes que responderam, a maioria considerou cafeína (51,5%), analgésicos combinados (33,6%), AINE (31,5%), dipirona (28,1%) e paracetamol (27,8%) como os principais fármacos associados ao desenvolvimento da MOH. Talvez, a maior exposição a esses fármacos durante a graduação tenha contribuído para esse resultado, já que são medicamentos de baixo custo e disponíveis no sistema único de saúde (SUS). Dentre as classes farmacológicas menos reconhecidas pelos discentes estão os triptanos (11,3%) e os ergotamínicos (8%), medicamentos eficazes no tratamento da enxaqueca e amplamente utilizados na Europa e Estados Unidos. Alguns estudos consideram os triptanos como a classe mais associada ao desenvolvimento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, por sua maior frequência de uso, necessidade de baixas doses e instalação mais rápida do quadro de MOH. **Conclusão:** O estudo permite concluir que a maioria dos discentes de medicina não reconhece os triptanos e os ergotamínicos como fármacos potencialmente associados ao desenvolvimento de MOH. Tal resultado pode estar associado ao menor conhecimento dessas classes medicamentosas, por não serem utilizadas com frequência no contexto do SUS, cenário onde os discentes estão incluídos, já que apresentam custo elevado e dificuldade no acesso. É

importante conscientizar os discentes de medicina sobre a importância de conhecer todas classes farmacológicas associados ao desenvolvimento da MOH para orientar adequadamente os pacientes susceptíveis.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Uso Excessivo de Medicamentos Prescritos. Saúde Pública. Educação Médica.

### IDENTIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

**SILVA, Ísis Maia e<sup>1</sup>; DIAS, Janine Maria Oliveira<sup>1</sup>; BASTOS, Mariana Cota<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL),

<sup>2</sup> Médica neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) responsável pelo ambulatório especializado de cefaleia

**Contato com autor:** SILVA, Ísis Maia e

Email: isismaia2@hotmail.com

Av. Menino Marcelo 140, Apto 909 - Bl 01, Condomínio Park Shopping, Cidade Universitária, CEP 57073-470.

**Introdução:** A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (medication-overuse headache - MOH) uma cefaleia crônica e secundária ao uso indiscriminado de medicação sintomática em pessoas susceptíveis. É definida pela 3ª Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3) como cefaleia, ocorrendo em 15 ou mais dias por mês, num doente com a cefaleia primária preexistente e desenvolvendo-se em consequência do uso excessivo regular de medicação aguda ou sintomática para a cefaleia (em  $\geq 10$  dias, ou  $\geq 15$  dias por mês, dependendo da medicação) por mais de 3 meses. É uma patologia com alto grau de incapacidade e com aumento exponencial da prevalência, considerada um problema de saúde pública em muitos países. **Objetivo:** Identificar se os estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal reconhecem os critérios diagnósticos da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, segundo a ICHD-3. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, aplicado na população de 557 estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal, do 1º ao 12º período do curso, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Consentiram em participar da pesquisa, um total de 415 estudantes, os quais responderam um questionário que incluía quatro assertivas construídas utilizando a escala tipo Likert, com o intuito de avaliar se os estudantes conheciam os critérios da ICHD-3 para o diagnóstico da MOH. As assertivas foram: 1) A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma cefaleia secundária; 2) A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma cefaleia que ocorre em  $\geq 15$  dias por mês; 3) A cefaleia por uso excessivo de medicamentos é uma consequência do

uso excessivo regular de medicação sintomática para dor por  $\geq 10$  dias ou  $\geq 15$  dias por mês (dependendo da medicação usada); e 4) É necessário no mínimo 3 meses de uso excessivo de medicação sintomática para fechar o diagnóstico dessa cefaleia. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2017 e analisados por estatística descritiva pelo programa SPSS 20. **Resultados:** Dos 415 estudantes, apenas 69 (16,6%) responderam corretamente as 4 assertivas referentes aos critérios diagnósticos da MOH. A maior parte (30,4%) dos que acertaram todas as afirmativas estavam no 1º período. Ao considerar os estudantes do 6º ao 12º período, os quais já foram expostos ao tema na disciplina de neurologia, apenas 12 (5,3%) acertaram os critérios diagnósticos, sendo 4 do 6º período, 2 do 7º período, 2 do 8º período, 1 do 9º período, nenhum do 10º período, 3 do 11º período e nenhum no 12º período. **Conclusão:** Os estudantes de medicina demonstraram um conhecimento insuficiente sobre os critérios diagnósticos da cefaleia por uso excessivo de medicamentos, fato considerado preocupante já que se trata de patologia prevalente no cenário da saúde pública. Sabendo que, na Universidade em estudo, o tema cefaleias é abordado na disciplina de neurologia durante o 6º período, esperava-se um resultado superior entre os estudantes do 6º ao 12º período, o que motiva questionamentos e reflexões acerca do ensino da MOH durante a graduação.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Uso Excessivo de Medicamentos Prescritos. Educação Médica. Saúde Pública.

### CEFALIA HÍPNICA: UMA ENTIDADE RARA-RELATO DE CASO

**BARTELEGA<sup>1</sup>, Janaina Alves; SOARES<sup>2</sup>, Felipe Henriques Carvalho; SIQUEIRA<sup>3</sup>, Laís Aparecida Machado; SILVA<sup>4</sup>, Carolina de Almeida e; PIRES<sup>5</sup>, Leopoldo Antônio; VASCONCELOS<sup>6</sup>, Luiz Paulo Bastos<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Médica Graduada pela Universidade Federal de Ouro Preto. Residente de Neurologia do 3º ano do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>2</sup> Médico Graduado pela Faculdade de Medicina de Barbacena. Residente de Neurologia do 3º ano do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>3</sup> Médica Graduada pela Universidade do Vale do Sapucaí. Residente de Neurologia do 3º ano do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>4</sup> Médica Graduada pela Universidade Federal de Ouro Preto. Residente de Neurologia do 2º ano do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>5</sup> Médico Neurologista. Graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre pela Universidade Federal de São Paulo. Chefe do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>6</sup> Médico Neurologista. Graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais. Chefe do Departamento de Cefaleia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

**Contato com autor:** Barteleaga, Janaina Alves  
E-mail: janainabarteleaga@gmail.com.

Endereço: Rua: Engenheiro José Carlos de Moraes Sarmiento, 419, ap. 401. Bairro: Santa Catarina. Cep: 36036-100. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

**Introdução:** A Cefaleia Hípnica é de ocorrência rara e frequentemente subdiagnosticada. É caracterizada por cefaleias episódicas noturnas que despertam o paciente de forma periódica durante o sono. **Relato de caso:** L.A.G., sexo masculino, 30 anos, sem antecedentes patológicos progressivos relevantes, refere ter iniciado há cerca de seis meses quadro de episódios de cefaleia holocraniana de ocorrência exclusivamente noturna, que o levavam a despertar. O quadro álgico possuía duração de cerca de uma hora e não se associava a alterações autonômicas, náuseas, vômitos, fotofobia e nem a nenhum déficit focal. A frequência aproximada dos episódios era de doze ao mês. Os exames geral e neurológico estavam preservados. Realizada tomografia computadorizada de crânio sem alterações. Suspeitado o diagnóstico de cefaleia hípnica, foi indicado tratamento com indometacina, tendo evoluído com remissão completa dos episódios desde então. **Discussão:** A cefaleia hípnica é uma perturbação incomum, caracterizada por episódios álgicos que tipicamente acordam o paciente (“alarm clock”). Sua prevalência é maior em mulheres (65%) do que em homens. Para atender aos critérios diagnósticos do ICHD-3, os sintomas devem incluir cefaleias recorrentes com duração de 15 minutos a quatro horas desencadeadas durante o sono, que causam o despertar em dez dias ou mais por mês, durante três meses. Os ataques de cefaleia não estão associados a fenômenos autonômicos, inquietação ou anormalidades sensoriais. A dor é constante, de intensidade leve a moderada, podendo ser unilateral ou bilateral. A fisiopatologia é desconhecida, mas aventa-se estar relacionada à disfunção do núcleo supra-quiasmático do hipotálamo. Opções de tratamento incluem cafeína, carbonato de lítio, indometacina ou melatonina, que devem ser administrados antes de dormir. **Conclusão:** A Cefaleia Hípnica é um tipo de cefaleia primária de caráter recorrente de curta duração, de incidência rara e frequentemente subdiagnosticada. Relatamos o caso de um paciente atendido em serviço especializado que após o diagnóstico evoluiu com boa resposta à terapêutica empregada, reforçando a importância do diagnóstico preciso para traçar a conduta adequada.

**Palavras-chave:** Cefaleia Hípnica. Cefaleia primária. Cefaleia episódica.

## CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA SOBRE O TRATAMENTO DA CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

DIAS, Janine Maria Oliveira<sup>1</sup>; SILVA, Ísis Maia e<sup>1</sup>; BASTOS, Mariana Cota<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

<sup>2</sup> Médica neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) responsável pelo ambulatório especializado de cefaleia

**Contato com autor:** DIAS, Janine Maria Oliveira  
Email: janinemaria\_oliveira@hotmail.com  
Av. Dom Antônio Brandão, 239, Ed. Ib Gatto, Apto 211-A, Farol, CEP: 57051-190.

**Introdução:** A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (medication-overuse headache - MOH) é uma cefaleia secundária crônica, ocasionada pelo uso excessivo de medicamentos para dor. O manejo dos pacientes com MOH é difícil pela falta de uma estratégia que tenha evidência de superioridade, mas baseia-se em três pilares: a prevenção, através da educação sobre o uso adequado da medicação sintomática, a retirada da substância em excesso e o tratamento profilático. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal sobre o tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, aplicado na população de 557 estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal, do 1º ao 12º período do curso, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Consentiram em participar da pesquisa, um total de 415 estudantes, os quais responderam um questionário que continha questões construídas com a escala tipo Likert com as assertivas: ‘No tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é importante a retirada abrupta do medicamento usado em excesso’, ‘Uma conduta essencial no tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é o aconselhamento sobre os limites da ingestão de medicamentos sintomáticos’ e ‘A realização de tratamento profilático é indicado na maior parte dos casos de cefaleia por uso excessivo de medicamentos’. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2017 e analisados por estatística descritiva pelo programa SPSS 20. **Resultados:** Considerando os pilares do tratamento da MOH, a análise mostrou que dos 415 estudantes, apenas 4,8% (20 estudantes) concordaram com a retirada abrupta das medicações sintomáticas. Apesar de não existir conduta única, alguns estudos sugerem que a retirada abrupta é a escolha menos danosa à qualidade de vida do paciente. A maioria dos estudantes (86%) concordou que o aconselhamento sobre os limites da ingestão de medicamentos sintomáticos é uma conduta essencial no tratamento da MOH, resultado em consonância com as orientações dos especialistas. Por fim, em relação a indicação de tratamento profilático, cerca de 43,5% concordou com a sua realização. Apesar de não existir consenso sobre a introdução da medicação profilática na MOH, a maioria dos estudos orientam iniciar nos casos em que a educação e retirada da substância não melhoram o quadro do paciente. **Conclusão:** Apesar de não existir uma conduta única a ser escolhida no tratamento da MOH, a educação dos pacientes, a retirada abrupta da medicação e o uso de profiláticos estão entre as medidas de maior impacto na qualidade de vida. Os resultados do estudo sugerem a necessidade de reforçar

o conhecimento dos estudantes sobre o manejo dessa patologia, visto que, mesmo após terem sido expostos ao tema na graduação, os estudantes não consideram correta a retirada abrupta da medicação excessiva, uma das principais escolhas no manejo da MOH.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Uso Excessivo de Medicamentos Prescritos. Educação Médica. Saúde Pública.

### CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA SOBRE O TRATAMENTO DA CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

**DIAS, Janine Maria Oliveira<sup>1</sup>; SILVA, Ísis Maia e<sup>2</sup>; BASTOS, Mariana Cota<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), <sup>2</sup> Médica neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL) responsável pelo ambulatório especializado de cefaleia

**Contato com autor:** Dias, Janine Maria Oliveira  
Email: janinemaria\_oliveira@hotmail.com  
Av. Dom Antônio Brandão, 239, Ed. Ib Gatto, Apto 211-A, Farol, CEP: 57051-190.

**Introdução:** A cefaleia por uso excessivo de medicamentos (medication-overuse headache - MOH) é uma cefaleia secundária crônica, ocasionada pelo uso excessivo de medicamentos para dor. O manejo dos pacientes com MOH é difícil pela falta de uma estratégia que tenha evidência de superioridade, mas baseia-se em três pilares: a prevenção, através da educação sobre o uso adequado da medicação sintomática, a retirada da substância em excesso e o tratamento profilático. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal sobre o tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, aplicado na população de 557 estudantes de medicina de uma Universidade Pública Federal, do 1º ao 12º período do curso, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Consentiram em participar da pesquisa, um total de 415 estudantes, os quais responderam um questionário que continha questões construídas com a escala tipo Likert com as assertivas: 'No tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é importante a retirada abrupta do medicamento usado em excesso', 'Uma conduta essencial no tratamento da cefaleia por uso excessivo de medicamentos é o aconselhamento sobre os limites da ingestão de medicamentos sintomáticos' e 'A realização de tratamento profilático é indicado na maior parte dos casos de cefaleia por uso excessivo de medicamentos'. Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2017 e analisados por estatística descritiva pelo programa SPSS 20. **Resultados:** Considerando os pilares do tratamento da MOH, a análise mostrou que dos 415 estudantes, apenas 4,8%

(20 estudantes) concordaram com a retirada abrupta das medicações sintomáticas. Apesar de não existir conduta única, alguns estudos sugerem que a retirada abrupta é a escolha menos danosa à qualidade de vida do paciente. A maioria dos estudantes (86%) concordou que o aconselhamento sobre os limites da ingestão de medicamentos sintomáticos é uma conduta essencial no tratamento da MOH, resultado em consonância com as orientações dos especialistas. Por fim, em relação a indicação de tratamento profilático, cerca de 43,5% concordou com a sua realização. Apesar de não existir consenso sobre a introdução da medicação profilática na MOH, a maioria dos estudos orientam iniciar nos casos em que a educação e retirada da substância não melhoram o quadro do paciente. **Conclusão:** Apesar de não existir uma conduta única a ser escolhida no tratamento da MOH, a educação dos pacientes, a retirada abrupta da medicação e o uso de profiláticos estão entre as medidas de maior impacto na qualidade de vida. Os resultados do estudo sugerem a necessidade de reforçar o conhecimento dos estudantes sobre o manejo dessa patologia, visto que, mesmo após terem sido expostos ao tema na graduação, os estudantes não consideram correta a retirada abrupta da medicação excessiva, uma das principais escolhas no manejo da MOH.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Uso Excessivo de Medicamentos Prescritos. Educação Médica. Saúde Pública.

### CORRELAÇÃO ENTRE AMPLITUDE DE MOVIMENTO CERVICAL E FATORES PSICOSSOCIAIS EM INDIVÍDUOS COM MIGRÂNEA

**MARÇAL Jene Caroline Silva<sup>1</sup>, PINHEIRO Carina Ferreira<sup>2</sup>, FLORENCIO Lidiane Lima<sup>3</sup>, DACH Fabiola <sup>4</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>5</sup>.**

1 Aluna de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil.  
2 Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil  
3 Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha  
4 Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil  
5 Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil

**Contato com autor:** Marçal Jene Caroline Silva  
E-mail: jenemarc@l@gmail.com  
Endereço: Rua Francisco de Almeida 1100, Bl 12 Apto 207 Pq. São Sebastião - Ribeirão Preto SP

**Introdução:** A migrânea é uma desordem multifatorial, geralmente acompanhada por sintomas emocionais e alterações musculoesqueléticas. A investigação da associação entre esses fatores revelou que as manifestações psicossociais estão associadas ao

aumento de sintomas de dor e sensibilidade muscular em pacientes com migrânea. No entanto, ainda não é conhecido se a redução da amplitude de movimento cervical observada nos migrânicos também se correlaciona com os sintomas psicossociais. **Objetivo:** Investigar diferenças entre os níveis de depressão e cinesiofobia em pacientes com migrânea e indivíduos saudáveis, além de avaliar a correlação entre a amplitude de movimento cervical e estes dois fatores psicossociais.

**Materiais e Métodos:** Setenta mulheres com migrânea (GM) e 32 mulheres saudáveis (GC) foram avaliadas. As participantes tinham idade entre 18 e 55 anos, o grupo de migrânea foi diagnosticado segundo critérios da Classificação Internacional das Cefaleias e o grupo controle não apresentava relato de cefaleia. O Multi Cervical Unit® (Hanoun Medical Inc., Ontario) foi utilizado para mensurar a amplitude de movimento (ADM) cervical nos planos frontal, sagital e transversal. Cada movimento foi repetido três vezes em ordem aleatorizada por sorteio. A avaliação de depressão e cinesiofobia foi realizada com a aplicação dos questionários Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e Escala Tampa para Cinesiofobia (TSK), respectivamente. A pontuação dos questionários e graus de ADM foram comparados entre os grupos com o teste Mann-Whitney, e a correlação entre as variáveis foi verificada por meio do Teste de Correlação de Pearson ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Não houve diferença entre os grupos quanto à idade ( $p > 0,05$ ). O grupo migrânea apresentou maior pontuação do PHQ-9 (GM 8,335,9 pontos, GC 2,833,1 pontos,  $p < 0,00$ ) e TSK (GM 37,438,9 pontos, GC 28,937,4 pontos,  $p < 0,00$ ) e menor ADM em todos os movimentos em comparação ao grupo controle (Plano sagital GM 109,7315,0 graus, GC 116,9310,9 graus,  $p = 0,02$ ; plano frontal GM 92,5316,2 graus, GC 101,1314,9 graus,  $p < 0,00$ ; e plano transversal GM 128,5322,1 graus, GC 139,9319,8 graus,  $p = 0,02$ ). O grupo migrânea apresentou correlação negativa fraca e moderada entre a pontuação do PHQ-9 e a ADM cervical nos planos frontal e transversal, respectivamente (PHQ-9 e ADM plano frontal  $r = -0,28$ ,  $p < 0,02$ ; PHQ-9 e plano transversal  $r = -0,42$ ;  $p < 0,00$ ). Não houve correlação entre a ADM e a pontuação do TSK. O grupo controle não apresentou correlação entre as variáveis. **Conclusão:** Pacientes com migrânea apresentam menor amplitude de movimento cervical e maiores escores de depressão e cinesiofobia do que indivíduos controle. Além disso, na migrânea, a amplitude de movimento cervical é menor em pacientes com maior nível de depressão, porém o mesmo não acontece com os níveis de cinesiofobia.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Cervical. Cinesiofobia. Depressão

### COMPARAÇÃO DA INTENSIDADE DE DESCONFORTO VISUAL E AUDITIVO ENTRE OS SUBTIPOS DE MIGRÂNEA

MOREIRA Jessica Rodrigues<sup>1</sup>, PINHEIRO Carina Ferreira<sup>2</sup>, MACIEL Nicolay Machado<sup>3</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>4</sup>, DACH Fabiola<sup>5</sup>, ANASTASIO Adriana Ribeiro Tavares<sup>6</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

– Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>5</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>6</sup> Fonoaudióloga, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil

<sup>7</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Brasil

**Contato com autor:** Moreira Jessica Rodrigues

E-mail: jessica\_rodrigues342@hotmail.com

Endereço: Avenida Governador Lucas Nogueira Garcez, 370 – Parque Residencial Cidade Universitária, Ribeirão Preto, SP – 14051-510

**Fonte financiadora:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp (processo n. 2017/20902-0).

**Introdução:** Fotofobia e fonofobia são sintomas frequentemente apresentados pelos indivíduos com migrânea. Além de serem altamente incapacitantes durante a crise, ainda se manifestam em menor intensidade no período interictal, porém não foi investigado se são percebidos de forma diferente entre pacientes com diferentes apresentações da migrânea. **Objetivos:** Comparar a percepção do desconforto visual e auditivo durante a realização de atividades diárias entre mulheres com migrânea com aura, sem aura e crônica e um grupo controle. **Métodos:** Foram incluídas 18 mulheres com migrânea sem aura (MsA) com 32,0  $\pm$  3 9,2 anos, 15 migrânea com aura (MA) com 32,6  $\pm$  3 7,8 anos, 16 migrânea crônica (MC) com 32,9  $\pm$  3 9,6 anos e 22 mulheres sem queixa de dor de cabeça (GC) com 30,3  $\pm$  3 8,9 anos. Todas as voluntárias foram questionadas quanto à intensidade de desconforto visual e auditivo durante a realização de atividades diárias, utilizando uma escala entre 0 e 10, em que 0 representa nenhum desconforto, e 10 o desconforto máximo. As pacientes com migrânea foram orientadas a responder baseando-se no período sem dor de cabeça. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o processo 16210/2015. Os grupos foram comparados com ANOVA e post-hoc de Tukey ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Dentre as atividades com estímulo visual, os grupos migrânea com aura e crônica apresentaram maior intensidade de desconforto do que o grupo controle nas questões “Realizar atividades sociais” (MC 2,732,8, MA 2,732,7, MsA 1,832,9 e GC 0,230,8,  $p = 0,00$ ) e “Caminhar durante um dia ensolarado” (MC 3,933,1, MA 3,832,9, MsA 2,332,8 e GC 1,331,9,  $p = 0,01$ ). O grupo MC ainda relatou maior desconforto do que o grupo controle na atividade “Dirigir” (MC 4,733,1, MA 4,233,6, MsA 2,833,3 e GC 1,832,2,  $p = 0,03$ ), e não houve diferença entre grupos na questão “Assistir TV ou ir ao Cinema” ( $p > 0,05$ ). Na avaliação de

fonofobia, todos os grupos migranosos relataram maior desconforto que o grupo controle na questão “Realizar atividades sociais” (MC 5,032,9, MA 3,932,2, MsA 3,533,0 e GC 1,231,5,  $p=0,00$ ). Os grupos com aura e crônico tiveram maior intensidade de desconforto do que o GC na atividade “Conversar em local barulhento” (MC 5,333,1, MA 5,133,0, MsA 3,932,7 e GC 1,931,9,  $p=0,00$ ) e o grupo migrânea crônica reportou maior desconforto do que o grupo controle na atividade “Manter a concentração em local barulhento”(MC 5,632,8, MA 5,133,7, MsA 3,233,1 e GC 2,533,1,  $p=0,01$ ). Não houve diferença entre os grupos na questão “Ouvir sons do dia-a-dia” ( $p>0,05$ ). **Conclusão:** A percepção de fotofobia e fonofobia em atividades funcionais estão presentes em indivíduos com migrânea no período interictal, em especial nos pacientes com migrânea com aura e crônica.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Fotofobia. Fonofobia.

### PACIENTE COM MIGRÂNEA CRÔNICA E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA TRATADA COM TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL E TOPIRAMATO: RELATO DE CASO

LOYOLA, Julia Sereicikas<sup>1</sup>, FUKUE, Rosemeire Rocha<sup>2</sup>, GOBO, Denise Matheus<sup>3</sup>, CAVERNI, Camila Naegeli<sup>4</sup>, VILLA, Thais Rodrigues<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia, Fellowship em Cefaleia pela UNIFESP e Psicóloga Colaboradora no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Psiquiatra, Fellowship em Cefaleias, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Nutricionista, Mestranda, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> PhD em Neurologia UNIFESP, Chefe do Setor de Cefaleias UNIFESP.

**Contato com autor:** Loyola, Julia Sereicikas  
Email: juliasereicikasloyola@gmail.com  
Rua Luiz Ferreira da Silva, 384 apto 24 - Parque Anchieta, São Bernardo do Campo, São Paulo - CEP: 09732-340

**Introdução:** A migrânea é uma doença neurológica de causa genética, com prevalência de 15,2% no Brasil. É influenciada por múltiplos fatores como alterações hormonais, fotofobia, fonofobia, osmofobia, mudanças climáticas, ingestão de alguns alimentos, mas, principalmente por quadros de humor como depressão e ansiedade.. Os transtornos de ansiedade generalizado (TAG) são frequentemente associados a cefaleia sendo uma das comorbidades psiquiátricas mais comuns nos pacientes com migrânea crônica, com sintomas

principalmente de pensamento acelerado, medos excessivos e antecipação de futuro com visão negativista. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com migrânea crônica e transtorno de ansiedade generalizada (TAG), tratada com Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) associada ao tratamento medicamentoso. **Método:** Paciente do sexo feminino, 32 anos, casada, nutricionista, início da cefaleia aos 15 anos de idade. As crises se intensificaram aos 20 anos de idade, quando deu início a sua vida profissional. Crises de localização unilateral (fronto-temporal) e de caráter púlsatil, acompanhada de fotofobia, fonofobia e náuseas. Crises com intensidade pela escala visual analógica (EVA) 30% leve (EVA=3), 40% moderada (EVA=6) e 20% incapacitante (EVA=8), com duração de 1 a 2 dias, deflagradas por barulho, luz, estresse e principalmente pela ansiedade. Medicava com analgésicos (16 dias/mês). Em consulta no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Hospital São Paulo - UNIFESP-EPM, a frequência da cefaleia era diária. Foi diagnóstica como migrânea sem aura, migrânea crônica, e cefaleia por uso excessivo de medicações. A mãe da paciente apresentava diagnóstico de migrânea crônica. Exame clínico e neurológico dentro da normalidade. Queixas associadas: alteração do humor com irritabilidade e labilidade, crises de ansiedade e insônia. O Termo de Livre Consentimento Esclarecido foi assinado pela paciente (TCLE), iniciando tratamento medicamentoso com Topiramato, dose 50/mg dia e desintoxicação do uso excessivo de analgésicos. Simultaneamente, foi encaminhada para acompanhamento psicológico, onde foram realizados 15 encontros de 50 minutos cada. Na primeira sessão foi realizada uma anamnese e, posteriormente, sessões de TCC com técnicas de psicoeducação, implementação do diário da cefaleia, registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva. **Resultados:** No terceiro mês de tratamento houve redução na frequência e intensidade da cefaleia e apresentou uma crise moderada (EVA=5) e duas leves (EVA=3). No quarto mês de tratamento apresentou 2 crises leves de cefaleia (EVA=2) com redução da ansiedade, melhora na qualidade do sono e desenvolvimento de condutas adaptativas de enfrentamento da cefaleia. **Conclusão:** A TCC associada ao tratamento medicamentoso apresentou eficácia no controle da cefaleia, e conseqüentemente uma melhora nos sintomas de ansiedade, possibilitando melhor qualidade de vida à paciente.

**Palavras-chave:** Migrânea, Cefaleia, Ansiedade, Terapia Cognitivo-Comportamental, Qualidade de Vida.

### VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS QUESTIONÁRIOS ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADO À CEFALEIA (HDI-BRASIL) E TESTE DO IMPACTO DA DOR DE CABEÇA (HIT-6™) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

PRADELA Juliana<sup>1</sup>, BEVILAQUA GROSSI Débora<sup>2</sup>, CHAVES Thais<sup>2</sup>, DACH Fabiola<sup>3</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>PT e aluna de Pós-Graduação pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/RP

<sup>2</sup>PT, Ph.D., professora titular do departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/RP

<sup>3</sup>MD, Ph.D., professora associada do departamento de neurociências e ciências do comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/RP

<sup>4</sup>PT, Ph.D., membro do pós-doutorado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP/RP

**Contato com autor:** Pradela Juliana

E-mail: jupradela14@hotmail.com

Endereço: Rua Doutor João Gomes da Rocha, 840, apartamento 23 – Jardim Irajá, Ribeirão Preto-SP

**Introdução:** A aplicação de ferramentas de medidas auto reportadas de incapacidade avaliam por meio da percepção do paciente o impacto que uma condição reflete na realização de suas atividades diárias. Para avaliar a incapacidade relacionadas às cefaleias, podem ser utilizados os questionários Índice de Incapacidade Relacionado à Cefaleia (HDI-Brasil) e o Teste do Impacto da Dor de Cabeça (HIT-6TM). No entanto ambos os questionários não tiveram suas propriedades psicométricas testadas para a população brasileira.

**Objetivo:** Analisar a validade e a confiabilidade da versão Brasileira dos questionários HDI-Brasil e HIT-6TM.

**Metodologia:** Pacientes diagnosticados com cefaleias primárias e secundárias por neurologistas especialistas foram triados do Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP. Foram incluídos pacientes entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de apenas um tipo de cefaleia e com dor em pelo menos um dia no último mês. Para a análise da validade foram incluídos 132 indivíduos com idade média de 39,6 (12,7) anos e para a análise da confiabilidade, 67 indivíduos com idade média foi de 36,8 (12,5) anos. Os questionários HIT-6™, SF-12 de qualidade de vida e HDI-Brasil foram entregues, nesta ordem, aos voluntários durante a avaliação ou consulta de rotina. Para a avaliação da confiabilidade, os pacientes responderam novamente os questionários HIT-6TM e HDI-Brasil cerca de 2 semanas após a primeira avaliação. O paciente foi orientado a responder os questionários em forma autoaplicável considerando somente a cefaleia, sob supervisão do pesquisador principal. O estudo foi conduzido de acordo com as normas estabelecidas pelo COSMIN e a validade de constructo foi analisada por meio da correlação de Pearson, com valores de  $r > 0,05$  indicando correlação moderada a forte. A confiabilidade teste-reteste do HIT-6TM e HDI-Brasil foi analisada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) e erro padrão da medida, sendo valores de ICC acima 0,50 considerados satisfatórios a excelentes. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa nº processo: HCRP 3622/2017. **Resultados:** Na avaliação da validade, o questionário HDI-Brasil apresentou moderada correlação positiva com o questionário HIT-6TM (0,65;  $p < 0,05$ ) e moderada negativa com o questionário SF-12 (-0,65;  $p < 0,05$ ). O HIT-6 também apresentou uma correlação moderada negativa com o questionário SF-12 (-0,58;  $p < 0,05$ ). A confiabilidade entre as avaliações foi excelente para ambos os questionários (ICC: 0,95,

$p < 0,05$ ). O HDI e o HIT-6TM apresentaram erro padrão da medida de 3,49 e 1,01, respectivamente. **Conclusão:** Os questionários HDI-Brasil e o HIT-6TM foram considerados válidos e confiáveis para a avaliação o impacto dos diversos tipos de cefaleias na população brasileira.

**Palavras-chave:** Questionário de Saúde do Paciente. Confiabilidade dos dados. Qualidade de vida. Cefaleia.

## ESTUDO CLÍNICO PARA PREVENÇÃO DA CEFALEIA EM PACIENTES SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE ATRAVÉS DA REPOSIÇÃO DE CAFEÍNA

**BRITO, Kattiuçy Gabrielle da Silva<sup>1,2</sup>; SANTOS, Edarlan Barbosa dos<sup>1,2</sup>; PINTO, Bernardo Afonso Ribeiro<sup>3,4</sup>; GABAN, Tatiane Fernandes da Fonseca<sup>1,3</sup>; CATHARINO, Antônio Marcos da Silva<sup>1,3,5</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Iguazu (UNIG) - Programa de Iniciação Científica - Nova Iguazu - RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico (a) de medicina. 12º período.

<sup>3</sup> Médico (a) no Hospital Geral de Nova Iguazu, Nova Iguazu - RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Nefrologista. Preceptor da residência de clínica médica do Hospital Central do Exército

<sup>5</sup> Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

**Contato com autor:** Kattiuçy Gabrielle da Silva Brito

E-mail: kattiuçy\_brito@hotmail.com

Rua Aroazes, 711, ap 201, Cep 22775-060, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

**Introdução:** A cefaleia como complicação da hemodiálise merece um lugar de destaque, uma vez que aumenta ainda mais o incômodo sofrido pelo paciente submetido a essa terapia e pelo número de pacientes dependentes desse processo estar crescendo. Durante a hemodiálise ocorre depuração de várias substâncias, sendo que a IHS destaca a diminuição de cafeína sérica como responsável pelas crises de cefaleia durante as sessões de diálise. Alguns estudos mencionam que o uso profilático de cafeína antes das sessões impede o surgimento da cefaleia. O objetivo deste trabalho é avaliar a redução da cefaleia nos pacientes com submetidos a hemodiálise com reposição de cafeína antes das sessões. **Métodos:** Trata-se de um estudo clínico randomizado, triplo-cego, realizado em um centro de tratamento para pacientes com doença renal crônica (DRC) submetidos à hemodiálise. Foram selecionados 40 participantes com critérios de diagnósticos para cefaleia por privação de cafeína e cefaleia dialítica segundo a Sociedade Internacional de Cefaleia, foram abordados e os que aceitaram participar assinaram o TCLE. Os participantes foram divididos em dois grupos de forma aleatória por sorteio, um grupo experimental (cafeína 65mg) e um grupo controle (placebo). Foi elaborado pelos pesquisadores um Diário de Dor para acompanhar e caracterizar os episódios de cefaleia. O programa Google docs foi utilizado para criação do

banco de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIG, CAAE-9194418.1.0000.8044 e parecer nº2.959.280. **Resultados:** Antes de serem abordados para participação da fase clínica do estudo 5 pacientes evoluíram para óbito, 1 realizou transplante, 4 foram desligados ou transferidos da clínica de hemodiálise e 4 se recusaram a participar da pesquisa. A faixa etária predominante foi a sétima década de vida, com 30% do sexo feminino e 70% do sexo masculino. Após iniciado a intervenção nenhum participante relatou ter tido cefaleia. Calculando o risco relativo (RR=1) identificamos que o estudo não apresentou relação de associação entre a ingesta de cafeína pré-hemodiálise e a diminuição da cefaleia. Obtivemos uma hipótese nula, o que pode ser explicada por erros aleatórios devido a amostra ser pequena e o tempo de intervenção curto. Além do efeito Hawthorne, mudança do comportamento devido ao fato de estar sendo observado, e do efeito placebo. Apesar de ter uma hipótese já validada em outros estudos não houve associação nesse, devido ao tempo curto do ensaio clínico ou da amostra selecionada ser pequena.<sup>7</sup> Vale ressaltar que nesse estudo o Diário da Dor foi aplicado apenas durante as sessões de hemodiálise, e o desenvolvimento da cefaleia pode dar-se durante a hemodiálise ou horas após sua cessação, o que entraria como um viés de aferição. **Conclusão:** Não houve associação entre o consumo de cafeína antes das sessões de hemodiálise e a prevenção da cefaleia. A hipótese analisada foi nula, porém teve alguns erros ao acaso e sistemático, efeito Hawthorne e efeito placebo. Necessitando ainda de mais estudo com uma amostra maior e por um período mais longo, assim afastaria os erros encontrados nessa pesquisa e encontraria um intervalo de confiança significativo.

**Palavras-chave:** Cefaleia dialítica. Cefaleia por Privação de Cafeína. Hemodiálise.

## PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA CEFALEIA EM PROFESSORES DE UMA FACULDADE PARTICULAR DE MEDICINA

**BRITO, Kattiucy Gabrielle da Silva<sup>1,2</sup>; SANTOS, Edarlan Barbosa dos<sup>1,2</sup>; CATHARINO, Antônio Marcos da Silva<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Iguazu (UNIG) - Programa de Iniciação Científica - Nova Iguazu - RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmico (a) de medicina. 12º período.

<sup>3</sup> Médico (a) no Hospital Geral de Nova Iguazu. Mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

**Contato com autor:** Kattiucy Gabrielle da Silva Brito

E-mail: kattiucy\_brito@hotmail.com

Rua Aroazes, 711, ap 201, Cep 22775-060, Rio de Janeiro - RJ, Brasil

**Introdução:** A alta prevalência da cefaleia na população geral é fato demonstrado por diferentes pesquisas que abordam o tema. No entanto, alguns estudos têm procurado verificar aspectos epidemiológicos desta condição em populações específicas. Para alguns pacientes, a cefaleia torna-se uma condição

limitante, que prejudica a qualidade de vida, seja no campo pessoal, afetivo ou profissional. Decisões de ordem profissional são afetadas e a vida social deles é prejudicada pela incapacidade de planejar e cumprir seus compromissos. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de cefaleia em professores de uma faculdade particular de medicina. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, observacional, quantitativo e qualitativo da cefaleia entre professores de medicina. A técnica de coleta de dados consistiu na aplicação de um questionário de avaliação entre professores de diferentes disciplinas do curso de medicina da Universidade Iguazu (UNIG), campus Nova Iguazu, é uma instituição particular de ensino superior. O Questionário foi elaborado pelos autores, nele foram abordados aspectos biopsicossociais, além de aspectos clínicos relacionados à presença de cefaleia que permitiram a classificação da cefaleia de acordo com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia. Os professores que concordaram em responder o questionário assinaram o TCLE. Foi criado um banco de dados, no programa Google docs, para armazenamento dos dados e posterior análise dos resultados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIG, CAAE-58929616.2.0000.5288 e parecer nº2.092.805. **Resultados:** A seleção da amostra foi obtida junto à coordenação do curso, contendo o nome e e-mail dos 186 professores vinculados a instituição. Responderam ao questionário 108 professores. Dos professores entrevistados, 48% eram do sexo feminino e 52% do sexo masculino. Dentre os entrevistados, 90,9% relataram que tiveram cefaleia pelo menos uma vez na vida e 35,1% tem cefaleia com frequência. Dos que apresentaram cefaleia, 60% referiram sinusite como comorbidade e 46,7% hipertensão arterial. Um total de 44,4% relatou que sente cefaleia há mais de cinco anos, 11,1% há mais de 6 meses e 29,6% não lembravam. Quanto a duração observou-se que em 55,6% duram mais de uma hora, 33,3% duram menos de uma hora e 11,1% menos de um dia. A lateralidade da cefaleia teve predominância bilateral (55,6%), seguida de unilateral a direita ou unilateral alternando os lados. Em relação a região acometida, 33,3% região temporal, 33,3% região frontal, 22,2% holocraniana e 11,1% região peri-orbitária. Maioria tinha caráter pulsátil (88,9%) e 11,1% em queimação. O estado emocional de estresse foi relatado como um fator de agravo a cefaleia. Apesar do sintoma se mostrar incomodo e por vezes debilitantes, apenas 55,6% dos participantes relataram que procuraram atendimento médico. Em contrapartida 50% se automedicou para tal evento e os outros 50% relataram ter sido orientados por algum médico. **Conclusão:** Como relatado na literatura a cefaleia foi encontrada em mais de 90% da amostra. Foi verificado que um número significativo de professores apresentou cefaleia relacionada a outras condições clínicas. A procura por auxílio médico em função da cefaleia foi maior na população estudada, quando comparada a população geral.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Cefaleia em professores. Professores de medicina.

## TIPO MIGRANOSA ASSOCIADA MACROPROLACTINOMA HIPOFISÁRIO:UM RELATO DE CASO

**SIQUEIRA, Laís Aparecida Machado<sup>1</sup>, SOARES, Felipe Henriques Carvalho<sup>2</sup>, BARTELEGA, Janaína Alves<sup>3</sup>, GUEDES, Olivia maria Silveira<sup>4</sup>, SANTOS, Daniela Pereira<sup>5</sup>, PIRES, Leopoldo Antônio<sup>6</sup>, VASCONCELOS, Luiz Paulo Bastos<sup>7</sup>**

Serviço de Neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG

<sup>1</sup> Residente do terceiro ano em neurologia do Hospital Universitário UFJF, graduada em Faculdade de medicina de Pouso Alegre.

<sup>2</sup> Residente do terceiro ano em neurologia do Hospital Universitário UFJF, graduado na faculdade de medicina de Barbacena.

<sup>3</sup> Residente do terceiro ano em neurologia do Hospital Universitário UFJF, graduada na faculdade de medicina da UFOP.

<sup>4</sup> Residente do terceiro ano em neurologia do Hospital Universitário UFJF, graduada na faculdade de medicina da UFJF.

<sup>5</sup> Residente do segundo ano em neurologia do Hospital Universitário UFJF, graduada na faculdade de medicina de Montes Claros.

<sup>6</sup> Chefe do serviço de neurologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado em neurologia pela UNIFESP.

<sup>7</sup> Preceptor e orientador do serviço de cefaleia da Universidade Federal de Juiz de Fora, graduado na faculdade de medicina UFMG.

**Contato com autor:** Laís Aparecida Machado de Siqueira  
E-mail: laismsiqueira2@gmail.com  
Rua Catulo Breviglieri, nº92, apto 304, Bairro Santa Catarina, Juiz de Fora, Minas Gerais.

**Introdução:** A cefaleia é frequentemente referida por pacientes portadores de adenoma hipofisário, porém esta associação é frequentemente negligenciada na prática clínica. O mecanismo fisiopatológico da cefaleia é multifatorial e pode associar-se ao efeito de massa do tumor, levando à compressão dural e invasão de estruturas vizinhas (como seio cavernoso p. ex.) e/ou por sua atividade neuroendócrina. No presente trabalho, relatamos um caso clínico de paciente com cefaleia responsiva ao tratamento dirigido ao controle hormonal de macroprolactinoma de hipófise.

**Relato de caso:** Mulher, 51 anos, portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica, sem histórico prévio de cefaleia, iniciou em janeiro de 2019 quadro de cefaleia diária, com duração de até 24 horas, caracterizada por dor pulsátil, de forte intensidade (10/10), localizada em região frontal, com limitação das atividades físicas habituais, associada a náuseas, fonofobia e fotofobia. Paciente foi internada em março de 2019 no Hospital universitário HU/UFJF, com o mesmo padrão de dor, uso diário de analgésicos simples e relato de galactorréia. Propedêutica solicitada evidenciou ressonância magnética de sela túrcica com nódulo intrasselar (dimensões: 1,2 cm X 0,9cm X 0,8 cm) e nível sérico de prolactina >200 ng/ml (VR: até 20ng/ml). Assim que definido o diagnóstico de macroprolactinoma de hipófise e provável migrânea crônica associada uso excessivo de medicações

analgésicas, foi indicado terapia com cabergolina (1mg por semana), além de clorpromazina para desmame do abuso de analgésicos e profilaxia com amitriptilina 25mg/dia. Dada estabilidade clínica, procedemos à alta para controle ambulatorial. Após 30 dias, durante seguimento ambulatorial, paciente referiu aderência apenas ao uso de carbegolina em domicílio. Notadamente, a despeito da não adesão tratamento sintomático da dor, a paciente relatava resolução do quadro de cefaleia e dos sinais de galactorréia.

**Discussão:** A incidência de cefaleia associada adenomas hipofisários pode variar de 33 a 72% dos pacientes. Diferente do que se poderia imaginar, a dor pode originar-se não somente de fatores estruturais, mas também por influência neuroendócrina. De fato, a cefaleia nos adenomas de hipófise, muito pode se assemelhar às cefaleias primárias, como a migrânea, cefaleia tensional ou até mesmo cefaleias trigêmino-autônômicas. No referido relato, a paciente portadora de macroprolactinoma iniciou com quadro de cefaleia com características migranosas concomitantemente ao surgimento de sinais clínicos de hiperprolactinemia. De modo interessante, a despeito da não aderência ao tratamento sintomático da dor, apresentou resolução da cefaleia após tratamento com carbegolina.

**Conclusão:** O referido relato ilustra um caso de cefaleia migrânea-símile relacionado à macroadenoma hiperfuncionante. O referido caso exemplifica a importância de se considerar tanto fatores os estruturais como os fatores bioquímicos/neuroendócrinos dos adenomas hipofisários no diagnóstico e manejo dos pacientes com cefaleia associada.

**Palavras-chave:** cefaleia, macroprolactinoma, migrânea

### Referências:

- Gondim JA et al. Headache associated with pituitary tumors. The journal of headache and pain 10,15-20 (2009).
- Massiou H, Launay JM, Levy C, et al. SUNCT syndrome in two patients with prolactinomas and bromocriptine-induced attacks. Neurology 2002; 58:1698.
- Levy MJ. The association of pituitary tumors and headache. Curr Neurol Neurosci Rep 2011; 11:164.
- Benitez-Rosario MA, McDarby G, Doyle R, Fabby C. Chronic cluster-like headache secondary to prolactinoma: uncommon cephalalgia in association with brain tumors. J Pain Symptom Manage 2009; 37:271.
- Levy MJ, Jäger HR, Powell M, et al. Pituitary volume and headache: size is not everything. Arch Neurol 2004; 61:721.
- Rizzoli P, Iuliano S, Weizenbaum E, Laws E. Headache in Patients With Pituitary Lesions: A Longitudinal Cohort Study. Neurosurgery 2016; 78:316.

## A ALTERAÇÃO DO CONTROLE POSTURAL DE MIGRANOSOS NÃO É INFLUENCIADA PELA PRESENÇA DE SINTOMAS VESTIBULARES

**ZORZIN Leticia<sup>1</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>2</sup>, TEGGI Roberto<sup>3</sup>, PINHEIRO Carina Ferreira<sup>2</sup>, KREITZWOLF Jens<sup>4</sup>, DACH Fabíola<sup>5</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Graduanda de fisioterapia e bolsista de iniciação científica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

<sup>2</sup> PT, Ph.D, membro do pós doutorado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

<sup>3</sup> MD, professor associado do departamento de ouvido, nariz e garganta da Universidade Vita-Salute San Raffaele, Milão, Itália

<sup>4</sup> Instituto de Psicologia, Universidade de Luebeck, Alemanha

<sup>5</sup> MD, Ph.D, professora associada do departamento de neurociências e ciências do comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

<sup>6</sup> PT, Ph.D, departamento de ciências da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Contato com autor:** ZORZIN Letícia

E-mail: leticia.zorzin@usp.br

Endereço: Avenida do Café, 2077, apartamento 48 Ribeirão Preto - SP - CEP 14050-230

**Introdução:** Migranosos apresentam alterações de equilíbrio, cuja etiologia é desconhecida. Essas alterações podem estar relacionadas à própria fisiopatologia da migrânea ou também podem ser desencadeadas pela frequente presença de sintomas vestibulares em migranosos. Essa segunda hipótese é um importante ponto a favor da separação diagnóstica da migrânea vestibular, que se encontra no apêndice da ICHD-III, por demonstrar diferenças clínicas relevantes entre pacientes com e sem os sintomas vestibulares. **Objetivo:** Avaliar a influência dos sintomas vestibulares no equilíbrio de migranosos considerando a presença de aura e cronicidade da doença. **Métodos:** Foram avaliadas 207 mulheres entre 18 e 55 anos. Destas, 54 (idade média: 34,03, DP: 9,84) foram triadas da população em geral e não apresentavam diagnóstico de nenhum tipo de cefaleia (GC). As 153 mulheres remanescentes foram triadas do Ambulatório de Cefaleia e Algias Craniofaciais do Hospital das Clínicas da FMRP/USP e diagnosticadas com migrânea por neurologistas especialistas em cefaleia. As migranosas foram divididas entre migrânea com aura (n=49; idade média: 35,73, DP: 9,3), sem aura (n=53; idade média: 32,22, DP: 9,63) e crônica (n=51; idade média: 35,72, DP: 9,48). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa local (protocolo número 16693/2012). As voluntárias realizaram o Teste de Organização Sensorial Modificado com uma plataforma de força (OR6-7-1000, AMTI®, Watertown MA, USA). As condições do teste eram superfície estável com olhos abertos e fechados; e superfície instável com olhos abertos e fechados. Cada condição do teste foi repetida três vezes e os dados foram analisados por meio de um modelo de regressão linear com efeitos mistos no software R (R Core Team, 2018). **Resultados:** O diagnóstico de migrânea de acordo com a presença de aura e migrânea crônica foi um significativo preditor da oscilação postural (p=0,026), especialmente em conjunto com a superfície instável (p=0,006). Por outro lado, a presença de tontura não influenciou no controle postural desses pacientes (p=0,114). Com o objetivo de complementar a análise do p valor, foram calculados o fator de Bayers, que demonstrou uma evidência forte a favor do diagnóstico de migrânea predizer as alterações de equilíbrio (BF=42,44), e ausência de evidência em favor da tontura (BF=0,08). Em situações mais desafiadoras, como a superfície instável, o grupo controle se difere das pacientes com migrânea crônica

e aura (p=0,02 e p=0,001, respectivamente). Além disso, foram verificadas diferenças entre os grupos sem aura e com aura na superfície instável (p=0,037). A diferença no equilíbrio entre pacientes com aura e migrânea crônica comparados aos controles apresentou tamanho de efeitos (d de Cohen) altos, indicando relevância clínica dos resultados, especialmente em superfícies instáveis.

**Conclusões:** O diagnóstico de migrânea, e não a presença da tontura, é capaz de predizer o desequilíbrio em pacientes com migrânea. Dessa forma, a avaliação do equilíbrio deve ser considerada mesmo em pacientes sem queixa de sintomas vestibulares; e futuros estudos devem ser conduzidos para determinar se migrânea vestibular deve ser realmente considerada uma entidade distinta.

**Palavras-chave:** Controle postural, Migrânea Vestibular, Sintomas Vestibulares, Aura, Migrânea.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE CEFALEIA E SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EM INDIVÍDUOS DO INTERIOR DO MARANHÃO.

**SILVA, Lídia Maria Lopes da<sup>1</sup>; ARAÚJO NETO, Manoel Gomes de<sup>2</sup>; SANTOS, Elnaura Pereira dos<sup>3</sup>; SANTANA, Pedro Rodrigo Serra<sup>4</sup>; RAMOS, Leonardo Fontoura Pinheiro<sup>5</sup>; BARROS, Marthinalia Rabelo<sup>6</sup>; GONÇALVES, Maria Cláudia<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestranda em Meio Ambiente pela Universidade Ceuma - MA

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Mestrando em Meio Ambiente pela Universidade Ceuma - MA

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestranda em Meio Ambiente pela Universidade Ceuma - MA

<sup>4</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade Ceuma - MA

<sup>5</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade Ceuma - MA

<sup>6</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Ceuma - MA

<sup>7</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade Ceuma - MA.

**Contato com autor:** Silva, Lídia Maria Lopes da

E-mail: lidia.lmls@hotmail.com

Rua Tarquínio Lopes, Condomínio Júlia, Bairro Angelim, São Luís, Maranhão.

**Introdução:** A cefaleia é de grande interesse clínico e muito prevalente ao longo da vida tanto em homens (94%) como em mulheres (99%). Assim como a cefaleia, os sintomas musculoesqueléticos crônicos e agudos afetam uma alta taxa da população e em alguns casos podem ser associadas com a frequência de cefaleia.

**Objetivo:** Verificar a possível associação entre cefaleia e sintomas musculoesqueléticos. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado na cidade de Arari, localizada no interior do estado do Maranhão com 0,623 de IDH no período de março a abril de 2019 com realização de 3 visitas para coleta de dados; amostragem não probabilística com indivíduos alocados em dois grupos: GD (grupo dor/cefaleia) n=48; e GC (grupo controle) n=13. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18

anos, residentes na cidade de Arari com disponibilidade a participar da pesquisa e que assinaram o TCLE. Foi utilizado um questionário elaborado pelos autores para avaliar os dados sociodemográficos; para avaliação da presença de cefaleia foi aplicado um questionário desenvolvido pelo Hospital das clínicas de Ribeirão Preto, elaborado segundo a Classificação internacional de Cefaleias e os sintomas musculoesqueléticos foram avaliados através do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, versão validada para o Brasil, onde foi verificada a frequência destes sintomas nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias. O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade dos dados e o teste não-paramétrico de independência do Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação das frequências dos sintomas musculoesqueléticos entre os dois grupos, o OR e intervalo de confiança de 95% foram calculados e valor de  $p < 0,05$  adotado. Este trabalho tem aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Ceuma sob nº 2.477.570. **Resultados:** A média de idade do GD foi de 42,7314,1, 77,08% eram do sexo feminino, a maioria (54,17%) eram lavradores. Sobre o GC, 69,23% eram do sexo feminino com idade média de 48311,46, a maioria também eram lavradores (61,54%). Sobre a associação entre o GD e os sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses observou-se dados significativos na região do pescoço com  $p=0,04$ ,  $OR=2,75$  e  $IC=1,20-6,28$ ; na região da coluna torácica  $p < 0,001$ ,  $OR=2,00$ ,  $IC=0,92-4,37$ ; na região de cotovelo  $p=0,019$ ,  $OR=4,40$  e na região de tornozelo/pé  $p=0,038$ . Já na associação do GD com sintomas musculoesqueléticos relatados nos últimos 7 dias observou-se resultados significativos para a região do pescoço com  $p=0,003$ ,  $OR=3,57$  e  $IC=1,59-8,02$ ; na região do ombro  $p < 0,001$ ,  $OR=13,05$  e  $IC=5,18-32,88$ ; coluna torácica  $p=0,031$ ,  $OR=2,54$  e  $IC=1,16-5,57$ ; região de punho/mão  $p=0,005$ ,  $OR=0,82$  e  $IC=0,35-1,96$ ; na região de joelho  $p=0,036$ ,  $OR=1,34$  e  $IC=0,46-3,92$  e na região de tornozelo/pé  $p=0,025$ ,  $OR=3,41$  e  $IC=0,87-13,39$ . **Conclusão:** Pode-se concluir que a cefaleia esteve associada à presença de dores musculoesqueléticas tanto crônicas como agudas em diversas partes do corpo. Além das regiões comumente associadas como pescoço e ombro também foi observada associação em regiões distantes como joelho e tornozelo, apontando para a importância da avaliação da presença de dor musculoesquelética corporal nos pacientes com cefaleia.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Dor Musculoesquelética. Dor Aguda. Dor Crônica.

### GALCANEZUMAB SHOWS EFFICACY AS EARLY AS DAY 1 AFTER INITIAL TREATMENT V. PLACEBO FOR THE PREVENTION OF EPISODIC AND CHRONIC MIGRAINE

ANDREOU p anna (PhD, Dr., Director, Senior Lecturer)<sup>1,2</sup>, WRIGHT peter (BS: Health Science - Education, Dr., Senior Research Scientist-Clinical Galca-Migraine)<sup>3</sup>, DETKE c Holland (Bachelors: Psychology, Dr., Research Advisor-Clinical)<sup>3</sup>, RUFF dustin (Bachelors: Mathematics, Dr., Research Advisor)<sup>3</sup>, REUTER uwe (MBBS, Professor, Dr., Managing Director)<sup>4</sup>,

**MENEZES luciana mendes bahia (Non-author Presenter, MBBS, Dr., Medical Advisor, luciana.bahia@lilly.com)<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Headache Centre, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

<sup>2</sup>Headache Research, Wolfson CARD, King's College, London, UK; <sup>3</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA; <sup>4</sup>Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany; <sup>5</sup>Eli Lilly and Company, Sao Paulo, Brazil

**Introduction/Objective:** To evaluate onset of efficacy of galcanezumab (GMB) in patients with episodic or chronic migraine. **Methods:** Migraine headache occurrence during the first 7 days including and following initial study treatment was analyzed for patients from 3 double-blind, Phase 3 studies. EVOLVE-1 (N=858) and EVOLVE-2 (N=915) were 6-month studies in patients with episodic migraine; REGAIN (N=1,113) was a 3-month study in patients with chronic migraine. Patients were randomized 2:1:1 to monthly injections with placebo (PBO), GMB 120mg with a 240mg loading dose, or GMB 240mg. Onset of efficacy was defined as the earliest time point at which GMB became superior to PBO and maintained that superiority for the primary outcome (change in migraine headache days [MHD]). Monthly and weekly analyses were based on mean change from baseline in MHD; daily analyses were based on the percent of patients with migraine headache on day of injection through 6 days post-injection. Percentages were modeled to control for baseline differences. **Results:** As GMB was superior to PBO in reducing MHD starting at the first month and even as early as the first week of treatment, daily analyses were also conducted. In the baseline periods, a daily average of 30% of patients in the EVOLVE-1 and EVOLVE-2 trials, and 65% of patients with chronic migraine in REGAIN trial experienced migraine headache. At Day 1 post-injection, significantly fewer GMB-treated patients experienced MHD versus PBO-treated patients (EVOLVE-1: 14% in GMB vs 22% in PBO,  $p=.002$ ; EVOLVE-2: 18% in GMB vs 24% in PBO,  $p=.038$ ; REGAIN: 49% in GMB vs 58% in PBO,  $p=.004$ ). GMB-treated patients continued to have significantly lower MHD rates for each remaining day during the first week of treatment compared with placebo-treated patients in all 3 studies (all  $p$  values  $< 0.05$ ). **Conclusion:** GMB showed statistically superior efficacy to placebo starting at Day 1 after injection and the effect was sustained throughout the trials in both episodic and chronic migraine patients. The abstract was previously submitted and accepted by IHS (2019).

**Keywords:** Chronic migraine. Episodic Migraine. Migraine Headache.

### CASO CLÍNICO: ACHADOS DE RESSONANCIA SUJETIVOS DE FISTULA LIQUORICA EM MULHER COM CEFALÉIA DE INSTALAÇÃO SÚBITA, TRATADA COM SUCESSIVOS BLOOD PATCH.

MELO, Luciano Magalhães<sup>1</sup>, FARAH, Rodrigo Gonzalez<sup>2</sup>, PASSOS Cesar Augusto Soriano<sup>2</sup>, SOARES Emilia Maria Veloso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médicos neurologistas Hospital Sírio-Libanês

<sup>2</sup>Médico anestesiológista.

**Contato com autor:** Luciano Magalhães Melo

Email: lucianomelo74@bol.com.br.

Endereço do autor: Rua Cayowaa 2046 Ap 102 Bloco 4 São Paulo SP CEP: 01258-010

Hospital Sírio-Libanês

**Introdução:** Os autores apresentam discussão de caso clínico de mulher com cefaleia de forte intensidade.

**Objetivo:** Descrever caso clínico de mulher com ênfase em anamnese e alterações radiológicas características de cefaleia por hipotensão líquórica e tratamento. **Método:** relato de caso e apresentação de imagens. **Resultados:** Descrição do caso: Mulher de 29 anos após esforço físico sofreu cefaleia de forte intensidade de instalação súbita, nugal. Chegou ao serviço de emergência 5 dias após início de sintomas, referindo piora de dor ao ficar de pé e melhora completa da algia ao ficar deitada. Seu exame neurológico era normal, exceto por discreta rigidez nugal. Ressonância de encéfalo revelou sinais de hipotensão líquórica, como hipófise engorgitada realçada por contraste, espessamento meníngeo, captação de contraste dural em compartimentos supra e infratentoriais, incluindo cervical. Achados clínicos e radiológicos foram interpretados como decorrentes de fistula líquórica, porém não foi definido sítio de fistula. Paciente foi submetida por duas vezes a blood-patch lombar sem sucesso em controle adequado de dor. Entretanto, após blood-patch no espaço vertebral entre 7ª e 8ª vertebrae torácicas sintomas foram definitivamente controlados. Volume de sangue utilizado foi 15 ml. Após este procedimento paciente ficou por 15 minutos em posição de Trendelenburg. **Conclusão:** Este caso enfatiza a importância de achados de anamnese, radiológicos para o diagnóstico de cefaleia por hipotensão líquórica. Também destaca a importância de insistir em blood-patch mesmo não sendo possível definir local de fistula líquórica

**Palavras-chave:** cefaleia, hipotensão líquórica, bloodpatch.

### CEFALIA POR CONTATO NASAL EM MULHER JOVEM, DESENCADADA APÓS INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES?

**MELO, Luciano Magalhães<sup>1</sup>, FARAH, Rodrigo Gonzalez<sup>2</sup>, PASSOS Cesar Augusto Soriano<sup>2</sup>, SOARES Emilia Maria Veloso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médicos neurologistas Hospital Sírio-Libanês

<sup>2</sup>Médico anesthesiologista.

**Contato com autor:** Luciano Magalhães Melo

Email: lucianomelo74@bol.com.br.

Endereço do autor: Rua Cayowaa 2046 Ap 102 Bloco 4 São Paulo SP CEP: 01258-010

**Introdução:** Os autores apresentam discussão de caso clínico de mulher com ênfase em dados clínico, achados radiológicos, e tratamento curativo e bem-sucedido.

**Objetivo:** Descrever caso clínico e desfecho de cefaleia por contato nasal. **Método:** Relato de caso e apresentação de imagens. **Resultados:** Descrição do caso: Mulher de 29 anos chega ao hospital por dor continua retro orbital

e retro nasal a esquerda, intensidade da dor flutuava, mas em pior momento alcançava score 8. Sintomas se iniciaram há três meses, logo após ter sofrido quadro clínico compatível com infecção de vias aéreas superiores. Já havia passado por duas internações em outros hospitais diferentes. Em uma destas internações, recebeu tratamento contra suposta sinusite, mesmo sem evidências radiológicas de infecção em seios paranasais. A paciente recebeu alta de ambas instituições sem que dor estivesse em controle adequado. Após última alta hospitalar, recebeu prescrição de metadona 10 mg e anti-inflamatórios, e foi encaminhada para seguimento ambulatorial. Mesmo com estas medicações a cefaleia continuava incapacitante. A paciente trazia extensa lista de resultados de exames que investigavam a dor, porém o único achado relevante era esporão septal a esquerda. Feita a suspeita de cefaleia por contato nasal e por isso foi realizado bloqueio nasal com lidocaína como teste terapêutico. O procedimento aliviou a dor imediatamente, embora temporariamente. Paciente foi encaminhada para otorrinolaringologista para tratamento definitivo. Durante nasofibrosopia pré-operatória, paciente sofreu piora de dor quando endoscópio tocou local de contato nasal. Paciente foi submetida a turbinectomia e septoplastia. Dois anos após o procedimento paciente continua sem dor e sem uso de qualquer analgésico. Cefaleia por contato nasal é associada às alterações anatômicas facilmente reconhecidas em tomografias ou ressonância, embora frequentemente não são descritas por radiologistas. Contato nasal e esporão nasal são comumente encontrados em pessoas assintomáticas. Postulamos que a infecção nasal provocou inflamação que posteriormente alterou sensibilidade nociceptiva. A irritação mecânica causada pela pressão de esporão em mucosa manteve a dor até o tratamento cirúrgico. **Conclusão:** Este caso enfatiza a importância de avaliação física e radiológica para firmar diagnóstico e propor tratamento adequado para cefaleia refratária. Esta paciente estava sob risco de dependência de opioides, evitada por diagnóstico correto.

**Palavras-chave:** cefaleia, cefaleia por contato nasal, esporão nasal

### CEFALIA SECUNDÁRIA A HEMATOMA SUBDURAL ESPONTÂNEO EM HOMEM JOVEM, SEGUIDO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

**MELO, Luciano Magalhães<sup>1</sup>, FARAH, Rodrigo Gonzalez<sup>2</sup>, PASSOS Cesar Augusto Soriano<sup>2</sup>, SOARES Emilia Maria Veloso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médicos neurologistas Hospital Sírio-Libanês

<sup>2</sup>Médico anesthesiologista.

**Contato com autor:** Luciano Magalhães Melo

Email: lucianomelo74@bol.com.br.

Endereço do autor: Rua Cayowaa 2046 Ap 102 Bloco 4 São Paulo SP CEP: 01258-010

**Introdução:** Os autores apresentam discussão de caso clínico de homem adulto que sofreu cefaleia

causada por hematoma subdural, sucedido meses após por um AVCI. **Objetivo:** Descrever caso clínico e breve revisão bibliográfica. **Método:** relato de caso, apresentação de imagens, pesquisa em PubMed. **Resultados:** Homem de 37 anos, hipertenso com controle adequado de pressão arterial, há quatro dias da apresentação sofreu cefaleia súbita de fortíssima intensidade. Sintomas surgiram após agachamento. Cefaleia perdurou por cerca de 40 minutos, aliviada espontaneamente. Dor recorreu levemente após esforços moderados, mas duravam poucos minutos. No dia da apresentação, novo episódio de dor muito intensa, logo após evacuação. Não foi encontrada nenhuma anormalidade em sinais vitais e em exame neurológico detalhado. Ressonância de encéfalo (RM) mostrou hematoma subdural laminar (HSD) temporal à esquerda. A angiografia cerebral foi normal. O paciente ficou assintomático após analgesia, e recebeu alta após exames de imagem controle terem mostrado completa absorção de hematoma. Três meses após a alta, o paciente retorna ao hospital por parestesia em membro superior esquerdo e vertigem, sintomas iniciados subitamente. Exame neurológico da ocasião revelou déficit sensitivo em mão esquerda e nistagmo puramente horizontal, não suprimido por fixação de olhar. Nova ressonância de encéfalo revelou pequeno acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) lacunar em tegmento da ponte para-mediano a direita. Extensa investigação laboratorial, com enfoque em angiografia, avaliação cardiológica, reumatológica e hematológica; não determinou causa do AVCI. Paciente recebeu alta em uso de AAS. Em 6 anos de seguimento, paciente não mais sofreu nenhuma intercorrência clínica, ressonâncias de encéfalo seriadas neste período não demonstraram outro sinal de doença cérebro vascular. Pesquisa em PubMed com o cruzamento dos termos “spontaneous subdural haematoma” and “young” em títulos e resumos resultou em 29 textos publicados. As publicações se referem a relatos de casos e a pequenas séries de pacientes **Discussão:** As principais causas apontadas como causadoras para HSD espontâneo foram: hipertensão arterial, malformações vasculares, distúrbio da coagulação, tumores sólidos duros, infecções, alcoolismo, neoplasias hematológicas, fistula líquórica e hipotensão líquórica, rotura de aneurisma, sangramento arterial, síndrome da vasoconstrição cerebral reversível, atividade física intensa. Nenhuma causa para a formação de hematoma foi encontrada em nosso paciente, com exceção de hipertensão arterial, mas estava controlada. Em ausência de trauma, é possível que HSD surja decorrente de aumento súbito de pressão venosa que ocorre após expiração de ar contra glote fechada (manobra de Valsalva). Possivelmente, nosso paciente realizou a manobra de valsava durante agachamento e durante evacuação. Conclusão Consideramos que ingurgitamento de vênulas após manobra de Valsalva foi a possível causa do hematoma subdural. Não encontramos relação entre AVCI e hematoma subdural.

**Palavras-chave:** cefaleia, hematoma subdural espontâneo, acidente vascular cerebral isquêmico.

## QUAL A MELHOR DOSE DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA O CONTROLE DA DOR OROFACIAL EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR MUSCULAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

DALL'ANTONIA, Magali: C<sup>1</sup>; BIASOTTO-GONZALEZ Daniela Aparecida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dentista, Mestranda em Ciências da Reabilitação (UNINOVE), Especialista em DTM/DOF(UNIFESP). Rua Nossa Senhora de Fátima,66 - apto 72. CEP: 09540-100 - São Caetano do Sul - SP. E-mail:magadall@gmail.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Professora do Programa em Ciências da Reabilitação (UNINOVE); Mestre e Doutora em Biologia Patologia Buco Dental (UNICAMP). Núcleo de Apoio à Pesquisa em Análise do Movimento (NAPAM) -

**Contato com autor:** Dall'Antonia, Magali

E-mail: dani\_atm@uni9.pro.br

Rua Prof. Maria José Barone Fernandes, 300, primeiro andar prédio “N”, Campus Vila Maria (Universidade Nove de Julho) CEP: 02117-020 - São Paulo-SP.

A Disfunção Temporomandibular (DTM) acomete uma parcela considerável da população e compreende um grupo de condições de dor crônica que afeta a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e estruturas associadas, sendo que o sintoma mais comumente relatado é a dor nos músculos da mastigação. De patogênese complexa e etiologia multifatorial, apresenta sintomas flutuantes e autolimitados, que demandam do uso de terapias sintomáticas para reduzir os impactos biopsicossociais. O uso de injeções de toxina botulínica tipo A (BTX A) nos músculos da mastigação difundiu-se na odontologia para o controle das dores orofaciais, mas não há consenso nas doses, bem como nos locais de aplicação, na frequência de uso e efetividade no controle da dor após aplicações. Diante dessas observações, a pergunta dessa revisão é se há uma dose ideal, bem como o melhor local de aplicação para o controle da dor miofascial. A pesquisa foi realizada por meio de revisão sistemática de acordo com as diretrizes de Itens Preferenciais de Relatórios de Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA), tendo por fontes ensaios clínicos randomizados que compararam a dor após aplicações de BTX A, locais das aplicações e doses utilizadas que foram comparadas com intervenções ativas diversas inclusive solução salina placebo, produzidos até 2019, escritos em inglês, português ou espanhol e coletados nas bases de dados MEDLINE, BVS, PEDro, SciELO, LILACS E CENTRAL, avaliados segundo as escalas JADAD E PEDro. Os termos “disfunção temporomandibular” e “Toxina Botulínica Tipo A” foram verificados por meio do MeSH (Medical Subject Headings of the National Library of Medicine), e seus respectivos Entry Terms foram adicionados aos campos de busca para tornar a pesquisa mais sensível e eficaz. Dessa forma, os termos utilizados na busca foram: Temporomandibular Joint Disorders.

Temporomandibular Joint Dysfunction. Botulinum Toxin Type A. Facial Pain/Drug Therapy. Masseter Muscle. A seleção dos estudos foi realizada por meio da triagem dos títulos e pela leitura dos resumos. Foram obtidos textos completos de artigos potencialmente relevantes, e realizada a análise de acordo com os critérios de elegibilidade. Os resultados desta revisão sistemática indicam que com relação ao desfecho dor pacientes tratados com BTX A, apresentam redução progressiva nos valores de EVA. Quanto ao desfecho dose, 50 U parece ser a mais efetiva para o músculo masseter e 25U para o músculo temporal. Para o desfecho amplitude de movimento, não há uma definição, pois, a BTX A promoveu diminuição como também aumento da amplitude mandibular e o melhor local de aplicação segundo esta revisão, foi a região mais ativa durante a contração muscular.

**Palavras-chave:** Disfunção Temporomandibular, Toxina Botulínica A, Ensaio Clínico Controlado, Dor Facial, Músculos.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO E CEFALEIA NO INTERIOR DO NORDESTE

**DE ARAUJO NETO, Manoel Gomes<sup>1</sup>; DA SILVA, Lídia Maria Lopes<sup>2</sup>; PEREIRA, Elnaura dos Santos<sup>3</sup>; DOS SANTOS, Artur Eduardo Kalataki<sup>2</sup>; RIBEIRO, Nathalia Viegas<sup>2</sup>; CAMPOS, Soraya Cristina Mota<sup>2</sup>; GONÇALVES, Maria Claudia<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Universidade Ceuma-MA, Mestrando do Programa de pós-Graduação stricto sensu em Meio Ambiente

<sup>2</sup> Acadêmico do curso de fisioterapia, Universidade Ceuma-MA

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Universidade Ceuma-MA, Docente do Programa de pós-Graduação stricto sensu em Meio Ambiente e do curso de Fisioterapia.

**Contato com autor:** de Araujo Neto, Manoel Gomes  
E-mail: netto\_guerrero@decristo@hotmail.com  
Avenida Maria Alice, nº19, Divinéia, São Luis-Ma. Cep: 65068-097

**Introdução:** A literatura aponta uma possível associação e influências recíprocas entre hipertensão arterial e diversos tipos de cefaleia. **Objetivo:** Avaliar a presença de cefaleia e os níveis de pressão arterial (NPA) em indivíduos da baixada maranhense. **Materiais e Método:** Foram incluídos participantes de ambos os gêneros, com idade de 18 a 70 anos, de dois povoados, Aranha e Bonfim, de baixo Índice de Desenvolvimento Humano, situados próximo ao rio Mearim no município de Arari-Ma, e excluídos aqueles que não concordassem em realizar as avaliações. Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de um questionário elaborado pelo próprio autor, a presença de cefaleia com o questionário desenvolvido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, elaborado segundo a Classificação Internacional de Cefaleias e os NPA com esfigmomanômetro digital, 3 vezes com um intervalo de 10 minutos, com o indivíduo sentado com o braço repousando sobre uma superfície plana, os índices pressóricos foram baseados nas normas

da American Heart Associations. O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a normalidade dos dados. Foi realizada análise descritivas das variáveis por meio de média e desvio padrão, a idade, peso e altura entre os grupos foi comparada usando a análise de variância (ANOVA). As proporções entre os grupos foram comparadas usando o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de correção de Yates. O nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$  foi adotado. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma processo nº 2.477.570. **Resultados:** Foram avaliados 54 indivíduos,  $n=41$  no grupo com cefaleia (GC) com  $n=31$  (75,61%) do gênero feminino,  $n=10$  (32,26%) apresentaram o possível diagnóstico de Migrânea,  $n=8$  (25,80%) de cefaleia do tipo tensional e  $n=13$  (41,94%) de outras cefaleias. O grupo sem cefaleia (GSC) foi composto por  $n=13$  com  $n=9$  (69,23%) do gênero feminino, não foi observada diferença significativa entre os grupos para as médias de peso e altura  $p > 0,05$ , porém foi observada diferença significativa para as médias de idade  $P=0,052$ . Quanto aos NPA ambos os grupos apresentaram indivíduos com NPA elevados sendo  $n=35$  (85,37%) no GC e  $n=8$  (61,53%) no GSC com diferença significativa de  $P=0,021$ . Também foi observada diferença significativa com relação aos níveis pressóricos normais, sendo  $n=6$  (14,63%) no GC e  $n=5$  (38,47%) no GSC  $P=0,014$ . **Conclusão:** Os indivíduos da baixada maranhense apresentam significativa frequência de cefaleia e nível de pressão arterial elevado chamando a atenção para a importância da prevenção e controle dos fatores ambientais por meio de políticas públicas nesta população.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Hipertensão. Prevenção

## A FORÇA E RESISTÊNCIA MUSCULAR CERVICAL É DIFERENTE NOS INDIVÍDUOS COM CERVICALGIA E MIGRÂNEA COM E SEM CERVICALGIA?

**BRAGATTO, Marcela Mendes<sup>1</sup>; BENATTO, Mariana Tedeschi<sup>1</sup>; FLORENCIO, Lidiane Lima<sup>2</sup>; DACH, Fabiola<sup>3</sup>; BEVILAQUA-GROSSI, Débora<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha

<sup>3</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Bragatto, Marcela Mendes  
E-mail: marcelabragatto@hotmail.com  
Rua Urias Pereira Ribeiro, 1961 - AP 02 São José, Franca/SP

**Introdução:** A migrânea é uma doença neurológica, crônica, altamente prevalente, caracterizada por

episódios intermitentes de dor aguda frequentemente associada com dor cervical crônica. A dor cervical pode levar à alterações no recrutamento muscular, além de aumento na taxa de coativação agonista-antagonista. Estudos recentes demonstram que os pacientes com migrânea tendem a apresentar aumento na atividade dos músculos extensores superficiais cervicais além de diminuição da força extensora cervical. No entanto, não é possível atribuir necessariamente à migrânea este quadro de dor cervical crônica. **Objetivo:** Investigar como a força e resistência da musculatura cervical se apresenta em indivíduos controles, com cervicália e migrâneas com e sem cervicália. **Métodos:** Foram avaliadas 100 mulheres com idade entre 18 e 55 anos, divididas em 4 grupos: controle, cervicália (C), migrânea (M) e migrânea com cervicália (MC). As pacientes migrâneas foram diagnosticadas por um neurologista experiente de acordo com a 3ª Classificação Internacional de Cefaleias. No grupo cervicália, as pacientes deveriam ter pelo menos 3 meses de dor com intensidade acima de 3 na escala numérica de dor (END). A avaliação da força cervical foi mensurada a partir de 3 contrações isométricas voluntárias máximas utilizando um dinamômetro manual nos movimentos de flexão e extensão do pescoço. Além disso foram realizados os testes de resistência dos músculos flexores e extensores cervicais. Os dados foram analisados com o software SPSS, com o nível de significância de 0,05, utilizando ANOVA para comparação das médias nos testes de força e resistência, aplicando post-hoc de Bonferroni para estratificação dos dados. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética (HCFMRP - SP, processo 1100/2017). **Resultados:** A análise do pico de força e tempo para atingir o pico não foi diferente para flexão e em extensão entre os grupos. Para o teste de resistência em flexão foi observada diferença apenas entre o grupo controle e o grupo migrânea com dor cervical (controle = 57seg - DP=29; C= 40seg - DP= 24; M= 45seg - DP= 40; MC= 34seg - DP= 20) e na extensão o grupo controle apresentou melhor desempenho que os os grupos cervicália e migrânea com cervicália (controle = 270seg - DP=101; C= 166seg - DP= 119; M= 215seg - DP= 133; MC= 142seg - DP= 98) **Conclusão:** A presença do relato de dor cervical em mulheres com migrânea piora a resistência muscular tanto de músculos flexores e extensores cervicais.

**Palavras-chave:** Migrânea. Dor cervical. Força muscular. Resistência muscular.

## A PRESENÇA DE DOR CERVICAL ESTÁ ASSOCIADA AO QUADRO CLÍNICO MAIS GRAVE EM PACIENTES COM ENXAQUECA? UM ESTUDO TRANSVERSAL

**BRAGATTO, Marcela Mendes<sup>1</sup>; BENATTO, Mariana Tedeschi<sup>1</sup>; FLORENCIO, Lidiane Lima<sup>2</sup>; DACH, Fabiola<sup>3</sup>; BEVILAQUA-GROSSI, Débora<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha

<sup>3</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Bragatto, Marcela Mendes

E-mail: marcelabragatto@hotmail.com

Rua Urias Pereira Ribeiro, 1961 - AP 02 São José, Franca/SP

**Introdução:** A migrânea é uma cefaleia primária, crônica e incapacitante em que os pacientes apresentam frequentemente alodinia cutânea e relato de dor cervical. **Objetivo:** Verificar o efeito da associação do relato de dor cervical em pacientes com migrânea na incapacidade relacionada à migrânea e na presença e severidade da alodinia cutânea. **Métodos:** Foram triados durante a rotina do ambulatório de neurologia multiprofissional de um serviço terciário 142 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 55 anos, divididos em dois grupos: Migrânea sem cervicália (MSC n=99) e Migrânea com cervicália (MCC n=43). Os pacientes foram diagnosticados de acordo com a classificação internacional de cefaleia (III-ICHD). Foram excluídos pacientes com outros tipos de cefaleias associadas, doenças sistêmicas e neurológicas, trauma na região da face e/ou pescoço, gravidez e lactação. Para o paciente ser alocado no grupo com migrânea com cervicália era necessário ter relato de dor cervical há mais de 3 meses e intensidade de dor maior que 3 de acordo com uma Escala Visual Numérica (EVN) na maioria dos dias. Após a seleção, o paciente respondeu a uma ficha de avaliação com as informações relacionadas sobre as características da migrânea (tempo da doença, frequência, duração e intensidade da crise) e foi convidado à responder os questionários Migraine Disability Assessment (MIDAS) e 12 item Allodynia Symptom Checklist (ASC-12) por meio de entrevista. Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para comparação entre os grupos na caracterização da amostra. Para verificar a associação da presença e severidade da incapacidade (MIDAS) e da alodinia cutânea (ASC-12) entre os grupos com e sem cervicália, foi utilizado o teste de Chi-quadrado ( $\chi^2$ ). Além disso, foi calculado o risco de prevalência para verificar a associação ao risco do grupo com cervicália apresentar incapacidade e alodinia cutânea e o grau de severidade em relação ao grupo sem cervicália. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (processo nº 16692/2012). **Resultados:** Os grupos não diferiram quanto à presença e a severidade da incapacidade relacionada à migrânea avaliada pelo MIDAS. Além disso, como não obtivemos achados significativos relacionados à razão de prevalência (RP: 0,9; IC95% 0,8 a 1,2; p = 0,82), não houve evidência da associação entre a coexistência de cervicália e incapacidade relacionada à migrânea. Por outro lado, a presença de alodinia cutânea está associada à presença de cervicália (p = 0,00), com uma razão PR de 1,5 (IC 95% 1,2-1,9; p <0,001). Os pacientes migrânicos com dor cervical apresentaram maior risco

de alodinia leve, moderada e severa, em comparação ao grupo com migrânea sem dor cervical (RP variando entre 3,4-3,6;  $p < 0,05$ ) **Conclusão:** O relato de dor cervical não está associado à incapacidade relacionada à migrânea porém, está associado à presença e severidade de alodinia cutânea.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Dor cervical. Incapacidade. Alodinia cutânea.

### AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM PACIENTES COM MIGRÃNEA CRÔNICA QUE SE SUBMETERAM A APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA

SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor. <sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

**Contato com autor:** Márcio Rafael de Araújo Siega  
E-mail: marciosiega@yahoo.com.br  
Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A migrânea é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. Os tratamentos disponíveis com recomendação em consensos são diversas e a atuação em comorbidades é fundamental. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da toxina botulínica no tratamento da migrânea crônica e outros tratamentos que estes sujeitos tenham feito concomitantemente. **Métodos:** Foram analisados todos os pacientes que receberam aplicação de toxina botulínica para migrânea crônica entre agosto de 2017 a outubro de 2018 em uma clínica terciária de cefaleia. Foram realizados contato telefônico com intervalo superior a 6 meses da última aplicação. Foram questionados se realizaram determinadas condutas muito comuns para tal diagnóstico e a percepção da eficácia de cada método no resultado final. **Resultados:** Foram avaliados 40 pacientes, sendo que 32 (80%) tentaram remédios contínuos para profilaxia, 23 (58%) realizaram retirada abrupta de analgésicos e também fizeram fisioterapia com a finalidade de melhorar a enxaqueca, 25 (63%) receberam bloqueio anestésico e 14 (35%) buscaram tratamentos para ansiedade ou depressão com a finalidade de melhorar a enxaqueca. Apenas 4 (10%) relataram zero melhora com o tratamento multidisciplinar. Do grupo que experimentou melhora, a nota média atribuída de melhora foi 8,5. Quanto aos tratamentos individuais, a aplicação da toxina botulínica recebeu nota de 8,2, seguido da retirada de analgésicos com 7,4 e bloqueio anestésico com 7,3. Remédios preventivos e fisioterapia específica ficaram com 6,8 e 6,7 respectivamente e tratamentos para ansiedade e depressão receberam nota de 4,5. Quando questionados se atribui a melhora a algum fator

específico ou ao conjunto, este último foi descrito por 17 sujeitos (43%) seguido da toxina botulínica para 15 (38%). Apenas 1 referiram a retirada, bloqueio anestésico e fisioterapia como fator principal de melhora. Nenhum referiu a melhora da enxaqueca crônica ter sido determinada por melhora psiquiátrica. **Conclusão:** A maioria dos pacientes submetidos a tratamentos de migrânea crônica de forma multidisciplinar referiu que o conjunto de tratamentos culminou na melhora, no entanto uma proporção muito próxima de sujeitos referiram que a toxina botulínica foi determinante no processo de melhora.

**Palavras-chave:** Atenção Terciária à Saúde. Transtornos da Cefaleia Primários. Terapêutica. Toxinas Botulínicas Tipo A.

### CARACTERIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALEIA, COMORBIDADES, EXAMES SOLICITADOS E CONDUTAS ADOTADAS REFERENTES AO PRIMEIRO ATENDIMENTO EM UMA CLÍNICA TERCIÁRIA.

SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor. <sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

**Contato com autor:** Márcio Rafael de Araújo Siega  
E-mail: marciosiega@yahoo.com.br  
Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A migrânea é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. Permanece subdiagnosticada e sub-tratada ao redor do mundo. Os pacientes no Brasil experimentam uma longa jornada até encontrar um especialista em cefaleia e muitos exames foram realizados inutilmente. **Objetivo:** Caracterizar os diagnósticos de cefaleia, comorbidades, exames solicitados e condutas adotadas referentes ao primeiro atendimento em uma clínica terciária de cefaleia. **Métodos:** Foram analisados todos os pacientes atendidos pela primeira vez entre agosto de 2017 a fevereiro de 2018. Participaram da pesquisa todos aqueles que responderam a uma ficha de avaliação pré-consulta. O prontuário forneceu as hipóteses diagnósticas e as condutas adotadas e a ficha forneceu o histórico prévio da cefaleia. **Resultados:** Foram avaliados 142 pacientes, 76% do sexo feminino (3,1:1), as médias obtidas foram de idade 42,5 anos, primeira dor de cabeça aos 21 anos, sofrendo 20,9 dias de cefaleia no mês há 4,4 anos, sendo 13 dias de dor forte e 16 dias de consumo de analgésicos. Total de migrânea em 124 dos pacientes (87,9%), sendo migrânea crônica em 67 (47,5%), migrânea de alta frequência em 13,5%, migrânea de baixa frequência em 30 (21,3%), migrânea relacionada a menstruação em 20 (18,5% das mulheres) e estado de mal enxaquecoso

em 9 (7,3%). Outros 6 diagnósticos de cefaleia primária tiveram incidência <5%. Das cefaleias secundárias, observado cefaleia por abuso de analgésicos em 54 (38,3%), cefaleia cervicogênica em 53 (37,6%), desordem têmporo-mandibular em 46 (32,6%). Cefaleia com sinais de alarme foi raro (4 casos). Outros 2 diagnósticos de cefaleia secundária tiveram incidência <5%. Uma média de 3,2 diagnósticos de cefaleia foram levantadas por paciente. Comorbidades agravantes observadas foram distúrbios do humor (ansiedade e/ou depressão) em 65 (46,1%), cervicalgia e dorsalgia crônica isoladas em 28 (19,9%), e lombalgia crônica em 23 (16,3%) e apnéia em 10(7,1%). As 18 demais corresponderam a <5% dos casos. Nenhum exame foi pedido em 96 (67,6%) e o exame mais solicitado foi Rx cervical em 22 (15,5%). Outros 15 tipos de exames foram solicitados em incidência < 5%. As condutas mais propostas foram otimização do tratamento agudo em 113 (79,6%), medicações controladas em 93% (65,5%), fisioterapia em 81 (57%), bloqueio de nervos cranianos em 66 (46,5%), acupuntura em 57 (40,1%), infiltração de ponto-gatilho em 52 (36,6%), toxina botulínica e nutracêuticos ambos em 50 (35,2%), desmame de analgésicos em 46 (32,4%), indicação de placa intraoral miorrelaxante em 27 (19%). Mais outras 9 condutas foram propostas em menor número. Uma média de 5,1 condutas foram oferecidas para cada paciente. **Conclusão:** A motivação principal para visita a uma clínica terciária em cefaleia é a migrânea crônica. A presença de diagnósticos simultâneos de cefaleias secundárias e comorbidades agravantes é elevada. Poucos exames são necessários e a principal demanda do paciente é otimização do tratamento agudo.

**Palavras-chave:** Atenção Terciária à Saúde. Transtornos da Cefaleia Primários. Transtornos da Cefaleia Secundários. Padrões de Prática Médica. Comorbidade.

### CRIAÇÃO DE ALGORITMO BASEADO EM CONSENSOS DENOMINADO “PILARES DO TRATAMENTO DA ENXAQUECA” PARA DIVULGAÇÃO E COMPREENSÃO DA ABORDAGEM IDEAL

**Autores:** SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>. VIANA, Carlos Márcio Cordeiro<sup>3</sup>. FRANCA, Filipe Starling Loureiro<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor. <sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

<sup>3</sup> Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá, Mestre em Fisioterapia pela Universidade de Brasília, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

<sup>4</sup> Graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília, Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

**Contato com autor:** Márcio Rafael de Araújo Siega  
E-mail: marciosiega@yahoo.com.br

Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A enxaqueca é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. Permanece sub-diagnosticada e sub-tratada ao redor do mundo. O estudo da cefaleia nas escolas médicas é considerado insuficiente. **Objetivo:** Criar um fluxograma com informações concisas e didáticas, facilitando a divulgação e compreensão da abordagem ideal de tratamento multidisciplinar para pacientes, estudantes e profissionais de saúde. Uma analogia a escada analgésica da OMS. **Métodos:** Foram analisados os principais consensos de tratamento de crise e de prevenção da enxaqueca no Brasil e ao redor do mundo nos últimos 5 anos e os tópicos com maior evidência científica foram elencados em uma única imagem, semelhante a escada analgésica da OMS. **Resultados:** O fluxograma na forma de pilares foi escolhido para retratar de forma didática as evidências encontradas. O teto da edificação seria o que todas as pessoas com diagnóstico de enxaqueca devem receber tratamento adequado das crises: uso precoce (<1 h do início da dor), meta 2h livre da dor e psicoeducação em enxaqueca. Se crises estão causando limitação com regularidade, necessário prevenir a ocorrência das crises (profilaxia) através dos 3 pilares sempre. Os pilares são prevenção farmacológica, prevenção não - farmacológica e tratar agravadores. Na prevenção farmacológica, inicialmente monoterapia oral ou injetável, seguindo os seguintes lemas: “inicie leve, aumente devagar”, “preferência para tratamentos de alta adesão”, “considere as comorbidades”. Politerapia indicada para casos em que a monoterapia for benéfica parcialmente: na dose teto ou dose máxima tolerada. Na prevenção não - farmacológica, indicado atividades físicas de resistência 3x por semana, biofeedback térmico, biofeedback muscular, acupuntura, fisioterapia específica, estimulação elétrica transcutânea trigeminal, meditação, terapia cognitivo-comportamental. Tratar agravadores como uso excessivo de analgésicos (>10 dias por mês), consumo excessivo de cafeína (4-5 xícaras por dia), ansiedade, depressão, distúrbios do sono e apneia, ciclo menstrual, dor crônica (especialmente DTM e cervicalgia), alodinia (sinal de hipersensibilização cerebral), ganho de peso e mudanças na saúde e estilo de vida. **Conclusão:** O algoritmo criado denominado de “Pilares do tratamento da enxaqueca” reúne em uma única imagem as informações mais relevantes que pacientes, estudantes e profissionais de saúde envolvidos no tratamento de enxaqueca precisam saber.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Planejamento de Assistência ao Paciente. Tratamento Farmacológico. Terapias Complementares. Comorbidade.

### CRIAÇÃO DE UM APLICATIVO QUE MONITORE TANTO A CEFALEIA QUANTO AS SUAS COMORBIDADES

**Autores:** SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

<sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

**Contato com autor:** Márcio Rafael de Araújo Siega

E-mail: marciosiega@yahoo.com.br

Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A cefaleia pode ter relação com diversas outras patologias. Conseguir identificar e monitorar a evolução das comorbidades e sua relação temporal com a enxaqueca pode gerar estratégias de tratamento adicionais. **Objetivo:** Criar um aplicativo de que forneça informações relevantes sobre a cefaleia e as comorbidades associadas. **Métodos:** Foram analisados os principais consensos de tratamento de crise e de prevenção da enxaqueca no Brasil e ao redor do mundo nos últimos 5 anos e os tópicos com maior evidência científica foram elencados. Então foram selecionados as comorbidades mais relevantes e adicionadas ao diário de cefaleia. **Resultados:** Foram selecionados 7 tópicos e elaborado perguntas semelhantes para cada um. O paciente é orientado a acessar o aplicativo regularmente e responder como passou num período de investigação ou monitoramento terapêutico. A pergunta 1 avalia presença de cefaleia, intensidade, duração, incapacidade e a medida tomada. As perguntas de 2 a 7 mantêm o formato, mudando apenas o tópico. São eles: ansiedade, depressão, problemas com sono, cervicgia, queixas mandibulares e cabeça sensível. Após um período programado de respostas, o aplicativo gera um gráfico temporal com as 7 linhas mostrando a evolução no tempo da intensidade dos sintomas e outro gráfico o nível de incapacidade dos sintomas. **Conclusão:** O aplicativo denominado “semanário da enxaqueca” reúne num único programa a evolução da cefaleia e de mais outras 6 comorbidades que demonstram relação estreita, permitindo uma análise temporal mais fiel do ponto de vista do paciente.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Inquéritos e Questionários. Comorbidade. Telefone Celular.

### CRIAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DIGITAL PRÉ-CONSULTA BASEADO EM CONSENSOS PARA INVESTIGAÇÃO DO PADRÃO DE CEFALÉIA E COMORBIDADES ASSOCIADAS EM UMA CLÍNICA TERCIÁRIA

**Autores:** SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor. Endereço residencial

<sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro,

atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

**Contato com autor:** Márcio Rafael de Araújo Siega

E-mail: marciosiega@yahoo.com.br

Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A enxaqueca é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. Permanece subdiagnosticada e sub-tratada ao redor do mundo. Os pacientes no Brasil experimentam uma longa jornada até encontrar um especialista em cefaleia. Como a enxaqueca tem relação com diversas outras patologias, um método de investigação holístico se faz necessário. **Objetivo:** Criar um questionário de auto-avaliação pré-atendimento para uma clínica terciária que forneça informações relevantes sobre a cefaleia e as comorbidades associadas. **Métodos:** Foram analisados os principais consensos de tratamento de crise e de prevenção da enxaqueca no Brasil e ao redor do mundo nos últimos 5 anos e os tópicos com maior evidência científica foram elencados. Então escalas de auto relato que possibilitam uma análise mais precisa desses tópicos foram reunidos, com preferência para escalas validadas em português. Quando não foi possível uma escala validada, questionamentos foram adaptados à luz do conhecimento atual. **Resultados:** Foram selecionados 18 tópicos e elaborado questionário para cada um. O paciente recebe a ficha via e-mail, aplicativo de mensagem instantânea ou direcionamento pela internet assim que agenda a consulta com neurologista e os dados ficam disponíveis em forma de pdf para o paciente ao fim do preenchimento e também fica acessível ao médico durante a consulta via sistema próprio. Bloco 1 avalia presença de sinais de alarme. Bloco 2 diagnóstico de enxaqueca. Bloco 3 outras cefaleias. Bloco 4 dores pelo corpo. Bloco 5 tratamento agudo. Bloco 6 escala de incapacidade. Bloco 7 alodinia. Bloco 8 gatilhos de cefaleia. Bloco 9 cervicgia. Bloco 10 lombalgia. Bloco 11 desordem têmporo-mandibular. Bloco 12 cefaleia rinogênica. Bloco 13 enxaqueca hormonal. Bloco 14 distúrbio emocionais e catastrofização. Bloco 15 distúrbios do sono. Bloco 16 investigações prévias. Bloco 17 tratamentos prévios. Bloco 18 histórico de saúde. **Conclusão:** O questionário de avaliação pré-consulta digital reúne dados relevantes que o neurologista em uma clínica terciária precisa ter para complementar a avaliação clínica e programar a melhor abordagem terapêutica.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Inquéritos e Questionários. Comorbidade.

### USO DE HIALURONATO DE SÓDIO NO TRATAMENTO DE ENXAQUECA CRÔNICA: RELATO DE CASO.

**HATAKEYAMA Marcos Kenji<sup>1</sup>; OLIVEIRA Pedro Gonçalves<sup>2</sup>; HERINGER Luzia Custodio<sup>3</sup>; Silva Wesley Oliveira<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> médico formado UNISA em 2000, completou residência em clínica médica ano 2003 na UNISA e completou residência em

neurologia ano 2005 na UNISA Trabalha como neurologista no Instituto Bem Estar no qual é Sócio.

<sup>2</sup> Farmacêutico formado em 1990 pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Bioquímicas Oswaldo Cruz. Doutor em Fármaco e Medicamentos / Produção e Controle pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> enfermeira formada em 2006 na UNIBAN, trabalha como enfermeira chefe no Instituto Bem Estar.

<sup>4</sup> médico formado na Universidade de Mogi das Cruzes em 2009 e estagio de neurologia em Santa Casa de São Paulo em 2016 e fellow em neuroinfecologia no Hospital Emilio Ribas os anos de 2016 e 2017.

**Contato com autor:** Marcos Kenji Hatakeyama

Email drkenji@yahoo.com.br ,

Endereço residencial rua João Ramalho 108 apt 121 perdizes São Paulo, cep 05008000.

**Introdução:** O ácido hialurônico (AH) é um polímero natural e não ramificado, pertencente ao grupo dos glicosaminoglicanos. Soluções compostas desta substância são usadas há décadas e consideradas bem toleradas por várias vias de administração, incluindo parenterais. Estudos têm revelado mecanismos multifacetados sobre processos álgicos e inflamatórios, além de seu potencial na regeneração nervosa. A enxaqueca é uma doença com ataques recorrentes de cefaleia. Os mecanismos fisiopatológicos da dor da enxaqueca permanecem mal esclarecidos, mas é provável que envolvam ativação do sistema trigeminovascular.

**Objetivo:** Descrever relato de caso que envolveu o uso de solução de hialuronato de sódio (HS) 2% por via subcutânea (s.c.) e seu efeito na diminuição de dias de dor na enxaqueca crônica. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório de relato de experiência. Paciente do sexo feminino, 36 anos, com quadro de enxaqueca crônica persistente a 8 anos e refratária a diversas medicações e intervenções. Realizou-se acompanhamento por calendário de dor um mês antes do início do protocolo e 2 meses após sua aplicação, que consistiu de aplicações subcutâneas de 0,1 mL de HS 2% em 31 pontos, seguindo a localização anatômica descrita no protocolo de preempt criado por Silberstein e colaboradores. **Resultados:** O procedimento foi realizado sem intercorrências importantes, com discreto aumento de volume subcutâneo no local de aplicação em regiões frontais e relato de cefaleia intensa no dia de aplicação e após 3 dias em menor intensidade. Além disso, a paciente referiu dor local e transitória imediatamente após aplicações. Não houve sangramento ou episódios de reação alérgica. Antes das aplicações, a paciente apresentava 30 dias de dor ao mês, caracterizando enxaqueca crônica diária. Após a aplicação do protocolo de injeções s.c. de HS 2%, houve redução para 18 dias/mês (- 40%), no mês seguinte com relato de diminuição de intensidade e no outro mês com 15 dias de dor. **Discussão:** emprego de modelos experimentais tem precipitado novas teorias sobre os mecanismos de ação do HS no alívio da dor. Uma delas envolve a modulação do receptor vanilóide de potencial transitório 1 (TRPV-1), em que foi constatado que a injeção de HS levou à diminuição de pH, calor e resposta à capsaicina, o que provavelmente deveu-se à estabilização de canais

TRPV1 e consequente diminuição da excitabilidade em terminações nociceptivas. Outra hipótese esta relacionada às interações com o receptor CD44, traduzidas em anti-hiperalgesia principalmente devida a HS de alto peso molecular. O mecanismo proposto é de diminuição de mediadores pró-nociceptivos, como interleucina 6, TNF-alfa, prostaglandina E2 e epinefrina, e na reversão da hiperalgesia induzida pela ativação de PKA e PKC, segundos mensageiros intracelulares, podendo, no conjunto desses mecanismos, contribuir com o alívio de dores inflamatórias e neuropáticas. Esses dados são coerentes com os achados deste trabalho e, em conjunto, revelam uma nova perspectiva para o tratamento da enxaqueca crônica. **Conclusão:** Os resultados revelados pelo presente caso sugerem o potencial promissor do uso de solução HS 2%, conforme protocolo descrito, para tratamento da enxaqueca. Contudo, estudos clínicos controlados devem ser realizados para o esclarecimento objetivo desta hipótese.

## DESEMPENHO DOS MÚSCULOS CERVICAIS EM MULHERES COM MIGRÂNEA COM E SEM DOR CERVICAL

**BENATTO, Mariana Tedeschi<sup>1</sup>; BRAGATTO, Marcela Mendes<sup>1</sup>; FLORENCIO, Lidiane Lima<sup>2</sup>; DACH, Fabíola<sup>3</sup>; BEVILAQUA-GROSSI, Débora<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha <sup>3</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Mariana Tedeschi Benatto

E-mail: mariana.benatto@gmail.com

Rua Monte Alegre, 180 - AP 807-A Sumarezinho, Ribeirão Preto - SP

**Introdução:** A migrânea é uma doença incapacitante que afeta grande parte da população. Atualmente, a queixa de dor cervical e a influência da mesma na incapacidade e desempenho dos músculos cervicais tem sido o foco de alguns grupos de pesquisa. Entretanto, ainda há uma escassez de estudos que comparem o desempenho muscular em indivíduos com queixa de dor cervical em relação aos indivíduos sem dor cervical.

**Objetivo:** Verificar se mulheres com migrânea e relato de dor cervical apresentam um desempenho muscular diferente daquelas que não apresentam dor cervical.

**Métodos:** Foram avaliadas 68 mulheres com diagnóstico de migrânea e divididas em dois grupos, grupo migrânea sem dor cervical (N = 25) e grupo migrânea com dor cervical (N = 43). O questionário Migraine Disability Assessment (MIDAS) foi aplicado em ambos os grupos.

Para verificar o desempenho muscular foram realizados o teste de força e de resistência. O teste de força foi realizado com as participantes em decúbito dorsal, para os flexores, e em decúbito ventral para os extensores. Um dinamômetro manual foi posicionado na região frontal ou occipital, respectivamente, e 3 repetições foram registradas. As voluntárias eram estabilizadas com uma cinta não elástica na região pélvica e torácica. Durante o teste de resistência, para os flexores cervicais, as voluntárias foram posicionadas em decúbito dorsal e para os extensores cervicais, em decúbito ventral, sustentando um peso de 2kg. Para ambos os grupos musculares o teste foi iniciado com a cabeça em posição neutra e o tempo de sustentação (s) foi registrado. A comparação entre os grupos migrânea com e sem dor cervical para o desempenho muscular foi realizada pelo teste t de student e as proporções de incapacidade ocasionada pela migrânea pelo teste exato de Fisher. Um nível de significância de 0,05 foi adotado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (nº 6862/2016).

**Resultados:** A média de idade no grupo migrânea com dor cervical foi de 33,6 anos enquanto que no grupo sem dor cervical foi de 33,3 anos ( $p=0,90$ ). A média de frequência de crises também foi semelhante entre os grupos, sendo de 8,5 no grupo com dor cervical e 7,9 no grupo sem dor cervical ( $p=0,74$ ). Ao comparar os grupos quanto a incapacidade ocasionada pela migrânea, ambos os grupos apresentaram maior porcentagem da classificação “incapacidade severa”, sendo os valores de 74,4% no grupo com dor cervical e 76,0% no grupo sem dor cervical ( $p=0,66$ ). Com relação ao desempenho muscular nos testes, o grupo migrânea com dor cervical apresentou menor resistência para os músculos extensores em comparação ao grupo sem dor cervical (151,7 3 114,3 e 215,0 3 132,6 segundos, respectivamente) ( $p=0,04$ ). Não houve diferença entre os grupos para o teste de força, tanto para flexores quanto para extensores cervicais ( $p=0,52$  e  $p=0,62$ , respectivamente). **Conclusão:** Nossos resultados demonstraram que mulheres com migrânea associada à dor cervical tem pior desempenho muscular para a resistência, mas não para a produção de força. Além disso, a presença da dor cervical não altera a incapacidade ocasionada pela migrânea, sendo ambos severamente comprometidos.

**Palavras-chave:** Migrânea. Dor cervical. Desempenho muscular. Resistência. Incapacidade.

### TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO DA CERVICALGIA E DOR TORÁCICA ASSOCIADAS À MIGRÂNEA CRÔNICA: RELATO DE CASO

**SANTIAGO, Michelle Dias<sup>1</sup>; CAVERNI, Camila Naegeli<sup>2</sup>; FUKUE, Rosemeire Rocha<sup>3</sup>; GOBO, Denise Matheus<sup>4</sup>; VILLA, Thais Rodrigues<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Psiquiatra, Fellow em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> Neurologista, Pós-Doutorado, Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

**Contato com autor:** SANTIAGO, Michelle Dias

E-mail: michelle03.santiago@gmail.com

Avenida Rio de Janeiro, 48 – Jardim Marsola – Campo Limpo Paulista, SP 13231-320.

**Introdução:** Cervicalgia e dor na região torácica são queixas frequentes em pacientes com migrânea crônica e estas podem ser limitantes na funcionalidade desses indivíduos. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com migrânea crônica que reduziu a frequência, intensidade e duração das dores na região cervical e torácica após tratamento fisioterapêutico. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, encaminhada ao Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias da Universidade Federal de São Paulo, diagnosticada com migrânea crônica associada a frequentes dores na região cervical e torácica. Foi realizado um protocolo de atendimento fisioterapêutico de 12 semanas, com frequência de 3 vezes por semana e duração de 1 hora, onde a paciente foi avaliada na primeira e na última sessão em relação a dor e a mobilidade nas regiões cervical e torácica. Escalas utilizadas: Escala visual analógica (EVA) e questionário Neck Disability Index (NDI). Na primeira avaliação a dor nas regiões citadas apresentava frequência diária, intensidade severa (EVA= 10), com duração maior que 18 horas/dia. O questionário Neck Disability Index teve pontuação de incapacidade completa (maior que 72%) em todos os níveis avaliados. Mobilidade diminuída ou ausente nos movimentos de flexão, extensão e rotação de cervical durante as crises. Nas sessões foram realizadas manipulação e mobilização da região cervical e torácica, associado a alongamento ativo dos músculos flexores, extensores e rotadores da região cervical da paciente. **Resultados:** Após o primeiro mês de atendimento fisioterapêutico a paciente já relatava melhora da dor nas regiões cervical e torácica, assim como o aumento da mobilidade da região cervical, que foram confirmadas na avaliação final com redução de frequência (10 dias/mês), intensidade (EVA=3) e duração das dores (menor que 6 horas). O questionário NID teve pontuação para incapacidade mínima (10 a 28%) na avaliação final. A mobilidade das regiões cervicais e torácica apresentou limitação de movimentação devido a dor no primeiro mês, seguido de mobilidade com dor leve ou ausente durante os movimentos de flexão, extensão e rotação da região cervical na avaliação final. **Conclusão:** A fisioterapia para o tratamento da cervicalgia e dor na região torácica associada a migrânea crônica mostrou-

se efetiva na melhora parâmetros analisados de frequência, intensidade e duração das dores e aumento da mobilidade cervical nessa paciente.

**Palavras-chave:** Migrânea, Migrânea crônica, Fisioterapia, Cervicalgia, Dor torácica

## CEFALIA NA CRIANÇA ASSOCIADA A CEFALIA NA MÃE

**VIEGAS-RIBEIRO, Nathália<sup>1</sup>; DIAS, Yrlla Rafaelle Rodrigues<sup>1</sup>; IBIAPINA, Elaine Farias<sup>2</sup>; SILVA, Lídia Maria Lopes da<sup>2</sup>; ARAÚJO-NETO, Manoel Gomes de<sup>2</sup>; PINTO, Guilherme Gonçalves Silva<sup>3</sup>; GONÇALVES Maria Cláudia<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Aluno do Curso de Fisioterapia da Universidade CEUMA

<sup>2</sup> Aluno do Mestrado em Meio Ambiente da Universidade Ceuma

<sup>3</sup> Médico Intensivista no Hospital Regional de Taguatinga e Residente em Clínica Médica no Hospital Regional do Gama, Brasília (DF).

<sup>4</sup> Professor Doutora do Mestrado em Meio Ambiente e da Curso de Fisioterapia da Universidade CEUMA

**Contato com autor:** Viegas-Ribeiro, Nathália  
E-mail: nathaliaviegas0018@hotmail.com

**Introdução:** Alguns tipos de cefaleia podem ser herdados geneticamente e a presença de cefaleia na criança pode influenciada pela presença de cefaleia na mãe. **Objetivo:** Identificar a frequência de queixa de cefaleias na infância, associar com a presença de cefaleia na mãe. **Materiais e Métodos:** Foram inclusas crianças regularmente matriculados em uma escola de São Luís-MA, de ambos os gêneros, com idade entre 5 a 12 anos de idade e excluídos aqueles que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido assinado pela mãe, que não tivessem assinado o termo de assentimento livre e esclarecido e que apresentassem algum problema cognitivo. A presença de cefaleia e suas características bem como os dados sociodemográficos foram avaliadas por meio de um questionário elaborado pela própria autora. Os grupos foram comparados usando análises de variância (ANOVA), e teste post hoc de Duncan. O Odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) foram usados para avaliar a associação da presença da cefaleia na mãe com a cefaleia na criança. O nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$  foi adotado. Pacote SPSS (versão 18) foi utilizado para análise estatística. **Resultados:** Foram avaliadas 88 crianças, sendo  $n=49$  (55,68%) do gênero feminino,  $n=81$  (92,04%) apresentaram queixa de cefaleia, com frequência média de 5(2,7) dias e intensidade média de 7,13(7,89). Do total de  $n=86$  mães avaliadas,  $n=68$  (88,31%) relataram ter cefaleia com frequência média de 9,79(8,05) dias e intensidade média de 8(2,5). Foi observada associação positiva de OR/IC= 2,2 (0,25 - 1,36) entre a presença de cefaleia na criança e a cefaleia na mãe. **Conclusão:** A presença de cefaleia na criança na amostra estudada está associado com a presença de cefaleia na mãe, apontando para a importância da orientação e prevenção dessa doença junto às crianças, seus pais e professores.

**Palavras-chave:** Criança; Cefaleia; frequência.

## HÁ DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS NAS DISFUNÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS DA COLUNA CERVICAL NA MIGRÂNEA? - ESTUDO PILOTO

**XAVIER, Nathan da Silva<sup>1</sup>; BENATTO, Mariana Tedeschi<sup>2</sup>, FLORENCIO, Lidiane Lima<sup>2</sup>; DACH, Fabíola<sup>4</sup>; BEVILAGUA-GROSSI, Débora<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Graduando do curso de Fisioterapia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP, Ribeirão Preto, São Paulo

<sup>2</sup> Formada em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, atualmente é aluna de doutorado na Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Formada em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo, atualmente é professora visitante del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física da Universidad Rey Juan Carlos (Espanha)

<sup>4</sup> Formada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Neurologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, atualmente é professora de neurologia da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto)

<sup>5</sup> Formada em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos, Pós doutorada pelo Albert Einsten College of Medicine e Montefiore Headache Center, atualmente é professora titular do curso de Fisioterapia na Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto)

**Contato com autor:** Xavier, Nathan da Silva  
E-mail: nathan.xavier@usp.br

Rua Pedreira de Freitas, nº 13, Monte Alegre - Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cep:14.049-000

**Introdução:** A dor no pescoço é um sintoma frequentemente relatado por pacientes com migrânea sendo um fator importante para a piora do quadro de dor de cabeça. Testes clínicos evidenciam um comprometimento da coluna cervical em pacientes com migrânea comparados a indivíduos normais, porém essas condições geralmente são verificadas em mulheres devido a maior prevalência no sexo feminino. Sendo assim, conhecer as características da cervicalgia, bem como as disfunções musculoesqueléticas cervicais em homens com migrânea pode ajudar a melhorar a avaliação e o manejo clínico desses pacientes. **Objetivo:** Verificar se há diferenças entre os sexos, em pacientes com migrânea, em relação a cervicalgia, desempenho dos músculos flexores profundos no teste de flexão craniocervical e mobilidade passiva da coluna cervical superior. **Métodos:** A amostra foi composta por 10 voluntários do sexo masculino (GM) e 10 do sexo feminino (GF), com idade entre 18 e 55 anos, todos com diagnóstico de migrânea realizado por neurologistas experientes com base na Classificação Internacional de Cefaleia - 3ª edição. Foram excluídos indivíduos com diagnóstico de outras cefaleias, cefaleia por abuso de analgésicos ou doenças sistêmicas. Foi realizado o Flexion Rotation Test (FRT), que avalia a mobilidade passiva da coluna cervical superior, para ambos os lados, e o Craniocervical Flexion Test (CCFT) que avalia o desempenho dos músculos flexores profundos da coluna cervical. As características clínicas da migrânea e o FRT foram comparadas entre

os grupos utilizando-se o teste t de Student e para o auto relato de cervicalgia e o CCFT foi realizado o teste qui quadrado. Foi adotado um nível de significância de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Os grupos não apresentaram diferenças para a idade (GM 31,80  $\pm$  10,42; GF 34,00  $\pm$  13,20;  $p = 0,684$ ), frequência de crises (GM 17,80  $\pm$  9,96; GF 12,60  $\pm$  8,90;  $p = 0,234$ ), intensidade da dor (GM 8,20  $\pm$  1,47; GF 7,20  $\pm$  2,29;  $p = 0,265$ ), duração da dor (GM 21,60  $\pm$  35,88; GF 26,30  $\pm$  22,98;  $p = 0,732$ ) e tempo de doença (GM 14,00  $\pm$  9,88; GF 12,45  $\pm$  11,21;  $p = 0,747$ ). Em relação ao auto relato de cervicalgia, 70% das mulheres e 40% dos homens relataram dor no pescoço, porém não foi observada diferença estatística entre os grupos ( $p = 0,36$ ). Não houve diferença significativa entre os grupos no FRT para a direita (GM 33,11  $\pm$  12,48; GF 35,65  $\pm$  13,87;  $p = 0,673$ ) e para esquerda (GM 33,48  $\pm$  7,78; GF 37,40  $\pm$  11,68;  $p = 0,391$ ) apesar dos homens apresentarem FRT positivo em relação às mulheres ( $< 34^\circ$ ). Para o CCFT, também não foi observada diferença significativa entre os grupos; entretanto, o GF apresentou maior porcentagem no terceiro estágio (26 mmHg) com 40% da amostra, já o GM apresentou maior porcentagem no segundo estágio (24 mmHg) com 60% dos indivíduos. **Conclusão:** Este estudo piloto sugere que não há diferença entre os sexos nas condições musculoesqueléticas em pacientes com migrânea. Apesar de relatarem menos cervicalgia que as mulheres, os homens apresentaram hipomobibilidade da coluna cervical alta pelo FRT e menor progressão nos níveis do CCFT.

**Palavras-chave:** Transtornos de enxaqueca. Sexo. Cervicalgia.

### UTILIDADE DE ODORES COMO DESENCADEANTES DE CEFALEIA PARA O DIAGNÓSTICO DA MIGRÂNEA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**ALBANÊS OLIVEIRA BERNARDO, Albérico<sup>1</sup>; LYS DE MEDEIROS, Fabíola<sup>2</sup>; SAMPAIO ROCHA-FILHO, Pedro Augusto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médico Neurologista; Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco e Hospital Pelópidas Silveira, Recife-Pernambuco, Brasil

<sup>2</sup> Médica Neurologista, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento Universidade Federal de Pernambuco. Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil

<sup>3</sup> Médico Neurologista, Professor Adjunto de Neurologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil; Ambulatório de Cefaleias, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

**Contato com autor:** Sampaio Rocha-Filho, Pedro Augusto  
Email: pedroasampaio@gmail.com  
Endereço: Rua General Joaquim Inácio, 830, Sala 1412 - Edifício The Plaza Business Center, Recife, Pernambuco- CEP: 52011-270.

**Introdução:** Pacientes migranosos processam estímulos sensoriais de maneira diferente da população em geral, sendo usualmente mais sensíveis a luz, som e odores.

Os odores podem desencadear crises de cefaleia numa população susceptível, a despeito de serem bem tolerados pela população em geral. Este dado também parece ser importante para o diagnóstico da migrânea em adultos com uma especificidade de 100% e sensibilidade de 70%. Até onde temos conhecimento, o odor como desencadeante das cefaleias não foi estudado na população infantojuvenil. **Objetivo:** avaliar a utilidade “odor como desencadeante das cefaleias” para o diagnóstico da migrânea em crianças e adolescentes e avaliar que características dos pacientes e da migrânea estão associadas ao odor como desencadeante das cefaleias. Avaliamos ainda quais odores seriam desencadeantes mais frequentes das cefaleias. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Crianças e adolescentes consecutivamente atendidos em ambulatório de pediatria por diversos motivos que tiveram pelo menos um ataque de cefaleia nos últimos 12 meses foram incluídos. Utilizamos questionário semiestruturado, Wong-Baker Faces Pain Scale, Pediatric Migraine Disability Assessment Score, State-trait Anxiety Inventory e o Children’s Depression Inventory. **Resultados:** 300 pacientes com cefaleia foram incluídos, 253 tinham migrânea e 47, cefaleia do tipo tensional. Sessenta e dois (20,7%) pacientes declararam ter apresentado cefaleia após exposição a odores, todos eram migranosos. Sensibilidade para migrânea: 24,5%, especificidade: 100%, valor preditivo positivo: 100%, valor preditivo negativo: 20%. Desencadeamento de cefaleia por odores esteve associado a maior intensidade e duração da cefaleia, a vômitos e fonofobia (regressão logística). Trinta e sete pacientes referiram que a cefaleia se iniciava em minutos após a exposição. Perfumes foram os odores mais implicados, seguidos de produtos de culinária e de limpeza. **Conclusão:** A presença de odor como desencadeante das cefaleias é útil no diagnóstico da migrânea, mas sua ausência não contribui para se afastar essa doença.

**Palavras-chave:** Cefaleia, Migrânea, Criança, Odor, Gatilho.

### USO DE TOXINA BOTULÍNICA A (DYSPORT®) EM PACIENTES COM ENXAQUECA CRÔNICA: RESULTADOS PRELIMINARES

**KOTO, Rafael Yoshio<sup>1</sup>; CINTRA, Amanda dos Santos<sup>1</sup>; PICON, Isabella Silva<sup>1</sup>; DE OLIVEIRA, João Paulo Santiago<sup>1</sup>; VIEIRA, Julia Vescovi<sup>1</sup>; GAGLIARDI, Rubens José<sup>2</sup>; DOMINGUES, Renan Barros<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Residente de Neurologia pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

<sup>2</sup> Residência médica em Neurologia pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mestrado em Neurologia pela USP (1980) e Doutorado em Neurologia pela USP (1988). Chefe do departamento de Neurologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professor Titular de Neurologia da FCMSCSP.

<sup>3</sup> Residência médica em Neurologia em 1993, no Hospital das Clínicas da USP. Doutorado em Medicina pela USP (1997). Pós Doutorado em Neurologia no Serviço de Doenças

Cerebrovasculares da Universidade de Lille, França (2014). Atualmente coordenador do Ambulatório de Cefaleias e Professor Convidado da FCMSOSP.

**Contato com autor:** Koto, Rafael Yoshio

E-mail: koto.rafael@gmail.com

Endereço de contato: Rua Marquês de Itu, 643 ap25. São Paulo-SP. CEP 01223-001.

**Introdução:** Estudos prévios mostraram a superioridade da Onatoxinabotulínica A em relação ao placebo no tratamento da enxaqueca crônica. Neste estudo avaliamos os resultados na enxaqueca crônica com outra modalidade de toxina botulínica. **Métodos:** Doze pacientes com enxaqueca crônica foram incluídos, provenientes do Ambulatório de Cefaleias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Foram registrados dados demográficos e dados concernentes ao diagnóstico da cefaleia. Registrou-se o HIT-6 antes da aplicação de toxina e o HIT-6 aproximadamente 3 meses após. A comparação das medianas foi realizada com o teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** A idade média foi de 50,75 ± 11,54 anos. Dez pacientes eram mulheres. O tempo médio de doença foi de 12,36 ± 8,23 anos. Todos os pacientes fizeram uso de ao menos um tratamento oral, sendo que 2 - 1 tratamento, 6 - 2 tratamentos, 4 - 4 tratamentos. Foram utilizadas 12,5 unidades em cada ponto de aplicação e os pontos de aplicação foram os mesmos do protocolo PREEMPT. A mediana do HIT-6 antes da aplicação foi de 66 (54-74) e de 56 (36-70) após a aplicação. Quatro (25%) pacientes tiveram HIT-6 abaixo de 55 após a segunda aplicação. O tempo médio entre a primeira e segunda avaliação do HIT-6 foi de 3,25 ± 1,73 meses. **Conclusão:** Houve redução significativa do HIT-6 com o protocolo de aplicação utilizado, contudo, estudos maiores ainda são necessários visto que o potencial efeito placebo não foi avaliado no presente estudo.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Toxina. Botulínica. Cefaleia. HIT-6.

## ACHADOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO EM UMA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM PSEUDOTUMOR CEREBRAL

**DOMINGUES, Renan; SILVA, Paulo Diego Santos; LACERDA, Cássio Batista; PICON, Isabella; GAGLIARDI, Rubens**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O pseudotumor cerebral é pouco frequente mas pode trazer importantes complicações visuais. Neste estudo descrevemos os achados de ressonância magnética (RM) de crânio em uma população de pacientes com pseudotumor cerebral atendidos em um ambulatório de cefaleias. **Métodos:** Foram incluídos pacientes com pseudotumor cerebral atendidos no

ambulatório de cefaleias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os pacientes foram submetidos a protocolo de RM e os achados foram descritos e sumarizados de acordo com as anormalidades mais frequentemente encontradas nesta condição. **Resultados:** Foram incluídos 29 casos, sendo 28 do sexo feminino. A idade média foi de 35,39 ± 39,93 anos. O IMC médio foi de 34,1 ± 33,892. Os achados de RM foram: sem anormalidades - 6 casos (20,69%), Sela Turca vazia - 18 casos (62,07%), alteração morfológica dos nervos ópticos - 14 casos (48,28%), achatamento de Esclera posterior - 10 casos (34,48%), alteração dos seios venosos - 10 casos (34,48%). Nenhuma das anormalidades radiológicas correlacionou-se significativamente com a raquimanometria nem com os desfechos clínicos. **Conclusão:** A RM mostrou-se anormal na maioria dos casos, sendo que a Sela Turca vazia foi a anormalidade mais frequentemente encontrada. A RM não demonstrou correlação com variáveis clínicas, sugerindo que a mesma não possui valor como marcador prognóstico.

## AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CEFALÉIAS PRIMÁRIAS USANDO O SISTEMA “APP/WEB INTERFACE” DR CEFALÉIA

**DOMINGUES, Renan; SILVA, Paulo Diego Santos; LACERDA, Cássio; SILVA, Lohana Santana Almeida; PICON, Isabella, GAGLIARDI, Rubens José**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** A prevalência das cefaleias é extremamente alta e a grande maioria dos portadores não têm acesso a um tratamento adequado. Neste estudo avaliamos uma ferramenta desenvolvida para ajudar os médicos, particularmente os não especialistas, no diagnóstico e tratamento das cefaleias. **Métodos:** Avaliamos o app Dr Cefaleia em pacientes do ambulatório de cefaleias da Santa Casa de Misericórdia de SP. No app o paciente insere informações através de questionários estruturados: sinais de alarme, “ID-migraine”, gatilhos, uso de analgésicos, HIT-6 e comorbidades (sono, sintomas ansiosos e depressivos). Estas informações são processadas através de algoritmos e são direcionadas para uma interface do médico, onde são convertidos em sugestões diagnósticas e terapêuticas. Os diagnósticos do sistema foram comparados com os diagnósticos registrados no prontuário da instituição. CEP Santa Casa - 1.901.942. **Resultados:** Foram incluídos 10 pacientes, em todos os casos o diagnóstico do sistema coincidiu com o diagnóstico do prontuário. Os diagnósticos foram: 1- enxaqueca com aura episódica (2); 2- enxaqueca sem aura crônica com abuso de analgésicos (2); 3- enxaqueca sem aura episódica (3), 4- cefaleia em salvas episódica (1), 5- cefaleia do tipo tensional crônica (1) e 6- cefaleia do tipo tensional episódica (1). **Conclusão:** Os resultados preliminares sugerem que o sistema “app/Web interface” Dr Cefaleia, embora não substitua

o médico na realização do diagnóstico, é eficaz em contribuir neste sentido. Estudos futuros e com maior população poderão definir o potencial desta ferramenta em melhorar o acesso a diagnósticos e tratamentos adequados nas cefaleias, especialmente ajudando os não especialistas.

### CEFALÉIA COMO QUEIXA MAIS PREVALENTE EM PRONTO SOCORRO ADULTO DE UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO PAULO

**DOMINGUES, Renan; ARAÚJO, Sheila Veronezi; VEDROSSI, Christiano; GIUSTI, Rosilene, Cel PM RODRIGUES JÚNIOR, Roberto**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Hospital Cruz Azul de São Paulo

**Introdução:** Cefaleia é uma das queixas mais prevalentes em unidades de pronto atendimento e de emergência. Neste estudo avaliamos frequência da queixa cefaleia em comparação com outras queixas, em um hospital privado na região central de São Paulo. **Métodos:** Avaliamos os registros informatizados dos pacientes atendidos no Pronto Socorro Adulto do Hospital Cruz Azul de São Paulo no primeiro quadrimestre de 2019. Foram excluídos os pacientes classificados como emergência (pulseira vermelha) e urgência (pulseira amarela). Os pacientes foram classificados de acordo com o CID 10 da queixa principal. Pacientes com cefaleia com sinais de alerta (cefaleia súbita, inédita e com início após os 50 anos) não foram incluídos nesta análise visto que foram inseridos nas categorias emergência ou urgência. **Resultados:** Ao longo dos 4 meses analisados foram atendidos 29.455 pacientes classificados como pouco urgentes ou não urgentes. Destes, 5027 (17,06%) tinham cefaleia como queixa principal. Cefaleia foi isoladamente a queixa mais frequente, seguida de dor abdominal (3409-11,57%), náuseas (2.415-8,19%) e vômitos (2215-7,51%). **Conclusão:** Os resultados confirmam a grande importância da queixa cefaleia em pronto socorro, indicando a necessidade de protocolos bem definidos para otimizar o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos nestas unidades. Após o presente levantamento o Hospital onde os dados foram coletados iniciou protocolo de cefaleia usando o APP Dr Cefaleia para Médicos, função Triagem.

**Palavras-chave:**

### COMPARAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CITOBIOQUÍMICAS LIQUÓRICAS ENTRE PACIENTES COM CITOLOGIA ONCÓTICA POSITIVA E CITOLOGIA ONCÓTICA NEGATIVA

**DOMINGUES, Renan; VEGA, Márcio; BRUNALE, Fernando; SENNE, Carlos**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Senne Líquor Diagnóstico.

**Contato com autor:** Avenida Angélica 2071 3o andar. São Paulo, SP.

**Introdução:** Infiltração neoplásica do espaço subaracnoide é uma causa de cefaleia secundária. O diagnóstico é feito por métodos de imagem e pela citologia oncótica, sendo que parâmetros citobioquímicos do líquido cefalorraquiano (LCR) estão frequentemente alterados. Neste estudo avaliamos a sensibilidade dos parâmetros citobioquímicos em relação à positividade da citologia oncótica. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente os dados líquóricos de casos submetidos para análise de LCR e pesquisa de células neoplásicas no Senne Líquor Diagnóstico de 2014 até o presente. Foram incluídas 14876 amostras com pesquisa negativa e 1360 com pesquisa positiva. Curva ROC e área sob a curva (AUC) foram utilizadas para esta avaliação. **Resultados:** O parâmetro líquórico com maior AUC foi o lactato [0,781 (IC 95% - 0,766-0,795)], seguido da contagem de leucócitos [0,616 (IC 95% - 0,599-0,633)], da concentração de proteínas [0,660 (IC 95% 0,644-0,677)] e glicose [0,405 (IC 95% 0,386-0,425)]. **Conclusão:** O lactato foi o parâmetro com maior sensibilidade para citologia oncótica positiva. Contudo, nenhum parâmetro citobioquímico apresentou sensibilidade diagnóstica satisfatória (AUC>0,8), de forma que a análise citobioquímica geral tem pouca sensibilidade para identificação de infiltração neoplásica do espaço subaracnoide.

### DETERMINANTES DE PERDA VISUAL EM PACIENTES COM PSEUDOTUMOR CEREBRAL

**DOMINGUES, Renan; SILVA, Paulo Diego Santos; LACERDA, Cássio Batista; SANTIAGO, João Paulo; GAGLIARDI, Rubens**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O pseudotumor cerebral é pouco frequente mas pode trazer importantes complicações visuais. Neste estudo avaliamos variáveis clínicas e sua possível associação com perda visual em pacientes com pseudotumor cerebral. **Métodos:** Foram incluídos pacientes com pseudotumor cerebral atendidos no ambulatório de cefaleias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com a presença ou não de sintomas visuais residuais. Foram avaliadas as seguintes variáveis: índice de massa corpóreo (IMC), alterações à ressonância magnética (RM) e pressão de abertura (PI) do líquido cefalorraquiano (LCR). As variáveis categóricas foram comparadas pelo 2-quadrado e as variáveis contínuas pelo teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Foram

incluídos 29 casos, sendo 28 do sexo feminino. A idade média foi de 35,39 39,93 anos. O IMC médio foi de 34,1 33,892. Obesidade (IMC>30) foi observada em 65,52% dos pacientes e sobrepeso em 13,79%. A única variável que se correlacionou com a presença de sintomas visuais foi a PI (P=0,0313). **Conclusão:** A correlação entre PI e sintomas visuais sugere que a redução da PI deve ser uma meta prioritária no tratamento do pseudotumor cerebral.

### IMUNOFENOTIPAGEM E CITOLOGIA ONCÓTICA NO DIAGNÓSTICO DE INFILTRAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL NAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

**DOMINGUES, Renan; VEGA, Márcio; BRUNALE, Fernando; SENNE, Carlos**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Senne Liqueur Diagnóstico. Avenida Angélica 2071 3o andar. São Paulo, SP.

**Introdução:** O diagnóstico diferencial das cefaleias em pacientes com neoplasias hematológicas inclui a infiltração neoplásica. Contudo, o exame convencional do líquido cefalorraquiano pode ser negativo, sendo importante o uso de técnicas mais sensíveis. Neste estudo comparamos os resultados da citologia oncótica com os resultados de imunofenotipagem. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente os dados de imunofenotipagem e citologia oncótica do líquido cefalorraquiano (LCR) de 460 pacientes com neoplasia hematológica. Registramos os resultados discrepantes e analisamos parâmetros liquorícos e os diagnósticos oncológicos dos casos com positividade exclusivamente à imunofenotipagem. **Resultados:** Nos 460 casos analisados, a imunofenotipagem mostrou-se positiva em 18% e a citologia oncótica em 11%. A distribuição dos resultados positivos foi: casos com positividade em pelo menos um dos métodos - 87; casos positivos com ambos os métodos - 50; casos positivos apenas com imunofenotipagem - 35, casos positivos apenas com citologia oncótica - 2. Nos casos em que apenas a imunofenotipagem foi positiva 43% tiveram o LCR normal (celularidade, proteína, glicose e lactato). Neste grupo, 54% tinham linfoma, 40% leucemias e 6% mielomas. **Conclusão:** A imunofenotipagem aumentou a sensibilidade diagnóstica para infiltração do SNC em 7%. Em um número expressivo de casos esta foi a única alteração liquoríca, ressaltando a importância diagnóstica deste método.

### PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM PSEUDOTUMOR CEREBRAL ATENDIDOS EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM CEFALEIA

**DOMINGUES, Renan; SILVA, Paulo Diego Santos; LACERDA, Cássio Batista; KOTO, Rafael Yoshio; GAGLIARDI, Rubens**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O pseudotumor cerebral é pouco frequente mas pode trazer importantes complicações visuais, que podem ser minimizadas com o diagnóstico e o tratamento precoces. **Métodos:** Neste estudo descrevemos as características clínicas de pacientes com pseudotumor cerebral atendidos no ambulatório de cefaleias da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Dados demográficos, antropométricos, características da doença e comorbidades foram registrados. **Resultados:** Foram incluídos 29 casos, sendo 28 do sexo feminino. A idade média foi de 35,39 39,93 anos. O tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 15,72 329,41 meses. O IMC médio foi de 34,1 33,892. Obesidade (IMC>30) foi observada em 65,52% dos pacientes e sobrepeso em 13,79%. Comorbidades endócrinas ou metabólicas foram registradas em 41,38%, sendo: diabetes mellitus-13,79%, síndrome dos ovários policísticos-13,79%, hipotireoidismo-6,9% e hiperprolactinemia-6,9%. Os tratamentos medicamentosos foram: acetazolamida - 12, acetazolamida + topiramato - 8, acetazolamida ou topiramato - 6, topiramato - 3. Seis pacientes foram submetidos a procedimentos invasivos, sendo derivação lomboperitoneal - 4, fenestração - 1 e stent - 1. **Conclusão:** As características demográficas e clínicas são as esperadas para uma população com esta doença. Chama a atenção o grande tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico, podendo representar risco para os pacientes, levando-se em conta as potenciais complicações visuais desta doença.

**Palavras-chave:**

### PERFIL DE PACIENTES COM CEFALEIA ATENDIDOS POR NEUROLOGISTA NO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO

**DOMINGUES, Renan; SANTIAGO, João Paulo; KOTO, Rafael Yoshio; SILVA, Paulo Diego Santos; GAGLIARDI, Rubens José**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** Cefaleia é uma das queixas mais comuns em unidades de Pronto Socorro. Neste estudo avaliamos o perfil de pacientes com cefaleia atendidos na Santa Casa e encaminhados para o Serviço de Neurologia. **Métodos:** Foram avaliados neste estudo os casos neurológicos encaminhados para a equipe de neurologia do Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, após avaliação inicial pela equipe de generalistas. Foram registrados os diagnósticos e os desfechos pós atendimento neurológico. Foram incluídos todos os casos atendidos nos meses de março e setembro de 2018. **Resultados:** Ao longo dos dois

meses avaliados 267 pacientes foram submetidos a avaliação neurológica. Dentre estes 39 (14,6%) foram encaminhados à equipe de neurologia em função de cefaleia (por sinais de alerta ou refratariedade). A cefaleia foi a quarta causa de avaliações neurológicas, após quadros cerebrovasculares, crises convulsivas e alterações agudas de consciência. A idade média dos casos com cefaleia foi de 39,48318,44. Os diagnósticos firmados foram: cefaleia primária - 17, trauma - 2, cefaleia secundária a doenças vasculares - 6, tumor do SNC - 1, infecção do SNC - 5, crise hipertensiva - 1, cefaleia secundária ao uso de medicamentos - 1, pseudotumor cerebral - 1. Apenas 8/39 pacientes não tinham comorbidades prévias e apenas 10 não faziam uso prévio de medicamentos. 14/39 (35,9%) destes pacientes foram internados após avaliação neurológica.

**Conclusão:** O pequeno número de casos triados para avaliação neurológica, em uma população com alto percentual de comorbidades prévias, com grande percentual de cefaleias secundárias e, tendo havido alto percentual de internações, podem sugerir que a maioria dos casos teve o atendimento encerrado pela própria equipe clínica. Estes dados corroboram a importância do treinamento adequado da equipe clínica no atendimento das cefaleias em Pronto Socorro.

### USO DO FILMARRAY® NO DIAGNÓSTICO DAS MENINGITES BACTERIANAS COMUNITÁRIAS AGUDAS

**DOMINGUES, Renan; VEGA, Márcio; BRUNALE, Fernando; BENKO, Simone; SENNE, Carlos**

<sup>11</sup> Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.

**Contato com autor:** Senne Líquor Diagnóstico. Avenida Angélica 2071 3o andar. São Paulo, SP.

**Introdução:** Meningites bacterianas fazem parte do diagnóstico diferencial das cefaleias febris em Pronto Socorro. O diagnóstico inicial é frequentemente presuntivo, visto que a bacterioscopia tem baixa sensibilidade e a cultura demora alguns dias. O FilmArray meningites/encefalites é um PCR multiplex automatizado para identificação de 14 agentes de infecções do SNC, incluindo vírus, Cryptococcus e bactérias. São testadas as seguintes bactérias: E. coli K1, H. influenzae, L. monocytogenes, N. meningitidis, S. agalactiae e pneumoniae. Neste estudo comparamos a performance do FilmArray® com os métodos microbiológicos convencionais para meningites bacterianas. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente os dados de 396 pacientes com infecção de SNC e submetidos ao método. **Resultados:** 24 casos foram positivos para bactérias, E. coli K1=1, H. Influenzae=4, L. Monocytogenes=1, N. Meningitidis=7, S. Pneumoniae=12. Destes, 11 (44,8%) foram positivos com algum outro método, sendo 4 cultura e bacterioscopia, 3 apenas cultura e 4 apenas bacterioscopia, nenhum no látex. Três pacientes foram negativos no FilmArray® e positivos com outros **Métodos:** 2 cultura positiva (S.

Intermedius e Micrococcus) e um Gram negativo. Todos os 13 casos positivos apenas com FilmArray® apresentaram padrão líquórico sugestivo de meningite bacteriana: pleocitose com predomínio neutrofilico, aumento de proteína e lactato e hipoglicorraquia.

**Conclusão:** O estudo sugere que o FilmArray® pode aumentar a sensibilidade no diagnóstico etiológico nas meningites bacterianas.

**Palavras-chave:**

### UTILIZAÇÃO DO FILMARRAY® MENINGITES/ENCEFALITES NO DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES VIRAIS AGUDAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**DOMINGUES, Renan; VEGA, Márcio; BRUNALE, Fernando; BENKO, Simone; SENNE, Carlos**

<sup>1</sup> Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.

**Contato com autor:** Senne Líquor Diagnóstico. Avenida Angélica 2071 3o andar. São Paulo, SP.

**Introdução:** Cefaleia é o sintoma mais frequente nas meningites virais, cujo diagnóstico requer o exame do líquido cefalorraquiano (LCR). Contudo, geralmente o diagnóstico líquórico é presuntivo e baseado na citologia e bioquímica. Neste estudo avaliamos casos de neuroinfecção submetidos ao FilmArray meningites/encefalites, que é um PCR multiplex para identificação de 14 agentes de infecções do SNC, incluindo bactérias, Cryptococcus e vírus. São testadas os seguintes vírus: CMV, Enterovirus, HSV-1, HSV-2, HHV-6, parechovirus e VZV. Foram comparados os achados líquóricos das meningites por Enterovirus com os demais. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente os dados de 396 pacientes com infecção de SNC e submetidos ao método. Os parâmetros foram comparados pelo teste t e as diferenças significativas foram submetidas a análise multivariada com regressão binária. **Resultados:** 176 casos foram positivos para vírus, sendo 114 para enterovirus, CMV=2, HSV-1=3, HSV-2=10, HHV-6=15 e VZV=7. Os dados líquóricos para enterovirus e não enterovirus foram: Leucócitos (mm<sup>3</sup>) 324,043434,23 x 369,73312,05 (P=0,216); Neutrófilos (%): 42,66331,54 x 7,41316,5 (P<0,0001); Proteína (mg/dl) 44,6323,69 x 95,14356 (P=0,003); Glicose (mg/dl): 50,46312 x 56,46325,87 (P=0,001) e Lactato (mg/dl): 18,4734,53 x 27,4138,45 (P=0.001). Após análise multivariada as diferenças se mantiveram significativas para: Neutrófilos (P=0,003), Proteína (P=0,004) e Lactato (P=0,001). **Conclusão:** O FilmArray foi um método e prático para a identificação das principais meningites virais. As infecções por enterovirus têm maior percentual de neutrófilos, podendo gerar confusão com meningites bacterianas. O uso de métodos moleculares como o FilmArray aumenta a precisão diagnóstica, de forma rápida, evitando internações e uso de antibióticos de forma desnecessária.

## FUNÇÕES EXECUTIVAS EM ADOLESCENTES COM CEFALEIA CRÔNICA: UM ESTUDO POPULACIONAL

ARRUDA, Renato<sup>1</sup>; ARRUDA, Marco Antônio<sup>2</sup>; ANUNCIACÃO, Luis<sup>3</sup>; GUIDETTI, Vincenzo<sup>4</sup>; BIGAL, Marcelo Eduardo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Residente de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP).

<sup>2</sup> Neurologista da Infância e Adolescência, Doutor em Neurologia (FMRPUSP), Diretor do Instituto Glia, Ribeirão Preto.

<sup>3</sup> Neuropsicólogo, Doutor em Psicometria (PUCRJ), Professor de Psicometria na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> Neuropsiquiatra da Infância e Adolescência, Professor Titular de Neuropsiquiatria da Universidade de Roma, La Sapienza, Itália.

<sup>5</sup> Neurologista, Doutor em Neurologia (FMRPUSP), CEO da Ventus Therapeutics, Montreal, Canadá.

**Contato com autor:** Renato Arruda

E-mail: arruda.renato@gmail.com

Av. Braz Olaia Acosta, 727, s. 310, Ribeirão Preto, SP, CEP14026-040;

**Introdução:** Funções executivas (FE) são um conjunto de habilidades mentais interdependentes que regulam nossa cognição, emoções e comportamento.

**Objetivos:** 1) comparar o funcionamento executivo de adolescentes com cefaleia crônica e controles sem cefaleia, e 2) avaliar a influência da frequência da cefaleia sobre o funcionamento executivo em uma amostra populacional.

**Métodos:** A partir de uma amostra-alvo não probabilística de 422 estudantes matriculados em uma escola pública, um consentimento pós-informado foi obtido de 394 participantes (93,4%), resultando em uma amostra final de 339 adolescentes com idade entre 10 e 18 anos (80,3%). Pais, professores e alunos preencheram escalas validadas na população brasileira que avaliam aspectos de saúde mental, desenvolvimento, FE e cefaleia. Para a avaliação de FE foi utilizada a escala de Avaliação Funcional de Funções Executivas em Crianças e Adolescentes. Essa escala deriva os seguintes índices: FE global (somatória de FE quentes e frias), FE quentes (flexibilizar, regular emoções e inibir comportamentos) e FE frias (objetivar, planejar, organizar, iniciar, focar, automonitorar, perseverar e operacionalizar). O diagnóstico da cefaleia foi realizado com base na 3ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias. Os adolescentes foram assim categorizados: a) sem cefaleia, b) cefaleia episódica de baixa frequência (CEBF, 0-4 crises ao mês), c) cefaleia episódica de frequência intermediária (CEFI, 5-10 crises ao mês) e d) cefaleia de alta frequência (CAF, 10 ou mais crises ao mês). Modelos multivariados estimaram os determinantes de baixo funcionamento executivo em função da frequência da cefaleia. As análises fixaram o erro do tipo I em 0.05 e foram realizadas no R 3.5.2. **Resultados:** Da amostra final, 40 (11,8%) adolescentes nunca haviam apresentado cefaleia, 23 (6,8%) preenchiam critérios para migrânea episódica (ME) e 20 para cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE). Em relação à frequência: 252 (74,3%) apresentavam CEBF, 28 (8,3%) CEFI e 17 (5%) CAF. Comparados aos controles sem cefaleia, adolescentes

com ME apresentaram RR significativamente maior para dificuldades em FE globais (RR = 3,5, IC 95% 1,2-10,1), FE quentes (RR = 5,8, IC 95% 1,8-18,9) e FE frias (RR = 3,0, IC 95% 1,0-9,3). Adolescentes com CAF apresentaram RR significativamente maior para dificuldades em FE globais (RR = 4,9, IC 95% 1,2-20,6), FE quentes (RR = 5,1, IC 95% 1,1-24,8) e FE frias (RR = 6,3, IC 95% 1,5-25,9) comparados aos controles sem cefaleia. Adolescentes com CAF apresentaram RR significativamente maior de dificuldades em FE globais (RR = 2,0, IC 95% 1,0-4,1) e FE frias (RR = 2,2, IC 95% 1,2-4,0) comparados àqueles com CEBF. A análise multivariada identificou como preditores da associação entre ter cefaleia e baixo funcionamento executivo as seguintes variáveis independentes: classe socioeconômica mais pobre, baixo desempenho escolar e presença de vômitos nas crises de cefaleia ( $p < 0.05$ ).

**Conclusão:** Adolescentes com migrânea episódica e/ou cefaleia de alta frequência apresentam maior risco de disfunção executiva. Esse achado inédito pode auxiliar na compreensão da comorbidade entre cefaleias de alta frequência (e migrânea episódica, em particular) com transtornos neuropsiquiátricos e baixo desempenho escolar, bem como identificar novos e promissores alvos no tratamento desses pacientes.

**Palavras-chaves:** Cefaleia. Migrânea. Funções Executivas. Adolescência.

## RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE EM ADOLESCENTES COM CEFALEIA CRÔNICA: UM ESTUDO POPULACIONAL

ARRUDA, Renato<sup>1</sup>; ARRUDA, Marco Antônio<sup>2</sup>; ANUNCIACÃO, Luis<sup>3</sup>; GUIDETTI, Vincenzo<sup>4</sup>; BIGAL, Marcelo Eduardo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Residente de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP).

<sup>2</sup> Neurologista da Infância e Adolescência, Doutor em Neurologia (FMRPUSP), Diretor do Instituto Glia, Ribeirão Preto.

<sup>3</sup> Neuropsicólogo, Doutor em Psicometria (PUCRJ), Professor de Psicometria na Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup> Neuropsiquiatra da Infância e Adolescência, Professor Titular de Neuropsiquiatria da Universidade de Roma, La Sapienza, Itália.

<sup>5</sup> Neurologista, Doutor em Neurologia (FMRPUSP), CEO da Ventus Therapeutics, Montreal, Canadá.

**Contato com autor:** Renato Arruda

E-mail: arruda.renato@gmail.com

Av. Braz Olaia Acosta, 727, s. 310, Ribeirão Preto, SP, CEP14026-040;

**Introdução:** Resiliência e vulnerabilidade são, respectivamente, processos dinâmicos de adaptação positiva e mal adaptação do indivíduo a adversidades significativas da vida, sejam elas de ordem familiar (psicopatologia parental, abusos, divórcio etc.), sociodemográficas (pobreza, violência comunitária, discriminação etc.), ou em decorrência de dor ou doenças crônicas. **Objetivos:** 1) comparar os recursos de resiliência e risco de vulnerabilidade em adolescentes com cefaleia crônica e controles sem cefaleia, e 2) avaliar a influência da frequência da cefaleia sobre ambos desfechos. **Métodos:** A partir de uma amostra-alvo, não

probabilística, de 422 estudantes matriculados em uma escola pública, um consentimento pós-informado foi obtido de 394 participantes (93,4%), resultando uma amostra final de 339 adolescentes com idade entre 10 e 18 anos (80,3%). Pais, professores e alunos preencheram escalas validadas na população brasileira que avaliam aspectos de saúde mental, desenvolvimento, resiliência, vulnerabilidade e cefaleia. Para a avaliação de resiliência e vulnerabilidade foi utilizada a Escala de Resiliência para Crianças e Adolescentes de Sandra Prince-Embury. O diagnóstico da cefaleia foi realizado com base na 3ª edição da Classificação Internacional das Cefaleias. Em relação à frequência da cefaleia, os adolescentes foram categorizados como se segue: a) sem cefaleia, b) cefaleia episódica de baixa frequência (CEBF, 0-4 crises ao mês), c) cefaleia episódica de frequência intermediária (CEFI, 5-10 crises ao mês) e d) cefaleia de alta frequência (CAF, 10 ou mais crises ao mês). Análises da Razão de Chances (OR) foram modeladas para variáveis categóricas e ANOVA robusta para variáveis contínuas. Modelos multivariados estimaram os determinantes de baixa resiliência e alta vulnerabilidade em função da frequência da cefaleia. As análises fixaram o erro do tipo I em 0,05 e foram realizadas no R 3.5.2. **Resultados:** Da amostra final, 40 (11,8%) adolescentes nunca haviam apresentado cefaleia, 254 (74,9%) com CEBF, 28 (8,3%) com CEFI e 17 (5,0%) com CAF. A ANOVA robusta revelou que quanto maior a frequência da cefaleia menores os recursos de resiliência ( $F(3,335) = 3,74, p = 0,01$ ) e maior o risco de vulnerabilidade ( $F(3,335) = 5,45, p < 0,01$ ). Adolescentes com CAF apresentaram um risco significativamente maior de menores recursos de resiliência (OR = 7,0, IC 95% 1,7-28,0;  $p < 0,01$ ) e maior vulnerabilidade (OR = 18,0, IC 95% 2,1-146,0;  $p < 0,01$ ). A análise multivariada identificou como preditores da associação entre ter cefaleia, baixos recursos de resiliência e alta vulnerabilidade as seguintes variáveis independentes: sexo feminino, exposição pré-natal a álcool, baixo desempenho escolar e cefaleia de alta frequência ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Adolescentes com alta frequência de cefaleia apresentam menores recursos de resiliência e maior vulnerabilidade. Esse achado inédito tem implicações clínicas imediatas, uma vez que revela um novo e potencial alvo no tratamento desses pacientes. Adicionalmente, corrobora com os recentes achados em adultos migranosos de alterações estruturais em tratos fronto-insulares do hemisfério cerebral direito envolvidos na modulação da dor, regulação emocional, cognição e resiliência.

**Palavras-chaves:** Cefaleia. Migrânea. Resiliência. Vulnerabilidade. Adolescência.

## AValiação Neuropsicologia Antes e Após Tratamento da Migrânea: Relato de Caso

FUKUE Rosemeire Rocha<sup>1</sup>, GOBO Denise Matheus<sup>2</sup>, CAVERNI Camila Naegeli<sup>3</sup>, LOYOLA Julia Serecik<sup>4</sup>, SANTIAGO Michelle Dias<sup>5</sup>, VILLA Thais Rodrigues<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do

Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Psiquiatra, Fellowship em Cefaleias, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Colaboradora no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>6</sup> PhD em Neurologia UNIFESP, Chefe do Setor de Cefaleias UNIFESP.

**Contato com autor:** Fukue Rosemeire Rocha

E-mail: rosefukue@gmail.com

Avenida Padre Arlindo Vieira, 3101, apto 104, Bloco C, Jardim Vergueiro, São Paulo, SP, 0466-003

**Introdução:** Migrânea é uma doença neurológica que afeta 3,76% a 17,1% da população pediátrica brasileira. Pode afetar múltiplas áreas corticais, subcorticais, e do tronco cerebral que regulam os sistemas autonômicos, afetivos, cognitivos e funções sensoriais. Estudos apontam prejuízos da memória visual e verbal, atenção, funções visuoespaciais e executivas. O tratamento preventivo da migrânea tem o objetivo de reduzir a frequência, duração e intensidade das crises de cefaleia. O topiramato apresenta eficácia preventiva comprovada, entretanto, efeitos adversos na cognição são relatados.

**Objetivo:** Apresentar o resultado da avaliação neuropsicológica de uma paciente com migrânea crônica, antes e após tratamento com topiramato.

**Métodos:** Paciente do sexo feminino, 15 anos, com crises de cefaleia desde os 11 anos, localização frontal bilateral, caráter pulsátil, acompanhadas de fotofobia, fonofobia e náuseas. Crises com intensidade pela escala visual analógica (EVA) 45% leves (EVA=3), 30% moderadas (EVA=5) e 25% incapacitantes (EVA=9). Duração de 4 - 8 horas, deflagradas por barulho, luz, ansiedade e estresse. Medicada com dipirona em 12 dias/mês. Em consulta no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Hospital São Paulo - UNIFESP a frequência da cefaleia era diária. Diagnosticada com migrânea sem aura e migrânea crônica (mãe com cefaleia). Desenvolvimento neuro-psicomotor e exames clínico e neurológico normais. Apresentava irritabilidade, isolamento, déficits atenção, organização e memória. O consentimento livre esclarecimento (TCLE) foi assinado pela responsável. Indicado tratamento com topiramato dose 100 mg/dia. A avaliação neuropsicológica foi realizada antes e 6 meses após o tratamento, em 7 sessões, iniciada com anamnese e finalizada com a devolutiva. Solicitado relatório escolar no início e final. Bateria para testagem: Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 4 Edição - WISC IV, Figuras Complexas

de Rey, D2 e Wisconsin de Classificação de Cartas. **Resultados:** Na avaliação inicial foram encontrados prejuízos globais em compreensão verbal escores 84, percentil 14 (média inferior), organização perceptual, escores 94, percentil 34 (média), memória operacional, escores 71, percentil 3 (limítrofe), velocidade de processamento de informação, escores 100, percentil 50 (média) e o QI, escores 79, percentil 14 (limítrofe), atenção seletiva, atenção concentrada e atenção alternada (média inferior). Memória operacional visual (limítrofe), operacional verbal (média), memória visual de longo prazo e memória verbal de longo prazo (média inferior). Funções visuoperceptivas, visuoespaciais e visuoespaciais (inferior). Funções executivas dificuldade em aprendendo com a experiência, resolução de problemas e comportamento perseverante. Na avaliação final foram encontrados compreensão verbal escores 101, percentil 53 (média), organização perceptual, escores 102, percentil 55 (média), memória operacional, escores 94, percentil 34 (média), velocidade de processamento de informação, escores 134, percentil 99 (média superior) e o QI, escores 111, percentil 70 (média superior), atenção seletiva, concentrada e alternada (média). Memória operacional visual, verbal, verbal de longo prazo (média) e memória visual de longo prazo (média superior), funções visuoperceptivas, visuoespaciais e visuoespaciais (média) e funções executivas (média superior). Diminuição na frequência e intensidade da cefaleia apresentando dois dias leves (EVA=2) no final do tratamento. Melhora no desempenho acadêmico. **Conclusão:** Houve melhora significativa após o tratamento da migrânea com topiramato nas funções cognitivas.

**Palavras-chave:** Migrânea. Adolescente. Atenção. Memória. Topiramato.

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM ADOLESCENTE COM MIGRÃNEA: RELATO DE CASO

**FUKUE Rosemeire Rocha<sup>1</sup>, GOBO Denise Matheus<sup>2</sup>, CAVERNI Camila Naegeli<sup>3</sup>, LOYOLA Julia Serecikias<sup>4</sup>, SANTIAGO Michelle Dias<sup>5</sup>, VILLA Thais Rodrigues<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Psiquiatra, Fellowship em Cefaleias, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Psicóloga e Neuropsicóloga, Colaboradora no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de

Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>6</sup> PhD em Neurologia UNIFESP, Chefe do Setor de Cefaleias UNIFESP.

**Contato com autor:** Fukue Rosemeire Rocha

E-mail: rosefukue@gmail.com

Avenida Padre Arlindo Vieira, 3101, apto 104, Bloco C, Jardim Vergueiro, São Paulo, SP, 0466-003.

**Introdução:** Estudos recomendam a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento da migrânea, principalmente na população pediátrica sendo classificada pela American Academy of Neurology, com nível A de evidência. A TCC proporciona melhora da qualidade de vida e maior controle das crises de cefaleia com aquisição de habilidades de enfrentamento mais adaptativas, enfatizando a psicoeducação do paciente e familiares, reestruturação cognitiva e técnicas comportamentais. **Objetivo:** Relatar o caso de uma adolescente com migrânea crônica, tratada com a TCC associado ao tratamento medicamentoso. **Método:** Paciente do sexo feminino, 14 anos, cursando o ensino médio. Encaminhada ao Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Hospital São Paulo - UNIFESP-EPM com queixa de cefaleia diária, sendo diagnosticada com migrânea sem aura e migrânea crônica. Também apresentava queixas de alteração do humor e cognição, tais como: isolamento social, ansiedade, sintomas depressivos, desatenção, baixa tolerância à frustração e pouco controle de impulso. Desenvolvimento neuro-psicomotor e exames clínico e neurológico normais. Antecedentes familiares mãe com cefaleia. As crises se iniciaram aos 12 anos, localização bilateral, caráter pulsátil acompanhadas de fotofobia, fonofobia e náuseas. Crises com intensidade pela escala visual analógica (EVA) 50% leve (EVA=3), 40% moderada (EVA=5) e 10% incapacitantes (EVA=3), com duração de 4 - 8 horas, medicadas com paracetamol em 10 dias/mês. Em consulta no (SITC) da Unifesp, a frequência da cefaleia era diária e deflagradas e/ou pioradas por luz, barulho, estresse e ansiedade. Melhoravam após dormir e 30 gotas de dipirona (medicava as crises moderadas e intensas, as leves melhoravam com sono). O termo de consentimento livre esclarecimento (TCLE) foi assinado pela responsável legal. Indicado tratamento com topiramato dose 100 mg/dia e sessões de TCC. O protocolo da TCC incluiu avaliação inicial, intervenção e avaliação final. Foram realizadas 20 sessões por um período de 4 meses; cada sessão de 50 minutos. Sendo 16 sessões individuais com a adolescente; 4 para intervenção familiar; 2 individuais com o familiar e 2 em conjunto. A orientação escolar ocorreu por meio de contato telefônico e relatório no início e final. Foram utilizadas estratégias e técnicas como psicoeducação, implementação do diário de dor da cefaleia, registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, treino do controle do estresse e ansiedade, treino de assertividade, treino em habilidade social, parada de pensamento, distração cognitiva e visualização. **Resultados:** Foi constatado redução importante na frequência e intensidade da cefaleia logo no início do terceiro mês de tratamento apresentando somente duas

crises leves (EVA=2) sem necessidade de medicação. A melhora se manteve até o encerramento (4/mês). Remissão nos sintomas de ansiedade, depressão, estresse, isolamento e desatenção. Melhora significativa no relacionamento familiar, aproveitamento escolar, social e autoestima. **Conclusão:** A TCC associada ao tratamento medicamentoso, mostrou eficácia na prevenção da migrânea crônica, sintomas de humor e comportamentais. Favorecendo a melhora global incluindo o controle das crises de migrânea.

**Palavras-chave:** Migrânea, Adolescente, Terapia Cognitivo-Comportamental.

## CONCORDÂNCIA ENTRE DOIS MÉTODOS DE MENSURAÇÃO DE FORÇA MUSCULAR CERVICAL EM INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS E MIGRANOSOS

**MARTINS Taís Souza<sup>1</sup>, NOGUEIRA Camila Gorla<sup>2</sup>, PINHEIRO Carina Ferreira<sup>4</sup>, MARTINS Jaqueline<sup>3</sup>, FLORENCIO Lidiane Lima<sup>5</sup>, DACH Fabiola<sup>6</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestra, Especialista do laboratório do Departamento de Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha

<sup>6</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>7</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Martins Taís Souza

E-mail: taissomartins@hotmail.com

Rua Pedreira de Freitas, nº 13, Monte Alegre Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Bloco A apt 11. Cep:14.049-000

**Introdução:** A musculatura cervical é essencial para a manutenção da postura e estabilização da cabeça. A avaliação da força dos músculos cervicais é útil para identificar possíveis disfunções musculoesqueléticas. Para avaliar a força destes músculos podemos usar o dinamômetro manual (HHD) (Lafayette Company), que é um dispositivo portátil de baixo custo e de fácil manuseio e o Multi Unit Cervical (MCU)<sup>®</sup> que é um dispositivo fixo, considerado padrão ouro, porém de alto custo.

**Objetivo:** comparar o HHD e o MCU para mensuração da força máxima da musculatura cervical, em indivíduos migranosos e saudáveis. **Métodos:** O estudo contou com 30 indivíduos (26 mulheres e 4 homens) divididos igualmente em dois grupos. O grupo migrânea (GM; n= 15; Idade 28,9 anos DP 8,9) foi definido de acordo com

os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias, e o grupo controle (GC; n= 15; Idade 28,8 anos DP 8,0) sem relato de dor de cabeça. Foi mensurada a força muscular em flexão, extensão e inclinações laterais. Para todos os movimentos foram realizadas 3 contrações máximas com duração de 3 segundos e intervalo de 1 minuto para o HHD e 10 segundos para o MCU entre as repetições e de 3 minutos entre os movimentos executados de forma aleatória. Para a concordância entre as ferramentas, foi utilizado o método de Bland e Altman. **Resultados:** O viés não foi significativo na inclinação lateral esquerda ( $p= 0,166$ ) do grupo controle e em ambas inclinações laterais (direita  $p= 0,233$  e esquerda  $p= 0,24$ ) no grupo migrânea. No entanto, o limite de concordância foi grande em todas as avaliações para ambos os grupos e a diferença na medida de força entre os equipamentos superou 10% em cerca de 80-93% dos casos. Além disso, o MCU superestimou os valores de força de flexão e extensão em relação ao HHD em ambos os grupos. **Conclusão:** Os dados demonstram que o MCU e HHD não concordam nas mensurações de força dos músculos cervicais, portanto, não podem substituir um ao outro.

**Palavras-chave:** Dinamômetro fixo, Força muscular, Dinamômetro de mão, Concordância.

## AValiação DA ASSOCIAÇÃO ENTRE CEFALÉIAS E INSÔNIA ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

**CORRÊA RANGEL, Tathiana<sup>1</sup>; FALCÃO RAPOSO, Maria Cristina<sup>2</sup>; SAMPAIO ROCHA FILHO, Pedro Augusto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia aplicada à Neurologia Infantil. Mestre em Ciências Fisiológicas. Pós-Graduada em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil; Professora Assistente do Departamento de Fisioterapia da Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup> Estatística. Mestre em Estatística. Doutora em Economia. Professora Associada do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. <sup>3</sup> Médico Neurologista. Professor Adjunto de Neurologia, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil; Ambulatório de Cefaleias, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

**Contato com autor:** CORRÊA RANGEL, Tathiana

E-mail: tathiana.rangel@upe.br

Endereço: Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho. Rua: General Joaquim Inácio, 830, Sala 1412. Edifício The Plaza Business Center, Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 50070-270.

**Introdução:** As cefaleias são muito prevalentes entre estudantes universitários e levam a maior incapacidade e absenteísmo escolar e a um pior desempenho acadêmico. Estudos relacionam a possível associação entre as cefaleias e os distúrbios do sono. A insônia também é prevalente entre os estudantes. **OBJETIVOS:** Avaliar se as cefaleias estão associadas com a insônia. **Métodos:** estudo transversal com alunos matriculados nos cursos de Medicina, Engenharia Civil e Administração da Universidade de Pernambuco. Foram sorteados

420 alunos de forma estratificada por curso. Foram utilizados: questionário semi-estruturado; o Headache Impact Test (HIT-6), o Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) e a escala Insomnia Severity Index (ISI). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CAAE: 74157017.0.0000.5207). **Resultados:** dos 420 alunos, 51,4% eram do sexo masculino. A média de idade foi 21,4 anos (DP=3,0). Trezentos e noventa e nove estudantes (95%) apresentaram cefaleia, 265 (63%) tinham migrânea, 152 (36%) tinham cefaleia do tipo tensional. Dos com cefaleia, 273 estudantes (68%) tinham insônia (ISI>14) e dos que não tinham cefaleia, 11 (52%) apresentaram ISI>14 (teste Exato de Fisher;  $p = 0,15$ ); 95 (28%) de 340 (81%) migranosos tinham insônia (teste Exato de Fisher;  $p < 0,01$ ). Houve uma correlação positiva e significante entre a gravidade da insônia e a frequência ( $p < 0,01$ ), intensidade ( $p < 0,01$ ) e impacto da cefaleia (HIT6) ( $p < 0,01$ ) (correlação de Pearson). Na regressão logística para Insônia, mantiveram-se no Modelo: Depressão ( $p = 0,07$ ); ansiedade ( $p < 0,01$ ) e Maior Impacto das cefaleias (HIT-6 > 55 pontos). Ajustando um modelo de regressão logístico para estimar a probabilidade de Insônia, é possível prever que um estudante universitário que apresenta depressão, ansiedade e maior impacto de cefaleia no dia a dia, possui probabilidade estimada de 58,1% de ter insônia. **Conclusão:** O maior impacto das cefaleias está associado à presença de insônia e a gravidade da cefaleia está correlacionada há uma maior gravidade da insônia.

**Palavras-chave:** Insônia. Cefaleia. Estudantes.

### EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA DE INTERNET E CEFALIAS NOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS?

**CORRÊA RANGEL, Tathiana<sup>1</sup>; FALCÃO RAPOSO, Maria Cristina<sup>2</sup>; SAMPAIO ROCHA FILHO, Pedro Augusto<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia aplicada à Neurologia Infantil. Mestre em Ciências Fisiológicas. Pós-Graduada em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Professora Assistente do Departamento de Fisioterapia da Universidade de Pernambuco, Petrolina, Pernambuco, Brasil

<sup>2</sup> Estatística. Mestre em Estatística. Doutora em Economia. Professora Associada do Departamento de Estatística da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

<sup>3</sup> Médico Neurologista. Professor Adjunto de Neurologia, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil; Ambulatório de Cefaleias, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

**Endereço para correspondência:** Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho. Rua: General Joaquim Inácio, 830, Sala 1412. Edifício The Plaza Business Center, Recife, Pernambuco, Brasil. CEP: 50070-270. E-mail da autora e apresentadora: tathiana.rangel@upe.br

**INTRODUÇÃO:** Os estudantes universitários são submetidos a uma constante tensão no ambiente acadêmico. Isto pode ser um fator desencadeador de

diversas doenças. As cefaleias têm alta prevalência entre estes estudantes e pode prejudicar o seu desempenho acadêmico. Estes estudantes são grupo de risco para o desenvolvimento de dependência de internet. Essa dependência influencia nas condições físicas, no comportamento emocional e na qualidade de vida dos jovens. **OBJETIVOS:** avaliar se as cefaleias e insônia possuem associação com a dependência de internet. **MÉTODOS:** estudo transversal com alunos matriculados nos cursos de Medicina, Engenharia Civil e Administração da Universidade de Pernambuco. Foram sorteados 420 alunos de forma estratificada por curso. Utilizou-se um questionário contendo informações sobre caracterização social, hábitos de vida, comportamento diante dos episódios de cefaleia, instrumento de caracterização de cefaleias, o Headache Impact Test (HIT-6), o Hospital Anxiety Depression Scale (HAD), a escala de Insomnia Severity Index (ISI) e a escala de Internet Addiction Test (IAT). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CAAE: 74157017.0.0000.5207). **RESULTADOS:** dos 420 alunos, 51% eram do sexo masculino. A média de idade foi 21,4 anos (DP=3,0). Trezentos e noventa e nove estudantes (95,0%) apresentaram cefaleia, 265 (63%) tinham migrânea, 152 (36%) tinham cefaleia do tipo tensional. 84 (20%) apresentaram dependência de internet (IAT 50 pontos) e 95 (23%) apresentaram insônia (ISI>14). Na regressão logística para dependência de internet, mantiveram-se no Modelo: ansiedade ( $p < 0,01$ ); insônia ( $p < 0,01$ ) e migrânea com aura ( $p = 0,07$ ). Um estudante universitário que apresenta migrânea com aura, ansiedade e insônia possui uma probabilidade de 50% de ter dependência de internet. Houve uma correlação positiva e significante entre o grau de dependência de internet (IAT 50) e a frequência ( $p = 0,04$ ) e impacto da cefaleia (HIT-6) ( $p < 0,01$ ) (correlação de Pearson). **CONCLUSÃO:** A ansiedade, insônia e migrânea com aura estão associadas à dependência da internet. O grau de dependência da internet esta correlacionado à uma maior gravidade das cefaleias.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Internet. Estudantes. Universidade.

### ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA E ALTMÉTRICA DOS 15 ARTIGOS MAIS CITADOS SOBRE CEFALEIA E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

**REZENDE, Tatiana Goldsmid Galvão Prota<sup>1</sup>; MENDES, Flávia Maria Ferreira<sup>2</sup>; STUGINSKI-BARBOSA, Juliana<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista pela UNITAU, Mestre, Especialista em Ortodontia - CTA (Centro Tecnológico Aero Espacial) em São José dos Campos, Especialista em DTM e Dor Orofacial, Bauru Orofacial Pain Group / Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO - Bauru), Doutoranda em Biopatologia Oral ICT - UNESP campus São José dos Campos.

<sup>2</sup> Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do Paraná, Especialista em Prótese Dentária pelo SOEPAR (Sindicato dos

Odontologistas do Paraná), Especialista em DTM e Dor Orofacial, Bauru Orofacial Pain Group / Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO - Bauru), Mestranda em Clínica Integrada com ênfase em DTM e Dor Orofacial Universidade Positivo.

<sup>3</sup> Cirurgiã-Dentista pela FORP-USP, Doutora em Ciências Odontológicas pela FOB-USP, Professora de pós graduação do Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO-Bauru), UNIAVANTIS / Bauru Orofacial Pain Group.

**Contato com autor:** Rezende, Tatiana Goldsmid Galvão Prota  
E-mail: tatianagalvaodentista@gmail.com  
Endereço: Rua Marquês do Herval, 449. Centro, Taubaté - SP, CEP:12.080-250.

**Introdução:** O número de citações de artigos tem sido usada para medir os resultados científicos. No entanto, com o surgimento das mídias sociais, as pontuações altmétricas podem fornecer uma ferramenta de avaliação alternativa e avaliar o engajamento do público em geral e pesquisadores aos artigos científicos.

**Objetivo:** O objetivo do estudo foi identificar e analisar os 15 artigos mais citados na literatura sobre Cefaleia e Disfunção Temporomandibular (DTM) e observar seus escores altmétricos nos últimos 5 anos. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliométrica no site Web of Science acerca dos 15 artigos mais citados na literatura relacionados com Cefaleia e DTM publicados nos últimos 5 anos (janeiro de 2014 a janeiro de 2019). Após isso, os artigos foram analisados através da ferramenta Altmetric Explorer. Toda a coleta foi realizada em um mesmo dia (agosto/2019). Foram incluídos apenas estudos com desenho observacional, realizados em humanos. Os artigos foram revisados e selecionados por dois pesquisadores independentes e um terceiro definia caso houvesse alguma controversa. Foram coletadas as variáveis: número de citações, revistas com fator de impacto, tipo de estudo, ano de publicação e escore altmétrico. **Resultados:** O artigo mais citado dentre os 15 selecionados recebeu 19 citações e o menos citado 1. A média de citações foi 5,4•4,98. Os 15 artigos mais citados foram publicados em 12 revistas diferentes, sendo o Journal of Headache and Pain, onde os dois artigos de maior número de citações foram publicados. Duas revistas não apresentaram fator de impacto pelo Journal of Citation Reports (JCR). Entre as demais, o fator de impacto variou entre 0,818 a 6,029, com média 2,343•1,621. 40% dos trabalhos foram produzidos no ano de 2017 em 8 países diferentes, sendo que o Brasil foi o país com o maior número de artigos (n=5, 33,3%). O escore da altmetria (Altmetric Attention Score) variou entre 0 a 32, com média 8,78•11,81. O Twitter foi a rede com maior impacto neste escore e mais utilizada pelos autores de países da Europa. Os autores brasileiros praticamente não utilizaram este recurso. Ainda, todos os trabalhos foram compartilhados pelo Mendeley, e os mais lidos foram também os produzidos pelos europeus. Não houve correlação significativa entre o escore da altmetria e o número de citações do artigo. Entretanto, entre os 4 artigos com maior número de citações, dois apresentaram o maior escore para altmetria, ambos de autores espanhóis. **Conclusão:** O estudo reflete o papel emergente das mídias sociais na disseminação de pesquisas sobre cefaleia e DTM. Apesar de ser o país

com a maior produção na área, entre os mais citados, neste trabalho os autores brasileiros foram os menos citados nas redes sociais.

**Palavras-chave:** Temporomandibular Disorders, Headache, Temporomandibular Joint.

## CEFALIA PÓS TRAUMÁTICA COM SINTOMAS AUTONÔMICOS ATRIBUÍDA A DOR MIOFASCIAL CERVICAL: RELATO DE CASO

**OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>1</sup>; SIEGA, Marcio Rafael de Araújo<sup>2</sup>; OLIVEIRA, Dayanne Rodrigues da Cunha Alves Bento<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Neurologista pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Clínica Modula Dor; <sup>2</sup> Graduado em Medicina e Neurologista pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Clínica Modula Dor

<sup>3</sup> Graduada em Medicina na Universidade de Uberaba, Neurologista pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Clínica Modula Dor

**Contato com autor:** Oliveira, Welber Sousa  
E-mail: welber.neuro@hotmail.com  
Endereço residencial: SQN 211, bloco I, apto 409, CEP 70863-090, Brasília, DF;

**Introdução:** As cefaleias atribuídas ao traumatismo cranioencefálico e/ou cervical estão entre os tipos mais comuns de cefaleias secundárias, e podem apresentar as características de qualquer uma das cefaleias primárias. As cefaleias trigeminoautonômicas partilham as características clínicas de serem unilaterais e com sinais autonômicos parassimpáticos cranianos exuberantes, que são também lateralizados e ipsilaterais a dor. **Objetivo:** Descrever o quadro clínico de paciente com cefaleia pós traumática, com características trigeminoautonômicas, atribuída a dor miofascial cervical. **Métodos:** Apresentamos o relato de caso de paciente masculino, 26 anos, sem queixas de cefaleia até os 14 anos, quando sofreu acidente de moto com perda da consciência no local. Permaneceu em observação e teve alta no mesmo dia. No dia seguinte acordou com dor hemicrania esquerda, pulsátil, que irradiava para cervical ipsilateral. Associada com lacrimejamento, congestão nasal, plenitude auricular e alodínia em hemiface ipsilateral. Apresenta congestão nasal a esquerda continuamente. No momento da dor, ela piora com movimentação cervical, porém nega cervicalgia intercrises. Apresenta também fotofobia, náusea e vômitos associados. É extremamente incapacitante. Sua duração é de até 12 horas. A dor pode melhorar com sumatriptano via oral ou dipirona, porém leva o paciente ao pronto socorro na maioria das vezes para medicação endovenosa (analgésicos simples, antiinflamatórios e corticoesteróides). Nega melhora com oxigênio ou sumatriptano nasal. Apresentou raros episódios a direita. A dor foi diária desde o início por 4 anos, de intensidade leve, sendo intensa 1 à 2 vezes por mês. Reduziu em

frequência de forma espontânea para 1 vez por mês até que há 6 anos voltou a apresentar mais frequente (2 vezes por semana), de forte intensidade. Principal desencadeante é o estresse. Foi refratária a diversas terapias profiláticas prévias: topiramato, valproato, amitriptilina, propranolol, ciclobenzaprina e série de 8 bloqueios de nervos occipitais. Todas sem melhora evidente. Desde a primeira crise algica, as características da dor não mudaram. Ao exame físico evidenciado ponto gatilho no músculo levantador da escápula esquerda com dor referida em região temporal esquerda, além de alodínia em nervo supraorbitário e temporal ipsilateral. Apresenta exames de imagem encefálica e estudo vascular prévios sem alterações e ressonância magnética de coluna cervical com pequenas protrusões discais.

**Resultados:** Realizado agulhamento a seco de ponto gatilho com melhora imediata de alodínia e congestão nasal ipsilateral. Paciente estava sem dor no momento da consulta. Foi prescrito fisioterapia motora, compressa morna local e emplastro de lidocaína 5%. Paciente evoluiu com redução significativa da frequência e intensidade das crises, além de alívio da congestão nasal que era contínua. Nas poucas crises algicas que apresentou, teve resolução total apenas realizando compressa e aplicação do emplastro. **Conclusões:** O caso descrito reforça a importância do exame físico e cefaliátrico completo na avaliação de cefaleias. O achado de ponto gatilho ativo no músculo levantador da escápula, seguido por tratamento direcionado, minimamente invasivo, melhorou significativamente a qualidade de vida do paciente. A clínica também revisa a descrição teórica, e às vezes desconhecida, de que a síndrome dolorosa miofascial pode associar-se a sintomas autonômicos.

**Palavras-chave:** Cefaleia Pós-Traumática. Cefalalgias Autonômicas do Trigêmeo. Pontos-Gatilho. Dor Miofascial.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ENXAQUECAS NO ESTADO DA BAHIA

SOUSA RIBEIRO, Lívia<sup>1</sup>; ARAÚJO SANTOS, Karolayne<sup>2</sup>; SOUSA RIBEIRO, Lara<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Discente do curso de medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

<sup>2</sup> Discente do curso de medicina do Centro Universitário das Américas (FAM).

**Contato com autor:** Sousa Ribeiro, Lívia  
E-mail: sribeirolivia@gmail.com

Rua Araci, 120. Bairro Jardim Cruzeiro. Feira de Santana - Bahia.  
CEP: 44024-252.

**Introdução:** A enxaqueca caracteriza uma doença primária do cérebro e consiste em uma forma de cefaleia neurovascular. Ela pode ser desencadeada por fatores intrínsecos ou extrínsecos, uma vez que o indivíduo acometido possui limiar baixo a certas exposições, o que conduz a eventos que culminam na dor. De acordo com a classificação da International Headache Society, a enxaqueca enquadra o grupo de cefaleias primárias e tem potencial incapacitante. De acordo com

a literatura, as mulheres são as mais afetadas por essa condição. No que tange a idade, há uma alta prevalência associada aos indivíduos adultos jovens. Em relação à cor de pele, há discordância entre os estudos. Alguns levantam baixa prevalência associada ao tom de pele branco. Por sua vez, outros afirmam não haver essa relação. Sendo assim, o presente estudo foi levantado em decorrência da relevância que a enxaqueca tem no cenário da neurologia clínica - uma vez que é uma doença incapacitante - e do baixo número de estudos epidemiológicos no estado da Bahia sobre o tema.

**Objetivo:** Identificar a epidemiologia relacionada a taxa de internação por enxaqueca e outras síndromes de algias cefálicas a cada 10 mil internações no estado da Bahia, compreendendo o período de janeiro de 2009 a julho de 2019. **Métodos:** O estudo baseou-se em dados disponibilizados no Departamento de Informações sobre Morbidade do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram analisados a partir de três variáveis: faixa etária, sexo e cor. **Resultados:** No período supracitado, ocorreram 2.883 internações por enxaqueca e outras síndromes de algias cefálicas no estado da Bahia. Isso corresponde a uma média de 3,2 internações a cada 10 mil internações totais. Os resultados encontrados ainda apontaram o predomínio das internações por cefaleia e demais algias cefálicas em indivíduos do sexo feminino, sem identificação de cor, faixa etária de 20 a 29 anos.

**Conclusão:** A partir dos dados, é possível perceber que há uma taxa significativa de internações por enxaqueca e outras síndromes de algias cefálicas no estado da Bahia e que os mesmos corroboram com os achados da literatura. Para além disso, levantam a discussão sobre a necessidade de investigação acerca da causalidade dessas predominâncias epidemiológicas. Dessa forma, será possível direcionar ações de prevenção e cuidado ao público mais afetado.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Epidemiologia. Cefaleias primárias.

## EFICÁCIA DE ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA E ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA PARA DOR CRÔNICA OROFACIAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

FERREIRA, Natália<sup>1,2</sup>; JUNQUEIRA, Ygor<sup>3</sup>; FONSECA, Estevão<sup>1,3</sup>; MAGINI Marcio<sup>4</sup>; FIDALGO KS, Tatiana<sup>5</sup>; FERREIRA MTP, Daniele<sup>6</sup>; DOSSANTOS, Marcos<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Laboratório de Morfogênese Celular (LMC), Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Radiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Laboratório de Análise e Processamento de Sinais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé, Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>5</sup> Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>6</sup> Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Contato com autor:** Marcos dos Santos

E-mail: santosmfh@gmail.com, ygornjunqueira@gmail.com  
R. Cláudio Ferreira Gonçalves, 420, apto 104 - 27930660 - Macaé/RJ.

**Introdução:** Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) e Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) têm sido descritas como alternativas promissoras no tratamento de diferentes síndromes dolorosas.

**Objetivo:** Avaliar os efeitos da TMS e ETCC no tratamento da dor crônica orofacial, através de uma revisão sistemática. **Métodologia:** Foi realizada uma busca eletrônica nas principais bases de dados: MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane, Embase, LILACS, BBO, Open Grey e CINAHL. Os critérios de elegibilidade incluíram ensaios clínicos randomizados (RCTs) envolvendo TMS ou ETCC para tratar dor crônica orofacial. As variáveis analisadas foram dor, limitação funcional, qualidade de vida, tolerância ao tratamento, alterações somatossensoriais e efeitos adversos. O risco de viés foi avaliado através da ferramenta Cochrane Collaboration, e o grau de evidência foi avaliada através

do GRADE. O protocolo foi registrado na plataforma PROSPERO (CRD42018090774). **Resultados:** A busca eletrônica resultou em 636 estudos. Os critérios de elegibilidade foram aplicados e as duplicatas removidas, resultando em oito RCTs (quatro TMS e quatro ETCC). Os achados sugerem que a EMTr aplicada ao córtex motor (M1), ao córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC) e ao córtex somatossensorial secundário (S2) proporciona alívio adequado da dor orofacial. Dois estudos relataram melhora significativa da dor com ETCC aplicada sobre M1, enquanto os outros dois não demonstraram efeitos significativos em comparação ao placebo. **Conclusões:** A EMTr, aplicada a M1, DLPFC ou S2 é uma abordagem promissora para o tratamento da dor crônica orofacial. Além disso, a ETCC em M1 parece também ser eficaz no tratamento da dor orofacial crônica. Os estudos incluídos utilizaram uma ampla variedade de protocolos terapêuticos. Além disso, a maioria utilizou amostras pequenas, com alto risco de vieses em suas metodologias, produzindo baixa qualidade de evidência. Os resultados indicam que mais pesquisas devem ser realizadas com cautela e com protocolos terapêuticos melhor padronizados.

**Keywords:** Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua. Estimulação Magnética Transcraniana. Dor Orofacial. Estimulação Cerebral Não Invasiva. Dor Crônica.

## CEFALÉIA HÍPNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CEFALÉIAS NOTURNAS

MIRANDA, Tatiana Lins de<sup>1</sup>; HAMMERLE, Mariana Beiral<sup>1</sup>; BOTELHO, Daiane Vieira<sup>1</sup>; SOUZA, Gabriela Antunes Martins de<sup>1</sup>; LOPES, Gabriela Regina Accioly de Amorim<sup>1</sup>; BREDER, Raphael<sup>1</sup>; BRAUNE, Caroline Bittar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

**Contato com autor:** Miranda, Tatiana Lins de  
Email: tatianaldemiranda@gmail.com  
Rua Mariz e Barros, 470, apartamento 808, Tijuca, Rio de Janeiro-RJ. CEP: 20270 001.

**Introdução:** A cefaleia hípica é uma cefaleia idiopática, rara, que ocorre exclusivamente durante o sono e é mais comum em idosos. Sua incidência é incerta, mas é estimada em 0.07% a 0.1% entre todos os tipos de cefaleia. A maioria dos episódios de dor é de intensidade leve a moderada, com remissão espontânea em algumas horas, porém, alguns pacientes apresentam crises mais prolongadas, com necessidade de tratamento. Algumas opções são lítio, cafeína, indometacina e melatonina. **Objetivo:** relatar caso de cefaleia noturna diagnosticada como hípica a partir da história e de prova terapêutica.

**Métodos:** revisão de prontuário e análise de exames complementares de paciente acompanhada em ambulatório de neurologia. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, de 78 anos, brasileira, procura o ambulatório de neurologia com queixa de cefaleia temporal direita de forte intensidade, que a despertava na madrugada, há um ano. A dor possuía característica latejante, associada à fotofobia, com duração de poucas horas e ocorria, exclusivamente, durante o sono, de madrugada. Negava parestesia, parestesia, náuseas, vômitos, alterações visuais e sintomas trigeminais. A cefaleia ocorria diariamente e havia relato de melhora após uso de analgésico, ou após ingestão de uma xícara de café. Como antecedentes pessoais, havia hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo, asma brônquica e doença renal crônica em tratamento conservador. O exame físico neurológico, fundo de olho e tomografia de crânio eram normais. A polissonografia evidenciou apneia do sono leve e a única alteração laboratorial foi um VHS de 49mm/h (referência até 20). Após suspeita clínica de cefaleia hípica, foi iniciada prova terapêutica com melatonina em dose noturna diária de 3 mg, obtendo-se resolução completa do quadro. **Conclusões:** A opção de iniciar melatonina como tratamento profilático foi baseada pela baixa possibilidade de efeito adverso numa paciente com múltiplas comorbidades. A droga se mostrou efetiva, com resolução completa das crises. Após algumas semanas, a melatonina foi suspensa em nova prova terapêutica e as crises de cefaleia retornaram. A paciente manteve-se, então, com o uso diário da terapia profilática. Apesar de rara, a cefaleia hípica pode estar presente nos ambulatórios de neurologia e o conhecimento dessa condição é imprescindível para a suspeita diagnóstica e realização do tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Dor. Cafeína.

## POSTER

### CEFALÉIA E QUALIDADE DE VIDA: UMA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

SILVA, Inayara Jade Nunes<sup>1</sup>; AZEVEDO, Thaís Emmanuelle Silva Santiago de<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduação em Medicina - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Unidade Básica de Saúde Dr. Cleodon Carlos de Andrade. Médica da Estratégia Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos no município de Pau dos Ferros/RN.

<sup>2</sup> Graduação em Nutrição - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Pós-graduação em Nutrição Clínica Avançada - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Nutricionista e Coordenadora do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF no município de Doutor Severiano/RN.

**Contato com autor:** Silva, Inayara Jade Nunes  
Email: jadeinayara@gmail.com  
Endereço: Rua Vicente Fernandes, 12. Bairro Cohab. Pau dos Ferros/RN. CEP 59900-000.

**Introdução:** As cefaleias são comorbidades que vem crescendo em número a população adulta acometida e reduzindo a qualidade de vida da mesma. Elas, de modo geral, apresentam um arsenal de medidas preventivas, mas não eficazes a todos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é abordar, em um determinado grupo de pessoas com dores de cabeça constantes, a influência e o impacto dos hábitos alimentares e físicos nesse sintoma, para, então, formular medidas preventivas para esse público. **Métodos:** Para tanto, como metodologia, utilizou-se a elaboração e aplicação de um questionário, com nove perguntas, relativo a esse sintoma, para 100 adultos jovens com cefalalgia crônica, residentes em um bairro carente da cidade de Pau dos Ferros - RN. **Resultados:** Quanto aos hábitos alimentares, os resultados mostraram que 66% relatam não ter ainda percebido relação da dieta com a cefaleia, 12% afirmam que não há influência e 22% referem que tem. Dentre estes, 45% relatam piora ao ingerirem alimentos gordurosos e enlatados, 100% alimentos ricos em açúcar, 95% chocolate e 41% alguma fruta, destacando a melancia. Referente ao exercício físico, 41% são sedentários e dentre os 59% ativos 66% relatam que a atividade física piora essa patologia quando ela já está presente, enquanto 44% melhoram das dores se fizer algum exercício durante a dor de cabeça. **Conclusão:** Estes resultados mostram que nem toda cefalalgia está relacionada diretamente aos hábitos dietéticos e físicos, contudo, há muitas pessoas que não sabiam da possibilidade dessa associação e, por isso, não atentavam para tal tema no seu dia-a-dia. Quanto aos que percebem essa relação, o

açúcar é o produto mais relacionado à dor. E que nem todo exercício durante a crise leva à piora do quadro. Desse modo, é necessário atuar junto a essa população, assim, foi ofertado e realizado um dia de palestras ministradas por um médico da Estratégia Saúde da Família na unidade de saúde do bairro, orientando-os e ensinando-os sobre medidas básicas, alimentares e físicas, que podem reduzir o número de crises e beneficiar a melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Cefalalgia. Estratégia Saúde da Família. Hábitos dietéticos.

## INFLUÊNCIAS DO CONSUMO ALIMENTAR NA PREVALÊNCIA DE ENXAQUECA

**AZEVEDO, Thaís Emmanuelle Silva Santiago de<sup>1</sup>; SILVA, Inayara Jade Nunes<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Graduação em Nutrição - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Pós-graduação em Nutrição Clínica Avançada - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Nutricionista e Coordenadora do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF no município de Doutor Severiano/RN.

<sup>2</sup> Graduação em Medicina - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Unidade Básica de Saúde Dr. Cleodon Carlos de Andrade. Médica da Estratégia Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos no município de Pau dos Ferros/RN.

**Contato com autor:** Silva, Inayara Jade Nunes  
Email: jadeinayara@gmail.com  
Endereço: Rua Vicente Fernandes, 12. Bairro Cohab. Pau dos Ferros/RN. CEP 59900-000

**Introdução:** A enxaqueca é uma desordem neurológica, caracterizada por episódios de dor de cabeça intensa e persistente, decorrente de diversos gatilhos – como alterações hormonais, problemas imunológicos e doenças existentes. De forma que, tanto o consumo quanto o comportamento alimentar exercem influência direta ou indireta no desencadeamento ou na prevenção das crises dessa enfermidade. **Objetivo:** Analisar o papel da alimentação e da nutrição na profilaxia e no tratamento dessa cefaleia. **Métodos:** O presente estudo tem caráter descritivo e constitui de uma análise exploratória com levantamento bibliográfico retrospectivo, utilizando-se os dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com base em uma revisão da literatura. **Resultados:** Uma alimentação saudável e equilibrada age na profilaxia diminuindo a frequência e a intensidade da dor, enquanto o consumo de carboidratos refinados (a base de açúcares e farinhas brancas) e um grande intervalo entre as refeições são responsabilizados como fatores desencadeantes das crises. Outros causadores são o consumo de bebidas alcoólicas, chocolate, queijos amarelos, frutas cítricas, embutidos, frituras, chás, refrigerantes a base de cola, sorvetes, aspartame e glutamato monossódico, ou seja, alimentos em sua maioria industrializados e com alto teor de conservantes, corantes e aditivos químicos de uma forma geral. Ainda,

produtos alimentares como gengibre e nutrientes como magnésio, vitamina B2 e coenzima Q10 são apontados como alternativas eficazes na profilaxia da enxaqueca, bem como a utilização de alimentos ricos em vitamina D, uma vez que um recente estudo realizado com pacientes que apresentavam sintomas recorrentes da migrânea mostrou que o aumento nos níveis de vitamina D promoveu redução no tempo das crises. Para enfatizar essa importância, um estudo que envolveu o consumo de ômega 3 e curcumina (composto bioativo da curcuma longa) mostrou redução nas concentrações de marcadores inflamatórios em pacientes que apresentavam essa hemialgia, indicando um possível benefício neste contexto. Além disso, um consumo regular de alimentos fontes de vitaminas do complexo B também são importantes, visto que o adequado consumo de folato nestas condições pode reduzir a frequência dos episódios da dor. A riboflavina é outra vitamina que ganha destaque, sendo correlacionada com redução da enxaqueca e suas consequências, de forma segura. Vale ressaltar que a sinergia entre as vitaminas do complexo B é um fator para otimizar os resultados, e podemos encontrar esse grupo de nutrientes em frutas, verduras, legumes, cereais integrais e oleaginosas. **Conclusão:** Ainda que seja grande o número de drogas empregadas no tratamento agudo e preventivo dessa cefalalgia, muitas vezes elas não são totalmente eficazes sem modificações no estilo de vida e comportamento alimentar do paciente, uma vez que alguns estudos já evidenciam a relação entre estado nutricional e migrânea. Tais estudos demonstram que a prevalência desta enfermidade aumenta tanto entre as pessoas desnutridas quanto entre as obesas, e seu baixo índice prevalece em pacientes com Índice de Massa Corpórea dentro dos padrões (eutrofia). Dessa forma, uma abordagem multiprofissional se faz necessária com vistas a avaliar e orientar os possíveis fatores desencadeantes das crises.

**Palavras-chave:** Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Coenzima Q10. Curcumina. Índice de Massa Corpórea.

## PRINCIPAIS CEFALÉIAS E SUAS REPERCUSSÕES NAS ATIVIDADES DIÁRIAS

**SILVA<sup>1</sup>, Inayara Jade Nunes. AZEVEDO<sup>2</sup>, Thaís Emmanuelle Silva Santiago de;**

<sup>1</sup> Graduação em Medicina - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Unidade Básica de Saúde Dr. Cleodon Carlos de Andrade. Médica da Estratégia Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos no município de Pau dos Ferros/RN.

<sup>2</sup> Graduação em Nutrição - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Pós-graduação em Nutrição Clínica Avançada - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Nutricionista e Coordenadora do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF no município de Doutor Severiano/RN.

**Contato com autor:** Silva, Inayara Jade Nunes  
Email: jadeinayara@gmail.com

Endereço: Rua Vicente Fernandes, 12. Bairro Cohab. Pau dos Ferros/RN. CEP 59900-000.

**Introdução:** A cefaleia pode se manifestar de diversas maneiras, contudo, quando intensa, diária e contínua há um maior prejuízo na execução das atividades diárias, tanto profissionais, como de lazer, a longo prazo. Essas pessoas apresentam maiores chances de perder o controle da sua rotina para a sua própria dor, moldando-se a ela. Dentre as dores de cabeça mais prevalentes em indivíduos de 20 a 45 anos ainda são a enxaqueca e a cefaleia tensional. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é destacar, em um grupo de adultos, o período inicial do aparecimento desse sintoma e as características da dor, relacionando à automedicação, a procura por médico especialista e ao impacto na vida de cada um. **Métodos:** Como metodologia utilizou-se a produção e aplicação de um questionário, composto por 6 questões de múltipla escolha, para 100 pessoas com idade entre a segunda e quarta década, de diferentes bairros na cidade de Pau dos Ferros - RN. **Resultados:** Os resultados mostram uma predominância em 74% das dores terem surgido após a vida adulta e não desde a infância. Sobre a peculiaridade de cada crise, 49% afirmam ser essencialmente frontal, bilateral, em aspecto de aperto, não acompanhada de outros sintomas e apenas 16% frontal associada à periorbitária e 26% holocraniana com destaque maior no lobo occipital. Enquanto 34% referiram ser substancialmente hemicraniana, com predomínio da unilateralidade à direita, em aspecto de pulsação ou pontada, com náuseas e, por vezes, vômitos associados. Quando em crise, 74% ingerem medicações sem orientação médica, 17% com supervisão e 9% buscam outros meios para aliviar, como o repouso. Dos 100 participantes, 64% nunca se consultaram com o neurologista ou fizeram ressonância ou tomografia do crânio, 8% apenas haviam sido submetidos a algum desses exames, 8% só foram ao especialista, enquanto apenas 20% já haviam realizado esses dois quesitos. E, relacionado à repercussão dessa comorbidade no cotidiano, 89% não se veem satisfeitos e felizes se daqui há alguns anos estivessem com a mesma intensidade e frequência da dor de hoje. **Conclusão:** Estes dados mostram que a cefaleia, nessa faixa etária, está muito relacionada ao início ou à piora após os 20 anos de idade, destacando que os fatores ambientais, como os hábitos de vida, e a epigenética, também são responsáveis pelo seu aparecimento. Ademais, reitera que a enxaqueca, sendo mais unilateral e associada a outros sintomas, e a tensional, mais bilateral geralmente sem sintomas associados são as mais frequentes, considerando que o público que referiu essas características não apresenta alterações em exame de imagem do crânio. Por fim, explana que a maioria, mesmo com crises intensas e contínuas, nunca recorreu ao médico, seja para tratar os sintomas e descartar outras causas, sendo enorme o número de automedicação e de insatisfação com a vida pela repercussão da cefaleia em suas vidas. Fato esse que mostra necessária e urgente ações que expliquem a importância de tal procura e tratamento assistido, pois,

assim estarão mais perto de uma vida satisfatória sem ou com menos dor.

**Palavras-chave:** Cefaleia tensional. Enxaqueca. Epigenética. Holocraniana. Hemicraniana.

## MIGRÂNEA E ANSIEDADE PATOLÓGICA: UM RELATO DE CASO

**SILVA<sup>1</sup>, Inayara Jade Nunes. AZEVEDO<sup>2</sup>, Thaís Emmanuelle Silva Santiago de;**

<sup>1</sup> Graduação em Medicina - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Unidade Básica de Saúde Dr. Cleodon Carlos de Andrade. Médica da Estratégia Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos no município de Pau dos Ferros/RN

<sup>2</sup> Graduação em Nutrição - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade - Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Pós-graduação em Nutrição Clínica Avançada - Universidade Potiguar/Laureate International Universities. Nutricionista e Coordenadora do Núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF no município de Doutor Severiano/RN.

**Contato com autor:** Silva, Inayara Jade Nunes

Email: .jadeinayara@gmail.com

Endereço: Rua Vicente Fernandes, 12. Bairro Cohab. Pau dos Ferros/RN. CEP 59900-000.

**Introdução:** A migrânea ou enxaqueca é uma das cefaleias mais prevalentes no mundo, chegando a ocupar até a décima nona posição, dentre todas as doenças incapacitantes, no ranking da Organização Mundial de Saúde. No Brasil, acomete mais mulheres que homens e frequentemente possui história familiar direta positiva e relação com o estresse emocional. Apresenta diagnóstico clínico e consiste em crises recorrentes com fases variáveis, como, sintomas premonitórios, aura, cefaleia, sintomas associados e fase de recuperação. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é, através da explanação de um caso clínico, destacar a sintomatologia e a associação com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). **Métodos:** Como metodologia, utilizou-se um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, da cidade de Pau dos Ferros - RN. **Resultados:** I.N.G.S., 26 anos, com cefaleia desde o sexto ano de vida, de caráter unilateral, principalmente à direita, pulsátil, sempre com náuseas, foto e fonofobia e, ocasionalmente, com vômitos e duração de cerca de 24 horas. Desde criança a cefaleia era precedida por alterações visuais do tipo escotomas cintilantes, típica da fase de aura, e apresentava intensidade moderada, contudo, a partir dos 22 anos, passou a ser alta e resistente a analgésicos. Tal idade coincidiu com uma frequência de crises 5 dias na semana, prejuízo nas tarefas diárias e o fim de uma alimentação inadequada, rica em massas, enlatados, ácidos e frituras. A partir de então buscou tratamento com neurologista, nutricionista e educador físico, chegando a fazer uso por cerca de 3 meses de cada uma dessas medicações em dose terapêutica, uma por vez e nessa sequência: amitriptilina, nortriptilina, vertex, depakote XR, topiramato e propranolol, contudo, com nenhuma obteve melhora. Após realizar rastreio para diversas comorbidades, sem

alguma alteração em testes laboratoriais e de imagens e apresentando choro fácil, taquicardia, palpitações e sensação de morte iminente, descrita como agonia e letargia simultânea, buscou acompanhamento psiquiátrico, no qual foi diagnosticada com TAG. Dessa forma, foi prescrito cloridrato de paroxetina 10 mg ao dia até chegar a 40 mg, prática de musculação diária e dieta pobre em açúcar e carboidratos. Com essa associação já obteve melhora dos sintomas físicos relativos à ansiedade e das enxaquecas, que de 5 dias na semana reduziram para 5 crises no mês, de leve intensidade, predominantemente, e moderada apenas no período pré-menstrual, sensíveis ao uso de antiinflamatórios não esteroidais e naratriptanos. **Conclusão:** Esse é um caso que ilustra bem a migrânea com aura, refratária ao uso crônico de medicações preventivas de primeira e de segunda linha e que está associada a outras comorbidades, como a ansiedade patológica e a uma dieta altamente inflamatória aos órgãos. Ademais, explana que a enxaqueca não necessariamente apresenta todas as suas fases, e que uma história clínica minuciosa é primordial para uma conduta eficaz, a qual deve atuar sob a causa de todas as patologias presentes e não apenas a dor. Nesse caso, a ansiedade era o principal desencadeador, que associada aos hábitos de vida, culminou na cronicidade dessa hemialgia.

**Palavras-chave:** Escotomas. Naratriptanos. Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE CEFALEIA EM SERVIÇO TERCIÁRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO NO ANO DE 2018

**RISO, Ivy Liger<sup>1</sup>; JUNIOR, Julio César Pinto de Souza; QUEIROZ<sup>2</sup>, Apolônio Peixoto; MASSRUHÁ<sup>3</sup>, Karina Silveira; COSTA<sup>4</sup>, Aline Turbino Neves Martins<sup>5</sup>; ROCHA, Maria Sheila Guimarães<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Médica formada na Faculdade de Medicina de Jundiaí, atual Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Santa Marcelina

<sup>2</sup> Dr. Julio César Pinto de Souza Júnior - Médico formado na Universidade Federal do Amazonas, atual Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Santa Marcelina

<sup>3</sup> Médico formado na Faculdade Pernambucana de Saúde, atual Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Santa Marcelina

<sup>4</sup> Estudante de Medicina da Faculdade Santa Marcelina

<sup>5</sup> Médica formada pela Universidade de Cuiabá, atual Chefe do Ambulatório de Cefaleia no serviço de Neurologia do Hospital Santa Marcelina

<sup>6</sup> Médica formada pela Universidade Federal da Paraíba, atual Chefe do serviço de Neurologia do Hospital Santa Marcelina

**Contato com autor:** Riso, Ivy Liger

Email: ivyliger@hotmail.com

Endereço: Rua Serra de Bragança, 825 - Apartamento 87A - São Paulo/SP

**Introdução:** A cefaléia é um sintoma universal e estima-se que 95% dos homens e 99% das mulheres terão pelo menos um episódio ao longo da vida. Trata-se de uma doença crônica de alto custo pessoal, social e econômico que frequentemente é tratada como sintoma de pouca importância inicialmente e sem receber o tratamento adequado. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico das

cefaleias primárias diagnosticadas e em seguimento em um serviço terciário da zona leste da cidade de São Paulo.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com coleta de dados de prontuário informatizado dos pacientes acompanhados no Ambulatório de Cefaleias do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) - Santa Marcelina de Itaquera, durante o ano de 2018, que concordaram em participar via emissão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), avaliando somente os pacientes diagnosticados com cefaleia primária, com idade compreendida entre 12 e 90 anos, sendo excluídos os pacientes com cefaleia secundária. Os dados avaliados foram: gênero, idade, estado civil, escolaridade, religião, comorbidades associadas, medicamentos de uso crônico, classificação da cefaleia primária e tratamento instituído (abortivo e/ou profilático). **Resultado:** Foram avaliados 454 pacientes sendo, em sua maioria, mulheres (81,5%), casadas (40,7%), em idade produtiva (18 a 60 anos - 72,6%), com baixa escolaridade (entre 8 e 9 anos de estudo - 43%). Das comorbidades prevalentes encontramos hipertensão arterial sistêmica (39%), transtornos de humor (18%), doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e dislipidemia, estes com 12% de prevalência, entre outras doenças. Tendo como tipo de cefaleia primária mais prevalente, Migrânea crônica com aura (52%) seguido por, Migrânea crônica sem aura (15%), Migrânea esporádica sem aura (13%), Migrânea esporádica com aura (12%), Migrânea vestibular (9%), Cefaleias trigeminoautônômicas (3%), sendo que, do total da amostra, 36% foram diagnosticados com Cefaleia por Uso Excessivo de Analgésicos não opioides. O tratamento de primeira linha preconizado atualmente para migrânea crônica foi instituído em 66% dos pacientes sendo 41% com Ácido Valproico e 25% com Topiramato, nos demais, 19% realizaram tratamento com Propranolol, 10% com Amitriptilina, 8% apenas com orientações quanto ao uso de analgésicos, entre outras terapias. **Conclusão:** Conhecer o perfil das cefaleias dos pacientes atendidos em centros terciários pode auxiliar na elaboração dos processos diagnósticos e terapêuticos nos níveis de atenção primária e secundária, propiciando um manejo mais adequado dos casos, além de preparar e criar medidas estratégicas para o tratamento desta doença, dada sua alta prevalência e impacto na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Epidemiologia. Prevalência. Migrânea. Tratamento.

## PERFIL DOS PACIENTES COM MIGRÃNEA CRÔNICA TRATADOS COM ONABOTULINUMTOXINA - 47 PACIENTES, 113 TRATAMENTOS

**KAUP, Alexandre Ottoni<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Médico neurologista, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil

**Introdução:** A migrânea afeta no Brasil 22% das mulheres e 6% dos homens e estima-se que sua forma crônica acometa cerca de 2.5 a 5% destes. A migrânea crônica

(MC) é caracterizada em pacientes que apresentam ao menos 15 dias de dor ao mês por pelo menos 3 meses e em ao menos 8 dias do mês a dor possua características migranosas, de acordo com o item 1.3 do Sistema de Classificação da IHS. A MC apresenta maiores índices de co-morbidades, uso excessivo de analgésicos (UEA) e maior incapacidade gerada pela dor que a forma episódica. **Objetivos:** Descrever as características clínicas de 47 pacientes com MC tratados com Onabotulinumtoxina (OnaBTX), num total de 113 tratamentos. **Método:** Foram analisados dados de 47 pacientes MC tratados pelo mesmo neurologista (AOK) entre 2007 e 2019, registrados em prontuário eletrônico. Dados demográficos e características como idade de início da migrânea, tempo de MC ao receber o tratamento com OnaBTX a primeira vez, presença de uso excessivo de analgésicos (UEA), presença de co-morbidades, número de tratamentos preventivos utilizados antes da OnaBTX, presença de dor atribuída a Disfunção Têmporo Mandibular (DTM) como descrito no 11.7 do sistema de classificação da IHS. Número de tratamentos recebidos, presença de efeitos colaterais ao primeiro tratamento e dose média aplicada também serão descritos. **Resultados:** A amostra foi composta por 38 mulheres e 9 homens. A idade média de início da migrânea foi de 17.6 anos para toda a amostra, 17.8 para as mulheres e 16.7 para os homens. Ao receber o primeiro tratamento com OnaBTX tinham idade média de 45.5 anos, apresentavam MC há 9.4 anos, 85% apresentava UEA, em média 3.5 co-morbidades estavam presentes, tendo recebido em média 3.4 tratamentos preventivos antes do primeiro tratamento com OnaBTX, sendo que 57.4% apresentavam critérios para dor associada a DTM. O número médio de tratamentos recebidos foi de 2.4 (1 - 14), a dose média de 186.2 unidades. Quanto aos efeitos colaterais percebidos no primeiro tratamento 72.3% dos pacientes não apresentou nenhum efeito colateral, 19.1% apresentou dor cervical, 4.2% assimetria das sobrancelhas, 2.1% ptose da sobrancelha, 2.1% piora da dor após o tratamento. Do total de 113 tratamentos efetuados 9 foram realizados com doses entre 50 e 100 unidades, no período pré-PREEMPT, utilizando-se pontos frontais e temporais, sendo o restante dos 104 tratamentos realizados de acordo com o protocolo PREEMPT. **Conclusões:** Nesta amostra de pacientes com MC a idade média de início da migrânea foi 17.6 anos, sendo a idade média ao receber o primeiro tratamento com OnaBTX 45.5 anos. O tempo de MC antes de receber o primeiro tratamento com OnaBTX foi 9.4 anos, sendo que estes já haviam recebido em média 3.4 tratamentos preventivos anteriormente. A dose média aplicada foi de 186.2 unidades e 72.3% dos pacientes não referiu nenhum efeito colateral ao primeiro tratamento. O tratamento da MC com OnaBTX se mostra uma opção segura e com baixo perfil de efeitos colaterais em comparação aos tratamentos preventivos via oral, mas ainda é utilizado depois de mais de 3 tentativas de tratamento com preventivos via oral.

**Palavras-chave:** Onabotulinumtoxina. Migrânea crônica. PREEMPT.

## RINITE ALÉRGICA, IMUNOGLOBULINA E SÉRICA E INCAPACIDADE POR MIGRÂNEA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: HÁ RELAÇÃO?

**FORCELINI<sup>1</sup>, Cassiano Mateus; PERIN<sup>2</sup>, Bruna Valentina; DOS SANTOS<sup>3</sup>, Isadora Ferraz; BRACKMANN<sup>3</sup>, Gabriela; BERNARDON<sup>3</sup>, Lucas Grumann; RAMOS<sup>3</sup>, Matheus; GRADASCHI<sup>3</sup>, Ricardo Tobias Sartori**

<sup>1</sup> MD, PhD, Professor, Faculdade de Medicina, Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> Médica Residente de Pediatria, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campo de prática Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo - RS.

<sup>3</sup> Acadêmico, Faculdade de Medicina, Universidade de Passo Fundo (UPF)

**Contato com autor:** Forcelini, Cassiano Mateus

Email: cmforcelini@gmail.com

Endereço: R. Morom 3271/501, Boqueirão, CEP 99010-035 - Passo Fundo - RS - Brasil

**Introdução:** A migrânea é a cefaleia mais comum em crianças e principal cefaleia causadora de incapacidade. A rinite alérgica, mediada por imunoglobulina E (IgE), também tem alta prevalência. Questiona-se se a rinite alérgica se relaciona com a incapacidade da migrânea. **Objetivos:** Comparar o grau de incapacidade gerado pela cefaleia e os níveis séricos de IgE em pacientes migranosos com e sem rinite e/ou rinoconjuntivite alérgica. **Métodos:** Estudo observacional transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e realizado em clínica de atendimento neurológico ambulatorial. Foram incluídas 26 crianças e adolescentes (entre 6 e 18 anos) com diagnósticos de migrânea, com aura ou sem aura, que não fossem portadores de outras doenças neurológicas ou de asma, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/responsáveis e de Termo de Assentimento pelos pacientes. Foram aplicadas a escala de incapacidade da migrânea para a população pediátrica (PedMIDAS) e a escala de sintomas de rinite alérgica e rinoconjuntivite alérgica (ISAAC). Amostra de sangue foi obtida por venopunção para dosagem de IgE (em U/mL) pelo método de quimioluminescência. A comparação das medianas foi realizada pelo teste U de Mann-Whitney. **Resultados:** Os níveis séricos de IgE foram mais elevados nos pacientes com rinite alérgica do que aqueles sem rinite (226 vs. 66; p=0,045), de acordo com o ISAAC, e houve tendência de serem maiores naqueles com rinoconjuntivite alérgica em relação aos que não a tem (226 vs. 110; p=0,091), corroborando o diagnóstico de atopia. O escore de PedMIDAS foi maior nos pacientes com rinoconjuntivite alérgica quando comparado com aquele dos pacientes sem atopia (34 vs. 8; p=0,004). **Conclusão:** Rinoconjuntivite alérgica relaciona-se com incapacidade da migrânea em crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Migrânea. Rinite alérgica. Rinoconjuntivite alérgica. Incapacidade. Imunoglobulina E.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOR MIOFASCIAL E CEFALÉIAS TRIGÊMINO-AUTONÔMICAS: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

**PADILHA Juliana Homem<sup>1</sup>; BRAIDO Guilherme<sup>2</sup>; GONCALVES Daniela Aparecida de Godoi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) da Universidade de São Paulo (USP). Aluna de Mestrado da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

<sup>2</sup> Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestre em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Aluno de Doutorado da Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista graduada pela Faculdade de Odontologia de Araraquara (FOAr) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Especialista em Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular pelo Conselho Federal de Odontologia. Mestre em Neurologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Doutora em Reabilitação Oral pela FOAr - UNESP. Professora Assistente das Disciplinas de Disfunção Temporomandibular, Dor Orofacial e Oclusão, do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da FOAr/UNESP. Docente do programa de pós-graduação em Reabilitação Oral da FOAr/UNESP.

**Introdução:** As cefaleias trigêmino-autonômicas (TACs) são um grupo de cefaleias cuja fisiopatologia envolve a ativação das vias nociceptivas trigêmino vasculares e concomitante ativação autonômica craniana reflexa. Apresentam duas características clínicas predominantes que são a crises de curta duração e dores intensas unilaterais com sintomas típicos autonômicos concomitantes. A cefaleia é acompanhada de sintomas ipsilaterais que podem incluir hiperemia conjuntival e/ou lacrimajamento; congestão nasal e ou rinorreia; edema palpebral; além de sensação de inquietude ou agitação. Os pontos de gatilhos musculares são áreas localizadas de tensão ou micro espasmo (contração involuntária da musculatura). É agravado por estresse das mais variadas origens. Esses pontos são bastante sensíveis à pressão (são hiperirritáveis) e, quando estimulados, se manifestam com dor local e dor referida para outras áreas. **Relato do Caso:** A paciente FAO, sexo feminino, 65 anos, procurou atendimento no serviço de DTM e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araraquara com queixa de dor bilateral na região de masseter, região temporal do lado direito, região cervical e na área dos olhos. Além disso ela também apresentava sinais autonômicos como hiperemia e edema na região cervical, hiperemia conjuntival, lacrimajamento e fotossensibilidade no olho direito. Durante o exame de palpação foram identificados pontos de gatilho na região do músculo esternocleidomastoideo e músculos cervicais posteriores que referiam dor para a região orofacial, e promoviam o surgimento dos sinais autonômicos citados. **Tratamento:** O tratamento consistiu da

remoção de hábitos parafuncionais, aplicações diárias de compressas de calor úmido seguidas da pomada relaxante muscular, e inativação dos pontos de gatilho por meio de agulhamento seco associado à laserterapia. Após 04 meses de tratamento, 07 sessões de atendimento, a paciente apresentou melhora de todos os sinais e sintomas. A evolução do caso clínico demonstrou que, apesar dos sinais autonômicos, a terapia focada no manejo dos pontos gatilho obteve bons resultados, eliminando a hipótese diagnóstica de uma TAC. **Conclusão:** Importante salientar que alguns quadros de dor músculo-esquelética, como a dor miofascial podem se apresentar com sinais e sintomas semelhantes aos das TACs. Dessa forma, é fundamental que neurologistas e cirurgiões-dentistas estejam familiarizados com os critérios diagnósticos tanto das DTMs como das cefaleias, para a realização satisfatória de diagnóstico diferencial e tratamento de tais condições.

**Palavras-chave:** Dor orofacial. Cefaleias primárias. Cefaleias trigêmino-autonômicas. Dor miofascial. Ponto gatilho.

## PREVALÊNCIA E REPERCUSSÕES DA ANSIEDADE EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

**Valeria Aparecida Bello<sup>1</sup>, Regina Célia Poli Frederico<sup>1,2</sup>, Aline Vitali da Silva<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Médica Neurologista, Mestre, Professora na Universidade Estadual de Londrina e Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>2</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Norte do Paraná

<sup>3</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>4</sup> Acadêmico de Medicina

**Contato com autor:** Aline Vitali da Silva

Email: alinevitalidasilva@gmail.com

Endereço: R. Dr Dimas de Barros, 155 ap 1304 CEP 86050-730 Londrina-PR

**Introdução:** O transtorno de ansiedade é uma das comorbidades mais comuns em indivíduos com migrânea, podendo influenciar a prevalência de migrânea, o prognóstico e desfechos clínicos. O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência de sintomas de ansiedade em pacientes com migrânea e controle saudável, bem como identificar elementos que se associam com a ansiedade em pacientes migranosos. **Métodos:** Estudo do tipo caso-controle realizado no ambulatório acadêmico da PUC-PR, Londrina. Os pacientes com migrânea foram entrevistados através de formulário estruturado, foram colhidas informações demográficas, do tipo de migrânea (com ou sem aura; episódica ou crônica), idade de início da doença, sintomas acompanhantes e desencadeantes de crise. Os pacientes também responderam a questionários validados para avaliar a incapacidade (MIDAS) e impacto (HIT-6) da migrânea, bem como sintomas de

ansiedade (IDATE 1 e 2). Os controles foram arrolados de ambulatórios de outras especialidades, era hígidos, responderam pelo menos 2 questões de forma negativa do teste ID-Migraine e responderam ao IDATE 1 e 2. Para análise da ansiedade foi utilizado o ponto de corte de 42 na pontuação do IDATE. Os testes estatísticos utilizados foram Qui-quadrado, Exato de Fisher e correlação de Spearman. O nível de significância considerado foi 0,05. **Resultados:** Foram analisados 67 pacientes com diagnóstico de migrânea, destes 54 (80%) do sexo feminino e 67 controles, 47 (70%) do sexo feminino. A média de idade foi 36,1 entre os casos e 39,1 entre controles. A média do IDATE 1 e 2 foi de 42,6 e 46,1, respectivamente entre indivíduos com migrânea. A média do IDATE 1 e 2 foi 33 e 37,7, respectivamente, entre controles. A diferença entre casos e controles foi significativa ( $p < 0,05$ ). Quando dicotomizada a pontuação do IDATE, foi identificado  $OR = 1,9$  ( $p < 0,001$ ) em indivíduos com migrânea e ansiedade. Foi encontrada correlação entre a quantidade de dias de cefaleia e as escalas IDATE 1 ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,04$ ) e 2 ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,04$ ). Da mesma forma foi detectada correlação entre IDATE 1 ( $r = 0,4$ ;  $p = 0,001$ ) e IDATE 2 ( $r = 0,285$ ;  $p = 0,025$ ) com HIT-6. Não houve correlação com o tipo de cefaleia, com sintomas acompanhantes ou desencadeantes. **Discussão:** A ansiedade é uma importante comorbidade em pacientes com migrânea e deve ser considerada em todo paciente avaliado. O estudo mostra que não somente a ansiedade é mais comum em migranosos, mas que também leva a uma maior percepção do impacto da dor (HIT-6).

**Palavras-chave:** migrânea, ansiedade, hit-6, IDATE

### OSMOFOBIA E ODOR COMO GATILHO DE CRISES DE MIGRÂNEA – UM ESPECTRO DO MESMO SINTOMA?

VITALI DA SILVA, Aline<sup>1</sup>; POLI FREDERICO,, Regina Célia<sup>2</sup>; BELLO, Valeria Aparecida<sup>3</sup>; FERREIRA KROL<sup>4</sup>, Louise; CASTRO FAIDIGA, Mariana<sup>4</sup>; RODRIGUES DE FREITAS SOARES, Renato<sup>4</sup>; SUSSUMU SAKURAI, Gabriel<sup>4</sup>;

<sup>1</sup> Médica Neurologista, Mestre, Professora na Universidade Estadual de Londrina e Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>2</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Norte do Paraná

<sup>3</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>4</sup> Acadêmico de Medicina

**Contato com autor:** Vitali da Silva, Aline

Email: alinevitalidasilva@gmail.com

Endereço: R. Dr Dimas de Barros, 155 ap 1304 CEP 86050-730 Londrina-PR

**Introdução:** Osmofobia é a sensibilidade a odores, que leva a piora da cefaleia e evitação do estímulo. Também há pacientes nos quais os odores desencadeiam crises. Ambas as condições são muito frequentemente associadas a migrânea. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de osmofobia e fatores

associados. **Métodos:** Estudo transversal realizado no ambulatório acadêmico da PUC-PR, Londrina. Os pacientes com migrânea foram entrevistados através de formulário estruturado, foram colhidas informações demográficas, do tipo de migrânea (com ou sem aura; episódica ou crônica), idade de início da doença, sintomas acompanhantes e desencadeantes de crise. Os pacientes também responderam a questionários validados para avaliar a incapacidade (MIDAS) e impacto (HIT-6) da migrânea, bem como sintomas de ansiedade (IDATE 1 e 2). Os testes estatísticos utilizados foram Qui-quadrado, Exato de Fisher e correlação de Spearman. O nível de significância considerado foi  $\leq 0,05$ . **Resultados:** Foram analisados 67 pacientes com enxaqueca, sendo 54 (80%) do sexo feminino. A osmofobia ocorreu em 53,7% dos indivíduos. Odor como desencadeante de crise foi relatado por 55% dos casos. A osmofobia e o desencadeante de odor foram fortemente associados ( $OR = 4,7$   $p = 0,003$ ). Osmofobia ocorreu mais frequentemente nas mulheres ( $OR = 1,46$ ;  $p = 0,004$ ) e em indivíduos com enxaqueca crônica. ( $OR = 1,6$ ;  $p = 0,031$ ). Pacientes com osmofobia e desencadeante de odor mais frequentemente tinham alodínea ( $p = 0,015$  e  $0,045$  respectivamente). Pacientes com osmofobia, bem como aqueles com odor como desencadeante de crise mais frequentemente relataram que alimentos também desencadeavam crise. ( $p = 0,03$  e  $p = 0,05$ , respectivamente). Não houve correlação entre osmofobia ou desencadeante de odor com idade de início da enxaqueca, idade atual, dias de cefaleia, MIDAS, HIT-6 e STAI. **Discussão:** A prevalência de osmofobia foi semelhante a demonstrada em estudos prévios. Houve forte associação entre osmofobia e odor como desencadeante, bem como indivíduos que tinham alimentos como desencadeante. Discute-se a possibilidade de serem fatores relacionados a um mesmo espectro de sintoma/desencadeante. Por outro lado, discute-se se de fato o odor gerou a crise ou o paciente já estaria em pródrômio quando exposto ao odor e por isso o desconforto. Pacientes com osmofobia tinham mais frequentemente alodínea e enxaqueca crônica, hipotetiza-se que a osmofobia possa ser uma manifestação de maior sensibilização dolorosa. Há necessidade de mais estudos que determinem as implicações da osmofobia e odor como desencadeante no manejo dos pacientes.

**Palavras-chave:** osmofobia, odor, migrânea, cefaleia

### CEFALÉIA EM SALVAS EPISÓDICA RESPONSIVA A TRATAMENTO COM EVOLUÇÃO REFRACTÁRIA APÓS MUDANÇA DE LATERALIDADE E RESPONSIVA A CLOMIFENO.

SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília -

<sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro,

atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília - Modula Dor.

**Contato com autor:** Siega, Márcio Rafael de Araújo  
E-mail: marciosiega@yahoo.com.br  
Endereço: Modula Dor. Endereço residencial: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A cefaleia em salvas apresenta a característica de ser exclusivamente unilateral. No entanto, algumas descrições de mudança de lado são observadas. E mais opções de tratamento são necessárias devido a presença de poucas opções com nível A de evidência. **Objetivo:** Demonstrar um relato de caso de cefaleia em salvas em indivíduo que experimentou mais de 20 temporadas e experimentou mudança de lado e refratariedade de modo concomitante. **Métodos:** Foi realizada análise de prontuário desde a primeira visita a uma clínica terciária de cefaleia na data de 24 de maio de 2018 até 12 de setembro de 2019. **Resultados:** Dados da primeira visita: masculino, 37 anos, servidor público, cefaleia exclusivamente a direita com lacrimejamento e rinorréia, dura 50 minutos, 1x a cada 1-2 dias, há 29 dias. É o vigésimo episódio, início aos 16 anos, duração 8-11 semanas. Maior intervalo livre foi 3 anos. Verapamil 480 mg sempre funcionou muito bem, junto com naratriptano toda noite para prevenção. Corticóide sem benefício e efeitos indesejados. Nunca fez bloqueio de nervo occipital. Gabapentina foi terrível. Melatonina sem benefício. Sumatriptano nasal eficiente, deixa prostrado. Oxigênio nasal auxilia, causa "ressaca". Hipersensibilidade em nervos occipitais a direita. Orientado bloqueio seriado, lidocaína nasal e sumatriptano injetável. Teve resposta total aos bloqueios, encerrando as salvas. Passados 13 meses, apresentou recidiva há 5 dias, semelhante as anteriores, indicado série de 3 bloqueios, oxigênio e naratriptano. Durante 3 bloqueios, teve dor apenas 1 dia. Associado verapamil 480 mg. Voltou na 3ª semana da temporada de salvas, referindo que nessa época estaria muito mal, 2-3 crises fortes por dia. Está tendo crises de 40 minutos, dor nota 6, fica sem medicação, 2 dias de dor e 1 dia livre. Usa gelo apenas, a incapacidade está baixa comparado a outras temporadas. Na 4ª semana, de forma inédita, crises das mesmas características no lado contralateral, durando ligeiramente mais, mais temporal, duração ligeiramente maior e frequência maior. Teve apenas 1 crise a direita após o início a esquerda. Indicado bloqueios, verapamil 720 mg, melatonina 10 mg e angio-TC crânio normal. Aumento das crises para 4x ao dia, muito fortes, 3 horas, sem resposta a 2 bloqueios e melatonina e embotamento com verapamil. Refere que começou essa temporada como a melhor da vida e com a mudança de lado está sendo a pior da vida. Optado por clomifeno 300 mg 2 dias, depois 100 mg por 9 dias e mantido com 50 mg. Refere que no 8º dia as crises cessaram e no 15º dia as sombras desapareceram. A testosterona basal era 228ng/dL, no 6º dia 324ng/dL, 16º 437ng/dL. **Conclusão:** O caso descrito apresentou resolução a direita mais rápida e menos incapacitante em 23 dias (melhor evolução até então) com adoção de combinação terapêutica eficaz em crises prévias. No entanto, a mudança de lado demonstrou refratariedade

após 15 dias do início, configurando a pior salvas da vida. O clomifeno abortou a crise no 8º dia e eliminou as sombras no 15º dia. Considerando ambos lados, essas salvas duraram 7 semanas.

## PREVALÊNCIA DO BRUXISMO NA DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE: ESTUDO CONTROLADO

**VIEIRA, Katia Regina de Moura<sup>1</sup>; FOLCHINI, Caroline Mensor<sup>2</sup>; HEYDE, Marcelo Daudt von der<sup>3</sup>; STUGINSKI-BARBOSA, Juliana<sup>4</sup>; KOWACS, Pedro André<sup>5</sup>; PIOVESAN, Elcio Juliato<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Dentista, especialista em Odontopediatria e Ortodontia, mestranda do programa de Medicina Interna da UFPR, Setor de Cefaleia e Medicina da Dor do Serviço de Neurologia do HC-UFPR.

<sup>2</sup> Farmacêutica, Mestre em Medicina Interna pela UFPR;

<sup>3</sup> Médico psiquiatra do setor de Serviço de Psiquiatria do HC-UFPR; preceptor da residência médica em psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Luz.

<sup>4</sup> Dentista, mestre em Neurociências, Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas, especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; professora de pós-graduação do Instituto de Ensino Odontológico de Bauru.

<sup>5</sup> Médico neurologista, Mestre em Medicina Interna pela UFPR; coordenador do Setor de Cefaleia e da Medicina da Dor do Serviço de Neurologia do HC-UFPR; Chefe do Serviço de Neurologia do Instituto de Neurologia de Curitiba.

<sup>6</sup> Médico neurologista, Mestre e Doutor em Medicina Interna pela UFPR; professor de Propedêutica Médica, do Departamento de Clínica Médica do Curso de Medicina da UFPR.

**Contato com autor:** Endereço: Rua Francisco das Chagas Lopes, 546, sb 04, Boa Vista, CEP82650-130, Curitiba-Pr

**Introdução:** É de senso comum dizer que o bruxismo está relacionado a condições emocionais tais como depressão, ansiedade ou estresse. Tanto pacientes quanto profissionais relatam um aumento no ranger ou apertar dos dentes durante períodos estressantes da vida. No entanto os diferentes estudos realizados previamente em busca dessa correlação resultaram em achados controversos, e, de maneira geral, abordaram a ocorrência de fatores emocionais em indivíduos com bruxismo. Não foram encontrados até o momento dados de prevalência de bruxismo do sono e/ou bruxismo em vigília em indivíduos depressivos e/ou ansiosos. **Objetivos:** Partindo da hipótese que indivíduos depressivos e/ou ansiosos têm uma maior prevalência de bruxismo do sono e em vigília que indivíduos sem morbidades psiquiátricas, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência do bruxismo do sono e em vigília em indivíduos com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade sintomáticos e sem tratamento medicamentoso, e comparar esta prevalência àquela de indivíduos sem diagnósticos psiquiátricos e/ou sintomas depressivos ou ansiosos. **Métodos:** Este estudo foi conduzido na cidade de Curitiba-Pr no período de 08/2017 a 03/2019 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade

Federal do Paraná (CAAE: 69652317.0.0000.0096). Trata-se de um estudo observacional transversal (n=108) composto por indivíduos com o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade (n=54), pareados quanto à idade e sexo com grupo controle assintomático (n=54). O diagnóstico das morbidades psiquiátricas foi realizado por um mesmo psiquiatra, seguindo os critérios DSM-5. Questionários de autorrelato foram usados para pesquisar características demográficas, bruxismo do sono (critérios AASM), bruxismo em vigília (critérios RDC-TMD), depressão (escala PHQ-9) e ansiedade (escala GAD-7). A aplicação de exame clínico visou investigar a presença de sinais e sintomas relacionados ao bruxismo. Dados de autorrelato e de exame clínico foram usados em conjunto para diagnosticar o provável bruxismo do sono/vigília e avaliar a frequência destas condições. **Resultados:** A amostra foi composta de mulheres (74,1%) com idade média de 34.21±10,4 (18-57) anos. O grupo de indivíduos depressivos e/ou ansiosos apresentou uma prevalência limitrofe de bruxismo do sono (31,5%/14,8%, p=0,067) e uma maior prevalência do bruxismo em vigília (74,1%/51,9%, p=0,028) quando comparados aos controles. Houve uma associação positiva e significativa entre escores mais elevados de depressão ou ansiedade e maior prevalência de bruxismo em vigília, observados tanto em relação aos escores médios destas morbidades quanto em relação às faixas de gravidade fornecidas pelas escalas quantitativas utilizadas. Esta associação não foi encontrada ao se avaliar o bruxismo do sono. Indivíduos solteiros [OR=2.35(CI95% 0.99-5.59)] e jovens [OR 0.94 (CI95% 0.90-0.98)] apresentaram maior chance de ter bruxismo em vigília. **Conclusão:** Os resultados demonstram haver uma relação do bruxismo em vigília com depressão e ansiedade, como também uma correlação crescente e linear entre os escores de intensidade de depressão e ansiedade e a prevalência do bruxismo da vigília.

**Palavras-chave:** Bruxismo do sono. Bruxismo em vigília. Depressão. Ansiedade. Epidemiologia.

## USO OFF-LABEL DA BUSPIRONA NO BRUXISMO: UMA SÉRIE DE CASOS.

**VIEIRA, Katia Regina de Moura<sup>1</sup>; FOLCHINI, Caroline Mensor<sup>2</sup> ; KOWACS, Pedro André<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> entista, especialista em Odontopediatria e Ortodontia, mestranda do programa de Medicina Interna da UFPR, Setor de Cefaleia e Medicina da Dor do Serviço de Neurologia do HC-UFPR.

<sup>2</sup> Farmacêutica, Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde HC-UFPR.

<sup>3</sup> Médico neurologista, Mestre em Medicina Interna pela UFPR; coordenador do Setor de Cefaleia e da Medicina da Dor do Serviço de Neurologia do HC-UFPR; Chefe do Serviço de Neurologia do Instituto de Neurologia de Curitiba.

**Contato com autor:** Endereço: Rua: Luiz Tramontin, 1977, apto 165, Campo Comprido. 81230161, Curitiba-PR

**Introdução:** O bruxismo caracteriza-se por movimentos mandibulares estereotipados repetitivos

feitos de forma consciente ou inconsciente em momentos outros que não aqueles relacionados a mastigação e a deglutição, e que pode ocorrer tanto durante o sono (bruxismo do sono) quanto durante a vigília (bruxismo em vigília). Há na literatura alguns relatos de que a buspirona, um fármaco agonista parcial dos receptores 5-HT<sub>1A</sub>, seja efetiva no tratamento do bruxismo. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar três casos de bruxismo do sono idiopático tratados com buspirona. Relatos: 1. Mulher, 53 anos, consultou por dor facial recorrente à direita, que, pelo antecedente de preenchimento facial recente, fora previamente tratada para sinusite e para celulite periorbital. Pela ausência de melhora e devido à história de intenso bruxismo durante o sono, foi encaminhada para dentista especialista em dor orofacial e disfunção temporomandibular. O bruxismo havia iniciado em 1998, por ocasião da gestação. Foi-lhe prescrita buspirona 10mg/noite, com melhora da dor facial e resolução completa do bruxismo. A paciente segue assintomática quanto ao bruxismo noturno. 2. Homem, 52 anos, com histórico de bruxismo do sono desde a infância e de tratamento ortodôntico na adolescência, cujo exame revelou desgaste dentário, especialmente em sextante ântero inferior, endentações da mucosa jugal, e dor à palpação do músculo masseter. Também apresentava uma epicondilite do cotovelo esquerdo. Devido a uma exacerbação dos sintomas associada a estresse, foi-lhe prescrita a buspirona 5mg à noite, titulada para 5mg 12/12 horas, com melhora dos sintomas de ambos os quadros. 3. Mulher, 54 anos, queixa de disfunção ATM, apresentou celulite facial, cisto aracnoide temporal esquerdo e síndrome de Sjögren soronegativo. Relata desde 1998 apresenta bruxismo severo. Faz uso de zolpidem 10mg/noite e de quetiapina 100mg/noite. Foi retirado o zolpidem e iniciado tratamento com zopiclona 7,5mg/noite e buspirona 10mg/noite aumentada na sequência para 10mg de 12/12 horas. Houve melhora dos sintomas do bruxismo associada à redução da ansiedade. **Discussão:** A fisiopatologia do bruxismo ainda não está totalmente elucidada. Há dois possíveis mecanismos de ação da buspirona potencialmente relacionados à sua eficácia na redução do bruxismo: a) interação com receptores pré-sinápticos somato-dendríticos na rafe levando à redução da atividade neuronal serotoninérgica pré-sináptica e a aumento da atividade dopaminérgica tegmento-ventral com liberação de dopamina nas sinapses corticais pré-frontais; b) ação como agonista parcial nos receptores pós-sinápticos, nos quais compete com a serotonina, o que leva a um aumento da atividade dopaminérgica no córtex pré-frontal.. **Conclusão:** Esses relatos sugerem aos profissionais de saúde, médicos e/ou dentistas, a possibilidade de tratamento farmacológico eficaz do bruxismo fazendo uso da buspirona, não só para o bruxismo secundário ao uso de medicamentos, fato já solidamente relatado na literatura, mas também do bruxismo idiopático.

**Palavras-chave:** Bruxismo em vigília. Bruxismo sono. Buspirona. Ansiedade.

## DOR FACIAL CRÔNICA EM PACIENTE COM ANEURISMA DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA

**MELO Gilmar Marques da Costa<sup>1</sup>; OLIVEIRA Helen Mayara<sup>2</sup>; SOUZA Paulo Fernando<sup>3</sup>; SILVA Taciana Patrícia<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Médico neurologista pelo Hospital Israelita Albert Einstein e fellow em Eletroencefalograma da Universidade Federal de São Paulo

<sup>2</sup>Médica neurologista pelo Hospital da Restauração-PE

<sup>3</sup>Médica neurologista pelo Hospital da Restauração-PE.

<sup>4</sup>Médica neurologista pelo Hospital da Restauração-PE, titulada em neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia e fellow em Eletroencefalografia do Hospital do Servidor do Estado de São Paulo

**Contato com autor:** Melo Gilmar Marques da Costa  
Email: gilmar\_marques@hotmail.com  
Endereço: Rua Álvaro Martins, 61. 05052-030- São Paulo.

**Introdução:** Aneurismas intracranianos são relatados em poucos casos de dor orofacial especialmente os da artéria comunicante posterior e cerebral posterior, resultando em compressão de fibras do nervo trigêmeo. Os aneurismas da artéria cerebral média compreendem 14-43% do total. **Objetivo:** este trabalho objetiva mostrar um caso de dor facial crônica em paciente com múltiplos aneurismas de circulação anterior. **Metodologia:** trata-se de um relato de caso de uma paciente de 56 anos, tabagista, hipertensa com história de dor facial à direita com padrão neuropático, sugestivo de neuralgia do trigêmeo. Em investigação etiológica foram excluídas causas odontogênicas, articulares, arterite temporal e compressão vascular de raiz ou de vias trigeminais, sendo evidenciados múltiplos aneurismas em circulação anterior, com o maior deles localizado na artéria cerebral média esquerda - porção de M1. **Conclusão:** o presente relato de caso destina-se a levantar a possibilidade de aneurisma de artéria cerebral média como etiologia de dor neuropática de origem central. Salienta-se o desafio diagnóstico na diferenciação entre as causas de dor facial, sendo necessário algumas vezes avaliação multidisciplinar da dor.

## AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA PRIMÁRIA

**CAMARGO, Yolanda Maria Almeida<sup>1</sup>, MOURA, Natália Bessa<sup>2</sup>, GUIMARÃES, Antônio Sérgio<sup>3</sup>, RODRIGUES, Luciane Lacerda Franco Rocha<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup>Mestre em DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

<sup>2</sup>Mestre em DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

<sup>3</sup> Doutor em Ciências da Saúde UNIFESP e Coordenador do Mestrado Profissionalizante em DTM e Dor Orofacial

<sup>4</sup> Doutora em Odontologia e Professora na DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

Endereço: Av. Ricardo Rocha Bonfim, 97 casa 44, Vila Bella Dom Pedro CEP 13087-732, Campinas - SP

**Contato com autor:** Rodrigues, Luciane Lacerda Franco Rocha  
Email: lrocharodrig@gmail.com

A prática clínica em dor orofacial está frequentemente associada à presença de dor de cabeça, onde sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) e cefaléias primárias se entrelaçam como queixas e comorbidades. O objetivo desse trabalho foi avaliar a frequência de sintomas de DTM em indivíduos diagnosticados com cefaléias primárias atendidos em uma clínica neurológica e correlacionar os sintomas de DTM com os subtipos de cefaléia primária, além de analisar a frequência de automedicação e as principais classes farmacológicas utilizadas após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic sob o número do parecer 1.745 238 . A amostra foi composta por 61 indivíduos, sendo 82% do gênero feminino. A classificação das cefaléias primárias foi realizada utilizando-se a Classificação Internacional de Cefaleias 3-beta. Os indivíduos identificados com cefaleia primária foram submetidos à aplicação do Questionário da Academia Europeia de Distúrbios Craniomandibulares para verificar a presença de sintomas de DTM. Foram ainda questionados quanto ao uso da e automedicação e dos medicamentos utilizados. As cefaleias primárias diagnosticadas nessa amostra foram migrânea (54,1%) e cefaleia tipo tensional (45,9%), sendo os subtipos mais frequentes: migrânea sem aura (37,7%), cefaleia tipo tensional episódica frequente (36,1%) e migrânea crônica (9,8%). As associações entre sintomas de disfunção temporomandibular e tipo da cefaleia foram avaliadas utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade e o teste exato de Fischer foi utilizado quando necessário. A análise estatística não apresentou diferença significativa quanto à frequência de cada um dos sintomas de disfunção temporomandibular em relação à migrânea e cefaleia tipo tensional. O número de sintomas também não foi estatisticamente diferente entre os grupos. A automedicação se mostrou como uma prática de frequência elevada entre os indivíduos com cefaleias primárias (86,9%), sendo os analgésicos a classe farmacológica mais utilizada.

**Palavras-chave:** Automedicação. Cefaléias primárias. Sintomas de disfunção temporomandibular.

## PREVALÊNCIA DE CEFALEIA ATRIBUÍDA À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM ADOLESCENTES EM FASE ESCOLAR DO MUNICÍPIO DE NOVO HORIZONTE NO PERÍODO ENTRE NOVEMBRO DE 2018 E FEVEREIRO DE 2019.

**RODRIGUES, Luciane Lacerda Franco Rocha<sup>1</sup>, CAMILLO, Adriano Roberto<sup>2</sup>, CRUZ, Miguel Meira<sup>3</sup> e , GUIMARÃES, Antonio Sergio<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Doutora em Odontologia pela FOP – UNICAMP e Professora da DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

<sup>2</sup> Mestre em DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

<sup>3</sup> Mestre em Ciências do Sono – Faculdade de Medicina de Lisboa

<sup>4</sup> Coordenador do Mestrado Profissionalizante em DTM e Dor Orofacial São Leopoldo Mandic

**Contato com autor:** Rodrigues, Luciane Lacerda Franco Rocha  
Email: lrocharodrig@gmail.com  
Endereço: Av. Ricardo Rocha Bonfim, 97 casa 44, Vila Bella Dom Pedro, Campinas – SP CEP 13087-732.

A disfunção temporomandibular (DTM) é um distúrbio que afeta as articulações temporomandibulares, a musculatura da mastigação do aparelho estomatognático e estruturas associadas. O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de cefaleia atribuída à DTM em adolescentes classificados com um ou mais subtipos de DTM pelo DC/TMD Eixo I com idade entre 12 e 14 anos do Município de Novo Horizonte/SC no período de 06 de novembro de 2017 à 27 de fevereiro do ano de 2018 nas duas escolas Básicas do município de Novo Horizonte e no consultório particular do pesquisador após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas do Centro Odontológico São Leopoldo Mandic sob o número de parecer 2.219.883. O questionário de rastreamento de dor do DC/TMD foi utilizado em 114 adolescentes, baseado no Censo de 2010. Os alunos foram convidados a responder o questionário de rastreamento de dor referente ao DC/TMD para avaliação dos sintomas. Dos 114, apenas 33 apresentaram queixa de cefaleia. Em seguida, todos foram classificados pelo DC/TMD Eixo I com um ou mais subtipos de DTM, sendo que todos eles apresentaram o subtipo cefaleia atribuída à DTM ( $p < 0,001$ ). Desses, 20 pertenciam ao gênero feminino e 13 ao masculino, sem apresentar diferença significativa entre os gêneros ( $p = 0,085$ ). Foram utilizados teste de igualdade de duas proporções, teste qui quadrado e ANOVA quando necessário. Os resultados dos estudos apresentados confirmam estudos prévios que apontam para importante interação entre dor miofascial e cefaleia. Os resultados deste estudo mostraram que aproximadamente 29% da população estudada, apresentava queixa de dor de cabeça devido à disfunção da articulação temporomandibular.

**Palavras-chave:** Adolescentes. Sintomas de Cefaleia. Cefaleia Atribuída à DTM.

## CEFALIA E ABSTINÊNCIA À CAFEÍNA

**AMÉRICO FRANCISCO, Lucas<sup>1</sup>; VISCHI PERES, Marcela<sup>2</sup>; BELLASALMA FERNANDES, João Victor<sup>3</sup>; DACH, Fabíola, MD<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Estudante de Medicina do 4º ano, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Estudante de Medicina do 5º ano, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Estudante de Medicina do 4º ano, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Professora de Neurologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

**Contato com autor:** Dach, Fabíola, MD  
Email: fabioladach@usp.br

**Introdução:** a ampliação dos fundamentos sobre os mecanismos anti-nociceptivos da cafeína e de sua abstinência é de grande importância, visto que o consumo de cafeína é disseminado e altamente prevalente na população mundial. A literatura científica sobre o tema é escassa, e há oportunidades terapêuticas a serem exploradas. Em razão da observação empírica do desencadeamento de crises de cefaleia mediante a abstinência de cafeína, e da eficácia clínica da administração conjunta de cafeína com outras drogas analgésicas no alívio da dor, torna-se fundamental a investigação científica da relação entre cefaleia e a abstinência de cafeína. **Objetivo:** o objetivo dessa pesquisa é analisar as características da ingestão de cafeína em indivíduos com e sem cefaleia por abstinência a cafeína. **Método:** foram selecionados indivíduos dentre os funcionários do HCFMRP-USP, entre 18 e 65 anos de idade, de ambos os sexos e consumidores de café por pelo menos 4 dias da semana. Dentre os indivíduos que apresentavam cefaleia, considerou-se os últimos 3 meses para caracterização da mesma. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de 2 questionários estruturados para a caracterização da cefaleia e do consumo de cafeína, bem como coleta das demais variáveis, como sexo e dados antropométricos. Foi aplicada, também, a Escala de Epworth, que avalia a presença de sonolência excessiva diurna. **Resultado:** foram entrevistados 83 indivíduos, sendo 89,2% mulheres e 54,8 % entre 21 e 45 anos de idade. Dentre aqueles que referiram cefaleia nos últimos 3 meses, 45 (54,2%) referiram dor por mais de 10 anos, 56 (67,4%) apresentaram 4 ou mais dias de dor por mês e 20 (24,1%) preencheram os critérios diagnósticos para migrânea. A frequência de cefaleia por abstinência a cafeína foi de 41% ( $n=34$ ). A média de consumo de cafeína foi de 71,83 mg/dia no geral, sendo 66,24 mg/dia entre os migranosos e 73,60 mg/dia entre os não migranosos, não havendo diferença estatística significativa entre estes grupos ( $p = 0,53$ ). A ingestão de cafeína foi, em média, maior naqueles que apresentaram cefaleia por abstinência à cafeína (129ml x 197ml;  $p=0,01$ ). Não houve diferença estatística quando comparamos migranosos e não migranosos quanto a presença de cefaleia atribuída à abstinência de cafeína ( $p=0,67$ ). Não houve diferença de consumo de cafeína entre os sexos ( $p=0,90$ ). Não houve correlação entre o consumo de cafeína e o IMC ( $r=0,10$ .  $p=0,31$ ), nem entre o consumo de cafeína e o valor absoluto na escala de Epworth ( $r=-0,04$ .  $p=0,65$ ). **Conclusão:** A frequência de cefaleia por abstinência a cafeína foi de 41% dentre indivíduos que consomem café 4 dias ou mais na semana, e não foi diferente entre aqueles com migrânea quando comparados aos sem migrânea. A quantidade de café ingerido não se correlacionou com IMC ou com o resultado da escala de Epworth. Entretanto, a presença de cefaleia como

sintoma de abstinência à cafeína foi maior naqueles com maior ingestão desta substância.

**Palavras-chave:** café, cafeína, cefaleia, migrânea, abstinência.

### CORRELAÇÃO PREDITIVA DO MAPEAMENTO CEREBRAL DIRECIONADO PARA NEUROFEEDBACK PARA DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS, IMPACTO DA CEFALEIA E CLASSIFICAÇÃO DE MIGRÂNEA – ANÁLISE DE BANCO DE DADOS.

**SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>. FRANCA, Filipe Starling Loureiro<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

<sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

<sup>3</sup> Graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília, Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

**Contato com autor:** Siega, Márcio Rafael de Araújo

Email: marciosiega@yahoo.com.br

Endereço: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF.

**Introdução:** A migrânea é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. O diagnóstico é puramente clínico. A migrânea crônica configura como o subtipo mais incapacitante. A presença de um preditor é importante para auxiliar na identificação desse grupo e monitoramento de resultados. **Objetivo:** Avaliar se a medida eletrencefalográfica captada é capaz de prever a gravidade da migrânea, considerando também outros fatores como impacto da enxaqueca, alterações psicológicas e quantidade de dias de cefaleia e consumo de analgésicos. **Métodos:** Estudo realizado com o equipamento NeuroField Q20, um amplificador de eletroencefalograma de 19 canais, com resolução de 24 bits, sample rate de 256 amostras por segundo e resolução do EGG de 0,02 QVolts/LSB. Os dados obtidos foram analisados no software Neuroguide, versão 3.02. Foram analisados todos os pacientes com diagnóstico de migrânea que receberam indicação de biofeedback para profilaxia entre julho de 2018 a abril de 2019. Inicialmente a atividade elétrica cerebral é mensurada numa touca com 19 eletrodos distribuídos de acordo com o sistema internacional 10-20. O exame é realizado com o paciente em repouso com olhos fechados por 2 minutos e depois com olhos abertos direcionados a um ponto fixo por 2 minutos. Os resultados são comparados a uma base de dados normativa validada por Thatcher e é expresso em desvios-padrão e separados por faixa de atividade elétrica e por região. Consideramos alterados os achados que apresentaram alguma atividade elétrica em qualquer região maior que 3 DP para mais ou menos. Os resultados foram pareados em 2 grupos, migrânea

episódica e crônica. O diagnóstico obtido pela consulta de neurologista junto com escalas autoaplicáveis pré-consulta como escala de impacto da cefaleia (HIT-6), escalas psicológicas como a versão brasileira do SQR-20 (avalia transtornos mentais comuns), Escala de Ansiedade de Beck, Escala de Depressão de Beck e Escala de Castrofização da Dor (B-PCS). Foram analisados também a quantidade de dias de cefaleia nos últimos 30 dias, número de cefaleias fortes e número de dias de analgésicos. **Resultados:** Foram analisados 36 pacientes, 20 com achados alterados e 16 com achados normais. Do grupo “alterado”, 15 receberam diagnóstico de migrânea crônica e 5 de episódica. No grupo “normal”, 9 eram episódica e 7 crônica. Mapeamento alterado possui uma tendência a se associar a enxaqueca crônica, mas é necessário uma amostra maior. Odds-ratio: 3,86 (IC95% 0,94-15,87) p=0.056 (TENDÊNCIA – Qui-quadrado). Quanto aos demais resultados, não houve diferença entre os grupos considerando SQR-20, Escala de Ansiedade de Beck, Escala de Depressão de Beck e Escala de Castrofização da Dor (B-PCS). Não foi significativo, mas o grupo mapeamento alterado parece ter em média 2,5 dias a mais de dor forte e 5 dias a mais de uso de analgésico. Não tem diferença estatística, mas pode merecer uma maior atenção clínica. **Conclusão:** A avaliação basal para realização de neurofeedback não foi capaz de prever alterações psicológicas nem impacto de cefaleia. Houve uma tendência a mais dias de cefaleia forte e de analgésicos e diagnóstico de enxaqueca crônica, mas não foi significativa estatisticamente.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Terapias Complementares. Neurofeedback.

### CORRELAÇÃO PREDITIVA DO BIOFEEDBACK MUSCULAR PARA NÍVEIS DE ANSIEDADE, IMPACTO DA CEFALEIA E CLASSIFICAÇÃO DE MIGRÂNEA – ANÁLISE DE BANCO DE DADOS.

**SIEGA, Márcio Rafael de Araújo<sup>1</sup>. OLIVEIRA, Welber Sousa<sup>2</sup>. VIANA, Carlos Márcio Cordeiro<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Graduado em Medicina e Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

<sup>2</sup> Graduado em Medicina na Universidade de Uberaba, Residência em Neurologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor.

<sup>3</sup> Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estácio de Sá, Mestre em Fisioterapia pela Universidade de Brasília, atua na Clínica de tratamento de dor de cabeça de Brasília – Modula Dor. Correlação preditiva do biofeedback muscular para níveis de ansiedade, impacto da cefaleia e classificação de migrânea – análise de banco de dados.

**Contato com autor:** Siega, Márcio Rafael de Araújo

Email: marciosiega@yahoo.com.br

Endereço: SQN 303, Bloco K, Apto 612, Asa Norte, Brasília-DF

**Introdução:** A migrânea é doença mais incapacitante do mundo abaixo dos 50 anos. O diagnóstico é puramente

clínico. A migrânea crônica configura como o subtipo mais incapacitante. A presença de um preditor é importante para auxiliar na identificação desse grupo e monitoramento de resultados. **Objetivo:** Avaliar se a medida eletromiográfica de superfície do aparelho de biofeedback é capaz de prever a gravidade da migrânea, considerando também outros fatores como impacto da enxaqueca e níveis de ansiedade. **Métodos:** Estudo realizado com equipamento da Thought Technology (CAN) encorder ProComp2™, sensor de eletromiografia (EMG) de superfície, modelo Myoscan-Pro (filtro entre 0 - 400 QV, com sensibilidade de 0,1 QV) e amplificador TT-USB. Foram usados eletrodos de superfície descartáveis, modelo Meditrace 200 Adulto -Ag/AgCl - Gel Sólido (hidrogel) adesivo e condutor. Foram analisados bilateralmente os músculos trapézio superior, esternocleidomastoideo, fronto-temporal e masseter. Foram analisados 39 pacientes, entre julho de 2018 a abril de 2019, com diagnóstico de migrânea que realizaram avaliação com biofeedback muscular (EMG). Durante o exame o paciente permaneceu sentado confortavelmente em uma cadeira com as costas e cabeça apoiadas no encosto, sendo as medidas adquiridas em dois momentos: a) repouso com os cotovelos apoiados nos braços da cadeira e pés apoiados no chão por 60 segundos; b) Contração Voluntária Máxima (CVM) a partir do comando do avaliador, seguido de relaxamento. Em seguida as informações foram armazenadas em banco de dados do Software Biograph Infnit. Os resultados foram confrontados com o diagnóstico de migrânea episódica até 10 crises por mês com o grupo de migrânea de alta frequência ou crônica. O diagnóstico obtido pela consulta de neurologista junto com os dados pré-consulta de escalas de incapacidade pelo HIT-6 e Escala de Ansiedade de Beck (BAI). Para análise estatística foram analisadas as médias em repouso (mV) e os picos da amplitude durante a CVM (mV). Os dados foram analisados usando software SPSS-23.0, sendo feita uma comparação usando o teste T de Student com bootstrapping, eliminando os outliers. **Resultados:** Foram analisados 23 pacientes, excluídos 16 outliers de EMG. Os resultados de incapacidade de HIT-6 não demonstraram relação com os achados de EMG. Os resultados da BAI também não se correlacionaram com os achados de EMG. O grupo de enxaqueca episódica apresentou um valor de EMG significativamente menor que o grupo de migrânea de alta frequência e crônica ( $p < 0,05$ ) na análise do músculo temporal esquerdo em repouso e no músculo esternocleidomastoideo esquerdo durante contração máxima. O grupo migrânea de alta frequência e crônica apresentou a análise do temporal esquerdo na contração máxima significativamente menor que o grupo de migrânea episódica ( $p < 0,05$ ). Os resultados de incapacidade de HIT-6 não demonstraram relação com os achados de biofeedback. Os resultados da Escala de Ansiedade de Beck também não se correlacionaram com os achados de biofeedback. **Conclusão:** O grupo de migrânea de alta frequência e crônica demonstrou que o músculo temporal esquerdo é mais tenso em repouso e menos contrátil comparados a migrânea episódica, podendo ser um preditor de gravidade de migrânea.

**Palavras-chave:** Transtornos de Enxaqueca. Terapias Complementares. Biofeedback de EMG.

## EXISTEM EVIDÊNCIAS PARA O USO DOS NUTRACÊUTICOS NO TRATAMENTO PROFILÁTICO DA ENXAQUECA NO ADULTO? UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

PAIXÃO, Vitor<sup>1</sup>; MARQUES, Aloisio<sup>2</sup>; MADUREIRA, Gabriela<sup>3</sup>; GLASS, Philip<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Discente de Medicina, UESB (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia);

<sup>2</sup> Médico graduado pela UESB;

<sup>3</sup> Nutricionista graduada pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduada em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia. Docente na FTC (Faculdade de Tecnologia e Ciências);

<sup>4</sup> Mestre em Neurologia Clínica pela UCL Institute of Neurology Queen Square. Doutorado em Ciências Médicas - Neurologia pela Unicamp. Professor de Neurologia da UESB.

**Contato com autor:** Vitor Brito Paixão.

E-mail: vitorbritopaixao@gmail.com

Rua Manoel Pedro da Silva, nº 55, Bairro Candeias. Vitória da Conquista, Bahia.

**Introdução:** A Enxaqueca é uma doença que acomete 14,9% da população e tem grave impacto social e econômico. Apesar dos avanços terapêuticos, 2% da população mundial convive com enxaqueca crônica diária. Desta forma, é possível afirmar que as estratégias atuais de tratamento não são totalmente eficazes em muitos casos. Neste cenário, uma série de abordagens alternativas tem sido incorporada à terapia preventiva convencional, entre elas, se destaca a utilização de nutracêuticos, que são alimentos ou suplementos alimentares envolvidos na prevenção de doenças. Os principais representantes deste grupo, no contexto do tratamento da migrânea, são a riboflavina (vitamina B2), coenzima Q10 (coQ10) e o magnésio. Este trabalho apresenta uma revisão sistemática dos ensaios clínicos desenvolvidos nos últimos 15 anos sobre a eficácia dos nutracêuticos na profilaxia da enxaqueca no adulto.

**Objetivo:** Analisar criticamente os ensaios clínicos desenvolvidos nos últimos 15 anos sobre a eficácia dos nutracêuticos na profilaxia da enxaqueca no adulto e sumarizar as evidências científicas sobre o uso dessas substâncias. **Métodos:** Através de um algoritmo de busca lançado na base de dados do PubMed foram encontrados 27 resultados relacionados, dos quais foram regatados apenas os ensaios clínicos realizados em humanos adultos, escritos na língua inglesa e desenvolvidos nos últimos 15 anos. A partir dos filtros estabelecidos, foram excluídos 16 ensaios que não se enquadravam nos critérios de inclusão, sendo seis destes ensaios pediátricos e os dez restantes publicados há mais de 15 anos. **Resultados:** Entre todos os 11 estudos revisados neste trabalho, sete obtiveram redução estatisticamente significativa em frequência ou dias de migrânea com a utilização dos nutracêuticos. O Magnésio foi eficaz em reduzir a frequência da enxaqueca quando comparado ao placebo, apenas quando utilizado isoladamente, como nos ensaios realizados por Talebi (2013), Esfanjani (2012) e Koseoglu (2008). A substância não mostrou resultado significativo quando associada à Riboflavina e CoQ10 ou Riboflavina e Feverfew. Uma

possível explicação para o fenômeno seria a existência, ainda não descrita, de interação entre os compostos. Em relação ao uso da Riboflavina, apenas Boenhke et al. e D'andrea et al. mostraram decréscimo estatisticamente significativo na frequência dos episódios migranosos entre os quatro ensaios clínicos avaliados com essa substância. No entanto, é improvável que a substância tenha tido papel ativo no ensaio realizado por D'andrea et al., já que foi utilizada em dose baixa e em associação ao Ginkgolide B e a CoQ10. A utilização da CoQ10 isoladamente reduziu de forma estatisticamente significativa o número de dias de migrânea por mês nos ensaios realizados por Shoebi (2017), e a frequência de ataques nos ensaios de Sándor e colaboradores (2005). **Conclusão:** Existem evidências clínicas baseadas em ensaios clínicos randomizados e controlados que dão suporte ao uso de nutracêuticos na profilaxia da enxaqueca. Substâncias como o Magnésio, CoQ10 e Riboflavina tem se mostrado eficazes e com boa tolerabilidade e segurança. No entanto, é necessário cautela, pois os ensaios ainda são escassos e conflitantes. Diante do exposto, é evidente a importância de estudos mais robustos sobre o tema.

**Palavras-chave:** Enxaqueca. Migrânea. Nutracêuticos. Profilaxia.

## NEUROPATIA OFTALMOPLÉGICA DOLOROSA RECORRENTE: RELATO DE CASO

**KOLTERMANN Tássia<sup>1</sup>, BITTENCOURT RODRIGUES Andréia<sup>2</sup>, MOSER FILHO Humberto Luiz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médica neurologista graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), residência médica em Neurologia pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialização em Neurohospitalismo pelo Hospital Moinhos de Vento. Especialização em Neurologia vascular pelo Hospital Moinhos de Vento. Neurologista no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC-GHC).

<sup>2</sup> Médica graduada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), residente em Neurologia no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC - GHC).

<sup>3</sup> Médico neurologista graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), residência médica em Neurologia pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Especialização em Neurologia Vascular pelo Hospital Moinhos de Vento. Médico neurologista do corpo clínico do Hospital Moinhos de Vento. Neurologista no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC-GHC).

**Contato com autor:** BITTENCOURT RODRIGUES Andréia  
Email: deiabrodrigues@gmail.com

Endereço: Avenida Francisco Trein, 487, ap 301, Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS. CEP: 91350-200.

**Introdução:** A neuropatia oftalmoplégica dolorosa recorrente, do inglês Recurrent Painful Ophthalmoplegic Neuropathy (RPON), previamente nomeada migrânea oftalmoplégica, é uma síndrome rara, de patologia desconhecida, caracterizada por crises de paresia de um ou mais nervos da motricidade ocular extrínseca associadas a cefaleia ipsilateral. **Objetivo:** Descrever

um caso de RPON. **Relato de caso:** Feminina, 17 anos, previamente hígida, apenas com cefaleia tensional episódica, inicia aos 15 anos com cefaleia em pressão, intensa, hemicraniana esquerda, sem náuseas/vômitos, associada à diplopia por paresia do IV nervo craniano esquerdo. Novo episódio de cefaleia com características semelhantes após 7 meses, associada a dor orbitária, ptose palpebral à esquerda e diplopia por acometimento parcial do III nervo craniano esquerdo. Após 3 meses apresentou novo episódio, de mesmas características, associado a ptose palpebral esquerda, sem oftalmoparesia. Nos dois primeiros episódios a melhora dos sintomas foi completa e espontânea, em aproximadamente 12 dias. No terceiro episódio recebeu curso de corticoide 1mg/kg por 5 dias, também com melhora completa dos sintomas. Durante os eventos, foi realizada investigação com sorologias para toxoplasmose, citomegalovírus, HIV e sífilis, provas inflamatórias, FAN, fator reumatóide, punção lombar, ressonância magnética (RNM) e angiorressonância de crânio, bem como angiotomografia de crânio, não sendo encontradas quaisquer alterações nos exames. Após o terceiro episódio foi iniciado carbamazepina 200mg de 12/12 horas, sem novos episódios de RPON até o momento, totalizando 7 meses sem oftalmoparesia. **Discussão:** Assim como no caso relatado, o diagnóstico de RPON deve ser de exclusão, com necessidade de afastar hipóteses como doenças do seio cavernoso, esclerose múltipla, síndrome de Tolosa-Hunt, neuropatia diabética e trauma. Epidemiologicamente parece ser mais comum em mulheres, com idade de início variando de 1 a 74 anos. É caracterizada por uma cefaleia, que pode ter caráter migranoso e ser associada à dor peri/retro orbitária, com paresia de um ou mais nervos da motricidade ocular extrínseca, mais comumente envolvendo o III nervo craniano. A avaliação do líquido cerebrospinal (LCR) é útil para afastar outras doenças, já que na RPON o LCR é, na grande maioria das vezes, normal, assim como foi na paciente relatada. Na RNM cerebral, 75% dos pacientes podem apresentar realce do nervo pelo meio de contraste. Tratamentos com glicocorticoides durante os episódios parecem ter boa resposta para os sintomas dolorosos e na diminuição do tempo da oftalmoparesia. O uso da carbamazepina em outras síndromes neuropáticas dolorosas é bem conhecido e foi iniciado na paciente para controle das crises, com boa resposta até o momento. **Conclusão:** A RPON é rara, de patogênese desconhecida e com idade de início muito variável. O diagnóstico é feito através de critérios definidos pela classificação internacional de cefaleia, após exclusão de outros diagnósticos diferenciais. O tratamento com carbamazepina parece ter controlado as crises da paciente. Estudos analisando o efeito da carbamazepina nessa doença poderiam auxiliar na escolha do tratamento medicamentoso para esses pacientes. O termo de consentimento livre e esclarecido para publicação do caso e imagens foi assinado pela paciente e sua responsável legal.

**Palavras-chave:** Oftalmoplegia. Enxaqueca oftalmoplégica. Doenças dos nervos cranianos

## ESTIMULAÇÃO DE NERVO OCCIPITAL NO TRATAMENTO DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS REFRAATÁRIAS

**REBOUÇAS, Bruno Hojo<sup>1</sup>; PINTO, Bruna Duarte<sup>2</sup>; DE ABREU, Alessandro Almeida<sup>3</sup>; KUBOTA, Gabriel Taricani<sup>4</sup>; DE ANDRADE, Daniel Ciampi Araújo<sup>5</sup>; DUARTE, Kleber Paiva<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Bruno Hojo Rebouças, Graduação: Medicina, Titulação: Bacharel, <sup>1</sup> Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Residente de Dor

<sup>2</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Bacharel, <sup>1</sup> Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Cargo: Residente de Dor, Graduação: Medicina, Titulação: Bacharel, <sup>1</sup> Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Residente de Dor

<sup>4</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Bacharel, <sup>1</sup> Centro de Dor e Grupo de Cefaléia, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Médico voluntário

<sup>5</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Professor, <sup>1</sup> Divisão de Neurocirurgia Funcional do IPq do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP, Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Coordenador do Centro de Dor/Neurocirurgia Funcional

<sup>6</sup> Graduação: Medicina, Titulação: Professor, <sup>1</sup> Centro de Dor, Departamento de Neurologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cargo: Coordenador do Centro de Dor

**Contato com autor:** REBOUÇAS, Bruno Hojo

Email: bruhojo@hotmail.com

Endereço: Dona Teresa Margarida, nº 80, Vila Clementino, São Paulo-SP, CEP 04037-040.

**Introdução:** A estimulação dos nervos occipitais para tratamento da cefaleia foi descrito pela primeira vez na década de 70, tendo a sua técnica aprimorada para cirurgia percutânea em 1999. Desde então séries de casos relataram segurança e eficácia no tratamento da neuralgia occipital, cefaleia cervicogênica, migrânea e cefaleias trigeminoautônômicas. No entanto, há poucos dados na literatura quanto ao resultado dessa terapia na população brasileira. **Objetivos:** Descrever as indicações e evolução de todos os doentes submetidos ao implante de estimulador de nervos occipitais maiores (ENOM) num hospital terciário de São Paulo, no período de 2013 a 2019. **Métodos:** Coorte retrospectiva que incluiu todos os pacientes submetidos a implante de ENOM no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre os anos de 2013 até 2019. Não foram elegidos critérios de exclusão. Os pacientes foram identificados a partir de registros de todas as neurocirurgias realizadas nesse serviço em tal período. Os prontuários dos pacientes incluídos foram revisados quanto a indicação, segurança e eficácia do procedimento. O desfecho primário do estudo foi a redução maior que 50% na escala numérica de dor (NRS-11) após 2 meses do procedimento. Como desfechos secundários, foram considerados a proporção de pacientes que evoluíram com resolução completa da dor e a frequência de

todos eventos adversos atribuídos ao procedimento. **Resultados:** Foram identificados 3 homens e 5 mulheres submetidos a ENOM e todos foram incluídos no estudo. A ENOM foi indicada por migrânea crônica (MC) refratária em 4 dos pacientes e por cefaleia em salvas (CS) refratária nos demais 4. O desfecho primário foi obtido em 7 (87,5%) dos indivíduos, sendo 4 (100%) dos pacientes com CS e 3 daqueles com MC (75%). Houve resolução completa da dor em 6 sujeitos (62,5%), sendo 3 (75%) dos indivíduos com CS e 2 daqueles diagnosticados com MC (50%). Com relação à segurança do procedimento, 2 (25%) pacientes apresentaram evento adverso moderado, a saber, infecção de sistema do estimulador, sendo necessária a retirada do dispositivo. Nenhum evento adverso grave foi identificado.

**Conclusão:** A ENOM é uma estratégia terapêutica promissora e aparentemente segura para o tratamento das cefaleias primárias refratárias, particularmente as cefaleias trigeminoautônômicas. Apesar do pequeno tamanho da amostra do nosso estudo, os nossos resultados vão de encontro com aqueles obtidos por outros estudos na literatura. Maiores estudos prospectivos são necessários para corroborar a eficácia desse tratamento e para auxiliar na seleção de doentes com maior potencial de resposta terapêutica.

**Palavras-chave:** Neuromodulação. Estimulação de nervo occipital. Cefaleia Crônica Diária. Cefaleia em salvas. Migrânea crônica.

## DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ZUMBIDO

**GUEDES, fabio da conceição barbosa**

Graduado em Odontologia pela Unigranrio, Especialista em Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela UFRJ/RJ, Mestrando em DTM e Dor Orofacial pela SLMandic/SP, Staff do serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial dos Hospitais (Hospital Casa. São Bernardo e SEMIU), Cirurgião na Clínica Privada HandFace Cirurgiões Associados

**Contato com autor:** GUEDES, fabio da conceição barbosa

Email: fcbguedes@gmail.com

Endereço: Rua Beth Lago, 295 casa 44, Recreio - RJ, CEP:22790-674.

**Introdução:** Este trabalho teve como objetivo avaliar o efeito do zumbido após o controle da dor miofascial nos músculos da mastigação e se existe relação entre a frequência tonal específica do zumbido e a disfunção temporomandibular. **Metodologia:** Foram incluídos 25 indivíduos, de ambos os gêneros, com idades entre 18 e 80 anos e que apresentaram queixa de zumbido uni ou bilateral com audiometria de alta frequência tonal, vocal, SRTe impedânciometria normais associados a sintomas de DTM ipsilateral. Paratodos aqueles que responderam afirmativamente a pelo menos uma pergunta do Questionário de triagem recomendado pela Academia Europeia de Desordens Craniomandibulares (AEDC), foram convidados a participar da pesquisa

esubmetidos ao critério diagnóstico RDC/TMD Eixo I. **Resultados:** Os dados obtidos foram submetidos ao teste qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher, com um nível de significância de 95%. Foi encontrada uma maior frequência de dor miofascial contudo a frequência Tonal não apresentaram diferença significativa entre severidade do zumbido e a gravidade da dor crônica ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** Conclui-se que não existe uma forte correlação entre os sinais e sintomas da DTM e o zumbido.

**Palavras-chave:** Dor miofascial., Disfunção Temporomandibular. Zumbido

## ANÁLISE DA PERCEÇÃO DOLOROSA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA E MIGRÂNEA ASSOCIADAS

**BARROS, Manuella Moraes Monteiro Barbosa<sup>1</sup>; NOTARO, Larissa Stefany Tavares<sup>2</sup>; VASCONCELOS, Tais Siqueira<sup>2</sup>; CABRAL, Acácia Marinho Ferraz Gomes<sup>2</sup>; TENÓRIO, Angélica da Silva<sup>2</sup>; OLIVEIRA, Daniella de Araújo<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, doutoranda do Programa de Neurociências e Ciências do comportamento, UFPE.

<sup>2</sup> Discentes do curso de Fisioterapia, UFPE.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta; Docente do curso de Fisioterapia da UFPE; doutora em nutrição, UFPE.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta; Docente do curso de Fisioterapia da UFPE; doutora em Neurociências e ciências do comportamento, UFPE.

**Contato com autor:** BARROS, Manuella Moraes Monteiro Barbosa  
E-mail: manu\_mmbb@hotmail.com  
Endereço: Av. Desembargador João Paes, nº 510, apartamento 1502. Bairro: Boa Viagem, Recife-PE.

**Introdução:** A fibromialgia e migrânea compartilham mecanismos de processamento da dor caracterizados pela sensibilização central e periférica. Essas alterações podem levar a modificações na percepção de dor, potencializando a sensação dolorosa e, até mesmo remodelando o esquema corporal destas pacientes. A experiência da dor é modulada em um nível cognitivo, dependendo da atenção, antecipação, emoção e memória da dor prévia. Sabe-se que alguns fenômenos podem influenciar na percepção dolorosa destes pacientes, dentre eles podemos citar: fadiga, presença de ansiedade e depressão. Além disso, os aspectos cognitivos e emocionais relacionados à dor vivenciada pelos pacientes com fibromialgia envolvem um pensamento de catastrofização, reconhecido como um estado negativo diante de uma experiência dolorosa. Catastrofização está especificamente relacionada aos pensamentos e sentimentos ligados à situação dolorosa, tais como medo, preocupação, inabilidade para desviar a atenção e lidar com a dor. **Objetivo:** Descrever as principais características da percepção dolorosa em pacientes com fibromialgia e migrânea. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional realizado com 26 mulheres (5237 anos), provenientes do ambulatório de fibromialgia do serviço de Reumatologia

do Hospital das clínicas de Recife, Pernambuco. As coletas foram realizadas no período de janeiro à julho de 2019. Para análise das características da dor foram utilizados os instrumentos Escala de catastrofização da dor (PCS) e Inventário da sensibilização central (CSI). A qualidade de vida foi mensurada pelo Questionário de impacto da Fibromialgia- versão revisada (FIQ-R). Sintomatologia de depressão e ansiedade foi avaliada pelos Inventários da depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), respectivamente. O diagnóstico de cefaleia baseou-se na Classificação Internacional das Cefaleias (2018). **Resultados:** Metade das pacientes (n=13) apresentaram catastrofização da dor, destas 10 (77%) foram classificadas com grau extremo de síndrome de sensibilização central ( $p > 0,05$ ; X 2). A média do escore do FIQ-R foi de 83,4 (310) para o grupo com catastrofização vs. 62 (323) para o grupo sem catastrofização ( $p = 0,007$ ; Teste de Mann-Whitney). Não houve diferença entre os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa em relação à presença de catastrofização ( $p > 0,05$ ; X 2). **Conclusão:** Mulheres que apresentam associação entre fibromialgia e migrânea tem graus extremos de síndrome da sensibilização central e pior percepção de qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Migrânea. Cefaleia. Fibromialgia. Catastrofização. Dor.

## SOFRIMENTO MENTAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES NO AMBULATÓRIO DE CEFALEIA E DOR OROFACIAL DO INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA.

**PERBONI Talita Souza<sup>1</sup>, WILL Walkyria Busato e SANTOS Paulo Sérgio Faro.**

<sup>1</sup> Psicóloga, especialista em Neuropsicologia, psicóloga do Setor de Cefaleia e Dor Orofacial do Instituto de Neurologia de Curitiba

<sup>2</sup> Acadêmica de Psicologia da PUC-PR e estagiária do Setor de Cefaleia e Dor Orofacial do Instituto de Neurologia de Curitiba

<sup>3</sup> Neurologista e chefe do Setor de Cefaleia e Dor Orofacial do Instituto de Neurologia de Curitiba

**Introdução:** A migrânea é um distúrbio neurológico de alta prevalência que promove impacto relevante na vida dos pacientes. Por consequência, tem sido associada a comorbidades psiquiátricas, incluindo ansiedade, depressão e sofrimento mental. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de depressão, ansiedade e sofrimento mental nos pacientes adultos do Setor de Cefaleia e Dor Orofacial do INC (SCEDOF), além de identificar o perfil epidemiológico desses pacientes. **Metodologia:** estudo epidemiológico retrospectivo, transversal e comparativo. Foram selecionados todos os indivíduos diagnosticados com alguma modalidade de cefaleia, comparando-os entre si com os diferentes diagnósticos de cefaleia. Esta pesquisa foi realizada com os pacientes atendidos no Instituto de Neurologia de Curitiba (INC) entre março de 2017 até abril de 2018. Como critérios de inclusão foram considerados pacientes com mais de 18 anos de idade e que os prontuários apresentassem o diagnóstico e os dados sociodemográficos: sexo, idade e escolaridade.

Para diagnosticar esses pacientes foram utilizados a Classificação Internacional de Cefaleias - ICHD-3 beta (2014), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Sofrimento Mental (SRQ-20). Após obtidos os dados foram codificados, digitados e sistematizados, no programa Microsoft Excel 2010. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética (CAAE 90700318.6.0000.5227). **Resultados:** Nesse período foram avaliados 147 pacientes, entretanto a amostragem final foi de 135 pacientes. Desses 135 indivíduos: 87,40% eram mulheres (n=118). A idade média foi de 39,50 anos de idade, em extremos entre 19 e 83 anos de idade. Quanto ao nível educacional os pacientes possuíam ensino fundamental incompleto (n=1, 0,74%), fundamental completo (n=7, 5,19%), médio completo (n=20, 14,81%), superior incompleto (n=7, 5,19%), superior completo (n=46, 34,07%) e pós-graduação (n=54, 40%). Quanto ao diagnóstico, têm-se que 35 (25,92%) pacientes apresentaram sofrimento mental e ansiedade, 30 (22,22%) tinham sofrimento mental e transtorno de humor misto, 11 (8,14%) apresentaram exclusivamente sofrimento mental, 12 (8,88%) pacientes tinham apenas ansiedade, 5 apenas (3,70%) transtorno de humor misto, 4 (2,96%) apenas depressão e só 1 (0,74%) tinha sofrimento mental e depressão. Da amostra final, 61,48% (n=83) pacientes tiveram o diagnóstico de migrânea sem aura (com 43 crônicos); 8,88% (n=12) tinham migrânea com e sem aura (02 crônicos) e 5,18% (n=7) tinham migrânea com aura (02 crônicos); e 24,44% (n=33) apresentaram outras cefaleias. Destaca-se que dentre os pacientes com migrânea crônica 14,07% (n=19) apresentaram sofrimento mental e transtorno de humor misto, 11,11% (n=15) sofrimento mental com ansiedade, 8,47% (n=5) apenas ansiedade, 5,08% (n=3) apenas depressão, 3,39% (n=2) unicamente sofrimento mental e 3,39% (n=2) apenas transtorno de humor misto. **Conclusões:** Este estudo mostrou que tanto sofrimento mental associado à ansiedade e depressão são comuns a pacientes migranosos, prevalecendo uma maior relação entre migrânea com ansiedade. O alto índice de sofrimento mental encontrado corrobora com os estudos que apontam o sofrimento psíquico e incapacidade trazida pela migrânea aos pacientes. Foram percebidas correlações entre os diferentes diagnósticos de migrânea e transtorno de humor, entretanto um estudo com uma amostra maior permitirá um melhor entendimento dessa correlação.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Cefaleia. Depressão. Migrânea. Sofrimento mental.

## MODULAÇÃO AUTONÔMICA CARDÍACA EM PACIENTES COM MIGRÃNEA CRÔNICA: ESTUDO PILOTO

VENDRAMIM Ana Carolina Carmona<sup>1</sup>, OLIVEIRA Anamaria Siriani<sup>2</sup>, SOUZA Hugo Celso Dutra<sup>2</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>2</sup>, PHILBOIS Stella Vieira<sup>3</sup>, DACH Fabiola<sup>4</sup>, ROSSI Denise Martineli<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. <sup>2</sup>

Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

**Contato com autor:** E-mail: anaccvendramim@usp.br; endereço: Rua Campos Salles, 890, Bairro Centro, apto. 52. Ribeirão Preto - SP.

<sup>4</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-Doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

**Contato com autor:** ROSSI Denise Martineli

Email: denisemartineli@hotmail.com

Endereço: Albert Einstein, 1360, Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP CEP 14051-110.

**Introdução:** A investigação do controle autonômico cardiovascular, principalmente por meio da análise da sua influência sobre a modulação da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), tem sido utilizada como um preditor de morbi-mortalidade cardiovascular em diferentes condições fisiopatológicas. Nesse sentido, uma revisão sistemática recente sugeriu a redução da modulação autonômica parassimpática em pacientes com cefaleias primárias. No entanto, apesar desses resultados, a literatura ainda é controversa, principalmente devido à ausência de padronização metodológica que pode interferir nos resultados, incluindo diferentes diagnósticos de cefaleias primárias como a migrânea crônica, na qual os pacientes apresentam mais de 15 crises de cefaleia por mês. **Objetivo:** Investigar as alterações no controle autonômico cardiovascular, por meio da análise da VFC, variabilidade da pressão arterial (VPA) e sensibilidade barorreflexa (SBR) em mulheres com migrânea crônica. **Métodos:** Estudo observacional transversal no qual foram avaliadas mulheres diagnosticadas com migrânea crônica segundo os critérios da International Headache Society (MC, n=11) apresentando pelo menos 15 dias de dor no mês nos últimos seis meses, e mulheres sem cefaleia pareadas pela idade para compor o grupo controle (GC, n=11), com pontuação na Parte A do questionário Central Sensitization Inventory (CSI-BR) menor que 30 pontos. Todas as participantes estavam na fase folicular do ciclo menstrual. Foram excluídas mulheres que apresentassem doença metabólicas, cardiovasculares, diagnóstico de pressão intracraniana idiopática, cefaleias secundárias, índice de massa corporal maior que 30 kg/m<sup>2</sup> e gestantes. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética Local (CAAE: 05342818.3.0000.5440). No grupo MC, foram avaliados a intensidade da dor pela Escala Numérica de Dor (0-10), o índice de incapacidade pelo questionário Migraine Disability Assessment (MIDAS) e monitorado o uso de medicamentos. O registro da frequência cardíaca foi realizado com eletrocardiograma na derivação MC5 e o registro da pressão arterial batimento-a-batimento cardíaco através da fotopletismografia digital com o equipamento Finometer. Os dados foram coletados

de forma contínua e simultânea durante 10 minutos na posição supina. **Resultados:** O GC apresentou média de idade de 33 anos (DP=6) e índice de massa corporal de 23,8 kg/m<sup>2</sup> (DP=2,9). O grupo MC teve média de 32 anos (DP= 10) anos, índice de massa corporal de 25 kg/m<sup>2</sup> (DP=4,5) e média de 12 anos (DP=7) de cefaleia. A intensidade média de dor de cabeça no grupo MC foi de 8,1 (DP= 1,7). A incapacidade relacionada a migrânea foi leve (27,3%), moderada (18,2%) e severa (54,5%). Com relação às análises da VFC, VPA e SBR os grupos foram semelhantes em todos os parâmetros (p>0.05). **Conclusão:** Os resultados preliminares apontam que apesar do grupo MC apresentar dor crônica de intensidade moderada à severa, o mesmo não difere do controle quanto a modulação autonômica cardiovascular, analisadas pela VFC, VPA e SBR.

### MENINGITE CRIPTOCÓCICA COM APRESENTAÇÃO DE PAROXISMOS DE SÍNDROME DEFICITÁRIA DE NERVO OCULOMOTOR DIREITO E HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

**GUTIERRES, Verônica Carvalho**<sup>1</sup>; **PUPO, Brunella Flores**<sup>1</sup>; **MARTINS, Alessandra Castro**<sup>1</sup>; **LUBINI, Ricardo**<sup>1</sup>; **PONTALTI, Mariana Moraes**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Mãe de Deus

<sup>2</sup>Medicina, Médica do serviço de Neurologia do Hospital Mãe de Deus

**Contato com autor:** Endereço: Rua Dr Oscar Bittencourt 24, 303. Menino Deus. Porto Alegre. Cep: 90850-150.

**Introdução:** A meningite criptocócica é causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans*, que afeta principalmente imunossupressos, sendo a maioria desses com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e baixa contagem de células CD4. O diagnóstico é feito com a evidência do patógeno no líquido e o tratamento de indução é a associação de anfotericina B com fluticasona ou fluconazol e, após, manutenção com fluconazol. **Objetivo:** Relatar caso de apresentação atípica de meningite criptocócica como primeira manifestação de SIDA. **Metodologia:** revisão de prontuário e revisão bibliográfica na base de dados Pub med com os descritores: *Cryptococcal Meningitis* e *Intracranial hypertension*. **Relato do Caso:** sexo masculino, 36 anos de idade, cefaleia intensa na região frontal, caráter em "fincadas", contínua, com 10 dias de evolução. Procedimento de septoplastia precedendo em 5 dias o início da dor. Usou Amoxicilina e Clavulanato por sinusite; trocado para cefuroxima 4 dias antes da internação. Exames de imagem resultaram normais, afastando complicações de sinusite. Após período breve de resolução dor contínua, evoluiu com episódios paroxísticos de cefaléia excruciante, duração de até 15 minutos, ptose palpebral e midríase a direita, hipertensão arterial e bradicardia. Punção lombar: Pressão de abertura 400 cmH<sub>2</sub>O e análise líquor inicial sem alterações. Posteriormente, cultura

do líquido e hemocultura positivas para *Cryptococcus neoformans*, exame de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para *Cryptococcus neoformans*: 1/1024. Foi iniciada Anfotericina B e Fluconazol endovenoso e, pela persistência de paroxismos de hipertensão intracraniana, foi realizada derivação ventricular externa, com resolução clínica. Testes sorológicos confirmaram SIDA. Foi realizada monitorização da pressão intracraniana e feitas análises semanais de líquido para controle do tratamento. Após término de indução (28 dias), suspensa anfotericina B e em uma semana houve recorrência de cefaléia com confusão mental, ainda necessitando de drenagem líquórica, PCR com título de 1/1024; sendo re introduzida anfotericina B e, após 14 dias, trocada por Fluconazol com término de indução em 3 meses. Neste momento tinha Carga viral: 78.700 cópias / 4,90 log, Linfócitos T CD4: 28. Foi iniciada Terapia Antiretroviral em 45 dias após início da terapia antifúngica. **Resultados:** Paciente evoluiu com melhora neurológica lenta, tendo diversas complicações clínicas como sepse pulmonar e síndrome da angústia respiratória aguda. Em aproximadamente 3 meses de internação o mesmo já conseguia articular palavras e deambular. **Conclusão:** Meningite criptocócica é uma condição debilitante, sobretudo em SIDA sem tratamento. A apresentação de SIDA e SIRS desencadeada por essa patologia é rara.

**Palavras-chave:** Meningite Criptocócica. Cefaleia. Hipertensão intracraniana.

### EPIDEMIOLOGIA E FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALEIA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE CEFALÉIAS DE UM CENTRO TERCIÁRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

**ROJO joana luiza**<sup>1</sup> **MOURA talitha cristina maletta**<sup>1</sup> **MURTA nina rosa aparecida felisardo**<sup>2</sup> **MORAES helena providelli de**<sup>2</sup> **GOMEZ rodrigo santiago**<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica neurologista; Fellowship em Cefaléia do Programa de Residência Médica em Neurologia da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>2</sup> Médica Neurologista, Cefaliatra, Preceptora do Programa de Residência de Neurologia da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>3</sup> Médico Neurologista, Cefaliatra, Preceptor do Programa de Residência da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**Introdução:** A cefaleia é uma das queixas mais frequentes na prática médica, com uma prevalência anual estimada em torno de 50% entre os adultos. Na maioria dos casos se apresentam como o principal sintoma de uma cefaleia primária, podendo também estar presente em outras condições como, traumatismos cranioencefálicos, neoplasias, após uso abusivo de álcool dentre outros. **Objetivo:** Identificar a frequência dos diferentes diagnósticos de cefaleia e as características dos pacientes do Ambulatório de Cefaléias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

(AmbCef-UFMG). **Métodos:** Foram utilizados para os diagnósticos os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD3 - 2018), além da coleta de dados dos atendimentos dos pacientes no período de março a agosto de 2019. **Resultados:** Foram avaliados 245 pacientes, sendo 86% do sexo feminino e 14% do sexo masculino. A idade média foi de 47,06 anos. A cefaleia primária foi o diagnóstico mais prevalente sendo a migrânea sem aura o tipo de cefaleia primária mais comum, responsável por 40% dos diagnósticos, seguida de migrânea com aura, sendo 16,3% dos diagnósticos. Dentre as cefaleias secundárias, a hipertensão intracraniana idiopática foi o diagnóstico mais frequente, totalizando 17,1% dos casos. Além disso, foi identificada uma alta frequência de abuso de analgésicos, em 14,6% dos pacientes. Outro dado de grande impacto foi a alta prevalência de sintomas ansiosos e/ou depressivos presentes em 47,7% dos pacientes, associados a todos os tipos de cefaleia. **Conclusão:** Este estudo transversal é compatível com os dados sobre epidemiologia das cefaleias presentes nos demais estudos, sendo a migrânea a cefaleia primária mais presente nos atendimentos médicos. Além disso, a hipertensão intracraniana idiopática foi não só o tipo de cefaleia secundária mais frequente, mas também responsável por uma grande parcela dos pacientes atendidos neste ambulatório. Esse dado pode estar relacionado ao fato deste centro terciário ser uma referência para os serviços internos e externos de Oftalmologia. Também observamos uma alta prevalência de sintomas ansiosos e/ou depressivos associados a todos os tipos de cefaleia, o que também é visto na literatura, sendo um importante contribuidor para a refratariedade da resposta aos tratamentos oferecidos. Consideramos de grande importância, portanto, a sua abordagem e tratamento juntamente com o quadro de cefaleia.

**Palavras-chave:** Cefaleia.Migrânea.Epidemiologia.

## CEFALIA RELACIONADA AO ATO SEXUAL, ANÁLISE DE 18 CASOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS CASOS PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS

KAUP, Alexandre Ottoni<sup>1</sup>, GOULART, Lucas Guedes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurologista, Hospital Israelita Albert Einstein, SP, Brasil;

<sup>2</sup> Aluno da Faculdade de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, SP, Brasil

**Contato com autor:** KAUP, Alexandre Ottoni

E-mail: alexandrekaup@einstein.br

Av. Albert Einstein, 627 BL A1 Sala 109, São Paulo, Brasil - CEP 05652-000

**Introdução:** A cefaleia primária relacionada ao ato sexual (CPRAS) com prevalência estimada em 1% da população é descrita como uma cefaleia desencadeada pela atividade sexual, com início de uma dor surda bilateral, que aumenta com o aumento da excitação e se torna subitamente intensa no orgasmo, na ausência

de qualquer alteração intracraniana, sendo necessário ao menos dois episódios para o diagnóstico definitivo. A classificação da IHS recomenda que todo evento inicial de (CPRAS) seja investigado para se excluir hemorragia subaracnóide (HSA), dissecação de vasos cervicais ou intracranianos e a síndrome da vasoconstricção cerebral reversível (SVCR). **Objetivo:** Descrever características demográficas e clínicas de 18 casos de CRAS, 10 primários e 8 secundários, atendidos pelo mesmo neurologista (AOK). **Métodos:** A busca em prontuário eletrônico utilizando-se os termos cefaleia do ato sexual, cefaleia orgástica e cefaleia relacionada ao ato sexual identificou 18 pacientes com CRAS no período de 2006 a 2018, num universo de 6000 pacientes atendidos. Foram coletados dados demográficos e características da dor como lateralidade, localização, tipo de dor, duração, se desencadeada em outros tipos de esforço físico, o comportamento temporal da dor, o tratamento efetuado e o diagnóstico realizado nos casos secundários. **Resultados:** A idade média de início da dor para todos os casos, primários e secundários foi de 38.1 anos (15-54), 33.5 anos (15-51) e 43.8 anos (30-54) respectivamente. Observamos maior prevalência no sexo masculino sendo a proporção M:F 2.6:1, 2.3:1 e 3:1 considerando-se amostra total, primários e secundários. As co-morbidades mais frequentes para os casos primários foram migrânea 40%, tabagismo 30%, HAS, diabetes, ansiedade e obesidade 20%; para os casos secundários as mais frequentes foram HAS 50%, depressão 37%, ansiedade, uso de drogas e obesidade 25%. Nos casos primários a dor foi bilateral em 100%, occipital ou holocraniana em 60%, explosiva em 100%, desencadeada exclusivamente em ato sexual por 70% ou também pela masturbação em 30%. Para 66.5% a dor mais forte durou menos que 30 minutos e 20% referiram dor desencadeada por outro esforço físico. Cerca de 60% apresentou um período sintomático, 30% episódios de curta duração repetidos separados por anos (3-10 anos) e um paciente tinha dor há 25 anos com intervalos de meses entre os períodos sintomáticos. Propranolol 70% e indometacina 60%, foram os medicamentos mais utilizados e com boa resposta. Nos casos secundários a dor foi bilateral em 75%, occipital ou holocraniana em 87%, explosiva em 100% dos casos. Para 75% destes a dor mais forte durou mais que 30 minutos, 37.5% dos casos apresentaram sinais focais (hemiparesia, hipostesia e alteração visual), 25% relatou que a dor poderia ser desencadeada por outro esforço físico. Dois pacientes apresentaram recorrência da dor em intervalos maiores de 1 ano antes do diagnóstico. Dissecação de vasos cervicais 37.5%, SVCR 25%, AVCi, aneurisma cerebral não roto e um caso de hemorragia cerebral parenquimatosa que levou a morte com 12.5% foram os diagnósticos dos casos secundários. **Conclusões:** Menor idade de início do quadro, menor proporção entre os sexos foram as diferenças encontradas nesta amostra entre os casos primários e secundários de cefaleia relacionada ao ato sexual. Um paciente primário apresentava dor crônica há 25 anos. A forma secundária foi causada por dissecação de vasos cervicais, SVCR, aneurisma cerebral não roto e AVC isquêmico e hemorrágico. A realização de um estudo populacional se faz necessária para conhecermos o

comportamento desta condição, aumentando o número de casos e tirando o viés do serviço médico.

**Palavras-chave:** Cefaleia primária relacionada ao ato sexual. Cefaleia do ato sexual. Cefaleia orgástica.

## A UTILIZAÇÃO DE BLOQUEIOS NERVOSOS NO TRATAMENTO DA CEFALEIA EM SALVAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

**CRUZ, Isabella Chaves Lira<sup>1</sup>; LEMOS, Luísa Oliveira<sup>1</sup>; BOMFIM, Renata Castro Fagundes<sup>1</sup>; MARTINS, Camila de Assunção<sup>1</sup>; OLIVEIRA, Ranyelle Gomes de<sup>1</sup>; HERBAS, Marco Alejandro Menacho<sup>1</sup>; SILVA, Ledismar José<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, acadêmico(a) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

<sup>2</sup> Neurocirurgião funcional, mestre em Gerontologia e docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Contato com autor:** LEMOS, Luísa Oliveira  
E-mail: lululemos\_60@hotmail.com  
Rua 15, número 530, Setor Oeste, CEP: 74140-035.

**Introdução:** A cefaleia em salvas (CS) caracteriza-se por pelo menos cinco crises de dor severa, unilateral, com duração de 15 a 180 minutos, localização supraorbitária e/ou temporal, com frequência de 1 vez a cada dois dias a 8 vezes por dia. As crises devem ser acompanhadas de ao menos uma manifestação autonômica ipsilateral à dor. Possui duas formas clínicas: crônica e episódica. O tratamento da CS crônica refratária pode ser realizado pelo bloqueio neural de determinados alvos, que consiste na aplicação de anestésicos locais a fim de inibir transitoriamente a condução dos sinais nociceptivos. Os alvos incluem o gânglio esfenopalatino (SPG) e o nervo occipital (NO). **Objetivo:** Este estudo visa levantar os tipos de bloqueios neurais eficazes no tratamento da CS, bem como elucidar sua viabilidade e aplicabilidade. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Foram incluídos artigos de 2015 a 2019 e que envolviam estudos em humano. A base de dados selecionada para a pesquisa de estudos clínicos controlados foi o PubMed, utilizando-se as palavras-chave “cluster headache AND nerve block”. **Resultados:** Foram selecionados 12 estudos. Em um deles foi mostrado que a utilização de bloqueios anestésicos (BA) é muito frequente nos hospitais de terceiro nível (79,16%) pelos profissionais neurologistas, sobretudo no tratamento da CS, sendo o segundo mais utilizado. Quatro estudos evidenciaram a eficácia do BA do SPG, que mostrou vantagem em relação à terapia padrão. Dentro da classificação da dor, em uma escala numérica de (0 - 10), os pacientes relataram queda do nível da dor. Um dos estudos preferiu o bloqueio do SPG com Onabotulinumtoxin, que revelou ser de grande eficácia na redução da CS. Dois dos estudos evidenciaram que o BA do NO maior com injeção de anestésico locais e/ou esteroides tem efeito preventivo na CS, enquanto que outros dois estudos mostraram redução significativa na frequência de ataque, intensidade e duração dos episódios de dor para CS crônica e aguda quando utilizado o BA no NO. Tanto a estimulação quanto o bloqueio do NO no pós-

operatório de um total de sete pacientes com cefaleia em salvas fizeram com que houvesse acentuado alívio da dor. Entretanto esta é uma questão que requer mais investigação. **Conclusão:** A CS é uma condição que interfere de maneira significativamente negativa na vida dos pacientes, sendo tratada em hospitais de terceiro nível. A segunda abordagem terapêutica mais utilizada consiste em bloqueios anestésicos que podem ser feitos no gânglio esfenopalatino ou no nervo occipital. Os achados indicam que tanto a estimulação quanto o bloqueio do NO no pós-operatório trouxeram resultados positivos aos pacientes, além disso, o bloqueio anestésico do SPG mostrou vantagem em relação à terapia convencional. Ainda são necessários mais estudos para elaboração de um consenso entre a melhor abordagem de tratamento e a clínica do paciente.

**Palavras-chave:** Cefaleia em salvas. Bloqueio neural. Tratamento. Cefaleia crônica.

## NEUROPATIA OFTALMOPLÉGICA DOLOROSA : RELATO DE UM CASO.

**FERREIRA, Carlos Alberto ; FELICIO Andre Carvalho .**

<sup>1</sup> Faculdade IPMED de Ciências Médicas, São Paulo, SP.

A Neuropatia Oftalmoplégica Dolorosa (NOD) recorrente foi descrita por Gubler em 1860, porém somente em 1890 Charcot introduziu o termo “Migraine Ophtalmopilégique”, é extremamente rara e de etiologia controversa, caracterizando-se por crises recorrentes de cefaleia unilateral fixa, parestesia de um ou mais nervos oculomotores homolaterais à dor, com duração de uma ou mais semanas e um período de latência entre a cefaleia e oftalmoplegia de cerca de 04 dias. Uma característica fundamental é a reversibilidade espontânea dos achados de oftalmoplegia. **Material e métodos:** Relatar um caso de NOD, chamando a atenção para esta patologia no diagnóstico diferencial das oftalmoparesias dolorosas. **Resultado:** Paciente de 40 anos, sexo feminino, procurou atendimento em 21/06/2018 com queixa de cefaleia , piorando em intensidade e frequência (02 episódios) fev/18 e junho/18 . As dores eram de forte intensidade, difusa e generalizada e não pulsátil. O primeiro episódio foi em 02/2018, na ocasião associado a síncope. Após a primeira semana de dor apresentou diplopia com estrabismo convergente ( paralisia do VI nervo craniano à direita ) que regrediu espontaneamente após 40 dias. Foram solicitados ressonância magnética do crânio e órbitas normais, sendo a hipótese de NOD recorrente sugerida. **Conclusão:** NOD é uma causa infrequente de dor e deve ser lembrada como diagnóstico diferencial das oftalmoparesias dolorosas.

**Palavras-chave:** Síncope, Migrânea, Enxaqueca Oftalmoplégica, Neuropatia Oftalmoplégica dolorosa recorrente.

## DISSECÇÃO DA ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE CEFALEIA TRIGÊMINO AUTÔNOMICA: RELATO DE CASO

CARVALHO GUTIERRES, Verônica <sup>1</sup>, COSTA, Marília<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Mãe de Deus

<sup>2</sup> Médica Neurologista no Hospital Santa Cruz

**Contato com autor:** Verônica Carvalho Gutierrez

Email: veronica.neuro@gmail.com

Endereço: Rua Dr Oscar Bittencourt 24, 303. Menino Deus. Porto Alegre. Cep: 90850-150.

**Introdução:** A dissecção carotídea é uma ocorrência rara, com incidência populacional de 1,7 a 3 / 100.000 por ano. Contudo, é a principal causa de acidente vascular cerebral (AVC) em indivíduos com menos de 45 anos causando até 25% dos AVCs em adultos jovens. Sua etiopatogenia é controversa, acredita-se que haja associação de predisposição genética (síndrome de Ehler-Danlos, Marfan, displasia fibromuscular, osteogênese imperfeita, etc.), fatores ambientais (infecção recente, trauma ou manipulação cervical) e fatores de risco (hipertensão, migrânea, e índice de massa corporal) para o seu desenvolvimento. **Objetivo:** Relatar um caso de dissecção carotídea espontânea com apresentação atípica em forma de cefaleia trigÊMino autonômica.

**Metodologia:** Realizada avaliação do paciente, revisão do prontuário e breve revisão bibliográfica na base de dados Scielo e UpToDate com os descritores Artery dissection e Carotid dissection. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 48 anos, procurou atendimento ambulatorial com queixa de cefaléia com evolução de semanas. Sem tratamento específico. Relata que a cefaléia foi de início súbito, que atingiu sua intensidade máxima dentro de um minuto. Após sua instalação, a dor apresentou as seguintes características: dor orbital, supraorbital a esquerda, acompanhada por fenômenos autonômicos. Hipertenso, estava em uso de losartana. O exame neurológico interictal era normal. Em virtude da instalação súbita da cefaleia, o paciente foi encaminhado para investigação complementar com ressonância magnética (RM) de crânio e angiorressonância arterial de crânio, as quais evidenciaram os respectivos resultados: RM de crânio normal; angiorressonância arterial de crânio evidenciou aumento do calibre do segmento extracraniano na artéria carótida interna esquerda e segmentos Lácer e Petroso intracranianos, associado a imagem em crescente, achados que sugerem dissecção arterial. **RESULTADOS:** Foi iniciada terapia antiplaquetária como prevenção primária de evento isquêmico. O paciente evoluiu com melhora da cefaleia e segue assintomático. **Conclusão:** A apresentação clínica da dissecção arterial é variável. Cefaleia ipsilateral e sintomas focais são frequentemente associados à áreas isquêmicas. Seqüelas neurológicas podem resultar de isquemia cerebral por tromboembolismo, principal mecanismo, hipoperfusão ou ambas. A dissecção e a dilatação aneurismática podem causar sintomas locais da compressão dos nervos adjacentes e de seus vasos

de alimentação, podendo resultar em dor, Síndrome de Horner (25% dos casos) ou envolvimento da raiz do nervo cervical. O sintoma inicial mais frequente é a cefaleia e/ou dor cervical, encontrada em 60 a 90% dos casos. Cefaleia em Thunderclap, como no caso relatado, pode ocorrer em até 20% dos pacientes. Outras manifestações podem incluir zumbido, sopro arterial, ou sensibilidade no couro cabeludo. Após suspeita clínica, exames como RM ou tomografia computadorizada devem ser realizado. A angiografia endovascular é utilizada com cautela devido à possibilidade de agravamento iatrogênico. As evidências sugerem que não há vantagem da anticoagulação sobre o tratamento antiplaquetário e não há dados concretos sobre a duração ideal da terapia antitrombótica. Após três a seis meses, sugere-se repetir imagens para avaliar o estado vascular e direcionar o tempo de tratamento de acordo com os achados de cicatrização da parede do vaso ou resolução de anormalidades vasculares.

**Palavras-chave:** Dissecção arterial. Cefaleia trigÊMino autonômica. Dissecção carotídea.

## NEUROPATIA OFTALMOPLÉGICA DOLOROSA : RELATO DE UM CASO.

FERREIRA, Carlos Alberto <sup>1</sup>; FELICIO Andre Carvalho <sup>1</sup>.

Faculdade IPEDMED de Ciências Médicas, São Paulo, SP.

**Introdução:** A Neuropatia Oftalmoplégica Dolorosa (NOD) recorrente foi descrita por Gubler em 1860, porém somente em 1890 Charcot introduziu o termo "Migraine Ophtalmopilégique", é extremamente rara e de etiologia controversa, caracterizando-se por crises recorrentes de cefaleia unilateral fixa, paresia de um ou mais nervos oculomotores homolaterais à dor, com duração de uma ou mais semanas e um período de latência entre a cefaleia e oftalmoplegia de cerca de 04 dias. Uma característica fundamental é a reversibilidade espontânea dos achados de oftalmoplegia. **Material e métodos:** Relatar um caso de NOD, chamando a atenção para esta patologia no diagnóstico diferencial das oftalmoparesias dolorosas. **Resultado:** Paciente de 40 anos, sexo feminino, procurou atendimento em 21/06/2018 com queixa de cefaleia, piorando em intensidade e frequência (02 episódios) fev/18 e junho/18. As dores eram de forte intensidade, difusa e generalizada e não pulsátil. O primeiro episódio foi em 02/2018, na ocasião associado a síncope. Após a primeira semana de dor apresentou diplopia com estrabismo convergente (paralisia do VI nervo craniano à direita) que regrediu espontaneamente após 40 dias. Foram solicitados ressonância magnética do crânio e órbitas normais, sendo a hipótese de NOD recorrente sugerida. **Conclusão:** NOD é uma causa infrequente de dor e deve ser lembrada como diagnóstico diferencial das oftalmoparesias dolorosas.

**Palavras-chaves:** Síncope, Migrânea, Enxaqueca Oftalmoplégica, Neuropatia Oftalmoplégica dolorosa recorrente.

## HEMICRANIA CONTINUA COMO APRESENTAÇÃO DE PROLACTINOMA EM GESTANTE

**SUBTIL VIUNISKI, Verena<sup>1</sup>; ALMUDI SOUZA, Mariana<sup>2</sup>; ROCHA DOS SANTOS, Marco Antônio<sup>2</sup>; GOMES LONDERO, Renata<sup>3</sup>; ÁVILA DUARTE, Juliana<sup>4</sup>;**

<sup>1</sup> Médica Neurologista, Pós-graduada em Neurologia Vascular, Mestranda em Ciências Médicas - Neurociências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>2</sup> Médico(a) Residente do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>3</sup> Médica Neurologista, Coordenadora do Ambulatório de Cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup> Médica Radiologista, Especialista em Neuroradiologia, Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Introdução:** Já está bem estabelecida na literatura a relação entre as cefaleias trigêmino-autonômicas e adenomas hipofisários. Os mecanismos envolvidos ainda não estão bem estabelecidos, mas as hipóteses aventadas incluem compressão mecânica pela lesão de estruturas como o seio cavernoso, estiramento dural e pressão intrasselar, porém estudos recentes indicam que exista envolvimento da atividade tumoral em si, associada a disfunção do eixo dopamina-prolactina com a expressão de "peptídeos nociceptivos" como o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CRGp), substância P, neuropeptídeo Y e polipeptídeo vasoativo intestinal (VIP), apesar de não existir na literatura até o presente momento uma associação significativa. **Objetivo e métodos:** O presente trabalho visa relatar o caso de uma paciente feminina, 28 anos, com diagnóstico de macroprolactinoma há 4 anos e acompanhamento regular no ambulatório de endocrinologia. Em 06/06/2019 internou (13ª semana de gestação) com história de cefaleia nova iniciada meses antes, associada a sintomas autonômicos. Dois dias antes da internação consultou no serviço de endocrinologia por congestão nasal e sintomas de trato respiratório alto, sendo instituído tratamento para rinossinusite com amoxicilina e budesonida. Características da cefaleia: dor periocular e zigomática direita com irradiação para ouvido, de caráter latejante, intensa, que incapacitava paciente para atividades diárias, com dolorimento basal constante e associada a hiperemia conjuntival, lacrimejamento e obstrução nasal ipsilateral. Sem alívio ao uso do paracetamol que previamente aliviava eventuais cefaleias frontais, de intensidade moderada, usualmente no período menstrual. O diagnóstico do adenoma hipofisário se deu durante investigação de amenorreia em 2015, com nível sérico de prolactina 211 ng/mL, à época não apresentou cefaleia ou outros sintomas. Foi observada à ressonância magnética lesão selar com extensão supra selar impregnada por contraste (1,3x1,1cm). Instituiu-se tratamento com cabergolina 0,5mg 2-3x/semana, com normalização do nível de prolactina. Em abril de 2018 a paciente manifestou desejo de gestar. Iniciada bromocriptina,

mas por não tolerar efeitos colaterais, retomou o uso da cabergolina em janeiro de 2019, medicação suspensa após confirmada gestação em 23/04/2019. No exame realizado na presente internação as dimensões do adenoma eram 1x0,7x0,7cm, sinalizado contato com o quiasma óptico, sem evidência de compressão. Durante a internação hospitalar, a paciente foi manejada com bloqueio anestésico dos nervos occipitais direitos com 1,5mL de Lidocaína 2% e verapamil 80mg de 12/12h como profilaxia e com lidocaína intranasal para alívio das crises, com melhora parcial, mas progressiva resposta. **Resultados:** Devido à ausência da Bromocriptina no mercado, foi acordado com as equipes da obstetrícia e endocrinologia que se não houvesse redução das crises, seria retomada a Cabergolina no retorno ambulatório. No final do mês de julho retomou cabergolina. Duas semanas após o início da cabergolina paciente evoluiu cessação das crises. **Conclusão:** Este caso ilustra a relação estreita da atividade hipofisária com as cefaleias trigêmino-autonômicas. O nível de prolactina sérica em gestantes usual é de 10-209 ng/mL, e neste caso não foi aferido por se considerar não útil, mas de forma interessante o uso do bloqueador da produção de prolactina levou a cessação da cefaleia.

**Palavras-chave:** Hemicrania Continua, Adenoma hipofisário, Prolactina sérica

## TUMORES HIPOFISÁRIOS E CEFALEIA: REVISÃO DA LITERATURA

**MOURA, talitha cristina maletta de<sup>1</sup> ROJO, joana luiza<sup>1</sup> MORAES, helena providelli de<sup>2</sup> MURTA, nina rosa aparecida felisardo<sup>2</sup> GOMEZ, rodrigo santiago<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médica neurologista e Fellow em Cefaleias do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>2</sup> Médica neurologista, Cefaliatra e Preceptora do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>3</sup> Médico neurologista, Cefaliatra, Preceptor e Coordenador do Ambulatório de Cefaleia do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

**Contato com autor:** Talitha Cristina Maletta de Moura  
E-mail: talithacmm@gmail.com

**Introdução:** Considerando que cefaleia e adenoma hipofisário são duas condições relativamente comuns na população em geral, não é raro nos depararmos com estudos de neuroimagem para investigação de cefaleia secundária com alterações sugestivas de tumor pituitário. Configura grande desafio, neste contexto, interpretar adequadamente se há relação causal entre essas condições e se há evidências suficientes para direcionar a condução desses casos. **Objetivo:** Revisar a literatura mais recente a respeito da epidemiologia, fisiopatologia e manejo dos pacientes com cefaleia e tumores da hipófise. **Métodos:** Foi realizada pesquisa na base de dados do PUBMED, buscando-se publicações cadastradas até agosto de 2019, utilizando-se os descritores "pituitary tumor" e "headache". Foram encontradas 35 revisões, 3 com títulos relevantes.

Foram testados, ainda, revisão sistemática, ensaios clínicos randomizados e metanálises mas não foram identificados resultados com essas especificações.

**Resultados:** Adenomas correspondem à maioria dos tumores derivados da hipófise, sendo ainda as lesões expansivas intracranianas mais comuns. Cerca de 30-35% dos tumores da hipófise são silenciosos, sendo os demais classificados como secretores. Paralelamente, a cefaleia é uma condição comum na população geral (50%), sendo também sintoma recorrente em pacientes portadores de tumores hipofisários (37,5-70%). Neste contexto, a relação entre as duas condições deve ser interpretada com cautela, já que os fatores de risco reconhecidos para cefaleia em pacientes com tumor de hipófise são equivalentes à população geral. Com relação à apresentação clínica da dor, diferentemente das cefaleias com semiologia migranosa ou tensional, as duas mais frequentemente descritas nas revisões citadas, cefaleias do tipo trigêmeino-autônômicas, apesar de também raras no grupo de pacientes com tumor hipofisário, parecem aparecer em proporção maior que na população geral. Esse achado foi descrito por Levy e colaboradores e já foi corroborado por várias séries de casos. Com relação à fisiopatologia da dor, a maioria dos estudos não conseguiu correlacionar tamanho do tumor e gravidade da dor. Levy e colaboradores identificaram melhora com análogos de somatostatina em paciente com acromegalia, mas o mesmo resultado não foi visto no tratamento com dopa-agonistas em pacientes com prolactinoma. Wolf e colaboradores encontraram maior ocorrência de cefaleia em pacientes com tumores secretivos em geral, mas outros estudos falharam em encontrar essa relação. Expressão de peptídeos nociceptivos e pressão elevada na sela túrcica também têm sido consideradas na gênese da dor. Em estudo recente, Yu e colaboradores conseguiram demonstrar correlação entre invasão de seio cavernoso e lateralidade da dor, podendo este ser também um fator de risco. O tratamento da dor permanece empírico, já que não há estudos controlados nessa área. Devem ser identificados os pacientes com indicação de tratamento, seja por distúrbio hormonal, seja por compressão de estruturas adjacentes, sendo que a cefaleia por si só não indica, habitualmente, tratamento hormonal ou cirúrgico.

**Conclusão:** A relação entre cefaleia e adenoma hipofisário permanece incerta. Provavelmente a minoria está relacionada diretamente com a lesão hipofisária. A presença de disfunção hormonal, alterações visuais ou cefaleia trigêmeino-autônômica exigem investigação por imagem. A abordagem multidisciplinar parece ser muito importante no momento de interpretar e abordar adequadamente pacientes com cefaleia e tumores hipofisários.

**Palavras-chave:** Adenoma. Cefaleia. Trigêmeino-autônômica. Tumor hipofisário.

**SOARES<sup>1</sup> Jeremias regis de mattos, GOMES<sup>1</sup> roberta peconick de magalhães, SIMON<sup>2</sup> wander César júnior**

<sup>1</sup> Graduando em Medicina pela Unifaminas. Muriaé.MG.

<sup>2</sup> Médico. Graduado pela Universidade Iguacu. Campus V. Itaperuna.RJ, pós-graduado em Endocrinologia e Metabologia pelo IPEDM. Rio de Janeiro.RJ.

**Contato com autor:** SOARES, jeremias regis de mattos

E-mail: jeremattos1991@gmail.com

Endereço: Avenida Doutor Passos,535, apartamento 303, Barra, Muriaé.MG.

**Introdução:** A Cefaleia, por uso Excessivo, de medicamentos é uma entidade crônica que acontece, em especial, previamente em pacientes com cefaleias primárias do tipo migrânea. O uso intempestivo de analgésicos para alívio sintomático é considerado um agravante do quadro, que não apresenta benefícios na sintomatologia e, por fim, acarreta a limitações em suas tarefas cotidianas. Acomete, majoritariamente, em indivíduos do sexo Feminino, e a retirada abrupta da medicação piora os sintomas e, passada a fase de abstinência, há melhora, momento propício onde se deve usar medicação profilática. **Objetivos:** Mostrar um caso típico de cefaleia por abuso de medicações, do tipo tensional, em paciente jovem, mulher, hígida, fazendo uso de anticoncepcional oral e em uso exagerado de substâncias para controle da situação, gerando um quadro rebote. **Métodos:** Para a construção do relato de caso foram necessários dados de consultas médicas com revisão do prontuário da paciente, em questão, onde referiu os sintomas, com posterior diagnóstico e conduta. Foi solicitado exame de neuroimagem para descartar possíveis lesões expansivas. **Resultados:** Paciente LCCS, 26 anos, sexo feminino, branca, residente e natural de Muriaé-MG. Iniciou com quadro de cefaleia bitemporal pulsátil há 1 ano com duração, inicialmente, de 2 a 3 dias, que melhorava com uso de Codeína 30mg 6/6h, Paracetamol 500mg 6/6h e Novalgina 1g 6/6h. Evoluiu para duração de 1 semana, sem melhora com as medicações citadas. A piora das dores sempre ocorre no final dos dias. Nega comorbidades, em uso de Drospironona. Refere em seu histórico familiar, mãe possuir enxaqueca. Nega tabagismo. Alega etilismo esporádico. Resultado da RNM de Crânio com contraste iodado: sem anormalidades. Paciente recebeu alta do episódio com tratamento domiciliar com: Prednisona 60mg 1x ao dia durante 10 dias, e, logo após, retirada gradual, juntamente com Sumatriptana + Naproxeno + Domperidona 10mg, nas crises. Feito orientações gerais, como: evitar o excesso de cafeína, retirou-se os analgésicos utilizados e a pílula anticoncepcional. Paciente segue sem crises. **Conclusão:** Este tipo de cefaleia torna-se desesperador para o portador, na medida em que são utilizadas doses crescentes de medicações para alívio sintomático das crises algícas. O fato tende a se agravar se não for introduzido o tratamento correto, que não é feito com os mesmos Analgésicos, rotineiros. Normalmente, nestes casos, são utilizados Corticosteróides, como profilaxia, devendo o paciente ter um acompanhamento médico, e, exames de

## CEFALÉIA POR ABUSO DE ANALGÉSICO: RELATO DE CASO

imagem poderão ser solicitados para descartar outras enfermidades.

## ESTUDO DO FENÓTIPO DE CEFALEIA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA

**MORAES Helena Providelli de<sup>1</sup>; MURTA Nina Rosa Aparecida Felisardo<sup>1</sup>; GOMEZ Rodrigo Santiago<sup>2</sup>; ROJO Joana Luiza<sup>3</sup>; MOURA Talitha Cristina Maletta<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Médica Neurologista, Cefaliatra, Preceptora do Programa de Residência da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>2</sup> Médico Neurologista, Cefaliatra, Preceptor do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>3</sup> Médica neurologista; Fellowship em Cefaleia do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

**Contato com autor:** Helena Providelli de Moraes

E-mail: helenaprovidelli@yahoo.com.br

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 271, – Centro . CEP: 30150-260. Belo Horizonte – MG.

**Introdução:** A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão intracraniana sem causa aparente na qual a presença de cefaleia é o sintoma mais comum e pode acometer até 90% dos pacientes. Não existe um padrão clássico definido para a cefaleia, embora na maioria dos estudos a maior prevalência seja do fenótipo migranoso – o que parece associar, em determinados aspectos fisiopatológicos, o diagnóstico de migração e HII. **Objetivo:** Adquirir maior conhecimento em relação ao fenótipo da cefaleia associada a HII e correlacionar os dados com a presença do diagnóstico prévio ou história familiar de migração. **Metodologia:** Realizada análise de dados de 15 pacientes com o diagnóstico de HII que foram atendidos em um serviço de atendimento médico terciário de Minas Gerais, durante o mês de agosto de 2019. Foram analisadas as características da cefaleia na época do diagnóstico inicial considerando o ICHD-III. **Resultados:** A média de idade dos pacientes avaliados foi de 36 anos com predomínio do sexo feminino, com apenas 6,6% do sexo masculino (N=1). O fenótipo de cefaleia encontrado com maior prevalência foi o migranoso com predomínio em 66% dos pacientes avaliados (N= 10). Foi encontrado que 53,3% (N=8) dos pacientes avaliados apresentavam diagnóstico prévio ou história familiar de pelo menos 01 parente de primeiro grau com diagnóstico de migração com ou sem aura. Destaca-se ainda que 73% (N=10) dos pacientes avaliados persistiam com quadro de cefaleia episódica ou recorrente apesar do controle da HII, sendo que desses pacientes 81% são do grupo que apresentavam diagnóstico prévio ou história familiar de migração. Outro dado interessante é de que 60% (N=9) dos pacientes avaliados apresentavam comorbidades psiquiátricas, sendo o diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo o mais prevalente. Quando se considera apenas os pacientes com fenótipo de cefaleia

migranosa a presença de comorbidades psiquiátricas aumenta para 70%. **Conclusão:** A persistência da cefaleia não é um parâmetro válido para o controle de sucesso de tratamento na HII. Considerando o predomínio do fenótipo migranoso e a persistência da cefaleia apesar do controle da HII, estratégias para o controle da dor migranosa também devem ser consideradas no seguimento longitudinal desses pacientes.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Hipertensão intracraniana idiopática. Migração.

## INVESTIGAÇÃO DE FÍSTULA LIQUÓRICA EM PÓS-OPERATÓRIO DE MUCOCELE ETMOIDAL COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA

**CARVALHO GUTIERRES Verônica<sup>1</sup>; PERIN Daiana Paola<sup>2</sup>; ZSCHORNACK STRELOW Matheus<sup>3</sup>; PILLE Arthur<sup>3</sup>; PINTO VIDOR Liliane<sup>4</sup>; SCARANTO COSTA Leticia<sup>5</sup>; GOMES LONDERO Renata<sup>6</sup>.**

<sup>1</sup> Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Mãe de Deus

<sup>2</sup> Medicina, Neurologista, Pós-graduação em Neurovascular, Fellow em Cefaleia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>3</sup> Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>4</sup> Odontologia, Especialista em DTM & Dor Orofacial, Especialista em

Tratamento da Dor e Medicina Paliativa, Fellow em Cefaleia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>5</sup> Medicina, Neurologista, Especialista em Epilepsias e Neurofisiologia Clínica, Fellow em Cefaleia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>6</sup> Medicina, Neurologista, Coordenadora do Ambulatório de Cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Contato com autor:** Verônica Carvalho Gutierrez

Email: veronica.neuro@gmail.com

Endereço: Rua Dr Oscar Bittencourt 24, 303. Menino Deus. Porto Alegre. Cep: 90850-150.

**Introdução:** O extravasamento de líquido cefalorraquidiano (LCR) pode ter diversas etiologias: traumático, iatrogênico, associado a tumores, ou espontâneo. As fístulas liquóricas (FL) são uma complicação conhecida da cirurgia dos seios paranasais, principalmente em cirurgias endoscópicas de face, com uma incidência desta complicação variando de ,% a ,%. **Objetivo:** Relatar caso de apresentação atípica de cefaleia por hipotensão liquórica secundária à presença de fístula liquórica decorrente do pós-operatório de mucocele etmoidal. **Metodologia:** avaliação do paciente, revisão do prontuário médico e breve revisão bibliográfica na base de dados Medline com os descritores: Cerebrospinal fluid fistula e postoperative CSF fistula. **Relato Do Caso:** Paciente masculino, anos, internou no HCPA para investigação de cefaleia hemcraniana direita, pulsátil, de forte intensidade, por vezes associada

à hiperemia, edema periorbitário, lacrimejamento, rinorreia, sem relação à posição postural, que piorava com esforço físico e/ou valsalva, sendo refratária à analgesia. Este padrão dacefaléia iniciou após cirurgia endoscópica nasal para remoção de mucocelofronto-etmoidal em . Em uma segunda intervenção cirúrgica no mesmo ano, não houve alteração no padrão da dor. Na investigação atual, procedeu-se: i) punção lombar: pressão de abertura de mmHO e análise de líquido cefalorraquiano sem alterações; ii) exploração cirúrgica endoscópica dos seios paranasais, sem extravasamento de fluoresceína; iii) duas cisternotomografias: somente na segunda, foi identificado o local da fístula. Para controle da dor realizou-se bloqueio dos nervos occipitais maiores com lidocaína 1% sem vasoconstritor. Além disso, realizado ajuste de dose dos fármacos utilizados pelo paciente.

**Resultados:** O diagnóstico mais provável é de FL de baixo débito, e há plano para correção neurocirúrgica da fístula. O bloqueio promoveu alívio parcial da dor em um primeiro momento. No entanto, o esforço físico remeteu ao quadro de cefaleia inicial. O bloqueio segue sendo realizado com boa resposta no controle da dor. Em uso de fluoxetina 20 mg/dia, gabapentina 300 mg/dia e clorpromazina 25 mg para resgate de dor. **Conclusão:** A verificação de uma FL pode ser difícil e a rinorreia pode não ser tão frequente, devido ao fato que pouca quantidade de LCR pode fluir intermitentemente através de uma pequena fístula. Atualmente carecemos de um exame padrão-ouro para confirmar a ocorrência e localizar a FL. A tomografia computadorizada dos seios paranasais e do osso petroso ou a ressonância magnética com análise de fluxo líquido oferecem informações sobre a localização, mas não são adequados como métodos de triagem. A cisternotomografia, a cisternografia com DTPA e a injeção de fluoresceína intratecal são métodos de melhor rendimento, entretanto invasivos. A cefaleia de característica postural é o alerta para considerarmos hipotensão intracraniana. Apresenta início súbito ou gradual, geralmente em minutos a horas após ficar sentado ou em pé, raramente manifesta-se em thunderclap, sendo frequentemente latejante e de leve a forte intensidade, com localização variável. Contudo, muitas vezes a mesma não tem esta característica ou modifica-se, podendo ocorrer cefaleia paradoxal pior com decúbito e melhor em ortostatismo; ser mais proeminente ao final do dia; ser intermitente ou mimetizar a cefaleia primária da tosse ou cefaleia primária por esforço/valsalva, como observado no presente caso.

**Palavras-chave:** Fístula líquórica. Fístula líquórica pós-operatória. Cefaleia por hipotensão líquórica.

## CEFALÉIA EM SALVAS CRÔNICA: RELATO DE CASO

IBRAIM FILHO<sup>1</sup>, Maurício Rosendo; LIMA<sup>1</sup>, Mariana Reis; TAVARES<sup>1</sup>, Graciliano Pires; BRANDÃO<sup>1</sup>, Christiane Costa Cunha<sup>2</sup>; DURSO, Braz Campos; CARVALHO<sup>3</sup>, Alexandre Marcelo de

<sup>1</sup> Alunos do curso de graduação em Odontologia da UNIFAGOC

<sup>2</sup> Professor do curso de Odontologia da UNIFAGOC, Especialista em Estomatologia (UFRJ), Mestre em Patologia Bucal (FOB-USP) e Doutorando em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (São Leopoldo Mandic)

<sup>3</sup> Coordenador do curso de Odontologia da UNIFAGOC, Especialista em Periodontia (PUC-Rio), Especialista em Implantodontia (ABO-JF), Mestre em Periodontia (São Leopoldo Mandic) e Doutor em Ciências Odontológicas (São Leopoldo Mandic)

**Contato com autor:** Braz Campos Durso

E-mail: brazdurso@gmail.com

Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho número 20 bairro Seminário

Ubá - Minas Gerais

Cep 36500-000

**Introdução:** A cefaleia em salvas é uma cefaleia primária grave e incapacitante que pertence ao grupo das cefaleias trigeminiais autônomas. É um tipo de cefaleia bastante rara em comparação com a enxaqueca e os pacientes demoram em média mais de 5 anos para receberem o diagnóstico correto. De acordo com os critérios da terceira edição da Classificação Internacional das Cefaleias, caracteriza-se por crises episódicas de cefaleia unilateral com duração variando de 15 a 180 minutos, acompanhadas de sintomas parassimpáticos ipsilaterais. A maioria dos pacientes tem periodicidade circanual e circadiana. Uma parte desses pacientes se tornam crônicos, não ficando mais de um mês sem dor no período de um ano e 10% destes se tornam refratários aos tratamentos farmacológicos. **Objetivo:** Através da apresentação de um caso clínico demonstrar a dificuldade diagnóstica de diferentes profissionais da área da saúde frente a essa rara condição clínica, bem como a catastrofização presente no paciente devido ao atraso em ter um diagnóstico. **Relato do caso:** GMS, 47 anos, sexo masculino procurou a faculdade com queixa de “dor do lado direito da face que começava no olho e as vezes subia para a cabeça e/ou nariz”. A dor nos seus primórdios era episódica passando com o tempo a apresentar surtos de longa duração, sugerindo a transformação para uma forma crônica. O quadro algico estava associado a fenômenos autonômicos homolaterais: lacrimejamento, vermelhidão com congestão ocular e ptose palpebral parcial. A dor manifestava-se somente no lado direito da face. Durante a anamnese a dor foi descrita como intensa, horrível e insuportável. No início a dor ocorria sempre próximo da meia noite, passando depois a ocorrer em outros horários e mais de uma vez durante o dia. O paciente ressaltou ainda uma sensação de impotência frente as crises algicas, sentindo grande agitação e vontade de parar de viver. O paciente procurou ajuda profissional entre os seguintes especialistas neurologista, otorrinolaringologista e oftalmologista respectivamente. Estes profissionais o avaliaram e fizeram intervenções terapêuticas para a condição, prescrevendo os seguintes fármacos: Sumaxpro, Buspirona e Cetrolac, sem êxito no alívio do quadro algico. Os exames de neuroimagem (tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), solicitado pelos profissionais que o avaliaram anteriormente, não forneceram subsídios para o diagnóstico etiológico. Esse fato associado a ineficácia terapêutica contribuiu para o desespero do paciente

frente a sua condição clínica e a certeza para este de que nada mais poderia conseguir ajudá-lo. Após ampla explicação das características clínicas da sua condição, ressaltando a necessidade de um controle permanente, foi instituído para o paciente o uso de oxigênio puro, o que, até o momento, está conseguindo minimizar o sofrimento e reduzir a duração das crises do paciente, sendo o mesmo concomitantemente encaminhado para acompanhamento psicológico. **Conclusão:** O caso clínico apresentado corrobora a necessidade de um maior treinamento dos profissionais da área de saúde no que tange ao diagnóstico diferencial das dores na região orofacial para que essa forma de cefaleia ainda pouco reconhecida, apesar de possuir manifestação clínica característica, não seja subdiagnosticada.

**Palavras-chave:** Cluster headache. Diagnostic mistake. Therapeutic error. Refractory

#### Referências:

1. Buture A et al. (2019) Systematic literature review on the delay in the diagnosis and misdiagnosis of cluster headache. *Neurological Sciences* 40:25-39
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). (2018) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 38:1-211
3. Louter MA et al. (2016) Cluster headache and depression. *Neurology* 87:1-8
4. Fantini J, Sartori A, Granato A, Manganotti P, (2017) The reappearance of hemiplegic cluster headaches: a case report and review of the literature. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.04.005>
5. Rozen RD; Fishman RS (2012) Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. *Headache* 52:99-111
6. Vollesen AL et al (2018) Migraine and cluster headache - the common link. *The Journal of Headache and Pain* 19:89-103
7. S. Y. Ha and K. M. Park, (2019) Alterations of structural connectivity in episodic cluster headache: A graph theoretical analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.01.007>
8. Jurno ME et al. (2018) Epidemiologic study of cluster headache prevalence in a medium-size city in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 6(7):467-472

## CEFALEIA NUMULAR: RELATO DE CASO

**VILAR, amanda maria gonçalves firmino<sup>1</sup>; MELO, adailton Araújo ferreira de<sup>2</sup>; BASTOS, mariana cota<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Médica Residente do 3º ano de Neurologia do Hospital Geral do Estado de Alagoas- HGE-AL

<sup>2</sup>Médico Residente do 2º ano de Neurologia do Hospital Geral do Estado de Alagoas- HGE-AL

<sup>3</sup>Neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HUPAA, responsável pelo Ambulatório de Cefaleias.

**Introdução:** A cefaleia numular ou cefaleia em forma de moeda (coin-shaped headache), é uma cefaleia primária, com mecanismos fisiopatológicos ainda não bem esclarecidos. É descrita pela Classificação Internacional das Cefaleias como uma dor que ocorre em área bem delimitada, de forma circular ou elíptica, medindo de 1 a 6 centímetros de diâmetro, localizada em qualquer parte do couro cabeludo, mas, habitualmente

na região parietal. A característica e a intensidade da dor são bastante variáveis. O diagnóstico é realizado após exclusão de algumas condições intracranianas, como meningioma e cisto aracnoide. Com relação ao tratamento, ainda não foi identificado um medicamento eficaz para a maioria dos pacientes. **Objetivo:** Relatar um caso de cefaleia numular de uma paciente acompanhada no Ambulatório de Cefaleia do HUPAA. **RELATO DE CASO** L.R.L., 39 anos, casada, dona de casa, procedente de São Miguel dos Campos - Alagoas, admitida no ambulatório com um quadro de cefaleia tensional crônica, com boa resposta após início da profilaxia com amitriptilina 25mg/dia (frequência reduziu para 1 dia de dor no mês). Entretanto, após 2 meses de tratamento a paciente começou a apresentar outro tipo de dor, desta vez localizada na região parietal esquerda, em furada, contínua, que piora à digitopressão e ao dormir sobre o lado esquerdo da cabeça. Exame cefalítrico identificou área circular medindo 2,4 cm, dolorosa à palpação, na região parietal esquerda. Não obteve melhora com analgésicos comuns e antiinflamatórios, nem com sessões de acupuntura. Tomografia computadorizada do crânio sem alterações. Tomografia computadorizada de coluna cervical com discreta estenose foraminal bilateral de C6C7. Angio-RM arterial e venosa do crânio sem alterações. Submetida ao bloqueio com lidocaína 2% 1ml na área circular, apresentando resposta satisfatória (2 meses sem dor alguma). Substituída profilaxia de amitriptilina por fluoxetina por manutenção dos sintomas depressivos e sonolência excessiva. **Método:** Entrevista, revisão de prontuário e revisão de literatura. **Discussão:** Por se tratar de uma entidade pouco comum e, por vezes, subvalorizada na anamnese e exame físico, a cefaleia numular é subdiagnosticada. A caracterização de uma dor bem localizada, em forma circular ou elíptica, medindo de 1 a 6 cm, devem alertar para a possibilidade desse diagnóstico. Para a confirmação diagnóstica, devem ser excluídas causas secundárias, por isso a paciente do caso foi submetida a exames de imagem do segmento cefálico e coluna cervical. Sabe-se que não existe até o momento um tratamento específico para a cefaleia numular, entretanto, por se tratar de uma dor bem localizada, alguns estudos descrevem a infiltração de lidocaína na área numular, com resultados variáveis entre eles. No caso apresentado, a paciente não se beneficiou do uso de medicações sintomáticas, nem da profilaxia com a amitriptilina, sendo assim optado pelo tratamento local com infiltração de anestésico, apresentando uma excelente resposta clínica. **Conclusão:** O objetivo do caso foi apresentar um resultado terapêutico positivo com infiltração de lidocaína em uma paciente com cefaleia numular. Relatos de casos de entidades subdiagnosticadas auxiliam no compartilhamento de informações e ampliam o conhecimento acerca da doença.

**Palavras-chave:** Cefaleia.Terapêutica. Lidocaína.

## SÍNDROME DO PSEUDOTUMOR ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

**VILAR, Amanda Maria Gonçalves Firmino<sup>1</sup>; GAMELEIRA, Mariana Holanda<sup>2</sup>; GAMELEIRA, Fernando Tenório<sup>3</sup>; BASTOS, Mariana Cota<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Médica residente do 3º ano de Neurologia do Hospital Geral do Estado de Alagoas- HGE

<sup>2</sup> Graduanda do 11º período de Medicina do Centro Universitário Tiradentes, Maceió- Alagoas- UNIT

<sup>3</sup> Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco; Neurologista do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas- UFAL

<sup>4</sup> Neurologista do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HUPAA, responsável pelo Ambulatório de Cefaleias.

**Contato com autor:** Amanda Maria Gonçalves Firmino Vilar

E-mail: mariamanda24@hotmail.com

Endereço: Rua Maria Nuza Gomes Barreto, nº35, Apto 704, Gruta de Lourdes, Maceió-Alagoas. CE: 57052-735

**Introdução:** O termo pseudotumor orbitário foi introduzido por Birch-Hirschfeld, em 1905, para tumores não neoplásicos. É classificado dentro das patologias inflamatórias idiopáticas da órbita, sendo este benigno e não granulomatoso. Pode ser uni ou bilateral, contudo, a forma unilateral é mais comum. Ocorre uma ligeira predominância no sexo feminino. As manifestações clínicas que podem ser encontradas são dor, hiperemia, proptose, déficit visual, paresia da musculatura ocular extrínseca, entre outras. Ocasionalmente, os pacientes apresentam sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, náusea e anemia. No estudo neurorradiológico, é possível suspeitar do diagnóstico, porém, a confirmação é feita apenas através do estudo anatomopatológico.

**Objetivo:** Relatar um caso de pseudotumor orbitário de uma paciente que faz acompanhamento no Ambulatório de Cefaleia do HUPAA. **Relato de caso:** E.R.O.V., 35 anos, feminino, divorciada, 1 filho, desempregada (trabalhava em creche), procedente de Maceió- Alagoas. Refere que em 2010 passou a apresentar quadro de dor ocular intensa unilateral, associada à proptose, fotofobia e piora da dor à movimentação ocular. Nega fonofobia, náuseas e vômitos. Avaliada por oftalmologista que iniciou corticoide oral, com melhora após algumas semanas. Investigada por reumatologista e otorrinolaringologista, sem definição diagnóstica. Ficou apresentando cerca de duas crises ao ano, alternando o lado do acometimento ocular. Na história clínica, há também relato de cirurgia otorrinolaringológica (para correção de desvio de septo e de hipertrofia de corneto nasal) e tratamento prévio para migrânea, ambos sem sucesso na atenuação da dor. Devido à persistência do quadro álgico, a paciente foi encaminhada ao ambulatório de Cefaleias do HUPAA. Ao exame neurológico, apresentava exoftalmia, paresia do III par e turvação à esquerda, diplopia na mirada para esquerda, com campos visuais preservados. A ressonância do encéfalo demonstrou importante espessamento do músculo reto lateral esquerdo, associado a desvio medial do nervo óptico ipsilateral. Sorologias para sífilis, HIV, hepatite B, hepatite C, toxoplasmose (IgM) e citomegalovírus (IgM) todas negativas. Investigação para doença de Graves

negativa. Autocorpos para doenças autoimunes (Anti-DNA, Anti-SSB, Anti-SSA, Anti-RNP, c-ANCA, p-ANCA e IgG4) todos não reagentes. Corroborando para o diagnóstico de Síndrome do pseudotumor orbitário.

**Método:** Entrevista, revisão de prontuário e revisão de literatura. **Discussão:** A inflamação idiopática da órbita é uma entidade nosológica relativamente comum, sendo a terceira causa de afecções orbitárias. O curso da doença pode ser agudo, subagudo ou crônico. Ainda não se sabe ao certo a etiologia, porém acredita-se que pode ser decorrente de processo anômalo de cicatrização, infecção, doença auto-imune ou traumas. A suspeita diagnóstica é baseada no exame neurológico e neuroimagem (ressonância ou tomografia de crânio), que pode demonstrar acometimento de qualquer tecido orbitário; todavia, o diagnóstico de certeza só é possível com estudo anatomopatológico, restrito aos casos em que é possível a abordagem neurocirúrgica. O tratamento de escolha é feito com corticosteroides em altas doses, normalmente com resposta satisfatória, como no caso da nossa paciente, e quando não há resposta, opta-se por radioterapia ou imunossuppressores. Dentre os diagnósticos diferenciais, deve-se sempre incluir doença linfoproliferativa, Graves, celulite periorbital, metástase, Tolosa- Hunt e vasculite. **Conclusão:** Relatamos um caso de pseudotumor orbitário idiopático em uma paciente jovem, do sexo feminino, que vinha apresentando os sintomas descritos há 10 anos. A exclusão dos diagnósticos diferenciais é fundamental para o correto diagnóstico e tratamento adequado dessa patologia recidivante e incapacitante.

**Palavras- chave:** Pseudotumor. Miosite. Proptose.

### O QUE FOI DESTAQUE RECENTE EM MIGRÂNEA? UMA REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DOS ESTUDOS PUBLICADOS EM 2018 PELAS TRÊS REVISTAS COM MAIOR FATOR DE IMPACTO

**<sup>1</sup>. MENDES, Flávia Maria Ferreira; <sup>2</sup>. REZENDE, Tatiana Goldsmid Galvão Prota; <sup>3</sup>. STUGINSKI-BARBOSA, Juliana**

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do Paraná, Especialista em Prótese Dentária pelo SOEPAR (Sindicato dos Odontologistas do Paraná), Especialista em DTM e Dor Orofacial, Bauru Orofacial Pain Group / Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO - Bauru), Mestranda em Clínica Integrada com ênfase em DTM e Dor Orofacial Universidade Positivo. Membro do Grupo de Estudos do Por Dentro da Dor Orofacial - GEDOF.

<sup>2</sup> Cirurgiã-Dentista pela UNITAU, Mestre, Especialista em Ortodontia - CTA (Centro Tecnológico Aero Espacial) em São José dos Campos, Especialista em DTM e Dor Orofacial, Bauru Orofacial Pain Group / Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO - Bauru), Doutoranda em Biopatologia Oral ICT - UNESP campus São José dos Campos. Membro do Grupo de Estudos do Por Dentro da Dor Orofacial - GEDOF.

<sup>3</sup> Cirurgiã-Dentista pela FORP-USP, Doutora em Ciências Odontológicas pela FOB-USP, Professora de pós graduação do Instituto de Ensino Odontológico de Bauru (IEO-Bauru),

UNIAVANTIS / Bauru Orofacial Pain Group. Coordenadora do Grupo de Estudos do Por Dentro da Dor Orofacial - GEDOF.

**Contato com autor:** MENDES, Flávia Maria Ferreira  
Endereço: Rua Abel Scuiasiato 2829, torre 45, apto 304, Atuba Colombo.  
E-mail: flaviamendes@msn.com

**Introdução:** Bibliometria é a análise quantitativa de produção acadêmica de indivíduos e instituições que incorpora o número de publicações e fator de impacto dos artigos científicos através de citações em uma pontuação numérica. **Objetivo:** Realizar uma análise bibliométrica e relatar as terminologias mais utilizadas por artigos científicos publicados sobre Migrânea nas revistas Cephalgia, Headache e Journal of Headache and Pain no ano de 2018 bem como identificar os artigos mais citados nestas revistas. **Métodos:** A base de dados Web of Science foi utilizada para encontrar todos os artigos publicados em 2018 pelas revistas Cephalgia, Headache e Journal of Headache and Pain que continham a palavra Migraine no título. Foram excluídos resumos apresentados em congressos, cartas ao editor, editoriais e revisões. Os artigos foram analisados através do software VOS viewer e as palavras chave relacionadas pelos autores foram extraídas. As palavras-chave Headache e Migraine foram excluídas. Mapas foram criados usando as palavras-chave e suas conexões. Os 10 artigos mais citados de cada revista foram analisados identificando as palavras-chave, autores e países das publicações. **Resultados:** No ano de 2018 foram publicados 1124 artigos nas três publicações, sendo 192 artigos selecionados para este estudo, 84 na Cephalgia, 61 na Headache e 47 na Journal of Headache and Pain. As palavras-chave foram automaticamente distribuídas em 6 nichos. As mais citadas foram: epidemiologia e cefaleia por uso excessivo de medicação, peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) e Galcanezumabe, depressão e ansiedade. Os artigos foram produzidos por autores de 38 países diferentes, sendo os Estados Unidos o país com maior número de autores (n=86 artigos), seguido da Itália (n=28) e Inglaterra (n=22). O Brasil contribuiu com 3 artigos. Dentre estes artigos, os 30 mais citados (10 de cada publicação) foram selecionados para análise detalhada. As palavras-chave mais citadas foram CGRP, eficácia, Galcanezumabe e Erenumabe. Autores de 22 países produziram os artigos, e o país com maior número de citações foi os Estados Unidos. O número de citações variou entre 56 e 4. Os dois artigos mais citados foram publicados na revista Cephalgia e abordaram os medicamentos Erenumabe e Galcanezumabe. Na revista Headache os dois artigos mais citados abordaram prevalência e impacto da migrânea nos Estados Unidos e o artigo mais citado na revista Journal of Headache and Pain abordou o uso da toxina botulínica na migrânea. **Conclusão:** No ano de 2018, dentre os artigos mais citados, os temas foram direcionados a terapia da migrânea com estudos sobre drogas anti-CGRP e toxina botulínica. O país de destaque nos estudos em Migrânea é os Estados Unidos, sendo que um dos artigos entre os 5 mais citados avaliaram prevalência e impacto da

migrânea na população americana. Nenhum artigo produzido pelo Brasil foi classificado entre os 30 mais citados em 2018.

**Palavras-chave:** Bibliometria. Fator de impacto. Migrânea. Cefaleia.

## MIGRANOSOS CRÔNICOS APRESENTAM DOR CERVICAL POSTERIOR COM MAIOR FREQUÊNCIA QUE MIGRANOSOS EPISÓDICOS: PROGRESSÃO ESPACIAL COMO PARTE DO PROCESSO DE CRONIFICAÇÃO?

KÜSTER, João Guilherme Bochnia<sup>1</sup>; UTIUMI, Marco Antonio Takashi<sup>2</sup>; GONÇALVES, Letícia Boslooper<sup>3</sup>; GODK, Keryn Sporh<sup>4</sup>; SOUZA, Patricia Savio de Araújo<sup>4</sup>; BOLDT, Angelica Beate Winter<sup>4</sup>; PIOVESAN, Elcio Juliato<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Aluno de graduação em Medicina na UFPR

<sup>2</sup> Aluno de pós-graduação em Medicina Interna pela UFPR

<sup>3</sup> Aluno de pós-graduação em Genética pela UFPR

<sup>4</sup> Pós-doutorado em Ciências Biológicas, professora de Genética na UFPR

<sup>5</sup> Doutor em Medicina Interna, professor de Medicina Interna na UFPR

**Contato:** Hospital Marcelino Champagnat - Av. Presidente Affonso Camargo, 1399 - Cristo Rei, Curitiba - PR, 80050-370, sala 807 - utiumimarco@gmail.com

**Introdução:** Além da unilateralidade da dor nenhuma outra característica espacial do sintoma foi incluída nos critérios diagnósticos da migrânea. Grandes estudos clínicos demonstram que as regiões frontal e temporal são os locais mais frequentemente afetados. Entretanto, uma diferença na localização da dor entre as formas episódica e crônica não parece ter valor diagnóstico diferencial suficiente para ser integrada em critérios formais da ICHD-3. **Objetivo:** Mapear as áreas mais frequentemente referidas com dor nos pacientes com migrânea episódica ou crônica e buscar diferenças espaciais entre os grupos. **Métodos:** Estudo observacional transversal de pacientes com migrânea episódica e crônica segundo a ICHD-3 atendidos no Ambulatório de Cefaleia do Hospital de Clínicas da UFPR. Entrevistas individualizadas solicitavam que o paciente apontasse numa figura-modelo os três locais mais afetados pela migrânea na região ântero-lateral e três locais na região póstero-lateral da cabeça e pescoço. A análise gráfica foi feita através de mapeamento (heatmap) dos pontos sobre o modelo. Analiticamente, empregou-se o teste de qui-quadrado para a análise da lateralidade da dor entre os grupos e o teste exato de Fisher bicaudado para a comparação entre áreas anatômicas afetadas nos dois grupos. **Resultados:** Foram incluídos 177 pacientes dos quais 78 (44,1%) apresentavam migrânea episódica e 99 (55,9%) migrânea crônica. Destes, 59 consumiam analgésicos excessivamente. A média de idade era de 40,1312,8 anos e 159 (89,8%) pacientes eram do sexo feminino. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade, sexo, cor, estado civil, adequação de

atividade física e IMC. O acometimento bilateral da dor foi relatado em 40 (40,4%) migranosos crônicos e 26 (33,3%) episódicos. Não houve diferença entre os grupos quanto à lateralidade da dor (acometimento bilateral, direito, esquerdo ou unilateral variável;  $p = 0,764$ ). O mapeamento da dor mostrava áreas semelhantes afetadas nos dois grupos mas uma maior concentração de pontos na região cervical posterior. Proporcionalmente, as áreas frontal (crônica 63,6%; episódica 70,5%), temporal (crônica 74,7%; episódica 69,2%) e parietal (crônica 36,4%; episódica 30,8%) foram as mais frequentemente relatadas. Entretanto, somente a localização cervical posterior (crônica 33,3%; episódica 17,9%) demonstrou diferença significativa (OR 2,28;  $p = 0,026$ ; teste exato de Fisher bicaudado).

**Conclusão:** Este estudo corrobora achados anteriores de associação entre o comprometimento cervical e o processo de cronificação da migrânea. Se a cervicálgia é um processo comórbido ou uma manifestação do fenômeno de convergência trigeminocervical é algo a ser melhor elucidado.

**Palavras-chave:** Migrânea. Cervicálgia. Comorbidade. Complicações. Fisiopatologia.

## O PERFIL DO IMPACTO DA MIGRÂNEA: PIOR QUALIDADE DE VIDA, PREJUÍZO À SAÚDE MENTAL E PRODUTIVIDADE DETERIORADA

KÜSTER, João Guilherme Bochnia<sup>(1)</sup>; UTIUMI, Marco Antonio Takashi<sup>(2)</sup>; GONÇALVES, Leticia Boslooper<sup>(3)</sup>; TAN, Bin Cheng<sup>(1)</sup>; SOUZA, Patricia Savio de Araújo<sup>(4)</sup>; BOLDT, Angelica Beate Winter<sup>(4)</sup>; PIOVESAN, Elcio Juliato<sup>(5)</sup>

<sup>1</sup> Aluno de graduação em Medicina na UFPR

<sup>2</sup> Aluno de pós-graduação em Medicina Interna pela UFPR

<sup>3</sup> Aluno de pós-graduação em Genética pela UFPR

<sup>4</sup> Pós-doutorado em Ciências Biológicas, professora de Genética na UFPR

<sup>5</sup> Doutor em Medicina Interna, professor de Medicina Interna na UFPR

**Contato com autor:** Hospital Marcelino Champagnat - Av. Presidente Affonso Camargo, 1399 - Cristo Rei, Curitiba - PR, 80050-370, sala 807 - utiumimarc@gmail.com

**Introdução:** A migrânea é causa inequívoca de incapacidade. Embora a cefaleia seja sua característica principal, o impacto provém de diversos fatores associados, comórbidos, causais, consequentes, entre outros. **Objetivo:** Caracterizar o perfil do impacto e os fatores associados da migrânea. **Métodos:** Estudo observacional transversal de pacientes com migrânea do HC-UFPR. Controles estão sendo recrutados dentro e fora da unidade. **Resultados:** 78 (37,0%) pacientes apresentavam migrânea episódica, 99 (46,9%) crônica e 34 (16,1%) controles. A média de idade era 40,1312,8 anos e 185 (87,7%) eram do sexo feminino. Não houve diferença entre os grupos quanto à idade, sexo, cor, estado civil, atividade física e IMC. Todos os aspectos de qualidade de vida (Short Form 36) eram piores para migranosos

crônicos (teste de Wilcoxon) em comparação com episódicos e controles exceto aspectos emocionais (sem diferença com episódicos). Migranosos episódicos apresentaram piores níveis que controles em capacidade funcional, aspectos físicos e dor. A probabilidade de síndrome ansiosa pela Generalized Anxiety Disorder 7 era menor entre controles (OR 0,48;  $p 0,044$ ; regressão logística) e maior nos migranosos crônicos (OR 2,31;  $p 0,045$ ) cujos escores eram piores que controles e episódicos ( $p 0,01$  e  $0,029$ ; respectivamente; Wilcoxon). A presença de síndrome depressiva pela Patient Health Questionnaire 9 não diferiu (Fisher) embora migranosos crônicos demonstrassem piores escores que controles e episódicos ( $p 0,009$  e  $0,015$ ; respectivamente; Wilcoxon). Indicadores de ideação e comportamento suicida pela Columbia-Suicide Severity Rating Scale não diferiram. Fatores laborais foram explorados pela Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: General Health 2.0. A probabilidade de estar empregado era maior para controles (OR 7,5;  $p 0,0002$ ; regressão logística) e menor para migranosos episódicos (OR 0,28;  $p 0,031$ ) e crônicos (OR 0,16;  $p 0,001$ ). O absenteísmo era maior entre migranosos em comparação com controles (crônica  $p 0,011$  e episódica  $p 0,0467$ ; Wilcoxon) assim como o presenteísmo ( $p 0,005$  e  $0,045$ ), produtividade laboral ( $p 0,007$  e  $0,026$ ) e não-laboral ( $p 0,0008$  e  $0,038$ ). Migranosos crônicos apresentaram piores níveis de impacto pela HIT6 e MIDAS ( $p 0,0004$  e  $0,0001$ ; Kruskal-Wallis). Dentre os migranosos houve correlação (Spearman; significância 0,05) esperada dentro das escalas de produtividade, qualidade de vida e ansiedade/depressão. A qualidade de vida correlacionou-se negativamente com aspectos de produtividade principalmente quanto à dor corporal [(presenteísmo ( $r -0,58$ ), produtividade laboral ( $r -0,58$ ) e não-laboral ( $r -0,53$ )]. Além da correlação esperada entre o domínio mental da qualidade de vida e os escores de ansiedade e depressão ( $r -0,64$  e  $-0,62$ ), chama a atenção a associação entre depressão com vitalidade ( $r -0,6$ ) e aspectos sociais ( $r -0,59$ ). A atividade não-laboral mostrou associação moderada com ansiedade ( $r 0,5$ ) e depressão ( $r 0,42$ ). Escores de MIDAS associaram-se moderadamente com vitalidade ( $r -0,4$ ). **Conclusão:** Migranosos, principalmente crônicos, sofrem impacto relevante que, além dos níveis de dor, associam-se com aspectos psicológicos.

**Palavras-chave:** Migrânea. Qualidade de Vida. Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Avaliação do Impacto na Saúde.

## FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA TRATADA COM BLOOD PATCH EPIDURAL - RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

GRENFELL, Mariana Lacerda Reis<sup>1</sup>; SOUZA, Rodolpho Albuquerque<sup>2</sup>; FRAGA, Raquel Coelho Moreira<sup>3</sup>; VIEIRA, Júlia

**Almenara Ribeiro<sup>3</sup>; DIAS, Ramon D'Ángelo<sup>4</sup>; MARIM, Vanessa Loyola de Oliveira<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup> Professora da Disciplina de Neurologia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Médica Neurologista do Departamento de Neurologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES (HUCAM-UFES), Neurologista com Formação Complementar em Epilepsia e Eletroencefalograma e Fellowship em Neuroimunologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);

<sup>2</sup> Acadêmico de Medicina do HUCAM-UFES;

<sup>3</sup> Residente de Clínica Médica do HUCAM-UFES;

<sup>4</sup> Médico Neurologista, Anestesiologista e especialista em Dor pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (USP-RP);

<sup>5</sup> Professora da Faculdade Brasileira (MULTIVIX), Médica com especialização em Clínica Médica e Neurologia pelo Hospital Santa Marcelina, SP e mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais.

**Contato com autor:** Dra. Mariana Lacerda Reis Grenfell  
E-mail: marilacerdamed@gmail.com  
End.: Av. Antônio Borges, N° 80 - Apto 404, Ed. Grand Bay; Mata da Praia, Vitória, ES; CEP: 29064-250  
Tel: (27) 98145-2000

**Introdução:** A fístula líquórica espontânea (FLE) é uma causa rara de cefaleia por hipotensão intracraniana. O diagnóstico se baseia em achados clínicos e radiológicos e o tratamento pode ser conservador ou intervencionista. No presente trabalho relatamos um caso de FLE, tratada com Blood Patch epidural (EBP), uma modalidade terapêutica minimamente invasiva e promissora. **Objetivo:** O objetivo deste estudo, além do relato de caso, é revisar os aspectos clínicos e diagnósticos da fístula líquórica espontânea, além de discutir o uso do Blood Patch como tratamento para estes casos. **Métodos:** Foi realizada revisão do prontuário da paciente relatada no caso, obedecendo às exigências éticas e legais. Ademais, procedemos a revisão sistemática de literatura pelos principais bancos de dados e artigos científicos disponíveis online: PubMed, SciELO, Portal de Periódicos CAPES e Portal Regional da BVS. **Resultados:** A paciente do nosso caso, diagnosticada com FLE, apresentou, após duas abordagens por EBP, melhora significativa da cefaléia secundária à síndrome de hipotensão líquórica (SHL). Tal resultado vai ao encontro da literatura médica mundial, no qual o EBP tem se tornado, cada vez mais, uma modalidade terapêutica minimamente invasiva, segura e eficaz para estes casos, apesar de, geralmente, necessitar de múltiplas abordagens para a resolução completa dos sintomas. **Conclusão:** O diagnóstico de FLE em um contexto de SHL necessita de um alto grau de suspeição e conhecimento acerca da existência desta entidade, além de ser determinado por exclusão de causas mais prevalentes. Uma vez diagnosticada, a abordagem minimamente invasiva pelo EBP se mostrou, em nossa casuística, consoante com os resultados da revisão sistemática, eficaz e segura.

**Palavras-chave:** Fístula Líquórica Espontânea. Blood Patch Epidural. Síndrome de Hipotensão Líquórica. Spontaneous CSF fistulas.

## MIGRAINE WITH AURA AND MAL DE DEBARQUEMENT SYNDROME IN AN ADOLESCENT: A CASE REPORT

**AGESSI, Larissa Mendonça<sup>1</sup> and VILLA, Thais Rodrigues<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Audiologist and speech language pathologist (UNIFESP), MS and PhD in audiology (UNIFESP), audiologist of headache division UNIFESP.

<sup>2</sup> MD, PhD in neurology and neuroscience, chief of headache division UNIFESP.

**Introduction:** Mal de débarquement syndrome is a rare neurological disorder, characterized by a chronic perception of self-motion after air or land travel. **Objective and methods:** To report a case of mal de débarquement syndrome in an adolescent diagnosed with migraine with aura and chronic migraine. **Case presentation (results):** A twelve-years-old female patient was referred to our service to be evaluated with the sensation of "rocking" or "still on the boat" that began few hours after returning from a ship cruise six months ago. The dizziness typically got more severe at rest. In her first evaluation, the patient reported daily headache, mild to moderate intensity, with 12 hours duration that started two years before. The migraine episodes were characterized by severe frontal throbbing headaches along with visual aura, nausea, vomiting, and photophobia occurring 8 days per month, lasting until 24 hours. She had no history of vertigo and dizziness before. Physical examination and radiological studies (MRI) were all normal. Thus, according to the reviewed criteria of the ICHD III-beta, the patient fulfilled the criteria for migraine with aura and chronic migraine. She was diagnosed of persistent mal de débarquement syndrome either. A headache prophylaxis with topiramate 100 mg daily were prescribed. A structure pain calendar was offered to the patient. After 6 months of follow-up, she had a significant improvement, with resolution of the sensation of "rocking" and with 3 days of mild headache per month. **Discussion and conclusion:** This is the first case report of mal de débarquement syndrome in adolescents. A thorough clinical history is needed for recognizing this disorder. Previous studies showed a strong association of mal de débarquement syndrome and migraine in women, mostly in their fourth decade of life, but not in children and adolescents. Treatment with migraine prophylaxis should be tried in all patients with persistent mal de débarquement syndrome associated with migraine and chronic migraine.

**Keywords:** mal de débarquement syndrome, migraine, adolescent, imbalance.

## COMPARAÇÃO DA MOBILIDADE DA MARCHA ENTRE MIGRANOSOS COM E SEM CINESIOFOBIA

SILVA, Daiane Cristina<sup>1</sup>; ROCHA, Michely Rodrigues<sup>2</sup>; PINHEIRO, Carina Ferreira<sup>3</sup>; CARVALHO, Gabriela Ferreira<sup>3</sup>; DACH, Fabíola<sup>4</sup>; BEVILAQUA-GROSSI, Débora<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação do Desempenho Funcional Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo  
daianesilva@usp.br

**Contato com autor:** Avenida do Café, 1715, Apto 401- Vila Amélia CEP 14050-230, Ribeirão Preto-São Paulo

**Introdução:** A migrânea é uma disfunção neurovascular incapacitante que tem dentre os principais sintomas, déficits no equilíbrio e na mobilidade da marcha. Além disso, a cinesiofobia também pode ser percebida pelos pacientes migranosos. Entretanto, ainda não se sabe se a presença de cinesiofobia piora a mobilidade dos pacientes com migrânea. **Objetivo:** Comparar o equilíbrio e mobilidade da marcha de pacientes com migrânea com e sem cinesiofobia. **Métodos:** Foram avaliadas 50 mulheres entre 18 e 55 anos, diagnosticadas com migrânea de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias. As participantes responderam a Escala Tampa para Cinesiofobia e de acordo com a pontuação obtida foram divididas em dois grupos: Migrânea sem cinesiofobia (MsC, n=36, idade 33 anos, DP 7,3; IMC 24 kg/cm<sup>2</sup>, DP 3,8) e Migrânea com cinesiofobia (McC, n=14, idade 36 anos, DP 10,8; IMC 23 kg/cm<sup>2</sup>, DP 2,6). Todas as voluntárias foram submetidas ao teste Timed Up and Go (TUG) para avaliação da mobilidade durante a marcha. Os grupos foram comparados quanto a idade, IMC, características clínicas da migrânea e tempo de realização do TUG, por meio do teste t-student (p<0,05). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (Processo nº 14371/2018). **Resultados:** Os grupos foram semelhantes em relação a idade, IMC e características clínicas da migrânea (p>0,05). O grupo com cinesiofobia apresentou maior tempo para realização do Timed Up and Go em relação ao grupo sem cinesiofobia (McC 8,2 segundos, DP 0,8; MsC 7,5 segundos, DP 0,9; p=0,023). **Conclusão:** A presença de cinesiofobia pode alterar a mobilidade durante a marcha em pacientes com migrânea.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Equilíbrio. Limitação de mobilidade.

## EFEITOS DA CINESIOFOBIA NA ESTABILIDADE POSTURAL DE PACIENTES COM MIGRÂNEA

NAGATA Guilherme Dainezi<sup>1</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Debora<sup>2</sup>, MACIEL Nicoly Machado<sup>3</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>4</sup>, MORAES Renato<sup>5</sup>, DACH Fabíola<sup>6</sup>, PINHEIRO Carina Ferreira<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Aluno de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

<sup>5</sup> Educador Físico, Doutor, Professor Doutor da Escola de Educação Física e Esportes de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>6</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** Guilherme Dainezi Nagata

E-mail: guilherme-nagata@usp.br

Endereço: Avenida do Café, 2361, apto 1613.

**Introdução:** Déficits de equilíbrio são conhecidos em indivíduos com migrânea, e, dentre os fatores associados a estes déficits, a presença de cinesiofobia ainda não foi investigada. **Objetivo:** Investigar os efeitos da cinesiofobia no equilíbrio e na preocupação com risco de quedas em indivíduos com migrânea. **Materiais e métodos:** Quarenta e quatro mulheres com idade entre 18 e 55 anos foram avaliadas. As pacientes com migrânea foram diagnosticadas de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias e de acordo com a pontuação da Escala Tampa para Cinesiofobia foram divididas em dois grupos: migrânea com cinesiofobia (MC, n=23, 34,338,7 anos) e migrânea sem cinesiofobia (MS, n=21, 30,0 36,0 anos). As participantes também responderam o questionário Internacional de Eficácia de Quedas (FES-I) para avaliação da preocupação com o risco de quedas e, para a avaliação de equilíbrio, foram orientadas a se manter de pé sobre uma plataforma de força (Bertec®, Columbus, OH, EUA) durante 30 segundos, em duas condições: superfície estável - sobre uma plataforma de força; e superfície instável - sobre uma espuma de densidade média. Foram realizadas 3 repetições da tarefa em cada uma das condições. Os dados do deslocamento do centro de pressão foram coletados a 100Hz e processados no software MATLAB (versão R2014a) para calcular a área de oscilação corporal. Todos os dados foram comparados entre os grupos com o teste T de student (p<0,05). **Resultados:** Os grupos foram homogêneos quanto à idade, IMC e características clínicas da migrânea (p>0,05). O grupo de migrânea com cinesiofobia apresentou maior área de oscilação do que o grupo sem cinesiofobia nas tarefas em superfície estável (MC 1,8731,57 cm<sup>2</sup>, MS 1,0530,46 cm<sup>2</sup>, p=0,02) e instável (MC 7,6833,72 cm<sup>2</sup>, MS 5,4432,99 cm<sup>2</sup>, p=0,03), e também apresentou

maior pontuação na FES-I (MC 29,038,2 pontos, MS 23,034,4 pontos,  $p=0,00$ ). **Conclusão:** A presença de cinesiofobia pode ser um fator que potencializa os déficits de equilíbrio e apreocupação com o risco de quedas em pacientes com migrânea.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Cinesiofobia. Equilíbrio.

### BLOQUEIO DOS OCCIPITAIS MAIORES PARA MANEJO DE MIGRÂNEA CRÔNICA COM E SEM USO EXCESSIVO DE MEDICAÇÕES: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

LONDERO Renata Gomes<sup>1</sup>, FORMOSO Carolina Rodrigues<sup>2</sup>, DOS SANTOS Joana Rogowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Neurologista; Mestre e Doutora; Coordenadora do Ambulatório de Cefaleia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

<sup>2</sup> Aluna de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

**Objetivo:** O bloqueio anestésico dos nervos occipitais é uma alternativa terapêutica para o manejo de diferentes tipos de cefaleia: migrânea, cefaleia em salvas, cefaleia cervicogênica, neuralgia occipital e cefaleia por uso excessivo de analgésicos. Os diversos estudos publicados divergem sobre medicações utilizadas (lidocaína, bupivacaína, acríscimo ou não de corticoide), doses utilizadas, número de sítios bloqueados (occipital maior e menor, uni ou bilateral). Avaliamos um protocolo fixo de bloqueio aplicado para pacientes com migrânea crônica a fim de definir a resposta em termos de dias com dor e uso de analgésicos nos 6 e 12 meses após a primeira aplicação. **Métodos:** Em estudo prospectivo, aberto, não controlado avaliamos 62 pacientes com migrânea crônica com uso excessivo de analgésicos ( $n=54$ ) ou sem ( $n=8$ ) uso excessivo de analgésicos. Utilizamos o bloqueio bilateral do occipital maior, com lidocaína 2% sem vasoconstritor, 1,5mL por ponto, a intervalos de 1-16 semanas. Descrevemos os resultados para os 62 pacientes avaliados entre 2016-2019. **Resultados:** Todos os pacientes já haviam se submetido a tratamento profilático (ao menos dois de: tricíclicos, betabloqueadores, topiramato ou valproato). No momento em que foi indicado bloqueio 15 pacientes não estavam em uso de medicação profilática. Durante o tratamento não foi acrescida medicação ou aumentada dose dos profiláticos. Pré-tratamento os pacientes apresentavam frequência de crises média de 25 (DP=7,2). Cinco pacientes não foram reavaliados nos 6 e 12 meses, por não retornarem às consultas (dropout). Seis e doze meses após o primeiro bloqueio a frequência média de crises era 8 (DP=9,8) e 6,4 (DP=8,6), respectivamente. O número de pacientes com resposta absoluta ao bloqueio (zero dias de dor em 6 e 12 meses) foi de 12 e 14, respectivamente. Oito pacientes mantiveram número de crises acima de 14, mantendo quadro de migrânea crônica, todos faziam uso excessivo de analgésicos. Pré-tratamento número médio de dias com uso de analgesia era 23,7 (DP=8,8); pós-tratamento, no sexto e no décimo

segundo mês era de 8,3 (DP=10,1) e 6,4 (DP=9,4).

**Conclusão:** avaliando nossos pacientes observamos que o bloqueio anestésico dos nervos occipitais maiores foi uma opção efetiva de manejo da cefaleia para pacientes com migrânea crônica com e sem uso excessivo de analgésicos. Importante salientar que o manejo foi indicado para pacientes com falha terapêutica prévia (uso de ao menos 2 profilaxias em dose efetiva e por tempo suficiente para ser considerada eficaz).

**Palavras-chave:** Migrânea crônica; Uso excessivo medicações; Bloqueio occipital.

### CEFALIA NOVA PERSISTENTE DIÁRIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS EM UM ESTUDO RESTROSPECTIVO DE 17 PACIENTES

CASAGRANDE, Sara<sup>1</sup>; NATAN, Marcio<sup>1</sup>; SIMIONI, Caio<sup>1</sup>; KUBOTA, Gabriel<sup>1</sup>; FELSENFELD, Bernardo<sup>1</sup>; WAKSMAN, Simone<sup>1</sup>; FORTINI, Ida<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Grupo de Cefaleia da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP)

**Contato com autor:** CASAGRANDE, Sara

Email: drasaracasagrande@gmail.com

Endereço Residencial: Rua Cotoxó, 1290, apto 24, Perdizes, Sao Paulo/SP

**Introdução:** A Cefaleia Nova Persistente Diária (CNPDP) é um subtipo de cefaleia crônica diária caracterizada por início agudo e mais de três meses de duração. As características clínicas da dor e sua duração são variadas e o seu manejo terapêutico desafiador sendo em sua maioria refratária aos tratamentos convencionais. A literatura sobre a CNPDP é escassa e sua etiologia ainda é desconhecida. **Objetivo:** Definir quais são as diferenças de idade, gênero e investigar as características clínicas da CNPDP primária. **Métodos:** Uma revisão retrospectiva de prontuários foi realizada a partir de um banco de dados do Ambulatório de Cefaleias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Janeiro de 2013 a Julho de 2019 para identificar pacientes com CNPDP. **Resultados:** Dezesete pacientes foram diagnosticados com CNPDP primária (8 mulheres e 9 homens). A média de idade do diagnóstico foi 35 anos, sendo o início dos sintomas aos 27 anos. A idade mais jovem de início foi de 16 anos, sendo que as mulheres desenvolveram a CNPDP em uma idade mais jovem de início. Treze dos dezessete pacientes com CNPDP (76%) não reconheceram um evento desencadeante para a dor, sendo que 17% fez relação com quadro infeccioso ou sintomas semelhantes a gripe e 5% com um evento estressante. Uma história prévia de dor de cabeça foi encontrada em 2 dos 17 pacientes. As características da dor variavam entre tipo enxaquecosa em 36%, tensional em 27%, mista em 15%, asociação a disautonomia em 5%, e sem padrão definido em 16%. O teste laboratorial, liquor e a neuroimagem em todos os pacientes foram normais. A média de medicamentos orais profiláticos utilizados na tentativa de controle de sintomas foi de 5,

sendo que a refratariedade de sintomas foi evidenciada em 70%. A aplicação de Toxina Botulínica foi benéfica em 29% dos pacientes, com controle parcial dos sintomas. **Conclusão:** A CNPD é uma doença de difícil controle, não tendo fatores tão bem definidos em relação a sua etiologia. A aplicação de Toxina Botulínica pode ser uma possibilidade terapêutica em casos refratários ao tratamento medicamentoso oral. Mais estudos sobre a fisiopatologia e etiologia são necessários para melhor manejo desta cefaleia que tanto compromete a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Cefaleia nova persistente diária. Cefaleia crônica diária. Cefaleia refratária.

## DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE CARTILHAS PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM CEFALEIA

LOPES Erika Plonczynski<sup>1</sup>; CALIXTRE Leticia Bojikian<sup>2</sup>; OLIVEIRA Ana Beatriz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos Rodovia Washington Luiz, km 235- Jardim Monjolinho São Carlos, SP •

<sup>2</sup> Doutora em Fisioterapia. Professora substituta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos.

<sup>3</sup> Doutora em Fisioterapia. Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos; Docente do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar; Coordenadora do Laboratório de Cinesiologia Clínica e Ocupacional (LACO).

**Contato com autor:** Erika Plonczynski Lopes  
E-mail: erikaplonczynski@gmail.com

**Introdução:** Hábitos de vida como sedentarismo, baixa qualidade do sono, e estresse têm se mostrado importantes fatores associados às cefaleias crônicas. Considerando que a melhora desses fatores pode reduzir a intensidade e frequência da dor nos episódios de cefaleia, e diante da necessidade de orientar os participantes das pesquisas desenvolvidas em nosso laboratório, formulamos um material gráfico para informar a população e apresentar condutas não-farmacológicas que possam contribuir com o autogerenciamento de suas dores. **Objetivo:** Elaborar e validar o conteúdo de um material gráfico educativo para a população abordando o autocuidado para pessoas com cefaleia crônica e/ou migrânea. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado em quatro etapas: diagnóstico situacional; levantamento bibliográfico; elaboração das cartilhas e validação de conteúdo das cartilhas. A quarta etapa foi realizada por 7 juízes especialistas em cefaleia, com prática clínica e/ou acadêmica na área selecionados por conveniência. As cartilhas foram enviadas aos juízes juntamente com os formulários de avaliação, constituídos por perguntas que permitiam respostas discursivas com sugestões para os temas abordados, bem como perguntas fechadas que poderiam ser respondidas por meio de escalas que ofereciam 3 opções de resposta:

inadequado, parcialmente adequado e adequado. As questões abordavam a adequação da linguagem das cartilhas e acurácia científica de seus conteúdos. Para verificar a compreensão e aplicabilidade das cartilhas na população alvo, as cartilhas e formulários modificados foram também enviados a 11 representantes do público-alvo, participantes de pesquisas do nosso laboratório que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido da presente pesquisa. Foi considerado válido o item com o mínimo de 0,78 para o índice de validade de conteúdo (variando de 0-1). **Resultados:** Após o levantamento de revisões sistemáticas e materiais de informação em dor e cefaleia, foram produzidas duas cartilhas. A primeira direcionada para crises de migrânea, discorrendo sobre os tópicos: Como é uma crise de enxaqueca; o que desencadeia a crise; estratégias e dicas para lidar com uma crise. A segunda para cefaleias em geral, com orientações voltadas para o manejo da dor crônica, explorando os temas: sono; exercício físico regular; alongamentos musculares; automassagem e dicas e cuidados. Visando tornar os materiais acessíveis aos diversos níveis de escolaridade, foram utilizadas sentenças diretas, com vocabulário simples e ilustrações exemplificativas. Após análise dos itens individuais do formulário, o índice de validade de conteúdo total foi de 0,90 para os especialistas e 0,97 para o público-alvo. Alterações foram feitas no material de acordo com as sugestões dos especialistas e dos membros do público-alvo, e as versões validadas estão disponíveis em <https://bit.ly/2yZPXh> e <https://bit.ly/2LQ39D0>. **Conclusão:** As cartilhas para promover o autocuidado em pacientes com cefaleia e/ou migrânea foram produzidas e validadas visando informar pessoas com cefaleia em relação ao protagonismo de seus cuidados.

**Palavras-chave:** Autocuidado, cartilha, cefaleia, migrânea, validação.

## CIRURGIA NEUROTERMOGUIADA DA TRIGEMINALGIA

LIMA robson prudêncio silva<sup>1</sup>, BRIOSCHI marcos leal, TEIXEIRA manoel jacobsen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Departamento de Neurologia, Disciplina de Neurocirurgia, São Paulo, SP, Brasil.

**Contato com autor:** Robson Prudêncio Silva Lima  
E-mail: robsonpslima@hotmail.com  
Endereço: Avenida Cassiano Ricardo, 601 Sala 188 São José dos Campos-SP

**Introdução:** A Neuralgia Trigeminal é um distúrbio neuropático do nervo trigêmeo com ataques paroxísticos de dor intensa com duração de uma fração de segundo a minutos, afeta uma ou mais divisões do nervo trigêmeo, sendo que o ramo maxilar V2 é o mais freqüente atingido. A dor tem pelo menos uma das seguintes características: intensa, súbita, superficial, precipitada por fatores-gatilho ou de áreas-gatilho como um toque leve ou pequenos

movimentos, falar, beber, escovar os dentes, barbear-se, mastigar. A Neurotermografia por infravermelho é um exame sem contraste ou radiação com câmera que possui sensores térmicos de alta sensibilidade que permite obter imagens de alta resolução que são estudadas através de software específico e possibilitam identificar alterações de temperatura características de disfunções neurovasculares.

**Objetivos:** Demonstrar o uso da Neurotermografia como ferramenta para diagnóstico da Neuralgia do Trigêmeo, acompanhamento cirúrgico como parâmetro para análise de resultado da compressão retrogasseriana por balão pré, intra e pós-operatório complementar aos sintomas clínicos. **Metodologia:** Paciente do sexo feminino 78 anos com dor intensa (EVA 8-10) em região maxilar à direita, iniciada há 3 meses com piora gradativa e crises recorrentes de choques desencadeadas pelo ato da mastigação, contato e frio direto na face foi submetida a Compressão Retrogasseriana por Balão devido persistência da dor e reações adversas com as medicações e avaliada por Neurotermografia nas fases de tratamento. **Resultados:** A Neurotermografia pré-operatória demonstrou diferença de temperatura ( $\Delta T$ ) de 1,1 °C na área acometida em comparação a hemiface esquerda sem dor. Exame intra-operatório permitiu constatar aumento de 0,6 °C após compressão do gânglio de Gasser na área referida de dor e hiperradiação em território de V1 e V2 (predominante) o que sinalizou ao cirurgião ter alcançado seu objetivo, a neuropraxia do ramo maxilar do Trigêmeo. Reavaliação da paciente no 10º dia pós-operatório confirmou a melhora clínica (EVA= 0) e mostrou padrão neurotermográfico simétrico da face sem diferença de temperatura nas áreas analisadas. **CONCLUSÃO:** A Neurotermografia é um exame inócuo que pode ser utilizado para constatar a Neuralgia Trigeminal, auxiliar o procedimento cirúrgico pois determina variação de temperatura devido resposta neurovascular e controle pós-operatório.

**Palavras-chave:** Neurotermografia. Neurocirurgia. Trigeminalgia. Dor. Neuralgia.

### BENEFIT-RISK ASSESSMENT OF GALCANEZUMAB VERSUS PLACEBO FOR THE TREATMENT OF EPISODIC AND CHRONIC MIGRAINE: RESULTS FROM EVOLVE 1, EVOLVE-2, AND REGAIN CLINICAL TRIALS

RUFF dustin,<sup>1</sup> TOCKHORN-HEIDENREICH antje,<sup>1</sup> FOSTER shonda,<sup>1</sup> NICHOLS russell,<sup>1</sup> STAUFFER virginia,<sup>1</sup> MENEZES luciana mendes bahia (Non author Presenter, MBBS, Dr., Medical Advisor, luciana.bahia@lilly.com)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA;

<sup>2</sup>Eli Lilly and Company, Sao Paulo, Brazil

**Contato com autor:** Luciana Mendes Bahia Menezes  
E-mail: luciana.bahia@lilly.com

**Introduction/Objective:** To evaluate the benefit-risk profile of galcanezumab (GMB) versus placebo (PBO) for the treatment of episodic (EM) and chronic migraine (CM) in adults. **Methods:** Data from three pivotal phase 3

trials of GMB were used to estimate response rates (RR), a clinically meaningful outcome for decision makers, based on monthly migraine headache day reductions in patients with EM (EVOLVE-1 and EVOLVE-2; 6-month treatment duration) and patients with CM (REGAIN; 3-month treatment duration). Corresponding numbers needed to treat (NNT) for one patient to benefit from drug and numbers needed to harm (NNH) for one patient to be harmed by drug based on discontinuation due to adverse events (DCAE) were estimated for each trial separately.

**Results:** In all trials, the proportion of patients achieving 30%, 50% and 75% RRs was significantly higher in patients treated with GMB 120 mg (ranging from 44.8% to 77.1% for 30% RR, 27.6% to 62.3% for 50% RR, and 7% to 38.8% for 75% RR) and 240 mg (ranging from 46.4% to 74.3% for 30% RR, 27.5% to 60.9% for 50% RR, and 8.8% to 38.5% for 75% RR) versus those treated with PBO (ranging from 32.3% to 56.8% for 30% RR, 15.4% to 38.6% for 50% RR, and 4.5% to 19.3% for 75% RR). Corresponding NNTs were similar across trials (5 to 9) with the exception of those obtained for  $\geq 75\%$  RR in REGAIN (24 to 40). Across all trials, NNH based on DCAE ranged from 46 to 295. **Conclusions:** In all trials, GMB showed a favorable benefit-risk profile versus PBO based on low NNTs for RR and higher NNH for DCAE. Higher NNTs observed in patients with CM may be due to higher disease burden (higher baseline migraine headache day and greater disability) of these patients and shorter treatment duration (3 vs. 6 months). The abstract was previously submitted and accepted by IHS (2019).

**Keywords:** Chronic Migraine. Episodic Migraine. Galcanezumab.

### O USO DE AURICULOTERAPIA CHINESA PARA O TRATAMENTO DE CEFALEIA EM PACIENTES NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ACRE

GONSALES, Matheus Santaella; DA SILVA, André Douglas Marinho; DANTAS, Thais Caroline Batista; DIB, Gustavo Gomes; DA SILVA, Gabriel Martins Carvalho; DA SILVA-NUNES, Mônica.

<sup>1</sup>Medicina, graduando, Universidade Federal do Acre; Medicina, Especialização em Homeopatia, Doutorado em Parasitologia, Pós-Doutorado em Doenças tropicais, Professora Associada, Universidade Federal do Acre.

**Contato com autor:** GONSALES, Matheus Santaella  
Email para contato: matsantaella@yahoo.com.br  
Endereço residencial: Rua Manoel Dantas, 303 ap. 14 - bairro Conjunto Universitário, Rio Branco, Acre. CEP: 69.917-694

**Introdução:** A Auriculoterapia chinesa compõe uma das técnicas utilizadas na Medicina Tradicional Chinesa, associada nessa à práticas como acupuntura e massagem, tendo tanto no Oriente quanto no Ocidente efetividade terapêutica comprovada através de estudos relacionados com quadros psicoemocionais variados. Baseada na aplicação de sementes de colza ou mostarda, esferas metalizadas em ouro, prata ou inox, ou ainda

agulhas auriculares em pontos localizados no pavilhão auricular, a Auriculoterapia pode ser usada para se tratar desordens enérgico-comportamentais, expressas algumas vezes por enfermidades, como cefaleia, por exemplo. Relacionados ao tratamento de cefaleia, tem-se os seguintes pontos auriculares: “Shen men”; “Rim”; “Fígado”; “Baço”; “ansiedade” (“Ponto A”); “Simpático”; “Frontal”; “Occipital”; e “Temporal”. Cada ponto auricular, quando estimulado, produz um efeito de ação no paciente, sendo: “Shen men” reduzindo a ansiedade; “Rim” atuando sobre enxaqueca; “Fígado”, sobre o estresse; “Baço”, sobre a preocupação; “Ponto A”, sobre quadros de ansiedade; “Simpático”, para a estabilização vegetativa das vísceras; “Frontal”, para transtornos na região; “Temporal”, para enxaquecas; e “Occipital”, para cefaleia, mais especificamente. **Objetivos:** Analisar a eficácia do tratamento auriculoterapêutico em pacientes portadores de cefaleia, na Fundação Hospitalar do Acre. **Metodologia:** Esses pontos foram tratados em 31 pacientes na Fundação Hospitalar do Acre, portadores de cefaleia autorreferida, onde foram tratados com Auriculoterapia segundo a Medicina Chinesa a partir da aplicação de sementes de colza fixadas com esparadrapo e mantidas por 5 dias contínuos no local, com intervalo de 2 dias entre uma sessão e outra. Em cada paciente, o número de sessões variou conforme a melhora individual de cada um, não ultrapassando o período de seis semanas (cinco consultas realizadas durante cinco semanas – uma consulta por semana – e uma consulta de retorno para alta diagnóstica). **Resultados:** Observou-se melhora do quadro clínico em 100% dos casos após o tratamento de Auriculoterapia. **Conclusões:** Tais dados tornam evidentes a eficácia da Auriculoterapia chinesa, além de expor a relevância e significância curativa e de tratamento para enfermidades como a cefaleia, podendo ser utilizada como terapia complementar, uma vez que ela não impede a realização de tratamentos medicamentosos sincrônicos. Os diagnósticos de cefaleia foram autorreferidos durante a anamnese na consulta, porém tais diagnósticos se mostraram em concordância com as alterações encontradas no pavilhão auricular de cada paciente, tais como telangiectasia e hiperemia nas áreas dos pontos relacionados à cefaleia.

**Palavras-chave:** Auriculoterapia. Medicina Tradicional Chinesa. Cefaleia.

## HIPERTENSÃO INTRACRANIANA SECUNDÁRIA A HIPOPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO

**GOMES SAMPAIO, patrick giordanni<sup>1</sup>; DINIZ MARACAJÁ, hiago<sup>2</sup>; NÓBREGA FIGUEIREDO, sara raquel<sup>2</sup>; NÓBREGA FIGUEIREDO, virgínia gabriela<sup>2</sup>; CARNEIRO MONTEIRO TEMOTEO, túlio; ADIJUTO DE MELO, natália meg<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Bacharelado em Medicina pela Unifacisa – Campina Grande, especialista em Neurologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, docente da Unifacisa – Campina Grande;

<sup>2</sup> Graduandos em Medicina pela Unifacisa – Campina Grande – PB;

**Contato com autor:** Patrick Giordanni Gomes Sampaio

E-mail: giordannipatrick@gmail.com

End.: R. Des. Trindade, 332 - sala 3 - Centro, Campina Grande - PB

**Introdução:** Hipertensão intracraniana idiopática (HII) comumente chamada de pseudotumor cerebral, consiste em um distúrbio de aumento da pressão intracraniana com composição normal do líquido cefalorraquidiano. Apresenta-se tipicamente em mulheres obesas, entre 15 e 44 anos, e sua incidência anual é de 1 a 2 por 100.000 habitantes. Esse quadro de HII pode-se apresentar por decorrência de distúrbios metabólicos, como hipoparatiroidismo. **Objetivo:** O presente trabalho científico trata-se de um relato de caso que tem o escopo principal elencar os pontos cruciais a respeito desta condição médica que possui poucos relatos na literatura. Nesse sentido, possibilita um melhor reconhecimento e diagnóstico precoce por parte dos profissionais da saúde, oferecendo um tratamento adequado e eficaz. **Descrição do caso:** A.T.F, 33 anos, feminino, caucasiana, solteira, portadora de Síndrome de Down, apresenta história de hipotireoidismo cirúrgico devido a bócio nodular e obesidade. Apresentou quadro subagudo de 3 dias de náuseas, turvação visual, diarreia e cefaleia holocraniana pulsátil que piorava com decúbito ventral e aliviava um pouco em posição ortostática. O quadro evoluiu com turvação visual progressiva e 2 crises convulsivas do tipo tônico-clônica generalizadas. Em avaliação inicial em pronto atendimento foi constatado em exames de Tomografia Computadorizada do crânio calcificações nos núcleos da base bilateralmente. O exame de Campimetria demonstrou perda do campo visual periférico e preservação do campo central. Testes laboratoriais incluindo bioquímica evidenciaram hipocalcemia e outros distúrbios metabólicos. Realizado punção lombar, sendo constatado pressão de abertura de 73 cmH<sub>2</sub>O e fechamento de 10 cmH<sub>2</sub>O, com retirada de 40 ml de Líquor (LCR). **Discussão do caso:** A paciente foi admitida em internação hospitalar de urgência, sendo realizado tratamento clínico para correção dos distúrbios metabólicos, punção lombar seriada até a indicação cirúrgica de derivação lombo-peritoneal para o tratamento da HII. Ela apresentou resposta satisfatória com recuperação parcial da visão após os tratamentos instituídos. **Conclusão:** O HII tem como principais como característica a cefaleia progressiva que pode evoluir com déficits neurológicos focais. Além disso, é possível ainda correlacionar o hipoparatiroidismo como sendo o fator etiológico, pelo transtorno do metabolismo do cálcio na desregulação da produção de Líquor. Portanto, o tratamento da HII é essencial para alívio dos sintomas e preservação da visão. Ademais, o controle da calcemia é essencial para o hipoparatiroidismo.

**Palavras-chave:** Hipertensão intracraniana idiopática; pseudotumor cerebral;

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES PORTADORES DE CEFALEIA CRÔNICA

**<sup>1</sup>GOMES SAMPAIO, patrick giordanni; <sup>2</sup>DINIZ MARACAJÁ, hiago; <sup>3</sup>MEDEIROS MIRANDA DAVID, mirian celly; <sup>2</sup>NÓBREGA**

**FIGUEIREDO, sara raquel;** <sup>2</sup>**NÓBREGA FIGUEIREDO, virgínia gabriela;** <sup>2</sup>**CARNEIRO MONTEIRO TEMOTEO, túlio;** <sup>2</sup>**ADIJUTO**

**DE MELO, natália meg**

<sup>1</sup> Bacharelado em Medicina pela Unifacisa - Campina Grande, especialista em Neurologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, docente da Unifacisa - Campina Grande;

<sup>2</sup>Graduandos em Medicina pela Unifacisa - Campina Grande - PB;

<sup>3</sup> Bacharelado em Fisioterapia pela UEPB, especialista em fisioterapia neurofuncional, mestranda em neurociências pela UFPE;

**Contato com autor:** Patrick Giordanni Gomes Sampaio

E-mail: giordannipatrick@gmail.com

End.: R. Des. Trindade, 332 - sala 3 - Centro, Campina Grande - PB

**Introdução:** Cefaleia é uma entidade caracterizada por um processo doloroso no segmento cefálico, podendo ter origem em estruturas cranianas ou faciais, sendo considerada a queixa médica mais comum. Essa, pode ainda ocorrer de maneira episódica ou crônica e ser classificada em primária ou secundária. **Objetivo:** Analisar, de maneira retrospectiva, a associação da ocorrência de perturbações cefalálgicas com o sexo, o trabalho e uso de medicações em pacientes com queixas de cefaleia crônica. **Métodos:** O estudo foi realizado através de análise retrospectiva de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de neurologia da Unifacisa com queixa de cefaleia crônica. **Resultados:** Do período de fevereiro a agosto de 2019, foram atendidos 30 pacientes, sendo 29 mulheres e 01 homem. Quanto a profissão, a grande parte eram profissionais técnicos da área de saúde, professores e estudantes. Destes pacientes, receberam diagnóstico de: enxaqueca crônica sem aura 60%, enxaqueca crônica com aura 13,3%, cefaleia crônica diária por uso abusivo de analgésicos 40 %, cefaleia do tipo tensional crônica (CTT) 30%, enxaqueca basilar 3,3%, cefaleia secundária 6,6%. **Conclusão:** Apesar da maior prevalência das CTTs na população, percebemos que são as enxaquecas que levam a uma maior procura por atendimento médico especializado. Portanto, evidencia-se como as enxaquecas comprometem tanto a funcionalidade do indivíduo, como também, a qualidade de vida. Ademais, confirma-se o grande predomínio no sexo feminino, como também, a baixa procura do sexo masculino devido a cefaleia. Além disso, constatou-se um número expressivos de pacientes portadores de cefaleia por uso abusivo de analgésicos comuns.

**Palavras chave:** Cefaleia crônica, enxaqueca, analgésicos.

## SÍNDROME DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA SECUNDÁRIA A NEUROCISTICERCOSE

<sup>1</sup>**GOMES SAMPAIO, patrick giordanni;** <sup>2</sup>**DINIZ MARACAJÁ, hiago;** <sup>2</sup>**NÓBREGA FIGUEIREDO, sara raquel;** <sup>2</sup>**NÓBREGA FIGUEIREDO, virgínia gabriela;** <sup>2</sup>**CARNEIRO MONTEIRO TEMOTEO, túlio;** <sup>2</sup>**ADIJUTO DE MELO, natália meg**

<sup>1</sup> Bacharelado em Medicina pela Unifacisa - Campina Grande, especialista em Neurologia pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, docente da Unifacisa - Campina Grande;

<sup>2</sup>Graduandos em Medicina pela Unifacisa - Campina Grande - PB;

**Contato com autor:** Patrick Giordanni Gomes Sampaio

E-mail: giordannipatrick@gmail.com

End.: R. Des. Trindade, 332 - sala 3 - Centro, Campina Grande - PB

**Introdução:** A neurocisticercose possui diferentes sintomatologias, desde convulsões a déficits neurológicos focais. Essas, dependem da localização do parasita no Sistema Nervoso Central nas formas extra ou intraparenquimatosas. Apesar da Neurocisticercose Racemosa não ser uma forma tão comum, o tratamento inadequado pode levar a graves desfechos com sequelas incapacitantes. **Objetivo:** Analisar e discutir o desenvolvimento das manifestações clínicas envolvidas no caso, bem como o desfecho a partir das intervenções propostas. **Descrição do caso:** G.F.M, 71 anos, masculino, queixava-se ao longo de seis meses de cefaleia holocraniana progressiva que piorava no período noturno e aliviava no período matutino. Associado ao quadro foi relatado episódios de zumbido bilateral e hipoacusia unilateral a esquerda. O paciente evoluiu com crise convulsiva do tipo tônico clônica generalizada e alterações na acuidade visual, o que o motivou a procurar pelo pronto atendimento. Em exames de triagem de imagem foi identificado lesões características de Neurocisticercose na forma cística disseminadas no espaço subaracnóideo e intraparenquimatoso. Foi considerado, a hipóteses de hipertensão intracraniana e neuropatia craniana do nervo vestibulococlear esquerdo pelas localizações dos cistos. O paciente foi submetido a punção lombar de alívio e na análise do líquido (LCR), a Pressão de abertura de 38 cmH<sub>2</sub>O apresentava 102 células, proteinorraquia 158mg/dl, hipoglicorraquia 42mg/dl e obviamente Elisa para Neurocisticercose positiva. **Discussão:** A presença do aglomerado de cistos (forma racemosa) no espaço subaracnóideo ocasionou uma hidrocefalia comunicante e, assim, uma hipertensão intracraniana (HIC) e suas complicações. Foi proposto punções seriadas associado ao tratamento antiparasitário conforme protocolos clínicos e tratamento sintomático. Apesar da indicação de derivação ventricular, conforme guideline, o paciente evoluiu com melhora satisfatória do quadro clínico, no âmbito da cefaleia e da acuidade visual, pelo fato de ter apresentado boa resposta ao tratamento não invasivo, optou-se pela terapia conservadora. No seguimento pós alta, o paciente apenas apresentou hipoacusia neurosensorial como sequela. **Conclusão:** Dessa forma podemos concluir que a neurocisticercose na forma parenquimatosa predomina na maioria dos casos, ao contrário da forma racemosa, que pode trazer repercussões clínicas severas e muitas vezes irreversíveis para os pacientes acometidos.

**Palavras-chave:** Neurocisticercose; Neurocisticercose Racemosa; Hipertensão intracraniana;

## AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS SENSORIAIS

## DO EQUILÍBRIO EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

ROCHA, Michely Rodrigues<sup>1</sup>; SILVA, Daiane Cristina<sup>2</sup>; PINHEIRO, Carina Ferreira<sup>3</sup>; CARVALHO, Gabriela Ferreira<sup>3</sup>; DACH, Fabíola<sup>4</sup>; BEVILAGUA-GROSSI, Débora<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação do Desempenho Funcional Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo <sup>2</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>4</sup> Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** ROCHA, Michely Rodrigues

E-mail: michelyrr.fisio@gmail.com

Endereço: Rua Coracy de Toledo Piza, 640 Ribeirânia CEP: 14.096-230 Ribeirão Preto-SP

**Introdução:** A migrânea é uma cefaleia incapacitante, que além dos sintomas clássicos também apresenta importantes déficits no equilíbrio, principalmente nos que apresentam maior número de crises e aura. No entanto, não está estabelecido quais dos sistemas responsáveis pela estabilidade postural apresentam maior déficits nestes pacientes. **Objetivo:** Avaliar a integração dos sistemas somatossensorial, visual e vestibular em indivíduos migranosos com e sem aura, migrânea crônica e saudáveis. **Métodos:** Foram avaliadas 72 mulheres com idade entre 18 e 55 anos, sendo 22 voluntárias do grupo controle (GC, 30,538.6 anos), 28 migrânea sem aura (MsA, 31,837.4 anos), 12 migrânea com aura (MA 34,038.9 anos) e 10 migrânea crônica (MC, 39,938.4 anos). O diagnóstico de migrânea obedeceu os critérios da Classificação Internacional de Cefaleias.

Todas as participantes foram submetidas a avaliação do equilíbrio no Teste de Organização Sensorial (SOT) por meio do equipamento Equitest (Neurocom(SIMBOLO de R). Os grupos foram comparados quanto a idade, IMC e às características clínicas da migrânea por meio do teste ANOVA de um fator com post-hoc de Tukey ( $p < 0,05$ ). Devido à diferença estatística verificada na idade entre os grupos ( $p < 0,05$ ), a comparação do escore de equilíbrio referente aos sistemas somatossensorial, visual e vestibular foi realizada com o teste ANCOVA de dois fatores (grupo e sistema) com a idade como covariável e post-hoc de Bonferroni ( $p < 0,05$ ). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (Processo 14371/2018).

**Resultados:** Não houve diferença entre os grupos no IMC nas características clínicas da migrânea ( $p > 0,05$ ). Em relação aos dados posturográficos, foi verificada interação entre grupo e sistema ( $p = 0,00$ ). Os grupos migrânea com aura e migrânea crônica apresentaram menor escore de equilíbrio do que o grupo controle nas condições que avaliam o sistema somatossensorial e visual (Somatossensorial: MA 94,736.8, MC 94,633.4 e GC 98,431,8,  $p < 0,03$ ; Visual: MA 76,5313.5, MC 73,5322.9 e GC 91,736,0,  $p < 0,05$ ). Nas condições que avaliam o sistema vestibular, o grupo migrânea com aura apresentou menor escore de equilíbrio do que os grupos migrânea sem aura e controle (MA 51,9316.8, MSA 66,8313.6 e GC 75,539,3,  $p < 0,02$ ). Ainda, as comparações intra-grupo revelaram diferenças significativas entre os três sistemas em todos os grupos, sendo que as condições que avaliaram o sistema vestibular apresentaram menor escore de equilíbrio do que as que avaliaram o sistema vestibular, que por sua vez, são menos pontuadas do que os testes de sistema somatossensorial ( $p < 0,03$ ).

**Conclusão:** Pacientes com migrânea com aura apresentam maior acometimento dos três sistemas que controlam o equilíbrio do que indivíduos sem cefaleia. Ainda, o aumento da frequência de crises também causa prejuízos nos sistemas somatossensorial e visual.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Equilíbrio. Posturografia computadorizada dinâmica.

## ORAL

## AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL DOS PACIENTES COM MIGRÂNEA EM TRATAMENTO PROFILÁTICO COM TOPIRAMATO

CAVERNI, Camila Naegeli<sup>1</sup>; SIMIONI, Caio Grava<sup>2</sup>; COSTA, Aline Turbino<sup>3</sup>; TENGAN, Celia Harumi<sup>4</sup>; VILLA, Thais Rodrigues<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup> Neurologista, Colaborador do Ambulatório de Cefaleias na Neurologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

<sup>3</sup> Neurologista, Mestre em Neurociências, Coordenadora e pesquisadora do setor de investigações de dor de cabeça e crânio-facial da residência de neurologista do Hospital Santa Marcelina.

<sup>4</sup> Neurologista, Doutora, Coordenadora do Curso de pós-graduação de Neurologia e Neurocirurgia, Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>5</sup> Neurologista, Pós-Doutorado, Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

**Contato com autor:** CAVERNI, Camila Naegeli

E-mail: camila.ncaverni@gmail.com

Rua Agostinho Gomes, 485, apto. 309, Ipiranga, São Paulo, SP, 04206-000

**Introdução:** A migrânea é uma cefaleia primária que atinge 15% da população brasileira. A utilização de medicamentos profiláticos, como o topiramato, pode ser necessária para a prevenção das crises de dor, no entanto, estes medicamentos podem induzir a perda de peso e a redução do apetite. Estudos demonstraram a relação entre migrânea e o índice de massa corporal (IMC), sendo que indivíduos obesos estão mais suscetíveis a apresentarem crises mais frequentes e incapacitantes, porém sem avaliar a composição corporal de maneira objetiva, buscando relacionar esses parâmetros a cronificação da migrânea. A avaliação antropométrica estuda a composição corporal e seus constituintes como o percentual de gordura e de massa magra, podendo determinar a condição atual de saúde e, consequentemente, da sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a composição corporal de mulheres com migrânea em uso de topiramato antes e após três meses de tratamento. **Métodos:** Foram incluídas 50 pacientes, sexo feminino, entre 18 e 45 anos. Inicialmente, as pacientes foram avaliadas por um neurologista para determinar o diagnóstico de migrânea com ou sem aura e/ou migrânea crônica no início do tratamento profilático: topiramato 50mg/dia, durante 3 meses. No

início e no final do estudo as pacientes foram avaliadas por uma nutricionista para definição da composição corporal e suas alterações durante o estudo, através de uma avaliação antropométrica detalhada. **Resultados:** Foram avaliadas ao final do estudo 37 pacientes, com idade média de 31 anos, IMC inicial médio de 25,89kg/m<sup>2</sup> (DP33,94kg/m<sup>2</sup>), gordura corporal inicial média de 36,1% (DP310,3%) e massa magra inicial média de 42,7kg (DP35,1kg). Após 3 meses do tratamento profilático, as pacientes reduziram significativamente a frequência de dias de cefaleia/mês, de 21 dias (DP38 dias) para 7 dias (DP38 dias) de cefaleia/mês (p<0.0001). Com relação aos parâmetros antropométricos, houve redução do IMC, de 25,89kg/m<sup>2</sup> (DP33,94kg/m<sup>2</sup>) para 25,19kg/m<sup>2</sup> (DP33,73kg/m<sup>2</sup>) (p0.0001) e percentual de gordura corporal, de 36,1% (DP310,3%) para 33,2% (DP39,0%) (p<0.0001). Por outro lado, o tratamento levou ao aumento da massa magra, de 42,7kg (DP35,1kg) para 43,6kg (DP35,0kg) (p0.0074), principalmente no grupo com migrânea crônica, com aumento de 43,2kg (DP36,0kg) para 44,3kg (DP35,7kg) (p0,0173). A massa magra corporal aumentou nas pacientes com sobrepeso de 44,8kg (DP36,0kg) para 45,8kg (DP35,9kg) (p0,0128), e obesidade de 40,3kg (DP36,1kg) para 44,2kg (DP35,3kg) (p0,0102), mas não houve alterações nas pacientes eutróficas. Considerando a idade, observamos que o aumento da massa magra corporal, de 42,9kg (DP36,2kg) para 44,3kg (DP36,0kg) (p0,0087) ocorreu nas pacientes com faixa etária maior, entre 31 e 45 anos. **Conclusão:** O estudo demonstrou que o tratamento proposto modificou a composição corporal das pacientes com redução do IMC e da gordura corporal, e aumento da massa magra. O grupo que mais se beneficiou foi o das pacientes em sobrepeso ou obesidade, com migrânea crônica e acima dos 31 anos. Estes resultados sugerem que a melhora da composição corporal pode ser um parâmetro de melhora do quadro de migrânea crônica, no entanto, estudos adicionais são necessários para avaliar a importância da composição corporal em pacientes em tratamento para migrânea e migrânea crônica.

**Palavras-chave:** Migrânea. Topiramato. Composição Corporal. Gordura Corporal. Massa Magra.

## EFEITO DO ESTÍMULO SONORO NO CONTROLE POSTURAL DE PACIENTES COM MIGRÂNEA – ESTUDO CONTROLADO

PINHEIRO Carina Ferreira<sup>1</sup>, CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>1</sup>, MORAES Renato<sup>2</sup>, MOREIRA Jéssica Rodrigues<sup>3</sup>, ANASTASIO Adriana Ribeiro Tavares<sup>4</sup>, DACH Fabiola<sup>5</sup>, BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora, Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. <sup>2</sup> Educador Físico, Doutor, Professor Doutor da Escola de Educação Física e Esportes de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>3</sup> Aluna de graduação do curso de Fisioterapia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

<sup>4</sup>Fonoaudióloga, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>5</sup>Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>6</sup>Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Contato com autor:** PINHEIRO Carina Ferreira

E-mail: carinafp@hotmail.com

Endereço: Travessa São Judas Tadeu, 40, casa 01, Ipiranga, Ribeirão Preto - SP CEP 14055-486.

**Introdução:** Déficits de equilíbrio têm sido observados em pacientes com migrânea, em especial na presença de aura e maior frequência de crises. Considerando a sensibilidade ao som apresentada por estes pacientes, não é conhecido se o estímulo sonoro pode influenciar negativamente o controle postural dos migranosos.

**Objetivo:** Investigar os efeitos do estímulo sonoro no controle postural de pacientes com migrânea com e sem aura, migrânea crônica e indivíduos controle, com olhos abertos e olhos fechados. **Materiais e Métodos:** Setenta e duas mulheres com idade entre 18 e 55 anos foram avaliadas. As participantes com migrânea foram diagnosticadas segundo critérios da Classificação Internacional de Cefaleias e divididas entre migrânea sem aura (MsA, n=18), migrânea com aura (MA, n=16) e migrânea crônica (MC, n=16). O grupo controle foi composto por mulheres sem relato de cefaleia (GC, n=22). As participantes foram orientadas a se manter em pé sobre a plataforma de força durante 30 segundos, com olhos abertos (OA) e olhos fechados (OF), sem estímulo sonoro (SS) e com estímulo sonoro (CS). Na condição CS as participantes realizaram a tarefa com um fone de ouvido emitindo um ruído que simula um ambiente de festa (party noise) de intensidade entre 84 e 94dBa, e as voluntárias foram questionadas quanto à intensidade de desconforto gerada pelo ruído. As características clínicas e demográficas da amostra foram comparadas com ANOVA unifatorial, e o modelo linear de efeitos mistos com post-hoc ajustado de Bonferroni ( $p < 0,05$ ) foi utilizado para verificar diferenças na área de oscilação do centro de pressão entre os grupos nas diferentes condições de estímulo sonoro e de visão.

**Resultados:** Os grupos não apresentaram diferenças na idade e IMC ( $p > 0,05$ ). O desconforto auditivo foi maior nos grupos migranosos do que no controle (GC 2,933,2; MsA 6,533,4; MA 6,732,9; MC 7,532,1;  $p < 0,00$ ). Houve interação entre grupo, visão e estímulo ( $p = 0,02$ ), sendo os grupos migrânea com aura e migrânea crônica com maior área de oscilação (em  $\text{cm}^2$ ) do que os grupos migrânea sem aura e controle na condição com estímulo sonoro e olhos fechados (MA 5,0234,42; MC 5,8336,46; MsA 1,530,76; GC 2,4832,26). Na tarefa de olhos abertos, o grupo migrânea crônica apresentou maior oscilação na condição CS do que SS (MC CS 3,3832,94; MC SS 1,3830,90). Ainda, os grupos MA e MC também mostraram maior oscilação na condição CS do que SS com os olhos fechados (MA CS 5,0234,42; MA SS 2,8332,68; MC CS 5,8336,46; MC SS 1,9931,24), e na

condição OF do que OA com o estímulo sonoro (MA OF 5,0234,42; MA OA 2,8332,15; MC OA 5,8336,46; MC OA 3,3832,94). **Conclusão:** O estímulo sonoro associado à privação do sistema visual piora o controle postural de indivíduos com migrânea com aura e migrânea crônica, mas não de migranosos sem aura e indivíduos sem cefaleia.

**Palavras-chave:** Cefaleia, Fonofobia, Equilíbrio

## CORRELAÇÃO ENTRE ALODINIA CUTÂNEA E MEDIDAS DE VOLUME E ESPESSURA DO CÓRTEX SOMATOSSENSORIAL DE PACIENTES COM MIGRÂNEA: ESTUDO PILOTO

**ARRUDA Eduardo<sup>1</sup>; MACIEL Nicoly Machado<sup>2</sup>; CARVALHO Gabriela Ferreira<sup>3</sup>; PINHEIRO Carina Ferreira<sup>4</sup>; DACH Fabíola<sup>5</sup>; dos SANTOS Antonio Carlos<sup>5</sup>; BEVILAQUA-GROSSI Débora<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Aluno de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. <sup>2</sup>Fisioterapeuta, Mestre, aluna de doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta, Doutora, aluna de pós-doutorado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

<sup>4</sup>Médica, Doutora, Professora Associada do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

<sup>5</sup>Médico, PhD, Professor Titular da Universidade de São Paulo - USP, MS-6, divisão de Radiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

<sup>6</sup>Fisioterapeuta, Livre Docente, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

**Contato com autor:** ARRUDA Eduardo

E-mail: duarruda@usp.br

Rua Correia Neto, número 1, apartamento 7, centro, Poços de Caldas-MG, Cep:37701-716.

**Introdução:** As alterações estruturais e funcionais do córtex de pacientes com migrânea podem apresentar relação com sintomas clínicos. No entanto, ainda não foi investigada a correlação entre alodinia cutânea e alterações estruturais de espessura e volumes corticais em pacientes com migrânea. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre a severidade da alodinia cutânea e a espessura (Ep) e o volume (Vol) do córtex somatossensorial direito (EpD, VolD) e esquerdo (EpE, VolE), em mulheres com migrânea. **Métodos:** Serão avaliadas 45 voluntárias diagnosticadas com migrânea por neurologistas especialistas, divididas igualmente em 3 grupos: migrânea sem aura (MoA), migrânea com aura (MA) e migrânea crônica (MC). Até o momento, 22 voluntárias (10 com MoA, 5 com MA e 7 com MC) responderam ao questionário ASC-12/Brazil e foram submetidas ao exame de ressonância magnética em aparelho de 3T Philips (Achieva 3T-Xseries, Philips Medical Systems, Holanda). O exame dura 20 minutos e não é usado nenhum tipo de contraste paramagnético. As imagens foram inspecionadas por um neuroradiologista

cego quanto ao diagnóstico e processadas no software Freesurfer. Os dados apresentaram uma distribuição normal, e a análise de variância ANOVA ( $p < 0,05$ ) foi realizada para verificação da diferença entre as medidas das variáveis obtidas entre os 3 grupos. Foi utilizada uma regressão linear múltipla para verificar se a espessura e o volume do córtex somatossensorial são capazes de prever a severidade da alodinia cutânea. **Resultados:** As voluntárias apresentaram as seguintes características (média e desvio-padrão): idade: MoA = 34,5 (8,7), MA = 35,4 (8,9), MC = 33,9 (9,0); IMC: MoA = 24,3 (3,6), MA = 24,5 (4,5), MC = 23,1 (2,9); anos de cefaleia: MoA = 15,4 (7,2), MA = 16,2 (8,2), MC = 14,1 (10,0); intensidade das crises (escala de 0 a 10): MoA = 7,5 (0,8), MA = 7,6 (1,6), MC = 7,6 (1,9). Os valores de EpD e EpE para cada grupo apresentados em média (desvio-padrão): [EpD: MoA = 1,916 (0,074); MA = 1,903 (0,090); MC = 1,967 (0,125);  $p = 0,461$ ], [EpE: MoA = 1,947 (0,075); MA = 1,960 (0,110); MC = 1,972 (0,150);  $p = 0,905$ ]. Os valores de VolD e VolE para cada grupo em média (desvio-padrão): [VolD: MoA = 7750,7 (927,520); MA = 8081,6 (1099,08); MC = 7525,857 (728,323);  $p = 0,590$ ], [VolE: MoA = 7648,3 (1386,062); MA = 8784,2 (1195,971); MC = 7565,428 (802,653);  $p = 0,180$ ]. Até o momento, não foram verificadas diferenças entre os grupos em relação ao volume e espessura do córtex somatossensorial. A análise da regressão linear múltipla resultou em um modelo não significativo, mostrando que não há correlação entre as medidas de espessura e volume do córtex somatossensorial e alodinia cutânea:  $F(4,17) = 0,766$ ;  $p = 0,562$ ;  $R^2 = 0,391$ . **Conclusão:** Por enquanto, os resultados deste estudo indicam que não há diferenças estruturais em relação ao volume e espessura do córtex somatossensorial em pacientes com diferentes subtipos de migrânea. Além disso, não foi verificada correlação entre alodinia cutânea e o volume e espessura do córtex somatossensorial.

**Palavras-chave:** córtex somatossensorial, migrânea, alterações corticais.

## USO DE OPIOIDES NO TRATAMENTO DA CEFALEIA EM UM PRONTO SOCORRO DE SÃO PAULO

**KUBOTA, Gabriel Taricani<sup>1</sup>; SOUZA, Marcio Nattan Portes<sup>2</sup>; CALDERARO, Marcelo<sup>3</sup>; OLIVEIRA, Ana Paula de Sousa<sup>4</sup>; ZAMBON, Lucas Santos<sup>5</sup>; ANGHINAH, Renato<sup>6</sup>; JORDÃO, Maurício Rodrigues<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

<sup>2</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

<sup>3</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

<sup>4</sup> Núcleo de Epidemiologia; Gerência de Qualidade, Segurança e Epidemiologia; Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

<sup>5</sup> Superintendência Médica, Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

<sup>6</sup> Américas Serviços Médico, United Health Group

<sup>7</sup> Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis

**Introdução:** Diretrizes internacionais e brasileiras recomendam evitar-se o uso rotineiro de opioides no tratamento agudo das cefaleias primárias. Além dos riscos de piora de náuseas e vômitos e de intoxicação, o uso sistemático dessas medicações pode levar a tolerância, dependência e adição, bem como à cefaleia por uso excessivo de medicação e cronificação da dor. Estudos sugerem que o uso excessivo de opióides nas últimas décadas para o tratamento da dor nos Estados Unidos resultou numa epidemia responsável por 20% de todas as mortes de indivíduos entre 24 e 35 anos em 2016. Ainda assim, nos Estados Unidos, 35% dos pacientes que buscam prontos socorros norte-americanos por cefaleia recebem opióides. No entanto, a prevalência de uso de opióides para tratamento da cefaleia nos prontos socorros (PS) brasileiros é pouco conhecida. **Objetivo:** Avaliar a prevalência do uso de opióides para tratamento da cefaleia no PS de um hospital particular de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu todos os pacientes que procuraram o PS do Hospital Samaritano de São Paulo - Unidade Higienópolis no ano de 2018 e foram diagnosticados com CID10 R51, G43 e G44. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: os que receberam opioides e os que não receberam. Foi realizada análise estatística descritiva e a comparação entre esses grupos através de testes de razão de probabilidade e qui-quadrado. Tempo e gastos relacionados à avaliação em PS e internação hospitalar também foram comparados através do teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Foram identificados 3.943 visitas ao PS devido a cefaleia, por 3.308 pacientes. Em 11,3% dessas visitas, os pacientes receberam opioides, sendo: tramadol em 92,4%, morfina em 3,9%, combinação de tramadol e paracetamol em 3,3% e nalbufina em 0,2%. A probabilidade de retornar ao PS no mesmo ano dos pacientes medicados com opioides foi maior em relação aos não medicados (Odds Ratio 1,61; IC95% 1,3-1,99). Os pacientes que receberam opioides tiveram um tempo mediano de permanência no PS de 4,54 horas, que foi 45,5% maior (IC95% 37,2%-57,1%) comparado aos que não receberam. Ademais, o gasto mediano por atendimento de pacientes que receberam opioides foi de R\$880,00, 51,1% maior (IC95% 21,4%-42,3%) do que o gasto daqueles que não receberam. Os pacientes que receberam opióides eram mais frequentemente do sexo feminino ( $p=0,018$ ) e procuraram o PS mais frequentemente no período das 0h00 às 5h59 ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Observamos uma prevalência de uso de opióides no PS menor do que descrito nos estudos norte-americanos, porém ainda assim elevada. O uso de opióides foi associado a maior gasto por atendimento. Consideramos que estratégias educacionais voltadas às equipes emergencistas podem não só levar a maior segurança nos cuidados dos doentes com cefaleia, como a redução dos gastos associados. Estudos em outros serviços brasileiros são necessários para corroborar a validade externa dos resultados obtidos nesse estudo para o território nacional.

**Palavras-chave:** Opióides. Tratamento Agudo. Migrânea. Adição.

## PREVALÊNCIA DE IMPULSIVIDADE EM MIGRANOSOS SEM E COM ABUSO DE ANALGÉSICO

Luana Miranda Santos<sup>1</sup>; Ana Flávia Souza Salles e Silva<sup>1</sup>; André Borges Ribeiro Brasil<sup>1</sup>; Ariella Cabral Alves Tolentino<sup>1</sup>; Carina Araújo Norberto<sup>1</sup>; Carla Braun De Paula<sup>1</sup>; Mauro Eduardo Jurno<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Barbacena.

**Objetivo:** O objetivo do trabalho foi verificar a presença de comportamento impulsivo em pacientes migranosos e pacientes migranosos com abuso de analgésico, comparando-os a um grupo controle. **Materiais e métodos:** Foi conduzido um estudo de corte transversal com 210 pacientes de ambos os sexos provenientes do ambulatório de neurologia, sendo 140 com diagnóstico de migrânea segundo os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias, subdivididos em dois grupos de 70 pacientes, um com abuso de analgésicos e outro sem, além do grupo controle não migranoso, contendo também 70 pacientes. Esses pacientes foram avaliados pela Escala de Impulsividade Barratt - BIS 11. **Resultados:** Os resultados encontrados no presente estudo mostraram que o grupo migranoso possui maior impulsividade, seguido do grupo controle e por fim o grupo migranoso com abuso de analgésico. **Conclusão:** Não foi possível encontrar uma relação direta entre migrânea e o desenvolvimento de comportamentos impulsivos, que seria exacerbado naqueles que fazem abuso de analgésico, no entanto esta relação foi maior entre os migranosos sem abuso.

**Palavras-chave:** migrânea, abuso de analgésico, impulsividade, cefaleia

## CEFALÉIA E OSMOFÓBIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E IMPORTÂNCIA PARA DIAGNÓSTICO DA MIGRÂNEA

ALBANÉS OLIVEIRA BERNARDO, Albérico<sup>1</sup>; LYS DE MEDEIROS, Fabíola<sup>2</sup>; SAMPAIO ROCHA-FILHO, Pedro Augusto<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Neurologista; Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco e Hospital Pelópidas Silveira, Recife-Pernambuco, Brasil

<sup>2</sup> Médica Neurologista, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento Universidade Federal de Pernambuco. Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil

<sup>3</sup> Médico Neurologista, Professor Adjunto de Neurologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil; Ambulatório de Cefaleias, Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil

**Contato com autor:** SAMPAIO ROCHA-FILHO, Pedro Augusto  
Email: pedroasampaio@gmail.com  
Endereço: Rua General Joaquim Inácio, 830, Sala 1412 - Edifício The Plaza Business Center, Recife, Pernambuco- CEP: 52011-270.

**Introdução:** Cefaleia é a terceira causa de incapacidade para a população segundo a OMS e é o sintoma

nerológico mais frequente na pediatria e a dor mais comum em crianças. O diagnóstico correto das cefaleias na população pediátrica muitas vezes é difícil e depende da capacidade de expressão e comunicação de cada faixa etária. A osmofobia pode contribuir para o diagnóstico da migrânea em adultos, mas isso é pouco estudado entre crianças e adolescentes. **Objetivo:** avaliar a utilidade da osmofobia em crianças e adolescentes com cefaleia para o diagnóstico da migrânea e avaliar que características dos pacientes e da migrânea estão associadas à presença de osmofobia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Crianças e adolescentes consecutivamente atendidos em ambulatório de pediatria por diversos motivos que tiveram pelo menos um ataque de cefaleia nos últimos 12 meses foram incluídos. Utilizamos questionário semiestruturado, Wong-Baker Faces Pain Scale, Pediatric Migraine Disability Assessment Score, State-trait Anxiety Inventory e o Children's Depression Inventory. **Resultados:** 300 pacientes com cefaleia foram incluídos, 253 tinham migrânea e 47, cefaleia do tipo tensional; 137 (45,7%) tinham osmofobia durante os ataques de cefaleia, 135 eram migranosos. Sensibilidade para migrânea: 53,4%; especificidade: 95,8%; valor preditivo positivo: 98,5%; valor preditivo negativo: 27,6%. A osmofobia esteve significativamente associada à maior intensidade e duração da cefaleia e a vômitos (regressão logística). Uma maior frequência de crises, fonofobia e osmofobia associaram-se a um maior impacto da migrânea (regressão logística). Maior frequência e duração dos ataques de cefaleia e a osmofobia durante a crise estiveram associadas a atendimento em emergência (regressão logística). **Conclusões:** A presença de osmofobia é útil no diagnóstico da migrânea, mas sua ausência não contribui para se afastar essa doença. A osmofobia também é um marcador de gravidade da migrânea.

**Palavras-chave:** Cefaleia, Migrânea, Cefaleia do tipo tensional, Criança, Osmofobia

## AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO WPAI (WORK PRODUCTIVITY AND ACTIVITY IMPAIRMENT) - PARA ENXAQUECA, USANDO O APP DR CEFALÉIA PARA MÉDICOS

DOMINGUES, Renan; LOPES, Rônney Pinto; ALBUQUERQUE, Tamara Melissa Zavadzski; CHUNG, Gabriel; BERTELLI, Ayrton Piassi; BATISTA, Sílvia Fundament; ARENA, Lucas de Carvalho; VARGA, Thiago Garcia

Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O objetivo deste estudo foi avaliar a versão em português do questionário WPAI para enxaqueca, utilizando o app Dr Cefaleia para Médicos, função Pesquisa. **Métodos:** Durante um mutirão de cefaleias foram entrevistados indivíduos com cefaleia,

em 3 estações de metrô de São Paulo. O diagnóstico de enxaqueca foi realizado com o questionário ID-MigraineTM, versão em português. O impacto foi avaliado pelo HIT-6. Foi utilizada versão em português do WPAl, adaptada da versão para saúde geral, com substituição da expressão “problemas de saúde” por “enxaqueca/dor de cabeça”. Os dados foram coletados por estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e por médicos residentes do mesmo hospital, utilizando-se o app “Dr Cefaleia para Médicos”, função Pesquisa. A normalidade dos dados foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk e as correlações foram avaliadas com o teste de Spearman. Aprovação no CEP Santa Casa - 3.142.344. **Resultados:** Foram realizadas 305 entrevistas, sendo que 167 indivíduos preencheram os critérios para enxaqueca. Destes, 72,9% eram do gênero feminino, com idade média de 34,2311,1 anos. A média do HIT-6 foi de 62,639,1. 135 indivíduos com enxaqueca tinham ocupação de trabalho e foram incluídos nas análises do WPAl. As médias do WPAl foram: dias perdidos-5,1310,4%; comprometimento do trabalho-47,5332,6%; perda de produtividade-47,1332,6% e comprometimento das atividades em geral-55,1330,2%. Houve significativa correlação entre o HIT-6 com cada um dos 4 componentes do WPAl: dias perdidos (P=0,014), comprometimento do trabalho (P<0,001), perda de produtividade (P<0,001) e comprometimento das atividades em geral (P<0,001). **CONCLUSÕES:** O app Dr Cefaleia para Médicos mostrou-se funcional para a realização deste tipo de pesquisa. O questionário WPAl em português para enxaqueca mostrou-se uma ferramenta válida para avaliar o impacto da enxaqueca sobre a produtividade no trabalho.

#### Palavras-chave:

### RESULTADOS DE UM MUTIRÃO DE CEFALEIA USANDO O APP DR CEFALEIA PARA MÉDICOS

**DOMINGUES, Renan; SILVA, Paulo Diego Santos; VESCOVI, Julia; CABRAL, Felipe Teijeiro; LEE, Annelise Akemi Higa; RODRIGUES, João Carabolante; RIEDEL, Pedro Feitosa**

**Renan Domingues. Neurologista e Doutor pela USP, Pós Doutorado pela Universidade de Lille, França.**

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** O objetivo deste estudo é mostrar os resultados de um mutirão de cefaleias realizado em local público da cidade de São Paulo em que se utilizou um aplicativo para dispositivo móvel para pesquisa em cefaleias. **Métodos:** Foram entrevistados indivíduos em 3 estações de metrô de São Paulo. Indivíduos com cefaleia eram convidados a participar espontaneamente das entrevistas. As entrevistas foram realizadas com o uso do app “Dr Cefaleia para Médicos”, função Pesquisa. O app contém um questionário com informações demográficas, seguido pelos questionários ID-MigraineTM, HIT-6 (ambos em versão validada em português) e o WPAl, versão para enxaqueca. Os

dados foram coletados por estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e por médicos Residentes do mesmo hospital. Aprovação pelo CEP Santa Casa - 3.142.344.

**Resultados:** Foram realizadas 305 entrevistas, sendo 70,6% indivíduos do gênero feminino. A idade média foi 39,9313,9 anos. 69,4% estavam empregados, 11,2% desempregados, 10,5% eram profissionais liberais e 6,9% aposentados. 78,6% faziam automedicação, 14,8% tratamento com especialista e 6,6% com não especialista. Os medicamentos citados como primeira escolha foram dipirona (27%), associação com isometeptoeno (16,4%) e paracetamol (9,6%). 54,8% foram diagnosticados como enxaqueca. A média do HIT-6 foi de 62,5339,1, sendo maior nos indivíduos com enxaqueca que nos demais (63,638,8 x 52,539,4; P<0,0001). Não houve diferença significativa no HIT-6 de acordo com a condição de trabalho. Pacientes que declararam tratamento com não especialista tiveram maior HIT-6 (64,939,8) que os demais (automedicação, 57,39310,5, P=0,002; especialista, 59,138, P=0,016). **CONCLUSÕES:** O app “Dr Cefaleia para Médicos” mostrou-se funcional e adequado para a realização da pesquisa. O percentual de automedicação foi bastante elevado, enquanto o percentual de sujeitos em tratamento com não especialistas foi baixo, sendo o HIT-6 mais alto neste grupo. Tais dados sugerem que há necessidade de melhorar quantitativa e qualitativamente o atendimento em cefaleia por não especialistas visando reduzir o impacto.

#### Palavras-chave:

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM PRONTO SOCORRO DE HOSPITAL TERCIÁRIO COM DIAGNÓSTICO FINAL DE CEFALEIA

**SOUZA, Marcio Nattan Portes<sup>1</sup>; KUBOTA, Gabriel Taricani<sup>2</sup>; OLIVEIRA, Ana Paula de Sousa<sup>3</sup>; ZAMBON, Lucas Santos<sup>4</sup>; ANGHINAH, Renato<sup>5</sup>; JORDÃO, Mauricio Rodrigues<sup>6</sup>; CALDERARO, Marcelo<sup>7</sup>**

<sup>1</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

<sup>2</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

<sup>3</sup> Núcleo de Epidemiologia; Gerência de Qualidade, Segurança e Epidemiologia; Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

<sup>4</sup> Superintendência Médica, Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

<sup>5</sup> Américas Serviços Médico, United Health Group

<sup>6</sup> Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

<sup>7</sup> Núcleo de Excelência em Cefaleia, Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis

**Introdução:** Cefaleias primárias estão entre as principais causas de procura por atendimento no Pronto Socorro. A enxaqueca é a segunda principal causa de anos vividos com incapacidade em todo o mundo, e a primeira em pessoas com menos de 50 anos. O custo social da doença, considerando-se custos diretos a indiretos, é considerável. Uma das formas mais comuns de acesso

à saúde, por pacientes com cefaleias recorrentes, é a procura ao Pronto Socorro (PS) durante uma crise.

**Objetivo:** Avaliar as características epidemiológicas dos pacientes que procuraram o Pronto Socorro de Hospital Terciário, com diagnóstico final de enxaqueca, e comparar dados daqueles que tiveram apenas uma visita com os que se apresentaram mais de uma vez com o mesmo diagnóstico no ano de 2018. **Métodos:** Estudo observacional transversal que incluiu todos os pacientes que procuraram o PS do Hospital Samaritano de São Paulo – Unidade Higienópolis, no ano de 2018 e foram diagnosticados com CID R51, G43 e G44. Os pacientes foram divididos em 2 grupos: os que tiveram uma passagem ao longo do ano e os que tiveram mais de uma passagem, com o diagnóstico final entre os códigos mencionados. Foi realizada análise estatística descritiva e a comparação através de testes de razão de probabilidade e qui-quadrado. Tempo e gastos relacionados à avaliação em PS e internação hospitalar foram comparados através do teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** Foram identificadas 3.943 visitas ao PS com códigos de diagnóstico de cefaleia, por 3.308 pacientes. A idade média da população foi 38,3 anos, e não variou em relação à recorrência. Houve mais pacientes do sexo feminino entre os recorrentes (79,5% vs 72,9%;  $p < 0,001$ ). Pacientes recorrentes permaneceram mais tempo no Pronto Socorro (7,51 vs 2,96 horas;  $p < 0,001$ ), realizam mais Tomografias de Crânio, apresentaram maior gasto médio por visita (R\$ 1.326,90 vs R\$ 527,39;  $p < 0,001$ ), e quando são internados, tiveram maior tempo de permanência hospitalar (2,31 vs 1,72 dias;  $p = 0,019$ ).

**Conclusão:** Pacientes que recorreram ao Pronto Socorro com diagnóstico de cefaleia em um período de 12 meses apresentaram perfil epidemiológico diferente daqueles que tiveram apenas uma visita. Com maior tempo de permanência e maior taxa de utilização de exames de imagem, os pacientes recorrentes apresentaram maior gasto médio por visita. Essa população possivelmente apresenta uma condição de base de maior morbidade e pode ser um alvo para intervenções custo-efetivas e capazes de gerar valor para o paciente, como a adesão a linha de cuidado integrado e multidisciplinar.

### POLIMORFISMOS GENÉTICOS DA IL-1 $\alpha$ , IL-10, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ NA MIGRÂNIA

VITALI DA SILVA<sup>1</sup>, Aline; VILLELA LINHAM, Rebeca Manoela<sup>2</sup>; FERREIRA KROL, Louise<sup>2</sup>; LOPES, Milene Valéria<sup>2</sup>; NABHAN SILVEIRA, Diogo<sup>2</sup>; BELLO, Valéria Aparecida<sup>2</sup>; POLI FREDERICO, Regina Célia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Neurologista, Mestre, Professora na Universidade Estadual de Londrina e Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>2</sup> Acadêmico de Medicina

<sup>3</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná

<sup>4</sup> Bióloga, Doutora, Professora na Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Universidade Norte do Paraná

**Contato com autor:** VITALI DA SILVA, Aline  
Email: alinevitalidasilva@gmail.com

Endereço: R. Dr Dimas de Barros, 155 ap 1304 CEP 86050-730 Londrina-PR.

**Introdução:** O principal mecanismo fisiopatológico da migrânea baseia-se na ativação do nervo trigêmeo com liberação de CGRP em suas terminações. O CGRP, por sua vez, ativa células musculares lisas de pequenos vasos, e células gliais satélites do gânglio trigeminal. As células gliais satélites, por sua vez, secretam fatores inflamatórios como interleucinas e TNF- $\alpha$ . Desta forma, gerando uma cascata de inflamação neurogênica com recrutamento neutrófilos e linfócitos, bem como sensibilização de nociceptores. Alguns estudos clínicos demonstraram aumento de citocinas em indivíduos migranosos, principalmente durante a fase de dor. Hipotetiza-se que os polimorfismos genéticos de citocinas podem influenciar a magnitude da inflamação neurogênica, desta forma, impactando no risco de migrânea, bem como sua forma de apresentação. Este estudo tem o objetivo identificar a associação de polimorfismos genéticos de citocinas e seus efeitos na migrânea. **Métodos:** Estudo de caso-controle composto por pacientes com diagnóstico de migrânea e controles hígidos, pareados para sexo e idade. Os pacientes com migrânea foram entrevistados através de formulário estruturado, foram colhidas informações demográficas, do tipo de migrânea (com ou sem aura; episódica ou crônica), idade de início da doença, sintomas acompanhantes e desencadeantes de crise. Os pacientes também responderam a questionários validados para avaliar a incapacidade (MIDAS) e impacto (HIT-6) da migrânea, bem como sintomas de ansiedade (IDATE 1 e 2). A análise dos polimorfismos dos genes das IL-10 (-1082 A/G), TNF- $\alpha$  (-308 G/A), IL-1 $\alpha$  (-889 C/T) e IFN- $\alpha$  (-764 G/C) foi realizada através de amostra de sangue, com realização de PCR seguida de RFLP. Os testes estatísticos utilizados foram Qui-quadrado, Exato de Fisher e correlação de Spearman. **Resultados:** O genótipo da IL-10, TNF- $\alpha$ , IL-1 $\alpha$ , IFN- $\alpha$  foi analisado em 82, 43, 58 e 61 indivíduos respectivamente. Proporção de casos e controles foi de aproximadamente 1:1. O genótipo GG do IFN- $\alpha$  foi associado com o diagnóstico de migrânea (OR= 2,1;  $p=0,006$ ). Alodínea foi mais frequente em pacientes com genótipo AA da IL-10 ( $p=0,05$ ) e com genótipo AG do TNF- $\alpha$  ( $p=0,05$ ). Como desencadeantes, a luminosidade e o clima, estavam mais frequentemente associados ao genótipo AG do TNF- $\alpha$  ( $p=0,05$ ). Não houve diferença genotípica entre as demais variáveis analisadas. **Discussão:** O IFN- $\gamma$  é uma citocina pró-inflamatória, produzida por mastócitos e linfócitos ativados. O alelo G do polimorfismo -764 G/C do IFN- $\gamma$  é responsável por maior produção desta molécula, o que justificaria indivíduos com genótipo GG, deste estudo, terem o dobro de chance de migrânea. Estudos in vitro demonstram ação do IFN- $\gamma$  na depressão cortical alastrante. A IL-10 é uma citocina anti-inflamatória, o genótipo AA da IL-10 é associado a menor produção da citocina. Infere-se que, por diminuição do efeito anti-inflamatório, haja maior inflamação neurogênica, com consequente maior taxa de alodínea. Da mesma forma, o genótipo AG do TNF- $\alpha$  foi associado a aumento da chance de alodínea. Estudos prévios identificaram que o

alelo G é associado a migrânea. Este estudo demonstra o potencial efeito dos determinantes genéticos do componente inflamatório, no desenvolvimento de migrânea, bem como sua forma de apresentação e sintomas associados.

**Palavras-chave:** Migrânea. Citocinas. Polimorfismos genéticos. IFN- $\gamma$ .

### SAZONALIDADE DAS INTERNAÇÕES POR SÍNDROMES ÁLGICAS CEFÁLICAS

**ROCHA, Eva Carolina Andrade<sup>1</sup>; LOTTI, Claudia Beatriz de Campo<sup>2</sup>; GÓES, Leonardo Garcia<sup>3</sup>; MEGALE, Luisa Lacaz Martins<sup>4</sup>; MARIETTO, Déborah Buso Piccinalli<sup>5</sup>;**

<sup>1</sup> Eva Carolina Andrade Rocha: Neurologista com residência médica na Universidade Federal de São Paulo com especialização em Doenças Cerebrovasculares. Professora de Neurologia no Centro Universitário São Camilo.

<sup>2</sup> residência em neurologia pela Universidade de Santo Amaro, pós graduação em doenças neuromusculares e neuroimunologia com Mestrado em neurociências pela Universidade Federal de São Paulo.

<sup>3</sup> Graduando de medicina do Centro Universitário São Camilo

<sup>4</sup> Graduanda de medicina do Centro Universitário São Camilo

<sup>5</sup> Graduanda de medicina do Centro Universitário São Camilo

**Contato com autor:** ROCHA, Eva Carolina Andrade

E-mail: eva.rochac@gmail.com

Endereço: Praça Benedito Calixto 150, ap 307, CEP 05406040, São Paulo.

**Introdução:** As cefaleias podem ser divididas em primárias ou secundárias a alguma condição patológica, conferindo uma causa comum de internações no departamento de emergência. A cefaleia primária é a mais prevalente e acomete principalmente mulheres na adolescência até a pré-menopausa, com diferentes fatores desencadeantes, como estresse e temperatura. Estudos internacionais sugerem uma variação na prevalência de cefaleia de acordo com as estações do ano, porém esta sazonalidade ainda não foi estudada no Brasil. **Objetivo:** Correlacionar as internações por síndromes álgicas cefálicas aos meses do ano, de acordo com idade e sexo no estado de São Paulo. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal cujos dados de internação por síndromes álgicas cefálicas foram obtidos do DATASUS, por meio da seleção de: “Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)”, “Unidade da Federação: São Paulo”, “Período: jan2009- ago2019”. Foram abordadas internações por faixa etária menor que 50 anos e maior que 50 anos e “Lista Morb CID-10: Enxaqueca e outras síndromes de álgicas cefálicas”. Foram calculadas as médias de internações por cefaleia na unidade de federação São Paulo e agrupadas as prevalências de internação por cefaleia durante 10 anos. **Resultados:** A prevalência de internações por síndromes álgicas cefálicas na unidade de federação de São Paulo entre os anos de 2009 e 2019 foi de 79.806 casos. Nos últimos 5 anos foi observado um aumento de 40% no número de internações por cefaleia. Dentre esses casos, 26.048 (34,22%) correspondem a internações do sexo masculino, sendo 17.997 (69,09%) pacientes menores de

50 anos. Já as internações do sexo feminino totalizaram 52.313 (65,78%) do total, sendo 39.184 (74,90%) pacientes menores de 50 anos. A média mensal dos últimos 10 anos de internações por cefaleia foi de 626. Nos meses de março a maio e agosto a novembro a prevalência de internações por cefaleia esteve acima dessa média mensal. O mês de maior incidência de internações por cefaleia entre o sexo masculino foi Maio (9,1%), seguido por Março (8,9%) e Abril (8,8%). Já entre o sexo feminino, os meses com mais internações por cefaleia foram Março e Abril (9,4%), seguidos por Maio (9,0%). **Conclusão:** Depreende-se que as internações por crises álgicas cefálicas possuem uma sazonalidade similar independente do sexo e idade, com predomínio de internações no outono e na primavera no estado de São Paulo. Além disso, foi observado um aumento de 40% no número de internações por cefaleia nos últimos 5 anos.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Hospitalização. Estações do Ano.

### A INTENSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS NÃO ÁLGICOS ASSOCIADOS NA CRONIFICAÇÃO DA MIGRÃNEA: UM PROCESSO MUITO ALÉM DA DOR

**KÜSTER, João Guilherme Bochnia (1); UTIUMI, Marco Antonio Takashi (2); GONÇALVES, Letícia Boslooper (3); TAN, Bin Cheng (1); SOUZA, Patrícia Savio de Araújo (4); BOLDT, Angelica Beate Winter (4); PIOVESAN, Elcio Juliato (5)**

<sup>1</sup> Aluno de graduação em Medicina na UFPR

<sup>2</sup> Aluno de pós-graduação em Medicina Interna pela UFPR

<sup>3</sup> Aluno de pós-graduação em Genética pela UFPR

<sup>4</sup> Pós-doutorado em Ciências Biológicas, professora de Genética na UFPR

<sup>5</sup> Doutor em Medicina Interna, professor de Medicina Interna na UFPR

**Contato com autor:** Hospital Marcelino Champagnat

E-mail: utiumimarco@gmail.com

Av. Presidente Affonso Camargo, 1399 - Cristo Rei, Curitiba - PR, 80050-370, sala 807 -

**-Introdução:** A migrânea é a segunda causa mundial de anos vividos com incapacidade. Parte importante do sofrimento do migranoso provém dos sintomas não dolorosos que acompanham a cefaleia. Alguns destes sintomas tem valor diagnóstico (p. ex., náuseas e vômitos) e são causa de morbidade que caracterizam os períodos prodrômico e posdrômico. **Objetivo:** Caracterizar e comparar os sintomas não dolorosos que acompanham as crises naqueles com migrânea episódica e crônica. **Métodos:** Estudo observacional transversal de pacientes com migrânea episódica e crônica segundo a ICHD-3 atendidos no Ambulatório de Cefaleia do Hospital de Clínicas da UFPR. Entrevistas individualizadas abordaram diferentes aspectos da sintomatologia da migrânea nas fases prodrômica (72 horas anteriores às crises), cefaleia e posdrômica (72 horas pós-crise). Empregou-se o teste exato de Fisher bicaudado para a análise dos grupos. **Resultados:** Foram incluídos 177 pacientes dos quais 78

(44,1%) apresentavam migrânea episódica e 99 (55,9%) migrânea crônica. Destes, 59 consumiam analgésicos excessivamente. A média de idade era de 40,1312,8 anos e 159 (89,8%) pacientes eram do sexo feminino. Não houve diferença significativa entre os grupos com relação à idade, sexo, cor, estado civil, adequação de atividade física e IMC. De forma geral, os migranosos crônicos apresentavam mais sintomas associados. No pródromo expressavam mais rigidez de nuca (OR = 2,27;  $p = 0,032$ ). Durante a cefaleia sofriam mais irritabilidade (OR = 2,48;  $p = 0,010$ ), inquietude (OR = 2,16;  $p = 0,062$ ), fadiga (OR = 2,05;  $p = 0,027$ ) e tinnitus (OR = 2,04;  $p = 0,038$ ). O período posdrômico dos migranosos crônicos era marcadamente mais exuberante encontrando-se com mais frequência fraqueza de membros (OR = 13,6;  $p = 0,001$ ), hiperemia conjuntival (OR = 7,63;  $p = 0,044$ ); ataxia (OR = 5,70;  $p = 0,014$ ), tinnitus (OR = 3,75;  $p =$

0,037), irritabilidade (OR = 2,39;  $p = 0,029$ ) e fadiga (OR = 2,13;  $p = 0,026$ ). **Conclusão:** Os achados corroboram para demonstrar a sintomatologia distinta e mais grave que acompanha o processo de cronificação da migrânea incluindo os períodos anteriores e posteriores à crise. Isto sugere um mecanismo fisiopatológico distinto entre as duas formas de migrânea envolvendo um comprometimento mais duradouro de centros corticais/subcorticais na forma crônica. Provavelmente isto reflete uma maior facilitação à estimulação sensitiva (incluindo a dolorosa) e/ou menor eficácia nos mecanismos de controle da dor. Na prática clínica, a abordagem e reconhecimento destes sintomas apresenta um potencial diagnóstico e terapêutico.

**Palavras-chave:** Cefaleia. Migrânea. Complicações. Fisiopatologia.

