

RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALÉIAS

I PARTE. CEFALÉIAS IDIOPÁTICAS

Edição

Sociedade Portuguesa de Neurologia
Sociedade Portuguesa de Cefaleias

Porto, 2003

Autores

Prof. Doutor José Maria Pereira Monteiro
Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro
Dra. Isabel Maria dos Santos Luzeiro
Dra. Maria Gabriela de Araújo Sousa Fernandes Machado
Dra. Paula Maria Ferreira Lopes Esperança

NOTA PRÉVIA

A Comissão Redactorial das RECOMENDAÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CEFALIAS da Sociedade Portuguesa de Neurologia e da Sociedade Portuguesa de Cefaleias considera que, dado o volume e diversidade de situações clínicas que esta patologia envolve, as recomendações deverão ser elaboradas por fases sucessivas e propõe a seguinte distribuição:

1º Cefaleias idiopáticas (grupos 1 a 4 da classificação de cefaleias da International Headache Society - IHS 1988) e;

2º Cefaleias sintomáticas (grupos 5 a 12 da IHS) .

Considera ainda que no âmbito das recomendações terapêuticas deverão ser incluídos dados epidemiológicos, critérios de diagnóstico, métodos de avaliação clínica e regras terapêuticas gerais e específicas para cada grupo nosológico.

A Comissão Redactorial

Prof. Doutor José Maria Pereira Monteiro (Coordenador)

Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro

Dra. Isabel Maria dos Santos Luzeiro

Dra. Maria Gabriela de Araújo Sousa Fernandes Machado

Dra. Paula Maria Ferreira Lopes Esperança

INDICE GERAL

Nota prévia	2
Índice Geral	3
Chave de Siglas	4
Índice de Quadros	5
Resumo	6
Introdução	7
Epidemiologia	8
Descrição, classificação e critérios de diagnóstico	10
Enxaqueca	10
Cefaleias tipo Tensão	15
Cefaleia em Salvas, Hemicrânia Paroxística Crónica e semelhantes	17
Outras cefaleias não associadas a lesões estruturais	19
Terapêutica	21
I. Objectivos	21
II. Medidas gerais	21
III. Medidas específicas	21
1. Não farmacológicas	21
Enxaqueca	21
Cefaleias tipo Tensão	21
Cefaleia em Salvas	22
Outras cefaleias não associadas a lesões estruturais	22
2. Farmacológicas	23
Enxaqueca	23
Cefaleias tipo Tensão	27
Cefaleia em Salvas	28
Hemicrânia Paroxística Crónica	29
Outras cefaleias não associadas a lesões estruturais	30
Precauções, contra-indicações, reacções adversas, interacções	31
Bibliografia fundamental	32
Fluxogramas de diagnóstico e tratamento	43

CHAVE DE SIGLAS

I	Evidência científica de nível I
II	Evidência científica de nível II
III	Evidência científica de nível III
IV	Evidência científica de nível IV
V	Evidência científica de nível V
A	Evidência científica categoria A
B	Evidência científica categoria B
C	Evidência científica categoria C
AINE	Antiinflamatório não esteróide
EEG	Electroencefalograma
F	Sexo feminino
IHS	International Headache Society
M	Sexo masculino
NNT	Número necessário tratar
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
TAC	Tomografia axial computadorizada

INDICE DE QUADROS

Nº do quadro

- 1 GRADAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
- 2 CLASSIFICAÇÃO DA INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS)
- 3 ENXAQUECA
- 4 ENXAQUECA SEM AURA / ENXAQUECA COM AURA
- 5 ENXAQUECA COM AURA TÍPICA
- 6 ENXAQUECA COM AURA PROLONGADA
- 7 ENXAQUECA HEMIPLÉGICA FAMILIAR
- 8 ENXAQUECA BASILAR
- 9 AURA DE ENXAQUECA SEM CEFALÉIA
- 10 ENXAQUECA COM AURA DE INÍCIO SÚBITO
- 11 ENXAQUECA OFTALMOPLÉGICA
- 12 ENXAQUECA RETINIANA
- 13 SÍNDROMAS PERIÓDICAS DA INFÂNCIA PRECURSORAS OU ASSOCIADAS À ENXAQUECA
 1. Vertigem paroxística benigna da infância
 2. Hemiplegia alternante da infância
- 14 COMPLICAÇÕES DA ENXAQUECA
 - 1 Estado de enxaqueca
 - 2 Enfarte associado a enxaqueca
- 15 CEFALÉIA TIPO ENXAQUECA NÃO PREENCHENDO TODOS OS CRITÉRIOS
- 16 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO EPISÓDICAS
- 17 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO CRÔNICAS
- 18 CEFALÉIAS TIPO TENSÃO QUE NÃO SE INCLUEM NAS FORMAS ACIMA DESCRITAS
- 19 CEFALÉIA EM SALVAS/HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÔNICA
- 20 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS (C. DE HORTON)
- 21 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE OUTRAS CEFALÉIAS EM SALVAS
- 22 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA HEMICRÂNIA PAROXISTICA CRÔNICA
- 23 MEDIDAS ESPECÍFICAS (NÃO FARMACOLÓGICAS)
- 24 TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CRISE DE ENXAQUECA
- 25 TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA
- 26 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO
- 27 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DAS CEFALÉIAS EM SALVAS
- 28 TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA ENXAQUECA (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 29 TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 30 TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 31 TRATAMENTO PROFILÁCTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO (Dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 32 TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 33 TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA CEFALÉIA EM SALVAS (Via de administração, dose, precauções, contra-indicações e reacções adversas)
- 34 INTERACÇÕES FARMACOLÓGICAS (a nível farmacocinético e a nível farmacodinâmico)

RESUMO

As recomendações terapêuticas para as cefaleias incluem a avaliação clínica, o diagnóstico, a investigação laboratorial e as medidas gerais e medidas específicas não farmacológicas e farmacológicas para o tratamento das cefaleias primárias ou idiopáticas

DIAGNÓSTICO

Baseia-se nos critérios de diagnóstico propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias publicados na revista Cephalgia em 1988 ¹.

AVALIAÇÃO

Consiste, para além da avaliação clínica geral na investigação laboratorial apropriada a cada caso, sempre que se justifique, isto é, sempre que se suspeite de lesão orgânica subjacente.

MEDIDAS GERAIS

Para as cefaleias idiopáticas estas medidas consistem essencialmente em tranquilizar o doente informando-o sobre a natureza benigna da sua doença, aconselhar a reconhecer e evitar os factores desencadeantes e de agravamento da sintomatologia (variáveis conforme o tipo de cefaleia em causa), aconselhar a terapêutica apropriada e a evitar a auto-medicação e o abuso medicamentoso.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nas cefaleias idiopáticas estas medidas variam conforme o tipo de cefaleia que o doente apresenta. Assim teremos:

1. Na enxaqueca - Técnicas de relaxamento e técnicas de retro-controlo biológico (Bio-feedback)
2. Nas cefaleias tipo tensão - Fisioterapia; Acupunctura e Psicoterapia
3. Nas cefaleias em salvas - Cirurgia (termo-coagulação do Ganglio de Gasser; secção da raiz oftálmica do nervo trigémio).
4. Nas outras cefaleias não associadas a lesão estrutural as medidas variam conforme o tipo e o causa da cefaleia.

TERAPEUTICA FARMACOLÓGICA

Também varia com o tipo de cefaleia em causa, consiste num tratamento sintomático (da crise) e num tratamento preventivo (das crises) e é a seguinte:

1. Na enxaqueca:
 - A. Sintomático: 1. Crises leves a moderadas: Analgésicos e AINEs; 2. Crises moderadas a severas: Triptanos ou ergotamínicos; Crises muito severas e prolongadas: corticosteróides e sedativos, e em qualquer dos casos precedidos ou acompanhados de anti-eméticos conforme há ou não vômitos associados.
 - B. Preventivo: 1. Adrenolíticos β ; Flunarizina; Antidepressivos; Valproato de sódio; Antiserotonínicos (ciproheptadina); AINEs.
2. Nas cefaleias tipo tensão:
 - A. Sintomático: Analgésicos; AINEs; Miorrelaxantes
 - B. Preventivo: Antidepressivos tricíclicos e outros
3. Nas cefaleias em salvas - designação que engloba os seguintes quadros: Cefaleia em Salvas (Horton) e Hemicrânia Proxística Crónica.

Para a cefaleia em salvas de Horton propõe-se o seguinte tratamento:

 - A. Sintomático: 1. Oxigenioterapia; 2. Sumatriptano; Ergotamina; DHE: Lidocaína intra-nasal.
 - B. Preventivo: 1. Ergotamina; 2. Verapamil; 3. Litio; 4. Prednisona. (esta só na forma episódica)

Para a Hemicrânia Paroxística Crónica o tratamento proposto é com Indometacina que é simultaneamente sintomático e preventivo.
4. Nas outras cefaleias não associadas a lesões estruturais o tratamento é sintomático e varia com a sintomatologia que o doente apresenta.

INTRODUÇÃO

A Comissão Redactorial das RECOMENDAÇÕES TERAPEUTICAS PARA CEFALÉIAS considera que estas recomendações que resultam de consensos inter pares têm por objectivos 1. Contribuir para uma rápida actualização no diagnóstico e terapêutica das situações mais comuns deste grupo nosológico; 2. Fornecer um modelo lógico e baseado na evidência científica para o tratamento das diversas condições clínicas que abrange e, apenas, nos fármacos disponíveis no mercado nacional à data da sua elaboração. Pretende contribuir para a racionalização da prescrição tendo como preocupação a redução dos efeitos secundários e das interações medicamentosas através de um melhor conhecimento dos fármacos e da patologia envolvida. Não pretende: 1. Ser um instrumento de coerção terapêutica; 2. Ser limitativo do necessário juízo crítico e uso do senso clínico perante cada caso concreto; 3. Uniformizar toda a conduta terapêutica em cefaleias, 4 Dispensar a consulta do Resumo das Características do Medicamento (RCM).

Considera ainda esta comissão de redacção que as recomendações propostas necessitam de ser actualizadas regularmente com uma periodicidade máxima de 2 anos mas que a comissão de redacção deverá estar em permanente actividade para analisar em tempo útil qualquer modificação relevante da informação científica disponível sobre a fisiopatologia, farmacoterapia, farmacovigilância e farmacoeconomia relativas a esta área do conhecimento médico, em rápida evolução e propõe-se fundamentar todas as suas recomendações com base na gradação da evidência científica segundo a classificação anexa (Quadro 1).

Serão apenas apresentadas as medidas terapêuticas com evidência de eficácia.

QUADRO 1. GRADAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
(Cook D. J. e col.. Chest, Out 1992, 102; 4 supl:306S-311S)

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
A	BASEADA EM EVIDÊNCIA DE NÍVEL I
B	BASEADA EM EVIDÊNCIA DE NÍVEL II
C	BASEADA EM EVIDÊNCIA DE NÍVEL III, IV, V

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

I	Evidência proveniente de pelo menos 1 ensaio controlado e aleatorizado com erros alfa (falsos positivos) e beta (falsos negativos) baixos
II	Evidência proveniente de pelo menos 1 ensaio controlado e aleatorizado com erros alfa (falsos positivos) e beta (falsos negativos) elevados
III	Evidência proveniente de estudos não aleatorizados com controlos concorrentes (coorte ou caso-controlo)
IV	Evidência proveniente de estudos não aleatorizados com controlos históricos
V	Evidência proveniente de series de casos, casos clínicos ou opiniões de peritos

Nota: A causa mais frequente de erro alfa e beta é a dimensão insuficiente da amostra

EPIDEMIOLOGIA

A cefaleia, como sintoma isolado ou integrado em síndromas mais ou menos complexos, é um fenómeno extremamente frequente, tendo acompanhado o ser humano desde tempos imemoriais.

O facto de ser tão comum, frequentemente familiar e de curso previsível, em grande parte dos casos, contribui significativamente para que muitas vezes passe fora do alcance médico, isto é, evolua sem recurso a cuidados médicos.

O carácter eminentemente subjectivo das cefaleias e dos sintomas acompanhantes, a ocorrência em episódios com grande variabilidade na severidade, duração, frequência e manifestações associadas, a frequente ocorrência de mais de um tipo de cefaleias no mesmo indivíduo, a par da ausência de marcadores biológicos para a maior parte das situações, torna muito difícil o estudo epidemiológico de cefaleias.

Um acontecimento muito importante foi o aparecimento de um novo instrumento de trabalho na investigação, a classificação e a definição dos critérios de diagnóstico para as diversas entidades clínicas, elaborados pela Sociedade Internacional de Cefaleias (Internacional Headache Society - IHS), publicada em 1988¹. Constituiu um factor decisivo para a renovação dos estudos epidemiológicos, especialmente dos estudos de base populacional, utilizando as modernas tecnologias de entrevista e de análise estatística uni e multivariada.

Prevalência

Os dados existentes da prevalência de cefaleias são claramente determinados pelas formas clínicas mais frequentes, como a enxaqueca e a cefaleia de tensão^{2,3,4}.

Enxaqueca

Como consequência da grande variabilidade da apresentação clínica da enxaqueca, torna-se difícil a avaliação da sua prevalência. Os resultados dos diversos estudos efectuados são contraditórios, não só porque as populações estudadas são diferentes em idade, sexo e situação profissional, mas, e essencialmente, porque foram utilizados critérios de diagnóstico diferentes. Assim, vemos que Balyeat e Rinkel, em 1931, encontraram referência a enxaqueca em percentagens variáveis de 3,7% a 13,5% dos vários grupos sociais estudados, com uma média para a população geral de 5%. Bille, em 1962, encontrou em 9.000 crianças suecas, 1% de enxaquecas na idade dos 6 anos e 5% aos 11 anos. Dalsgaard-Nielsen, em 1970, num estudo de crianças dinamarquesas, encontrou enxaquecas em 3% aos 7 anos e 9% aos 15 anos e, em adultos, 11% no sexo masculino e 19% no sexo feminino. Waters e O'Connor, em 1970, no País de Gales, encontraram enxaqueca em 19% de 2933 mulheres com as idades de 20 e 64 anos⁴. Na Inglaterra, um estudo efectuado em 15.000 pessoas, pelo *British Migraine Trust*, em 1975, mostrou que 10% dos homens e 16% das mulheres sofriam de cefaleias unilaterais periódicas e que se fossem incluídas as cefaleias bilaterais com características de enxaqueca atingiram-se valores de 20% para o sexo masculino e 26% para o sexo feminino. A média para a população estudada foi de cerca de 20% (sendo maior na mulher e menor na criança)^{5,6}.

Um estudo efectuado por Ogunyemi, em 1984, numa população rural da Nigéria, revelou uma prevalência de 5% no sexo masculino e 9% no sexo feminino, aumentando até 17% durante a idade reprodutiva⁷.

Em Portugal há um estudo de prevalência numa população estudantil universitária efectuado por Pereira Monteiro, Eduardo Matos e José M. Calheiros, em 1992 que revelou uma prevalência de enxaqueca de 6,1%⁸. E um estudo populacional efectuado por Pereira

Monteiro mostrou uma prevalência de enxaqueca ao longo da vida de 8,8% na forma pura e mais 12,1% associada a outras formas de cefaleias predominantemente cefaleias de tensão ⁴.

Estes dados demonstram claramente que a enxaqueca é uma afecção amplamente distribuída na população mundial e em diferentes raças e condições sociais ^{2,3,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16}.

Cefaleias tipo tensão

A cefaleia tipo tensão é uma situação clínica muito frequente. As primeiras estimativas baseadas nos dados epidemiológicos de Waters e O'Connor's em diferentes grupos populacionais, sugerem uma prevalência de 10,4% a 11,7% na população geral ^{6,17}. Estudos epidemiológicos mais recentes apontam para valores bastante mais elevados como o de Philips, de 1977, que encontrou 65/68% (M/F) ou o de Rasmussen, de 1991, que detectou 69/88% (M/F) ^{3,9,11,14,18}. No estudo populacional português detectou-se uma prevalência ao longo da vida de 62,5% na forma pura acrescida de mais 12,1 % de formas combinadas com outros tipos de cefaleias, principalmente com a enxaqueca ^{8,10}.

Cefaleias em Salvas

A cefaleia em salvas (Cefaleia de Horton) é consideravelmente menos frequente que a enxaqueca ¹⁹. Em 1972, Sutherland e Eadie ²⁰ encontraram 4,5 casos por 100.000 habitantes e Heyck, em 1976, estimou a prevalência de cefaleias em salvas em cerca de 0,4/1000 ^{12,19,20}. Sjaastad admite ser este o valor mais aproximado da realidade, que conhece na Noruega ²¹. Kudrow em 1980 estimou a prevalência de cefaleias em salvas nos E.U.A. em 0,4% dos homens e 0,08% das mulheres, ($\pm 2,4/1000$) na população geral ²⁰. Em 1995, Pereira Monteiro encontrou uma prevalência de 1/1000, na população geral portuguesa ⁴.

A hemicrânia paroxística crónica é ainda mais rara na clínica e desconhece-se a sua prevalência na população geral.

Factores sócio-demográficos

Idade e sexo

A prevalência de cefaleias é maior na mulher do que no homem, principalmente devido à elevada frequência da enxaqueca na mulher. Mas a cefaleia de tipo tensão e vários outros tipos de cefaleias são também mais comuns na mulher do que no homem. A preponderância feminina de cefaleias tem sido atribuída a factores hormonais ^{11,22}.

A diminuição da prevalência de cefaleias com o avançar da idade, já verificada em diversos estudos transversais, pode ser explicada, pelo facto de certos tipos de cefaleias serem auto-limitadas como por exemplo a enxaqueca, mas também por problemas de memória ou simplesmente pela ocorrência de doenças mais graves ^{11,19,22}.

O início nas cefaleias de tipo tensão ocorre antes dos 10 anos (15%) ou na adolescência mas, na maior parte dos casos ocorre na idade adulta, sendo a média de idade de início cerca dos 30 anos. A sua duração é em regra muito longa, geralmente vários anos. Atinge mais o sexo feminino (75% dos casos) ^{2,3,11,13,14}.

A cefaleia em salva predomina no sexo masculino, em proporções variáveis segundo diversos autores: 5:1 (Kudrow) e 9:1 (Kunkle) ²¹. Mas, esta diferença esbate-se com a idade. A idade média do início oscila entre os 27 e os 37 anos, podendo contudo ocorrer em qualquer idade, embora seja rara depois dos 60 anos ²¹. De acordo com Kudrow, é mais prevalente na raça negra, onde é menos claro o predomínio no sexo masculino ²¹.

Outros factores

A distribuição social das cefaleias tem sido objecto de diversos estudos, geralmente de base clínica, e têm sido muitas as hipóteses levantadas sobre as possíveis relações com os diversos factores sociais. No entanto, diversos estudos de base populacional não confirmaram essas hipóteses e demonstraram a distribuição uniforme da prevalência de cefaleias, em geral, nas diversas classes sociais independentemente dos níveis de instrução e de qualificação profissional ^{2,3,10,14}.

DESCRIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A Sociedade Internacional de Cefaleias propôs, em 1988 ¹, a seguinte classificação para as cefaleias (Quadro 2).

QUADRO 2. CLASSIFICAÇÃO DA INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS)

Enxaqueca (Migraine)
Cefaleias tipo tensão
Cefaleias em salvas e Hemicrânia paroxística crónica
Outras cefaleias não associadas com lesões estruturais
Cefaleias associadas com traumatismos cranianos
Cefaleias associadas com perturbações vasculares
Cefaleias associadas com perturbações intracranianas não-vasculares
Cefaleias associadas com o uso ou a privação de substâncias
Cefaleias associadas com infecções não cefálicas
Cefaleias associadas com perturbações metabólicas
Cefaleia ou dor facial associada com alterações do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas cranianas ou faciais
Nevralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de desorientação
Cefaleias não classificáveis

ENXAQUECA (“MIGRAINE”)

Descrição

Para uma melhor compreensão dos critérios de diagnóstico a seguir expostos, entendemos necessário um esboço descritivo do que se entende por enxaqueca.

É uma cefaleia idiopática, recorrente, que se manifesta por crises que duram geralmente entre 4 a 72 horas. Tipicamente tem uma localização unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a severa, intensifica-se com a actividade física de rotina e tem como sintomas associados náuseas, foto e fonofobia. Pode ou não existir uma aura.

Quando existe aura, esta consiste em sintomas neurológicos inequivocamente com origem no córtex e/ou tronco cerebrais, que geralmente precedem a cefaleia, as náuseas e/ou a foto/fonofobia, sem intervalo livre ou com um intervalo que geralmente não ultrapassa uma hora. Na maioria das vezes a aura desenvolve-se e perdura durante um período de 4 a 60 minutos.

Classificação

A classificação da enxaqueca segundo a Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) ¹ está sintetizada no quadro 3.

QUADRO 3. ENXAQUECA

A- ENXAQUECA SEM AURA

B- ENXAQUECA COM AURA

1. Enxaqueca com aura típica
2. Enxaqueca com aura prolongada
3. Enxaqueca hemiplégica familiar
4. Enxaqueca basilar
5. Aura de enxaqueca sem cefaleia
6. Enxaqueca com aura de início súbito

C- ENXAQUECA OFTALMOPLÉGICA

D- ENXAQUECA RETINIANA

E- SÍNDROMOS PERIÓDICAS DA INFÂNCIA PRECURSORES OU ASSOCIADOS À ENXAQUECA

1. Vertigem paroxística benigna da infância
2. Hemiplegia alternante da infância

F- COMPLICAÇÕES DA ENXAQUECA

1. Estado de enxaqueca
2. Enfarte associado a enxaqueca

G- CEFALEIA TIPO ENXAQUECA NÃO PREENCHENDO TODOS OS CRITÉRIOS ACIMA EXPOSTOS

Crítérios de diagnóstico

Os critérios propostos pela Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) ¹ para o diagnóstico das diversas formas de apresentação clínica da enxaqueca são os constantes dos quadros 4 a 15.

Os critérios da IHS requerem crises múltiplas para o diagnóstico, porque a primeira enxaqueca nem sempre pode ser distinguida de uma cefaleia secundária. A dor unilateral e com alternância de lado em diferentes crises é um forte argumento a favor do diagnóstico. Os sintomas associados são parte integrante da enxaqueca, sendo essenciais para o diagnóstico; incluem fotofobia, fonofobia, náuseas e/ou vômitos.

O diagnóstico de enxaqueca com aura requer a presença de um ou mais sintomas neurológicos (visuais, motores ou sensoriais) completamente reversíveis. Este achado ajuda a distinguir a enxaqueca de uma doença orgânica progressiva, que necessite de maior investigação. A enxaqueca com aura inclui a enxaqueca com aura típica (quadro 5), enxaqueca com aura prolongada (quadro 6), enxaqueca hemiplégica familiar (quadro 7), enxaqueca basilar (quadro 8), aura de enxaqueca sem cefaleia (quadro 9), e a enxaqueca com aura de início súbito (quadro 10).

QUADRO 4. ENXAQUECA SEM AURA	ENXAQUECA COM AURA
<p>1. Pelo menos <u>cinco</u> crises que preenchem os critérios 2-4</p> <p>2. A cefaleia dura 4 a 72 h (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)</p> <p>3. A cefaleia tem pelo menos <u>duas</u> das características seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Localização unilateral b) Pulsátil c) De intensidade moderada a severa d) Agravada pela actividade física de rotina <p>4. Durante a cefaleia, existe pelo menos <u>um</u> dos sintomas ou sinais seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Náuseas e/ou vómitos b) Fotofobia e fonofobia <p>5. Exclusão de outras possibilidades diagnósticas pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares</p>	<p>1. Pelo menos <u>duas</u> crises que preenchem os critérios seguintes:</p> <p>Aura com pelo menos <u>três</u> das quatro características seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Um ou mais sintomas de aura completamente reversíveis indicando disfunção focal cortical e/ou do tronco cerebral b) Pelo menos um sintoma de aura que se desenvolva gradualmente durante mais de 4 minutos, ou 2 ou mais sintomas ocorrendo em sucessão c) Nenhum dos sintomas de aura dure mais de 60 minutos d) A cefaleia segue-se à aura num espaço de tempo inferior a 60 minutos, mas pode precedê-la ou ocorrerem simultaneamente <p>2. A cefaleia dura 4 a 72 h (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)</p> <p>3. A cefaleia tem pelo menos <u>duas</u> das características seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Localização unilateral b) Pulsátil c) De intensidade moderada a severa d) Agravada pela actividade física de rotina <p>4. Durante a cefaleia, existe pelo menos <u>um</u> dos sintomas ou sinais seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Náuseas e/ou vómitos b) Fotofobia e fonofobia <p>5. Exclusão de outras possibilidades diagnósticas pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares</p>

QUADRO 5. ENXAQUECA COM AURA TÍPICA

1. Preenche todos os critérios de enxaqueca com aura, incluindo todas as alíneas do ponto seguinte.
2. Um ou mais dos seguintes tipos de aura:
 - a) alterações visuais homónimas
 - b) parestesias e/ou adormecimento unilaterais
 - c) parésia unilateral
 - d) afasia ou alteração da linguagem não classificável

QUADRO 6. ENXAQUECA COM AURA PROLONGADA

1. Preenche os critérios de enxaqueca com aura, mas pelo menos um dos sintomas de aura dura mais de 60 minutos até sete dias, na ausência de lesões isquémicas reveladas por exames neuroimagiológicos.

QUADRO 7. ENXAQUECA HEMIPLÉGICA FAMILIAR

1. Preenche os critérios de enxaqueca com aura
2. A aura inclui algum grau de hemiparésia que pode ser prolongada
3. Pelo menos um familiar em primeiro grau tem crises idênticas

QUADRO 8. ENXAQUECA BASILAR

1. Preenche os critérios de enxaqueca com aura
2. Dois ou mais dos sintomas de aura são dos seguintes tipos:
 - a) Perturbações visuais nos campos temporais e nasais dos dois olhos
 - b) Disartria
 - c) Vertigem
 - d) Acufenos
 - e) Hipoacúsia
 - f) Diplopia
 - g) Ataxia
 - h) Parestesias bilaterais
 - i) Parésias bilaterais
 - j) Diminuição do nível de consciência

QUADRO 9. AURA DE ENXAQUECA SEM CEFALEIA

1. Preenche os critérios de enxaqueca com aura
2. Não existe cefaleia

QUADRO 10. ENXAQUECA COM AURA DE INÍCIO SÚBITO

1. Preenche os critérios de enxaqueca com aura
2. Os sintomas neurológicos desenvolvem-se em menos de 4 minutos
3. A cefaleia dura 4 a 72 h (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
4. A cefaleia tem pelo menos duas das seguintes características:
 - a) localização unilateral
 - b) qualidade pulsátil
 - c) intensidade moderada a severa (interfere ou impede as actividades diárias)
 - d) agravada pelas actividades físicas de rotina
5. Durante a cefaleia, existe pelo menos um dos sintomas ou sinais seguintes:
 - a) Náuseas e/ou vômitos
 - b) Fotofobia e fonofobia
6. Exclusão após investigação apropriada, dos diagnósticos de A.I.T. e outras lesões intracranianas

Para além destes, temos ainda os seguintes tipos de enxaqueca (quadros 11 a 15).

QUADRO 11. ENXAQUECA OFTALMOPLÉGICA

Pelo menos duas crises preenchendo o critério 2

- 2- Cefaleia que se sobrepõe à parésia de um ou mais dos III, IV ou VI pares cranianos
- 3- Exclusão de lesões orgânicas após investigação apropriada.

QUADRO 12. ENXAQUECA RETINIANA

1. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios 2 e 3

2. Escotoma monocular completamente reversível confirmado durante a crise pelo exame objectivo (ou posteriormente por desenho do próprio doente do defeito do campo visual) ou cegueira durando menos de 60 minutos
3. A cefaleia segue-se aos sintomas visuais com um intervalo livre inferior a 60 minutos mas pode eventualmente precedê-los
4. Exame oftalmológico normal, fora da crise. Exclusão de embolismo arterial, após investigação apropriada.

QUADRO 13. SÍNDROMOS PERIÓDICAS DA INFÂNCIA PRECURSORES OU ASSOCIADOS À ENXAQUECA

1. Vertigem paroxística benigna da infância

1. Episódios múltiplos, breves e esporádicos de desequilíbrio, ansiedade e frequentemente nistagmo ou vômitos
2. Exame neurológico normal
3. Electroencefalograma normal

2. Hemiplegia alternante da infância

1. Início antes dos 18 meses de idade
2. Episódios repetidos de hemiplegia envolvendo aleatoriamente um dos lados do corpo
3. Outros fenómenos paroxísticos, tais como crises tónicas, posturas distónicas, movimentos coreoatéticos, nistagmo ou outras anomalias oculomotoras, disautonomias associadas com os episódios de hemiplegia ou separadamente
4. Evidência de défice neurológico ou mental

QUADRO 14. COMPLICAÇÕES DA ENXAQUECA

1 Estado de enxaqueca

1. Estão preenchidos os critérios de enxaqueca com ou sem aura, mas a cefaleia dura mais de 72 h apesar do tratamento
2. A cefaleia é contínua durante a crise ou é interrompida por intervalos livres de cefaleia inferiores a 4 h (não é considerada a interrupção durante o sono)

2 Enfarte associado a enxaqueca

1. Em crises prévias foram preenchidos os critérios de Enxaqueca com aura
2. A crise actual é em tudo semelhante às crises prévias, mas os défices neurológicos não são completamente reversíveis no período de 7 dias e/ou a neuroimagem demonstra a existência de um enfarte isquémico na área correspondente
3. Exclusão de outras causas de enfarte após investigação apropriada

QUADRO 15. CEFALeia TIPO ENXAQUECA NÃO PREENCHENDO TODOS OS CRITÉRIOS

1. Preenche todos os critérios operacionais excepto um, de um ou mais tipos de enxaqueca
2. Não preenche os critérios da cefaleia de tipo tensão

CEFALEIAS TIPO TENSÃO

Descrição

Dor tipicamente tipo pressão ou aperto, de intensidade leve ou moderada, de localização bilateral e que não se agrava com a actividade física de rotina. Pode acompanhar-se de fono ou fotofobia e também náuseas mas estas, só na forma crónica. A frequência das crises divide os sub-tipos.

Classificação

As cefaleias de tipo tensão são subdivididas em episódicas e crónicas pela classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) ¹ a qual as descreve da seguinte forma:

- a) episódica - episódios recorrentes de cefaleias durando minutos a dias. A dor é tipicamente de tipo pressão ou aperto, leve a moderada em severidade, bilateral na localização e não piora com a actividade física de rotina. As náuseas estão ausentes mas, fono ou fotofobia podem estar presentes;
- b) crónica - cefaleia presente pelo menos durante 15 dias por mês e durante pelo menos 6 meses. A cefaleia é geralmente de tipo pressão ou aperto, leve a moderada em severidade, bilateral na localização e não piora com a actividade física de rotina. Náuseas, fono ou fotofobia podem ocorrer.

Critérios de diagnóstico

A Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS) estabeleceu os seguintes critérios para este tipo de cefaleias (Quadros 16 a 18).

Qualquer dos dois tipos de Cefaleias de Tensão pode estar, ou não, associado a perturbações dos músculos pericranianos.

QUADRO 16. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO EPISÓDICAS

1. Cefaleias que ocorrem menos de 15 dias por mês (< 180 dias/ano),
2. Duram entre 30 minutos e 7 dias tendo surgido, pelo menos, 10 episódios anteriores que preenchem os critérios dos pontos 3 e 4 seguintes.
3. Presença de pelo menos duas das seguintes características:
 - Pressão ou aperto (não pulsátil), frequentemente à volta da cabeça
 - Intensidade ligeira a moderada (pode reduzir mas não impede as actividades habituais)
 - Localização bilateral
 - Não são agravadas por actividades físicas de rotina, como por exemplo, subir escadas ou actividades semelhantes
4. Acompanhando-se dos seguintes aspectos:
 - Ausência de náuseas e/ou vómitos (mas pode haver anorexia)
 - Nenhum, ou apenas um dos seguintes sintomas estão presentes:
 - Fotofobia
 - Fonofobia
5. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico.

QUADRO 17. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO CRÓNICAS

1. Cefaleias presentes pelo menos 15 dias por mês, durante pelo menos 6 meses (180 dias/ano) que preenchem os critérios dos pontos 2 e 3 seguintes.
2. Com pelo menos duas das seguintes características da dor:
 - Tipo pressão ou aperto (não pulsátil), frequentemente à volta da cabeça
 - Intensidade ligeira a moderada (pode reduzir mas não impede as actividades habituais)
 - Localização bilateral
 - Não agravada por actividades físicas de rotina, como por exemplo, subir escadas ou actividades semelhantes
3. Acompanhando-se dos seguintes aspectos:
 - Ausência de vómitos
 - Apresentam só um dos seguintes sintomas:
 - Náuseas
 - Fotofobia
 - Fonofobia
4. Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exame objectivo e/ou exames complementares de diagnóstico.

QUADRO 18. CEFALÉIAS TIPO TENSÃO QUE NÃO SE INCLUEM NAS FORMAS ACIMA DESCRITAS.

1. Preenchem todos excepto um dos critérios de uma das formas de cefaleias de tipo tensão acima descritas.
2. Não preenchem os critérios de Enxaqueca sem aura

CEFALEIA EM SALVAS, HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA E OUTRAS CEFALEIAS SEMELHANTES

Descrição

A Sociedade Internacional de Cefaleias descreve do seguinte modo estas entidades clínicas:

1-Cefaleia em salvas: Acessos de dor severa estritamente unilateral de localização orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos e ocorrendo desde uma vez em cada dois dias até 8 vezes por dia. Estão associados com um ou mais dos seguintes aspectos: injeção conjuntival, lacrimejo, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal e facial, miose, ptose e edema palpebral. Os acessos ocorrem, agrupados em salvas, durando de semanas a meses, separados por períodos de remissão que variam de meses a anos, na forma episódica e com períodos de remissão inferiores a 14 dias ou sem períodos de remissão na forma crónica;

2-Hemicrânia paroxística crónica: Acessos de dor, sintomas e sinais associados basicamente com as mesmas características da cefaleia em salvas mas com menor duração, maior frequência, predomínio feminino e uma resposta absoluta à indometacina. Em quaisquer destas entidades deve fazer-se a exclusão de outras possibilidades diagnósticas pela história, exame objectivo e/ou exames complementares.

Classificação

Embora a Classificação da IHS de 1988¹ apenas cite três subgrupos de cefaleias agrupadas em salvas: Cefaleia em salvas (Cefaleia de Horton), Hemicrânia paroxística crónica e outras cefaleias semelhantes não preenchendo a totalidade dos critérios de qualquer das formas anteriores, temos vindo a assistir nos últimos tempos à individualização de alguns outros tipos de cefaleias. Todas elas, em comum, têm o facto de serem estritamente unilaterais, de terem localização retro, supra-orbitária ou temporal anterior, com episódios durando desde poucos minutos até horas, usualmente de severidade grave ou muito grave, acompanhando-se de sintomas e sinais autonómicos (injeção conjuntival, lacrimejo, congestão nasal, sudorese e rubor frontal e malar, miose, ptose e edema palpebral) uni e ipsilaterais à dor, ocorrendo na sua maioria em séries de crises, durando semanas, meses ou mesmo anos, geralmente separadas por períodos de remissão completa de meses ou anos. A frequência dos ataques pode variar de um a trinta por dia. As características comuns acima referidas permitem conceder-lhes a designação genérica de Síndromos Cefalálgicas Trigeminais Autonómicas (TACs)²³. Assim, estas cefaleias compreenderiam: 1º- Cefaleia em Salvas; 2º- Hemicrânia Paroxística; 3º- Hemicrânia Contínua e 4º- SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing ou Cefaleia Unilateral Neuralgiforme de Curta Duração).

De todos estes tipos os mais frequentes são a Cefaleia em Salvas de Horton e a Hemicrânia Paroxística Crónica, que sendo clinicamente muito semelhantes diferem contudo algumas características que apontamos no quadro 19.

QUADRO 19.	CEFALEIA EM SALVAS (C. DE HORTON)	HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA
Duração da crise	de 15 a 180 minutos	de 2 a 45 minutos
Frequência das crises	de 1 a 8 por dia	de 5 a 30 por dia
Distribuição por sexos	masc. >> fem.	masc. < fem.
Resposta à Indometacina	ineficaz	eficácia absoluta
Periodicidade	Episódica>Crónica	Crónica>Episódica

Outra característica distintiva reside no facto de que, tendo ambas duas formas, a forma Episódica predomina na Cefaleia em Salvas e a forma Crónica predomina na Hemicrânia Paroxística²⁴.

A Hemicrânia Contínua assemelha-se à Hemicrânia Paroxística Crónica na resposta à indometacina, embora difira no perfil temporal, na severidade e nos fenómenos autonómicos acompanhantes que são geralmente menos marcados na primeira do que na segunda ²³.

O SUNCT exige um exame neurológico apurado e Ressonância Magnética Cranioencefálica porque muitas vezes é anunciador de lesão orgânica intracraniana, predominantemente da fossa posterior. Dada a relativa indefinição ainda reinante acerca desta entidade clínica ficamos apenas pela sua citação ²³.

Critérios de Diagnóstico

A Sociedade Internacional de Cefaleias definiu os seguintes critérios (Quadros 20 a 22) para este tipo de cefaleias.

QUADRO 20. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA CEFALeia EM SALVAS (CEF. HORTON)

O diagnóstico das cefaleias em salva implica o preenchimento dos seguintes critérios:

- 1 - Ter tido, pelo menos, cinco crises satisfazendo os pontos 2, 3 e 4.
- 2 - Dor severa, unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos, se não tratada.
- 3 - Dor acompanhada por pelo menos um dos seguintes sinais ipsilaterais à dor:
 - Injecção conjuntival
 - Lacrimação
 - Congestão nasal
 - Rinorreia
 - Sudorese frontal e facial
 - Miose
 - Ptose palpebral
 - Edema palpebral
- 4 - Frequência dos ataques: desde 1 cada 2 dias até 8 por dia.
- 5 - Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.

As crises ocorrem em séries (salvas) durando semanas ou meses, separadas por períodos de remissão total durando meses ou anos. Contudo, cerca de 10% dos doentes apresentam sintomatologia crónica.

QUADRO 21. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE OUTRAS CEFALeias EM SALVAS

A - Cefaleia em salvas de periodicidade indeterminada

- 1 - Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas
- 2 - Observação muito precoce para determinar a periodicidade das crises

B - Cefaleia em salvas episódica

- 1 - Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas
- 2 - Pelo menos duas salvas durando de 7 dias a 1 ano (não tratadas), separadas por remissão de, pelo menos, 14 dias

C - Cefaleia em salvas crónica

- 1 - Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas
- 2 - Sem períodos de remissão durante um ano ou mais ou com remissões durando menos de 14 dias

D - Cefaleia em salvas crónica sem remissão desde o início

- 1 - Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas crónica
- 2 - Sem períodos de remissão de duração ≥ 14 dias, desde o início

E - Cefaleia em salvas crónica evoluída da forma episódica

- 1 - Preenchem todos os critérios da cefaleia em salvas crónica
- 2 - Com pelo menos um período de remissão durando 14 dias ou mais, dentro do primeiro ano da doença, seguindo-se um ano ou mais de crises sem remissões

QUADRO 22. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DA HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA

- 1 - Ter tido pelo menos 50 crises satisfazendo os pontos 2, 3, 4 e 5
- 2 - Crises de dor severa, unilateral, orbitária, supraorbitária e / ou temporal, sempre do mesmo lado e durando de 2 a 45 minutos
- 3 - Frequência das crises acima de 5 por dia em mais de metade do período de tempo com cefaleias, embora períodos com menor frequência possam ocorrer
- 4 - A dor está associada a pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas do lado da dor:
 - Injecção conjuntival
 - Lacrimação
 - Congestão nasal
 - Rinorreia
 - Ptose palpebral
 - Edema palpebral
- 5 - Eficácia terapêutica absoluta da indometacina (150 mg/dia ou menos)
- 6- Exclusão de outras hipóteses de diagnóstico pela história clínica, exames objectivo e/ou exames complementares.

OUTRAS CEFALÉIAS NÃO ASSOCIADAS A LESÕES ESTRUTURAIS

Classificação

Estas cefaleias constituem o grupo 4 da Classificação da Sociedade Internacional de Cefaleias¹ e são as seguintes:

- Cefaleia idiopática tipo guinada
- Cefaleia por compressão extrínseca
- Cefaleia por estímulos frios
- Cefaleia benigna da tosse
- Cefaleia benigna de esforço
- Cefaleia associada a actividade sexual

Crítérios de diagnóstico

Cefaleia idiopática de tipo guinada

- A – A dor é unicamente na cabeça e exclusiva ou predominantemente na distribuição do 1º ramo do trigémio (órbita, têmpora e região parietal)
- B – A dor é de tipo guinada e dura uma fracção de segundo. Surge isoladamente ou em série.
- C – Recorre a intervalos irregulares de horas a dias.
- D –O diagnóstico só é feito depois de se excluir lesão estrutural no local da dor e na distribuição do nervo craniano afectado.

Cefaleia por compressão extrínseca

- A – É provocada pela compressão externa do escalpe ou da região frontal
- B – Sente-se na área sujeita à pressão
- C – A dor é constante
- D – Previne-se evitando a causa desencadeante
- E – Não se associa a doença orgânica extra ou intracraniana

Cefaleia por estímulos frios

1 – Cefaleia por aplicação externa de um estímulo frio

- A – Aparece durante a exposição a um estímulo frio externo
- B – É bilateral

- C – Varia em intensidade com a severidade e a duração do estímulo
- D – Evita-se pela não exposição ao frio
- E – Não está associada a lesão orgânica extra ou intracraniana.

2 – Cefaleia por ingestão de um estímulo frio

- A – Surge durante a ingestão de uma bebida ou alimento frio.
- B – Dura menos de 5 minutos
- C – Localiza-se no meio da frente, excepto nas pessoas com enxaqueca, sendo nesse caso sentida no local onde habitualmente surge a enxaqueca.
- D – Evita-se pela não ingestão rápida de bebidas ou outros alimentos frios.

Cefaleia benigna da tosse

- A – É uma cefaleia bilateral de início súbito, dura menos de 1 minuto, e é desencadeada pela tosse.
- B – Pode ser prevenida evitando-se a tosse
- C – Só pode ser considerada após exclusão de lesão da fossa posterior por exames imagiológicos.

Cefaleia benigna de esforço

- A – Desencadea-se especificamente pelo esforço físico
- B – É bilateral, pulsátil no início, podendo adquirir características de enxaqueca nos doentes com enxaqueca.
- C – Dura entre 5 minutos a 24 horas
- D – Previne-se evitando esforços físicos excessivos especialmente no tempo quente ou em grandes altitudes
- E – Pressupõe a exclusão de doença sistémica ou intracraniana.

Cefaleia associada a actividade sexual

- A – É desencadeada pela excitação sexual
- B – É bilateral no início
- C – Evita-se ou alivia-se cessando a actividade sexual antes do orgasmo
- D – Pressupõe a exclusão de doença sistémica ou intracraniana nomeadamente de aneurisma.

Existem 3 subtipos:

1 – Dor surda e persistente (moinha ou moedeira)

A dor sente-se na cabeça e pescoço e intensifica-se à medida que a excitação sexual aumenta

2 – Dor explosiva

A dor é severa (“explosiva”) e surge no orgasmo

3 – Dor postural

A cefaleia assemelha-se à dor por hipotensão de líquor e surge ao levantar-se depois do coito

TERAPÉUTICA

I. Objectivos

1. Tratar as crises eficaz, rápida e **de forma consistente**
2. Restabelecer a capacidade funcional do doente
3. Minimizar a necessidade de medicação de último recurso
4. Promover uma boa relação custo/benefício na terapêutica
5. Impedir a ocorrência de novas crises ou pelo menos diminuir a sua frequência, intensidade e/ou duração.
6. Minimizar, ou se possível, eliminar qualquer efeito adverso
7. Promover uma educação para a saúde, otimizar os cuidados de saúde e consequentemente diminuir o consumo de cuidados médicos

II. Medidas gerais

1. Esclarecer o doente sobre a benignidade da sua doença.
2. Identificar factores desencadeantes e agravantes e ajudar a eliminá-los, como por exemplo: na enxaqueca (ingestão de certos alimentos, alguns fármacos, situações de stresse, situações de fome independentemente de provocarem ou não hipoglicémia e alterações do ritmo do sono) ⁵, nas cefaleias tipo tensão (esforços e ansiedade prolongados e perturbações do ritmo de sono) ⁽⁵⁾, nas cefaleias em salvas (ingerir bebidas alcoólicas, dormir a sesta, inalar solventes de tintas, trabalho por turnos, hipoxémia das altitudes, medicamentos vasodilatadores) ⁵ (evidência de categoria C).
3. Discutir as opções terapêuticas, prevenindo a automedicação e o abuso medicamentoso.

III. Medidas específicas

1. Não farmacológicas

Enxaqueca

1. Técnicas de relaxamento
2. Técnicas de retrocontrolo biológico (biofeedback)
3. Acupunctura

Nestas técnicas não são possíveis verdadeiros estudos com dupla ocultação, pelo que a qualidade e quantidade dos estudos é insuficiente para comprovar cientificamente a sua eficácia (C).

Cefaleias tipo tensão (Quadro 23)

1. A terapêutica ergonómica deve ser incentivada sempre que possível, visto ser de fácil execução. Consiste na correcção de posturas no local de trabalho, utilização de mesas, secretárias e assentos adequados ²⁶ (C).
2. A fisioterapia ^{26,27} está indicada sempre que coexistam perturbações ósteo-articulares ou músculo-esqueléticas como factores desencadeantes ou agravantes da cefaleia (C).
3. O tratamento ortodóntico ²⁸ na disfunção oromandibular deve ser considerado sempre que se justifique (C).
4. A acupunctura parece aumentar o limiar da dor, mas o seu efeito é de curta duração. No conjunto a evidência existente suporta o valor da acupunctura no tratamento das cefaleias idiopáticas mas a qualidade e quantidade desta evidência não são completamente convincentes ²⁹ (C).
5. As técnicas cognitivo-comportamentais ³⁰ (com ou sem relaxamento) são indicadas quando coexiste depressão, ansiedade ou nas situações em que o stresse e os problemas psicológicos (profissionais, familiares e/ou sociais) sejam os principais

desencadeantes das cefaleias. Estas técnicas nem sempre são acessíveis, quer do ponto de vista prático quer do económico, são demoradas e não resultam em todas as pessoas. A resposta é menor nos doentes que abusam de analgésicos. Nos casos em que a terapêutica é eficaz, parece que os resultados se mantêm por anos (C).

6. As técnicas de relaxamento e o biofeedback conseguem uma melhoria em cerca de 50% dos casos, sobretudo quando associadas, e a eficácia mantêm-se durante meses³⁰⁻³² (B). A combinação destas técnicas com tratamento com antidepressivos parece ser mais eficaz que cada um dos tratamentos separadamente³³

QUADRO 23. MEDIDAS ESPECÍFICAS (NÃO FARMACOLÓGICAS)	EVIDÊNCIA
1. Terapêutica ergonómica	C
2. Fisioterapia	C
3. Tratamento ortodôntico	C
4. Acupunctura	C
5. Psicoterapia e técnicas cognitivo – comportamentais	C
6. Técnicas de relaxamento e biofeedback	B

Cefaleias em Salvas

Em alguns doentes com cefaleias em salvas intratáveis, resistentes à farmacoterapia, a cirurgia deve ser considerada^{34,35,36}. Lesões trigeminais, produzidas mecanica ou quimicamente, podem eliminar as crises em alguns pacientes bloqueando as aferências nociceptivas. Técnicas como a termocoagulação do gânglio de Gasser (C) e a γ radiocirurgia têm sido utilizadas (C). A secção cirúrgica da raiz oftálmica do trigémio é outra alternativa.

Técnicas de relaxamento por “biofeedback” e acupunctura não têm eficácia comprovada.

Outras cefaleias não associadas a lesões estruturais

Cefaleia por compressão extrínseca

Previne-se quando se evita o factor desencadeante

Cefaleia por estímulos frios

Nas duas modalidades:

1 – Cefaleia por aplicação externa de um estímulo frio

Evita-se pela não exposição ao frio

2 – Cefaleia por ingestão de um estímulo frio

Evita-se se não se ingerir rapidamente bebidas ou outros alimentos frios.

Cefaleia benigna da tosse

Pode ser prevenida com a supressão terapêutica da tosse

Cefaleia benigna de esforço

Previne-se evitando-se esforços físicos excessivos especialmente no tempo quente ou em grandes altitudes

Cefaleia associada a actividade sexual

Evita-se ou alivia-se, cessando a actividade sexual antes do orgasmo

2. Farmacológicas

ENXAQUECA

Propomos tratamento sintomático da crise (Quadro 24) e/ou tratamento profilático (Quadro 25).

Fármacos a usar na crise

Durante as crises de enxaqueca a absorção por via oral dos fármacos está habitualmente diminuída devido aos vômitos ou à parésia gastrointestinal, mesmo que o doente não se sinta nauseado e daí ser preferível a administração nasal, parentérica ou rectal. A administração de substâncias antieméticas (metoclopramida ou domperidona) 15 a 30 minutos antes do analgésico por via oral pode melhorar a sua absorção e aumentar a sua eficácia (A). A metoclopramida pode provocar distonia nas crianças e jovens, pelo que se aconselha neste caso, a sua substituição por domperidona. No caso de vômitos mais intensos e/ou prolongados poderá ser necessário recorrer às fenotiazinas: clorpromazina ou prometazina (B/C). O paracetamol (B), o ác. acetilsalicílico e o acetilsalicilato de lisina (A) são fármacos de primeira linha para o tratamento abortivo da cefaleia leve a moderada. Em crianças (com menos de 15 anos), os dois últimos devem ser evitados devido à sua associação com a síndrome de Reye^(5,37). Outros AINEs são uma alternativa válida, como se depreende do Quadro 24, não existindo estudos convincentes que permitam estabelecer uma prioridade na escolha dos AINEs listados, relativamente ao ácido acetilsalicílico. Deve informar-se os doentes que o uso crónico de analgésicos (mais de duas a três vezes por semana) pode condicionar uma cefaleia por abuso de analgésicos. No caso desta já se ter instalado, o doente deve ser aconselhado a suspender de imediato a sua utilização.

Não existem ensaios clínicos robustos, controlados, que comprovem a eficácia dos derivados da cravagem do centeio. Contudo, têm sido largamente usados, aparentemente com bons resultados. Dos derivados da cravagem do centeio, a ergotamina é eficaz nas crises moderadas e severas (B). Porém, os efeitos acessórios da ergotamina são vários, frequentes, e potencialmente graves (ver quadro 18). Também os doentes que usam ergotamina mais de uma vez por semana, estão em risco de desenvolver uma cefaleia por abuso da ergotamina, pelo que esta deve ser cuidadosamente prescrita. Estes fármacos não devem usar-se nas 24 horas antes ou após o uso de triptanos.

Os triptanos são a medicação de primeira linha nas crises, pelo menos nas de intensidade moderada a severa³⁸⁻⁴³. Têm estudos científicos bem documentados, que recomendam o seu uso na crise de enxaqueca³⁹ (A). As contraindicações quer da ergotamina, quer dos triptanos são a gravidez, a hipertensão arterial e a doença vascular (coronária, cerebral ou periférica) (Quadro 28). Existe já alguma evidência do uso dos triptanos em crianças e adolescentes, com eficácia, nomeadamente com o sumatriptano^{40,41} (B). Quando a dose média recomendada de qualquer triptano não tem qualquer efeito terapêutico, não vale a pena administrar mais doses do mesmo triptano. O sumatriptano administrado por via subcutânea é o mais eficaz, tendo o NNT mais baixo. As náuseas, os vômitos, a foto e a fonofobia são igualmente aliviados por estes fármacos^{38,39}. As preparações dispersíveis na boca não demonstraram vantagens na eficácia e segurança em relação aos comprimidos (A); elas não são absorvidas por via sublingual. Contudo, podem ser atraentes e convenientes para os doentes, sem desvantagem no preço.

Nas crises muito severas e prolongadas, assim como no estado de enxaqueca, pode ser necessário utilizar corticosteróides (prednisona ou dexametasona) para abortar a crise, podendo ser necessário prolongar o tratamento por vários dias (C).

QUADRO 24. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CRISE DE ENXAQUECA	
	Evidência
científica	
Crises leves a moderadas: Analgésicos / Antiinflamatórios não esteróides	
a) Ác. Acetilsalicílico ou acetilsalicilato de lisina (500 a 1000 mg)	A
b) Ác. Tolfenâmico (200-400 mg)	A
c) Cetoprofeno (100 mg)	A
d) Diclofenac (50 a 100 mg)	A
e) Ibuprofeno (400 a 800 mg)	A
f) Indometacina (25 a 50 mg)	A
g) Naproxeno (250 a 500 mg)	A
h) Paracetamol (500 a 1000 mg)	B
Crises moderadas a severas: Fármacos antiemigração	
a) ALCALÓIDES DA CRAVAGEM DO CENTEIO	
. Tartarato de ergotamina (comp. ou sup.). Dose inicial: 1 a 2 mg. Dose máx: 4 mg/dia, até 8 mg/ semana e 12 mg/ mês.	B
(actualmente em Portugal apenas existem em associação com outras substâncias, algumas das quais não recomendadas)	
b) TRIPTANOS	
. Sumatriptano (comp. ou injeção subcutânea). Dose inicial: 6 mg por via subcutânea ou 50 a 100 mg pela via oral. Dose máx. diária: 300 mg pela via oral ou 12 mg pela via subcutânea	A
. Zolmitriptano (comp., comp. dispersíveis, spray nasal). Dose inicial: 2,5 mg. Via nasal: 5 mg. Repetir uma vez, se necessário	
. Rizatriptano (comp.; comp. dispersíveis). Dose inicial: 10 mg. Dose máx. diária 20 mg.	
. Naratriptano (comp.). Dose inicial: 2,5 mg. Dose máx. diária 5 mg.	
. Eletriptano (comp.) Dose inicial: 40 mg. Dose máx. diária 80 mg	
. Almitriptano (comp.). Dose inicial: 12,5 mg. Dose máx. diária 25 mg	
Crises muito severas (muito prolongadas e refractárias):	
a) CORTICOSTERÓIDES ^{5,37}	C
1) Prednisona (40 a 60 mg/ dia, durante 3 a 5 dias)	
2) Dexametasona (8 a 16 mg IM)	
b) FENOTIAZINAS	
1) Clorpromazina (25 a 50 mg/IM)	C
2) Clorpromazina (25 a 50 mg EV)	B
3) Prometazina (50 mg IM)	C
Crises com vômitos:	
a) GASTROKINÉTICOS/ANTI-EMÉTICOS	
1) metoclopramida : 10 a 20 mg (rectal,IM ou EV)	B
2) domperidona : 10 a 60 mg (rectal ou IM)	C
b) ANTI-EMÉTICOS	
1) fenotiazinas (nos casos de vômitos mais intensos)	
. Clorpromazina : 25 a 50 mg IM	C
. Clorpromazina : 25 a 50 mg EV	B
. Prometazina : 50 mg IM	C

Fármacos a usar na profilaxia

Os fármacos profilácticos têm o seu lugar se as crises de enxaqueca são frequentes (> 1/ mês) e suficientemente severas para interferirem com a actividade normal do doente.

A duração do tratamento é variável, dependendo da severidade, frequência e duração das crises, assim como do tempo de evolução da sintomatologia, mas, dependendo também do tipo de fármaco a utilizar. Contudo, é recomendável o tratamento por períodos curtos, de 3 a 6 meses, embora possam vir a ser repetidos após intervalos livres de duração variável, dependendo da recidiva da sintomatologia⁴¹⁻⁴⁴.

1. Beta-bloqueantes ou antagonistas adrenérgicos beta

São fármacos de 1ª linha em doentes não asmáticos, sem diabetes tipo 1, insuficiência cardíaca congestiva ou isquémia periférica (Quadro 29). De evitar nos casos de enxaqueca com aura prolongada ou sintomas neurológicos focais de grande intensidade^{39,41-44}. O propranolol em doses tão baixas como 1 mg/kg de peso, demonstrou ser eficaz, diminuindo em 50% a frequência e a gravidade das crises^{39,44-47} (A). O atenolol também demonstrou eficácia na dose de 100 mg uma vez por dia (B)^{39,44}. O timolol, na dose de 10 mg 2 vezes por dia provou ser tão eficaz como o propranolol na dose de 80 mg 2 vezes por dia, e melhor que o placebo^{39,46} (A). O nadolol demonstrou igualmente eficácia nas doses de 80 a 160 mg uma vez por dia^{39,47} (B). Também o metoprolol, um beta-bloqueante selectivo, demonstrou eficácia na dose de 200 mg na forma de libertação retardada, reduzindo a frequência e a duração das crises^{39,48} (B). Os β -bloqueantes com actividade simpáticomimética intrínseca (acebutol) não demonstram eficácia na prevenção da enxaqueca^{39,50}.

2. Anti-histamínicos/ antiserotonínicos

A ciproheptadina (C) tem sido frequentemente usada como preventivo nas crianças, e tem eficácia comprovada^{39,50}.

3. Antagonistas do cálcio

A flunarizina é eficaz em doses de 5 a 10 mg/dia, sendo a sua eficácia comprovada por vários estudos^{51,53,54}, o que faz desta substância o antagonista do cálcio com mais provas dadas (A). A eficácia do verapamil foi comprovada nas doses de 240 a 320 mg/dia^{50,54,55} (B). É de referir que alguns fármacos deste grupo, como a nifedipina de absorção rápida, podem piorar as crises de enxaqueca^{52,54,56}.

4. Antidepressivos

Numa meta-análise efectuada por Tomkins e col.⁵⁷, que envolveu 38 estudos aleatorizados e controlados^{54,56,58} concluiu-se que o tratamento com antidepressivos se associava a uma melhoria global das cefaleias, independentemente de se tratar de enxaqueca ou cefaleias de tensão. A amitriptilina é eficaz na prevenção, mesmo em doses baixas, independentemente do seu efeito antidepressivo, o que foi demonstrado por vários estudos^{39,54,56} (A); contudo, há uma grande variabilidade nas respostas individuais, pelo que as doses a administrar deverão ser adaptadas caso a caso. A demonstração da eficácia dos inibidores selectivos dos receptores da serotonina, nomeadamente da fluoxetina (B), é ainda escassa^{39,54,56}.

5. Anticonvulsivantes

A eficácia do divalproato e do valproato de sódio foi comprovada em adultos na dose de 800 a 1500 mg por dia⁵⁹ (A). Mais recentemente, o topiramato^{54,56} (C) e a gabapentina^{39,54,56} (B) também têm sido usados com bons resultados.

6. Antiinflamatórios não esteróides (AINEs)

O naproxeno foi bem estudado na profilaxia da enxaqueca menstrual^{49,60,61} iniciando-se três a sete dias antes da data esperada do início do fluxo menstrual, na dose de 500 mg, duas vezes por dia (B). É de aconselhar apenas o seu uso nos casos em que a enxaqueca tem uma ocorrência previsível como é o caso da enxaqueca menstrual, enxaqueca de fim de semana e crises induzidas por viagens ou altitude^{54,56}. Também o ác. acetilsalicílico (B), o ibuprofeno (C) e o cetoprofeno (B) demonstraram eficácia preventiva^{39,54,56}. É de desaconselhar o seu uso diário, como profilático noutros tipos de enxaqueca, em face das reacções adversas potencialmente graves.

7. Estrogéneos

Também no caso da enxaqueca menstrual demonstrou eficácia a aplicação de estrogéneos percutâneos em gel⁶³⁻⁶⁵, durante 7 dias e iniciando-se na fase luteínica do ciclo, dois dias antes do possível início da enxaqueca (B). Uma alternativa é a aplicação de sistemas transdérmicos contendo estradiol (50/100 µg/dia) durante o mesmo período⁶⁵ (C).

8. Vitaminas

Um ensaio clínico com a Vitamina B2 demonstrou eficácia (B)⁶², embora na nossa opinião ainda sejam necessários mais estudos clínicos, aleatorizados e controlados.

QUADRO 25. TRATAMENTO PROFILÁCTICO DA ENXAQUECA

	CATEGORIA DE EVIDÊNCIA
1. β-bloqueantes (propranolol, atenolol, nadolol, metoprolol, timolol)	
. propranolol	A
. timolol	A
. atenolol	B
. nadolol	B
. metoprolol	B
2. Anti-histamínicos/ antiserotonínicos	
. ciproheptadina	C
3. Antagonistas do cálcio	
. flunarizina	A
. verapamil	B
4. Antidepressivos	
. amitriptilina	A
. fluoxetina	B
. fluvoxamina, paroxetina, sertralina ³⁹	C
5. Anticonvulsivantes	
. valproato de sódio e divalproato de sódio	A
. gabapentina	B
. topiramato	C

6. AINEs	
. ác. acetilsalicílico ou equivalente	B
. cetoprofeno	B
. ibuprofeno	C
. naproxeno	B
7. Estrogéneos* (estradiol)	
. gel percutâneo	B
. sistema transdérmico	C
8, Vitaminas	
. Vitamina B2	B

* Na enxaqueca menstrual

CEFALEIAS TIPO TENSÃO

Para este tipo de cefaleias propõe-se um tratamento sintomático e/ou preventivo (Quadro 26).

Tratamento sintomático

Os analgésicos simples e os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) estão indicados nas cefaleias de tensão (episódios agudos e agudizações da cefaleia de tensão crónica), sendo de desaconselhar o seu uso regular e crónico (> 2 vezes /semana) e as associações farmacológicas^{39, 66-71} (A).

Sempre que o número de episódios agudos ultrapasse 15 dias por mês deve ponderar-se um tratamento preventivo, sob pena de se verificar um abuso de analgésicos.

Os relaxantes musculares podem ser utilizados, mas em tratamentos curtos. A tizanidina foi estudada na cefaleia de tensão crónica, com alguma eficácia⁷²⁻⁷³ (A). Outro miorelaxante que tem sido utilizado é a ciclobenzaprina, na dose de 20 a 40 mg/dia⁶⁶ (C).

Tratamento preventivo

Na cefaleia de tensão a terapêutica farmacológica consiste sobretudo nos antidepressivos clássicos ou de primeira geração: amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramina, doxepina, dotiepinina, maprotilina, mianserina e trazodona⁽⁷⁴⁻⁷⁷⁾. A amitriptilina na dose diária de 10 a 100 mg tem sido o fármaco mais estudado e com melhores resultados⁽⁷⁸⁻⁸²⁾ (A).

Em relação a antidepressivos mais recentes, para os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina e fluvoxamina), da serotonina e da noradrenalina (venlafaxina) e para os inibidores reversíveis da monoaminoxidase-A (moclobemide) os estudos são escassos, mas há, no entanto, alguma evidência de que são eficazes^(18,83-91) (A). Os antidepressivos tricíclicos têm uma acção analgésica independente da antidepressiva e como tal podem ser utilizados em doses infra-terapêuticas das usadas para a depressão⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾. A inexistência de efeitos colaterais anticolinérgicos significativos nos novos antidepressivos é um dos factores a ter em consideração na escolha da terapêutica.

O 5-hidroxitriptofano foi utilizado num ensaio em doentes com cefaleia de tensão crónica, tendo-se constatado ser moderadamente eficaz⁽⁹²⁾ (B)

Nos últimos anos tem sido utilizada a Toxina Botulínica em várias situações, entre elas no tratamento de vários tipos de cefaleias. Os ensaios realizados na cefaleia de tensão crónica mostram que a Toxina Botulínica é mais eficaz do que a injeção de metilprednisolona nos pontos dolorosos (A) e também quando usada isoladamente, desde que injectada nos pontos dolorosos e não em pontos standard⁽⁹³⁾ (C)

QUADRO 26. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA CEFALÉIA TIPO TENSÃO		
		Categoria de evidência
1 . Sintomático		
1.1. Analgésicos		A
1.2. Anti-inflamatórios não esteróides		A
1.3. Miorrelaxantes		
Ciclobenzaprina	20 a 40 mg /dia	C
Tizanidina	6 a 18 mg /dia	A
2. Preventivo		
2.1. Antidepressivos de 1ª e 2ª geração:		A
amitriptilina	10 a 150 mg /dia	
nortriptilina	50 a 150 mg /dia	
imipramina	25 a 150 mg /dia	
clorimipramina	25 a 150 mg /dia	
doxepina	25 a 150 mg /dia	
maprotilina	75 a 200 mg /dia	
trazodona	100 a 300 mg /dia	
mianserina	15 a 30 mg /dia	
dotiepinga	75 a 150 mg /dia	
2.2. Outros antidepressivos:		A
paroxetina	10 a 40 mg / dia	
sertralina	50 a 100 mg / dia	
fluoxetina	20 a 60 mg / dia	
venlafaxina	75 a 150 mg / dia	
2.3. 5-Hidroxitriptofano	300 mg / dia	B
2.4. Toxina Botulínica		A/C

CEFALEIA EM SALVAS

No tratamento da Cefaleia em Salvas, quer na forma Episódica quer na Crónica, deve ser considerado o tratamento sintomático e profilático das crises (Quadro 27).

Tratamento sintomático

No tratamento sintomático da crise devemos considerar os seguintes agentes terapêuticos:

1. Oxigenoterapia: O₂ a 100% com um débito de 6 a 12 L por minuto, durante 15-20 minutos. É eficaz em 75% dos doentes, sem efeitos colaterais e usualmente suspende a série de crises, por completo ou por alguns dias^{25,94,97} (C). Se ao fim de 20 min não abolir a dor deve mudar-se o tratamento. A desvantagem deste tratamento é o facto de obrigar o doente a estar sentado e quieto, o que, para estes doentes, é difícil de suportar.
2. Sumatriptano: 6 mg em injeção subcutânea, não devendo ultrapassar-se as 12 mg/dia (A) (contra-indicado a hipertensos mal controlados, doentes com enfarte do miocárdio ou patologia vascular cerebral prévios)⁹⁵⁻⁹⁶ Nos doentes com elevado número de crises (superior a 2) deve pensar-se em terapêutica alternativa ou associada, nomeadamente oxigenoterapia. O sumatriptano em spray nasal, 20 mg, é muito menos eficaz⁹⁶. O sumatriptano, na forma oral, dado como profilático, não se mostrou eficaz⁹⁵⁻¹⁰³.
3. Lidocaína em solução aquosa ou gel a 4% para aplicação intranasal, em gotas ou spray (na narina ipsilateral à dor) mas com pré-tratamento com descongestionante nasal. Frequentemente, provoca alívio ligeiro a moderado em 1 a 10 min⁹⁸ (C). Considerada uma terapêutica adicional.

4. Tartarato de Ergotamina: 1 mg por via oral ou 2 mg. por via rectal ^{97,99} (C). Dado só existirem no nosso Mercado associações fixas com outros fármacos, devem ser usadas cautelosamente.
5. Zolmitriptano 10 mg – eficaz, mas só 30 minutos após a administração (C).

Tratamento profilático

O tratamento profilático das duas formas (Crónica e Episódica) é semelhante, diferindo somente no uso de corticosteróides que se mostram úteis apenas na forma Episódica. A dose inicial de prednisona ou de dexametasona (C) é , respectivamente, de 40 a 80 mg/dia e 8 mg/dia, com redução progressiva ao longo de 3 a 4 semanas. O tratamento não deve ter duração superior a 3 semanas. A metilprednisolona poderá ser administrada por via e.v., (500-1000 mg) não mais que dois - três dias ^{97,99,100} (C).

Na prevenção, o Verapamil é o fármaco de 1ª escolha (B). Habitualmente usado na dose de 240 a 480 mg, é eficaz na profilaxia das formas episódicas e crónicas em 70% dos doentes. Nas formas crónicas a dose por dia pode atingir os 1200mg. mas deve ser feito um ECG antes de se aumentar cada dose. Em geral, ocorrem menos efeitos secundários do que seria de esperar para estas doses diárias ^{97,99,101}

O Carbonato de Lítio é usado em comprimidos, na dose diária de 600 a 900 mg. É necessário fazer doseamentos periódicos da litiémia para prevenir a ultrapassagem da estreita margem terapêutica. Habitualmente litiémias de 0,3 a 1,2 mmol/L revelam-se suficientes no controle da dor. As concentrações devem ser medidas de manhã, 12 horas após a última dose. O lítio tem diversos efeitos adversos: tremor, diarreia, poliúria, disfunção tiroideia e renal...). Interage com a indometacina, diclofenac e tiazidas ^{102,104}. É eficaz na profilaxia quer das formas crónicas quer das episódicas ^{101,102} (C).

A regular administração de 3 a 4 mg/dia de tartarato de ergotamina, durante os dias que costuma durar a salva de ataques é usada há muitos anos. Se as crises são nocturnas 1 a 2mg devem ser dados à noite. Se o perfil de ocorrência de crises é constante nas 24 horas, a medicação deverá ser tomada 30 min a 1 hora antes da crise esperada. Esta terapêutica profilática costuma ser eficaz em 80% dos doentes ⁹⁷⁻⁹⁹ (C), principalmente nos doentes com curtos períodos de cefaleia em salvas. A ergotamina não deve ser associada ao sumatriptano. Nos últimos anos esta medicação tem sido substituída pelo verapamil ⁹⁷⁻⁹⁹.

O valproato / divalproato de sódio usado nas doses de 600 a 2000 mg, durante um período superior a 6 meses foi também eficaz (C), sendo considerado como fármaco de 2ª linha na prevenção deste tipo de cefaleias ⁹⁹

Outras medicações têm sido testadas, tais como a melatonina na dose diária oral de 10 mg⁹⁹ (C), novos antiepilépticos como o topiramato (25 a 125 mg/dia) (C), a gabapentina ⁹⁹ (900 mg/dia) (C) e a lamotrigina (C).

Nos tratamentos sintomático e preventivo poder-se-ão fazer associações terapêuticas.

Na Cefaleia em Salvas precipitada pela altitude deve fazer-se a prevenção com acetazolamida, 250 mg 2 vezes por dia, durante 1 a 4 dias, com início 2 dias antes de chegar a altitudes elevadas ⁹⁹

HEMICRÂNIA PAROXÍSTICA CRÓNICA

O tratamento da Hemicrânia Paroxística Crónica deve ser feito com indometacina na dose de 25 mg, uma a três vezes/dia, podendo, se necessário, a dose ser aumentada até 75mg 3 vezes por dia, nas mesmas condições (aumento de 75 mg cada 10 dias). De notar que doses mais altas de indometacina podem provocar cefaleias graves (e não melhorar as já existentes), pelo que se recomenda iniciar o tratamento com doses baixas deste fármaco ¹⁰⁷ (C). Quando são necessárias doses superiores a 150 mg/dia deve suspeitar-se de se poder estar em presença de uma cefaleia secundária.

QUADRO 27. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DAS CEFALÉIAS EM SALVAS

	Categoria de evidência
SINTOMÁTICO	
1. Oxigenoterapia a 100% com débito 6/12 litros por minuto, durante 15-20 minutos	C
2. Sumatriptano, 6 mg em injeção subcutânea (máx. : 2 x dia)	- A
3. Tartarato de Ergotamina, 1 mg por via oral ou 2 mg por via rectal (atenção às formulações compostas)	C
4. Lidocaína, sol. aquosa ou gel a 4% por via intranasal + descongestionante nasal	C
PROFILAXIA DE TRANSIÇÃO	
1. Prednisona: 40 a 80 mg por dia.	
2. Dexametasona: 8mg por dia.	
3. Metilprednisolona: 500-1000 mg, e.v. (só na forma episódica)	C
PREVENTIVO	
1. Verapamil: 240 a 480 mg por dia no Cluster agudo; 720-1200 mg no Cluster crónico	B
2. Carbonato de Lítio: 600-900 mg por dia	C
3. Tartarato de Ergotamina, oral ou rectal, 1mg até 3 vezes por dia	C
4. Valproato/divalproato de sódio: 600 a 2000 mg por dia	C
5. Corticosteróides: Prednisona: 40 a 80 mg por dia. Dexametasona: 8mg por dia. Metilprednisolona: 500-1000mg e.v (só na forma episódica)	C

OUTRAS CEFALÉIAS NÃO ASSOCIADAS A LESÕES ESTRUTURAIS**Cefaleia idiopática de tipo guinada**

Esta cefaleia é mais frequente em doentes que sofrem de enxaqueca e desaparece com indometacina oral na dose de 25 mg três vezes por dia^{1,105,110} (C).

Cefaleias benignas da tosse, do esforço e da actividade sexual

Quer as cefaleias da tosse e de esforço, quer as relacionadas com a actividade sexual, caso persistam, respondem preventivamente à terapêutica com indometacina oral (C), 25 mg 3 vezes por dia, ou com propranolol¹⁰⁹⁻¹¹¹ (C).

PRECAUÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES, REACÇÕES ADVERSAS, INTERACÇÕES

Nos quadros 28 a 33 estão sintetizadas as principais precauções, contra-indicações e reacções adversas a ter em conta quando se usam os fármacos indicados no tratamento sintomático e preventivo da enxaqueca, das cefaleias do tipo tensão e das cefaleias em salvas. Os quadros não são exaustivos. No quadro 34 estão sintetizadas as principais interacções farmacológicas dos fármacos usados no tratamento das cefaleias idiopáticas.

BIBLIOGRAFIA FUNDAMENTAL

1. Classification and Diagnostic Criteria for Headache disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988;8 (Suppl 7): 9-96..
2. Post D, Gubbels JW. Headache: an epidemiological survey in a Dutch rural general practice. *Headache* 1986;26: 122-125.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147-1157.
4. Pereira Monteiro JM. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana. Tese de Doutoramento. ICBAS. Univ. do Porto. 1995.
5. Pereira Monteiro JM. As cefaleias na Clínica Geral. Coopertipo. Porto, 1986.
6. Waters WE. The epidemiology of migraine. Bracknell: Boehringer Ingelheim, 1974.
7. Ogunyemi AO. Prevalence of headache among Nigerian university students. *Headache* 1984; 24: 127-30.
8. Pereira Monteiro JM, Matos E, Calheiros JM. Headaches in Medical School Students. *Neuroepidemiology* 1993; 13: 103-107.
9. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, et al. Epidemiology of headache in the Republic of San Marino. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51: 21-27.
10. Pereira Monteiro JM, Maio RJAR, Calheiro JM. Comparison of questionnaire with clinical interview. In: *Headache Classification and Epidemiology*, Jes Olesen editor. *Frontiers in Headache Research*, vol 4. Raven Press. New York 1994: 217-220.
11. Abramson JH, Hopp C, Epstein LM. Migraine and non migrainous headaches. A community survey in Jerusalem. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 188-193.
12. Ekblom K, Ahlborg B, Schöle R. Prevalence of migraine and cluster headache in Swedish men of 18. *Headache* 1978;18: 9-19.
13. Levy LM. An epidemiological study of headache in an urban population in Zimbabwe. *Headache* 1983; 23: 2-9.
14. Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Ziegler D, Sprecher M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA* 1989; 261: 2211-2216.
15. Newland CA, Illis LS, Robinson PK, Batchelor BG, Waters WE. A survey of headache in an English city. *Res Clin Stud Headache* 1978; 5: 1-20.
16. Nikiforow R, Hokkanen E. An epidemiological study of headache in an urban and a rural population in northern Finland. *Headache* 1978, 18:137-145.
17. Waters WE, O'Connor PJ. Epidemiology of headache and migraine in women. *J. Neurol., Neurosurg, Psychiatry* 1971; 34: 148-153.
18. Philips C. Headache in general Practice. *Headache* 1977; 16: 322-329.
19. Duckros PN, Tait RC, Margolis RB. Prevalence of very severe headache in a large US metropolitan area. *Cephalalgia* 1989;9: 199-205.
20. Sutherland JM and Edie MJ. Cluster headache. *Res Clin Stud Headache* 1972; 3: 92-125.
21. Sjaastad O. Cluster headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL and Rose FC (eds). *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier. Amsterdam 1986; vol. 48 (4): 217-246.
22. Crisp AH, Kalucy RS, McGuinness B, Ralph PC, Harris G. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgrad Med J* 1977; 53: 691-697.
23. Goadsby P J, Lipton R B: A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997, 120: 193-209.
24. Antonaci F, Sjaastad O: Chronic paroxysmal hemicrania (CPH): a review of the clinical manifestations. *Headache* 1989, 29: 648-656.
25. Kudrow L: Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. *Headache* 1981, 21:1-4.
26. Carlsson J, Aisen M. Physiotherapy in "The Headaches." Cap.78, pgs 521 – 525. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
27. Hammil JM, Cook TM, Rosecrance JC. Effectiveness of physical therapy regimen in the treatment of tension type headache. *Headache*, 1996; 36: 149-153.
28. Graff-Radford SB, Forssell H. Oromandibular treatment in "The Headaches." Cap.79, pgs 527 – 530. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.

29. Bogaards MC, ter Kuile MM. Treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *Clin J Pain* 1994;10:174-190.
30. Holroyd KA. Psychological and behavioral techniques in "The Headaches." Cap.77, pgs 515 – 520. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
31. Arena JG, Bruno GM , Hannah SL, Meador KJ. A comparison of frontal electromyographic biofeedback training, trapezius EMG biofeedback training, and progressive muscle relaxation therapy in the treatment of tension headache. *Headache*, 1995;35: 411-419.
32. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL, Cordingley GE, Carlson BW. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy and their combination. A randomized controlled trial. *JAMA*, 2001;285:2208-2215.
33. Melis PM, Roommans W, Pierings EL et al. Treatment of chronic tension – type headache with hypnotherapy: a single blind time controlled study. *Headache* 1991; 31: 686 – 689.
34. Campbell J K. Cluster headache: the treatment resistant patient. In Mathew N T, ed. *Cluster Headache*. Lancaster; Spectrum Publications 1984; 127-133.
35. O' Brian M D, Mac Cabe J J. Trigeminal nerve section for unremitting migrainous neuralgia. The 3 rd Int. Symposium; Migraine Trust. London, Sept. 17-18, 1980.
36. Mathew N T, Hurt W. Percutaneous radiofrequency trigeminal gangliorhizolysis in intractable cluster headache. *Headache* 1988; 28:328-331.
37. Machado MG, Colaço MJ. Cefaleias de interesse para o Clínico Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1989;6(2):45-50.
38. Dahlöf C. Integrating the triptans into clinical practice. *Current Opinion in Neurology* 2002;15:317-22.
39. Ferrari MD, Haan J. Drug treatment of Migraine Attacks. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997;17:117-30.
40. Lindler SL. Subcutaneous sumatriptan in the clinical setting: the first 50 consecutive patients with acute migraine in a pediatric neurology office practice. *Headache* 1996;36 (7):419-22.
41. Winner P, Lindler SL, Wasiewski WW. Pharmacologic Treatment of Headache. In: Winner P, Rotner AD, editors. *Headache in Children and Adolescents*. Hamilton: B C Decker Inc; 2001 .p. 89-92.
42. Giles E. Migraine: Diagnosis and management *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72(Suppl II):ii 10-ii 15.
43. Ferrari MD, Haan J. Drug treatment of Migraine Attacks. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997;17:117-30.
44. Lance James W. Preventive Treatment in Migraine. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997;17:131-41.
45. Pascual K, Polo JM, Berciano J. The dose of propranolol for migraine prophylaxis: Efficacy of low doses. *Cephalalgia* 1989;9:287.
46. Sudilovsky A , Elkind AH, Ryan RE, et al. Comparative efficacy of nadolol and propranolol in the management of migraine. *Headache* 1987;27:421.
47. Tfelt-Hansen P, Standness B, Kangasniemi P, et al. Timolol vs propranolol vs placebo in common migraine prophylaxis: A double-blind multicenter trial. *Acta Neurol Scand* 1984;69:1.
48. Anderson PG, Dahl S, Hansen JH, et al. Prophylactic treatment of classical and non-classical migraine with metoprolol- a comparison with placebo. *Cephalalgia* 1983;3:207.
49. Bellevance AJ, Meloche JP. A comparative study of naproxen sodium, pizotilyline, and placebo in migraine prophylaxis. *Headache* 1990;30:710-715.
50. Syllabus on CD-ROM. Silberstein SD: Migraine: Preventive treatment. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
51. Curran DA, Lance JW. Clinical trial of methysergide and other preparations in the management of migraine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1964;27:463.
52. Battistela PA, Ruffilli R, Moro R, et al. A placebo controlled crossover trial of nimodipine in pediatric migraine. *Headache* 1990;30(5):264-8.
53. Bassi P, Brunati L, Rapuzzi B, et al. Low-dose flunarizine in the prophylaxis of migraine. *Headache* 1992;32:390.
54. Lance JW. Preventive Treatment in Migraine. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Sielberstein SD, 1997;17:131-4.

55. Solomon GD. Verapamil in migraine prophylaxis: A five year review. *Headache* 1989;29:425.
56. Syllabus on CD-ROM. Green MW. Migraine Prevention. Proceedings of the 54th Annual Meeting of AAN; 2002 April 13-20; Denver, U.S.A.
57. Tomkins GE, Jackson JL, O' Malley PG, et al. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis. *Am J Med* 2001 Jul; 111:54-63.
58. Badget R. Os antidepressivos melhoram as cefaleias em doentes com cefaleias crónicas. *Evidence-Based Medicine (edição em Língua Portuguesa)* 2002;6:103.
59. Hering R, Kurittky A. Sodium valproato in the prophylactic treatment of migraine: a double blind study versus placebo. *Cephalalgia* 1992;12(2):81-4).
60. Sances G, Martignoni E, Fioroni L, et al. Naproxen sodium in menstrual migraine prophylaxis: a double blind placebo controlled study. *Headache* 1990;30(11):705-709.
61. Szekely B, Merryman S, Croft H, et al. Prophylactic effects of naproxen sodium on perimenstrual headache: a double blind placebo controlled study. *Cephalalgia* 1989;9 (Suppl 10):452-3.
62. Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guide-lines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology* 2000;55:754-62.
63. Dennerstein L, Morse C, Burrows G et al. Menstrual Migraine: a double blind trial of percutaneous estradiol. *Gynecol Endocrinol* 1988;2(2):113-20.
64. Silberstein SD, Merriam JR. Sex Hormones and Headache. In: *Headache, Blue Books of Practical Neurology*. Philadelphia, Goadsby PJ, Silberstein SD, 1997;17:131-41.
65. Fettes Ivy, PhD, MD, FRCPC. A enxaqueca menstrual: métodos de prevenção e controlo. *Posgraduate Medicine-edição Portuguesa* 1998;9(3):29.
66. Mathew NT. Acute pharmacotherapy in "The Headaches." Cap.80, pgs 531 – 536. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
67. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache and medication overuse in Wolff's Headache and other head pain, 7th edition. Cap11:247-282. Editores: Stephen Silberstein, Richard B Lipton & Donald J. Dalessio. Oxford University Press 2001.
68. Dahlof CGH, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension headache. *Cephalalgia*,1996; 16:117-123.
69. Harden RN, Rogers D, Fink K, Gracely RH. Controlled trial of ketorolac in tension type headache. *Neurology*, 1998 Feb, 50:2, 507-509.
70. Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension type headache: double blind placebo controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). *Cephalalgia*,1998; 18: 38-43.
71. Packman B, Packman E, Doyle G, et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. *Headache* 2000;40:561-567.
72. Fogelholm R, Murros k. Tizanidine in chronic tension type headache: a placebo controlled double blind cross- over study. *Headache* 1992; 32: 509-513.
73. Murros K, Kataja M, Hedman C, et al. Modified-release formulation of tizanidine in chronic tension-type headache. *Headache* 2000;40:633-637.
74. Couch JR, Micieli G. Prophylactic pharmacotherapy in *The Headaches*." Cap.81, pgs 537 – 542. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Raven Press, 1993.
75. Mathew NT, Bendtsen L. Prophylactic pharmacotherapy in *The Headaches*", 2nd edition Cap.88, pgs 667 – 673. Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A.Welch. Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
76. Lance JW, Curran DA. Treatment of chronic tension headache. *Lancet*, 1964; I : 1236-1239.
77. Diamond S, Baltus BJ. Chronic tension headache treated with amitriptyline – a double blind study. *Headache*, 1971; 11:110-116.
78. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension type headache. *J Neurol Neurosurg and Psychiatry* 1996; 61: 285-290.
79. Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, Pascali MP, Catarci T. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: pathogenetic implications. *Headache* 1998;38:453-457.

80. Hershey AD, Powers SW, Bentti AL, deGraw TJ. Effectiveness of amitriptyline in the prophylactic management of childhood headaches. *Headache* 2000;40:539-549.
81. Nappi G, Sandrini G, Granella F et al. A new 5HT₂ antagonist (ritanserin) in the treatment of chronic headache with depression. A double-blind study vs. amitriptyline. *Headache*, 1990; 30:439-444.
82. Mitsikostas DD, Gatsonis S, Thomas A, Ilias A. Buspirone versus amitriptyline in the treatment of chronic tension type headache. *Acta Neurol Scand*, 1997 Oct, 96; 4 : 247-251.
83. Langemark M, Olesen J. Sulpiride and paroxetine in the treatment of chronic tension type headache. An explanatory double-blind trial. *Headache*, 1994; 34: 20-24.
84. Diamond S. Efficacy and safety profile of venlafaxine in chronic headache. *Headache quarterly, Current treatment and research* 1995; 6 (3) : 212 – 215.
85. Adelman LC, Adelman JU, von Seggern R, Mannix LK. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in clinical setting
86. Manna V, Bolino F, Di Cicco L. Chronic tension type headache, mood depression and serotonin: therapeutic effects of fluvoxamine and mianserine. *Headache*, 1994; 34: 44-49.
87. Foster CA, Bafaloukos J. Paroxetine in the treatment of chronic daily headache. *Headache*, 1994; 34: 587-589.
88. Meienberg O, Amsler F. Preventive treatment of migraine and chronic tension headache with moclobemide (abstract via internet). *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997; 86 (27-28): 1107-1112.
89. Singh NN, Misra S. Sertraline in chronic tension-type headache. *J Assoc Physicians India* 2002; 50:873-8 – A.I.
90. Spiegel K, Kalb R, Pasternak GW. Analgesic activity of tricyclic antidepressants. *Ann Neurol* 1983; 13: 462-465.
91. Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000;20:603-610.
92. Fontes-Ribeiro CA. L-5-Hydroxytryptophan in the prophylaxis of chronic tension-type headache: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Headache* 2000;40:451-456.
93. Gobel H, Heinze A, Heinze-Kuhn, Jost WH. Evidence-based medicine: botulinum toxin A in migraine and tension-type headache. *J Neurol* (2001);248(Suppl 1):I/34-I/38.
94. Fogan L: Treatment of cluster headache: A double-blind comparison of oxygen versus air inhalation. *Arch Neurol* 1985, 42: 362-363.
95. Ekbom K, et als: Subcutaneous sumatriptan in the acute treatment of cluster headache: a dose comparison study. *Acta Neurol Scand* 1993, 88:63-69.
96. Plosker GI, McTavish D: Sumatriptan. A reappraisal of its pharmacology and therapeutic efficacy in the acute treatment of migraine and cluster headache. *Drugs* 1994, 47:622-651.
97. Sjaastad O: Cluster headache syndrome. London: WB Saunders Company Ltd; 1992.
98. Kitzler J, et als: Cluster headache, local anesthetic abortive agents; *Arch Neurol*, 1985; 41: 496-498.
99. Kudrow L: Cluster headache: mechanisms and management. New York: Oxford University Press; 1980.
100. Couch JR, Ziegler DK: Prednisone therapy for cluster headache. *Headache* 1978, 18:219-221.
101. Bussone G, et als: Double-blind comparison of lithium and verapamil in cluster headache prophylaxis. *Headache* 1990, 30:411-417.
102. Manzoni GC, et als: Lithium carbonate in cluster headache: assessment of its short and long-term therapeutic efficacy. *Cephalalgia* 1983, 3:109-114.
103. Monstad I, et als: Preemptive oral treatment with sumatriptan during a cluster period. *Headache* 1995, 35:607-613.
104. Gillies HC, et als: A textbook of clinical pharmacology, edn 2. London: Edward Arnold; 1986.
105. Lance JW. Miscellaneous headaches unassociated with a structural lesion in cap. 91, pags 609 – 618; "The Headaches". Editores: Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, K.M.A. Welch. Raven Press, 1993.
106. Diamond S, Medina JL. Benign exertional headache: successful treatment with indomethacin. *Headache* 1979; 19:249.

107. Mathew N. Indomethacin responsive headache syndromes. *Headache* 1981, 21: 147-150.
108. Diamond S. Prolonged benign exertional headache: its clinical characteristics and response to indomethacin. *Headache* 1982, 22: 96-98.
109. Pascual J, Iglesias F, Oterino A et al. Cough, exertional and sexual headaches: an analysis of 72 benign and symptomatic cases. *Neurology* 1996, 46: 1520 - 1524.
110. Sands GH, Newman L, Lipton R. Cough, exertional and other miscellaneous headaches. *Med.Clin. N. America*, 1991; 75 (3): 733-747.
111. Porter M, Jankovic J. benign coital cephalgia. Differential diagnosis and treatment. *Arch Neurol* 1981; 38: 710 – 712.

QUADRO 28. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA ENXAQUECA

<u>Fármaco</u>	<u>Via de administração</u>	<u>Dose (mg)</u>	<u>Precauções / Contra-indicações</u>	<u>Principais reacções adversas</u>
<u>Analgésicos/AINEs</u>			Ver tratamento profiláctico	Ver tratamento profiláctico
AAS ou equivalente de acetilsalic. lisina	oral	500-1000		
Cetoprofeno	oral	100		
Paracetamol	oral / rectal	500-1000		
Ibuprofeno	oral / rectal	400-800		
Naproxeno	oral / rectal	250-500		
Indometacina	oral / rectal	25-50		
Ác. tolfenâmico	oral	200-400		
Diclofenac	oral / rectal	50-100		
<u>Ergotamínicos</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Ergotamina	oral	1-2	Enx. hemipléfica ou basilar, hipertiroidismo, isquémia cardíaca ou das extremidades, doença hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquémia de órgãos, fibrose mediastínica ou retroperitoneal *
	rectal	2		
Dihidroergotamina	nasal (spray)	1		
<u>Triptanos</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Sumatriptano	subcutâneo	6	arritmias cardíacas, cardiopatia isquémica, gravidez, amamentação e AVC isquémico	Náuseas, tonturas, sonolência, sensação de calor, astenia, boca seca, aperto ou opressão no pescoço, tórax ou membros, mialgias, parestesias
	oral	50-100		
Zolmitriptano #	oral	2,5 - 5 mg		
<u>Antieméticos/gastrocinéticos (a sua administração deve preceder a dos analgésicos - ver interacções)</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Metoclopramida	Oral, IM e EV	10	Obstrução ou hemorragia gastrointestinal, feocromocitoma, sind. extrapiramidal, epilepsia	Sonolência, astenia, vertigens, sintomas extrapiramidais, galactorreia, amenorreia
	rectal	20		
Domperidona	Oral, IM	10		
	rectal	30-60		

* menos severa com a dihidroergotamina

E outros triptanos (ver texto)

+ Muito menos severos com a domperidona

QUADRO 29. TRATAMENTO PROFILÁTICO DA ENXAQUECA

Fármaco	Dose (mg/dia)	Precauções /Contra-indicações (ver também as interações)	Principais reacções adversas
<u>Antagonistas dos receptores adrenérgicos beta</u>		<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Propranolol	40-320 mg	Hipotensão, isquémia das extremidades, insuficiência cardíaca congestiva, d ^a de Raynaud, diabetes mellitus, bradiarritmia, DPOC	Bradycardia, hipotensão, pesadelos, sonhos vívidos, insónias, depressão, impotência, fadiga, extremidades frias, alterações gastrointestinais, síndrome de privação.
Atenolol	50-100 mg		
Nadolol	40-160 mg		
Metoprolol	50-200 mg		
Timolol	10-60 mg		
<u>Antagonistas do cálcio</u>			
Flunarizina	5-10 mg	Gravidez, parkinsonismo, depressão	Sedação, depressão, aumento de peso, parkinsonismo
Verapamil	240 - 320 mg	Bradycardia, bloqueio A-V, hipotensão	Bradycardia, hipotensão, obstipação, bloqueio A-V
<u>Antidepressores</u>			
Amitriptilina	10-150 mg	Glaucoma, hipertrofia prostática, gravidez, amamentação. Cond. de máquinas	Sonolência, fadiga, boca seca, aumento de peso, alt. tensão art., náuseas, obstipação, pert. da visão
Doxepina	25-150		
Fluoxetina	20-30		
<u>Antihistamínicos/anti-serotoninicos</u>			
Ciproheptadina	8-32 mg	Obesidade, glaucoma	Sonolência, boca seca, aumento do apetite e do peso
Pizotifeno	1,5-3 mg	Obesidade. Condução de máquinas	Sedação, aumento do apetite, aumento de peso
<u>Anticonvulsivantes</u>			
Valproato de sódio	800-1500 mg	Hepatite, insuf. hepática, hipersensibilidade ao valproato, gravidez	Disfunção hepática, trombocitopenia e outras alt. da hemostase, náuseas, vômitos, alteração do apetite, pancreatite, alopecia, dermatopatias, tremores, nistagmo, ataxia, confusão,
<u>Analgésicos antiinflamatórios não esteróides</u>		<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Naproxeno	500-1000 mg	Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica activa, d ^a hepática ou renal, tratamento com anticoagulantes, idade inferior a 12 anos	Dispepsia, gastrite erosiva, úlcera péptica, diarreia, alt. hematológicas, nefropatia, reacções de hipersensibilidade
AAS	500-1000 mg		
Ác. Tolfenâmico	200- 400 mg		
Ác. Mefenâmico	250- 750 mg		
<u>Dihidroergotamina</u>	10 mg	Alergia a alcalóides da crav. do centeio, gravidez, amamentação, d ^a coronária ou outra vasculopatia, d ^a hepática ou renal	Náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais

QUADRO 30. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO

<u>Fármaco</u>	<u>Dose (mg/dia)</u>	<u>Precauções /Contra-indicações</u>	<u>Principais reacções adversas</u>
<u>Analgésicos antiinflamatórios não esteróides</u>			
AAS	500-1000	<u>Como grupo:</u> Hipersensibilidade ao AAS, úlcera péptica	<u>Como grupo:</u> dispepsia, gastrite erosiva,
Ác. Tolfenâmico	200-400	activa, d ^a hepática ou renal	úlceras pépticas, diarreia, alt. hematológicas, nefropatia,
Ibuprofeno	400-800	tratamento com anticoagulantes,	reacções de hipersensibilidade
Naproxeno	250-500	idade inferior a 12 anos	
<u>Miorrelaxantes centrais</u>			
Orfenadrina	100 - 200	<u>Como grupo:</u> Condução de veículos ou máquinas	<u>Como grupo:</u> Secura da boca e outros efeitos parassimpaticolíticos, náuseas,
Ciclobenzaprina	20-40	Semelhante à orfenadrina (incluindo glaucoma e retenção urinária...)	fadiga, visão turva, vertigens, inquietação Semelhante à orfenadrina
Tizanidina	6-18	Insuficiência hepática ou renal	Sonolência, fadiga, fraqueza muscular, náuseas, secura da boca, hipotensão, bradicardia, aumento das transaminases, insónias

QUADRO 31. TRATAMENTO PROFILÁTICO DAS CEFALÉIAS DE TENSÃO

<u>Fármaco</u>	<u>Dose (mg/dia)</u>	<u>Precauções /Contra-indicações</u> (ver também as interações)	<u>Principais reacções adversas</u>
<u>Antidepressores</u>			
Amitriptilina*	10-150	Nos tri e tetracíclicos: Glaucoma, hipertrofia prostática	Nos tri e tetracíclicos: Sonolência, fadiga, boca seca, estimulação cardíaca (palpitações, taquicardia, alt. da condução), perturbações da micção, perturb. da visão (aumento da tensão intraocular, visão desfocada), obstipação, alterações da tensão arterial, aumento de peso, convulsões (diminuição do limiar epileptogénico), perturb. da memória, insónias, pesadelos, tonturas, tremores, sensação de "cabeça leve", agressividade, ansiedade, alterações das funções sexuais
Doxepina*	25-150	(retenção urinária), cardiopatias graves, insuficiência hepática ou renal severas,	
Imipramina*	25-150	mania ou hipomania, epilepsia,	
Clorimipramina*	25-150	hipersensibilidade ao fármaco,	
Dotiepina*	75-150	gravidez, amamentação, condução de máquinas	
Nortriptilina*	50-150	(precauções e contra-indicações devidas à sua farmacocinética, mecanismo de acção e efeitos anticolinérgicos)	
Maprotilina*	75-200	As anteriores, embora seja menos anticolinérgico	Os anteriores (mas os efeitos anticolinérgicos são menos frequentes e severos); priapismo.
Mianserina*	15-30	Hipersens., mania/hipomania, epilepsia, cardiopatia	Sonolência, astenia, suores, tremores, náuseas, insónias, disfunção sexual, alt. função hepática e do trãns. intest., boca seca, glaucoma, retenção urinária, taquicardia, perda do apetite
Trazodona	100-300		Excitação do SNC, tremor, anorexia (perda de peso), alterações gastrointestinais, dermatopatias
Paroxetina	10-40		
Fluoxetina	20-60	Mania/hipomania, hipersens. à fluox., hipoglicémia (diabetes sob tratamento)	

Notas: * Antidepressivo tri ou tetracíclico (de notar que as precauções e reacções adversas podem diferir em severidade com os diversos fármacos e que alguns deles podem apresentar com mais frequência um determinado tipo de reacções adversas (e.g., discrasias sanguíneas com a maprotilina e a mianserina). Também é necessário referir que a enumeração de precauções e reacções adversas não é exaustiva.

QUADRO 32. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA CEFALEIA EM SALVAS

<u>Fármaco</u>	<u>Via de administração</u>	<u>Dose (mg)</u>	<u>Precauções / Contra-indicações</u>	<u>Reações adversas</u>
<u>Oxigenoterapia</u>	nasal	100 % 6-12 L/min, por 15-20 min	Não tem	Não tem
<u>Ergotamínicos</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Ergotamina	oral	1 a 2	Hipertiroidismo, isquemia cardíaca ou das extremidades,	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias,
Dihidroergotamina	rectal	2	doença hepática ou renal,	isquemia de órgãos
	nasal (spray)	1		
<u>Triptanos</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Sumatriptano	subcutâneo	6	Arritmias cardíacas, cardiopatia isquêmica,	Náuseas, tonturas, sonolência, sensação de calor, astenia, boca seca,
	oral	50-100	AVC isquêmico, gravidez, amamentação	aperto ou opressão no pescoço, tórax ou membros, mialgias, parestesias
<u>Anestésicos locais</u>				
<u>Lidocaína</u>	nasal	sol. aquosa,	Hipersensibilidade aos anestésicos	
	nasal	gele a 4%	locais	

QUADRO 33. TRATAMENTO PROFILÁTICO DA CEFALEIA EM SALVAS

<u>Fármaco</u>	<u>Via de administração</u>	<u>Dose (mg)</u>	<u>Precauções / Contra-indicações</u>	<u>Reações adversas</u>
<u>Ergotamínicos</u>			<u>Como grupo:</u>	<u>Como grupo:</u>
Ergotamina	Oral	rectal 1 – 2 2	Hipertiroidismo, isquemia cardíaca ou das extremidades, d ^a hepática ou renal, gravidez, amamentação	Náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, contracturas musculares, parestesias, isquemia de órgãos
<u>Inibidores do cálcio</u>				
Verapamil	oral	240 - 480	Sínd. WPW, hipotensão arterial e bloqueio A-V 1 ^o grau, choque cardiogénico, enfarte agudo do miocárdio, grave pert. da condução intra-cardíaca, fibrilhação auricular	Bradiarritmias, bloqueio A-V , insuficiência cardíaca, obstipação, náuseas, vertigens, cefaleias, rubor facial, fadiga, nervosismo, edemas maleolares, eritromelalgia e parestesias, alergias, ginecomastia, hiperplasia gengival
<u>Anti-psicóticos</u>				
Carbonato de lítio	oral	600 - 900	Insuficiência cardíaca e/ou renal, d ^a de Addison, perturbação do metabolismo do sódio	Anorexia, alt. gastro-intestinais, poliúria, tremor, alt. do SNC, alt da função tiroideia

QUADRO 34. INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS**A nível farmacocinético*****Absorção***

Gastrocinéticos* Analgésicos Aumento da absorção do analgésico

Distribuição

Antiinflamatórios não esteróides Antidiabéticos ou anticoagulantes orais Diminuição da glicémia ou hemorragia
Lítio Fenotiazinas Potenciação dos efeitos do lítio (poderá ser também uma interação farmacodinâmica)

Metabolização

Antibióticos macrólidos Dihidroergotamina (DHE) / Ergotamina Inibição do metabolismo da DHE ou da ergotamina (vasoconstrição excessiva)

Eliminação

Inibidores da MAO (IMAO) Antidepressivos Aumento do efeito do IMAO
IMAO Triptanos Diminuição do metabolismo dos triptanos
Lítio Diuréticos (excepto acetazolamida) Potenciação dos efeitos do lítio

A nível farmacodinâmico

Bloqueadores beta Ergotamina Vasoconstrição excessiva
Bloqueadores beta Verapamil ou diltiazem Aumento da depressão cardíaca
Metoclopramida Neurolépticos Potenciação do efeito dos neurolépticos
Metoclopramida/domperidona Anticolinérgicos Inibição de efeitos gastrocinéticos da metoclopramida/domp
Metoclopramida/domperidona Antiparkinsonianos Diminuição do efeito dos antiparkinsonianos

* Metoclopramida, domperidona

FLUXOGRAMAS













