

Quadro clínico

Uma mulher de 45 anos apresenta uma cefaleia crónica diária. Na adolescência, iniciou uma enxaqueca menstrual que foi sempre tratada com analgésicos de venda livre. Por volta dos vinte anos a enxaqueca começou a ser semanal, e quase diariamente apareceram cefaleias de tipo tensão, que continuou a tratar do mesmo modo. A doente melhorou durante a primeira gravidez que ocorreu aos 30 anos, mas logo após o parto reiniciou crises de migraine severas que deixaram de responder aos analgésicos habitualmente usados. Nesta altura começou a usar analgésicos diariamente e recorreu pela primeira vez por este motivo ao médico. Não contou o uso da medicação apenas referiu o facto de ter as dores de cabeça, foi medicada com barbitúricos tendo obtido alívio, medicação que continuou a tomar mesmo durante a segunda gravidez. Após o parto, o uso desta medicação tomou-se mais frequente e a certa altura deixou de obter alívio começando a faltar ao trabalho. Vários anos antes da consulta desenvolveu crises de cefaleias tão severas que rapidamente acelerou o uso da medicação. No dia da consulta a doente já usava em média diariamente seis comprimidos de analgésicos e cafeína e seis de analgésicos e barbitúricos diariamente. Já faltava 3 dias por mês ao emprego durante o período menstrual. O desempenho no emprego estava afectado e o patrão já a ameaçava com o despedimento. Já tinha feito 2 RMN cerebrais, ZTCs e EEG, já tinham prescrito vários medicamentos profilácticos sem êxito e o exame neurológico era normal. A doente foi hospitalizada para fazer o desmame da medicação com fenobarbital intramuscular para controlar os sintomas de abstinência da medicação e fez várias injeções de clorpromazina intramuscular para tratar as cefaleias. Ao 3º dia estava sem dores e teve alta ao 4º dia. O tratamento no dia da alta foi: 50mg de nortriptilina ao deitar; 550mg de naproxeno 2 xs aodia para as cefaleias moderadas e 1mg de

dihidroergotamina para as cefaleias violentas só até 2 xs por semana. As suas dores de cabeça tiveram um controlo deficiente inicialmente e teve de se precever clorpromazina oral como terapêutica de escape ou socorro. A doente estava livre das cefaleias diárias um mês após a hospitalização a tomar apenas uma ampola de dihidroergotamina por semana e 6 meses depois estava a tomar naproxen de sódio 2 dias por semana e uma vez por mês dihidroergotamina.

Bibliografia

The Journal of Headache and Pain
Volume 1 Suppl.1 2000 Planet Pain : Focus on Chronic Migraine. Maria Nicolodi Federigo Sicuteri Florence University
Neurobase 2001 Third Edition
Wolff's Headache and other Head Pain, seventh edition Stephen D Silberstein. Richard B. Lipton Peter J Goadsby 2000
Headache in Clinical Practice - Stephen D Silberstein. Richard B. Lipton Peter J Goadsby 2000

Cefaleias por Abuso Medicamentoso - aspectos clínicos

Lívia Diogo Sousa

Serviço de Neurologia, Hospitais da Universidade de Coimbra
livia@clix.pt**Introdução**

A utilização inadequada, abusiva, excessiva ou prolongada dos medicamentos destinados ao tratamento sintomático das cefaleias constitui a causa principal de cronicidade e resistência medicamentosa em cefaleias.

Admite-se que cerca de 4 a 5% da população sofre de cefaleias crónicas, (3,14) constituindo uma parte significativa, da patologia por cefaleias observada em centros de cuidados secundários.

Em cefaleias crónicas com frequência os padrões clínicos não são típicos, podendo num mesmo doente podem surgir aspectos comuns a vários tipos de cefaleias. Podem surgir sintomas "migraine-like" (pulsatilidade, agravamento com a actividade física, fono e ou fotofobia, náuseas e ou vómitos nos períodos de maior intensidade), ou de cefaleia tipo tensão crónica (ser diária, por vezes holocraniana e de intensidade moderada, com uma frequência superior a 15 dias por mês), ou menos frequentemente, e embora persistentes, serem de início de novo (após uma infecção viral, ou bacteriana como na sinusite esfenoidal, ou após um traumatismo craniano) ou ainda em casos mais raros serem exclusivamente de tipo hemicrania unilateral e contínua.

As dificuldades surgidas com a utilização da classificação internacional de cefaleias da International Headache Society (IHS) de 1988 nestes doentes, particularmente nos estudos retrospectivos, impossibilidade de classificação de cerca de 30% (18) dos casos de cefaleias, levou à proposta pelos autores Americanos e posterior divulgação da sua utilização à prática clínica, de uma nova categoria a incluir na classificação da IHS de 1988 com a designação de Cefaleia Crónica Diária (CCD). (16)

Cefaleia Crónica Diária - é uma cefaleia diária ou quase diária que dura mais do que 4 horas por dia e ocorre mais do que 15 dias por mês

- 1.8 Migraine Crónica (previamente designada por migraine transformada)

1.8.1 com abuso medicamentoso

1.8.2 sem abuso medicamentoso

- 2.2 Cefaleia Tipo Tensão Crónica

2.2.1 com abuso medicamentoso

2.2.2 sem abuso medicamentoso

- 4.7 Cefaleia Persistente de Início de Novo

4.7.1 com abuso medicamentoso

4.7.2 sem abuso medicamentoso

- 4.8 Hemicrania Contínua

4.8.1 com abuso medicamentoso

4.8.2 sem abuso medicamentoso

(Proposta de classificação de Silberstein, Lipton, Solomon e outros de 1994)

Da classificação se infere que o abuso medicamentoso é a causa mais importante de Cefaleia Crônica Diária, está presente em cerca de 70% dos doentes com CCD, podendo evoluir de qualquer cefaleia primária. No entanto é nos doentes com enxaqueca que assume maiores proporções, constituindo com a depressão, que frequentemente lhe está associada, as perturbações hormonais (climatério, tratamento hormonal de substituição e pílula) e a hipertensão arterial, os principais factores de resistência medicamentosa.

Esta proposta de modificação da classificação da IHS não é aceite por todos os autores, particularmente os do norte da Europa (Olesen e Rasmussen 1996) (13) com o argumento de ser possível e desejável para fins científicos manter a classificação da IHS de 1988 codificando os tipos de cefaleias presentes num doente em várias categorias: Migraine, Cefaleia Tipo Tensão Crônica e ou Cefaleia por Abuso ou Retirada de uma Substância de acordo com a clínica Em relação à Cefaleia Persistente de Início de Novo e à Hemicrania Contínua para além de serem menos frequentes, consideram que não deverão ser englobadas na mesma categoria já que provavelmente terão uma base etiopatogénica diferente.

Definição e conceito

A cefaleia por abuso medicamentoso pode ser definida como a dor de cabeça que surge nos doentes com história prévia de cefaleias primárias, geralmente enxaqueca ou cefaleia de tipo tensão, causada pelo uso frequente e ou excessivo de medicação destinada ao seu alívio sintomático. Assiste-se a um ciclo vicioso de cefaleia-analgésico - melhoria-perda do efeito-cefaleia-analgésico... com progressiva tolerância farmacológica que vai conduzir a uma escalada nas doses e na frequência de administração.

N.Mathew (11) define-a como uma cefaleia diária ou quase diária, auto mantida por um ritmo cíclico de cefaleia -melhora temporária - cefaleia que leva a uma utilização irresistível e previsível de medicações de alívio imediato, como único meio de alívio das cefaleias.

A evidência mais convincente de que são os analgésicos e os ergotamínicos os responsáveis pela perpetuação das cefaleias é a melhoria significativa referida pelos doentes após a sua descontinuação.

Epidemiologia

Não se conhece a exacta prevalência e incidência deste tipo de cefaleias na população geral calculando-se que esteja presente em cerca 0,5-1% dos doentes com enxaqueca e em cerca de 0,3 a 0,5% dos doentes com cefaleia tipo tensão (5). Schwarz (19) admite que cerca de 1% dos Alemães cheguem a tomar 10 comprimidos de analgésicos por dia. Nos centros Europeus de cuidados secundários têm sido referidas percentagens que variam entre os 5 a 15% do total dos doentes referenciados por

cefaleias (3, 5,14,15).

Em algumas clínicas Americanas especializadas em cefaleias chegam a ser referidos valores de 50 a 80% do total dos doentes admitidos (5,11,17). Este exagero é atribuído à facilidade de acesso a medicamentos de venda livre muitos dos quais contêm entre outros barbitúricos, analgésicos narcóticos mais frequentemente a codeína, cafeína, fenilefrina, ergotamínicos, para além de analgésicos comuns. Também é apontado o facto destes doentes frequentemente consultarem vários médicos, com multiplicação do receituário e sonegação de informações no se refere ao consumo de analgésicos e às prescrições anteriores.

Clínica

As cefaleias por abuso medicamentoso são diárias ou quase diárias e refractárias às medicações profiláticas. Segundo os critérios da IHS e da CCD têm uma frequência igual ou superior a 15 dias por mês (7,15).

- Ocorrem em doentes com cefaleias primárias que utilizam medicações sintomáticas muito frequentemente e geralmente em grande quantidade.
- Numa metanálise (5) de 29 estudos envolvendo 2612 doentes efectuada por Diener, a enxaqueca foi a cefaleia prévia mais frequente em 65% dos casos, seguida da cefaleia tipo tensão em 27%, as restantes 8% correspondem às cefaleias pós- traumáticas e outras. A duração média da cefaleia primária foi de 20,4 anos. A média do tempo admitido de consumo foi de 10,3 anos, sendo de 5,9 anos a média da duração da cefaleia diária.
- São mais frequente no sexo feminino numa taxa de 3,5:1, ligeiramente superior ao esperado, mesmo considerando a menor frequência das cefaleias no sexo masculino.

A cefaleia é em si mesmo variável em severidade, tipo e localização. Pode ser descrita como um peso difuso, diário, sem outros sintomas associados, ou ser interceptada por episódios mais intensos de dor acompanhados de fono e ou fotofobia, náuseas e ou vômitos sugerindo crises de enxaqueca, que correspondem a uma abstinência transitória (5,11)

- Um pequeno esforço físico ou intelectual pode desencadear a cefaleia, o que sugere uma diminuição do limiar para a dor.
- A tolerância progressiva aos analgésicos vai levar o doente a aumentar a dose com o objectivo de obter algum alívio, ainda que transitório.
- Há frequentemente queixas associadas de astenia, inquietude, irritabilidade, dificuldade em concentração e mesmo depressão. São frequentes os despertares nocturnos entre as 2 e as 5 horas da manhã pela cefaleia.
- Poderão surgir sintomas e sinais de iatrogenia medicamentosa, variáveis e dependentes dos fármacos envolvidos no abuso.
- A descontinuação abrupta dos analgésicos vai desencadear cefaleia violenta por abstinência, que dura de 2 a 10 dias

(média 3,5) mas mantendo a abstinência assiste-se a uma melhoria espontânea, e nesta fase já se poderá obter benefício com a introdução de medicação profiláctica, mesmo a que foi ineficaz previamente.(5, 10,15,17)

Que medicamentos?

Todos os medicamentos utilizados no tratamento sintomático das cefaleias são capazes de perpetuar as cefaleias desde que utilizados de uma forma excessiva e principalmente se regular e continuada. Reforça-se ser mais importante a cadencia contínua de utilização do que propriamente a dose individual.

Por ordem ± decrescente originam abuso medicamentoso :1) analgésicos centrais morfínicos; 2) as misturas contendo barbitúricos ou benzodiazepinas; 3) ergotamina e associações; 4) analgésicos compostos contendo, cafeína e simpaticomiméticos; 5) triptanos; 6) analgésicos simples; 7) AINES de curta duração de acção, 8) AINES de longa duração de acção (11, 17).

No nosso país não é habitual o recurso aos analgésicos centrais, propriamente ditos, para tratamento sintomático das cefaleias mesmo nas enxaquecas mais graves, pelo que o grave problema da dependência que originam, não constitui um problema comum para quem trata de doentes com cefaleias. Também felizmente foram banidos do nosso mercado formas compostas contendo barbitúricos, que constituem um problema duplo não só pela facilidade com que induzem dependência mas também pela dificuldade no tratamento já que exigem uma descontinuação programada, pelo risco de convulsões e de alucinações.

Em Portugal os verdadeiros "maus da fita" são os ergotamínicos e as misturas compostas de venda livre principalmente as que contêm quantidades, ainda que relativamente baixas de codeína. A ergotamina encontra-se disponível em associação com a propifenazona no avamigran® e com a cafeína a beladona e o paracetamol no migretil®. As formas compostas disponíveis contêm quantidades variáveis de paracetamol e ou ácido acetilsalicílico podendo incluir a propifenazona; a cafeína está frequentemente presente (anadin extra®, algik®, saridon®, optalidon®, cofena®);por vezes os anti-histamínicos e ou vasoconstritores, (griponal®) e mesmo codeína (migraleve®, dolviran®, anti-gripe®, casfen®, fludeten®, dol-u-ron®).

Entre nós os triptanos ainda não nos causam os problemas que já se observam em países mais ricos, estando relatado abuso medicamentoso com todos eles, parecendo contudo poderá vir a ser mais evidente com os da 2ª geração mais lipossolúveis (17), tendo sido relatados principalmente em doentes com história prévia de abuso de analgésicos e ou ergotamina.

Outros indicadores de iatrogenia

Para além da problemática das cefaleias em si, a utilização crónica destes fármacos vai induzir iatrogenia noutros órgãos e sistemas sendo bem conhecida dos clínicos a nefropatia dos

analgésicos, a hepatotoxicidade do paracetamol, os problemas gastrintestinais e hemorrágicos comuns aos salicilatos e aos AINES, as perturbações vasculares periféricas, colite isquémica, angor e mesmo HTA induzidas pelos ergotamínicos, as alterações dos ritmos do sono e vigília com a cafeína e os tranquilizantes.

Quanto é que se consome?

Em cerca de 90% dos doentes assiste-se à utilização num mesmo doente de várias substâncias de diferentes grupos e ou em preparados diferentes (9,10,11,15,17). Os únicos doentes que são fiéis a um determinado preparado são os consumidores de ergotamina, englobando por vezes vários membros da mesma família, o que sugere uma base genética. Pela análise dos diários dos doentes de quatro estudos, Diener (5) conclui consumir-se em média 4,9 (de 0,25 a 25) unidades de comprimidos e ou supositórios por dia e que os doentes tomam em média 2,5 a 5,8 diferentes compostos farmacológicos ao mesmo tempo.

Por que se abusa?

Muitos doentes consomem analgésicos em antecipação à cefaleia com receio da dor, ou mesmo induzidos pelos clínicos que aconselham a administração precoce do ergotamínico afim de evitar que a crise se instale. As razões apontadas pelos doentes para o consumo de analgésicos num estudo efectuado por Ferrari e Stemieri (4) foram:

- Por conselho médico de tomar o analgésico no momento oportuno-57%
- Dificuldade em suportar a dor 67%
- Medo que a dor surja se não tomarem 62%
- Reaparecimento da dor depois do consumo 30%
- Acreditar que não há cura 65%
- Necessitar do analgésico para trabalhar melhor 62%
- Diminuir a ansiedade 45%
- Para ajudar no sono 18%

Existe uma dose crítica?

Pelos critérios da IHS para a cefaleia por abuso ou retirada de uma substância é requerido um tempo mínimo para o abuso de três meses, com doses equivalentes a 50 gramas de aspirina mensal ou a 100 comprimidos por mês de analgésicos combinados, sendo de 2mg oral ou 1mg rectal a dose diária para a ergotamina. (7)

Actualmente é considerado que existe uma sensibilidade individual para a indução de cefaleias por abuso, pelo que para alguns doentes são suficientes doses relativamente baixas. Mais importante do que a dose é regularidade na administração.

É considerado suficiente para maioria dos doentes uma toma de três ou mais analgésicos simples por dia, numa frequência de cinco dias por semana. No caso dos opioides que inclui a codeína, e dos ergotamínicos basta a administração de um comprimido bissemanal. A toma regular de um comprimido três

dias por semana é considerado suficiente para os analgésicos combinados com barbitúricos, sedantes ou cafeína. A toma regular em três dias por semana, é também referida como suficiente no caso dos triptanos. (5,11,17)

Como reconhecer a dependência?

Nem sempre é fácil, já que a história é frequentemente omitida pelos doentes. Uns fazem-no de forma inconsciente por não percepção da relação de causalidade, outros mais esclarecidos omitem por noção de culpabilidade e alguns mais resistentes têm um comportamento de negação semelhante a outros tipos de adição.

Deve-se ficar de alerta perante um doente com cefaleias crónicas com várias consultas e tratamentos prévios ineficazes, particularmente perante a existência de episódios semelhando a enxaqueca, acima de seis crises por mês.

A melhor forma de confirmação consiste em solicitarmos ao doente para preencher um diário de cefaleias aonde registe as dores, intensidade e duração das mesmas, horário e todos os medicamentos tomados.

Tratamento da dependência

Só há uma forma eficaz de tratar estes doentes que é a descontinuação da administração dos fármacos (9). Não é fácil para o doente já que vai passar por um período de dores muito intensas, com prostração, náuseas e vômitos que vai durar de 2 a 10 dias, média 3,5. Só os doentes altamente motivados, com dependência de menor duração, com menor doses de analgésicos compostos, isentos de barbitúricos e sem psicopatologia prévia, são capazes de suportar a abstinência em regimen domiciliário. Para os outros é geralmente advogado o recurso a internamento hospitalar.

O tratamento é de tipo sintomático para a primeira semana, seguido ou em simultâneo com introdução de terapêutica preventiva que vai durar meses. O primeiro é escolhido em função das medicações que motivaram o abuso e do regimen de tratamento adoptado, domiciliário ou hospitalar. Para o doente utilizador de ergotamínicos, triptanos ou analgésicos combinados prefere-se os AINES nomeadamente o naproxeno associado a um antiemético geralmente a metoclopramida ou a clorpromazina que é também sedante e analgésico. Se o abuso era de AINES e ou analgésicos prefere-se os triptanos, administrados na primeira semana de uma forma regular e de acordo com a posologia diária recomendada. (5,15) Devido à maior semi-vida e menor recorrência há quem prefira o naratriptano, mas a escolha varia com a preferência do clínico e experiência prévia do doente, podendo qualquer um ser utilizado. Nos países em que a dihidroergotamina EV está disponível é um dos fármacos tradicionalmente preferidos para a administração hospitalar. No caso de recurso a internamento são geralmente administrados soros, afim de evitar desidratação no

caso de vômitos. Os corticosteroides são usados de forma empírica por alguns centros há vários anos com relativo sucesso, nas doses convencionais e por um período que dura em média dez dias. Recentemente começam a surgir na literatura estudos que demonstram a sua eficácia em minimizar os sintomas de abstinência (1).

A terapêutica preventiva que inclui tradicionalmente a amitriptilina ao deitar, ou outros antidepressores mais recentemente os SSRI (2), é frequentemente associada aos outros medicamentos indicados na profilaxia da enxaqueca. Todos podem ser usados, mas a escolha deve ser ponderada em função da comorbilidade do doente, experiências prévias, tendo atenção aos efeitos secundários e às interações medicamentosas. Existem vários estudos que apontam para benefício do valproato de sódio nestes doentes em doses que rondam os 1000mg/dia procurando obter um nível sérico \geq a 50mg (8,11,19). Os bloqueadores β adrenérgicos são particularmente úteis se existe HTA e não existem as contraindicações formais como a asma, bradicardia e perturbações vasculares periféricas. As associações são muitas vezes necessárias e o tratamento pode incluir fármacos que previamente não se revelaram úteis (5,10,11,17,19).

Prognóstico

Após a desintoxicação e tratamento a maioria dos doentes vai passar bem registando-se uma melhoria significativa aos três meses em cerca de 72% dos doentes e aos 2 anos em cerca de 70% do grupo original (11,17,19). As percentagens de melhoria variam em 23 estudos e situam-se entre 48% e os 91% (19). Em muitos destes doentes para além da terapêutica farmacológica orientada por Neurologistas, tem sido efectuada intervenção comportamental e também acompanhamento por Psicólogos ou Psiquiatras.

Por que é que o tratamento falha?

Após um período de relativa melhoria, designado por alguns de fase de lua de mel, cerca de um terço dos doentes voltam à dependência por vezes mudando apenas de tipo de medicamento sintomático. A presença de comorbilidade, nomeadamente psiquiátrica é apontada como das principais causas de insucesso. Vários estudos em que se comparam os doentes com e sem recorrência de dependência demonstram que depressão, ansiedade, neuroticismo, avaliadas através da aplicação de escalas de psicopatologia como o MPPI e escalas de depressão de Beck e de ansiedade de Zung, estão presentes numa percentagem significativamente maior no primeiro grupo (4,12 20). Outros dos principais factores apontados para a cronicidade em cefaleias são o diagnóstico incorrecto do tipo de cefaleia prévia, podendo tratar-se de uma cefaleia sintomática, a associação de dois tipos de cefaleias e ou farmacoterapia inadequada (17).

Bibliografia

1. Bonuccelli U, A. Nuti, C. Luctti et al (1996) Amitriptyline and dexamethasone combined treatment in drug- induced headache. *Cephalalgia* 16: 197-200.
2. Bussone G., G. Sandrini Patrino et al (1991) Effectiveness of fluoxetine on pain and depression in chronic headache disorders. In *Headache and Depression: Serotonin Pathways as Common Clue* (G.Nappi G.Bono,G.Sandrini et al, eds) pp 265 -272.Raven Press, New York
3. Castillo J,Munoz V,Guitera et (1999)Epidemiology of chronic daily headache in general population. *Headache* 39:190-196.
4. Curioso EP, Young WB, Shechter AL, Kaiser RS. Psychiatric comorbidity predicts outcome in chronic daily headache patients. *Neurology* 1999; 52: Suppl 2: S67.004.
5. Diener HC and P.Tfelt-Hansen (1993) Headache associated with chronic use of substances. In *The Headaches* (J Olesen, P.Tfelt-Hansen and KWA.Welch,eds)pp.721-727.Raven Press, NewYork
6. Ferrari A, Stenemieri E.Chronic headache and analgesic abuse. In *Ten years of research in Italy*. De Marinis M, Granella F, eds. Rome: Editioz Intemazional, 1996: 44-54.
7. Headache Classification Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8: Suppl 7: 1-96
8. Hering R and A. Kuritsky (1998). Sodium valproate in the prophylatic treatment of migraine: A double-blind study versus placebo. *Cephalalgia* 12:81-84.
9. Hering R and T.J Steiner (1991). Abrupt outpatient withdrawal from medication in analgesic-abusing migraineurs. *Lancet* 337: 1442-1443.
10. Isler, H. (1988). Headache drugs provoking chronic headache : Historical aspects and common misunderstandings. In *Drug-induced Headache* (H.C. Diener and M. Wilkinson, eds.), pp. 87-94. Springer-Verlag, Berlin.
11. Mathew NT, Kuman R, Perez,E. Drug induced refractory headache:clinical features and management.*Headache* 1990; 30:634-638
12. Merikangas KR, Rish NJ, Merikangas JR, Wiessman MM, Kidd KK. Migraine and depression: association and familial transmission. *J Psychiatr Res* 1988; 22: 119-129.
13. Olesen J Rasmussen BK. The International Headache Society classification of chronic daily and near-daily headaches: a critique of the criticism. *Cephalalgia* 1996; 16: 407-411.
14. Scher,A.I,WEStewart, JLiberman et al (1988)Prevalence of frequent headache in a population sample.*Headache* 38:497-506
15. Schoenen J Lenarduzzi P, Sianard-Gainko J Chronic headaches associated with analgesics and/or ergotamine abuse: a clinical survey of 434 consecutive outpatients. In "New Advances in Headache Research". Clifford Rose F, ed. Smith-Gordon, 1989: 255-259.
16. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT Classification of daily headache and near-daily headaches: proposed revisions to the HIS criteria. *Headache* 1994;34:1-7.
17. Silberstein SD, Lipton RB Chronic Daily Headache, Including Transformed Migraine, Chronic Tension-Type headache, and Medication Overuse...In *Wolff's Headache and other pain*. Seventh edition (IHC 2001, AHS) cp 11, pg 247-282
18. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Evaluation of chronic daily headache-comparison to criteria for chronic tension-type headache. *Cephalalgia*1992;12:365-368
19. Schawarz A, U:Farber, and Glaeske (1985) Daten Zu analgetikakonsum und analgetikaneuropathie in der bundesrepublik Offentliche Gesundheitswesen 47:298-300
20. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. *Cephalalgia* 1998; 18 Suppl 21: 45-49.

Cefaleia diária "de novo"

Assunção Tuna

Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António, Porto
 Maria_Tuna@med.uni-heidelberg.de

Definição

A cefaleia diária "de novo" (new daily persistent headache) caracteriza-se por cefaleia de novo tipo, de instalação em menos de 3 dias e sem remissão (Vanast, 1986).

Epidemiologia

Estudos de base populacional nos Estados Unidos, Europa e Ásia têm revelado que 4 a 5% da população geral sofre de cefaleias crônicas diárias primárias (Scher et al., 1988; Castillo et al., 1999; Wang et al., 2000) e que 0,5% têm cefaleias diárias intensas (Newman et al., 1994). Os indivíduos atingidos são habitualmente mais jovens do que os que apresentam enxaqueca transformada.

Não existem séries grandes de doentes com cefaleia diária "de novo".

A maioria dos estudos mostram casos isolados. No primeiro estudo publicado, que incluiu as cefaleias primárias diárias "de novo", Vanast identificou 45 doentes (26 homens e 19 mulheres) diagnosticados num período de 2 anos. Destes doentes 72% apresentavam cefaleias constantes localizadas a qualquer região da cabeça. Alguns doentes tinham associados sintomas de enxaqueca (50% náuseas; 10% vômitos; 30% fotofobia).

Num estudo efectuado no "Jefferson Headache Center" foram identificados 100 casos de cefaleia "diária" de novo. Neste grupo de doentes predominava o sexo feminino, na segunda década. No sexo masculino, eram mais prevalentes na 4ª década. A cefaleia era contínua ao longo dos dias, tipicamente bilateral, ocorrendo em qualquer localização. Sessenta por cento apresentavam sintomas de enxaqueca (náuseas, fotofobia e fonofobia). A maioria dos doentes não tinham história familiar de cefaleias.

Os doentes com cefaleia persistente diária de novo do Jefferson Headache Center, tal como nos outros estudos prévios, mostram associação frequente da cefaleia com outra doença. Em 30% dos doentes a cefaleia ocorre concomitante a episódio de gripe ou outra virose. A doença vírica é habitualmente auto-limitada com resolução em alguns dias, mas a cefaleia mantém-se muito para além da resolução da doença infecciosa.

Cefaleias primárias crônicas diárias

Proposta de classificação

Silberstein et al. propuseram em 1994 uma classificação para as cefaleias primárias crônicas diárias. Estes autores classificam as cefaleias crônicas diárias (CCD) como cefaleias diárias ou quase diárias com duração superior a 4 horas, que ocorrem mais de 15 dias/mês. As CCD incluem a enxaqueca crónica, previamente denominada enxaqueca transformada, cefaleia de tensão crónica, cefaleia diária "de novo" e hemicrânia contínua.