



Cefaléias Trigêmino-Autonômicas Trigemino-Autonomic Headaches

Definição

Grupo de cefaléias idiopáticas do qual faz parte a cefaléia em salvas onde há ativação de vias nociceptivas trigeminovasculares e concomitantemente ativação autonômica craniana reflexa. A versão revisada da classificação internacional das cefaléias da International Headache Society (IHS) denomina este grupo como o das cefaléias trigêmino-autonômicas (CTA). Todas estas síndromes álgicas têm duas características em comum: crises de curta duração, unilaterais de dor muito intensa e sintomas autonômicos típicos concomitantes. Até o momento, as seguintes síndromes pertencem ao grupo das CTA:

- Cefaléia em salvas episódica e crônica (CS)
- Hemicrania paroxística episódica e crônica (HP)
- Cefaléia breve, unilateral, neuralgiforme com hiperemia conjuntival e lacrimejamento (síndrome SUNCT).

As síndromes diferem quanto à duração, freqüência e ritmo dos ataques, bem como na intensidade da dor, dos sintomas autonômicos e opções terapêuticas. Para os clínicos que procuram uma compreensão fisiopatológica destas dores primárias, o conceito de síndrome trigêmino-autonômica é muito útil, pois permite a contextualização clínica e direciona assim para o tratamento da dor e sua prevenção.

Epidemiologia

Comparada à migrânea, a cefaléia em salvas é relativamente rara. CS tem prevalência menor que 1% e acomete principalmente homens. Antes de 1990 a CS não era considerada um distúrbio hereditário. No entanto, a observação de CS em gêmeos idênticos e o relato de ocorrência familiar em 7% dos pacientes ressalta a importância de se considerar fatores genéticos em sua etiologia. Ainda não foi encontrado o modo de transmissão.

Uma das perguntas mais importantes dos pacientes a seus médicos é se, como ocorre na migrânea, a cefaléia em salvas tende a regredir com o envelhecer. Dados longitudinais a respeito da CS são anedóticos e, só recentemente, dados de estudos epidemiológicos maiores foram disponibilizados. Tomados em conjunto, os autores destes estudos admitem que, no curso natural desta condição, ocorre remissão dos sintomas com o avançar da idade.

Patofisiologia

Apesar de a síndrome ser clinicamente bem definida e ser reconhecida há mais de dois séculos, sua fisiopatologia é ainda pouco compreendida. No entanto, na última década houve considerável progresso no caminho para se desvendar o quebra-cabeças fisiopatológico da CS. O curso remitente-recorrente, a

sazonalidade e a regularidade circadiana das crises são característicos e sugerem o acometimento do relógio biológico, a saber, o hipotálamo, na origem da doença. Exames de neuroimagem funcional utilizando tomografia com emissão de pósitrons (PET) confirmam uma específica ativação hipotalâmica durante as crises de CS, sugerindo o seu envolvimento no processo da dor, de forma permissiva ou desencadeante (ver “fact sheet” de Neuroimagem na Cefaléia).

Características clínicas

O diagnóstico de CS é exclusivamente clínica. A Classificação Internacional das Cefaléias utiliza critérios explícitos (ver box abaixo). Na forma episódica, os ataques relativamente curtos (duração de 15-180 minutos) de dor excruciante ocorrem diariamente por algumas semanas e são seguidos por um período de remissão. Na forma crônica, os ataques ocorrem sem que haja um período de remissão superior a um mês. Em média, um período de salva dura cerca de 6 a 12 semanas e a remissão chega a durar 12 meses.

Definição de cefaléia em salva

A: Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios de B-D:

B: Dor forte e muito forte unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal, durando de 15-180 minutos, se não tratada.

C: Cefaléia acompanha-se de pelo menos um dos seguintes:

1. Hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento ipsilaterais
2. Congestão nasal e/ou rinorréia ipsilaterais
3. Edema palpebral ipsilateral
4. Sensação de inquietude ou agitação

D: As crises têm uma frequência de uma a cada dois dias a oito por dia.

Tratamento

Em geral o tratamento da cefaléia em salvas é dividido em agudo, visando abortar uma crise de dor, e profilático, visando evitar a recorrência de ataques de dor durante um período de salva. Tratamento não farmacológico é ineficaz em praticamente todos os casos.

Tratamento Agudo

Oxigênio puro (100%) inalado por máscara facial com reservatório a pelo menos 7 L/min (às vezes mais de 10 L/min) é eficaz como abortivo de crise de dor. Inalação deve durar 20 minutos e o paciente permanecer sentado. Não há contra-indicações conhecidas para o uso de oxigênio na crise de dor. Cerca de 60% de todas as CS respondem a esta terapia, com redução significativa da dor em cerca de 20 a 30 minutos.

Ergotamina oral tem sido usada no tratamento de crise de dor há mais de 50 anos e pode ser eficaz se ingerido precocemente em um ataque. Triptano injetável sub-cutâneo ou spray intra-nasal são eficazes em cerca de 75% de todos os pacientes com cefaléia em salvas (alívio da dor em 20 minutos). A absorção e ação farmacológica de medicamentos via oral é geralmente muito lenta. Contra-indicações: distúrbios cardio e cerebrovasculares e hipertensão arterial não controlada. O uso preemptivo de triptanos na CS é controverso.

Farmacoterapia preventiva (profilaxia)

Posto que a maioria dos pacientes tem de um a oito ataques de dor ao dia, um tratamento preventivo eficaz é de grande importância. Os objetivos primários do tratamento preventivo são suprimir os ataques e manter a remissão durante o período esperado de recorrência da dor. Para tanto uma terapêutica individualizada deve ser planejada junto ao paciente. Na CS episódica, uma vez controlada a salva a medicação deve ser retirada no período esperado para o fim daquela salva. Na CS crônica a medicação deve ser reduzida a cada dois meses, para determinar se ainda será necessário seu uso.

A base do tratamento profilático é o verapamil. É necessário acompanhamento regular com ECG seriado. Como o verapamil é geralmente bem tolerado, ele é também a droga de escolha no tratamento da cefaléia

em salvas crônicas. Lítio (carbonato de lítio) também é bastante eficaz; a melhora na CS crônica pode chegar a 78%. É necessário acompanhamento regular da função renal, hepática, tireoidiana e de eletrólitos. O grau de eficácia referido para metisergida varia entre 20% e 73%. No entanto, esta medicação não pode ser usada por mais de 4 meses. Corticóides também são bastante eficazes, mas pelos efeitos colaterais devem ser usados somente por tempo limitado, por poucos dias a semanas.

Referências

- [1] Ekblom K. Clinical aspects of cluster headache. *Headache* 1974;13:176–80.
- [2] Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain* 1997;120:193–209.
- [3] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):1–160.
- [4] May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* 2005;366:843–55.
- [5] Sjaastad O, editor. Cluster headache syndrome. London: W.B. Saunders; 1992.

Tradução: Dr. José Geraldo Speciali / Dra. Fabíola Dach / Dr. Roberto Setlin / Dra. Karen Ferreira.

Copyright © 2011 International Association for the Study of Pain