

Resumo Clínico - Cefaleia

Introdução

Cefaleia é responsável por grande parte das consultas nas unidades de saúde e está associada a um alto impacto socioeconômico, perda da produtividade no trabalho e diminuição da qualidade de vida. Na maioria dos casos, não está relacionada a outras condições clínicas e, quando presentes, costumam ser condições simples, como infecções de vias aéreas e distúrbio da articulação temporomandibular. Entretanto é necessário atentar para sinais de alerta que indiquem cefaleia secundária a eventos mais graves, como hemorragia ou lesão expansiva.

Diagnóstico e classificação

O diagnóstico dos principais tipos de cefaleia é clínico e baseia-se na anamnese e no exame físico. As principais informações da anamnese e exame físico a serem consideradas são:

- **Localização:** definir se a dor é holocraniana, bilateral, unilateral, retro-orbital, occipital, cervical ou localização mais específica; avaliar se é sempre no mesmo lugar ou muda conforme a crise.
- **Duração:** idade de início ou há quanto tempo o paciente apresenta a dor; se a dor é contínua ou episódica, duração de cada episódio, frequência das crises e modo de início (súbito ou insidioso).
- **Características/intensidade da dor:** definir como é a dor (em aperto/pressão ou latejante), e intensidade (**leve**, dor que não atrapalha as atividades rotineiras; **moderada**, dor mais intensa, que atrapalha as atividades rotineiras, mas não impede sua realização; **forte**, dor que impede o indivíduo de prosseguir com atividades rotineiras; muito forte ou excruciante).
- **Sintomas associados:** identificar sintomas prodrômicos, duração e se persistem com a dor. Avaliar se fatores como luz, barulho ou cheiros pioram ou atrapalham o paciente durante a dor. Questionar outros sintomas associados, como náusea ou vômito, congestão nasal, lacrimejamento, olho vermelho, diplopia, sintomas visuais, tontura, perda de força, parestesia, febre, tosse, etc.;
- **Fatores desencadeantes:** identificar sintomas desencadeantes, como estresse, privação de sono, jejum prolongado, álcool, cafeína, período menstrual, uso de medicamentos, tipos de alimentos ou outros, fatores agravantes e de alívio.
- **Tratamentos realizados:** identificar tratamentos utilizados e se fez tratamento profilático para cefaleia. Se paciente está usando analgésico duas ou mais vezes por semana, suspeitar de cefaleia por abuso de analgésico.
- **Exame físico:**
 - ✓ Avaliar se pressão arterial e/ou temperatura estão elevadas,
 - ✓ Oroscoopia, otoscopia e avaliação dos seios da face na presença de sintomas associados,



- ✓ Palpação cervical e do crânio em busca de hipertonia muscular cervical, pontos dolorosos.
- ✓ Palpação trajeto da artéria temporal superficial pensando em diagnóstico diferencial de arterite temporal em pacientes com mais de 50 anos.
- ✓ Palpação da articulação temporomandibular(ATM).

- ✓ Exame neurológico na busca de possíveis déficits focais associados. Entende-se por exame neurológico: exame do estado mental, exame dos pares cranianos, exame motor, exame sensorial e reflexos.
 - **Exame do estado mental:** nível de consciência normal, deprimida ou hiperalerta.
 - **Exame dos pares cranianos:** (I) Olfatório, (II) Óptico: acuidade visual e campo visual; (III e IV) reflexo pupilar, (V) Trigêmeo: sensibilidade facial, reflexo corneano, teste motor facial e simetria facial.
 - **Exame motor:** prova dedo-nariz; Rebote.
 - **Exame sensorial:** Romberg;
 - **Reflexos:** Babinski.
 - **Sinais de irritação meníngea:** a rigidez de nuca pode estar associada à meningite ou hemorragia subaracnóidea.

As cefaleias são classificadas em primárias, quando não há outra condição clínica subjacente à dor, e, em secundárias, quando a dor pode ser atribuída como consequência de outra condição clínica. As cefaleias primárias são as mais prevalentes. Dentro deste grupo, a cefaleia tipo tensão e a migrânea são as mais comuns.

Quadro 1 – Principais características que diferenciam migrânea e cefaleia tipo tensão		
	Migrânea	Tipo tensão
Localização	Uni ou bilateral	Bilateral
Duração	4 a 72 horas	30 minutos a dias
Intensidade	Moderada a forte	Leve a moderada
Náusea, fotofobia e fonofobia	Presentes ou não	Não
Pulsátil/ latejante	Sim	Não

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Abaixo, encontram-se os critérios diagnósticos para as duas condições.

Critérios diagnósticos de migraena (enxaqueca) sem aura

- A. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D
- B. Cefaleia durando de 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. Cefaleia preenche ao menos duas das seguintes características:
 - 1. Localização unilateral
 - 2. Caráter pulsátil
 - 3. Intensidade moderada ou forte
 - 4. Exacerbada por, ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras
- D. Durante a cefaleia, pelo menos um dos seguintes sintomas:
 - 1. Náusea e/ou vômitos
 - 2. Fotofobia e fonofobia
- E. Não atribuída a outro transtorno

Critérios diagnósticos de migração (enxaqueca) com aura

- A. Pelo menos duas crises que preenchem os critérios de B a D
- B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes:
 1. Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo características positivas (p. ex., luzes tremulantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (p. ex., perda visual)
 2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis, incluindo características positivas (p. ex., formigamento) e/ou características negativas (p. ex., adormecimento)
 3. Alteração da linguagem (afasia) completamente reversível
- C. Pelo menos dois dos seguintes:
 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais
 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em cinco minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão de cinco minutos
 3. Cada sintoma dura entre 5 e 60 minutos
- D. Cefaleia que preenche os critérios de B a D para migrânea sem aura começa durante a aura ou dentro de 60 minutos do início dela
- E. Não atribuída a outro transtorno

Critérios diagnósticos para cefaleia tipo tensão

- A. Cefaleia tem pelo menos duas das seguintes características:
 1. Localização bilateral
 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil)
 3. Intensidade fraca a moderada
 4. Não é agravada por atividades físicas rotineiras como caminhar ou subir escadas.
- B. Ambos os seguintes:
 1. Ausência de náusea ou vômitos (anorexia pode ocorrer)
 2. Fotofobia ou fonofobia (apenas uma delas pode estar presente)
- C. Não atribuída a outros transtornos

Existem diversas outras apresentações de cefaleias primárias, sendo importante identificar se o **uso excessivo de analgésico** é a causa da modificação do quadro de um paciente que apresentava migrânea ou cefaleia tipo tensão. O uso excessivo de analgésicos provoca efeito rebote e acaba por deixar a cefaleia crônica e com características que podem ser distintas daquelas da cefaleia primária que motivou o uso dos analgésicos.

A cefaleia trigêmeo autonômica costuma apresentar-se com intensidade forte ou muito forte, de curta duração, unilateral, em geral na região periorbitária ou temporal associada a pelo menos um dos seguintes:

- Hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento ipsilateral;
- Congestão nasal e/ou rinorreia ipsilateral;
- Edema palpebral ipsilateral;
- Sudorese frontal e facial ipsilateral;
- Miose e/ou ptose ipsilateral;
- Sensação de inquietude ou agitação.

Sugere-se que a cefaleia trigêmeo autonômica e outras cefaleias primárias sejam avaliadas conjuntamente com o neurologista.

Sinais e sintomas de alerta

Algumas manifestações da cefaleia sinalizam situações em que condições clínicas secundárias de maior gravidade podem estar presentes, o que exige encaminhamento para emergência ou realização de exame de imagem.

Quadro 2. Sinais e sintomas de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um):
Aparecimento súbito e dor descrita como a pior sentida na vida.
Intensidade muito forte em pouco tempo após seu início.
Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucos dias.
Estado de mal migranoso (crise de migrânea com duração maior que 72 horas, refratária ao tratamento).
Iniciada após trauma de crânio recente.
Suspeita de meningite.
Paciente com HIV/AIDS com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem com lesão expansiva compatível com toxoplasmose.
Padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia ou com discrasias sanguíneas.
Padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor a palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado.
Edema de papila no exame oftalmoscópio.
Sinais neurológicos focais.
Crise hipertensiva e confusão mental.
Suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média/ olho vermelho).

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Quadro 3. Sinais e sintomas de alerta que necessitam exame de neuroimagem (RNM ou TC de crânio sem contraste) quando disponível na APS
Padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia.
Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos.
Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses.
Dor que acorda durante o sono.
Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)



Tratamento das cefaleias na APS

O plano terapêutico depende do tipo de cefaleia e se baseia em medidas não farmacológicas e farmacológicas (conforme intensidade da crise ou indicação de profilaxia).

O uso da terapia profilática na cefaleia é fundamental para a melhora da qualidade de vida dos pacientes e, especialmente, para prevenir a cefaleia por abuso de analgésico. As principais indicações para o tratamento profilático das cefaleias tipo tensão ou migrânea são:

- Cefaleia interfere significativamente no dia a dia do paciente, apesar do tratamento abortivo das crises.
- Crises frequentes (mais de uma por semana).
- Uso excessivo de medicamentos (em razão de crises frequentes, incapacitantes ou de longa duração).
- As medicações utilizadas na terapia abortiva são inefetivas, contraindicadas ou causam efeitos adversos intoleráveis.
- Preferência do paciente.
- Presença de condições incomuns de migrânea (potencialmente graves), incluindo migrânea hemiplégica, basilar, com aura prolongada ou infarto migranoso.

O objetivo do tratamento profilático é diminuir a frequência e intensidade das crises, bem como aumentar eficácia dos medicamentos abortivos. Ao iniciar o tratamento deve-se reavaliar melhora do quadro ou resolução dos sintomas em 30 dias, se não houver melhora substancial nesse período sugere-se tentar outra classe de medicamento profilático. Se sintomas persistem, porém em menor grau, manter o tratamento por cerca de 3 meses antes de tentar nova medicação.

Quadro 4 – tratamento para cefaleias primárias prevalentes

	Tratamento não medicamentoso	Tratamento medicamentoso Abortivo da crise (Tabela 1).	Tratamento medicamentoso Profilático (Tabela 2).
Tipo tensão	Manejo do estresse, higiene do sono, atividade física regular e cessação do tabagismo.	Intensidade da dor: - leve/moderada: analgésicos ou AINES. - forte: analgesia endovenosa, ergotaminas e, preferencialmente, triptanos. O uso de opióides não está indicado no tratamento da cefaleia.	Antidepressivo tricíclico em baixa dose.
Migrânea sem aura ou com aura	Evitar fatores desencadeantes das crises (p. ex. álcool, chocolate, alimentos com tiramina, aditivos alimentares como glutamato monossódico e aspartato, medicamentos, estresse, mudanças climáticas)	Similar ao tratamento da cefaleia tipo tensão. Intensidade da dor: - leve/moderada: analgésicos ou AINES. - forte: analgesia endovenosa, ergotaminas e, preferencialmente, triptanos. O uso de opióides não está indicado no tratamento da cefaleia.	Antidepressivo tricíclico em baixa dose ou Betabloqueadores ou anticonvulsivantes. Na migrânea sem aura menstrual pura (que ocorre exclusivamente na menstruação), pode ser optado por profilaxia com contraceptivo oral combinado de baixa dosagem contínuo se mulher tiver idade menor que 35 anos. Casos de migrânea com aura ou sem aura em mulher com idade \geq a 35 anos , o uso de contraceptivos com estrógeno está contraindicado, pelo aumento do risco de AVC.
Abuso de analgésicos		Iniciar um medicamento profilático e suspender de maneira abrupta o uso de qualquer medicação analgésica por um tempo determinado, usualmente uma semana. Durante esse período inicial, é possível deixar um AINE de maneira fixa (p. ex. ibuprofeno 500 mg 8/8hs por 7 dias). Caso de cefaleia de intensidade muito forte, pode ser necessário o uso de corticoide nesse período de suspensão abrupta dos analgésicos (p. ex. prednisona 60 mg/dia por 7 dias).	

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Tabela 1. Tratamento medicamentoso abortivo para as crises de cefaleia						
Medicação	Apresentação	Dose inicial (mg)	Via	Intervalo para segunda dose	Dose máxima diária (mg)	Intensidade da crise
Analgésicos						
Paracetamol	Comprimido: 500 mg	750 a 1.000	VO	4 a 6h	4.000	L/M
Dipirona	Comprimido: 500 mg	500 a 1.000	VO	4 a 6h	3.000	L/M
	Ampola: 50mg/ mL	1.000	IV	4 a 6h	3.000	M/F
AINES						
AAS	Comprimido: 100 e 500 mg	500 a 1.000	VO	4h	4.000	L/M
Ibuprofeno	Comprimido: 200, 300 ou 600mg	600 a 1.200	VO	4 a 6h	2.400	L/M
Diclofenaco de sódio	Comprimido: 50,75,100 mg	50 a 100	VO	4 a 6h	150	L/M
Ergóticos						
Ergotamina	Uso comercial associado à cafeína e dipirona ou paracetamol.	1 a 2	VO	30 a 60 min	6	M/F
Diidroergotamina	Uso comercial associado à cafeína e dipirona ou paracetamol.	1 a 2	VO	30 a 60 min	6	M/F
Triptanos^A						
Sumatriptano	Comprimido: 25, 50 e 100 mg	25, 50, 100	VO	2h	200	M/F
Naratriptano	Uso comercial: 2,5 mg	2,5	VO	24h	2,5	M/F
<p>^A Não usar em pacientes com cardiopatia isquêmica, angina de Prinzmetal, HAS não controlada e migrânea vertebrobasilar. Contraindicados para uso em combinação com fármacos que contenham ergotamina ou derivados (esperar pelo menos 24h de intervalo). Pacientes que não sentirem nenhum alívio da migrânea, após a primeira dose, não deverão administrar a segunda dose na mesma crise.</p> <p>L = dor leve, dor que não atrapalha em demasia as atividades rotineiras.</p> <p>M = dor mais intensa, que atrapalha as atividades rotineiras, mas não impede sua realização.</p> <p>F = dor forte, dor que impede o indivíduo de prosseguir com atividades rotineiras.</p>						

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Tabela 2. Tratamento medicamentoso profilático das crises de cefaleia					
Medicação	Dose inicial (mg)	Via	Dose alvo diária (mg)	Número de tomadas/dia	Efeitos adversos comuns
Antidepressivos Tricíclicos					
Amitriptilina	10	VO	25 a 75	1(noite)	Sedação, boca seca, constipação, ganho de peso, hipotensão postural, tontura.
Anticonvulsivantes					
Ácido valpróico	250	VO	1.500	2 a 3	Ganho de peso, náuseas, vômitos, tremores, confusão mental.
Topiramato	25	VO	100 a 200	1(noite)	Alteração da função cognitiva, sonolência, agitação, fadiga, perda de peso, confusão mental.
Gabapentina	300	VO	900 a 1.800	3	Ganho de peso.
Betabloqueadores					
Propranolol	20 a 40	VO	240	2 a 3	Hipotensão, fadiga e bradicardia

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016)

Quando encaminhar

Para Neurologia

- Paciente com necessidade de investigação com exame de imagem, quando este não for disponível na APS;
- Migrânea(enxaqueca) ou cefaleia tipo tensão refratária ao manejo profilático na atenção primária (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses); ou
- Outras cefaleias que não se caracterizam como migrânea(enxaqueca) ou tipo tensão.

Para Neurocirurgia

- Paciente com cefaleia e exame de imagem (Ressonância Magnética Nuclear ou Tomografia Computadorizada de Crânio) com alteração sugestiva de potencial indicação cirúrgica:
- Lesão com efeito expansivo (tumores, cistos ou malformações),
- Lesão sugestiva de tumor cerebral, independente do tamanho,
- Aneurisma cerebral ou outra malformação vascular,
- Hidrocefalia, independente da causa,
- Presença de malformação de Chiari.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário terapêutico nacional 2010**: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf>.
Acesso em: 14 jan. 2016.

CASTRO, R. C. L.; COLLARES, M. F. **Cefaleia**. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 745-767.

BIVANCO-LIMA D. et al. **Cefaleia e enxaqueca**. In: Gusso G, Lopes JMC, editores. Tratado de medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2. p. 1779-1788.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Org.) **Protocolos de regulação ambulatorial: neurologia adulto** [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS, 2015. Disponível em:
<<http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/apoio-a-regulacao/nossos-servicos/apoio-a-regulacao/protocolos/protocolo-encaminhamento-neurologia-tsr>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIAS. **Classificação Internacional de Cefaleias**. 3. ed. Lisboa: Sociedade Internacional de Cefaleias, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessauders.ufrgs.brE-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Erno Harzheim

Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Elaboração de texto:

Angela Jornada Ben

Artur Francisco Schumacher Schuch

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Projeto Gráfico, Design e Capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação:

Carolyne Vasques Cabral

Luiz Felipe Telles

Revisão:

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2016
Porto Alegre – RS.