

Cefaleia  
em Salvas e  
Outras Cefaleias  
Trigêmino-autonômicas

curso • Neurologia

## CEFALEIAS TRIGÊMINO-AUTONÔMICAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor (SBED), esse é um grupo de cefaleias **primárias** caracterizadas por crises de **curta duração, unilaterais** de dor muito **intensa** e sintomas **autonômicos** típicos **concomitantes**. Estudos sugerem que existe uma **ativação de vias nociceptivas trigeminovasculares** e concomitantemente **ativação autonômica craniana reflexa**. Desse grupo fazem parte:

1. **Cefaleia em salvas** → é a mais frequente!
2. **Hemicrania Paroxística Episódica**
3. **Hemicrania Paroxística Crônica**
4. **SUNCT** (Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache Attacks with Conjunctival Injection and Tearing → ataques de cefaleia neuralgiforme unilateral de curta duração com hiperemia conjuntival e lacrimejamento)
5. **SUNA** (Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache Attacks with Autonomic Symptoms → ataques de cefaleia neuralgiforme unilateral de curta duração com sintomas autonômicos)

## CEFALEIA EM SALVAS

### EPIDEMIOLOGIA

É a **mais comum** das cefaleias trigêmino-autonômicas (CTA). Em 5% dos casos são herdadas, demonstrando evidências de um componente genético. Ela afeta < **1%** da população e cerca de **80 a 90%** dos casos são **episódicos**. Seu perfil típico: **Homem** adulto (4,3 vezes mais comum que em mulheres).

### FISIOPATOLOGIA

Sua fisiopatologia é complexa e ainda incompletamente compreendida. Sua teoria mais aceita postula sobre a cefaleia ser originada através da **ativação hipotalâmica com ativação secundária do reflexo trigeminoautonômico** pela via que liga ambos. Outra teoria diz que a inflamação neurogênica da parede do seio cavernoso causa injúria em fibras simpáticas. Além disso, alguns estudos sugerem relação com TCE e com tabagismo, porém não existe confirmação.

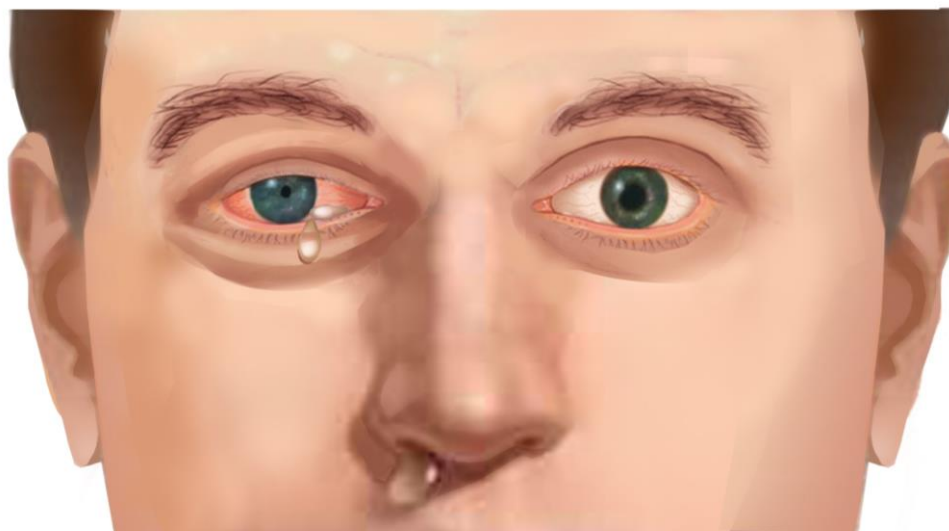
## CLASSIFICAÇÃO

- **CRÔNICA:** Crises de cefaleia em salvas que ocorrem por 1 ano ou mais sem remissão, ou com períodos de remissão com duração inferior a 3 meses.
- **EPISÓDICA:** Crises de cefaleia em salvas que ocorrem por períodos de 7 dias a 1 ano, separados por períodos sem dor com duração mínima de três meses.

## QUADRO CLÍNICO

**Padrão mais comum:** Crises severas de dor unilateral, localizadas em região orbital ou temporal. Dor caracterizada tipo “facada”, muito comumente descrita como “picador de gelo entrando pelo olho e girando”. Sua duração é limitada entre 15 a 180 minutos e podem ocorrer até 8 crises por dia. É importante destacar que, é unilateral e sempre referida na mesma hemiface, e além disso, está associada a sinais e sintomas autonômicos ipsilaterais.

**Fatores associados** (presentes em 97% dos casos): Sinais autonômicos, como miose, edema palpebral, lacrimejamento e hiperemia conjuntival, congestão nasal e rinorreia, ptose palpebral, sudorese frontal e flushing (rubor facial). Está presente também, inquietude motora ou cansaço. Observação: A miose e ptose palpebral podem permanecer após crise e são agravadas durante novas crises.



Sinais autonômicos durante a crise de cefaleia em salvas.

## DIAGNÓSTICO

- A. Pelo menos 5 ataques preenchendo critérios B e D
- B. Dor severa unilateral em região orbital, supraorbital e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos (sem tratamento).
- C. Pelo menos um item abaixo (1) ou (2) ou ambos
  - 1. Pelo menos 1 dos sintomas ou sinais ipsilaterais:
    - i. Lacrimejamento ou injeção conjuntival
    - ii. Congestão nasal ou rinorreia
    - iii. Edema de pálpebra
    - iv. Sudorese em face
    - v. Miose e ou ptose
  - 2. Sensação de cansaço ou agitação
- D. Frequência das crises entre 1 a 8x por dia
- E. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 (International Classification of Headache Disorders – 3º edição)

## TRATAMENTO

### TRATAMENTO ABORTIVO:

- Máscara sem recirculação de **O2 a 100%**, com fluxo de 10-12 L/min durante 20 minutos (1ª linha de tratamento), OU
- **Sumatriptano**, 6mg, Subcutâneo.

### TRATAMENTO PROFILÁTICO:

- 1ª Linha: **Verapamil** – dose inicial de 240mg/dia dividida em 3 doses. Os pacientes, de maneira geral, respondem com doses entre 240 e 480mg, porém pode ser necessária dose máxima de 960mg/dia em certos casos.
- Outros medicamentos que podem ser empregados são: corticoide, lítio e topiramato.

## OUTRAS CEFALIAS TRIGÊMINO-AUTÔNOMICAS

	EM SALVAS	HEMICRANIA PAROXÍSTICA	SUNCT/SUNA	HEMICRANIA CRÔNICA
<b>Fisiopatologia</b>	Hiperativação parassimpática cranial devido a um estímulo nociceptivo no território oftálmico do trigêmeo.			
<b>Mulher/Homem</b>	1:3 A 1:7	1:1 A 2,7:1	1:1,5	2:1
<b>Qualidade da Dor</b>	Facada	Facada	Facada Queimação	Facada Queimação Pressão
<b>Intensidade da Dor</b>	Excruciante	Excruciante	Severa/ Excruciante	Moderada/ Severa
<b>Localização da Dor</b>	Orbital Temporal	Orbital Temporal	Periorbital	Orbital/ Frontal Temporal Raramente occipital
<b>Frequência da Dor</b>	1 a 8x por dia	1 a 40x por dia (> 5 por dia em 50% do tempo de doença)	1 a 200x por dia	Contínua com exacerbações
<b>Trigger por Álcool</b>	Sim	Ocasional	Não	Ocasional
<b>Trigger Cutâneo</b>	Não	Raro	Sim	Não
<b>Náusea, foto e Fonofobia</b>	Sim	Sim	Raro	Frequente
<b>Resposta à Indometacina</b>	Nenhuma	Absoluta	Nenhuma	Absoluta
<b>Tratamento Abortivo</b>	O2 e Triptanos	Nenhum	Lidocaína IV	Nenhum
<b>Tratamento Profilático</b>	<u>Verapamil</u> (1ª escolha) Lítio	Indometacina	<u>Lamotrigina</u> (1ª escolha) Topiramato Gabapentina	Indometacina

## REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

1. **Curso de Neurologia – Jaleko Acadêmicos.** Disponível em: <<https://www.Jaleko.com.br>>. Acesso em: 27 jul. 2020.
2. **Cefaleias Trigêmeino-Autonômicas.pdf.** [s.d.]. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/4-TrigeminoAutonomic\\_Portuguese.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactSheets/4-TrigeminoAutonomic_Portuguese.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2020.
3. **Cluster headache: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate.** Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/cluster-headache-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=sunct&topicRef=3351&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/cluster-headache-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=sunct&topicRef=3351&source=see_link)>. Acesso em: 28 jul. 2020.
4. **Cluster headache: Treatment and prognosis - UpToDate.** Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/cluster-headache-treatment-and-prognosis?search=sunct&topicRef=3326&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/cluster-headache-treatment-and-prognosis?search=sunct&topicRef=3326&source=see_link)>. Acesso em: 28 jul. 2020.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. **Cephalalgia**, v. 38, n. 1, p. 1–211, jan. 2018.
6. **Pathophysiology of the trigeminal autonomic cephalalgias - UpToDate.** Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-the-trigeminal-autonomic-cephalalgias?search=sunct&topicRef=3326&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-the-trigeminal-autonomic-cephalalgias?search=sunct&topicRef=3326&source=see_link)>. Acesso em: 28 jul. 2020.

