



XXVII CONGRESSO BRASILEIRO DE CEFALeia
VIII Congresso do Comitê de Dor Orofacial
10 a 12 de outubro de 2013 – Goiânia – GO
www.sbcefaleia.com/congresso



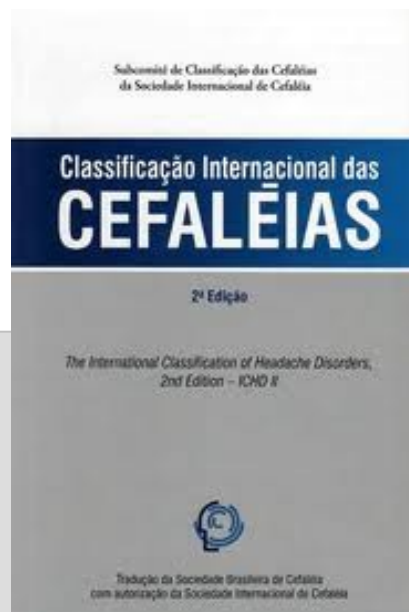
Cefaleias primárias mais frequentes: Migrânea e Cefaleia do tipo Tensional

DRA KAREN SANTOS FERREIRA

Neurologista do Ambulatório de Cefaleias do Hospital das Clínicas da FMRP – USP

Doutora pelo Departamento de Neurociências da FMRP – USP

Membro da IASP (International Association for the Study of Pain)



ICHD-3 beta

Cephalalgia
An International Journal of Headache



**International
Headache Society**

Cephalalgia

33(9) 629–808

© International Headache Society 2013

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0333102413485658

cep.sagepub.com



Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)

**The International Classification of Headache Disorders,
3rd edition (beta version)**

Part one: the primary headaches

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| 1. Migraine | 644 |
| 2. Tension-type headache | 659 |
| 3. Trigeminal autonomic cephalalgias | 665 |
| 4. Other primary headache disorders | 672 |

Part two: the secondary headaches

- | | |
|---|-----|
| Introduction | 684 |
| 5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck | 686 |
| 6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder | 694 |
| 7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder | 713 |
| 8. Headache attributed to a substance or its withdrawal | 725 |
| 9. Headache attributed to infection | 740 |
| 10. Headache attributed to disorder of homoeostasis | 749 |
| 11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck,
eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure | 759 |
| 12. Headache attributed to psychiatric disorder | 770 |

Part three: painful cranial neuropathies, other facial pains and other headaches

- | | |
|---|-----|
| 13. Painful cranial neuropathies and other facial pains | 774 |
| 14. Other headache disorders | 787 |

Appendix

- | | |
|---------------------|-----|
| Definition of terms | 788 |
|---------------------|-----|



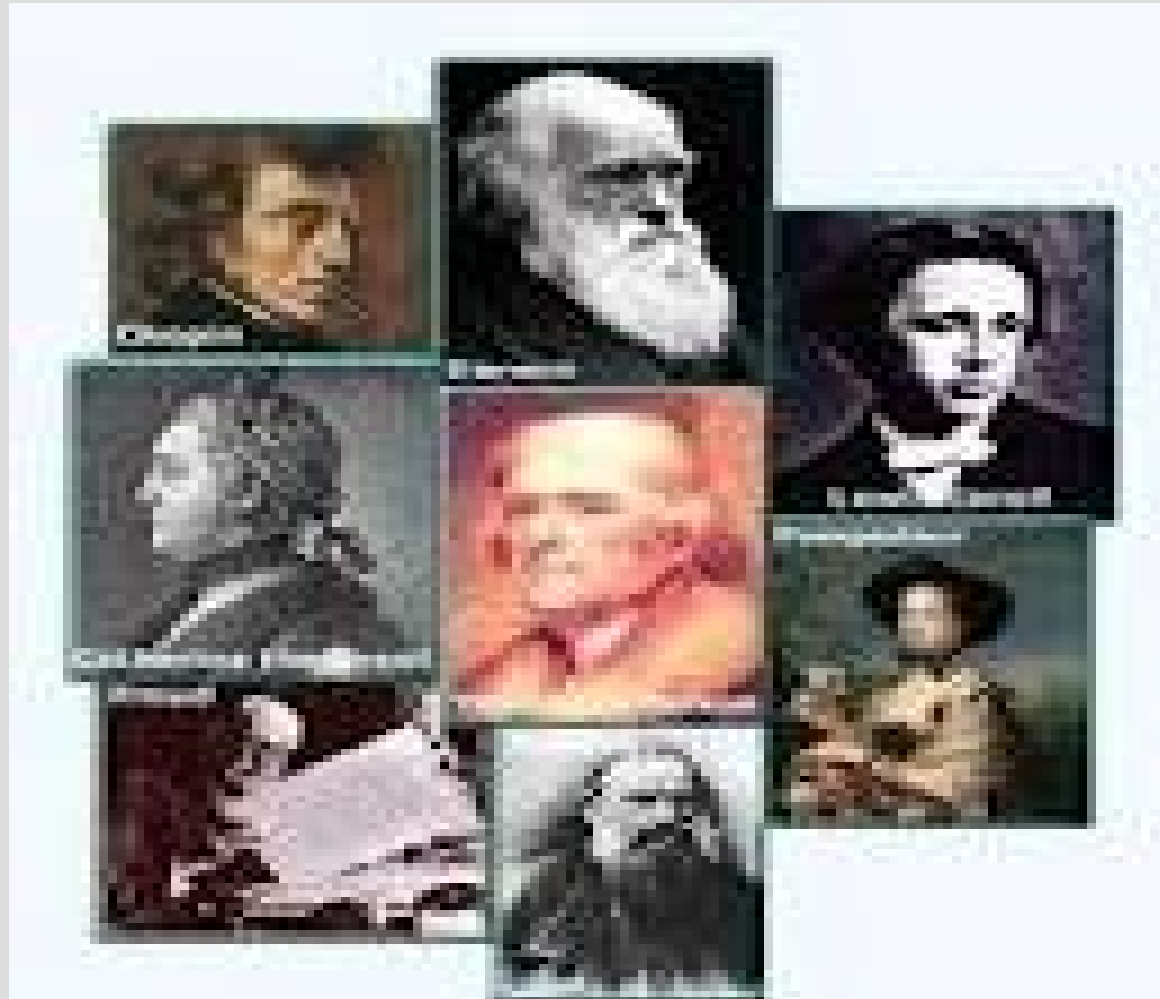
- A prevalência de cefaleia na população adulta em geral é de aproximadamente 47%, sendo 10% para migrânea e 38% para cefaleia do tipo tensional.**
- Os custos sociais relacionados à cefaleia, em geral, incluindo perda de dias de trabalho e gastos com tratamento, são amplos.**
- Migrânea é classificada pela Organização Mundial de Saúde como uma das 20 doenças mais incapacitantes.**

EXCLUIR CEFALÉIAS SECUNDÁRIAS

Pacientes com baixo risco para cefaléia secundária

- Jovem**
- História de cefaleia primária pregressa ou história familiar**
- Exame normal**
- Sem febre**
- Sem qualquer evidência de irritação meníngea**
 - Ausência de comorbidades de risco (neoplasias, imunossupressão, doenças reumatológicas)**

MIGRÂNEA



Charles Darwin

Friedrich Nietzsche

Joana D`Arc

Sigmund Freud

Lewis Carroll

1. Migraine

1.1 Migraine without aura

1.2 Migraine with aura

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine

1.2.4 Retinal migraine

1.3 Chronic migraine

1.4 Complications of migraine

1.4.1 Status migrainosus

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.3 Migrainous infarction

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.5 Probable migraine

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.2 Probable migraine with aura

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

CRITÉRIOS PARA MIGRÂNEA

Pelo menos 5 crises na vida

Crises duram 4 a 72 horas

Pelo menos 2 (dois) de

Unilateral

Pulsátil

Intensidade moderada ou grave

Agravada por atividade física

Pelo menos 1 (um) de

Náuseas e/ou vômitos

Foto e fonofobia

CRITÉRIOS PARA MIGRÂNEA

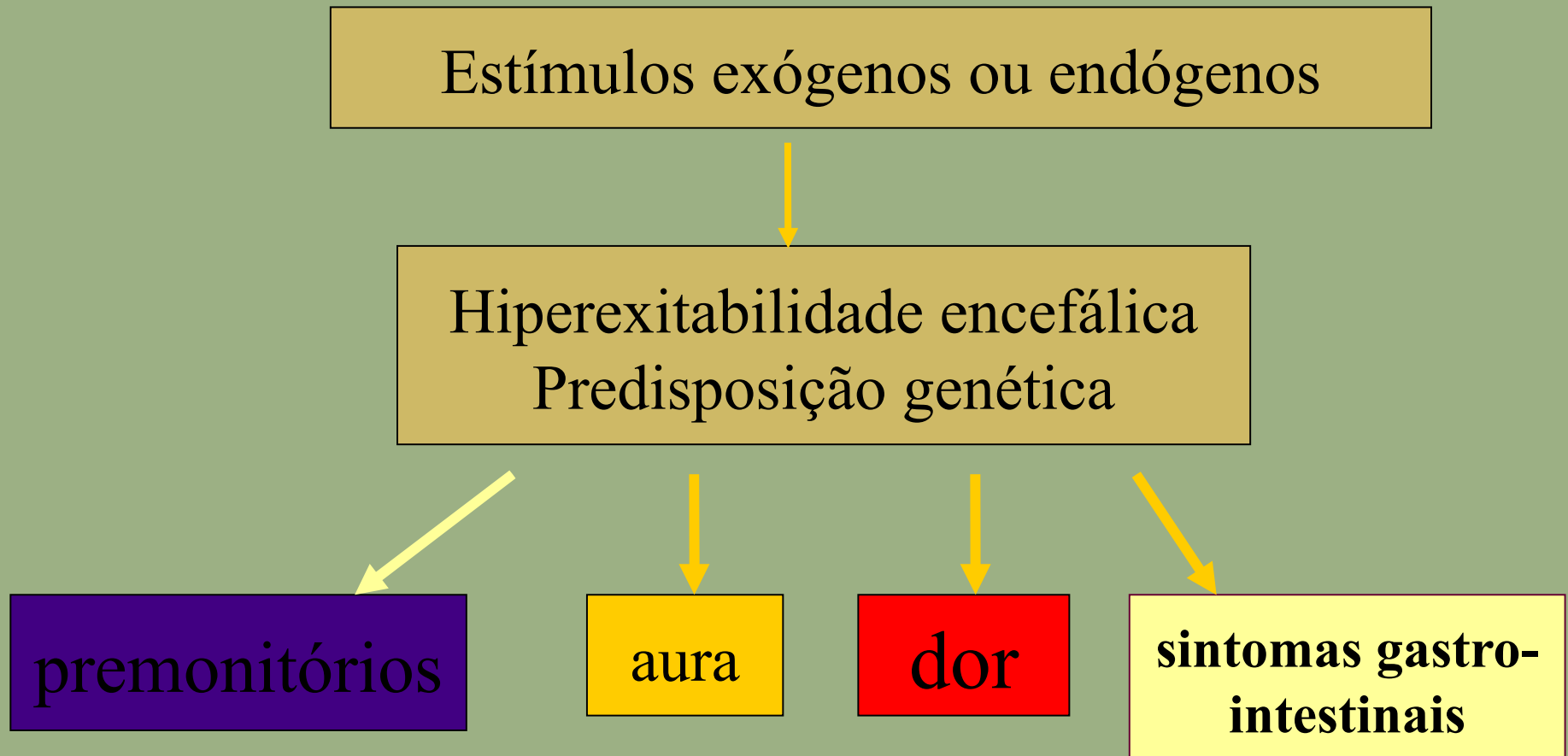
Diagnostic criteria:

- A. At least five attacks¹ fulfilling criteria B–D
- B. Headache attacks lasting 4–72 hours (untreated or unsuccessfully treated)^{2,3}
- C. Headache has at least two of the following four characteristics:
 - 1. unilateral location
 - 2. pulsating quality
 - 3. moderate or severe pain intensity
 - 4. aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g. walking or climbing stairs)
- D. During headache at least one of the following:
 - 1. nausea and/or vomiting
 - 2. photophobia and phonophobia
- E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.



FISIOPATOLOGIA DA MIGRÂNEA

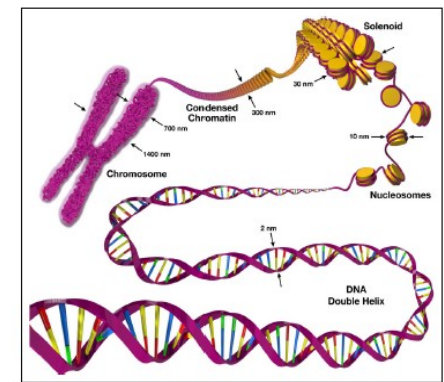
DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR NA MIGRÂNEA



FISIOPATOLOGIA DA MIGRÂNEA

- Hiperexcitabilidade cerebral herdada geneticamente.**
- Herança poligênica e penetrância incompleta.**
- Migrânea hemiplégica familiar: mutação do cromossomo 19, relacionada aos canais de cálcio voltagem dependentes tipo P/Q.**
- Aumento de aminoácidos excitatórios (aspartato, glutamato).**

GENÉTICA DA MIGRÂNEA



Headache

© 2013 Oxford University Press

Headache: The Journal of Head and Face Pain © 2013 American Headache Society

ISSN 0017-8748

doi: 10.1111/head.12156

Published by Wiley Periodicals, Inc.

Review Articles

Migraine Genetics – A Review: Part I

Stephen D. Silberstein, MD; David W. Dodick, MD

Significant progress in molecular genetics has advanced our understanding of the genetic basis of migraine. The fundamentals of molecular genetics, and the recent advances in the field, are important for clinicians to understand, as they provide a foundation for critical appraisal of the literature, unprecedented insights into the pathogenesis of the disorder, and reveal promising treatment targets for future drug development. This paper provides a primer of molecular genetics and will be followed by a companion paper on the genetic advances in migraine, the methodology of genome wide association studies, and the potential clinical implications.

Key words: deoxyribonucleic acid, ribonucleic acid, gene, codon, chromosome

(*Headache* 2013;53:1207-1217)

FISIOPATOLOGIA DA MIGRÂNEA

- Disfunção de núcleos em tronco encefálico (núcleos dorsal e magno da rafe, *lócus ceruleus*),
- Liberação do CGRP (peptídeo relacionado ao gene da calcitonina), que é vasodilatador
- Ativação em complexo trigêmino-cervical
- Liberação de peptídeos inflamatórios

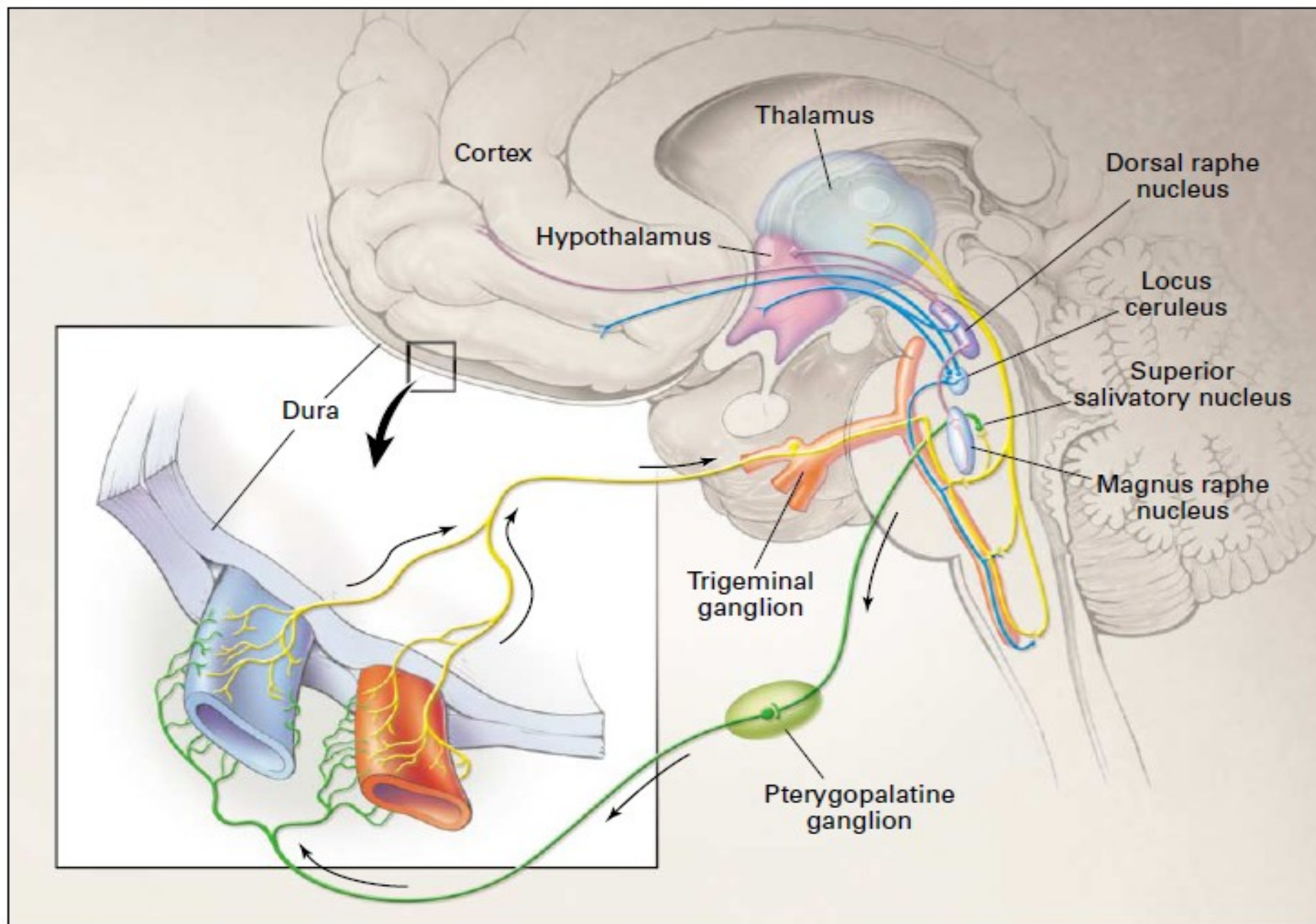


Figure 1. Pathophysiology of Migraine.



PREVALENCIA POPULACIONAL DA MIGRANEA

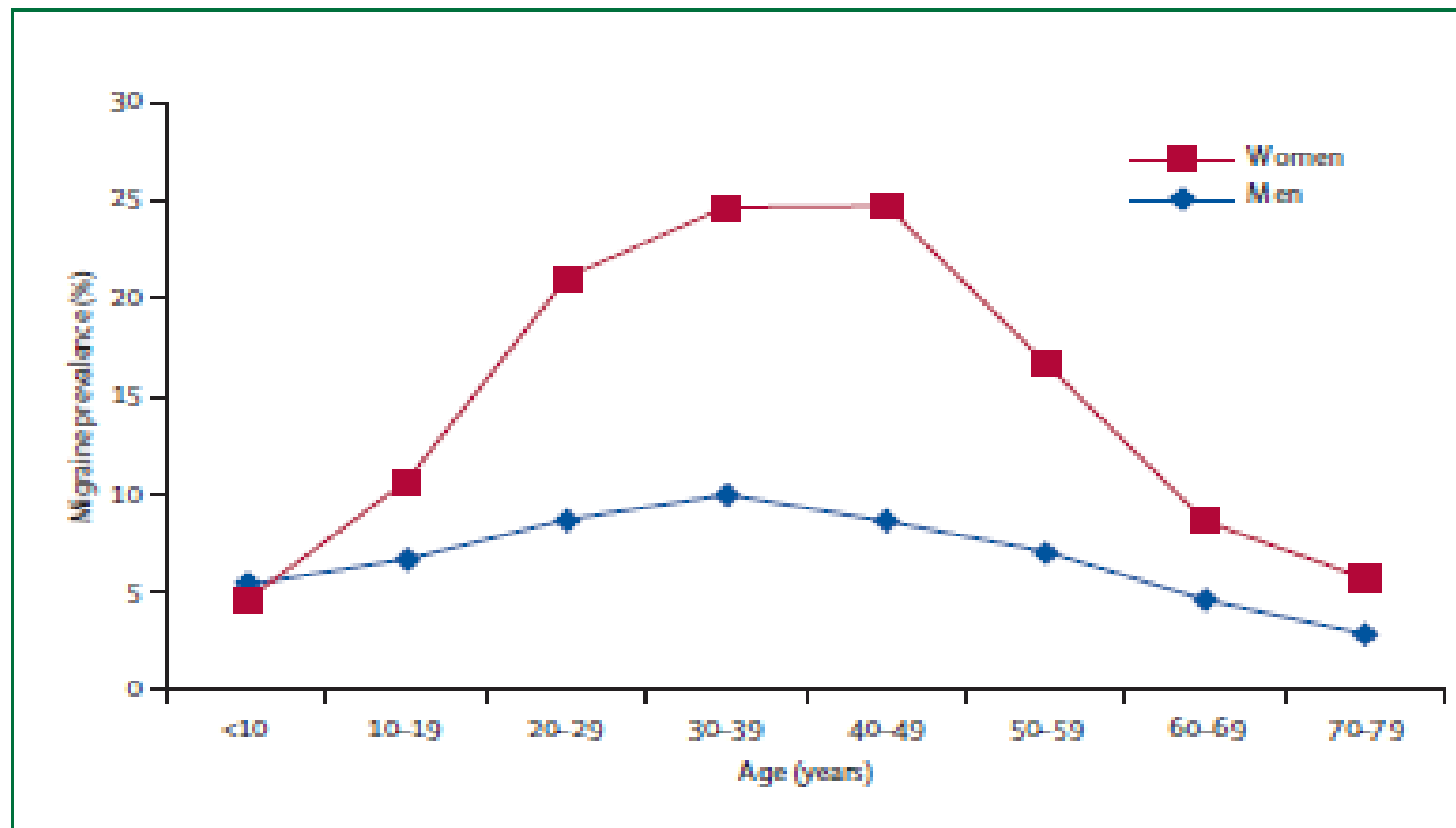


Figure 2: Migraine prevalence in relation to age in men and women in Europe
Reproduced with permission from Blackwell Publishing.¹²

PREVALENCIA POPULACIONAL DA MIGRANEA

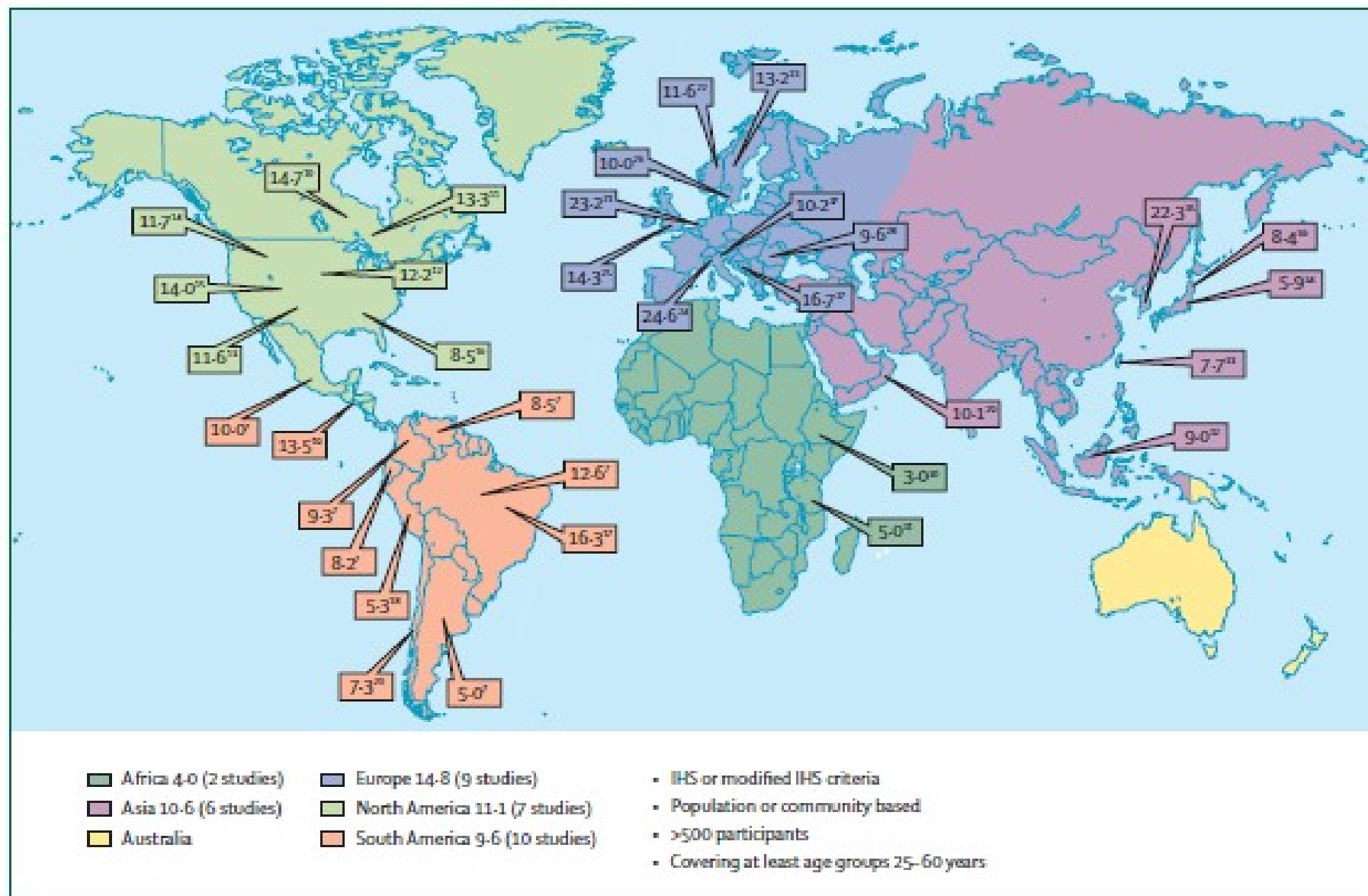


Figure 1: Studies on the 1-year migraine prevalence in adults^{1,2,10-17}

FATORES PRECIPITANTES

- jejum ou falta de uma das refeições**
- redução ou excesso de horas dormidas**
- fadiga, odores**
- distúrbios emocionais**
- alteração's dos níveis hormonais (menstruação)**
- mudanças de clima e altitude**
- bebidas e alimentos**

PRÓDROMOS DA MIGRANEA

- Estado Mental : depressão, euforia**
- Neurológicos : foto/fonofobia, hiperosmia, bocejos**
- Gerais : desejos alimentares, anorexia,
diarréia/constipação, retenção de fluidos, sede**

AURA

- É o conjunto de manifestações neurológicas de origem central, que podem ou não estar relacionados á cefaléia,surgindo antes ou durante a crise ou mesmo em sua ausência
- Duração: 5 minutos a 1 hora
- Exemplos de aura: Alterações visuais; distúrbios da fala e da linguagem; parestesias dimidiadas

Senado aprobó por unanimidad una moción presentada por el Grupo Vasco en la que se citaba al Gobierno que, ante las autoridades irlandesas, la adecuación de competencias a los buques pesqueros y como establecimiento comunitaria y el derecho internacional.

La moción, presentada por el senador vasco Raimundo Ixtebarria, solicitaba que España gestione la Unión Europea el cumplimiento de un sistema de inspección pesquera comunitario, «garantizando la seguridad de los buques y tripu-

la en la actualidad, los diferentes miembros de la UE legislan de forma diferente sobre las pesqueras. En España, estos incumplimientos suponen faltas administrativas de menor trascendencia que en Francia e Inglaterra, donde las infracciones son delito, siendo juzgadas por los tribunales

de la legislación irlandesa. La legislación española sufre una deficiente persecución por parte de los ciudadanos de ese país, aspecto que se manifiesta en el elevado número de apresamientos efectua-





Advanced neuroimaging of migraine

Todd J Schwedt, David W Dodick

Lancet Neurol 2009; 8: 560–68

Departments of Neurology and
Anesthesiology, Washington
University Headache Center,
Washington University School
of Medicine, St Louis, MO, USA
(T J Schwedt MD); and
Department of Neurology,
Mayo Clinic Arizona, Phoenix,
AZ, USA (D W Dodick MD)

NEUROIMAGEM E MIGRÂNEA

-Ressonância convencional mostrou que pacientes com migrânea tem risco aumentado de lesões de substância branca e AVC.

-Este risco é aumentado para pacientes com e sem aura.

-Os fatores associados são idade, tabagismo, contraceptivos orais , frequência de crises.

-Cigarro triplica o risco e anticoncepcionais quadruplicam o risco.

NEUROIMAGEM E MIGRÂNEA

- Os efeitos cumulativos da migrânea no SNC foram demonstrados. Estes efeitos parecem estar relacionados ao tempo de doença e frequência de crises. A implicação funcional destes achados ainda permanece obscura.
- Há uma tendência a se tratar cada vez mais agressivamente os pacientes com migrânea, tanto com aura quanto sem aura.

Research Submission

Influence of Migraine and of Migraine Aura on Balance and Mobility – A Controlled Study

Gabriela F. Carvalho, MD; Thais C. Chaves, PhD; Fabíola Dach, PhD; Carina F. Pinheiro, PT;
Maria C. Gonçalves, MD; Lidiane L. Florencio, MD; Karen S. Ferreira, MD; Marcelo E. Bigal, PhD;
Débora Bevilaqua-Grossi, PhD

Background.—Migraine, especially migraine with aura (MA), appears to be a risk factor for ischemic lesions in the posterior fossa. The clinical relevance of the lesions is uncertain. Accordingly, herein, we identified individuals with MA, migraine without aura (MO), and without migraine (controls) in order to investigate their balance and mobility.

Methods.—Participants were selected among patients seen in an outpatient headache clinic. Controls had no history of headache. Balance was assessed by measuring the oscillation area using force plates and mobility was assessed with the Timed Up and Go test.

Results.—Of 92 volunteers, 31 had MO (38 ± 10 years), 31 had MA (37 ± 8), and 30 were controls (33 ± 9). Subjects with MA had larger oscillation area (2.5 ± 1.4 cm² and 3.7 ± 2.9 cm²) relative to those with MO (2.0 ± 1.7 cm² and 2.1 ± 2.2 cm², $P = .02$) and controls (1.5 ± 0.8 cm² and 1.7 ± 1.2 cm², $P < .001$) when standing in the bipodal position, respectively, with opened and closed eyes. MA was different with MO while standing in the unipodal position with eyes opened (right leg 6.7 ± 2.5 cm² vs 4.9 ± 1.7 cm², $P = .002$; left leg 6.5 ± 2.7 cm² and 4.8 ± 1.4 cm², $P = .008$). No differences were seen between MA and MO regarding the Timed Up and Go, although both groups were different than controls (8.5 seconds. and 6.5 seconds, $P < .001$; 8.2 and 6.5 seconds, $P < .01$, respectively). Dizziness symptoms happened in 25/31 (80%) of those with MA and 20/31 (65%) with MO, relative to 2/30 (6.5%) in controls ($P < .0001$ and $P < .001$).

Conclusion.—Aura negatively affects static balance and mobility in individuals with migraine. Dizziness is a prevalent symptom in this population.

Key words: headache, migraine with aura, balance, postural control, Timed Up and Go

TRATAMENTO DA MIGRÂNEA

- Da crise
- Profilático
- Situações especiais

TRATAMENTO DA MIGRÂNEA

Arq Neuropsiquiatr 2000;58(2-A):371-389

RECOMENDAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA CRISE MIGRANOSA

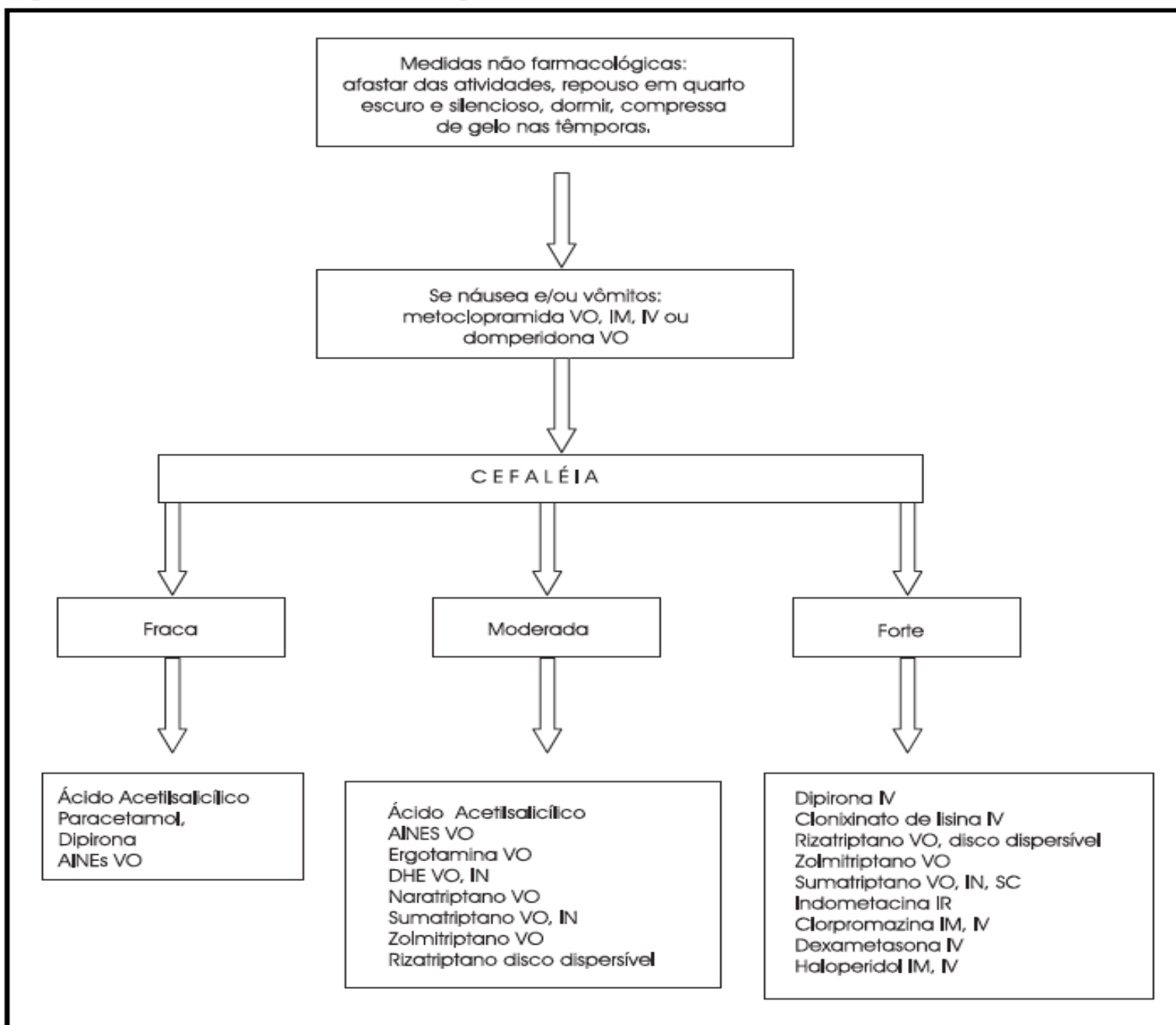
CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA

COMITÊ AD HOC

*ABOUCH VALENTY KRYMCHANTOWSKI
ABRAM TOPCZEWSKI
CARLOS ALBERTO BORDINI
DEUSVENIR DE SOUZA CARVALHO
DJACIR DANTAS
ELIOVA ZUKERMAN
GETULIO DARE RABELLO
IDA FORTINI
JOÃO JOSÉ FREITAS CARVALHO
JAYME ANTUNES MACIEL
JOSE GERALDO SPECIALI*

*JOSÉ LUIZ DIAS GHERPELLI
LISELOTTE MENKE BAREA
MARCELO CICIARELLI
MARCELO GABRIEL VEGA
MARCO ANTONIO ARRUDA
PEDRO ANDRE KOWACS
PEDRO FERREIRA MOREIRA FILHO
TANIA NOVARETTI
WILSON FARIAS DA SILVA
WILSON LUIZ SANVITO
YARA FRAGOSO DADALTI*

Algoritmo 1. Tratamento da crise de migrânea sem aura.



TRATAMENTO DA MIGRÂNEA - crise

Da crise (via oral)

Anti-inflamatório (Naproxeno/ Ibuprofeno)

+ Triptano

(Naratriptano/ Sumatriptano/ Rizatriptano)

TRATAMENTO DA MIGRÂNEA - crise

Da crise (via endovenosa)

Analgésicos simples (Dipirona 2 g)

Anti-inflamatório (Cetoprofeno- 100 mg)

Clorpromazina

(1 ampola 25 mg diluída em SF 500)

TRATAMENTO DA MIGRÂNEA - crise

Das náuseas

Domperidona ou Metoclopramida

TRATAMENTO DA MIGRÂNEA - profilático

Neuromoduladores (ácido valpróico, topiramato)

Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina)

Bloqueadores dos canais de cálcio (flunarizina)

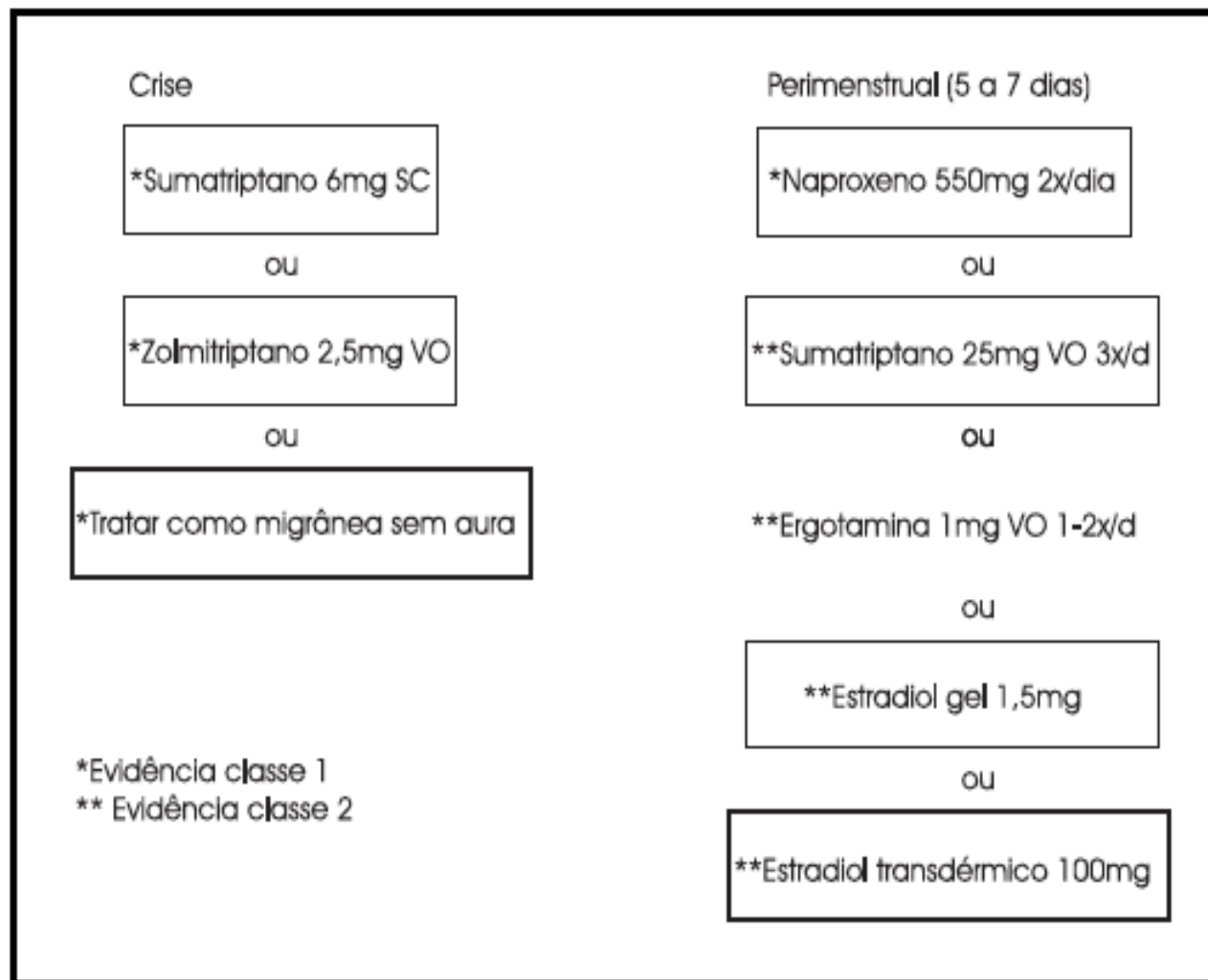
Beta-bloqueadores (propranolol)

Bloqueadores de dopamina (clorpromazina 4% gotas)

SITUAÇÕES ESPECIAIS

MIGRÂNEA MENSTRUAL

Algoritmo 2. Tratamento da migrânea menstrual.



SITUAÇÕES ESPECIAIS MIGRÂNEA E GRAVIDEZ

- Paracetamol, codeína
- Anti-inflamatórios no 1o. E 2o. Semestres
- Crises fortes: Clorpromazina , metoclopramida e dexametasona
- Ergotamínicos são contra-indicados
- Triptanos não foram devidamente avaliados

SITUAÇÕES ESPECIAIS

ABUSO DE ANALGÉSICOS

Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica

Latin American Consensus Guidelines for the Treatment of Chronic Migraine

Giacomozzi AR, Vindas AP, da Silva Junior AA, Bordini CA, Buonanotte CF, Roesler CA, Brito CM, Perez C, Carvalho DS, Macedo DD, Piovesan EJ, Sarmento EM, Melhado EM, Éckeli FD, Kowacs F, Sobrino F, Rabello GD, Rada G, Souza JA, Casanovas JR, Durán JC, Calia LC, Medina LR, Queiroz LP, Ciciarelli MC, Valença MM, Cusicanqui M, Jimenez MK, Goycochea MT, Peres MF, Sandoval MV, Vincent MB, Gomes MV, Diez M, Aranaga N, Barrientos N, Kowacs PA, Moreira Filho PF

*Consenso Latino-Americano para as Diretrizes de Tratamento da Migrânea Crônica.
Headache Medicine. 2012;3(4):150-61*

- Suspensão dos analgésicos
- Tratamento da abstinência com anti-eméticos e corticóides por curtos períodos (Dexametasona)
- Clorpromazina

MIGRÂNEA CRÔNICA- TOXINA BOTULÍNICA



Phase I/II REsearch Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy [PREEMPT I e PREEMP II]

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL



CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

2. Tension-type headache (TTH)

2.1 Infrequent episodic tension-type headache

2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.1.2 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.2 Frequent episodic tension-type headache

2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.2.2 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.3 Chronic tension-type headache

2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness

2.3.2 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness

2.4 Probable tension-type headache

2.4.1 Probable infrequent episodic tension-type headache

2.4.2 Probable frequent episodic tension-type headache

2.4.3 Probable chronic tension-type headache

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

Pelo menos 10 episódios

Crises duram 30 minutos a 7 dias

Pelo menos 2 (dois) de

Bilateral

Pressão (não pulsátil)

Intensidade leve ou moderada

Não agravada por atividade física

Ambos

Sem náuseas e/ou vômitos

No máximo 1 de: foto e fonofobia

CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

Fatores desencadeantes

- Tensão emocional, estresse, ansiedade.**
- Posicionamento não fisiológico de trabalho e tensão muscular**
- Distúrbios do sono**
- Dor miofascial e pontos de gatilho musculares**



FISOPATOLOGIA DA CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

Mecanismos periféricos

- Aumento da sensibilidade à palpação dos tecidos musculares pericranianos**
- EMG: atividade muscular normal ou levemente aumentada**

FISOPATOLOGIA DA CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

Mecanismos centrais

- Sensibilização central: sensibilidade anormal pericraniana**
- Estresse psicológico: contração involuntária de músculos cefálicos e baixo controle inibitório descendente**
- Limiar de tolerância à dor induzida por pressão**
- Serotonina: não conseguiu-se provar alterações dos níveis de serotonina nos pacientes com cefaleia tensional , porém a reposição desta substância (amitriptilina por exemplo) melhora a dor.**

Varjao, 2008

FISIOPATOLOGIA DA CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

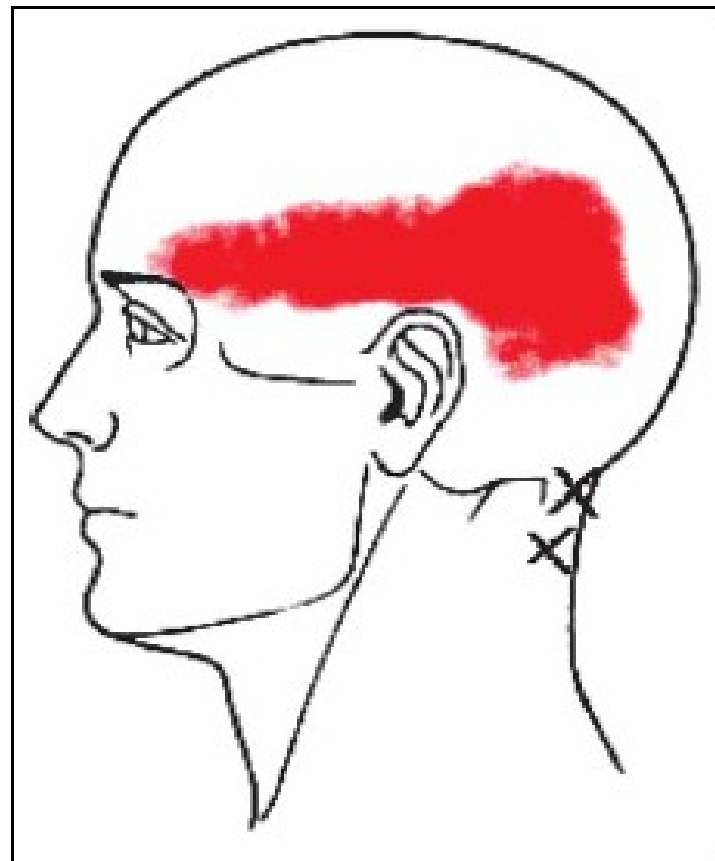


Fig 1.—Referred pain from myofascial trigger points in the suboccipital muscles according to Simons et al.⁴

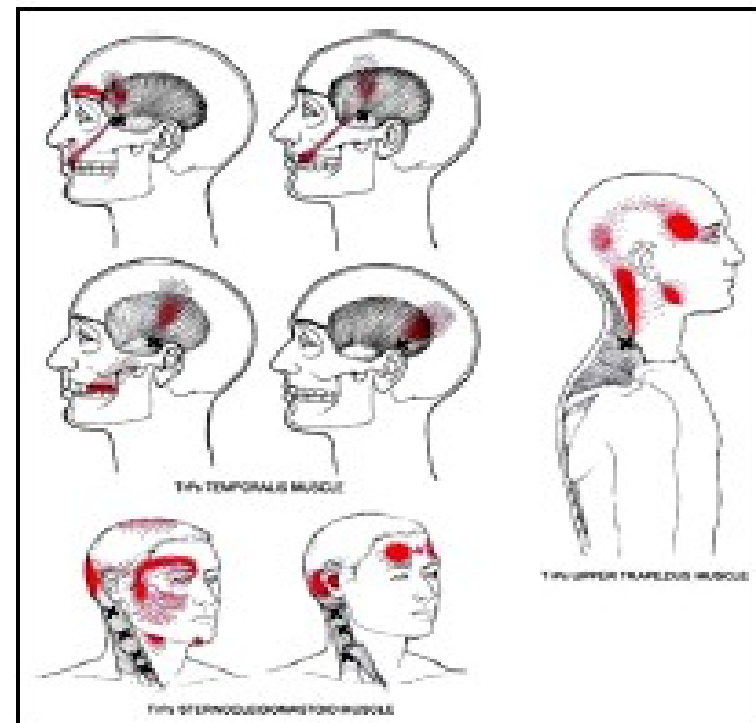


Fig 1.—Referred pain pattern from myofascial trigger points in the upper trapezius, sternocleidomastoid, and temporalis muscles. (Reprinted with permission from Simons D, Travell J, Simons L, *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Vol. 1. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.)

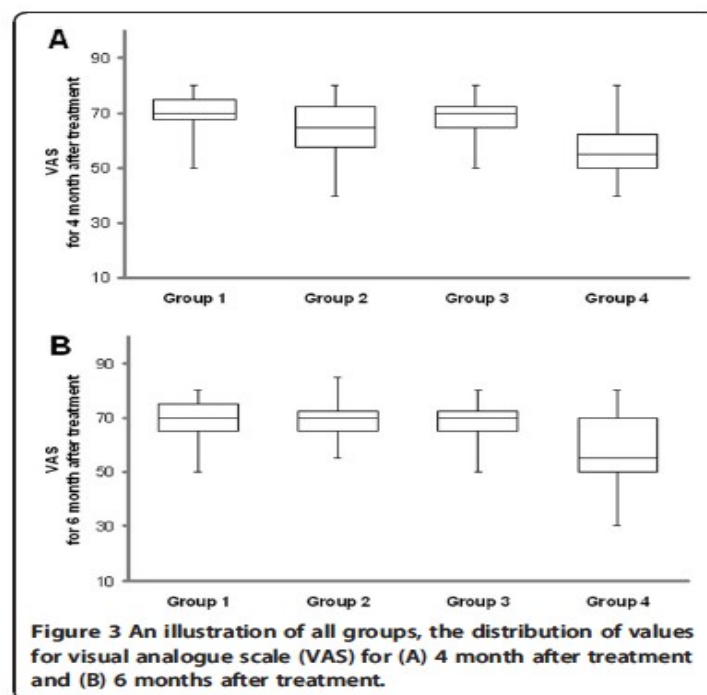
COLOUR FIG.

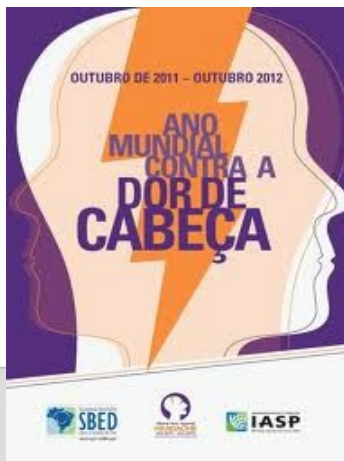
RESEARCH ARTICLE

Open Access

Lidocaine injection of pericranial myofascial trigger points in the treatment of frequent episodic tension-type headache

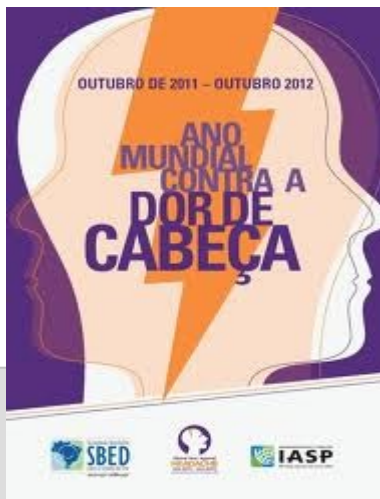
Ömer Karadaş^{1*}, Hakan L Gül² and Levent E İnan³





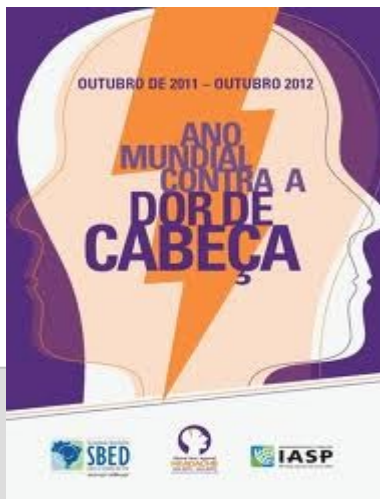
DIAGNÓSTICO DA CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

- O diagnóstico de CTT é baseado na anamnese, por meio da descrição das características da cefaleia, e na normalidade do exame neurológico.
- A palpação manual da musculatura pericraniana pode revelar aumento da sensibilidade dolorosa, sendo esse o achado mais comum.



TRATAMENTO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

- Fatores desencadeantes e mantenedores
- Terapia não farmacológica
- Tratamento farmacológico



TRATAMENTO DA CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

- Não farmacológico: terapia cognitivo comportamental.
- Terapia física: gelo, calor, bloqueio manual de pontos de gatilho, reeducação postural.
- Farmacoterapia: amitriptilina, nortriptilina, ciclobenzaprina, mirtazapina.
- Outros: infiltração de pontos dolorosos

Obrigada!

