

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Dor facial e corpalgia em pacientes com migrânea

JOSÉ JUSTINO DA SILVA JÚNIOR

Recife

2013

JOSÉ JUSTINO DA SILVA JÚNIOR



Dor facial e corpalgia em pacientes com migrânea

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Neurociências.

Área de concentração: Neurociências

Orientador:

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Co-orientadora:

Prof.^a Dr.^a. Fabíola Lys Medeiros

RECIIFE

2013

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586d Silva Júnior, José Justino da.
Dor facial e corpalgia em pacientes com migrânea / José Justino da
Silva Júnior. – Recife: O autor, 2013.
120 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Marcelo Moraes Valença.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2013.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Neurologia. 2. Dor facial. 3. Cefaléia. I. Valença, Marcelo Moraes
(Orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-013)

Pró-reitoria para assuntos de pesquisa e pós-graduação**Centro de Ciências da Saúde****Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento****RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO
DOUTORANDO JOSÉ JUSTINO DA SILVA JÚNIOR**

No dia 15 de março de 2013, às 13 hs, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os professores :Daniella Araújo de Oliveira, Doutora Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco ; Fabíola Lys de Medeiros, Doutora e Professora do Centro Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco, Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos, Doutor professor do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Joaquim José de Souza Costa Neto, Doutor e Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Marcelo Moraes Valença, Doutor e Professor do departamento de Neuropaiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o Doutorando, JOSÉ JUSTINO DA SILVA JÚNIOR sobre a sua tese intitulada **“Dor facial e corpalgia em pacientes com migrânea “** orientado pelo Professor Dr. Marcelo Moraes Valença. Ao final da argüição de cada membro da banca examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª Drª Daniella Araújo de Oliveira	Aprovado
Profª Drª Fabíola lys de Medeiros	Aprovado
Prof.Dr. Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos	Aprovado
Prof. Dr. Joaquim José de Souza Costa Neto	Aprovado
Prof. Dr Marcelo Moraes Valença	Aprovado

Todo este trabalho é dedicado aos meus Pais. Ele provedor de toda a minha formação e Ela minha primeira e eterna Professora. Ambos me ensinaram o valor do conhecimento à vontade de aprender e me deram liberdade e responsabilidade para a escolha dos meus caminhos.

À Paula Justino, minha Esposa, companheira, amiga e parceira de vida. Sem o seu apoio e dedicação este trabalho não teria sido realizado.

Aos meus Filhos José Gabriel, José Justino Neto e Maria Vitória. Sem os quais não teria conhecido o verdadeiro sentido das palavras Pai e Amigo. Pela oportunidade de, em sendo Pai, saber valorizar e amar ainda meu Pai e minha Mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo seu imenso amor e misericórdia, pelas lições de vida e pelas bênçãos de vida concedidas a mim diariamente.

Agradeço a minha esposa, Paula Justino, pelo seu amor, carinho e dedicação nos momentos mais difíceis de minha vida e por me conceder uma família que se tornou motivação para minhas realizações.

Agradeço aos meus filhos José Gabriel Justino e José Justino Neto e Maria vitória por suas maravilhosas existências, desenvolvendo em mim inspiração para superação dos obstáculos mais íngremes desta trajetória.

Agradeço aos meus pais que me acompanhou em toda minha caminhada nesta vida, desde os primeiros passos até esta sublime realização acadêmica.

Agradeço a minha mestra professora Elizabeth Arruda Carneiro Ponzi que na minha trajetória nos arcos acadêmicos destacou-se pela sua motivação e consagração no desencadear desta minha vitória.

Agradeço aos meus colegas que dividiram estes momentos de conhecimento comigo, compartilhando experiências no desenvolvimento do saber e aos professores que me auxiliaram no desenvolvimento sublime de meus conhecimentos nesta pós-graduação.

Ao Professor e Orientador Marcelo Moraes Valença pela sua devoção a pesquisa, pelo desenvolvimento da inquietação científica em seus orientados e pelo desprendimento de atenção e estímulo em incitar o espírito científico.

À Professora Fabíola Lys pela suas orientações e estímulos em momentos difíceis e pelo norteamento do desenvolvimento da pesquisa com dedicação e esmero.

“Não é o mais forte da espécie que sobrevive, nem o mais inteligente, mas aquele que responde melhor a mudanças”. Charles Darwin (1809-1882)

RESUMO

As dores faciais e corpalgia em portadores de migrânea têm sido descritas em diversos casos clínico dentro da literatura, sendo o emprego sistemático dos critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Cefaléia (ICHD II) contribuído para o diagnóstico diferencial e auxiliando no desenvolvimento desta pesquisa. O estudo teve como objetivo definir as características clínicas e topografia dos episódios de migrânea e a frequência denominada migrânea da metade inferior da face e corpalgia em uma população de pacientes que procuraram o ambulatório de neurologia do CISAM da Universidade de Pernambuco (UPE). Possibilitando assim a elaboração de um diagnóstico diferencial aplicável à migrânea orofacial e corpalgia aos diversos sintomas dolorosos de outras etiologias. Através de estudo transversal, foi avaliada uma amostra de 300 pacientes que apresentavam diagnóstico de migrânea segundo os critérios da ICHD II. Analisamos um perfil dos diversos casos clínicos relatados na literatura como portadores de migrânea com sintomas de corpalgia e descrevemos onze novos casos. As etapas metodológicas da pesquisa podem ser sumarizadas como revisão da literatura de coleta de caso e descrição das características clínicas diagnósticas em conjunção com a descrição de nossos casos. Concluiu-se neste estudo que a frequência de casos clínicos de pacientes portadores de sintomas de corpalgia durante episódios de ataque de migrânea são realmente raros, ressaltando, porém, a importância de estudos de prevalência e de seu diagnóstico diferencial. Foi ainda analisado num outro relato o perfil de vários casos clínicos também descritos na literatura pesquisada de pacientes com Migrânea da metade inferior da face, além da descrição de três novos casos. As etapas metodológicas da pesquisa podem ser sumarizadas como revisão sistemática da literatura de artigos descritivos de casos clínicos, extração dos dados e descrições de suas características clínicas e diagnósticas em conjunção com a descrição de nossos casos. Concluiu-se neste estudo que a frequência de casos clínicos de pacientes portadores de migrânea em metade inferior da face é rara, ressaltando-se também um trabalho de prevalência e de descrição de um diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Neurologia. Dor facial. Cefaléia.

ABSTRACT

The facial pain and corpalgia in migraineurs have been described in several clinical cases in the literature, and the systematic use of the diagnostic criteria of the International Headache Classification (ICHD II) contributed to the differential diagnosis and assisting in the development of this research. The study aimed to define the clinical characteristics and topography of migraine episodes and frequency of migraine called the lower half of the face and corpalgia in a population of patients attending the outpatient neurology CISAM University of Pernambuco (UPE). Thus enabling the development of a differential diagnosis applicable to migraine and orofacial corpalgia to various painful symptoms of other etiologies. Through cross-sectional study, we evaluated a sample of 300 patients who had a diagnosis of migraine according to the criteria of the ICHD II. We analyze a profile of the various clinical cases reported in the literature as having migraine with symptoms corpalgia and describe eleven new cases. The methodological steps of the research can be summarized as a review of the literature collection case and description of clinical diagnosis in conjunction with the description of our cases. It was concluded in this study that the frequency of clinical cases of patients with symptoms of corpalgia during episodes of migraine attacks are really rare, stressing, however, the importance of studies of prevalence and differential diagnosis. It was further analyzed in another report profile of various clinical cases also described in literature for patients with migraine lower half of the face, as well as description of three new cases. The methodological steps of the research can be summarized as systematic literature review of articles describing clinical cases, data extraction and descriptions of its clinical features and diagnostic in conjunction with the description of our cases. It was concluded in this study that the frequency of clinical cases of patients with migraine in the lower half of the face is rare, emphasizing also work Prevalence and description of a differential diagnosis. **Keywords:** Neurology. Facial pain. Headache.

Lista de tabelas

ARTIGO 01 – Migrânea da metade inferior da face

Tabela 01-- Descrevem as características clínicas, tratamento, localização e autores dos casos clínicos de migrânea terço inferior da face.....94

Tabela 02- Descreve as alterações vegetativas duração e frequência os dores nos pacientes com migrânea em terço inferior da face.....95

ARTIGO 02 - Migrânea e sintomas de corpalgia

Tabela 01- Disposição das características clínicas dos pacientes com migrânea e corpalgia.....106

Tabelas 02 – Alterações vegetativas, duração da dor e frequência em pacientes com corpalgia.....107

LISTA DE ABREVIATIVAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.

CCD - cefaléia crônica diária

OMS - organização mundial da saúde

AIED- Associação Internacional para Estudo da Dor

MIDAS - The Migraine Disability Assessment Test

FM –fibromialgia

CNS - sistema nervosa central

a.c. – antes de Cristo.

JAMA - *Journal of the American Medical Association*

V1 – Ramo oftálmico do nervo trigêmeo.

V2 – Ramo maxilar do nervo trigêmeo.

V3 – Ramo mandibular do nervo trigêmeo.

SUMÁRIO

1.Introdução.....	12
2.Revisões de literatura.....	15
2.1 Conceitos de cefaléia primária e secundária.....	15
2.2 Migrânea	16
2.2.1 Migrânea sem aura	17
2.2.2 Migrânea com aura.....	17
2.3 Migrânea orofacial.....	18
2.4 Migrânea com corpalgia.....	21
2.5 Aspectos epidemiológicos.....	22
2.6 Frequências de migrânea orofacial e corpalgia.....	33
2.7 Características da cefaléia primária migranosa.....	35
2.7.1 Aura.....	35
2.7.2 Frequência das crises.....	37
2.7.3 Duração das crises	38
2.7.4 Localização da dor.....	40
2.7.5 Caráter da dor.....	42
2.7.6 Intensidade da dor.....	43
2.7.7 Sinais e sintomas associados	44
3.Objetivos.....	47
3.1 Objetivos específicos.....	47
4.Metodologia: Desenhos do estudo.....	48
4.1 Populações do estudo.....	48
4.2 Critérios de inclusão e exclusão	49
4.3 Aspectos éticos.....	49
4.4 Critérios para a classificação dos eventos e definições das variáveis.....	50
4.5 Instrumentos de pesquisa.....	51
4.6 Tamanhos da amostra.....	54
5.Conclusão.....	55
Referências.....	56
Apêndices.....	69

Artigo-Prevalência, classificação e incapacidade de pacientes com migrânea facial: <i>uma análise sistemática</i>	69
Artigo original 01.....	84
Artigo original 02.....	95
Artigo – Prevalência de conhecimentos sobre cefaléia e disfunção temperomandibular.....	105
Anexos	116
Comitê de ética - registro do SISNEP.....	116
Ficha padrão de anamnese.....	117
Termo de consentimento livre e esclarecido.....	118
Pain drawing (desenho de localização da dor).....	120

1. INTRODUÇÃO

Uma das preocupações dos profissionais da área de saúde é a dor. Além de serem uns dos sintomas mais comuns as mais diversas afecções físicas e/ou psicológica, é também um dos principais motivos de busca por tratamento. Tratamentos que possam oferecer alívio da dor sem que haja efeitos colaterais é o esperado pelos profissionais que trabalham com o controle da sintomatologia dolorosa de diversas enfermidades.

A organização mundial da saúde (OMS) em sua reunião em 11 de outubro e 2004, através da Associação Internacional para Estudo da Dor (AIED), declarou que novos dados estimavam que uma em cada cinco pessoas no mundo, em qualquer momento, sofre de dor crônica moderada ou severa. O instituto Nacional de Saúde Americano descreve que 100 milhões de pessoas nos Estados Unidos sofrem de dor crônica, custando aproximadamente 80 milhões de dólares anuais em perdas de dias e horas de trabalho para a economia do país (SILVA & SOUSA, 2005).

A cefaléia é um dos principais motivos de procura por auxílio médico em ambulatórios de clínica geral (10,3%) e é a principal queixa em ambulatório de neurologia (28,54%). De acordo com estudos de prevalência realizados 96% dos indivíduos de uma população geral experimentaram cefaléia, pelo menos, uma vez na vida, sendo 99% das mulheres e 93% dos homens, com pico etário de 25 a 34 anos em mulheres (31%) e de 55 a 64 em homens (9%) nos homens (OLIVEIRA & SPECIALI, 2002).

A designação de cefaléia crônica diária (CCD) primária é utilizada para se referir a um grupo de cefaléias recorrentes, de ocorrência diária ou quase diária, frequentemente, contínuas ou quase contínuas e que persistem por meses ou anos. Apesar de a CCD ser frequentemente observada na prática clínica, o interesse pelo seu estudo é recente (JEVOUX *et al*, 1998).

Os pacientes portadores de dor facial tem uma grande prevalência de cefaléias (72,7%) com um escore total de MIDAS (The Migraine Disability Assessment Test) maior e cefaléia nos três meses anteriores. Em 56% destes pacientes com dor orofacial e cefaléia foram categorizados dentro de um auto espectro de incapacidade segundo MIDAS (grau III e grau IV) (MITRIRATTANAKUL & MERRILL, 2006).

Assim segundo Graul *et al* (2007) quando são excluídas as patologias do dente tecidos circunvizinhos e áreas distantes e o diagnóstico diferencial concordamos com os critérios da Associação Internacional de cefaleia para migrânea, podendo definir como uma migrânea atípica de localização pouco usual.

Conforme Alonso *et al* (2006) o presente entendimento de neuroanatomia e mecanismo de cefaleia sugerem que a dor de cefaléia origina-se dentro de estruturas intracranianas e a partir daí dirige-se para a face, maxilar e dentes. Ainda segundo Alonso e colaboradores nos seus relatos de 04 casos de pacientes que descrevem dor de dente e cefaléia do tipo migrânea, paradoxal, hemicraniana e contínua, todos estiveram em consulta com o dentista como queixa principal dor de dente e com insucesso no tratamento dentário realizados sem alívio da dor.

Pañarrocha *et al* (2004) descreve a migrânea facial como patologia usualmente desenvolvida nos primeiras quatro décadas de vida, seguindo de um decréscimo gradual nas frequências de crise de dor e distingue da cefaléia tradicional através de sua predominância pelo gênero feminino e longa duração dos episódios de dor (usualmente após 04 horas e às vezes ao longo de vários dias), ausência de migrânea explosiva alternando com episódios assintomáticos associados a manifestações migranosas atípicas semelhantes a náuseas e vômitos.

A fibromialgia (FM) e a enxaqueca, condição dolorosa frequente do centro sistema nervosa central (CNS), têm um número de sinais e sintomas comuns com fisiopatológico de aspectos semelhantes, especialmente no controle mecanismos da dor e disfunção neuroendócrina (VALENÇA *et al*, 2009).

Recentemente, muito interesse tem sido focado no surgimento de cutâneo cefálica e extracefálica alodinia, durante as crises de enxaqueca. A sensibilização sensorial pode provocar não só alodinia e hiperalgesia, mas também dor espontânea (CUADRADO *et al*, 2007).

Ainda conforme Cuadrado (2007) a corpalgia enxaqueca pode ser considerada uma variante da enxaqueca ou de uma manifestação de enxaqueca, e que pode ter uma variável temporal, relação com a dor de cabeça da enxaqueca.

Valença e colaboradores em 2011 destacam que houve em seus estudos uma frequência maior de alodinia cefálica, fadiga, distúrbios humor e do sono no grupo com fibromigrânea em relação ao grupo só com migrânea. Concluimos que há um continuum entre migranosos sem hiperalgesia generalizada ou dor corporal crônica por mais de três meses e aqueles com a fibromigrânea.

2. REVISÃO DA LITERATURA

As cefaléias são geradas por mecanismos fisiopatogênicos nem sempre bem elucidadas, inexistindo, na sua maioria, um substrato orgânico reconhecido. Nesse contexto, estão inseridas as chamadas *cefaléias primárias* nas quais a dor se constitui no sintoma cardinal e, muitas vezes, único. Nessa situação, é possível se falar em cefaléia-doença, guardando cada elemento desse binômio uma relação de biunivocidade. Em outras palavras, a cefaléia é a própria doença e vice-versa.

2.1 Conceitos de cefaleia primária e secundária

É de se esperar que as cefaléias secundárias se façam acompanhar de outros sinais e sintomas, além da dor propriamente dita, embora sinais e sintomas associados possam também ocorrer nas cefaleias primárias, a exemplo da migrânea que podem se acompanharem de náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, alteração do humor, entre outras manifestações sintomáticas.

A distinção entre cefaléia primária e cefaléia secundária é essencial para a boa prática clínica bem como para o desenvolvimento de pesquisas sobre dores de cabeça.

A Classificação 1962 elaborada pelo Comitê do Instituto Nacional de Saúde (*Ad hoc committee on classification of headache of the National Institute of Health*), embora baseada nos mecanismos desencadeadores da dor, não contempla essa distinção, conforme se depreende da análise da sua sistemática, sumarizada em Farias da Silva (1989) e exposta abaixo em citação direta:

- (1) Cefaléia vascular do tipo enxaqueca
 - a) Enxaqueca clássica
 - b) Enxaqueca comum
 - c) Cefaléia em salvas
 - d) Enxaqueca hemiplégica e oftalmoplégica
 - e) Cefaléia da metade inferior da cabeça
- (2) Cefaléia de contração muscular
- (3) Cefaléia combinada: vascular e contração muscular
- (4) Cefaléia por reação vasomotora nasal
- (5) Cefaléia dos estados alucinatórios, conversivos e hipocondríacos
- (6) Cefaléia vascular não do tipo enxaqueca
- (7) Cefaléia de tração
- (8) Cefaléia por inflamações cranianas

- (9-13) Cefaléia por patologia ocular, auricular, nasal, sinusal, dentária, ou de estruturas cranianas ou do pescoço
- (14) Neurites cranianas
- (15) Neuralgias cranianas

A Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Nevralgia Cranianas e Dor Facial de 1988 da Sociedade Internacional de Cefaléia já contempla, de certa forma essa distinção, na medida em que relaciona sequencialmente as cefaleias primárias (grupos um a quatro) e as cefaleias secundárias (grupos 5 a 11), inserindo, ainda, as neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de aferentação no grupo 12 e reservando o grupo 13 para reunir as cefaléias não classificáveis.

A 2ª edição desse documento (ICHD II), publicada no ano de 2004, sob o título de Classificação Internacional das Cefaléias explicita, de formacabal, a diferenciação entre essas duas modalidades de cefaléias, quando coloca, na primeira parte da classificação, o grupo das cefaléias primárias, na segunda parte, o grupo das cefaléias secundárias e na terceira parte, o grupo das neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaléias. Abaixo, está exposta a sistemática adotada:

Parte 1. Cefaléias Primárias

1. Migrânea
2. Cefaléia do tipo tensional
3. Cefaléia em salvas e outras cefaléias trigêmeino-autônômicas
4. Outras cefaléias primárias

2.2 Migrânea

A migrânea é uma doença complexa e muitas vezes incapacitante cérebro que afeta cerca de 15% da população. O diagnóstico da migrânea é baseado em características clínicas, como proposto pelos critérios da International Headache Society, mas eles são um tanto subjetivos e arbitrários.

2.2.1 Migrânea sem aura

Cefaléia recorrente manifestando-se em crises que duram de quatro a 72 horas. As características típicas da cefaléias são: localização unilateral; caráter pulsátil; intensidade moderada ou forte; exacerbação por atividade física rotineira e associação com náusea e/ou fotofobia e fonofobia.

Termos previamente utilizados: Migrânea comum, hemicrania simples

Critérios diagnósticos

- A. Pelo menos cinco crises preenchendo os critérios de B a D
- B. Cefaléia durando de quatro a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- C. Cefaléia preenchendo pelo 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 (por exemplo: caminhar ou subir escada)
- D. Durante a cefaléia, pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Náuseas e/ou vômitos
 - 2. Fotofobia e fonofobia
- E. Não atribuída a outro transtorno (...)

2.2.2 Migrânea com aura

Termos previamente utilizados: Migrânea clássica, oftálmica, migrânea hemiparrestésica, hemiplégica ou afásica, migrânea acompanhada, migrânea complicada.

Com base nos critérios atuais da Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD II), o diagnóstico de Cefaléia Primária se faz pelo reconhecimento de crises recorrentes que obedecem a características pré-definidas, a exemplo da frequência, da periodicidade, do modo de início, dos sintomas iniciais, da duração, da localização, do caráter e intensidade da dor e

da influência deletéria do esforço físico sobre a dor, iniciando-a, exacerbando-a ou, quando menos, fazendo com que o indivíduo o evite, além da presença de sintomas associados e da exclusão de outras causas concorrentes para a cefaléia.

Além desses critérios diagnósticos, há de se considerar, nas cefaléias primárias, outras características úteis ao diagnóstico, como a preferência pelo gênero masculino ou feminino, a idade de início, os sinais e sintomas prodrômicos, os sintomas pós-críticos, os fatores desencadeantes, agravantes e de alívio da dor e os antecedentes familiares.

Silberstein, Lipton e Goadsby (1998) defendem o princípio de que os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia se prestam a diagnosticar cefaléias, visto que um único paciente pode apresentar mais de uma modalidade de cefaléia. Nesse sentido, o foco deixaria de ser o paciente e passaria a ser a cefaléia em si. Ainda assim, esses autores reconhecem limitações inerentes ao uso desses critérios, na medida em que não é possível ou necessário diagnosticar, individualmente, cada crise de cefaléia. Argumentam, nesse sentido, que episódios isolados podem ser de difícil diagnóstico se os sintomas não forem bem recordados, se o tratamento atenuou a expressão plena desses sintomas ou, ainda, se as crises têm características que não se ajustem perfeitamente a uma dada categoria.

2.3 Migrânea orofacial

Dor vascular na face constitui uma variedade de dor de cabeça, este efeito de localização e área relativamente constante independentemente do território de inervação, e centros de distribuição arterial. Dor orofacial de origem vascular é um grande diagnóstico e terapêutico relevante. As semelhanças entre dor vascular e dental, quando o mencionado efeito das estruturas oral, sonda-se para seu diagnóstico diferencial (Pañarrocha et al, 2004).

De acordo com a classificação da sociedade internacional de cefaléia para estudo da dor, dor vascular em face incluindo cefaleia em salvas, paroximal hemicraniana e migrânea. De qualquer maneira, embora as duas formas de condições predominantes de efeito da zona Periorbital, migrânea é tipicamente localizada em região cefálica superior (Bittar et al, 1992).

Apesar de vários autores, tais como Raskin, Okerson e Merskey descreverem uma variação de migrânea referenciando com migrânea facial ou migrânea facial em face inferior, exibindo uma usual localização em região da face. Entretanto a sociedade de cefaléia e nem a associação internacional para estudo da dor especificamente mencionam esta condição (Pañarrocha et al, 2004).

A dor migranosa pode ser proveniente de uma dor referente, por causa de fibras nociceptoras, chegando a estruturas intracranianas convergindo para os polos de neurônios ordens sensoriais dentro do núcleo trigeminal caudal ou os cornos cervicais dorsais, conjuntamente com nociceptores de entrada para o tecido cutâneo. (Dalkara et al, 2006). Ele é reconhecido como estimulação com ativação do sistema trigêmiovascular podendo resultar em dor em um ou nas três divisões do nervo trigeminal (Daudis and Jones, 2002).

Estudos de neuroimagem sobre a dor facial pode ser grosseiramente dividido em duas categorias: aqueles que se centraram na aura de enxaqueca e aqueles em que o foco principal do estudo foi a dor. (Aurora e Welsch, 2000, Cutrer et al, 2000).

Modernas técnicas de neuroimagem, como pósitron emissão de pósitrons (PET) e ressonância magnética funcional (fMRI) pode ser de grande ajudar a chegar a uma melhor compreensão dos mecanismos cerebrais envolvidos na dor facial (KUPER, 2001).

Terapias profiláticas são apenas parcialmente eficazes na cabeça e dores faciais. Drogas antiepilépticas clássicas, tais como o valproato e carbamazepina, estão entre as drogas mais eficazes tratamentos. Valproato aumenta a transmissão GABAérgica, mas também a serotonina (Mitsikostas et al., 1994)

A enxaqueca é uma dor de cabeça muito comum primário e raramente se apresenta como dor facial isolado. Estimulação da dura com a ativação do sistema trigeminovascular podem resultar em dor, em qualquer uma das três divisões do nervo trigêmeo. Esta é a base anatômica da enxaqueca dor que se apresenta como dor referida para a segunda divisão do nervo trigêmeo. A apresentação atípica de dor da enxaqueca pode facilmente levar ao regime de tratamento inadequado (DEBRUYNE e HERROELEN, 2009).

Enxaqueca facial é um subtipo de enxaqueca, que é por vezes chamado de metade inferior da enxaqueca por um número de autores (Raskin, 1988; Okeson, 1996). Migrânea da metade inferior compreende a dor relatada na metade inferior do rosto, principalmente o maxilar inferior e bochecha. No entanto, algumas tentativas têm sido feitas para caracterizar ou categorizar pacientes com tal dor (Penarorrocha et al., 2004). Enxaqueca facial geralmente se desenvolve nas primeiras quatro décadas de vida, seguido por um decréscimo gradual na a frequência das crises de dor (Raskin, 1988). A condição predomina entre as mulheres, como é classicamente o caso da enxaqueca (Okeson, 1996). A divisão oftálmica do nervo trigêmeo inerva a grande maioria das estruturas intracranianas (Alonso e Nixdorf, 2006).

Recentemente, Gália *et al.* relataram dois pacientes com ataques dor dentária unilateral como queixa principal (Gaul *et al.*, 2007). Exceto para a localização da dor, os ataques de dor cumpriram os Critérios da IHS para enxaqueca com e sem aura (CIC-II de 2004). Com base nestes critérios, a inicial dor da paciente foi considerado como a enxaqueca, como ela teve mais de 5 ataques de dor com duração de cerca de 24 horas. A dor foi localizada unilateralmente, foi moderada a grave, em intensidade e associada náuseas ou vômitos. Na consulta inicial, o diagnóstico de dor de cabeça por uso excessivo de ergotamina provável foi feita com base nos critérios da IHS. estes critérios foram revistos (Olesen et al., 2006), e por fieldtested Zeeberg et al. (2009).

Pacientes com dor episódica na distribuição da primeira e segunda divisão do nervo trigeminal e cuja outros critérios de diagnóstico são consistentes com enxaqueca, muitas vezes ser dado o diagnóstico de enxaqueca por um neurologista. No entanto, aqueles com dor restrita aa segunda divisão do nervo trigêmeo faria muitas vezes ser mal classificados. A dor facial em nosso paciente foi localizada principalmente na V2-território do nervo trigêmeo. Enxaqueca confinada para a segunda divisão do nervo trigêmeo raramente tem sido descrito, mas é mencionado por alguns autores (Campbell, 1990; Bradley, 2000; Silberstein, 2001; Daudia e Jones, 2002; Obermann et al, 2007). Alguns pacientes têm dor limita apenas ao território V3 (Silberstein, 2001).

2.4 Migrânea com corpalgia

Dor cefálica e alodinia extra-cefálica são reconhecidos como um sinal comum de sensibilização sensorial durante episódios de enxaqueca. No entanto, a ocorrência de dor no corpo na enxaqueca não foi completamente explorada (CUADRADO, 2008).

A migrânea pode ter uma variedade de sintomas, incluindo dor atípica. Alguns não são relatados como dores de cabeça e sim relacionados a outras condições dolorosas a migrânea. Assim como os casos de migrânea abdominal, descrita como uma dor abdominal episódica que é visto principalmente em crianças como um precursor de enxaqueca (Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2004).

Burstein e colegas (2000b), recentemente avaliaram a associação entre enxaqueca e alodinia cutânea. Eles estudaram a presença de alodinia, em diferentes regiões do corpo em 33 pacientes sofrendo de enxaqueca. Os mesmos foram testados para a presença de calor, alodinia tátil e frio antes e durante um ataque de enxaqueca. Cinco dos pacientes mostrou apenas alodinia na face ipsilateral durante as crises de enxaqueca. Sete pacientes exibiram alodinia no ipsilateral e da face contralateral.

Em conclusão de seus casos clínicos Cuadrado (2007) definiu que pode ser corpalgia migranosa considerada uma variante da migrânea ou uma manifestação de migrânea, que pode ter uma variável temporal e uma relação com a dor de cabeça da migranosa. A potencial associação de dor no corpo e / ou alodinia podem ter grandes implicações para o nosso entendimento de fisiopatologia da migrânea. A migrânea pode não ser apenas uma disfunção da dor de cabeça, mas também uma generalizada desordem da nocicepção.

A prevalência de cefaléia em pacientes com FM é estimada para ser de 35% a 88% (STUGINSKI-BARBOSA et al,2007). A enxaqueca é a mais tipo frequente, com uma taxa que varia entre 45% a 80% (STUGINSKI-BARBOSA et al,2007) .Por outro lado, FM está presente em cerca de um terço do pacientes com cefaléia primária (TOMMASO et al,2009). Portanto, um determinado subgrupo de pacientes com FM (cerca de metade) apresenta com uma forma combinada clínica destes dois doloroso distúrbios, que podem apresentar uma

forma diferente de progressão ou intensidade em relação à sintomatologia e impacto nas atividades diárias. Pacientes que sofrem de ambos enxaqueca e FM apresentaram menor qualidade de vida e pontuações níveis mais elevados de sofrimento mental(IFERGANE,2006).

2.5 Aspectos Epidemiológicos

Filólogos aceitam que o termo *epidemiologia* origina-se de raízes gregas (*epi* = sobre; *demo* = população; *logos* = tratado). Por essa razão, o conceito de que a epidemiologia se restringia ao estudo das epidemias de doenças transmissíveis prevaleceu por muito tempo.

Modernamente, epidemiologia pode ser conceituada como o ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde (PEREIRA, 2000).

Kutzke (1996) reconheceu a utilidade de se conceituar epidemiologia como sendo uma disciplina que se ocupa em estudar a história natural das doenças e passando a conceituar *Neuroepidemiologia* como sendo o ramo das Ciências Médicas no qual os métodos epidemiológicos são aplicados aos problemas da Neurologia Clínica.

Aplicada às cefaléias, a Neuroepidemiologia permite conhecer a sua distribuição na população, seus fatores de risco, sua gravidade e implicações sociais e econômicas, sendo possível, com base nesses resultados, planejar ações de saúde pública no sentido de minimizar os efeitos deletérios desse mal – a cefaléia – sobre a higidez da população em geral.

Os métodos epidemiológicos pressupõem estudos diferenciados que se prestam para conhecidos fins e podem ser classificados conforme critérios variados. A maioria dos estudos epidemiológicos de cefaléia se utiliza de duas medidas de frequência, a incidência e a prevalência. Incidência de uma doença refere-se ao número de casos novos enquanto que prevalência indica o número de casos existentes.

A prevalência pode ser classificada em pontual (instantânea) ou no período. Prevalência pontual traduz a fração da população que é portadora de um evento tomado a partir de um ponto de referência que pode ser, por exemplo, o dia da coleta de dados.

Prevalência no período é aquela tomada a partir de um determinado intervalo de tempo. Na realidade, ela representa o somatório da prevalência pontual do evento com a sua incidência no decorrer de um período de tempo definido.

Embora a epidemiologia não seja ciência tão nova, haja vista o registro da fundação de uma Sociedade de Epidemiologia em Londres em 1850, conforme destaca Pereira (2000), as pesquisas epidemiológicas brasileiras são bem mais recentes.

Farias da Silva, quando escreveu o seu primeiro livro sobre cefaleias, reconhecia uma indiscutível carência de dados estatísticos sobre a matéria no nosso país, existindo, à época, do seu conhecimento, apenas um levantamento de dados feito por Raffaelli entre 124 empregados de uma firma de São Paulo além de mais dois estudos, sendo um deles conduzido por Zuckerman e o outro por Melaragno, ambos em 1984, apresentando dados sobre pacientes matriculados em serviços especializados de cefaléia (FARIAS da SILVA, 1989).

Estudos epidemiológicos voltados para determinação de prevalência de cefaléia apresentam, em geral, ampla variação dos seus resultados, presumivelmente em virtude da influência de fatores individuais intrínsecos e extrínsecos, como também em função da questão metodológica da pesquisa.

Outro fator que contribui para se chegar a resultados díspares, mormente quando se estuda a prevalência das diversas modalidades de cefaléia, é a utilização de critérios diagnósticos frouxos e não homogêneos.

Até 1988, a maioria dos estudos epidemiológicos de cefaléia se valeu da classificação proposta pelo Comitê de *Bethesda* (*Ad hoc committee on classification of headache. Classification of headache*) e publicada no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) no ano de 1962.

Embora passível de críticas, pela sua imprecisão, essa Classificação só veio a serem substituídos 16 anos depois, com a elaboração e publicação da primeira edição da Classificação e Critérios Diagnósticos das Cefaléias, Nevralgias Cranianas e Dor Facial da Sociedade Internacional de Cefaléia (HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 1988).

Linnet *et al.* (1989), em estudo epidemiológico entre 10.169 habitantes do Condado de Washington no Estado de Maryland, com idades variando entre 12 e 29 anos e conduzido por meio de entrevistas telefônicas, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 95,3% na população feminina e de 90,8% na masculina. Considerando que a população feminina e masculina para este cálculo foi de, respectivamente, 5.055 e de 4.394 indivíduos, a participação feminina na amostra foi de 53,5%. Esses autores registraram que 76,5% da população feminina e de 57,1% da masculina apresentaram a mais recente crise de cefaléia durante as quatro semanas que antecederam a entrevista.

Rasmussen *et al.* (1991) tiveram o mérito de conduzir o primeiro estudo epidemiológico randomizado de prevalência da cefaléia em uma população geral, em um condado de Copenhague, utilizando os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia. Em um universo de 1.000 pessoas com idades variando entre 25 e 64 anos, com um índice de participação de 76%, esses autores encontraram uma prevalência de período vital de 96%, sendo 93% entre os homens e 99% entre as mulheres. Entre os homens, as prevalências de migrânea e de cefaléia do tipo tensional foram respectivamente 8% e 69%, enquanto que entre as mulheres essas mesmas prevalências corresponderam a 25% e 88%. A prevalência pontual de cefaléia foi de 22% na população feminina e de 11% na população masculina. A prevalência anual de migrânea foi de 15% na população feminina e de 6% na população masculina, enquanto que essa mesma prevalência em relação à cefaléia do tipo tensional foi de 86% na população feminina e de 63% na população masculina.

Buer *et al.* (1991), estudando uma população de 230 pacientes atendidos em ambulatorios gerais na Noruega, com idades variando entre 20 e 72 anos, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 80%. A participação feminina entre os pacientes foi de 75,7% (n=176). A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 13,9%, enquanto que sua prevalência anual foi de 11,7% (13,8% na população feminina e 5,4% na população masculina).

Camarda *et al.* (1991), estudando uma população de 1.954 estudantes de ensino médio de um condado de Palermo, na Itália, na faixa etária de 11 a 18 anos, sendo a participação feminina de 55,2%, verificaram que 504 (25,8%) deles apresentaram dois ou mais episódios de cefaléia no período de um ano. Entre eles, havia 322 rapazes (63,9%). O diagnóstico de migrânea foi firmado em 81 estudantes, representando 16,1% dos portadores de cefaléia. Entre os migranosos, as modalidades sem aura e com aura tiveram seus percentuais de 76,5% e de 23,3%, respectivamente.

Bastos, Almeida-Filho e Santana (1993), estudando uma amostra de 1.501 indivíduos de um setor urbano da cidade de Salvador, no Estado da Bahia, encontraram uma prevalência de cefaléia como sintoma de 14,8%. Considerando a variável gênero, com participação feminina de 54,5%, as prevalências entre as mulheres e entre os homens foram, respectivamente, de 18,1% e de 10,0%.

Mitsikostaset *al.* (1994) procederam a um estudo epidemiológico de cefaléia entre 449 monges de Athos, na Grécia, todos com idade abaixo de 50 anos (média de idade de $38,6 \pm 6,8$ anos). A prevalência de cefaléia encontrada foi de 8,68%. Entre os portadores de cefaléia, migrânea isoladamente, cefaléia do tipo tensional isoladamente e formas mistas de migrânea e cefaléia do tipo tensional ocorreram, respectivamente, em percentuais de 20,51%, 38,46% e de 20,51%.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994), estudando uma amostra representativa da população da antiga Alemanha Ocidental, no ano de 1993, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 71,4% entre os 4.061 indivíduos entrevistados, sendo a participação feminina de 52,3% (2.123/4.061). A prevalência de migrânea na população foi de 27,5%, (32% entre as mulheres e 22% entre os homens), enquanto que a prevalência de cefaléia do tipo tensional foi de 38,3% (36% entre as mulheres e 34% entre os homens para a modalidade episódica e 3% entre as mulheres e 2% entre os homens para a modalidade crônica). O percentual de 27,5% foi composto a partir de um grupo que satisfazia todos os critérios diagnósticos para migrânea (11,3%) e de outro que satisfazia a esses critérios, excetuando apenas um (16,2%). *Mutatis mutandis*, em relação à cefaléia do tipo tensional, o grupo que satisfazia a todos os critérios diagnósticos e o grupo que satisfazia a todos, exceto um, tiveram percentuais de, respectivamente, 13,3% e de 25,0%, totalizando 38,3%. Entre os

portadores de cefaléia, 53,6% preenchiam critérios para diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, 38,4% preenchiam critérios para migrânea e 7,9% não preenchiam esses critérios. Para fins da pesquisa, foi considerada a idade a partir dos 18 anos.

Sanvito *et al.* (1996), em estudo epidemiológico que se estendeu de abril de 1994 a abril de 1995, abrangendo 595 estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 47,1%. A prevalência de migrânea foi de 54,4% entre as mulheres e de 28,3% entre os homens. Cefaléia do tipo tensional episódica foi anotada em 10% dos estudantes.

Ho, Ong e Lee (1997) estudaram a associação de cefaléia e depressão entre 1.208 estudantes da Universidade Nacional de Singapura. Nessa pesquisa, foi utilizada a Escala de Auto-avaliação de Depressão de Zung e um questionário auto-aplicável com base nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. A participação masculina na população estudada foi de 50,3%. Em uma pequena proporção de estudantes, houve omissão de informação para classificação quanto ao gênero masculino/feminino. A faixa etária variou de 18 a 26 anos com uma de média de 20,9 anos.

- a. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 98,1% (1.185/1.208), sendo de 98,9% (555/561) na população feminina e de 97,5% (593/608) na população masculina.
- b. A prevalência de migrânea sem aura ao longo da vida foi de 10,9% (132/1.208), sendo 13,4% (78/561) na população feminina e 8,7% (53/608) na população masculina.
- c. A prevalência de migrânea com aura ao longo da vida foi de 1,1% (13/1.208), sendo 1,4% (8/561) na população feminina e 0,6% (4/608) na população masculina.
- d. A prevalência de cefaléia do tipo tensional ao longo da vida foi de 29,8% (360/1.208), sendo 21,7% (122/561) na população feminina e 37,8% (230/608) na população masculina.
- e. O percentual de cefaléias não classificadas foi de 56,3% (680/1.208).
- f. O percentual de estudantes sem cefaléia foi de apenas 1,9% (23/1.208).

Nadaoka *et al.* (1997) publicaram um artigo abordando cefaléia e estresse em um grupo de profissionais de enfermagem e um grupo de funcionários da administração pública na cidade de Yamagata no Japão. A primeira etapa do estudo foi desenvolvida junto a 239 indivíduos integrantes do corpo de enfermagem do Hospital Universitário de Yamagata, no ano de 1990, sendo a participação feminina quase absoluta, compondo-se de 99,6% da totalidade da população. Nesse grupo, 40,6% do total referiu cefaléia de ocorrência regular, definida por uma frequência ao menos mensal de crises. Destes que referiram cefaléia recorrente, 41,2% tiveram o diagnóstico de migrânea, 50,5% tiveram o diagnóstico de cefaléia do tipo tensional, enquanto que 8,2% tiveram o diagnóstico de outras cefaléias. A segunda etapa do estudo, realizada em 1993, envolveu 283 funcionários da Administração Pública da Prefeitura de Yamagata, sendo a participação masculina majoritária, perfazendo 86,9% do total. A prevalência de cefaléia de ocorrência regular encontrada entre os homens foi de 16,1%, e entre as mulheres, de 37,8%.

Zétola *et al.* (1998), estudando a ocorrência de cefaléia entre funcionários de diversas categorias profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de setembro a dezembro de 1993, encontraram entre os 987 entrevistados, cefaléia em 38,5% (380/987) deles. A participação feminina entre portadores de cefaléia foi de 67,6% (257/380). Do total de portadores de cefaléias crônicas, 65,5% (249/380) tinham migrânea, 27,6% (105/380) tinham cefaléia do tipo tensional e 6,8% (26/380) tinham outras modalidades de dor de cabeça.

Vincent *et al.* (1998), em um estudo epidemiológico desenvolvido entre 993 funcionários do Centro de Pesquisa da Petrobrás, no Estado do Rio de Janeiro, com participação feminina de 62%, encontraram, durante um período retrospectivo de 30 dias, uma prevalência de cefaléia de 49,8% (495/993). Na população estudada, 5,5% (55/993) dos funcionários preencheram critérios para o diagnóstico de migrânea, enquanto que a modalidade episódica da cefaléia do tipo tensional e a modalidade crônica tiveram percentuais, respectivamente, de 26,4% (262/993) e de 1,7% (17/993).

Wang *et al.* (1999) publicaram um artigo sobre comorbidade entre cefaléias e depressão entre idosos, habitantes da ilha de Kinmen, situada próxima à costa continental da China. A idade mínima para inclusão na pesquisa foi de 65 anos. Entre os elegíveis, 1.421 concluíram o estudo. A coleta de dados foi conduzida porta a porta. O diagnóstico das

cefaléias obedeceu aos critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Para identificação de depressão, foi utilizado o modelo abreviado da Escala Geriátrica de Depressão. Esses autores chegaram aos seguintes resultados epidemiológicos:

- a. Da totalidade, 761 idosos (54%) referiram ao menos um episódio de cefaléia na vida. Neste grupo, a prevalência feminina foi de 67% enquanto que a masculina foi de 37%. Adicionalmente, 537 idosos referiram, pelo menos, um episódio de cefaléia no ano anterior. Neste outro grupo, a prevalência feminina foi de 51% e a masculina foi de 21%.
- b. A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 5,3%, sendo 9,0% na população feminina e 1,1% na masculina.
- c. A prevalência de migrânea ativa, definida assim pela ocorrência de crises dentro de dois anos em relação à pesquisa, foi de 3,1%, sendo de 4,9% na população feminina e de 0,8% na masculina.

Rabello (2000), em um estudo transversal de uma população de profissionais de enfermagem de uma unidade hospitalar da cidade de São Paulo, encontrou uma prevalência de cefaléia ao longo da vida 97,1%, sendo 93,0% entre os homens e 97,5% entre as mulheres. A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 53,1%. A prevalência da migrânea, ao longo da vida, na população feminina, foi de 55,2% (201/364), enquanto que a correspondente prevalência, na população masculina, foi de 34,9% (15/43).

Bigal, Bordini e Speciali (2000), estudando a etiologia e distribuição de cefaléias em duas unidades hospitalares do interior do Estado de São Paulo, registraram 561 atendimentos motivados por cefaléia entre 6.006 pacientes que procuraram, consecutivamente, os serviços com sintomas agudos. A participação feminina dentre os 6.006 pacientes foi de 52,4%, enquanto que a participação feminina dentre os 561 pacientes com queixas de cefaléia foi de 63,4%. A idade variou de 14 a 98 anos. Migrânea foi diagnosticada em 253 pacientes, representando 45,1% de todos os casos de cefaléia. A participação feminina nos casos de migrânea foi de 72,3%.

Bánk e Márton (2000), em estudo epidemiológico na cidade de Debrecen, na Hungria, avaliaram 813 indivíduos e chegaram à conclusão que 67% dessa população já havia apresentado algum tipo de cefaléia ao longo da vida. A participação feminina nessa população

foi de 51,8%. A prevalência anual da migrânea sem aura foi de 7,6% (62/813), enquanto que a correspondente prevalência da migrânea com aura foi de 2% (16/813). Consideradas as duas modalidades de migrânea, conclui-se que a prevalência anual da migrânea foi de 9,6% (78/813).

Costa *et al.* (2000) avaliaram a frequência de cefaléia entre 408 estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, a maioria deles apresentando idade entre 20 e 22 anos. Definiu-se que 33% (134/408) deles eram portadores de cefaléia, sendo de, respectivamente, 45,4% e de 24,6% esses percentuais na população feminina e na masculina. As cefaléias foram classificadas conforme os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988, havendo migrânea sem aura em 31,3%, migrânea com aura em 8,2%, cefaléia do tipo tensional episódica em 32,1%, cefaléia do tipo tensional crônica em 7,5%, cefaléia do tipo tensional e migrânea sem aura em 3,0% e cefaléias não classificadas em 17,9%, dentre os 134 estudantes portadores de cefaléia.

Cheung (2000) estudou a prevalência de migrânea, de cefaléia do tipo tensional e de outras cefaléias entre 1.436 habitantes de Hong Kong. A participação feminina e masculina foi de, respectivamente, 794 e 642 indivíduos, todos com idades acima de 15 anos. A migrânea teve prevalência de 4,7% (68/1.436), compreendendo migrânea sem aura, 52,9% (36/68), migrânea com aura, 13,3% (9/68) e distúrbio migranoso o qual não preencheu totalmente os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 para uma das formas de migrânea, 33,8% (23/68).

Deleu *et al.* (2001) publicaram um artigo sobre prevalência e características clínicas de cefaléia entre estudantes de medicina de Oman. Utilizaram um questionário estruturado para avaliação das cefaléias. Foram obedecidos os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Foram incluídos na pesquisa 402 indivíduos, com uma participação feminina de 62,5%. As idades variaram de 18 a 26 anos, com média de $21,9 \pm 1,9$ anos. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 98,3%, enquanto que a prevalência anual foi de 96,8%. A prevalência de migrânea foi de 12,2%, sendo de 15,5% na população feminina e 6,6% na população masculina.

Deleu, Khan e Al Shehab (2002) publicaram um artigo sobre prevalência e características clínicas de cefaléia em uma comunidade rural de Oman. Utilizaram um

questionário estruturado para avaliação das cefaléias, adequado aos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. O período de estudo se prolongou nos anos de 1999 e 2000. Foram incluídos na pesquisa 1.158 participantes, com uma participação feminina de 57,1%. As idades variaram de 10 a 72 anos, com média de $25,9 \pm 14,3$ anos. A prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 83,6%, enquanto que a prevalência anual foi de 78,8%. A prevalência de cefaléias freqüentes (mais de 180 dias de dor ao ano) foi de 5,4%. A prevalência anual de migrânea foi de 10,1%, estando à razão feminino/masculino em 1,25 para um.

Domingues *et al.* (2004), em um estudo epidemiológico realizado na região metropolitana de Vitória, Estado do Espírito Santo, avaliaram 2.500 habitantes, sendo 59,1% mulheres, encontrando uma prevalência pontual de cefaléia de 52,8% (1.320/2.500). A prevalência de cefaléia foi maior entre mulheres (62,6%) do que entre os homens (38,6%). A prevalência de cefaléia foi significativamente mais baixa na população acima de 55 anos (35%), e mais alta na população abaixo de 30 anos (55,8%). A média de idade da população estudada foi de $33,4 \pm 16,6$ anos.

Farias da Silva *et al.* (2005b), entrevistando 1.000 habitantes da região metropolitana do Recife, sendo de 40,3% a participação masculina e de 59,7% a participação feminina, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 93,6% no gênero masculino e 97,3% no feminino.

Karli *et al.* (2006b) estudaram a prevalência de cefaléia entre adolescentes da cidade de Bursa, na Turquia, com idades variando entre 12 e 17 anos. A participação masculina entre os 2.387 adolescentes avaliados foi de 52,1%. A prevalência anual de cefaléia foi de 53,2%. Cefaléia recorrente foi anotada em 52,2% dos entrevistados, sendo de 59,8% entre as meninas e de 45,1% entre os meninos. A prevalência da migrânea foi de 14,5%.

Akyol *et al.* (2007), em estudo epidemiológico realizado junto a 7.721 escolares entre 9 e 17 anos na região de Menderes, na Turquia, entre março e junho de 2004, encontraram uma prevalência de cefaléia ao longo da vida de 83,3%, sendo 87,1% entre as meninas e 79,6% entre os meninos. A participação feminina na amostra estudada foi de 49,8%. Migrânea foi diagnosticada em 9,7% da população, sendo 11,7% entre as meninas e 7,8% entre os meninos.

Queiroz *et al.* (2008), em um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal de base populacional no Brasil, desenvolvido entre setembro de 2006 e janeiro de 2007, entrevistando 3.848 indivíduos selecionados de forma aleatória, sendo de 60% a participação feminina na amostra, encontraram, tomando como base o último ano, uma prevalência de cefaléia de 72,2%, sendo a migrânea de 15,2%.

Buonanotte, Fernandez e Enders (2008), avaliando o impacto de cefaléia entre 3.589 estudantes aspirantes ao ingresso na Faculdade de Medicina da Universidade de Córdoba, Argentina, durante os anos de 2004, 2005 e 2006, encontraram cefaléia habitual em 49,9% da população feminina e em 34,3% da população masculina. No total, 46,1% da população referiu ter cefaléia habitualmente. Em 98,5% dos entrevistados, havia queixa de cefaléia no último ano. A migrânea foi diagnosticada em 12,6% da população e a cefaléia do tipo tensional em 68,9%.

Radke e Neuhauser (2009) estudaram uma amostra representativa da população da Alemanha, com idade a partir de 18 anos, tendo 7.236 indivíduos concluído o estudo. Foi, então, encontrada uma prevalência anual para todas as modalidades de cefaléia de 60,2% sendo 66,6% entre as mulheres e 53,0% entre os homens. A participação feminina nessa amostra foi de 51,8%. A prevalência anual de migrânea foi de 10,6%, sendo 5,3% entre os homens e 15,6% entre as mulheres.

Isik *et al.* (2009) estudaram a prevalência de cefaléia entre 2.669 escolares da cidade de Istambul, na Turquia. O questionário foi respondido pelos pais. A participação feminina na amostra foi de, aproximadamente, 51%. A idade variou entre 5 e 13 anos com média de $8,2 \pm 2,4$ anos. Cefaléia foi documentada em 42,6% da população estudada. As prevalências de migrânea, provável migrânea e de cefaléia não-migranosa foram de, respectivamente, 3,4%, 8,7% e de 34,1%. Os critérios diagnósticos de 2004 da Sociedade Internacional de Cefaléia foram adotados nesse estudo.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) desenvolveram estudo de prevalência e características clínicas das cefaléias entre 376 estudantes de Medicina da Universidade de Lagos, na Nigéria, através da aplicação de questionários estruturados. O questionário foi dirigido, apenas, para a modalidade mais freqüente ou de maior transtorno de cefaléia de cada

indivíduo. Houve 220 rapazes e 156 moças com média de idade de 23,4 anos. Os critérios diagnósticos de 2004 da Sociedade Internacional de Cefaléia foram adotados nesse estudo. A prevalência anual das cefaléias recorrentes foi de 46% (173/376), com percentuais de 62,8% (98/156) entre as estudantes e de 34,1% (75/220) entre os estudantes. A prevalência anual de migrânea foi de 6,4% (24/376), com percentuais de 10,9% (17/156) entre as estudantes e de 3,2% (7/220) entre os estudantes.

Adoukonou *et al.* (2009) realizaram um estudo transversal envolvendo 336 estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Abomey-Calavi em Cotonou, Benin, na África. A participação masculina na amostra foi de 61%. A idade variou de 16 a 46 anos. A prevalência de cefaléia recorrente em geral foi de 75% (252/336). A prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 11,3% (38/336). Entre os 38 participantes portadores de migrânea, o percentual de migrânea sem aura foi de 57,9% (22/38) e o percentual de migrânea com aura foi de 42,1% (16/38). Os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 foram adotados neste estudo.

Domingues *et al.* (2009), em um estudo epidemiológico procedido entre índios tupiniquins nativos da reserva da Aracruz, Estado de Espírito Santo, partindo de uma amostra composta de 102 nativos (67,6% de mulheres) extraída de uma população em torno de 1.500 índios, encontraram uma prevalência de cefaléia, referida nos últimos seis meses, de 60,7%. Migrânea foi diagnosticada em 64% daqueles que referiam cefaléia. Migrânea foi diagnosticada em 47,8% da população feminina (33/69) e 21,2% da população masculina (7/33).

Andrade *et al.* (2009) realizaram um estudo epidemiológico sobre migrânea utilizando uma amostra da população de Maceió no Brasil. O número final de participantes foi de 630 indivíduos, retirados aleatoriamente da população daquela cidade. Para identificar os casos de migrânea, foram utilizados os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004. A prevalência de migrânea foi de 11,9% (75/630), sendo de 19,3% na população feminina e de 2,9% na população masculina.

2.6 Frequências de migrânea orofacial e corpalgia

Alodinia cefálica e extra-cefálica são reconhecidos como um sinal comum de sensibilizações sensoriais durante episódios enxaqueca. No entanto, a ocorrência de enxaqueca com dor no corpo não tenha sido plenamente exploradas. CUADRADO *et al* descreveu três casos clínicos de pacientes com dor espontânea no corpo associado a ataques de enxaqueca (CUADRADO *et al*, 2007).

Estudos realizados em pacientes com fibromialgia não demonstram claramente que a cefaléia foi mais prevalente nesses pacientes quando comparados com a população em geral. Por outro lado, levando em consideração que a prevalência de fibromialgia em grupos populacionais varia de 2 a 3 %, a prevalência de fibromialgia entre pacientes com cefaléia primária foi acima de 17,6%(INFERGANE *et al*, 2006), chegando a 40% no estudo de Okifuji *et al* (1999).

Apesar de tanto as cefaléias primárias quanto a fibromialgia serem prevalentes no sexo feminino, a fibromialgia é proporcionalmente mais frequente do que a cefaléia neste gênero. Diferencialmente do que ocorre com a migrânea, na qual a faixa etária mais acometida está entre 20 e 40 anos de idade, na fibromialgia a maior prevalência é observada em pacientes com idade pouco mais avançadas (PERES *et al*, 2001 e MEISLER, 1999)

Entre 152 migranosos, de um total de 245 pacientes com cefaléia, Raudino encontrou 10 pacientes com dor migranosa nos membros. (RAUDINO, 1994).

Até agora, poucas descrições de casos individuais e pequenas séries de casos têm sido descritos como apresentando enxaqueca isolada com dor facial ou dos dentes. (Namazi, 2001 e Campbell, 1988). Estas condições apresentam-se subjacente aos sintomas da enxaqueca, muitas vezes ainda não são reconhecidas. (Katsavara *et al*, 2007 e Grau *et al*, 2007).

A maioria dos estudos de dor envolvendo a face focaram certas desordens como as nevralgias trigeminais, dor facial idiopática persistente, cefaléia autonômica trigeminal ou desordem temporomandibular (BALLEGAARD *et al*, 2008).

Bahra *et al* (2004) em uma análise de 230 pacientes com cefaléia em salvas, 45% tinham sido visto por um dentista prévio e 18% de todos os pacientes realizaram extração dentária, restaurações dentárias, radiografias, cirurgias maxilo-faciais, ou recebendo um suporte fragmentado.

Em 502 pacientes com distúrbios da articulação temporomandibulares e dor orofacial, 246 pacientes (49%) são diagnosticado como cefaléia tipo tensional, seguido pela migrânea sem aura (14,5%), provável migrânea (12,9%), migrânea com aura (7%), provável cefaléia tipo tensional (4,8%) e migrânea com salvas (0,2%) (Kang *et al*, 2009).

Existia controvérsia da associação entre a disfunção temporomandibular e cefaléia. Tem-se descrito também a prevalência de cefaléia em pacientes com distúrbio temporomandibular e dor orofacial é 70,6% (MITRIRATTANAKUL *et al*, 2006) e o distúrbio temporomandibulares tem também sido associado com sintomas de otalgia e dor cervical (Hentschel, 2005).

Em estudo, desordem temporomandibular foi um problema muito prevalente em 51,6%, seguido pela desordem do músculo mastigatório (35,2%), dor neurovascular (6%) e dor neuropática (3,4%) (Kim e Kim, 2006).

Obermann *et al* (2007) apresentou uma série de sete casos de pacientes com dor atípicas e ataque de migrânea com aura, mas com localização atípica da dor na face em um ou ambas terços inferiores distribuídos em nervos trigeminal (V2 e V3).

Estes pacientes são muitas vezes atendidos primeiramente por dentistas ou médicos clínicos gerais com pouca experiência em diagnóstico de migrânea e são erroneamente diagnosticados como “sinusites” ou neuralgia do trigêmeo. (Eross *et al*, 2007).

Em estudo de prevalência realizado na Alemanha Yoon e colaboradores (2009) observado um percentual de 15,4% de indivíduos com migrânea, destes 154 (29,8%) descreveram recorrente dores faciais, 46 migranosos (8,9%) sofreram ataques de dores craniais e faciais unilaterais acompanhados de sintomas autonômicos típicos de migrânea. Além disso, se comparados aos pacientes migranosos encontramos diferença estatística, $p < 0,001$, totalizaram 7,9%.

2.7 Características da Cefaléia primária migranosa

A migrânea é caracterizada por crises recorrentes constituídas por até cinco fases. Nem sempre todas as fases estão presentes em todas as crises e/ou em todos os pacientes

Precedem a cefaléia por horas ou até um dia. Nesta fase o paciente fica mais irritadiço, com raciocínio e memorização mais lentos, desânimo, tem avidez por alguns tipos de alimentos e o sono é agitado e com pesadelos. Ocorrem em cerca de 60% das crises.

2.7.1 Aura

Drummont e Lance (1984), em interessante estudo no qual é feito um cruzamento do diagnóstico clínico com a análise computadorizada de sintomas de cefaléia em 600 pacientes, encaminhados a serviços especializados, com queixa de cefaléia encontraram migrânea com aura em 152 deles.

Farias da Silva (1988) registrou 560 casos de *enxaquecanão clássica*, portanto, de *enxaqueca comum* (migrânea sem aura) e 208 casos *enxaqueca clássica* (migrânea com aura) entre seus 768 pacientes portadores de migrânea. Portanto, os percentuais de migrânea sem aura e de migrânea com aura foram de 72,9% e de 27,1% respectivamente.

Camarda *et al.* (1991) registraram que entre 81 estudantes migranosos, migrânea sem aura e migrânea com aura tiveram percentuais de 76,5% e de 23,3% respectivamente.

Wang e Tsai (1999) anotaram 244 casos de migrânea sem aura e 31 casos de migrânea com aura entre 479 pacientes com migrânea. Nesse estudo, verificamos que o somatório dos casos de migrânea sem aura e migrânea com aura não corresponde à totalidade dos casos de migrânea, não tendo sido esclarecida, por parte dos autores, a razão dessa discrepância.

Mitsikostas e Thomas (1999) firmaram o diagnóstico de migrânea em 170 pacientes atendidos em ambulatório especializado. A participação feminina na população migranosa foi de 70%. Na pesquisa, foi utilizado um questionário específico de cefaléia com base nos critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988 o qual foi validado. Migrânea sem aura foi descrita em 132 pacientes, enquanto que migrânea com aura foi

detectada em 38 deles. Entre portadores de migrânea com aura, a participação feminina foi de 55%, enquanto que a participação masculina foi, por conseguinte, de 45%. Em relação à migrânea sem aura, esses percentuais foram de 72% e de 28% respectivamente. Não foi discriminado, no presente trabalho, um terceiro grupo portador de migrânea sem e com aura. Entre os 170 portadores de migrânea, 101 apresentavam também cefaléia do tipo tensional.

Bánk e Márton (2000) encontraram uma prevalência anual de migrânea sem aura de 7,6% (62/813), sendo de 73% (45/62) a distribuição na população feminina e, conseqüentemente, de 27% (17/62) essa distribuição na população masculina. A prevalência anual de migrânea com aura foi de 2% (16/813), sendo de 2/1 proporção feminino/masculino nesse grupo.

Bigal, Bordini e Speciali (2000) firmaram o diagnóstico de migrânea sem aura e de migrânea com aura em, respectivamente, 153 e 100 pacientes entre os 253 pacientes com migrânea que procuraram atendimento hospitalar na vigência de cefaléia aguda.

Karli *et al.* (2006a) publicaram em artigo anterior ao estudo de base epidemiológica no mesmo ano, as características clínicas da cefaléia do tipo tensional e da migrânea entre os mesmos adolescentes e anotaram 263 casos de migrânea sem aura e 83 de migrânea com aura em um universo de 341 adolescentes com migrânea.

Arruda e Guidetti (2007), estudando 65 crianças migranosas com idade variando entre 4 e 14 anos (36 meninos e 29 meninas), registraram presença de aura em 25% delas. Em 18% dessas crianças, a ocorrência de aura ficou indeterminada.

Radke e Neuhauser (2009) registraram uma prevalência de migrânea com aura em 3,6% da população analisada, sendo 5,6% na população feminina e 1,5% na masculina.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram migrânea com aura em 16,7% dos estudantes migranosos avaliados (4/24).

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram que entre os 38 portadores de migrânea, o percentual de migrânea sem aura foi de 57,9% (22/38) e o percentual de migrânea com aura foi de 42,1% (16/38).

2.7.2 Frequências de crises

Buer *et al.* (1991), estudando as características clínicas entre seus pacientes migranosos, verificaram que a frequência de crises variou de 5 a 24 ao ano e que 70% deles apresentava 12 ou mais episódios de dor por ano.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994) registraram que 66% entre 1.116 indivíduos com migrânea relatavam uma a duas crises mensais. A média aritmética da frequência de crises foi de 2,82 dias por mês (mediana de 2,16 dias por mês). Em relação aos 1.557 indivíduos com cefaléia do tipo tensional, a média aritmética da frequência de crises foi de 2,89 dias por mês (mediana de 2,23 dias por mês).

Vincent *et al.* (1998) avaliaram a frequência de crises durante um mês entre 55 portadores de migrânea, encontrando valores médios de $4,7 \pm 7,4$ crises. Os valores extremos foram 1 e 30 crises durante um mês. Entre 262 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, essa média foi de $2,7 \pm 2,9$ crises, com variações extremas de 1 e 12 crises. Entre os 17 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, a média foi de $25,0 \pm 0,0$ crises, inexistindo, nesse caso, dois valores extremos. Entre os 161 portadores de outras modalidades de cefaléia, a duração média das crises foi de $6,7 \pm 9,5$ crises, com valores extremos de 1 e 30 crises.

Farias da Silva (2003) descreveu a frequência de crises de migrânea em 768 pacientes por ele estudados:

- a. Frequência menor que uma crise mensal em 70 pacientes (12,32%);
- b. Frequência entre uma e quatro crises mensais em 348 pacientes (45,31%);
- c. Frequência entre cinco e oito crises mensais em 112 pacientes (12,58%);
- d. Frequência entre 08 a 12 crises mensais em 110 pacientes (14,32%);
- e. Frequência maior que 12 mensais em 98 pacientes (12,76%);
- f. Frequência variada em 18 pacientes (2,34%);
- g. Crise única em 12 pacientes (1,56%).

Andrade *et al.* (2009) registraram vários episódios semanais de dor em 44% dos 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.7.3 Durações das crises

Selby e Lance (1960) realizaram observações de aspectos clínicos em portadores de migrânea e cefaléias vasculares associadas, registrando, em relação à duração da crise migranosa, que a duração foi menor que um dia em dois terços das crises. Na distribuição temporal das crises, 26,4% delas tiveram duração de menos de 4 horas, 40,2% delas se enquadraram entre quatro e 24 horas. No terço restante, 11,1% e 22,2% delas tiveram duração de, respectivamente, 24 a 48 horas e mais que 48 horas.

Farias da Silva (1988), estudando uma população composta de 768 portadores de migrânea, encontrou crises com duração menor que 12 horas em 41,35% dos portadores de migrânea com aura e em 40,89% daqueles portadores de migrânea sem aura. Crises com duração menor que 24 horas foram referidas em 65,39% dos portadores de migrânea com aura e em 65,36% dos portadores de migrânea sem aura.

Iversen *et al.* (1990) avaliaram 81 pacientes portadores de cefaléia, sendo 30 apenas com migrânea, 24 apenas com cefaléia do tipo tensional, enquanto que 27 apresentavam migrânea e cefaléia do tipo tensional. Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentaram ao longo da vida menos de oito crises de migrânea, pacientes que apresentavam cefaléia por mais de 15 dias por mês, ou aqueles com uso abusivo de medicações. Inicialmente, foram utilizados os critérios diagnósticos do Comitê *ad hoc* do Instituto Nacional de Saúde de 1962, para posterior comparação diagnóstica com os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia de 1988. Pacientes que apresentavam mais de uma modalidade de cefaléia sem que fosse possível distingui-las também não foram incluídos. Em virtude de um grupo de pacientes apresentar duas modalidades de cefaléia (migrânea e cefaléia do tipo tensional), foram preenchidos 108 formulários-entrevistas. A mediana da duração das crises não tratadas ou tratadas sem sucesso entre os portadores apenas de migrânea foi de 19 horas (extremos de 5 a 72 horas). Na migrânea do grupo que também tinha cefaléia do tipo tensional, a mediana foi de 24 horas (extremos entre 1,2 e 120 horas). Entre os portadores de cefaléia do tipo tensional apenas, a mediana foi de 12 horas (extremos entre 0,5 e 72 horas).

Buer *et al.* (1991), estudando as características clínicas entre seus pacientes migranosos, verificou que 47% deles tinham crises com duração de 4 a 12 horas, 37% tinham crises entre 12 e 24 horas e 16% tinham crises com duração de um a três dias.

Vincent *et al* (1998) avaliaram a duração de crises entre 55 portadores de migrânea, encontrando valores médios de $13,0 \pm 12,0$ horas. Os valores extremos foram 4 e 72 horas. Entre 262 portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, essa média foi de $19,8 \pm 34,9$ horas, com variações extremas de 2 e 168 horas. Entre os 17 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica, a duração média das crises foi de $1,25 \pm 1,0$ horas, com valores extremos de 0,5 e 2 horas. Entre os 161 portadores de cefaléias que nem preencheram os critérios diagnósticos para migrânea nem para cefaléia do tipo tensional, a duração média das crises foi de $10,9 \pm 21,9$ horas, com valores extremos de 0,2 e 96 horas.

Bánk e Márton (2000), avaliando a temporalidade das crises entre os 62 portadores de migrânea, observaram que uma ampla maioria apresentou crises com duração entre 4 e 24 horas, representando mais de 80% da população com migrânea (50/62). A duração de dois dias ocorreu em 16% (10/62), enquanto que a duração de três dias ocorreu em apenas 3% dos migranosos (2/62).

Karli *et al.* (2006a) encontraram a duração da cefaléia entre 1 e 72 horas em 100% dos 341 adolescentes portadores de migrânea. Já em relação aos 618 adolescentes portadores de cefaléia do tipo tensional episódica, 100% deles apresentaram crises durando entre 30 minutos e sete dias. Os 37 portadores de cefaléia do tipo tensional crônica apresentaram os mesmos resultados demonstrados para a cefaléia do tipo tensional episódica.

Arruda e Guidetti (2007), entre 65 crianças migranosas, anotaram que, em 26% delas, as crises tiveram duração inferior à uma hora e em 61% delas a duração variou entre 1 e 12 horas, salientando uma duração de até 12 horas em 87% dos casos.

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram, entre os 38 portadores de migrânea, duração da crise entre quatro e seis horas em 34,2%, entre seis e 12 horas em 23,7%, entre 12 e 24 horas em 18,4%, entre 24 e 48 horas em 13,2%, acima de 48 horas em 10,5% deles.

2.7.4 Localização da dor

Selby e Lance (1960) anotaram, entre seus 500 pacientes migranosos, dor hemicraniana em 190 (38,0%). Destes, 103 (20,6%) tinham dor invariavelmente no mesmo lado e 87 (17,4) tinham dores que se alternavam de lado. Em 191 (38,2%) a cefalalgia era holocraniana em todas as crises. Em 113 (22,6%), havia dor hemicraniana que se seguia por, ou se alternava com dor generalizada.

Raskin e Appenzeller (1980), avaliando a localização da dor em 678 pacientes com o diagnóstico de migrânea, encontraram dor hemicraniana em 44%, dor holocraniana em 22%, dor bifrontal em 14%, dor frontal lateralizada em 13%, dor bioccipital em 4%, dor occipital lateralizada em 2% e dor no vértex em 1% desses pacientes.

Em outra série, Raskin e Appenzeller (1980), em análise comparativa das características clínicas da migrânea e da *cefaléia de tensão* encontraram unilateralidade da dor em 80% dos portadores de migrânea e em apenas 10% dos portadores de cefaléia do tipo tensional.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram dor unilateral em 70,8% entre os 24 estudantes portadores de migrânea. Entre os 68 estudantes portadores de cefaléia do tipo tensional, houve dor bilateral em 77,9% deles.

Farias da Silva *et al.* (2005) encontraram, entre seus 768 pacientes migranosos, dor hemicraniana em apenas 103 (13,41%), tendo sido, contudo duas vezes mais freqüente nos portadores de migrânea com aura. Os seus dados sobre a topografia da dor encontram-se resumidos abaixo:

- a. Dor localizada unilateral em 183 pacientes, representando 23,82% (183/768) da totalidade;
- b. Dor localizada bilateral em 264 pacientes, representando 34,37% (264/768) da totalidade;
- c. Dor hemicraniana em 103 pacientes, representando 13,41% (103/768) da totalidade;

- d. Dor difusa em 114 pacientes, representando 14,84% (114/768) da totalidade;
- e. Dores de localização mista, representando combinações das diversas localizações, em 104 pacientes, representando 13,5% (104/768) da totalidade.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que sempre tinham dor unilateral. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham dor unilateral.

Buer *et al.* (1991) verificaram unilateralidade da dor em 85% na população migranosa estudada.

Wang e Tsai (1999) encontraram dor unilateral em 68% entre os seus 479 pacientes com migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram, entre os portadores de migrânea (sem aura, 62 e com aura, 16 indivíduos), dor temporal em 45%, dor ocular em 45%, dor occipital em 40%, dor frontal em 28%, dor no vértex em 22% e dor difusa em 18%.

Karli *et al.* (2006a) descreveram as características clínicas da cefaléia do tipo tensional e da migrânea entre adolescentes. A localização unilateral da dor foi anotada em 23,5% dos 341 migranosos. Por outro lado, a localização bilateral esteve presente em 91,3% dos portadores de cefaléia do tipo tensional episódica e em 94,6% dos portadores da sua modalidade crônica.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor unilateral em 76,5% dos portadores de migrânea. Considerada a população total de 752 escolares, a unilateralidade da dor ocorreu em 43,9% (330/752) das meninas (n=450) e em 32,6% (245/752) dos meninos (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram em suas 65 crianças com migrânea, localização bilateral em 59%, localização unilateral em 32%, localização variável em 8% e localização indeterminada em 1%.

2.7.5 Caráter da dor

Farias da Silva (1988), em sua tese do concurso para professor titular, descreveu, entre portadores de *enxaqueca clássica* (migrânea com aura), dor pulsátil em 87,98%, dor não-pulsátil em 9,14% e dor pulsátil e não-pulsátil em 2,88% deles, totalizando 208 pacientes. Dos 560 pacientes portadores de *enxaqueca não clássica* (migrânea sem aura), 86,79% tinham dor pulsátil, 9,46% tinham dor não pulsátil, 2,86% tinham dor pulsátil e não pulsátil, ficando 5 pacientes sem informar (0,89%).

Em outra publicação, esse autor tece considerações sobre o caráter da dor na migrânea. Considera que a maioria dos pacientes com migrânea tem dor pulsátil, embora que, em alguns, ela seja em pontada ou mesmo tipo pressão. Por fim, aceita que a dor pulsátil possa ocorrer apenas no início da crise, evoluindo para uma dor contínua, embora o caráter pulsátil possa ressurgir por ocasião de esforço físico, balançar da cabeça ou mesmo pisar forte (FARIAS da SILVA, 1989).

Existe ainda a possibilidade da dor pulsátil não se fazer presente na migrânea, a exemplo de uma paciente de 38 anos, com migrânea desde os 10 anos, sem queixa de dor pulsátil ao longo dessa evolução de 28 anos (FARIAS da SILVA, 2005).

A análise da experiência clínica de Farias da Silva nos remete à conclusão de que a dor pulsátil é majoritária, porém não está necessariamente presente em todo paciente portador de migrânea, nem em todas as crises de um mesmo paciente e, nem ainda, durante todo transcorrer de uma mesma crise.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que sempre tinham dor pulsátil. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham dor pulsátil. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham dor pulsátil, embora houvesse um pequeno percentual de dor usualmente pulsátil e um percentual ainda menor de dor sempre pulsátil.

Em outra série, Farias da Silva *et al.* (2005) encontraram, em 844 casos de migrânea, dor pulsátil em 85,66% deles, dor não pulsátil em 10,18% e dor pulsátil e não pulsátil em 4,14% dos seus pacientes.

Buer *et al.* (1991) verificaram dor pulsátil em 44% da população migranosa avaliada.

Wang e Tsai (1999) encontraram dor pulsátil em 78,8% dos 479 pacientes com migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram dor pulsátil em 71,4% dos portadores de migrânea entre 62 portadores de migrânea sem aura e 16 de migrânea com aura.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor pulsátil em 76,9% dos 752 adolescentes portadores de migrânea. Considerada a população total (N=752), esse percentual foi de 44,9% (339/752) entre as adolescentes (n=450) e de 31,9% (240/752) entre os adolescentes (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, dor pulsátil em 60%, sendo o caráter da dor indeterminado em 17% delas.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram dor pulsátil em 62,5% dos 24 estudantes portadores de migrânea.

Andrade *et al.* (2009) registraram dor pulsátil em 54,7%, dor tipo pressão em 13,3%, dor em pontada em 9,3%, dor constante em 6,7%, outras dores em 2,7% e mais de um tipo de dor em 3,3% entre os 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.7.6 Intensidade da dor

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio dos que nunca tinham dor leve (78%). No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que nunca tinham dor leve (60%). Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham dor intensa (78%).

Wang e Tsai (1988) encontraram dor de moderada a intensa em 98,3% dos seus 479 pacientes com migrânea.

Buer *et al.* (1991) descreveram cefaléia intensa na maioria dos pacientes com migrânea, levando-os a permanecer no leito em 71% dos casos.

Göbel, Peterson-Braun e Soyka (1994) registraram que 60% entre 1.116 indivíduos com migrânea apresentavam dor de moderada intensidade.

Karliet *al.* (2006a) encontraram dor moderada a grave em 92,4% dos 341 adolescentes portadores de migrânea.

Akyol *et al.* (2007) registraram dor moderada a grave em 77,7% dos 752 adolescentes portadores de migrânea. Considerada a população total, esse percentual foi de 46,7% (351/752) entre as adolescentes (n=450) e de 31% (233/752) entre os adolescentes (n=302).

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, dor de grande intensidade em 83%, sendo a intensidade da dor indeterminada em 17% dos casos.

Adoukonou *et al.* (2009) verificaram, entre os 38 portadores de migrânea, a presença de dor leve em 39,5% e de dor moderada a intensa em 60,5% deles.

Andrade *et al.* (2009) registraram dor moderada, isto é, que interfere, mas não impede as atividades em 56% e dor forte, isto é, que impede as atividades em 44% dos 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

2.7..7 Sinais e sintomas associados

Selby e Lance (1960) encontraram náusea em 87% (n=491), vômitos em 56% (n=483) e fotofobia em 82% (n=435) entre pacientes com diagnóstico de migrânea.

Raskin e Appenzeller (1980), em análise comparativa das características clínicas da migrânea descreveram vômitos associados às crises em 50% dos migranosos.

Farias da Silva (1989), numa série de 820 pacientes com migrânea, descreveu náuseas e vômitos em 74,63% deles, fotofobia em 72,19% e fonofobia em 48,53% deles. Esse autor considerou náuseas e vômitos em conjunto, não discriminando o percentual *per se* de cada situação.

Iversen *et al.* (1990) verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio absoluto dos que sempre tinham náuseas, embora um pequeno percentual nunca referisse esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve predomínio dos que sempre tinham náuseas, seguido de um percentual um pouco menor dos que usualmente apresentavam esse sintoma, inexistindo neste grupo qualquer percentual de pacientes que nunca apresentasse náusea. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham náusea, inexistindo qualquer percentual dos que sempre apresentavam esse sintoma.

Em relação à presença de fotofobia, esses autores verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional, um predomínio absoluto dos que sempre apresentavam fotofobia, inexistindo qualquer percentual dos que nunca apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve um predomínio dos que sempre tinham fotofobia, seguido de um percentual um pouco menor dos que usualmente apresentavam fotofobia, inexistindo neste grupo qualquer percentual de pacientes que nunca apresentasse esse sintoma. Na cefaléia do tipo tensional do grupo que também tinha migrânea, houve predomínio dos que nunca tinham fotofobia, inexistindo qualquer percentual dos que sempre apresentavam esse sintoma.

Em relação à presença de fonofobia, esses mesmos autores verificaram na migrânea do grupo que também apresentava cefaléia do tipo tensional um predomínio absoluto dos que sempre apresentavam fonofobia, inexistindo qualquer percentual dos que nunca apresentavam esse sintoma. No grupo apenas com migrânea, também houve percentuais idênticos dos que sempre ou usualmente apresentavam fonofobia, existindo um pequeno percentual dos que nunca apresentavam fonofobia.

Buer *et al.* (1991) verificaram náuseas e/ou vômitos em 94% dos seus pacientes com migrânea.

Wang e Tsai (1999) encontraram náuseas em 78,4%, vômitos em 40,1%, fotofobia em 15,2% e fonofobia em 30,5% entre 479 pacientes portadores de migrânea.

Bánk e Márton (2000) encontraram, entre os portadores de migrânea (sem aura, 62 e com aura, 16 indivíduos), náuseas em 68%, vômitos em 27%, fotofobia em 62% e fonofobia em 59% deles.

Karliet *al.* (2006a) descreveram náuseas em 43,1%, vômitos em 12,9%, fotofobia em 55,4% e fonofobia em 62,5% entre 341 adolescentes com migrânea. Considerando 263 adolescentes com migrânea sem aura, foram referidas náuseas em 39,5%%, vômitos em 12,5%, fotofobia em 56,7% e fonofobia em 64,6%, enquanto que dos 83 adolescentes com migrânea com aura, foram referidas náuseas em 57,8%, vômitos em 13,3%, fotofobia em 53,0% e fonofobia em 57,8% deles.

Akyol *et al.* (2007) registraram náuseas e/ou vômitos em 69,8%% dos 752 adolescentes com migrânea. Considerada a população total, esse percentual foi de 42,6% (320/752) entre as adolescentes (n=450) e de 27,3%% (205/752) entre os adolescentes (n=302). Fotofobia ou fonofobia atingiu o percentual de 75,8% (570/752), sendo 44,4% (334/752) entre as adolescentes e 31,4% (236/752) entre os adolescentes.

Arruda e Guidetti (2007) registraram, em 65 crianças com migrânea, entre outros sinais e sintomas acompanhantes, náusea em 66%, fotofobia em 69% e fonofobia em 68% delas.

Ojini, Okubadej e Danesi (2009) descreveram náuseas e vômitos em 47,8% além de fotofobia e fonofobia em 91,7% dos 24 estudantes com migrânea.

Andrade *et al.* (2009) registraram náuseas e/ou vômitos em 85,3%, fonofobia em 65,3% e fotofobia em 49,3% entre os 75 indivíduos com diagnóstico de migrânea.

3.OBJETIVOS

Conhecer o as características clínicas da migrânea e afrequência dos sintomas de migrânea orofacial e corpalgia em uma população de pacientes que procuraram o ambulatório de neurologia do CISAM da Universidade de Pernambuco.

3.1 Objetivos específicos

Diagnosticar os casos de migrânea com ou sem aura.

Descrever as características clínicas das crises incidentes;

Escalonar os casos classificados exclusivamente como migrânea cefálica e os casos classificados como migrânea orofacial e corpalgia;

Classificar as migrânea orofaciais e as crises incidentes;

Conhecer as medidas de frequência das diversas modalidades de migrânea orofacial e corpalgia das crises incidentes na população estudada;

4. METODOLOGIA: Desenho do estudo

O tipo estudo é transversal descritivo, envolvendo pacientes que procuraram espontaneamente o ambulatório de Neurologia do CISAN da Universidade de Pernambuco.

Sabemos que os estudos transversais podem ser classificados como descritivos, ditos também não controlados e analíticos, ditos também controlados.

Em relação aos estudos descritivos, procura-se verificar a prevalência de um evento, a exemplo de uma doença, em uma população, enquanto que os estudos analíticos são voltados para verificar a associação entre dois eventos.

Pela sua própria natureza, o estudo descritivo tem por objetivo informar sobre a distribuição de um evento, em uma população, em termos quantitativos, não se preocupando em testar hipóteses, prerrogativa do método epidemiológico analítico, mas, muito mais, em descrever fatos, propor questionamentos e explicações pertinentes às observações procedidas.

Em estudos transversais, dados sobre variáveis, de interesse, coletadas em um dado momento podem se referir a esse mesmo momento ou, alternativamente, ao passado com consequente inclusão de informações retrospectivas.

4,1 População do estudo

A proposta do estudo foi de avaliar todos os pacientes com diagnóstico de migrânea com ou sem aura que procuraram espontaneamente o ambulatório do CISAN da Universidade de Pernambuco, constituindo um grupo de demanda aberta de coleta de dados, exceto aquelas que não concordassem em participar da pesquisa.

A opção de realizar a pesquisa com pacientes voluntários do CISAN deve-se ao grande fluxo de atendimentos da população com diversos motivos de enfermidades neurológicas, dentre as quais a migrânea.

Foi avaliada, no período compreendido entre março de 2011 e novembro de 2011, uma população de 300 pacientes migranosos que procuraram atendimento no ambulatório de neurologia do CISAM da Universidade de Pernambuco.

Este número correspondeu, à época do início da pesquisa, à quase totalidade dos pacientes migranosos do ambulatório de neurologia atendidos nos dias de coleta, perfazendo uma totalidade de 300 pacientes que concordaram de forma livre e esclarecida com as entrevistas de anamnese e diagnóstico.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

O principal critério de inclusão foi ser diagnosticado pelo neurologista como portador de migrânea com ou sem aura através dos critérios diagnósticos da classificação Internacional de Cefaléia e concordar em participar do estudo.

Os critérios de exclusão são de pacientes que não foram diagnosticados com portadores de migrânea com ou sem aura de acordo com a classificação internacional de cefaléia.

4.3 Aspectos éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco registrou e analisou o protocolo da pesquisa, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 03 de julho de 2009.

Todos os pacientes incluídos na pesquisa foram aquiescentes em participar do estudo após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após diagnóstico e coleta de dados os pacientes sem tratamento foram devidamente acompanhados em tratamento clínico e medicamentoso para o alívio dos sintomas de migrânea.

4.4 Critérios para classificação dos eventos e definição das variáveis

Os Critérios Diagnósticos da Classificação Internacional das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia de 2004 (ICHD II) serviram de base para classificar as cefaléias incidentes encontradas.

Foram definidas as seguintes variáveis independentes:

- 1) Diagnóstico da cefaléia estabelecido através da anamnese clínica colhida individualmente para cada paciente participante do estudo;
- 2) Diagnóstico descritivo das características das crises incidentes;
- 3) Localização cefálica e extra cefálica das dores migranosas

Foram definidas as seguintes variáveis dependentes:

- 1) Duração da crise:
 - a) < 12 horas;
 - b) ≥ 12 horas ≤ 24 horas;
 - c) ≥ 24 horas ≤ 72 horas;
 - d) > 72 horas;
 - e) Diária.
- 2) Lateralidade da dor:
 - a) Unilateral;
 - b) Bilateral;
 - c) Difusa;
 - d) Varia de lado.
- 3) Caráter da dor:
 - a) Pulsátil;
 - b) Surda;
 - c) Constrictiva;
 - d) Tenebrante;
 - e) Furadas;
- 4) Intensidade da dor:
 - a) Grau I (Leve);
 - b) Grau II (Moderada);

c) Grau III (Forte).

5) Sinais e sintomas acompanhantes:

- a) Náusea;
- b) Vômito;
- c) Fotofobia;
- d) Fonofobia;
- e) Lacrimejamento;
- f) Rinorreia;
- g) Obstrução nasal;
- h) Vertigens;
- i) Parestesia;
- j) Turvação visual;
- k) Ataxia;
- l) Palidez;
- m) Sudorese;
- n) Disartria;

4.5 Instrumentos de pesquisa

Elaborou-se um fluxograma constituído dos itens abaixo discriminados:Primeiramente foi realizada consulta médica neurológica, onde se realizou o diagnóstico clínico da dor (cefálica ou extra-cefálica) do paciente classificada de acordo com os critérios diagnósticos da classificação internacional de cefaléia, determinando se o mesmo é ou não portador de cefaléia primária tipo migranosa.

Uma anamnese clínica para preenchimento da Ficha-Padrão (anexo dois);A anamnese clínica foi invariavelmente colhida pelo mesmo pesquisador, previamente treinado, e através de uma ficha-padrão pré-estabelecida. Na Ficha-Padrão foram incluídos os dados abaixo especificados:

- Identificação pelas iniciais do nome.
- Idade:

- Pródromos da cefaléia foram definidos como sinais e sintomas variados que antecedem em horas ou mais o início da cefalalgia.

- Aura foi definida como um transtorno recorrente que se manifesta na forma de crises de sintomas neurológicos focais reversíveis que geralmente se desenvolvem gradualmente em cinco a 20 minutos e com duração menor do que 60 minutos.

- Localização da cefalalgia:

- Unilateral – dor restrita a um dos lados do segmento cefálico;
- Bilateral – dor em ambos os lados do segmento cefálico;
- Difusa – dor bilateral mais intensa em um dos lados.
- Varia de lado – dor que incide em lados diferentes durante crises distintas

- Caráter da cefalalgia:

- Pulsátil – dor que se faz pior a cada onda do pulso arterial;
- Surda – dor que faz qualquer tipo de pressão;
- Constrictiva – as duas características presentes na mesma crise;
- Outro – dor com qualquer outro caráter.

- Intensidade da dor foi definida subjetivamente:

- Grau I (Leve);
- Grau II(Moderada);
- Grau III(Forte).

- Sinais e sintomas acompanhantes da crise:

- Náuseas;
- Vômitos;
- Fotofobia;
- Fonofobia.
- Lacrimejamento;
- Rinorreia;
- Obstrução nasal;
- Vertigens;

- Parestesia;
- Turvação visual;
- Ataxia;
- Palidez;
- Sudorese;
- Disartria;

• Fatores desencadeantes e agravantes da cefaléia foram definidos como aqueles que reconhecidamente podem precipitar ou agravar, naquele indivíduo, uma crise.

• Horário nictemeral preferencial da crise, se houver.

• Duração média da crise foi definida como o tempo transcorrido do início ao fim da crise.

• Frequência das crises foi definida como o número de crises por certo período de tempo.

• Antecedentes familiares de cefaléia foram definidos como casos existentes entre parentes de primeiro grau.

• Diagnóstico e classificação da(s) cefaléia(s).

No registro de topografia foi cedido um pain drawing (desenho de localização da dor) em seu âmbito cérvico-cefálico e corporal onde o paciente determinou a amplitude dos sintomas dolorosos. Neste momento o paciente descreveu circulando de próprio punho a localização cefálica ou corpórea da dor.

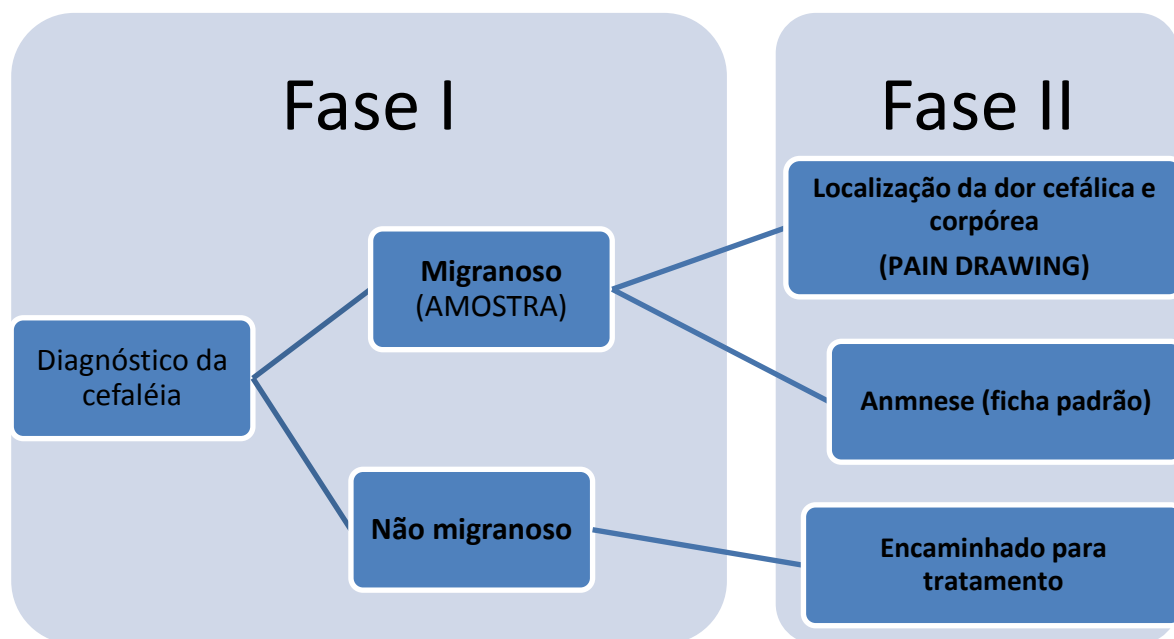


Figura 01 – fluxograma das atividades realizadas na coleta de dados.

4.6 Tamanhos da amostra

O estudo se propôs a ser representativo pela população de paciente migranosos que voluntariamente procuraram o atendimento do ambulatório de neurologia do CISAM da Universidade de Pernambuco no período de coleta.

7.CONCLUSÃO

As crises incidentes de migrânea orofacial e migrânea foram presentes em um percentual da população com características típicas de cefaléia primária, porém sua aparição isoladamente em região de face exclusiva foi bastante rara, porém bem característica em sinais e sintomas. Dos portadores de corpalgia não se observou diferença estatística significativa com os portadores de migrânea orofacial sendo assim também considerada rara, apesar de numericamente em maior.

Referências

AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE. Classification of headache. **JAMA**, v. 179, n. 9, p.717-718, Mar. 3 1962.

ADOUKONOU, T. *et al.* Migraine among university students in Cotonou (Benin). **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 6, p.887-893, Jun. 2009.

AL-DIN, A., MIR, R., DAVEY, R., LILY, O. AND GHASUS, N. (2005), **Trigeminal cephalgias and facial pain syndromes associated with autonomic dysfunction**. *Cephalalgia*, 25: 605W–611. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00935.

ALBUQUERQUE, R. P. de. *et al.* **An epidemiologic study of Brazilian schoolchildren with a focus on pain frequency**. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, São Paulo, v. 67, n. 3b, p. 798-803, Sep. 2009.

ALONSO A., NIXDORF D. **Case series of four different headache types presenting as tooth pain**. *JOE*.2006; 32:1110-1113.

AKYOL, A. *et al.* Epidemiology and clinical characteristics of migraine among school children in the Menderes region. **Cephalalgia**, Oslo, v. 27, n. 7, p. 781-787, Jul. 2007.

ANDRADE, T. F. *et al.* **Aspectos clínicos e epidemiológicos da enxaqueca na população adulta de Maceió, Alagoas**. *Neurobiologia*, Recife, v. 72, n. 3, p. 101-107, jul./set. 2009.

ANTONIUK, S.; *et al.* Prevalence of headache in children of a school from Curitiba, Brazil, comparing data obtained from children and parents. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 726-733, Dec. 1998.

ARRUDA, M. A. **Peculiaridades da migrânea na infância**. In: ARRUDA, M. A.; GUIDETTI, V. (Ed.). **Cefaléia na infância e adolescência**. Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2007. p. 91-104.

AURORA S. K., WELCH K. M. **Migraine: imaging the aura.** Curr.Opin. Neurol., 2000, 13: 273-276. **International Association for Study of Pain** (IASP: 1979).

BAHRA A., GOADSBY P. I. Diagnostic delays and mismanagement in cluster headache .Acta neurology Scand. 2004; 109:15-79.

BAKAL, D. A.; DEMJEN, S.; KAGANOV, J. The continuous nature of headaches susceptibility. **Social Science and Medicine**, New York, v. 19, n. 12, p. 1305-1311, 1984.

BALLEGAARD, V.; THEDE-SCHIMIDTHANSEN, P.; SVENSSON, P.; JENSEN, R.;
Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. cephalalgia 2008; vol. 28, p. 832-41.

BÁNK, J.; MÁRTON, S. Hungarian migraine epidemiology. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 2, p. 164-169, Feb. 2000

BAREA, L. M.; TANNHAUSER, M.; ROTTA, N. T. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. **Cephalalgia**, Oslo, v. 16, n. 8, p. 545-549, Dec. 1996.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**, Edições 70, 1994

BASTOS, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N. de; SANTANA, V. S. Prevalência da cefaléia como sintoma em um setor urbano de Salvador, Bahia. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 307-312, set. 1993

BENOLIEL, R., BIRMAN, N., ELIAV, E. AND SHARAV, Y. (2008), **The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain?** Cephalalgia, 28: 752–762. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01586.

BERG-WERGER, M. – Caring of elderly parents. The relationship between stress and choice -**Garldam Publishing**, New York, 1996.

BIGAL, M. E.; BORDINI, C.A.; SPECIALI, J. G. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 3, p. 241-247, Mar. 2000.

BITTAR G., GRAFF-RADFORD S.: A retrospective study of patients with cluster headaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 73:519,1992

BOARDMAN, H. F. *et al.* Epidemiology of headache in an English district. **Cephalalgia**, Oslo, v. 23, n. 2, p. 129-137, Mar. 2003.

BRADLEY WG. **Neurology in clinical practice**. Vol 1. Boston, Butterworth Heinemann. 2000:267.

BUER, O. *et al.* Prevalence of migraine in general practice. A pilot study. **Cephalalgia**, Oslo, suppl. 11.p. 97-98, 1991.

BUONANOTTE, f.; FERNANDEZ, R.; ENDERS, J. Impacto de la migraña em estudantes universitarios. **Migrâneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 225-228, out./nov./dez. 2008.

BURSTEIN R., YARNITSKY D., GOOR-ARYEH I., RANSIL B. J.,BAJWA Z. H. An association between migraine and cutaneous allodynia. *Ann. Neurol.*, 2000 b, 47:614-24.

CAMARDA, R. M. *et al.* Migraine headaches in high school student population. **Cephalalgia**, Oslo, suppl. 11.p. 97-98, 1991.

CAMPBELL K. J., **Manifestations of migraine**. *Neurol Clinics Headache*. 1990;8:847.
Bradley WG. **Neurology in clinical practice**. Vol 1. Boston, Butterworth Heinemann. 2000:267.

CAMPBELL. J. K. Facial pain due to migraine and cluster headache. *Semin neurology* 1988; 8: 324-31.

CATHARINO, A. M. da S. Cefaléia: prevalência e relação com o desempenho escolar de estudantes de medicina. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 46-50, abr./maio/jun. 2007.

CHEUNG, R. T. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headache in Hong Kong. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 473-479, Jun. 2000.

CONIAM, S.W.; DIAMOND, A. – Controlo da Dor - 1ª edição, **Climepsi** Editores, Lisboa, 1997, ISBN – 972-97250-6-3.

COSTA, M. Z. da *et al.* Frequency of headache in medical student of Santa Catarina's Federal University. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 9, p. 740-744, Oct. 2000.

CUADRADO, M.L., YOUNG, W.B., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C., ARIAS, J.A. & PAREJA, J.A., **Migrainous corpalgia: body pain and allodynia associate with migraine attacks**. *Cephalalgia*, 2007, 28, 87–91.

CUTRER F. M., O'DONNELL A., SANCHEZ DEL RIO M. **Functional neuroimaging: enhanced understanding of migraine pathophysiology**. *Neurology*, 2000, 55 (Suppl 2): S36-45.

DAUDIA A.T., JONES N.S., **Facial migraine in a rhinological setting**. *Clin Otolaryngol*. 2002;27:521-525.

DELEU, D. *et al.* Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. **Headache**, St. Louis, v. 41, n. 8, p. 798-804, Sep. 2001.

DELEU, D.; KHAN, M.A.; AL SHEHAB, T. A. H. Prevalence and clinical characteristics of headache in a rural community in Oman. **Headache**, St. Louis, v. 42, n. 10, p. 963-963, Nov. 2002.

DOMINGUES, R. B. *et al.* Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3A, p. 588-591, Sep. 2004.

DOMINGUES, R. B. *et al.* Prevalence and impact of headache and migraine among Brazilian Tupiniquim natives. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 2-B, p. 413-415, Jun. 2009.

DRUMMONT, P. D.; LANCE, J. L. Clinical diagnosis and computer analysis of headache symptoms. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 47, n. 2, p. 128-133, Feb. 1984.

EROSS, E., DODICK, D. EROSS, M. **The sinus, allergy and migraine study(SAMS)**. Headache 2007; 47:213-24.

FARIAS da SILVA, W. **Estudo comparativo entre aspectos clínicos das enxaquecas clássica e comum**. Recife, 1988. 72 p. Tese (Concurso para Professor Titular) – Departamento de Neuro-Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

FARIAS da SILVA, W. **Cefaléias: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989.

FARIAS da SILVA, W. **Diagnóstico das cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

FARIAS da SILVA, W. *et al.* **Migrânea**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2005a. Cap. 4.

FARIAS da SILVA, W.; Moreira Filho, P. F. **Cefaléia do tipo tensional e outras cefaléias primárias**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2005. p. 19.

FARIAS da SILVA, W. Prevalência de cefaléia no transcorrer da vida em uma amostra da população na região metropolitana de Recife. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 104-106, out./nov./dez. 2005b.

FARIAS DA SILVA, W. **Cefaléias primárias: teoria e prática: tópicos seletos**. Rio de Janeiro: Sociedades Brasileiras de Cefaléia, 2006; p.141.

F. DEYNE and HERROELEN L., **Migraine presenting as chronic facial pain**, Acta Neurol. Belg., 2009, 109, 235-237

GRAUL, C.; SANDOR, P.S.; GALLI, U.;PALL,N. & ETTLIN, D. A. **Orofacial migraine** Cefhalgia, vol. 27, 2007,950-952.

GÖBEL, H.; PETERSON BRAUN, M.; SOYKA, D. The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of headache classification of the International Headache Society. **Cephalalgia**, Oslo, v. 14, n. 2, p. 97-106, Dec. 1994.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, Oslo, v. 8, suppl. 7, p. 1-96, 1988.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. **The international Classificatin of Headanche Disorders**. Cefhalagia, 2004; 24, 2nd edn, 9-160.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. **The International Classification of Headache Disorders 2. Ed.** **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, suppl. 1, p. 9-160, May 2004.

HENTSCHEL, K.;CAPOBIANCO, D. J.; DODICK, D. W. Facial pain. *Neurologist* , vol. 11,p. 244-9;2005.

HO, K. H.; ONG, B. K.; LEE, S. C. Headache and self-assessed depression scores in Singapore University undergraduates. **Headache**, St. Louis, v. 37, n. 1, p. 26-30, Jan. 1997. ISIK, U *et al.* The prevalence of headache and its association with socioeconomic status among schoolchildren in Istanbul, Turkey. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 5, p. 697-703, May 2009.

IFERGANE G., BUSKILA D., SIMISESHVELY N., ZEEV K., COHEN H.: Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients. *Cephalalgia* 26(4): 451-6, 2006.

IVERSEN, H. K. *et al.* Clinical characteristics of migraine and episodic tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. **Headache**, St. Louis, v. 30, n. 8, p. 514-519, Jul. 1990.

JEVOUX, CARLA DA CUNHA; MOREIRA FILHO, PEDRO FERREIRA; SOUZA, JANO ALVES DE. Cefaléia crônica diária primária: a propósito de 52 casos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 1, 1998.

JUNIOR, A. S. *et al.* Prevalence of headache in the entire population of a small city in Brazil. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 6, p. 895 -899, Jun. 2009.

KARLI, N. *et al.* Clinical characteristics of tension-type headache and migraine in adolescents: a student-based study. **Headache**, St. Louis, v. 46, n. 3, p. 399-412, Mar. 2006a.

KARLI, N. *et al.* Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based study. **Headache**, St. Louis, v. 46, n. 4, p. 649-655, Apr. 2006b.

KAYNAK KEY, F. N.; DONMEZ S.; TUZUN, U. Epidemiological and clinical characteristics with psychosocial aspects of tension-type headache in Turkish college students. . **Cephalalgia**, Oslo, v. 24, n. 8, p. 669-674, Aug. 2004.

KIM S. T. , KIM C. Y. . Use of the ID migraine questionnaire for migraine in TMJ and orofacial pain clinic. *Headache* 2006; 46: 253-8.

KUPERS, R. Acta neurol. belg., 2001, 101, 32-38

KURTZKE, J. F. An introduction to neuroepidemiology. **Neurologic Clinics**, Philadelphia, v. 14, n. 2, p. 255-272, May 1996.

LANCE, J.; GOADSBY, P. J. The history of headache. In: _____. **Mechanism and Menagement of Headache**. 6. Ed. Reprinted. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999. p. 1-8.

LARSSON, B.; SUND, A. M. One-year incidence, course, and outcome predictors of frequent headaches among early adolescents. **Headache**, St. Louis, v. 45, n. 6, p.684-691, Jun. 2005.

LAVADOS, P. M.; TENHAMM, E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. **Cephalalgia**, Oslo, v. 18, n. 8, p.552-558, Aug. 2004.

LINET, *et al.* An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. **JAMA**, v. 261, n. 15, p. 2211-2216, Apr. 21 1989.

LIPTON, R.B. Epidemiology and classification of frequent headaches. In: Congress of International Headache Society, 9th, 1999, Barcelona . **Cephalalgia**, Oslo: Scandinavian University Press, 1999. p. 292.

MARANHÃO FILHO, P. História das cefaléias. In: SPECIALI, J. G.; FARIAS da SILVA, W. (Coord). **Cefaléias**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. P. 15-33.

MATTA, A. P. da C.; MOREIRA FILHO, P. F. A cefaléia do tipo tensional pode ter caráter pulsátil? **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5-7, jan./fev/mar. 2004.

MEISLER J. G., Chronic pain conditions in women . J. Women Health 3: 313- 20 , 1999.

MITRIRATTANAKUL, S.; MERRIL, R. L. **headache impact in patients with orofacial pain**. J. Am Dent Assoc.n. 137,p. 1267-74.2006

MITSIKOSTAS, D. D. *et al.* An epidemiological study of headache among the Monks of Athos.**Headache**, St. Louis, v. 34, n. 9, p. 539-541, Oct. 1994.

MITSIKOSTAS, D. D.; THOMAS, A. M. Comorbidity of headache and depressive disorders. . **Cephalalgia**, Oslo, v. 19, n. 4, p. 211-217, May 1999.

NADAOKA, T. *et al.* Headache and stress in a group of nurses and government administrators in Japan.**Headache**, St. Louis, v. 37, n. 6, p.386-391, Jun. 1997.

OKERSON J.P., Differential **diagnosis and management considerations of primary headache. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management**.The American academy of orofacial pain.Chicago, Quintessence book. 1996:61-66.

OBERMANN M., MUELLER D., YOON M-S, PAGELER L., DIENER H.C. *et al.***Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge**.Cephalalgia. 2007; 27:1278-1282

OKIFUJI A. TURK D. C. , MARCUS, D. A., Comparison of generalized and localized hyperalgesia in patients with recurrent headache and fibromyalgia.Psychosom med 61(6): 771-80,1999.

OLIVEIRA, M. F. & SPECIALI, J. G. . Cefaléia crônica diária: Conceitos e tratamentos. **Medicina, Ribeirão Preto**,35: 455-463, out./dez. 2002

OJINI, F. I.; OKUBADEJO, N. U.; DANESI, M. A. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students of the University of Lagos, Nigeria. **Cephalalgia**, Oslo, v. 29, n. 4, p. 472-477, Apr. 2009.

PAÑERORROCHA M., BANDRES A., **Lower-half facial migraine:a report of 11 cases.**J Oral Maxillofac Surg. 2004;62:1453-1456.

PEREIRA, M. G. Conceitos básicos de epidemiologia. In: _____. **Epidemiologia:** teoria e prática. 4. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 1-16.

PERES,M. F. P., YAUNG W. B., KAUP A. O., ZUKERMAN E., SILBERSTAIN S. D. Fibromyalgia in common in patients with transformed migraine . Neurology, 57; 1326-28, 2001.

PINTO, B. F. B. *et al.* Prevalência e impacto da cefaléia nos funcionários de uma empresa: avaliação com a colaboração da Associação de Trabalhadores. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 229-237, out./nov./dez. 2008.

QUEIROZ, L. P. *et al.* Um estudo epidemiológico nacional de cefaléia no Brasil. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 190-196, jul./ago./set. 2008.

RASKIN N.H., **Headache**. 2nd ed. New York, Churchill Livingstone. 1988:215-227.

RAUDINO, F. **Limb pain and headache.**Headache 1994;34:169–71.

RABELLO, G. D. **Estudo transversal em uma população hospitalar:**Fatores constitucionais e ambientais relacionados à enxaqueca. São Paulo, 2000. 127 p. Tese (Doutorado em Neurologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

RADKE, A.; NEUHAUSER, H. Prevalence and burden of headache and migraine in Germany.**Headache**, St. Louis, v. 49, n. 1, p. 79-89, Jan. 2009.

RAFFAELLI JÚNIOR, E. A cefaléia do tipo tensional pode ter caráter pulsátil? Parte II – A contestação. **Migrêneas & Cefaléias**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 73-74, abr./maio./jun. 2004.

RASKIN, N. H.; APPENZELLER, O. Headache. In: SMITH, L. H. (Ed.) **Major problems in internal medicine**. v. 19, Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1980.

RASMUSSEN, B. K In: Congress of International Headache Society Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. **Journal of clinical epidemiology**, Oxford, v. 44, n. 11, p. 1147-1157, 1991.

RHEE, H. Prevalence and predictors of headache in US adolescents. **Headache**, St. Louis, v. 40, n. 7, p. 528-538, Jul./Aug. 2000.

SANVITO, W. L. *et al.* The epidemiology of migraine in medical students. **Headache**, St. Louis, v. 36, n. 5, p. 316-319, May 1996.

SALAZAR, Helena - **A natureza do sofrimento em cuidados paliativos** - Dor e Cuidados Paliativos, Permyer Portugal, Lisboa, 2003, pág.9.

SANTINELLO, M.; VIENO, A.; DE VOGLI, R. Primary headache in Italian early adolescents: the role of perceived teacher unfairness. **Headache**, St. Louis, v. 49, n. 3, p. 366-374, Mar. 2009.

SAPETA, Ana Paula – Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica, **In: Investigação em Enfermagem**, nº7, Coimbra, Fevereiro, 2000.

SELBY, G.; LANCE, J. L. Observation on 500 cases of migraine and allied vascular headache. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 23, n. 1, p. 23-32, Feb. 1960.

SHIFMAN, A. ;GROSS, M. D.; **Diagnostic targeting of temporomandibular disorders** . Journal oral rehabilitee, vol. 28: p. 1056-63, 2001.

SILBERSTEIN, S. D.; LIPTON, R. B.; GOADSBY, P. J. **Headache in Clinical Practice**. Reprinted. Oxford; Isis Medical Media, 1998. Cap. 2.

SILBERSTEIN. **Headache and other head pain**. 7th ed. New York, Oxford university press. 2001:478-479.

SJAASTAD, O. The International Headache Society. A multi-disciplinary forum. **Cephalalgia**, Oslo, v. 3, n. 1, p.10, Mar. 1983.

SPECIALI, JG. **Classificação das cefaléias**. Medicina, Ribeirão Preto, 30:421-427, out./dez. 1997.

STRUGINSKI-BARBOSA, J. ;DACH, F.;SPECIALI, J. G. Relationship between primary headache and fibromyalgia: literature review(in portuguese). Rev. Bras. Reumatol. 2007, 47: 1140120.

TOMMASO M., SARDARO, M. et al.:Fibromyalgia comorbidity in primary headaches .*cefhalalgia* 2009.29:453-464.

VASCONCELOS, Marcio Moacyr– **Tratamento da Dor** – Incrivelmente Fácil - Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

VALENÇA, M. M. ; SILVA , L. C.; OLIVEIRA, D. A.; MARTINS, H. A. L. MEDEIROS F. L. et al . fibromigrânea uma nova definição para uma velha doença? Headache Medicine. 2011; 2(3): 89-95.

VALENÇA, M.M.; MEDEIROS, F.L.;MARTINS, H.A.;MASSAUD,R. M.;PERES M.F.P.;Neuroendocrine Dysfunctionin Fibromyalgia and Migraine. **Headache Reports** 2009, 13:358–364

VINCENT, M. *et al.* Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p.734-743, dez. 1998.

WANG, P. J.; TSAI, J. J. Headache characteristics of migraineurs in a headache clinic in Taiwan. In: Congress of International Headache Society, 9th, 1999, Barcelona . **Cephalalgia**, Oslo: Scandinavian University Press, 1999. p. 335.

WANG, S. J. *et al.* Comorbidity of headache and depression in the elderly. **Pain**, Amsterdam, v. 82, n. 4, p.239-243, Sep. 1999.

WALL, Patrick, MELZACK, Ronald – O Desafio da Dor - **Fundação Calouste Gulbenkian**, Lisboa, 1982.

WOLFE,S.,STAVERN,G. V.;**Characteristics of patients presenting with ocular pain**, Can J. ofthamol,2008;vol. 43;432-4.

YOON, M. S., MUELLER, D., HANSEN,POITZ,F., SLOMKE,M., DOMMES, P., DIENER,H.C., KATSARAVA,Z. OBERMANN,M. Prevalence of facial pain in migraine: A population-based study. *Cephalagia* 2009;30(1);92-96.

ZÉTOLA, V. H. F. *et al.* Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 3-B, p. 559-564, set. 1998.

ZEEBERG P., OLSEN J., JANSEN R., **Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache Centre: field-testing proposed new appendix criteria.***Cephalalgia*. 2009; 29:214-220.

Apêndices

Revisão sistemática

Prevalência, classificação e incapacidade de pacientes com migrânea facial:*uma análise sistemática.*

Prevalence, classification and disability of patients with facial migraine: a
systematic review

José Justino da Silva Júnior ¹, Marcelo Moraes Valença ², Fabíola Lys de Medeiros
³,Elizabeth arruda Carneiro Ponzi ⁴, Paula Rejane Gomes de Oliveira Justino.

¹ Mestre em Ciências Farmacêuticas e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE

²Mestre em Ciências Biológicas Doutor em Ciências Fisiologia Geral e Professor Adjunto de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

³Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e doutora em Ciências Biológicas

⁴ Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e doutora em Ciências Farmacêuticas da UFPE, Professora e Coordenadora das disciplinas de Cirurgia II e Traumatologia edo centro de laser da Universidade Federal de Pernambuco.

⁵Graduada em Psicologia e especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela FAFIRE

Endereço para correspondência:

Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Cidade Universitária, Recife. 50670-420, PE, Brasil.

Fone/fax 55 81 21268539

RESUMO

Uma das maiores preocupações dos profissionais da área de saúde é a dor. Além de ser um dos sinais mais comuns às mais diversas afecções físicas e/ou psicológicas, é também um dos principais motivos de busca por tratamento. Estudos de casos a despeito da existência de sintomas migranosos em diversas regiões do corpo, dentre elas as dores faciais, são freqüentes visto que as incidências são cada vez maiores perfazendo um contingente significativo. Nesta busca sistemática da literatura dos últimos 10 anos foram apenas encontrados 08 artigos nas principais bases de dados eletrônicas a despeito da prevalência, classificação e incapacidade de pacientes portadores de dores migranasas orofaciais. A incapacidade dos pacientes portadores de migrânea é comprovada em pesquisa (MIDAS), enquanto apenas foi encontrado estudo de alguns casos clínicos com representante de prevalência desta patologia nos caso cefalálgicos e na classificação foram utilizados critérios da AAOP e o RDC-TMD foram diagnosticados com dor mastigatória, resultando num total de 92,7%. **Palavras chaves:** cefaléia, dor facial e prevalência.

ABSTRACT

A major concern of health professionals is the pain. Besides being one of the most common signs to various physical ailments and / or psychological, is also one of the main reasons for seeking treatment. Case stud despite the existence of migraine symptoms in several body regions, among them facial pain, are frequently seen that the incidences are increasing making a significant contingent. In this systematic search of the literature of the last 10 years were found only 08 articles in major electronic databases, despite the prevalence, classification and disability of patients with orofacial pain of migraine. The disability of patients with migraine is proven in study (MIDAS), whereas only been found in some cases clinical study with a representative of the prevalence of this disease in case headaches and were used in the classification criteria

of the RDC-TMD AAOP and were diagnosed with masticatory pain resulting in a total of 92.7%. **Key words:** headache. Facial pain. Prevalence.

INTRODUÇÃO

Cefaléia é um sintoma muito freqüente e deve ser considerado um sinal de alerta, seja ela conseqüência de problemas graves ou não. A classificação das cefaléias tem utilidade clínica, auxiliando no estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e abordagem terapêutica, e científica, uniformizando a nomenclatura dos diversos tipos de cefaléia, estudados em diferentes centros de investigação (SPECIALI, 1997).

“Indiscutivelmente, a elaboração de uma Classificação das Cefaléias, internacionalmente aceita, foi de extrema importância para uniformizar os diagnósticos, contudo se ela é excelente para excluir, torna-se falha quando o que está em jogo é a inclusão” (Farias da Silva, 2006).

A cefaléia crônica diária (CCD) primária representa um grupo de cefaléias com freqüência diária ou quase diária, por mais de seis meses. Embora de ocorrência comum não seja bem definida levando a controvérsias quanto a sua identificação, nomenclatura e abordagem. Em estudos clínicos retrospectivos dos diagnósticos das cefaléias primárias em 300 pacientes antes para evolução para CCD descrevem os seguintes resultados: migrânea transformada (MT) em 271 pacientes (90,3%), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) em 26 pacientes (8,7%) e cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS) com duração não continua e reinício leve e progressivo foi o mais observado. (MOREIRA FILHO & KRYMCHANTOWSKI, 2000).

Segundo Okerson (1998), existem controvérsias se a contração muscular é o principal fator etiológico da cefaléia ou se é, meramente, uma resposta à dor. Outros fatores parecem contribuir para ocorrência dos episódios de cefaléia, especialmente aqueles relacionados ao estresse emocional, ansiedade e depressão.

Migrânea é definido pela International Headache Society (IHS), como uma punhalada ou cefaléia latejante com a máxima intensidade dolorosa, em geral na frontotemporal região e sintomas acompanhantes (ICHD-II)(Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004).

Alodinia cefálica e extracefálica são reconhecidos como um sinal comum de sensibilizações sensoriais durante episódios enxaqueca. No entanto, a ocorrência de enxaqueca com dor no corpo não tenha sido plenamente exploradas. CUADRADO *et al* descreveu três casos clínicos de pacientes com dor espontânea no corpo associado a ataques de enxaqueca (CUADRADO *et al*, 2007).

Migrânea pode ter uma variedade de sintomas, incluindo dores atípicas. Algumas condições de dor não cefaléia dor têm sido relacionados com a migrânea. Esse é o caso da migrânea abdominal, uma dor abdominal episódica que é visto principalmente nas crianças como um precursor da migrânea. (CUADRADO *et al*, 2007). Entre 152 migranosos, de um total de 245 pacientes com cefaléia, Raudino encontrou 10 pacientes com dor migrânosa nos membros. (RAUDINO, 1994).

Ocasionalmente, os pacientes são encaminhados para unidade de avaliação de dor orofacial e descrevendo um tipo de dor dentária episódica, que duas horas ou dias. Alguns destes doentes tiveram tratamento dental, por este motivo. Quando perguntado especificamente, eles relatavam algum grau de cefaléia associada aos episódios, e, curiosamente, reminiscência de sintomas acompanhantes de migrânea. No estudo de dois casos clínicos descritos. GAUL *et al* concluiu que bem como em semelhantes casos na literatura, a dor da migrânea não se pode restringir-se apenas à primeira divisão do ramo nervoso trigeminal, mas pode também se estender aos dois ramos orofaciais (ou seja, a maxila e mandíbula). (GAUL *et al*, 2007).

Até agora, poucas descrições de casos individuais e pequenas séries de casos têm sido descritos como apresentando enxaqueca isolada com dor facial ou dos dentes. (Namazi, 2001 e Campbell, 1988). Estas condições apresentam-se subjacente aos

sintomas da enxaqueca, muitas vezes ainda não são reconhecidas. (Katsavara *et al* ,2007 e Grau *et al*, 2007)

Estes pacientes são muitas vezes atendidos primeiramente por dentistas ou médicos clínicos gerais com pouca experiência em diagnóstico de migrânea e são erroneamente diagnosticados como “sinusites” ou neuralgia do trigêmeo. (Erosset *al*, 2007)

METODOLOGIA

Uma busca sistemática na literatura foi realizada no mês de julho de 2008, nas bases de dados eletrônicas Medline (National Library of Medicine), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo(Scientific ElectronicLibrary Online) e Pubmed. Esta busca priorizou estudos publicados nos últimos 10 anos,que envolvessem as representações da migrânea como dores faciais. Utilizamos na busca bibliográfica a combinação de três palavras-chaves: “migraine facial pain”.

Com o objetivo de definir claramente a adequação da literatura encontrada para esse estudo de revisão, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) referir à influência e/ou ação da dor migrânosa na região facial; b) relacionar-se a uma classificação do diagnóstico de migrânea facial; c) correlacionar os episódios de ataques de migrânea com a incapacidade do desenvolvimento de atividades cotidianas ; d) artigos publicados em inglês, português e espanhol.

Os critérios de exclusão foram desenvolvidos para eliminar artigos que não utilizassem em sua metodologia os parâmetros acima listados. Os critérios de exclusão foram: a) estudos de revisão; b) short communication; c) não disponibilidade no formato full text; d) publicações nos demais idiomas, mesmo com resumos em língua inglesa;

Extração dos Dados dos Artigos

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor. Após seleção criteriosa dos estudos dessa revisão, os artigos foram classificados de acordo com o sistema orgânico a que se referia ou classificados como estudo comportamental e/ou somático. De cada artigo foram extraídas as seguintes informações disponíveis nos mesmos: ano da publicação, período de manipulação, instrumento de manipulação empregado, áreas ou parâmetros avaliados e resultados encontrados.

RESULTADOS

Nós identificamos, na primeira busca, com o uso das palavras-chaves escolhidas, 142 citações, das quais 15 foram eliminadas imediatamente por se tratarem de artigos de revisão e 11 por não estarem disponíveis no formato *full text*. Após uma análise mais criteriosa, 02 artigos foram retirados do estudo por se tratarem de *short communication*, e 106 por não relacionarem com a prevalência, classificação e incapacidade de pacientes com migrânea facial, nem abordarem parâmetros de causa e/ou influencia dos ataques de migrânicos com sintomas de dor orofacial. Permanecendo na análise sistemática 08 artigos.

Dos artigos selecionados, dividimos, após leitura do resumo, por categorias. De acordo com o que se tratava o foco do estudo. Encontramos artigos relacionando a migrânea facial com **classificação diagnóstica, prevalência, incapacidade de desenvolvimento de atividades cotidianas**. Além daqueles que estudavam parâmetros **tratamento e sintomas atípicos**. Com base nessa categorização obtivemos os resultados analisando os dados de acordo com a classificação, prevalência e critérios de diagnóstico.

Tabela 01 – Distribuição do número de artigos selecionados na análise sistemática, de acordo com o tipo de estudo.

	Classificação diagnóstica	Prevalência	Incapacidade	Total
Migrânea facial	03	05	01	09

Tabela 02 –Distribuição dos dados, de acordo com o tipo de estudo, autores, ano de publicação, avaliação realizada e resultados encontrados.

Categorias	Autor e Ano	Avaliação	Resultados
Classificação	Benoliel et al., 2008.	Análise dos critérios de diagnóstico de dor orofacial da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS), da academia americana de dor orofacial (AAOP) e do exame emastigatória, resultando num total diagnóstico de desordem temporomandibular (RDC/TMD)	Aplicando os critérios diagnósticos da IHS 184 pacientes (total de 328) foram diagnosticados com sucesso. Dos demais, 144 ao se aplicar os critérios da AAOP e o RDC-TMD foram diagnosticados com dor (AAOP) e do exame emastigatória, resultando num total de 92,7%.
	Al-Din et al., 2005	Diagnóstico da síndrome de migrânea e dor facial associado com sintomas localizados na face ou ouvido e mudanças autonômicas.	Relato de um espectro de apresentação clínica de cefaléia, dor facial e/ou ouvido foram associados com características sugestivas de disfunção localizada de hiperemia/autônoma.
	wolfe et al., 2008	Avaliação de pacientes com queixa de dor ocular com exame neuroimagem (neuro-oftalmológico) normais e prevalência de cefaléia primária	Cerca de 75% dos pacientes apresentaram cefaléia primária, 21% faziam uso excessivo de medicação para cefaléia e 4,5% tiveram abuso de medicação, sendo que nenhuns apresentaram ao

			exame de imagens justificativas para dor ocular.
Incapacidade	Mitirattanakul e Merrill, 2006.	Avaliação de um cruzamento seccional para estabelecer a incapacidade da cefaléia, através do MIDAS, em pacientes com dor orofacial e migrânea.	Pacientes com dor orofacial apresentam grande prevalência de migrânea do que os pacientes com dor dentária comum (72,7%). Categorizou nos 565 pacientes com dor orofacial e cefaléia uma importante incapacidade no grau III e IV de MIDAS.

Prevalência	Obernann et al, 2007	Estudo observacional de casos clínicos de dor unilateral em terceiros divisão do nervo trigêmeo (V ₃) acompanhado por características autonômicas atípicas de migrânea semelhante à foto e fotofobia.	Este estudo suportou a hipótese de um mecanismo de convergência dos núcleos do trigeminal associado com dor atípica desenvolvendo o entendimento do mecanismo fisiopatológico da transmissão da dor trigeminal e da plasticidade neural.
	Peñarrocha et al, 2004	Estudo de 11 casos clínicos de dor vascular na face denominada de migrânea de terço inferior da face	Nove dos pacientes analisados apresentaram melhora com o tratamento, com uma importante redução dos episódios e intensidade da dor, 01 paciente deixou de responder a ergotamina, enquanto outro melhorou com a indometacina.
	Gaul et al, 2007	Avaliação de 02 casos clínicos de migrânea orofacial	Descrição de 02 casos de pacientes com queixa de dor de dente e descrição e ataques de migrânea atípica cumprindo os critérios da ICHD-II
	Alonso e Nixderf, 2006	Relato de 04 casos clínicos de desordem de cefaléia com presença de dor de dente associada.	Desordem de cefaléia pode estar presente com dor em qualquer região da distribuição trigeminal, inclusive dentes e maxilar

	Yoon et al , 2009.	Avaliou a real prevalência de dor facial na enxaqueca em uma amostra populacional de 517 pacientes com enxaqueca na Alemanha.	Nossos resultados demonstraram que a dor facial não é raro na enxaqueca, enquanto que a enxaqueca facial isolada é extremamente rara.
--	-----------------------	---	---

DISCUSSÃO

Classificação e diagnóstico

Quando aplicamos para fins de diagnóstico e classificação das algias cefálicas os três critérios vigentes na literatura, os quais são: a classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia, a classificação da sociedade americana de dor orofacial e a dos critérios diagnósticos para desordem temperomandibular (RDC/TMD), curiosamente, os resultados, segundo Benoliel (2008), para exames de habilidade integrada para diagnóstico de cefaléia e dor orofacial é de quase 100%.

Wolf et al (2008) realizou um estudo com 125 pacientes com queixa de dor facial e cefaléia, os quais se observaram um quadro clínico neuro-oftalmológico de dor crônica ocular, porém ao exame neuro-oftalmológico apresentou neuroimagem sugestivas de normalidade. Destes setenta e sete por cento tiveram sintomas típicos de cefaléia primária, resultando assim em um quadro diagnóstico de migrânea com extensão em cabeça e dor facial (ramo trigeminal oftálmico “V₁”). (Wolf et al, 2008).

Nos trabalhos de La-Din et al (2005) em um espectro de apresentações clínicas de cefaléia a dor facial e/ ou otalgia foram associadas a critérios de disfunção de hiperemia/autônômica.

Incapacidade

Mitrirattanakul e Merrill (2006) avaliaram em seu estudo o estabelecimento da incapacidade da cefaléia (MIDAS) em pacientes com dor orofacial. Analisaram 337 pacientes com dor orofacial crônica e 367 com dor de dente comum, ambos de controle difícil, os quais foram submetidos a três categorias menores: cefaléia primária (CP), desordem músculo esquelético (MS) e dor neuropática (NP).

Os pacientes portadores diagnosticamente de dor facial têm uma grande prevalência de cefaléia (72,7%) com um escore total de MIDAS maior e cefaléia nas três meses anteriores. Em 56% destes pacientes com dor orofacial e cefaléia foram categorizados dentro de um alto impacto de incapacidade segundo MIDAS (grau III e grau IV).

Prevalência

Em uma série de sete casos clínicos de pacientes migranosos com características atípicas de ataque de migrânea sem áurea e com localização atípica de dor na face em um ou ambos dos dois ramos inferiores da distribuição do nervo trigêmeo (V_2 e V_3), a apresentação heterogenia da migrânea dificulta o diagnóstico até mesmo dos especialistas em cefaléia. Despertando segundo Obermann (2007) a necessidade de um conhecimento aprimorado do processo fisiopatológico nociceptivo trigeminal na migrânea e na compreensão da plasticidade neuronal.

Conforme Alonso et al (2006) o presente entendimento de neuroanatomia e mecanismo de cefaléia sugerem que a dor de cefaléia origina-se dentro de estruturas intracranianas e a partir daí dirige-se para a face, maxilar e dentes. Ainda segundo Alonso e colaboradores nos seus relatos de 04 casos de pacientes que descrevem dor de dente e cefaléia do tipo migrânea, paradoximal, hemicraniana e contínua, todos estiveram em consulta com o dentista com queixa principal de dor de dente e com insucesso nos tratamentos dentários realizados sem alívio da dor.

Graul e col. (2007) descrevem a prevalências de dois casos clínicos de pacientes com queixa principal de dor dentária (odontalgia) e na anamnese além desta queixa descreve também episódios de migrânea típica preenchendo adequadamente os critérios

de diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD-II 1.1). Ao discernir a despeito dos sintomas relataram localização unilateral, ataques de dores episódicas, características pulsáteis e duração de 4 a 72 horas e sensibilidade a som, luz e movimento.

Assim segundo Graul et al (2007) quando são excluídas as patologias do dente, tecidos circunvizinhos e áreas distantes e o diagnóstico diferencial concordando com os critérios da Associação Internacional de Cefaléia para migrânea pode definir como uma migrânea atípica de localização pouco usual.

Peñarrocha et al (2004) descreve a migrânea facial como patologia usualmente desenvolvida nos primeiras quatro décadas de vida, seguido de um decréscimo gradual nas frequências de crise de dor e distingue-se da cefaléia tradicional através de sua predominância pelo gênero feminino e longa duração dos episódios de dor (usualmente após 04 horas e às vezes ao longo de vários dias), ausência de migrânea explosiva alternando com episódios assintomáticos associados a manifestações migranosas atípicas semelhantes a náuseas e vômitos.

De acordo com Yoon *et al* (2009) em 46 dos 517 pacientes migranosos estudados na amostra, cerca de 8,9%%, desenvolveram dores envolvendo a cabeça e o terço inferior da face, os quais sofrem mais sintomas trigêmio-autonômicos. Todavia o viés da pesquisa de interesse do baixo índice de pacientes com dor facial isolada sem qualquer sintoma de enxaqueca isolada poderia ser negligenciado.

CONCLUSÃO

O tratamento da migrânea de ocorrência na face não é diferente do que a dor de ocorrência na cabeça sendo assim de fundamental importância o conhecimento do Cirurgião-Dentista da doença cefaléia, tornando o mesmo capaz de identificar a cefaléia mascarada como dor de dente. A incapacidade comprovada no MIDAS, que dificulta o desenvolvimento de atividades cotidianas dos pacientes afetados com a migrânea facial, torna relevante seu estudo e diagnóstico precoce. Os casos de migrânea facial apesar do número reduzido de casos clínicos relatados na literatura não parece ser pouco freqüente na população. Algas migranosas iniciam-se intracranialmente e podem afetar os núcleos trigeminais e direciona-se para a face através de seus ramos trigeminais.

BIBLIOGRAFIA

- AL-DIN, A., MIR, R., DAVEY, R., LILY, O. AND GHASUS, N. (2005), **Trigeminal cephalgias and facial pain syndromes associated with autonomic dysfunction.** Cephalalgia, 25: 605W–611. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00935.
- ALONSO, A. A.; NIXDORT, D. R. **Case series of four different types presenting as tooth pain.** JOE, Volume 32, number 11, November, 2006.
- BENOLIEL, R., BIRMAN, N., ELIAV, E. AND SHARAV, Y. (2008), **The International Classification of Headache Disorders: accurate diagnosis of orofacial pain?** Cephalalgia, 28: 752–762. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01586.
- CAMPBELL. J. K. Facial pain due to migraine and cluster headache. Semin neurology 1988; 8: 324-31.
- CUADRADO, M.L., YOUNG, W.B., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C., ARIAS, J.A. & PAREJA, J.A., **Migrainous corpalgia: body pain and allodynia associated with migraine attacks.** Cephalalgia, 2007, 28, 87–91.
- EROSS, E., DODICK, D. EROSS, M. **The sinus, allergy and migraine study(SAMS).**

Headache 2007; 47:213-24.

FARIAS DA SILVA, W. **Cefaléias primárias: teoria e prática: tópicos seletos**. Rio de Janeiro: Sociedades Brasileiras de Cefaléia, 2006; p.141.

SPECIALI, JG. **Classificação das cefaléias**. Medicina, Ribeirão Preto, 30:421-427, out./dez. 1997.

GRAUL, C.; SANDOR, P.S.; GALLI, U.;PALL,N. & ETTLIN, D. A. **Orofacial migraine** Cefhalgia, vol. 27, 2007,950-952.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY.**The international Classificatin of Headanche Disorders**. Cefhalgia,2004;24,2nd edn, 9-160.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY.**Classification and diagnostic criteria for headache disorders.Cranial neuralgias and facial pain**.Cephalgia. 1988; 8(7):1- 96.

KATSARAVA, Z. OBERMANN, M. YOON, M. S. DOOMMES,P. KUZENETSOVA, J.,WEIMAR, C. ET AL . **Prevalence of cluster headache in a population-based sample in Germany**. Cephalagia 2007;27:1014-19;

MITRIRATTANAKUL, S.;. MERRILL, R. L., **Headache impact in patients with orofacial pain**,J. Am Dent Assoc. 2006; 137; 1267-1274

MOREIRA FILHO, P. F. ; KRYMCHANTOWSKI,A. V.;MOHL, N.D., DIXON, D.C. **Current status of diagnostic procedures for temporomandibular**. J Am Dent Assoc, Chicago, v.125, n.1, p.56-64, jan. 1994.

NAMAZI, M.R. Presentation of migraine as odontologia. Headache, 2001;41; 420-1.

OKESON J. P. **Dor orofacial: guia para avaliação, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Quintessence; 1998.

OBERMANN, M. ,MUELLER, D. ;YOON, M-S, PAGELER, L, DIENER, H.C. & KATSARAVA, Z.,**Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challen** *Cephalalgia*, 2007, **27**, 1278–1282

PEÑARRACHA, M.; BANDÉS, A.; PEÑARRACHA, M. &BAGÁN, J.V. **Lower-half facial migraine: A report of 11 cases.** J. oral maxillofac Surg 62:1453-1456, 2004.

RAUDINO, F. **Limb pain and headache.** Headache 1994;34:169–71.

WOLFE,S.,STAVERN,G. V.;**Characteristics of patients presenting with ocular pain**, Can J. ofthalmol,2008;vol. 43;432-4.

YOON, M. S., MUELLER, D., HANSEN,POITZ,F., SLOMKE,M., DOMMES, P., DIENER,H.C., KATSARAVA,Z. OBERMANN,M. Prevalence of facial pain in migraine: A population-based study. *Cephalalgia* 2009;30(1);92-96.

Migrânea da metade inferior da face

Migraine lower half of the face

José Justino da Silva Júnior ¹, Marcelo Moraes Valença ², Fabíola Lys de Medeiros ³, Elizabeth arruda Carneiro Ponzi ⁴, Paula Rejane Gomes de Oliveira Justino ⁵, Jose Eulálio Cabral-Filho ⁶

¹ **Mestre em Ciências Farmacêuticas e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE**

² **Mestre em Ciências Biológicas Doutor em Ciências Fisiologia Geral e Professor Adjunto de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.**

³ **Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e doutora em Ciências Biológicas**

⁴ **Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e doutora em Ciências Farmacêuticas da UFPE, Professora e Coordenadora das disciplinas de Cirurgia II e Traumatologia e do centro de laser da Universidade Federal de Pernambuco.**

⁵ **Graduada em Psicologia e especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela FAFIRE.**

⁶ **Doutorado Farmacologia (neurofarmacologia)**

Endereço para correspondência:

Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Cidade Universitária, Recife.50670-420, PE, Brasil.

Fone/fax 55 81 21268539

RESUMO

As dores faciais em portadores de migrânea têm sido descritas em diversos casos clínicos dentro da literatura, sendo o emprego sistemático desses critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Cefaleia (ICHD II) contribuindo muito para o diagnóstico diferencial. Analisamos o perfil dos diversos casos clínicos relatados na literatura como Migrânea da metade inferior da face e descrevemos três novos casos. As

etapas metodológicas da pesquisa podem ser sumarizadas como revisão sistemática da literatura de artigos descritivos de casos clínicos, extração dos dados e descrições de suas características clínicas e diagnósticas em conjunção com a descrição de nossos casos. Concluiu-se neste estudo que a frequência de casos clínicos de pacientes portadores de migrânea em metade inferior da face é rara, ressaltando-se a importância de estudos de prevalência e de seu diagnóstico diferencial. **Palavras-chave:** Neurologia. Dor facial. cefaléia.

ABSTRACT

The facial pain in patients with migraine have been described in several case reports in the literature, and the systematic use of these diagnostic criteria of the International Headache Classification (ICHD II) contributes much to the differential diagnosis. We analyzed the profile of several clinical cases reported in the literature as Migraine lower half of the face and described three new cases. The methodological steps of the research can be summarized as systematic literature review of articles describing clinical cases, data extraction and descriptions of its clinical features and diagnostic in conjunction with the description of our cases. It was concluded in this study that the frequency of clinical cases of patients with migraine in the lower half of the face is rare, highlighting the importance of studies of prevalence and differential diagnosis. **Keywords:** Neurology. Facial pain. Headache.

INTRODUÇÃO

A teoria atual das causas da cefaleia migranosa descreve que a liberação de mediadores inflamatórios neuropeptídeos, tais como o gene da calcitonina peptídeo relacionado (CGRP), a substância P, prostaglandinas e neuroquinina A, são responsáveis por uma inflamação neurogênica (MAY E GOADSBY, 1999, CECCHINI et al, 2003 e BUZZI et al, 2003).

Cefaleias primárias como a migrânea, salvas e hemicrania paroxística são associadas com o aumento dos níveis de CGRP medidos a partir da veia jugular durante as crises de cefaléia. Esta inflamação estéril demonstrou resultar em um aumento do fluxo sanguíneo intracraniano unilateral relacionado com rubor facial no lado de estimulação (EDVINSSON, 2004).

Migrânea facial é um subtipo de migrânea que por muitas vezes é chamada por um número considerável de autores como migrânea da metade inferior da face (RASKIN, 1988; OKERSON, 1996). A migrânea metade inferior da face compreende uma dor relatada na metade inferior do rosto, principalmente o maxilar inferior e bochecha. No entanto, algumas tentativas têm sido feitas para caracterizar ou categorizar pacientes com tal dor (PENARROCHA et al., 2004).

Dor vascular na face constitui uma variedade de cefaleia, sendo sua localização ou área de desenvolvimento atípica, relativamente comum e independente do território de inervação e dos centros de distribuição arterial. Dor orofacial de origem vascular é de diagnóstico importante e terapêutico bastante relevante. As semelhanças entre dor vascular e a odontalgia, quando é mencionado o efeito desta dor nas estruturas orais, contribuem para seu diagnóstico diferencial (PENARROCHA et al., 2004).

De acordo com a classificação da sociedade internacional de cefaléia para estudo da dor, a dor vascular em face inclui cefaleia em salvas, paroxística hemicraniana contínua e migrânea. De qualquer maneira, embora as duas primeiras formas de condições predominem os efeitos na zona periorbital, migrânea é tipicamente localizada em região cefálica superior (BITTAR et al., 1992).

A migrânea pode ter uma variedade de sintomas incluindo dores atípicas. Dores atípicas de cefaleia em localização ectópica têm sido constantemente relacionadas às crises de migrânea. Por exemplo, temos os casos de migrânea abdominal, uma dor abdominal episódica que é visto principalmente em crianças como um precursor de migrânea.

Em um estudo de prevalência realizado na Alemanha, Yoon *et al* (2009) observaram um percentual de 15,4% de indivíduos com migrânea, destes 154(29,8%) descreveram recorrente dores faciais, 46 migranosos (8,9%) sofreram ataques de dores craniais e faciais unilaterais acompanhados de sintomas autonômicos típicos de migrânea. Além disso, se comparados aos pacientes migranosos, foi encontrado uma diferença estatística com $p < 0,001$, totalizando um percentual de 7,9% dos pacientes migranosos.

METODOLOGIA

Uma busca sistemática na literatura foi realizada no mês de julho de 2012, nas bases de dados eletrônicas Medline (National Library of Medicine), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed. Esta busca priorizou estudos publicados que envolvessem caso de dor em metade inferior da face. Utilizamos na busca bibliográfica a combinação de três palavras-chaves: “migraine, facial e pain”.

Com o objetivo de definir claramente a adequação da literatura encontrada foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) referir à influência e/ou ação da dor migranosa na região facial; b) relacionar-se e descrever casos com diagnóstico de migrânea metade inferior da face; c) correlacionar os episódios de migrânea com as dores em terço inferior da face e seu fatores acompanhantes ; d) artigos publicados em inglês, português e espanhol.

Os critérios de exclusão foram desenvolvidos para eliminar artigos que não utilizem em sua metodologia os parâmetros acima listados. Os critérios de exclusão foram: a) estudos de revisão; b) short communication; c) não disponibilidade no formato full text; d) artigos que não mencionassem descrições de casos de migrânea em terço inferior da face e) publicações nos demais idiomas, mesmo com resumos em língua inglesa;

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor. Após seleção criteriosa dos estudos foram extraídos os dados referentes às

características de diagnóstico e tratamento dos casos clínicos relatados pelos autores De cada artigo foi extraído as seguintes informações disponíveis nos mesmos: autor, ano da publicação, sexo dos pacientes, assim como sua idade, antecedentes de migrânea, intensidade, tratamento e localização da dor, suas alterações vegetativas, frequência e duração das crises.

Logo após descrevemos em uma tabela com todos os casos clínicos de pacientes citados na literatura onde podemos observar todos os dados a despeito das características clínicas e diagnósticas destes portadores de migrânea da metade inferior da face e correlacionarmos os mesmos com os casos clínicos por nós diagnosticados de tal cefaleia ectópica extra cefálica na face.

RESULTADOS

Foi relacionado nas tabelas descritas neste artigo um total de 27 casos, dos quais 24 foram descritos na literatura com casos clínicos por cinco diferentes autores e com características de coleta de dados clínicos distintos. Além disso, também fez parte de nossos resultados um grupo de três casos clínicos descritos por nós em nossa prática com suas características clínicas e diagnósticas distintas.

Na tabela 01 descrevemos além de dados pessoais dos pacientes, tais com o sexo e idade, os seus antecedentes de migrânea, a sua intensidade, localização e tratamento, em uma correlação descritiva com seus respectivos autores e ano de sua publicação.

Na tabela 02 foram descritos as alterações vegetativas descritas nos casos clínicos pelos autores, além da duração e frequência das crises de migrânea em metade inferior da face.

Tabela 01 – Descreve as características clínicas, tratamento, localização e autores dos casos clínicos de migrânea terço inferior da face.

Pacientes	Sexo	Idade	Antecedentes de migrânea	Intensidade	Alterações Vegetativas	Tratamento	Autor /ano	LOCALIZAÇÃO	Aura
Paciente o1	F	25	NÃO	SEVERA	SIM	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Mandíbula	-
Paciente o2	F	53	NÃO	SUAVE	NÃO	INDOMETACINA	Peñarrocha,2007	Maxilar	-
Paciente o3	F	30	NÃO	SEVERA	SIM	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Hemifacial	-
Paciente o4	F	23	NÃO	SUAVE	SIM	INDOMETACINA	Peñarrocha,2007	Maxilar	-
Paciente o5	M	22	NÃO	SUAVE	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Mandibular	-
Paciente o6	F	46	SIM	SUAVE	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Periorbital	-
Paciente o7	F	32	NÃO	SUAVE	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Periorbital	-
Paciente o8	F	41	NÃO	SEVERA	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Mandíbula	-
Paciente o9	F	25	SIM	SUAVE	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Periorbital	-
Paciente 10	F	33	NÃO	SUAVE	NÃO	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Maxilar	-
Paciente 11	F	57	SIM	SEVERA	SIM	ERGOTAMINA	Peñarrocha,2007	Maxilar	-
Paciente 12	H	52	-	SEVERA	SIM	IDOMETACINA	Alonso,2006	Maxilardireito	-
Paciente 13	M	30	SIM	-	SIM	-	Al-din et al,2005	-	NÃO
Paciente 14	F	47	NÃO	-	SIM	-	Al-din et al,2005	-	NÃO
Paciente 15	F	36	SIM	-	SIM	-	Al-din et al,2005	-	SIM
Paciente 16	F	44	-	-	SIM	ZOLMITRIPTAN	Grau et al,2007	Mandibular esquerda	NÃO
Paciente 17	F	48	-	SEVERA	NÃO	TRIPTOFANO	Grau et al,2007	Maxilar direito	SIM
Paciente 18	M	57	NÃO	SEVERA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Maxilar direito	-
Paciente 19	F	54	SIM	SEVERA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Maxilar direito	-
Paciente 20	F	46	SIM	MODERADA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Maxilar emandíbula E	-
Paciente 21	F	68	SIM	SEVERA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Maxilar e mandibular E	-
Paciente 22	F	51	SIM	MODERADA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Mandibulare maxilar D	-
Paciente 23	F	65	SIM	SUAVE	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Mandibular direito	-
Paciente 24	F	47	SIM	SEVERA	-	TRIPTAN	Obermann et al,2007	Maxilar e mandíbula E	-
Paciente 25	F	12	SIM	SUAVE	SIM	-	CASO CLÍNICO	MAXILAR D e E.	SIM
Paciente 26	F	24	NÃO	SUAVE	SIM	-	CASO CLÍNICO	PERIORBITÁRIA	-
Paciente 27	F	15	SIM	SUAVE	SIM	-	CASO CLÍNICO	MAXILAR E PERIORBITA	-

Tabela 02 – descreve as alterações vegetativas duração e frequência os dores nos pacientes com migrânea em terço inferior da face

Paciente	Ptose	Hiperemia subconjuntival	Congestão nasal	Rino-rréia	Lacrimajamento	Duração dor	Frequência	Autor/ano	Fotofobia	Fonofobia	esforço físico	Náuseas	Vômitos
Paciente 1	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 2	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	--
Paciente 3	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 4	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 5	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 6	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 7	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 8	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 9	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 10	-	-	-	-	-	-	--	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 11	-	-	-	-	-	-	-	Peñarrocha,2007	-	-	-	-	-
Paciente 12	-	-	-	-	-	2 hs-5dias	-	Alonso,2006	-	-	-	-	-
Paciente 13	SIM	SIM	SIM	SIM	-	6-7 Hs	1-3 /semana	Al-din et al,2005	-	-	-	-	-
Paciente 14	SIM	SIM	SIM	SIM	-	>24 Hs	1-2 /ano	Al-din et al,2005	-	-	-	-	-
Paciente 15	SIM	SIM	SIM	SIM	-	12-24 Hs	3-4/ semana	Al-din et al,2005	-	-	-	-	-
Paciente 16	-	-	-	-	-	20min/2 horas	-	Grau et al,2007	Sim	Sim	-	-	-
Paciente 17	-	-	-	-	-	24 horas	1 a 2 /semana	Grau et al,2007	Sim	Sim	Sim	-	-
Paciente 18	-	-	-	-	-	2-3 dias	-	Obermann et al,2007	-	-	-	-	-
Paciente 19	-	-	-	-	-	0.5-3 DIAS	1-2 MÊS	Obermann et al,2007	SIM	-	-	SIM	SIM
Paciente 20	-	-	-	-	-	1-3 DIAS	1-MÊS	Obermann et al,2007	-	SIM	-	-	-
Paciente 21	-	-	-	-	-	1-2 DIAS	4 MÊS	Obermann et al,2007	SIM	SIM	-	SIM	SIM
Paciente 22	-	-	-	-	-	0.5-1 DIAS	3-4 MÊS	Obermann et al,2007	-	-	-	SIM	SIM
Paciente 23	-	-	-	-	-	1-3 DIAS	2 MÊS	Obermann et al,2007	SIM	-	-	SIM	-
Paciente 24	-	-	-	-	-	1-2 DIAS	2-3 MÊS	Obermann et al,2007	-	-	-	SIM	SIM
Paciente 25	-	-	-	-	-	6 HS	Diária	CASO CLÍNICO	-	-	-	SIM	SIM
Paciente 26	-	-	-	-	-	12 Hs	DIARIA	CASO CLÍNICO	SIM	-	SIM	SIM	-
Paciente 27	-	-	-	-	-	12 Hs	DIÁRIA	CASO CLÍNICO	SIM	-	-	SIM	-

Os estudos de prevalência realizados por Yoon *et al* (2010) foram um dos poucos que relataram a presença de migrânea com dor facial em uma população de 517 migranosos, sendo seu percentual de 8,9% (n=46) casos de dor envolvendo o crânio e a face. Na literatura, como descrição de caso clínica os autores obtiveram apenas poucos casos relatados desta enfermidade cefálica em localização atípica na face, assim como nossa prática clínica descrevemos de um total de 270 caso de migrânea apenas três casos específicos e diagnosticados com migrânea da metade inferior da face.

Ainda de acordo com Yoon *et al* (2009) os 46 pacientes dos total de migranosos estudados desenvolveram dores envolvendo a cabeça e o terço inferior da face e sofriam mais de sintomas trigêmino-autonômicos. Todavia como viés da sua pesquisa, os possíveis baixo índice de pacientes com dor facial isolada sem qualquer sintoma de migrânea cefálica poderiam ter sido negligenciados visto sua procura ser mais inicialmente pelos dentistas

Conforme Alonso *et al* (2006) o presente entendimento de neuroanatomia e mecanismo de cefaleia sugerem que a dor cefálica origina-se dentro de estruturas intracranianas e a partir daí dirige-se para a face, maxilar e dentes.

Ainda segundo Alonso e colaboradores (2006), no seu relato, 04 pacientes descreveram presença da odontalgia e da cefaléia, sendo destes, apenas um caso com diagnóstico de migrânea, enquanto os demais tiveram cefaleia paroxística hemicraniana, hemicraneana contínua e cefaleia em salvas. Todos estiveram em consulta com o dentista com queixa principal de dor de dente e com insucesso de seus tratamentos dentários, ou seja, sem alívio da dor procuraram a clínica de neurologia.

Graul e col. (2007) descrevem dois casos clínicos de pacientes com queixa principal de dor dentária (odontalgia) e na anamnese além desta queixa descrevem também episódios de migrânea típica preenchendo adequadamente os critérios de diagnóstico da Sociedade Internacional de Cefaléia (ICHD-II 1.1). Ao se discernir à despeito dos seus sintomas, os mesmos relataram localização unilateral, ataques de dores episódicas, características pulsáteis e duração de 4 a 72 horas e sensibilidade a som, luz e movimento.

Assim segundo Graul et al (2007) quando são excluídas as patologias do dente, tecidos circunvizinhos e áreas distantes, e o diagnóstico diferencial concordando com os critérios da Associação Internacional de Cefaléia para migrânea pode definir como uma migrânea atípica de localização pouco usual.

Peñarrocha et al (2004) descreve a migrânea facial como patologia usualmente desenvolvida nos primeiras quatro décadas de vida, seguido de um decréscimo gradual nas frequências de crise de dor e apresenta predominância pelo gênero feminino e longa duração dos episódios de dor (usualmente após 04 horas e às vezes ao longo de vários dias), ausência de migrânea explosiva alternando com episódios assintomáticos associados a manifestações autonômicas migranosas atípicas semelhantes a náuseas e vômitos. O tratamento da migrânea em terço inferior de face não é diferente do que o previsto para a dor que ocorre na região cefálica.

Os estudos de Oberman e col.(2007) iniciaram-se com a experiência de um dos autores que vivenciou uma dor em região da terceira divisão do trigêmeoacompanhada de características típicas autonômicas de migrânea, tais com fonofobia e fotofobia, bem como náuseas. Após consulta com dentista e episódios repetidos de dor decidiu tomar doses de triptano que teve êxito no alívio dos sintomas, tal fato repercutiu com descrição de 07 novos casos semelhante externando a natureza ectópica da migrânea e sua diversidade clínica.

La-Din et al (2005) descreveram em seu relato de casos um espectro de apresentações clínicas de cefaléia à dor facial e/ ou otalgia , os quais foram associados a critérios de disfunção de hiperemia/autonômica. Sendo desta maneira realizado um diagnóstico da síndrome de migrânea e dor facial correlacionada com sintomas localizados na face ou ouvido e mudanças autonômicas.

CONCLUSÃO

As crises de migrânea em metade inferior da face e migrânea devem estar persentes em um percentual da população com características típicas de cefaléia primária, porém suas aparições isoladamente em região de face de forma exclusiva

ocorrem apesar de seus casos descritos na literatura serem bastante raros. Contudo suas características em sinais e sintomas são muito bem definidas auxiliando assim no seu diagnóstico. Maiores estudos de prevalência populacional em ambientes de ambulatorios de neurologia e odontologia devem ser instituídos para definição da real incidência deste tipo de migrânea de localização ectópica.

BIBLIOGRAFIA

- AL-DIN, A., MIR, R., DAVEY, R., LILY, O. AND GHAS, N. (2005), **Trigeminal cephalgias and facial pain syndromes associated with autonomic dysfunction**. Cephalalgia, 25: 605–611. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00935.
- ALONSO, A. A.; NIXDORT, D. R. **Case series of four different types presenting as tooth pain**. JOE, Volume 32, number 11, November, 2006.
- BITTAR G., GRAFF-RADFORD S.: **A retrospective study of patients with cluster headaches**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 73:519,1992
- BUZZI M.G., TASSORELLI C., NAPPI G. **Peripheral and central activation of trigeminal pain pathways in migraine: data from experimental animal models**. Cephalalgia 2003;23:1– 4.
- CECCHINI A.P., SANDRINI G., FOKIN I.V., MOGLIA A., NAPPI G.; **Trigeminal reflexes in primary headaches**. Cephalalgia 2003;23:33– 41.
- GRAU, C.; SANDOR, P.S.; GALLI, U.; PALL, N. & ETTLIN, D. A. **Orofacial migraine** Cephalalgia, vol. 27, 2007, 950-952.
- EDVINSSON L. **Blockade of CGRP receptors in intracranial vasculature: a new target in treatment of headache**. Cephalalgia 2004;24:611–22.

MAY A.,GOADSBY P.J. **The trigeminovascular system in humans: pathophysiologic implications for primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation.** J Cereb Blood Flow Metab 1999;19:115–27.

OKERSON J.P., Differential **diagnosis and management considerations of primary headache. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management.**The American academy of orofacial pain.Chicago, Quintessence book. 1996:61-66.

OBERMANN, M. ,MUELLER, D. ;YOON, M-S, PAGELER, L, DIENER, H.C. & KATSARAVA, Z.,**Migraine with isolated facial pain: a diagnostic challenge,** *Cephalalgia*, 2007, 27, 1278–1282

PEÑARRACHA, M.; BANDÉS, A.; PEÑARRACHA, M. &BAGÁN, J.V. **Lower-half facial migraine: A report of 11 cases.** J. oral maxillofac Surg 62:1453-1456, 2004.

RASKIN N.H., **Headache.** 2nd ed. New York, ChurchillLivingstone. 1988:215-227.

YOON, M. S., MUELLER, D., HANSEN,POITZ,F., SLOMKE,M., DOMMES, P., DIENER,H.C., KATSARAVA,Z. OBERMANN,M. **Prevalence of facial pain in migraine: A population-based study.** *Cephalalgia* 2009;30(1);92-96.

Migrânea e sintomas de corpalgia

Migraine and symptoms corpalgia

José Justino da Silva Júnior ¹, Marcelo Moraes Valença ², Fabíola Lys de Medeiros ³, Elizabeth arruda Carneiro Ponzi ⁴, Paula Rejane Gomes de Oliveira Justino⁵, Jose Eulálio Cabral-Filho⁶

¹ Mestre em Ciências Farmacêuticas e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE

²Mestre em Ciências Biológicas Doutor em Ciências Fisiologia Geral e Professor Adjunto de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

³Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e doutora em Ciências Biológicas

⁴ Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e doutora em Ciências Farmacêuticas da UFPE, Professora e Coordenadora das disciplinas de Cirurgia II e Traumatologia e do centro de laser da Universidade Federal de Pernambuco.

⁵Graduada em Psicologia e especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela FAFIRE.

⁶Doutorado Farmacologia (neurofarmacologia)

Endereço para correspondência:

Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco,

Cidade Universitária, Recife.50670-420, PE, Brasil.

Fone/fax 55 81 21268539

RESUMO

Sintomas de dores ectópicas durante crises de migrânea são fatos descritos pela literatura e relatados por vários autores em séries de casos clínicos. Dentre as dores espontâneas a corpalgia encontra-se como um episódio raro, todavia seu diagnóstico diferencial pode ser importante no alívio deste quadro álgico, sendo o emprego sistemático desses critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Cefaleia (ICHD II) muito importante para o diagnóstico diferencial. Analisamos um perfil dos diversos casos clínicos relatados na literatura como portadores de migrânea com sintomas de corpalgiae descrevemos onze novos casos. As etapas metodológicas da pesquisa podem ser sumarizadas como revisão da literatura de coleta de caso e descrição das características clínicas diagnósticas em conjunção com a descrição de nossos casos. Concluiu-se neste estudo que a frequência de casos clínicos de pacientes portadores de sintomas de corpalgia durante episódios de ataque de migrânea são

realmente raros, ressaltando, porém, a importância de estudos de prevalência e de seu diagnóstico diferencial. **Palavras-chaves:** Cefaléia. Neurologia. Caso clínico.

ABSTRACT

Symptoms of ectopic pain during migraine attacks are facts described in the literature and reported by several authors in a series of clinical cases. Among the corpalgia spontaneous pain is like an episode rare, yet his diagnosis differential may be important in relieving this painful picture, and the systematic use of these diagnostic criteria of the International Headache Classification (ICHD II) very important for differential diagnosis. We analyze a profile of the various clinical cases reported in the literature as having migraine with symptoms corpalgia and describe eleven new cases. The methodological steps of the research can be summarized as a review of the literature collection case and description of clinical diagnosis in conjunction with the description of our cases. It was concluded in this study that the frequency of clinical cases of patients with symptoms of corpalgia during episodes of migraine attacks are really rare, stressing, however, the importance of studies of prevalence and differential diagnosis. **Keywords:** headache. Neurology. Clinical case.

INTRODUÇÃO

A enxaqueca é uma doença complexa e muitas vezes incapacitante cérebro que afeta cerca de 15% da população. O diagnóstico da enxaqueca é baseado em características clínicas, como proposto pelos critérios da International Headache Society, mas eles são um tanto subjetivos e arbitrários.

. Nestes casos, desordens neuroquímicas, encefálicas têm sido demonstradas, envolvendo desequilíbrio de neurotransmissores, principalmente para a migrânea. Tais desordens seriam herdadas e, sobre tal susceptibilidade endógena, atuariam fatores ambientais (Speciali, 1997).

A teoria atual para a migrânea descreve a liberação de mediadores inflamatórios neuropeptídeos, tais como o gene da calcitonina peptídeo relacionado (CGRP), a substância P, prostaglandinas e neuroquinina A, são responsáveis por uma

inflamação neurogênica (MAY E GOADSBY, 1999, CECCHINI et al, 2003 e BUZZI et al, 2003).

Dor cefálica e alodinia extra-cefálica são reconhecidos como um sinal comum de sensibilização sensorial durante episódios de enxaqueca. No entanto, a ocorrência de dor no corpo na enxaqueca não foi completamente explorada (CUADRADO, 2008).

Estudo realizado por Cuadrado e colegas (2007) relatou que três pacientes apresentavam dor corporal concomitante aos episódios de migrânea; geralmente a corpalgia era ipsilateral a dor de cabeça e persistia de minutos a dias. Também foi encontrada alodinia a estímulos mecânicos sobre áreas dolorosas.

Conforme Kakisaka 2013 e colaboradores os sintomas e prevalência de enxaqueca são amplamente reconhecidos, no entanto, pouco se sabe sobre a dor do corpo espontânea enxaqueca associada, ou corpalgia enxaqueca. Poucos relatos têm descrito

Em conclusão de seus casos clínicos Cuadrado (2007) definiu que pode ser corpalgia migranosa considerada uma variante da migrânea ou uma manifestação de migrânea, que pode ter uma variável temporal e uma relação com a dor de cabeça da migranosa. A potencial associação de dor no corpo e / ou alodinia podem ter grandes implicações para o nosso entendimento de fisiopatologia da migrânea. A migrânea pode não ser apenas uma disfunção da dor de cabeça, mas também uma generalizada desordem da nocicepção.

Estudos realizados em pacientes com fibromialgia não demonstram claramente que a cefaléia foi mais prevalente nesses pacientes quando comparados com a população em geral. Por outro lado, levando em consideração que a prevalência de fibromialgia em grupos populacionais varia de 2 a 3 %, a prevalência de fibromialgia entre pacientes com cefaléia primária foi acima de 17,6%(INFERGANE *et al*, 2006), chegando a 40% no estudo de Okifugi et al (1999).

Valença e colaboradores (2011) concluíram que a fibromialgia e a migrânea compartilham características clínicas e demográficas, provavelmente havendo um

mecanismo fisiopatológico comum para ambas, com disfunção no sistema nervoso central. A hipótese atual se apoia nas conhecidas anormalidades encontradas no processamento sensorial, principalmente no eixo hipotálamo-tronco cerebral. Diante do exposto, poderíamos começar a considerar a combinação das duas doenças – fibromigrânea – como uma condição clínica individual. Nós postulamos um espectro de progressão entre migrânea episódica, evoluindo para migrânea com alodinia, migrânea crônica, migrânea com corpália, hemifibromialgia, até fibromigrânea

Dor cefálica e alodinia extra-cefálica são reconhecidos como um sinal comum de sensibilização sensorial durante episódios de enxaqueca. No entanto, a ocorrência de dor no corpo na enxaqueca não foi completamente explorada (CUADRADO, 2008).

Burstein e colegas (2000b), recentemente avaliaram a associação entre enxaqueca e alodinia cutânea. Eles estudaram a presença de alodinia, em diferentes regiões do corpo em 33 pacientes sofrendo de enxaqueca. Os mesmos foram testados para a presença de calor, alodinia tátil e frio antes e durante um ataque de enxaqueca. Cinco dos pacientes mostrou apenas alodinia na face ipsilateral durante as crises de enxaqueca. Sete pacientes exibiram alodinia no ipsilateral e da face contralateral.

METODOLOGIA

Uma busca sistemática na literatura foi realizada no mês de março de 2013, nas bases de dados eletrônicas Medline (National Library of Medicine), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed. Esta busca priorizou estudos publicados que envolvessem caso de dor em metade inferior da face. Utilizamos na busca bibliográfica a combinação de três palavras-chaves: “migraine, corpália e pain”.

Com o objetivo de definir claramente a adequação da literatura encontrada foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) referir presença da dor e/ou ação da migrânea no corpo; b) relacionar-se a descrição de casos com diagnóstico de migrânea e corpália; c) correlacionar os episódios de migrânea com as dores em membros ou

tronco corpóreo e seus fatores acompanhantes; d) artigos publicados em inglês, português e espanhol.

Os critérios de exclusão foram desenvolvidos para eliminar artigos que não utilizassem em sua metodologia os parâmetros acima listados. Os critérios de exclusão foram: a) estudos de revisão; b) short communication; c) não disponibilidade no formato full text; d) publicações nos demais idiomas, mesmo com resumos em língua inglesa;

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por apenas um revisor. Após seleção criteriosa dos estudos foram extraídos os dados referentes às características de diagnóstico e tratamento dos casos clínicos relatados pelos autores. De cada artigo foi extraído as seguintes informações disponíveis nos mesmos: autor, ano da publicação, sexo dos pacientes, assim como sua idade, antecedentes de migrânea, intensidade, tratamento e localização da dor e, suas alterações vegetativas, frequência e duração das dores.

Descrevemos em uma tabela todos os casos clínicos observados na literatura de pacientes com migrânea e corpalgia, onde podemos observar todos os dados extraídos dos artigos a despeito de suas características clínicas e diagnósticas e correlacionarmos os mesmos com os casos clínicos por nós diagnosticados de tal cefaleia ectópica extra cefálica.

RESULTADOS

Foi relacionado nas tabelas descritas neste artigo um total de quatro casos, descritos na literatura por dois diferentes autores e com características de coleta de dados clínicos distintos. Além disso, também fez parte de nossos resultados um grupo de onze casos clínicos descritos por nós em nossa prática com suas características clínicas e diagnósticas distintas.

Na tabela 01 descrevemos além de dados pessoais dos pacientes, tais com o sexo e idade, os seus antecedentes de migrânea, a sua intensidade, localização e tratamento, em uma correlação descritiva com seus respectivos autores e ano de sua publicação.

Na tabela 02 foram descritos as alterações vegetativas descritas nos caso clínicas pelos autores, além da duração e frequência das crises de migrânea em metade inferior da face

DISCUSSÃO

Em relação aos dados de corpálgia, sua raridade foi relatada no estudo de casos de Cuadrado (2007), onde o mesmo observou três casos de cefaléia migranosa com sintomas autonômicos acompanhantes de dores em região de membros. Podemos relatar em nossa série de casos uma frequência um pouco maior de 11 pacientes, porém também rara em comparação ao contingente total de pacientes migranosos.

Ainda de acordo com Cuadrado (2007) as dores corpóreas assim com a alodinia podem ser indícios de que a migrânea pode ter sua fisiopatia relacionada a uma síndrome de nocicepção.

Para Kakisaka e colaboradores as dores corpálgicas são pouco reconhecidas pelos médicos e seria importante para os médicos a entender a variedade de sintomas dolorosos em pacientes com migrânea para melhor compreensão e abrangente da mesma e sua condição relacionada.

A fibromialgia de acordo com Valença et al (2011) pode estar presente em uma frequência consideravelmente em pacientes portadores de migrânea o que nos leva a fazer cuidadosamente um diagnóstico diferencial entre as dores miálgicas da fibromialgia e as dores corpóreas da migranosa, ou seja, corpálgia, sendo a última acompanhante temporalmente das crises de cefaléia.

Ainda em relação corpálgia e fibromialgia Inberg et al (2006) e Okifuji (1999) relatam que devemos levar em consideração a possibilidade de

Tabela 01 – Disposição das características clínicas dos pacientes com migrânea e corpalgia

Pacientes	Sexo	Idade	Lateralidade	Intensidade	Alterações Vegetativas	Autor /ano	LOCALIZAÇÃO	Aura
Paciente o1	F	41	Unilateral	Leva a moderada	SIM	<i>Cudrado 2007</i>	Membros inferiores e superiores e metade inferior da face	Sim
Paciente o2	F	39	Unilateral	Leve	Sim	<i>Cudrado 2007</i>	Membros superiores , escápula e pescoço.	Sim
Paciente o3	F	30	Unilateral	Leve	SIM	<i>Cudrado 2007</i>	Membros superiores	Não
Paciente o4	M	13	Bilateral	Severa	SIM	<i>Nakisak et al,2013</i>	Dor nas costa bilateral	Não
Paciente o5	F	59	Bilateral	Leve	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membros superiores e inferiores	Não
Paciente o6	F	46	Bilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Coluna torácica e lombar	Não
Paciente o7	F	49	Unilateral	Severa	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membro inferior direito	Sim
Paciente o8	F	47	Unilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membro inferior direito	Sim
Paciente o9	M	32	Unilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Coluna lombar	Não
Paciente 10	M	25	Unilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Coluna lombar	Não
Paciente 11	F	60	Bilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Pescoço e escápula bilateral	Não
Paciente 12	F	42	Unilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membro superior esquerdo	Não
Paciente 13	F	23	Bilateral	Severa	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membros superiores	Sim
Paciente 14	F	45	Bilateral	severa	Sim	<i>Caso clínico</i>	Coluna torácica	Sim
Paciente 15	F	21	Unilateral	Moderada	Sim	<i>Caso clínico</i>	Membro superior esquerdo	Sim

Tabela 02 - Alterações vegetativas, duração da dor e frequência em pacientes com corpália.

Paciente	Vertigens	Hiperemia subconjuntival	Congestão nasal	Lacrimação	Duração Dor	Frequência	Autor/ano	Foto-fobia	Fono-fobia	Esforço físico	Náuseas	Vômitos
Paciente 1	-	-	-	-	Várias horas	15 dias por mês	<i>Cudrado 2007</i>	Sim	Sim	-	Sim	-
Paciente 2	-	-	-	-	72 horas	2 a 3 vezes por mês	<i>Cudrado 2007</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Paciente 3	-	-	-	-	72 horas-	1 a 3 vezes ao mês	<i>Cudrado 2007</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Paciente 4	-	-	-	-	24 horas	4 a 8 vezes por mês	<i>Nakisak et al,2013</i>	Sim	-	Sim	Sim	Sim
Paciente 5	-	-	-	-	24 horas	Diária	<i>Caso clínico</i>	-	-	Sim	Sim	Sim
Paciente 6	-	-	-	-	24 horas-	Diária	<i>Caso clínico</i>	-	-	Sim	Sim	-
Paciente 7	Sim	Sim	Sim	Sim	4 horas	Diária	<i>Caso clínico</i>	-	-	Sim	Sim	Sim
Paciente 8	Sim	-	-	-	12 horas	02 vezes por semana	<i>Caso clínico</i>	Sim	-	Sim	-	Sim
Paciente 9		-	Sim	-	12 horas-	16 vezes por mês	<i>Caso clínico</i>	Sim	-	Sim	-	-
Paciente 10	-	-	-	-	6 horas	3 vezes por semana	<i>Caso clínico</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	-
Paciente 11	-	-	-	-	12 horas	02 vezes por semana-	<i>Caso clínico</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	-
Paciente 12	Sim	-	-	-	24 horas	Diária	<i>Caso clínico</i>	Sim	-	-	Sim	-
Paciente 13	Sim	-	Sim	Sim	48 horas	2vezes por semana	<i>Caso clínico</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Paciente 14	-	-	-	-	4 Horas	3 vezes por semana	<i>Caso clínico</i>	Sim	Sim	-	-	-
Paciente 15		-	-	-	12 horas	10 vezes por mês	<i>Caso clínico</i>	Sim	-	-	Sim	

diagnóstico diferencial entre estes dois sintomas álgicos presentes nas crises migranosas, sendo a fibromialgia descrita como presentes em um percentual em estudos de prevalência entre 17,6% a 40% dos pacientes com cefaléia primária.

Burstein e colegas (2000) que avaliaram a alodinia cutânea como fator presente nas crises de migrânea o que reforça a necessidade de um diagnóstico diferencial adequado para realização de um plano de tratamento eficiente.

CONCLUSÃO

Crises de migrânea podem vir acompanhadas de sintomas dolorosos considerados como ectópicos pela raridade de seus acometimentos. A corpalgia, denominada por vários autores com sendo um possível sintoma acompanhante das crises migranosas, foi descrita na literatura como casos clínicos, onde se relatou suas características clínicas e diagnósticas. Contudo tais aparições ainda são muito raras, porém observa-se a necessidade de um adequado diagnóstico diferencial e plano de tratamento com objetivo de abreviar o sofrimento dos pacientes. Fazendo-se então necessários estudos de frequência e prevalência de tais enfermidades álgicas.

BIBLIOGRAFIA

- BUZZI M.G., TASSORELLI C., NAPPI G. **Peripheral and central activation of trigeminal pain pathways in migraine: data from experimental animal models.** *Cephalalgia* 2003;23:1– 4.
- CECCHINI A.P., SANDRINI G., FOKIN I.V., MOGLIA A., NAPPI G.; **Trigeminal reflexes in primary headaches.** *Cephalalgia* 2003;23:33– 41.
- CUADRADO, M.L., YOUNG, W.B., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C., ARIAS, J.A. & PAREJA, J.A., **Migrainous corpalgia: body pain and allodynia associate with migraine attacks.** *Cephalalgia*, 2007, 28, 87–91.

EDVINSSON L. **Blockade of CGRP receptors in intracranial vasculature: a new target in treatment of headache.** Cephalalgia 2004;24:611–22.

IFERGANE G.,BUSKILA D.,SIMISESHVELY N., ZEEV K., COHEN H.: **Prevalance of fibromyalgia syndrome in migraine pacientes.** Cephalalgia 26(4): 451-6, 2006.

KAKISAKA, Y.,OHARA, T., KATAYAMA, S., SUZUKI, T., HINO-FUKUYO, N., UEMATSA, M., & KURE, S. (2013). **Lower Back Pain as a Symptom of Migrainous Corpalgia.** *Journal of Child Neurology.*

MAY A.,GOADSBY P.J. **The trigeminovascular system in humans: pathophysiologic implicationsfor primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation.** J Cereb Blood Flow Metab 1999;19:115–27.

OKIFUJI A. TURK D. C., MARCUS, D. A., **Comparison of generalized and localized hyperalgisia in patients with recurrent headache and fibromyalgia.**Psychosom med 61(6): 771-80,1999.

RASKIN N.H., **Headache.** 2nd ed. New York, ChurchillLivingstone. 1988:215-227.

SPECIALI, JG. **Classificação das cefaléias.**Medicina, Ribeirão Preto, 30:421-427, out./dez. 1997.

VALENÇA, M. M. ; SILVA , L. C.; OLIVEIRA, D. A.; MARTINS, H. A. L. MEDEIROS F. L. et al . **fibromigrâne uma nova definição para uma velha doença?** Headache Medicine. 2011; 2(3): 89-95.

BURSTEIN R., YARNITSKY D., GOOR-ARYEH I., RANSIL B. J.,BAJWA Z. H. **An association between migraine andcutaneous allodynia.**Ann. Neurol., 2000 b, 47:614-24.

Artigo Original

Prevalência de Conhecimentos sobre a Relação de Cefaléia e Disfunção Temporomandibular

Prevalence of Knowledge about the Relationship of Headache and Temporomandibular Dysfunction

José Justino da Silva Júnior¹, Marcelo Moraes Valença², Marília Silva de Melo³, Elizabeth Arruda Carneiro Ponzi⁴, Paula Rejane Gomes de Oliveira Justino⁵, Renata Janaína Pereira de Souza⁶, Fernanda Ferraz e Silva⁷

RESUMO:

O presente trabalho tem como objetivo avaliar os conhecimentos dos alunos dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Odontologia sobre a relação entre cefaléia e DTM (disfunção temporomandibular), verificando se existem diferenças significativas entre o conhecimento dos alunos dessas três graduações. Concordaram em participar da pesquisa 120 alunos de Fisioterapia, 240 de Medicina e 240 alunos de Odontologia, de ambos os sexos, e que estivessem cursando o ciclo profissional na UFPE (Universidade Federal de Pernambuco). Seus conhecimentos foram aferidos através do preenchimento de um questionário contendo 14 questões "fechadas" de múltipla escolha. Para análise dos dados foram realizadas distribuições absolutas e percentuais (técnicas de estatística descritiva), e foram utilizados testes estatísticos: Qui quadrado ou exato de Fisher. Os alunos do curso de Odontologia demonstraram melhores resultados quando comparados aos de Medicina e de Fisioterapia. Estatisticamente não houve discrepância relevante entre os conhecimentos dos alunos de Fisioterapia e Medicina.

PALAVRAS CHAVE: Prevalência; Cefaléia; DTM.

¹. Mestre em Ciências Farmacêuticas e Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

². Mestre em Ciências Biológicas, Doutor em ciências Fisiologia Geral e Professor Adjunto de Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

³. Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

⁴. Mestre em CBMF e Doutoranda em ciências farmacêuticas da UFPE/ Coordenadora do Centro de Laser e das Disciplinas Cirurgia II e Traumatologia Buco Facial

⁵. Graduada em Psicologia e Especialista em terapia Cognitivo-Comportamental.

⁶. Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

⁷. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

Correspondência:

R. Diógenes Fernandes Távora, 507, Casa Caiada. - CEP.: 53.130-230 – Olinda/PE, Brasil

E-mail: bethcirurgia@hotmail.com - Fone: (81) 9972-9517

ABSTRACT:

This study aims to assess student's knowledge of the courses of Physiotherapy, Medicine and Dentistry on the relationship between headache and TMD (temporomandibular dysfunction), there are significant differences between the students knowledge of 3 degrees. Agreed to participate in the study 120 students of Physiotherapy, 240 of Medicine and 240 of Dentistry, both sexes, and were attending the professional course in UFPE (Federal University of Pernambuco). His knowledge was measured by completing a questionnaire containing 14 questions "closed" for multiple choices. Data analysis was obtained absolute and percentage distribution (techniques of descriptive statistics) and statistical tests were used: Chi square or Fisher exact test. Students of the course of Dentistry have shown better results when compared to Medicine and Physiotherapy. There was no statistically significant difference between student's knowledge of Physiotherapy and Medicine.

KEY WORDS: Prevalence; Headache; TMD.

INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático formado por várias estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos. A mastigação, a deglutição, a fonação e a postura, dependem muito da função, saúde e estabilidade da articulação para funcionarem de forma adequada^{29,31,36}. É uma articulação do tipo sinovial, que se associa anatômica e cinesiologicamente com as articulações adjacentes e da coluna, e por ser vulnerável a alterações intrínsecas e extrínsecas, esta articulação pode ser afetada pela postura^{22,28,36}.

Quando existe alguma alteração nesta articulação acontece o que chamamos de Disfunção Temporomandibular (DTM), que é definida como uma coleção de condições médicas, dentárias ou faciais associadas com anormalidades do sistema estomatognático, que desencadeiam disfunções na Articulação Temporomandibular e tecidos adjacentes, incluindo os músculos faciais e cervicais^{3,8,9,22,27,29,35}.

Devido à possibilidade das disfunções da ATM se originarem no início do crescimento craniofacial, há uma elevada porcentagem de crianças que apresentam sinais e sintomas associados com distúrbios temporomandibulares. Os sinais e sintomas mais freqüentes foram o hábito

de ranger os dentes, dores de cabeça e ruídos na ATM^{12,27,28,31}.

Com relação ao hábito postural na avaliação da posição da cabeça em relação ao corpo menos de 50% dos pacientes apresentavam flexão da cabeça para direita ou esquerda, porém no que diz respeito à postura do ombro encontrou-se que 70,7% possuíam flexão para direita ou esquerda^{3,4}.

A dor será capaz de determinar mecanismos de proteção que interferem nos padrões fisiológicos de estruturas próximas, como é o caso do ouvido e articulação temporomandibular. Movimentos fisiológicos da mandíbula, que promovem a deglutição, mastigação e sucção são modificados pelo sistema nervoso central, no intuito de limitar o dano progressivo nos tecidos articulares, que pode determinar a degeneração da articulação e, de maneira mais irreversível, sua anquilose²⁸. Os estudos epidemiológicos dos últimos sessenta anos constataram que de 50% a 60% da população em geral, sem prevalência de idade, sexo e cor, apresentaram algum sinal de distúrbio do sistema mastigatório, sendo que apenas 10% demonstraram sintomas significativos que os levaram à busca de um tratamento. Portanto, muitos sinais desenvolvem sintomas subclínicos, que, se não forem tratados, podem, com o tempo, determinar a desordem temporomandibular, por falta de tratamento

adequado ou por desinformação do paciente, visto que sintomas otológicos não levam o paciente a suspeitar de doença da articulação temporomandibular^{30,31}.

Fatores anatômicos, psicológicos e patológicos, podem contribuir para o aparecimento da doença otológica. Porém, nessa diversidade de causas e fatores existe um elo que une todas as categorias: a dor muscular, que se apresenta como resultado da atividade contínua dos músculos da face, associada ou não ao estresse, pode se originar por hiperreflexia ou do processo inflamatório local, promovido pelo trauma mecânico nos tecidos articulares⁹.

Os fatores precipitantes podem fornecer uma orientação quanto à causa da cefaléia, entre esses fatores estão incluídos cirurgias dentárias e tensão. A mastigação do alimento comumente desencadeia nevralgia do trigêmeo. Essas atividades desencadeiam também a dor em pacientes com disfunção temporomandibular^{6,10,14,20}.

A cefaléia ou dor facial caracteriza-se como latejante, contínua e vaga ou como uma dor lacinante e penetrante. A dor pulsante e latejante é comumente atribuída em pacientes com cefaléia tensional, sendo que este tipo de cefaléia também pode produzir uma sensação contínua de aperto e pressão. A dor aguda e lacinante sugere uma causa neurítica, como a nevralgia do trigêmeo, distribuída na segunda e terceira divisões do nervo trigêmeo. Admite-se também que devido a proximidade das raízes do trigêmeo a alguma estrutura vascular, a compressão microvascular do nervo pode ser a causa do distúrbio^{14,16,19}.

Na pesquisa realizada no sexo feminino por Tosato³⁶, foi apresentada uma série de questões abertas sobre sinais e sintomas de disfunção temporomandibular, mialgia na musculatura mastigatória, hábitos parafuncionais, ruídos articulares, cefaléia entre outras. Das pacientes que apresentavam dor cervical, 75% tinham associada dor na Articulação Temporomandibular (ATM); 75% dor nos masseteres e temporais; 66,6% delas apresentavam cefaléias com frequência.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no pátio externo da Universidade Federal de Pernambuco, entre os meses de janeiro, fevereiro e março de 2009. Concordaram em participar da pesquisa 600 alunos, de ambos os sexos, cursando o ciclo profissional, mediante o preenchimento prévio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujas identidades permaneceram preservadas. Foram selecionados 120 alunos do curso de Fisioterapia, 240 alunos do curso de Medicina e 240 alunos do curso de Odontologia matriculados na UFPE (Universidade Federal de Pernambuco). Foi aplicado um questionário sobre a relação DTM x Cefaléia, composto de 14 questões de perguntas objetivas com três opções de respostas: SIM, NÃO e NÃO SEI. Este trabalho foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisas e Humanas da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), sendo aprovado sob o parecer número 297/08.

Para análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de distribuições absolutas e percentuais (Técnicas de estatística descritiva) e foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Os dados foram digitados na planilha Excel e o "software" estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 13. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 1.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Qualquer pessoa pode ter crises de cefaléia?									
Sim	112	93,3	229	95,4	229	95,4	570	95,0	$p^{(1)} = 0,089$
Não	1	0,6	7	2,9	2	0,6	10	1,7	
Não sei	4	5,8	4	1,7	9	3,8	20	3,3	

A maioria dos estudantes responderam afirmativamente para esta questão, como concordam Krymchantowski, Lance e Oliveira^{19,20,27}, que as cefaléias crônicas diárias (CCD) representam um grupo de cefaléias diárias ou quase diárias, não

paroxísticas, com características peculiares que são altamente prevalentes em populações de clínicas neurológicas e não incomuns em populações aleatórias de não paciente.

Tabela 2 - Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 2.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Uma pessoa com quadros clínicos de cefaléia crônica diária poderá ser um indivíduo útil a sociedade?									
Sim	66	55,0	196	82,5	164	68,3	426	71,3	$p^{(2)} < 0,001^*$
Não	40	33,3	37	15,4	64	26,7	141	23,5	
Não sei	14	11,7	5	2,1	12	5,0	31	5,2	

Nesta questão o maior número de acertos foi do curso de Fisioterapia, onde os alunos responderam negativamente, de acordo com a *Classificação Internacional de Cefaléias*²⁰, a cefaléia primária é uma doença comum e incapacitante, como relatam Krymchantowski e Moreira

Filho^{17,18,19}, a cefaléia quando apresentada de forma intensa impede a realização de atividades normais por parte dos pacientes, porém quando esta cefaléia apresenta-se de forma moderada, as atividades diárias dos pacientes mostram-se prejudicadas, mas não impedidas.

Tabela 3 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 3.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Você acredita que pacientes com cefaléia crônica diária podem apresentar problemas familiares e de relacionamento interpessoal?									
Sim	113	94,2	230	95,8	229	95,4	572	95,3	$p^{(3)} = 0,494$
Não	3	2,5	4	1,7	8	3,3	15	2,5	
Não sei	4	3,3	6	2,5	3	1,3	13	2,2	

Os alunos dos três cursos, majoritariamente, responderam "SIM", como relata nosso trabalho, que segundo a *Classificação Internacional*

de Cefaléias²⁰, a cefaléia crônica diária causa impacto sócioeconômico e cultural.

Tabela 4 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 4.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Cefaléias crônicas diárias (CCD) têm cura?									
Sim	44	36,7	72	30,0	81	33,8	197	32,8	$p^{(2)} = 0,001^*$
Não	11	9,2	68	28,3	60	25,0	139	23,2	
Não sei	65	54,2	100	41,7	99	41,3	264	44,0	

Os alunos de Medicina obtiveram maior percentual de acertos ao responderem "NÃO", entretanto a maioria dos estudantes pesquisados desconhecia o assunto. Jevoux¹⁶ relata que não se

pode falar em cura de uma Cefaléia Crônica Diária, mas apenas em melhora. Os casos de cura descritos ocorrem após um longo período de tratamento, entre 10 e 15 anos^{19,20,32}.

Tabela 5 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 5.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• As Cefaléias crônicas diárias (CCD) podem ser exacerbadas por outros distúrbios sistêmicos?									
Sim	109	90,8	221	92,1	216	90,0	546	91,0	$p^{(1)} = 0,703$
Não	-	-	3	1,3	3	1,3	6	1,0	
Não sei	11	9,2	16	6,7	21	8,8	48	8,0	

Os alunos dos três cursos responderam afirmativamente, corroborando com Armando²³, os distúrbios sistêmicos secundários e as lesões intracranianas primárias agravam as cefaléias

crônicas diárias, devido à fragilidade orgânica do indivíduo, sendo mais prevalente com o aumento da idade.

Tabela 6 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 6.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Pacientes portadores de cefaléia primária podem apresentar concomitantemente disfunções articulares temporomandibulares?									
Sim	93	77,5	171	71,3	202	84,2	466	77,7	$p^{(2)} = 0,021^*$
Não	3	2,5	8	3,3	4	1,7	15	2,5	
Não sei	24	20,0	61	25,4	34	14,2	119	19,8	

De acordo com a tabela o melhor desempenho foi dos alunos de Odontologia que responderam positivamente, pacientes portadores de cefaléia primária podem apresentar concomitantemente disfunções articulares e temporomandibulares^{7,29}.

Tabela 7 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 7.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Você acredita na afirmação: todos temos, em menor ou maior gravidade, disfunções temporomandibulares?									
Sim	61	50,8	124	51,7	171	71,3	356	59,3	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	26	21,7	45	18,8	44	18,3	115	19,2	
Não sei	33	27,5	71	29,6	25	10,4	129	21,5	

Obtiveram melhores resultados os alunos de Odontologia, que responderam: todos temos, em menor ou maior gravidade, disfunção temporomandibular, como corroboram Alôe, Duarte,

Felício e Rodrigues^{1,7,8,30}. Já Grazia¹³ cita que 90% da população apresenta algum tipo de maloclusão, mas apenas uma porcentagem desta chega a desenvolver a disfunção temporomandibular.

Tabela 8 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 8.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Existe tratamento efetivo contra a sintomatologia das disfunções temporomandibulares?									
Sim	78	65,0	139	57,9	195	81,3	412	68,7	p ⁽²⁾ < 0,001*
Não	6	5,0	8	3,3	12	5,0	26	4,3	
Não sei	36	30,0	93	38,8	33	13,8	162	27,0	

Os alunos de Odontologia mostraram apresentar maior conhecimento sobre o assunto. O tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar, com a participação da Odontologia,

Psicologia, Fisioterapia e Fonaudiologia, abrangendo os aspectos dentários, médicos e psicológicos do paciente^{2,9,13,30}.

Tabela 9 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 9.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Disfunções temporomandibulares podem ter origem etiológica em doenças infecciosas da boca?									
Sim	52	43,3	151	62,9	162	67,5	365	60,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não	9	7,5	15	6,3	19	7,9	43	7,2	
Não sei	59	49,2	74	30,8	59	24,6	192	32,0	

A maioria dos pesquisados responderam de forma incorreta essa questão. A disfunção temporomandibular não tem origem de doenças infecciosas da boca. A etiologia da disfunção temporomandibular é multifatorial, podendo ser:

alterações na oclusão, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, problemas esqueléticos, fatores psicológicos e hábitos deletérios^{1,3,6,8,13,21,29,36}.

Tabela 10 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 10.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• É verdade que dores de ouvido(otalgias) podem ter origem primária nas disfunções temporomandibulares?									
Sim	94	78,3	188	78,3	213	88,8	495	82,5	p ⁽¹⁾ = 0,016*
Não	4	3,3	6	2,5	6	2,5	16	2,7	
Não sei	22	18,3	46	19,2	21	8,8	89	14,8	

Tanto Fisioterapia, quanto Medicina e Odontologia majoritariamente responderam que "SIM". As dores de ouvido (otalgias) podem ter origem primária nas disfunções temporomandibulares, segundo Felício, Gomes, Oliveira e Pereira^{8,12,26,29}. Ainda é relatado que as DTM's são frequentemente acompanhadas por dores de cabeça recorrentes e dores na região cervical,

apresentando incidência tão acentuada e grande quantidade de sinais e sintomas associados, tais como espasmo muscular, dor reflexa, dificuldade de movimentação articular, crepitação, cefaléia e distúrbios auditivos^{1,9,28}. A otalgia existente em algumas pacientes com DTM pode ser explicada pela proximidade anatômica das estruturas da orelha e da ATM^{2,24,37,38}.

Tabela 11 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 11.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Você acredita que existe co-relação causal entre as cefaléias crônicas diárias e as disfunções temporomandibulares?									
Sim	102	85,0	205	85,4	206	85,8	513	85,5	p ⁽¹⁾ = 0,981
Não	3	2,5	8	3,3	8	3,3	19	3,2	
Não sei	15	12,5	27	11,3	26	10,8	68	11,3	

Os alunos responderam, em sua maioria, de forma incorreta. Não há co-relação causal entre as cefaléias crônicas diárias e as disfunções temporomandibulares. Como foi observado por Domingues Bruno⁶, nenhum fator etiológico específico tem sido encontrado para a etiologia das disfunções temporomandibulares, portanto esse autor considera a teoria multifatorial como verdade.

Já para o autor Galdino¹⁰ as causas das cefaléias estão na origem da dificuldade encontrada para se fazer o diagnóstico diferencial entre as cefaléias. Krymchantowski e Moreira Filho relatam que a cefaléia crônica diária possui íntima associação etiológica com o consumo excessivo de medicações sintomáticas¹⁸.

Tabela 12 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 12.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• É verdade que ao se tratar dos distúrbios articulares do sistema estomatognático podemos reduzir ou eliminar as sintomatologias (cefalalgias) das cefaléias crônicas diárias?									
Sim	50	41,7	146	60,8	194	60,8	390	65,0	$p^{(1)} < 0,001^*$
Não	1	0,8	11	4,6	7	2,9	19	3,2	
Não sei	69	57,5	83	34,6	39	16,3	191	31,8	

Os alunos de Odontologia obtiveram melhores resultados comparados aos outros cursos. A terapia para o sistema estomatognático pode contribuir para minimizar o quadro de dores de cabeça^{11,12,25,33,34}.

Tabela 13 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 13.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Cefalalgias em regiões temporais bilateral que se exacerbam pela manhã ao acordar, podem estar intimamente relacionadas com disfunções da articulação temporomandibular, mas nem sempre com as cefaléias crônicas diárias?									
Sim	47	39,2	131	54,6	154	64,2	332	55,3	$p^{(1)} < 0,001^*$
Não	3	2,5	17	7,1	13	5,4	33	5,5	
Não sei	70	58,3	92	38,3	73	30,4	235	39,2	

Foi observado por Oliveira e Avoglio²⁷, que a dor de cabeça é o sintoma mais relatado na literatura sobre ATM, tendo o espasmo da musculatura mastigatória como uma de suas causas, sendo sua maior prevalência na região temporal. Nos resultados, foi observado melhor desempenho dos alunos de Odontologia ao responderem "SIM".

Tabela 14 – Avaliação percentual dos conhecimentos sobre a relação DTM X Cefaléia, questão 14.

Variável	Fisioterapia		Curso Medicina		Odontologia		TOTAL		Valor de p
	n	%	N	%	n	%	n	%	
• Distúrbios neuropsiquiátricos com cefaléias crônicas podem desencadear disfunção da articulação temporomandibular?									
Sim	30	25,0	87	36,3	114	47,5	231	38,5	$p^{(1)} < 0,001^*$
Não	11	9,2	29	12,1	39	16,3	79	13,2	
Não sei	79	65,8	124	51,7	87	36,3	290	48,3	

Todos os três cursos revelaram desconhecimento sobre o assunto. As cefaléias crônicas diárias não podem desencadear disfunção da

articulação temporomandibular, devido as suas diferentes etiologias, o que concordam os autores 3,6,8,10,11,13,14,15,18,20,21,27,31,34.

Na Tabela 15 apresenta-se a distribuição do número de acertos e não acertos segundo o Curso que os alunos estudavam. Desta tabela verifica-se que o percentual de acertos no total das 14 questões de conhecimentos sobre a cefaléia e a disfunção temporomandibular, foi mais elevada entre os alunos do Curso de Odontologia (59,3%) do que entre os alunos de Fisioterapia e Medicina (49,5% x 51,7%), comprovando diferença significativa entre os Cursos. Utilizaram-se testes de comparações para duas proporções entre os pares de Cursos, onde não se comprovou diferença significativa entre Fisioterapia e Medicina e comprovou-se diferença significativa entre Fisioterapia e Odontologia e entre Medicina e Odontologia.

Tabela 15 – Avaliação do número de acertos e não acertos do conhecimento sobre a relação da cefaléia e disfunção temporomandibular segundo o curso.

Questão	Fisioterapia		Medicina		Odontologia		Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Acertos	831	49,5	1736	51,7	1993	59,3	4560	54,3	p(1) < 0,001*
Não acerto	849	50,5	1624	48,3	1367	40,7	3840	45,7	
TOTAL	1680	100	3360	100	3360	100	8400	100	

(*): Diferença significante a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

CONCLUSÃO

Diante do exposto e dentro dos parâmetros utilizados no presente estudo, pode-se concluir que os alunos de Odontologia da UFPE demonstraram melhores resultados no que diz respeito ao número de acertos de questões quando comparados com os alunos de Medicina e Fisioterapia da UFPE. Estatisticamente houve discrepância entre o curso de Odontologia e os de Medicina e Fisioterapia, mas não houve discrepância relevante entre os cursos de Medicina e Fisioterapia, ou seja, comparativamente, não há diferença marcante entre os conhecimentos dos alunos de Fisioterapia e Medicina sobre a relação de cefaléia e disfunção temporomandibular.

REFERÊNCIAS

- Alôe F, Gonçalves LR, Azevedo A, Barbosa RC. Bruxismo durante o Sono. *Rev.Neurociências* 11(1):4-17, 2003.
- Bell WE. Clinical diagnosis of the pain- dysfunction syndrome. *JAM Dent Assoc.* 1969; 79 (1); 154-60.
- Bove, SRK, GUIMARÃES AS, SMITH RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev Latino-am Enfermagem set./out.*; 13(5):686-91, 2005.

- Cauás M, Alves IF, Tenório K, Guerra CMF. Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. *Rev. de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*. v.4, n.2, p.121-129, abr/jun, 2004.
- Delboni MEG, Abrão J. Estudo dos sinais de DTM em pacientes ortodônticos assintomáticos. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 88 Maringá, v. 10, n. 4, p. 88-96, jul./ago. 2005.
- Domingues Bruno MA. Disfunção têmporo-mandibular. Aspectos clínicos de interesse do cefalatra. *Migrêneas cefaléias*, v. 7, n.1, p 14-18, jan/fev/mar.2004.
- Duarte MSR, Moraes, LC, Castilho JCM, Moraes ML. Hiper mobilidade da ATM como fator etiológico de disfunção craniomandibular. *PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*, v.4, n.3, set./dez. 2001.
- Felício CM et al. Desordem Temporomandibular: relações entre sintomas otológicos e orofaciais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. v.70, n.6, 786-93, nov./dez. 2004.
- Frare JC, Nicolau RA. Análise clínica do efeito da fotobiomodulação laser (GaAs – 904 nm) sobre a disfunção temporomandibular. *Rev. Bras. de Fisioterapia*. São Carlos, v. 12, n. 1, p. 37-42, jan./fev. 2008.
- Galdino GS, Albuquerque TIP, Medeiros JLA. Cefaléias primárias. Abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(3-A):681-684.
- Gilroy JMD. *Neurologia básica*. 3.ed.Rio de Janeiro: Revinter, 2005.642p.
- Gomes MB, Guimarães FC, Guimarães SMR, Neves ACC. Limiar de dor e pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção temporomandibular. *Cienc Odontol Bras* 2006 out./dez.; 9 (4): 84-91.
- Grazia RC, Bankoff ADP, Zamai CA. Alterações posturais relacionadas com a disfunção da articulação temporomandibular e seu tratamento. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.6, n.8, jan./jun. 2006.
- Greenberg DA; Aminoff MJ, Simon RP. *Neurologia clínica*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 90-119 pg.
- Grieve GP. *Moderna terapia manual da coluna vertebral*. São Paulo: Panamericana, 1994.897p.
- Jevoux CC, Moreira Filho PF, Souza JA. Cefaléia crônica diária primária. A propósito de 52 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(1):69-77.
- Krymchantowski AV, Moreira Filho PF. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57(2-B): 513-519.
- Krymchantowski AV, Moreira Filho, PF. Cefaléia crônica diária primária. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2-B): 437-451.
- Krymchantowski AV. Primary headache diagnosis among chronic daily headache patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(2-B):364-367.
- Lance JW, Olesen J. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS CEFALÉIAS. 2ªed.Trad. Sociedad brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2006.
- Manfre APS, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e distúrbios temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. São Paulo, v.67, n.6, nov., 2001.

- Moura AG, et al. Anatomia comparada da articulação temporomandibular. *Biosci J.*, v.20, n.3, p.35-44, sept/dec.2004.
- Miguel JRA. Cefaléia tensional: Estudo de caso. *Rev. Medicina geriátrica.* V.10, n. 4, p.23-26, fev/mar. 2008.
- Myrhaug H. The incidence of ear symtons in cases of malocclusion and temporo-mandibular joint disturbances. *Br J. oral Surg.* 1964; 2(1); 28-32.
- Nitrini R, Bacheschi LA. A Neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Maltese, 1991.332p.
- Oliveira MF, Speciali JG. Cefaléia Crônica Diária: conceitos e tratamentos. *Rev. Med. Ribeirão Preto,* 35: 455-463, out/dez. 2002.
- Oliveira H, Avoglio JLV. Disfunção oclusal da ATM: Características e diagnóstico. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa,* 12 (3): 13-21, set. 2006.
- Pascoal MIN, Rapoport A, Chagas JFS, Pascoal MBN, Costa CC, Magna LA. Prevalência dos sintomas otológicos na desordem temporomandibular: estudo de 126 casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v.67,n. 5, São Paulo, set. 2001.
- Pereira KNF, Andrade MLGC, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC, São Paulo,* v.7, n.2, 221-8, abr-jun, 2005.
- Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa,* 12 (3): 13-21, set. 2006.
- Santos ECA, Bertoz FA, Pignatta LMB, Arantes FM. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial* 29 Maringá, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abril 2006.
- Silva JAG. Fundamentos da Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.326p.
- Silva WF. Considerações sobre a fisiopatogenia da cefaléia em salvas. *Migrêneas & Cefaléias,* v.5, n.2, jul./set, 2002.
- Silva WF, Moreira PF. Col. Cefaléia do tipo tensional e outras cefaléias primárias. 1 ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaléia, 2005.140p.
- Tosato GP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. *Rev Gaucha Odontol;* 54(3): 221-224, set.-out. 2006.
- Tosato JP, Gonzalez TO, Sampaio LMM, Corrêa JCF, Biasotto-gonzalez DA. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em mulheres com cervicalgia e lombalgia. *Arq Med ABC* 32(Supl. 2):S20-2.2007.
- Tuz HH, Onder EM, KISNISI RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporo-mandibular disorder. *Am Jorthod. Dentofacial orthop.* 2003; 123(6): 620-3.
- Zeigelboim BS, JURKIEWICZ AL, Martins-Basseto J, Klagenberg KF. Avaliação vestibular em mulheres com DTM. *Rev. CEFAC, São Paulo,* v.9, n. 2, 255-62, abr-jun, 2007.

Anexos

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 166/2009 - CEP/CCS

Recife, 19 de junho de 2009

Registro do SISNEP FR – 250331

CAAE – 0110.0.172.000-09

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 112/09

Título: **"Prevalência de sintomas de dor facial em pacientes com migrânea"**.

Pesquisadora Responsável: José Justino da Silva Júnior

Senhor Pesquisador:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 03 de junho de 2009.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar o relatório ao final da pesquisa.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao

Prof. José Justino da Silva Júnior

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

CISAM- UPE-PROTOCOLO DE CEFALÉIAS

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____ INSTRUÇÃO: _____

1. Cefaléia:

Já Tem ☐ Após Alcool ☐Por Crises ☐ Após Tce ☐Durante Febre ☐

2. Idade De Início: _____

3. Pródromos

Depressão ☐ Irritabilidade ☐ Sonolência ☐ Anorexia ☐Dif. Raciocínio ☐

4. Sintomas Iniciais:

Duração: _____

Dor* ☐ Vertigem ☐ Acufenos ☐ Disfasia ☐Ataxia ☐ Parestesias ☐ Desmaios ☐ Alt. Visuais ☐

5. Dor Atinge O Máximo Em: _____

6. Caráter

Pulsátil ☐ Surda ☐ Constrictiva ☐ Terebrante ☐ Furadas ☐

7. Topografia

Unilateral ☐ Bilateral ☐ Difusa ☐ Varia De Lado ☐Numa Mesma Crise ☐ Crises Diferentes ☐8. Duração Da Crise: _____ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐

9. Frequência Das Crises: _____

10. No Dias De Faltas A Escola/Trabalho: _____

11. Rendimento Escolar Nos Últimos 3 Meses: _____

12. Prática De Esportes: _____

13. Sintomas Acompanhantes

Nauseas ☐ Vômitos ☐ Palidez ☐ Sudorese ☐Fotofobia ☐ Turvação Visual ☐ Lacrimejamento ☐Hiperemia Conjuntival ☐ Esforço Físico ☐Obstrução Nasal ☐ Rinorréia ☐ Parestesias ☐ Vertigem ☐Ataxia ☐ Disartria ☐

14. Fatores Desencadeantes

Emocional ☐ Insônia ☐ Dormir Muito ☐Omissão De Refeição ☐ Alcool ☐ Gorduras/Frituras ☐Cheiro Forte ☐ Claridade ☐15. Menstruação Piora ☐ Indiferente ☐16. Gravidez Melhora ☐ Piora ☐ Indiferente ☐

17. Antecedentes Pessoais

Anoxia Perinatal ☐ Convulsão Febril ☐ Tce ☐Dist. Escolaridade ☐ Dist. Conduta ☐ Cinetose ☐Dor Abdom. ☐ Vômitos Cíclicos ☐ Dist. Sono ☐ Epilepsia ☐

18. Antecedentes Familiares De Enxaqueca: _____

19. Exame Físico/Neurológico: _____

20. HD: _____

21. Conduta: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **“Prevalência de sintomas de dor facial e corpalgia em pacientes com migrânea”**.

Pesquisadora Responsável: JOSÉ JUSTINO DA SILVA JÚNIOR Telefones: (81) 88718637

Local do Estudo: Ambulatório de Cefaléia da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cidade Universitária Universidade Federal de Pernambuco – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Neuropsiquiatria - CEP 50.670-901 - Recife-PE.

Prezada Senhor (a),

Gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária desta pesquisa realizada no Ambulatório de Cefaléia da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, através de diário de dor e desenho de localização de dor, para estudar a doença: doença migrânea (enxaqueca) facial e seu grau de intensidade.

As manifestações faciais da migrânea (enxaqueca) podem estar presentes em pacientes com diagnóstico de causa desconhecido da dor facial e sua identificação adequada pode significar um adequado tratamento e finalização das crises dolorosas.

Descrição do estudo: Neste estudo, nós vamos preencher uma ficha para cada paciente contendo identificação do paciente, perguntas sobre início e duração da doença, quais foram os exames que levaram ao diagnóstico, quais são as medicações usadas e se há outras doenças associadas. Os pacientes serão agendados pelo pesquisador com trinta dias após a consulta inicial onde o mesmo trará devidamente preenchido o diário de dor e desenho de localização no corpo e na face para avaliação e posterior tratamento. A avaliação em neurológica durará em torno de 40 minutos e a avaliação buco maxilo-facial durará em torno de 40 minutos.

Riscos: Os possíveis riscos que este tipo de estudo pode trazer são: constrangimento (durante as respostas das questões da entrevista) e desconforto (devido à duração das perguntas e duração do período de preenchimento do diário sem analgesia). Porém, as perguntas poderão ser interrompidas no momento em que a senhora desejar.

Benefícios: Este estudo proporcionará grandes benefícios aos seus participantes, pois através das fichas de avaliação, a paciente poderá ser beneficiada com um diagnóstico mais inicial das manifestações de dor faciais de origem migranosa recebendo as devidas orientações e futuros encaminhamentos para a avaliação e tratamento específico no ambulatório de Cefaléiacaso seja necessário.

Sigilo: Esclarecemos que será garantido o sigilo do nome do participante. Apenas os pesquisadores terão acesso aos termos de consentimento e resultados. **Participação Voluntária:** A

participação é voluntária, ou seja, a senhora não receberá nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa. O dinheiro gasto com o transporte, para ir à universidade e participar dos testes, será ressarcido em espécie, imediatamente a sua despesa.

A senhor(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, e caso seja solicitado, daremos todas as informações que solicitar.

Nós nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação. As fotos do procedimento serão tratadas de forma a garantir o sigilo da sua identidade, utilizando para isso uma tarja preta no rosto.

Se a senhora concordar em colaborar voluntariamente com a pesquisa e se não tiver nenhuma dúvida, gostaríamos que assinasse este termo. Mesmo assinando, a senhora poderá recusar e/ou retirar o consentimento de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para ambas as partes.

PARA OBTER INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas a respeito do projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Pesquisadora responsável: José Justino da Silva Júnior (NOME COMPLETO) Telefone(81) 88718637 (INCLUSIVE PARA LIGAÇÕES A COBRAR).

DECLARAÇÃO DO VOLUNTÁRIO

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo: “PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DOR FACIAL E CORPALGIA EM PACIENTES COM MIGRÂNEA”.

Ficaram claros quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, benefícios e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Autorizo a utilização de minhas fotos para análise dos dados. Estou ciente de que minha identificação, que ficará reservada e caso seja necessária a divulgação da fotografia, esta apresentará uma tarja preta em meu rosto, evitando desta forma a minha identificação.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinaturas:

Voluntário: _____

Testemunhas: _____

Pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____ Data: _____

