

Cefaléias

Cefaléia é o mesmo que dor de cabeça.

Cefaléia é a dor mais comum no mundo.

Vamos atender pacientes no ambulatório, na emergência, em todos os cantos, com cefaléia.

Como conduzir um caso de cefaléia? Isto é o que mais devemos saber do assunto.

E para isso precisamos fazer a distinção entre cefaléia primária e cefaléia secundária.

A) Cefaléia primária

A doença do cidadão é a cefaléia em si: é a enxaqueca; é a cefaléia em salvas; é a neuralgia do trigêmio; é a cefaléia tensional.

Não temos que fazer nada de exame complementar.

Diagnosticamos pela anamnese e exame físico.

Como saber que é primária?

- Recorrência: já ocorreu diversas vezes de maneira semelhante.
- Exame neurológico e exame físico normais.

B) Cefaléia secundária

Secundária à meningite; a um AVE; a um trauma; a um tumor.

- Dor nova.
- Sinais de alarme que indicam cefaléia secundária a alguma coisa:
 - Cefaléia de início após os 50 anos
Cefaléia tensional; cefaléia em salva; enxaqueca; não começam depois dos 50 anos; nessa idade, aumenta o número de tumores e AVE. Devemos ficar atentos.
 - Cefaléia de início súbito
Ou é trauma (que aparece na história) ou acidente vascular (isquêmico ou hemorrágico? Hemorrágico porque o sangue irrita as meninges e causa cefaléia; aneurisma sacular congênito que acomete o polígono de Willis se rompe e causa a hemorragia; os aneurismas acometem principal a artéria comunicante anterior.)
 - Cefaléia com características progressivas.
 - Cefaléia de início recente em paciente com neoplasia ou HIV
HIV tem muitas possibilidades de fazer doença no SNC; câncer de pulmão, por exemplo, pode mandar MT cerebral.
 - Cefaléia com achados sistêmicos (febre; rigidez de nuca; rash cutâneo).
 - Cefaléia com sinais neurológicos focais
Um foco cerebral está sofrendo; pode ser por um AVEi um AVEh intra-parenquimatoso; um abscesso cerebral; um tumor.
 - Cefaléia associada a edema de papila
Edema de papila = hipertensão intra-craniana.

Nestes casos, **solicite exames complementares...**

Exames complementares

TC sem contraste vê trauma e sangramento (distingue AVCi e AVCh; na fase aguda sempre vê o AVCh, mas pode não ver o AVCi).

Para pegar lesões inflamatórias devemos solicitar TC sem contraste + TC com contraste: lesões inflamatórias captam contraste - neurotoxoplasmose tem TC sem contraste normal; mas com contraste tem a lesão anelar periférica; abscesso e neoplasia captam contraste.

O melhor exame para avaliar parênquima cerebral é a RNM.

Obs – aprende a distinguir isso...

AVEi: cursa com déficit neurológico focal; mata determinada área.

AVEh intra-parenquimatoso: cefaléia; queda do nível de consciência; hipertensão; vômitos em jato (aqueles não precedidos por náuseas); o sangue aumenta a PIC (PIC depende de parênquima; sangue e líquido); o coágulo de sangue comprime estruturas e gera sinais focais (pára o braço; pára de enxergar). Ou seja, também exibe sinal focal.

AVEh subaracnóide: o vaso que rompe está no espaço subaracnóide; não chegou ainda no cérebro; a PIC sobe muito rápido; é a pior cefaléia da vida dele + queda do nível de consciência; há rigidez de nuca

(sangue irrita meninges); não há déficit neurológico focal porque o sangue simplesmente escorre pelo espaço subaracnóide.

I) Enxaqueca ou Migrânea

Síndrome que possui a cefaléia como um dos sintomas: o indivíduo pode ter enxaqueca sem dor de cabeça (cefaléia).

Síndrome de origem genética e que acomete mais mulheres do que homens.

Quem tem enxaqueca tem os neurônios hiperexcitáveis: qualquer coisa faz os neurônios responderem de maneira exagerada (cheiro forte; vinho; queijo; exercício físico; frio; mudança de temperatura; menstruação).

O cérebro libera vários transmissores de maneira incorreta, entre eles serotonina, que chegam ao vaso e causam uma inflamação.

É a vasculopatia que causa dor (parênquima não dói): a dor é pulsátil ou latejante; de moderada a forte intensidade.

Costuma acometer apenas um lado do crânio.

Migrânea = metade do crânio doendo.

Características da migrânea

- Sexo – mulher (3:1).
- Idade: 30-50 anos.
- Localização da dor: unilateral; fronto-temporal.
- Duração: 4-72 horas.
- Período: manhã ou final da tarde.
- Intensidade: moderada a grave.
- HF sim
- Aura sim
- Outros: sintomas GI (náuseas e vômitos); um dos neurotransmissores envolvidos é a serotonina; o cidadão faz gastroparesia durante a crise.
- Achados: pródromos e pós-dromos; irritação/sonolência antes e depois.
- Típicos: associação com menstruação.

Obs sobre enxaqueca

- O espasmo pode fazer determinada área sofrer por isquemia: parestesias; dormência; amaurose fugaz; fraqueza; escomotas; costuma durar até 60 minutos.
- Aura = sintomas neurológicos associados à enxaqueca.
- Enxaqueca clássica: com aura.
- Enxaqueca comum: sem aura; mais comum.
- A enxaqueca incapacita.
- Na criança gosta de se apresentar com dor abdominal e vômitos (prova).
- Não precisamos de exame complementar para confirmar a enxaqueca.

Tratamento da enxaqueca

A) Abortivo (crise)

- Triptanos: sumatriptano, naratriptano, rizatriptano.

Drogas de escolha.

São agonistas serotoninérgicos.

Podem fazer vasoconstrição e dar opressão torácica: não faça em coronariopatas; não se desespere se o paciente se queixar de opressão torácica.

- Analgésicos e anti-inflamatórios

A dor é inflamatória.

- Metoclopramida (Plasil)

Para vômitos.

- Falha terapêutica

Corticóide: é dor inflamatória.

Clorpromazina (Amplictil): neuroléptico (anti-esquizofrênico; anti-psicótico); antes de correr, hidrate bem; faça lentinho; porque o paciente vai fazer hipotensão; droga para derrubar doidinho.

- Na prática: AINE + Plasil na veia.

B) Profilático

3 ou mais crises por mês já indicam tratamento profilático.

A droga de escolha é o beta-bloqueador.

Droga de escolha:

- Beta-bloqueadores: propranolol; atenolol (respeitando CI: asma; DAP).

Outras opções:

- Anti-depressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina).
- Bloqueador de cálcio: flunarizina (Vertex).
- Anti-epilépticos: valproato de sódio (depakene) e ou topiramato (a única que emagrece; dá alteração de comportamento).

II) Cefaléia em salvas ou Cluster headache

É rara, mas em prova cai sempre.

Faz parte das cefaléias que envolvem o complexo trigeminal.

É a cefaléia primária mais forte que tem.

O indivíduo bate com a cabeça para ver se a dor do trauma é melhor do que a dor da cefaléia em salvas.

É uma sensação de uma faca entrando no olho.

É bem mais comum em homens do que em mulheres.

O que mais desencadeia é álcool.

Características da cefaléia em salvas

- Salvas.
- Homem (9:1).
- Unilateral: sempre do mesmo lado.
- Peri-orbital.
- 15-180 minutos.
- Episódios noturnos.
- Dor insuportável.
- Não tem aura.
- Não tem história familiar positiva.
- Hiperemia conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, sudorese facial, miose, ptose e edema palpebral.

Dor por excitação do sistema trigeminal. Além disso, o SNA fica hiperexcitado.

Antigamente, era conhecida como cefaléia histamínica porque se acreditava que tinha componente alérgico.

Por que Salvas?

Chega... fica de 8-10 semanas te atacando na mesma hora do dia... todo dia... ficamos um tempo sem dor e ela volta de novo.

Tratamento da cefaléia em salvas

Morfina + BZD + dipirona = não vai melhorar o cidadão. Isso envolve o sistema neuronal.

Sente o paciente, incline o tronco para frente apoiando o oxigênio na coxa e coloque máscara de oxigênio a 100% 7L/min.

A) Abortivo (crise)

- Oxigênio a 100% (máscara), a 7L/min, por 15 minutos.
- Sumatriptano – 6 mg – subcutâneo.

Não vai ter na emergência.

B) Profilático

- Verapamil (droga de escolha).

Não vale a pena fazer para enxaqueca... estudos mais recentes já mostram que os bloqueadores de canal de cálcio não são tão eficazes para enxaqueca... mas, são eficazes na profilaxia da cefaléia em salvas sim.

- Valproato de sódio.

- Carbonato de lítio.

III) Cefaléia tensional

Dor boba.

É a cefaléia primária mais comum que existe.

Estima-se que 99% da população já apresentou uma crise na vida.

Características da cefaléia tensional

- Tensional.

- Mulher: 1,2:1.
- 15-50 anos.
- Bilateral.
- Holocraniana.
- 30 minutos – 7 dias.
- Final da tarde.
- Leve a moderada.
- Não tem aura.
- Não tem HF.
- Hiperestesia e hipertonia da musculatura pericraniana: occipital; região da nuca; trapézio; os neurônios hiperexcitados podem gerar uma contração muscular. Antigamente, acreditava-se que o pescoço duro comprimia neurônios... não é verdade: a dor vem de dentro para fora.

Obs:

Urgência hipertensiva: PA > 180x120.

A dor da hipertensão arterial só ocorre com PA > 180x120.

Tratamento**A) Abortivo (Crise)**

- Analgésicos (aspirina; paracetamol, dipirona).

B) Profilático

- Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina)

Mais de 15 crises por mês.

A amitriptilina passa pelo fígado perde o radical metil e vira nortriptilina.

CI: fome do caralho; efeito anti-colinérgico ("prende e seca"; mucosa seca; pulmão seco; boca seca; genitália seca; constipação).

A amitriptilina é o antidepressivo de escolha para tratamento da dor em geral: fibromialgia, etc.

Obs:

AIT não dá dor de cabeça e não dói.

A enxaqueca se durar mais de 7 dias pode levar ao AVEi.

É bem raro.

Hemorragia subaracnóide: TC mostra a orelha do Mickey no mesencéfalo; se TC vier normal, peça punção lombar; RNM não é melhor para sangramento.

Obs**Hemicrania paroxística crônica (prova)**

- Só responde à indometacina.
- Muito semelhante à cefaléia em salvas.

Epilepsia x Convulsão x Crise epiléptica

Epilepsia são crises epiléticas repetidas.

Convulsão é a crise epilética tônico-clônico generalizada.

Ou seja, nem toda crise epilética é uma convulsão.

As crises podem ser motoras ou sensitivas (podemos sentir cheiros; pelo acometimento do processo uncinado do lobo temporal).

Obs

A única coisa que não cruza é o cerebelo... porque cruza e descruza... as coisas que acometem o cerebelo tem repercussões ipsilaterais.

Epilepsia**Fisiopatologia**

Excitação do córtex neuronal (seja motor ou sensitivo).

Etiologia

Tudo vem do córtex cerebral, local dos núcleos dos neurônios.

Os axônios são revestidos pela bainha de mielina e são brancos.

O estímulo nunca nasce na substância branca porque ela é só o caminho.

Epilepsia é doença do córtex cerebral... as doenças da substância branca não causam epilepsia.

EM: doença auto-imune que ataca bainha de mielina e não causa crise epiléptica, por exemplo.

Qualquer coisa cortical (tumor; abscesso; trauma craniano; toxoplasma; neurocisticercose) pode irritar e causar crise epiléptica.

AVEi pode fazer córtex sofrer: paciente acima de 50 anos que faz a primeira crise epiléptica na vida tem como diagnóstico mais provável o AVEi; é um AVEi até que se prove o contrário.

Anóxia perinatal pode levar à epilepsia.

Distúrbios metabólicos podem criar uma crise, mas nunca podemos dizer que o paciente tem epilepsia.

Classificação

O tratamento depende da classificação.

Existem drogas que causam determinadas crises em vez de tratá-las.

Isso cai em prova.

A) Crises parciais simples

- Sintomas motores, sensoriais, psíquicos (paciente pode ficar irritado).
- Não há alteração de consciência (simples).
- Epilepsia Rolândica: ocorre na infância; com o tempo o paciente tende a melhorar; é benigna.
- No adulto, mostra um foco de lesão: até que se prove o contrário alguma coisa está crescendo no cérebro dele. Ou seja, assusta quando começa na idade adulta.
- As crises parciais podem se propagar e alcançar a substância reticular ativadora ascendente que fica no mesencéfalo e que deixa o paciente vigil: assim, vão promover de consciência (viram crises complexas).

B) Crises parciais complexas

- Atividade epiléptica focal.
- Com alterações da consciência (complexas).
- É a síndrome epiléptica mais comum no adulto.
- **Epilepsia do lobo temporal mesial:** crises de comportamento (pode ficar agressivo; pode acordar em outro lugar; ausência; agressividade; tirar a roupa).

C) Crise parcial com generalização secundária

- Começa como crise parcial.
- E evolui para tônico-clônico generalizada.
- As ondas podem alcançar o outro hemisfério cerebral... o paciente vai generalizar.

D) Crises generalizadas

- A crise pode começar generalizada: começa nos dois hemisférios e corre para a SARA (causando perda de consciência). Ou seja, toda crise generalizada é com perda da consciência. Ou seja, toda crise generalizada é complexa. Existe uma única exceção...

D.1) Pequeno mal ou crise de ausência infantil

- Escolar se desliga do mundo por segundos (20-30 segundos) diversas vezes por dia.
- Ocorre quando hiperventila; faz hipoglicemia; dorme pouco; estresse pode desencadear (podemos induzir a crise pedindo para hiperventilar).
- Tratar é fácil e o PX é bom.
- Some na idade adulta.
- O EEG é característico: complexo ponta-onda 3 ciclos/s, ou seja, com 3 Hz.
- Diagnóstico diferencial com parcial complexa: nesta, o cara fica desligado por minutos.

D.2) Grande mal

- Crises tônico-clônico generalizadas: o paciente se contrai todo – diafragma; intercostais; glote; elimina todo o ar do pulmão sob uma glote estreita (o urro epiléptico).
- O paciente perde a consciência: normalmente ele se machuca ao cair.
- Pseudo-crisis: 1/3 das crises é mentira: pelos benefícios secundários. Quem tem pseudo-crise nunca se machuca quando cai.
- Fatores desencadeantes: ficar sem dormir; luz estroboscópica; estresse; bebida alcoólica; hipoglicemia.
- Ocorre liberação esfíncteriana.
- O cidadão pode morder a língua e arrancar ela de fora.

- Nunca tire a língua do camarada com o dedo, você vai ficar sem dedo...
- Coloque uma gaze para não morder a língua... deixe ele de lado apenas, porque ele está hiper-secretivo e você quer evitar uma aspiração.
- O principal motivo de crise é não tomar a medicação corretamente.

Período pós-ictal

O cara acorda abobalhado.

A onda de excitação deixa até um pouquinho de edema cerebral.

Crise epiléptica ou pseudo-crise?

Dose prolactina: se for verdadeira, a PRL sobe.

Obs

Vamos lá... mais um pouquinho de epilepsia...

I) Crises generalizadas atônicas

- O paciente perde o tônus.
- É rápida.
- O indivíduo cai e se machuca.
- Fator desencadeante: susto.

II) Crises generalizadas tônicas

- O paciente fica todo duro.
- Ele fica na fase tônica (todo espástico) e não entra na fase clônica (tremedeira).

III) Crises generalizadas mioclônicas

- É um sustinho.
- Abalo mioclônico.
- É uma crise que não leva a perda da consciência.

Mioclonia: pode ocorrer por droga; por distúrbio hidroeletrólítico pode (investigue infecção alterando sódio, entre outros).

E) Síndromes epilépticas

E.1) Síndrome de Lennox-Gastaut

Crises pós-anoxia perinatal com características mistas: diversos tipos de crises de difícil controle.

Há retardo de DNPM.

É difícil de tratar.

E.2) Síndrome de West

Espasmos infantis.

EEG → hipsarritmia (todo irregular nem parece de cérebro humano; acelerado).

Retardo no desenvolvimento.

Pode ser primária ou secundária (infecção congênita; traumatismo no parto).

A criancinha com West pode se transformar em Gastaut.

Ou seja, o PX é ruim.

Há aumento do CRH: ou seja, além de fazermos anti-convulsivantes, devemos fazer ou corticóide ou ACTH para inibirmos o CRH hipotalâmico.

Diagnóstico da epilepsia

A) Clínico

B) EEG

Característico em alguns casos.

Possui muitas derivações.

O paciente com crise pode ter EEG normal fora da crise.

E, o paciente com EEG anormal pode nunca vir a ter crise.

O epiléptico, mesmo com EEG normal fora da crise, em algum momento vai ter alteração no exame.

C) Video-EEG

Mostra se no momento da crise havia alteração no EEG.

Para distinguir crise de pseudo-crise.

D) Imagem

Todo paciente epiléptico deve ter um EEG e um exame de RNM.

RNM vê melhor o parênquima cerebral.

Já existem RNM de 4 Tesla (não no Brasil).

Para avaliar a etiologia da epilepsia o melhor exame é a RNM e não o EEG.

Tratamento da epilepsia

Depende do tipo de epilepsia.

A) Tônico-clônico generalizada/parciais

➤ Carbamazepina (tegretol)

Efeito colateral: SIADH/hiponatremia.

Droga estabilizadora do humor.

Para parcial complexa: é a droga de escolha.

➤ Fenitoína (Hidantal)

Hidantal; venosa; utilizamos no CTI.

Não comece direto com ela porque pode fazer: hiperplasia gengival (especialmente em mulheres); SOP (a mulher fica cheia de espinha e pêlos pelo corpo); Lupus-like; Síndrome de mononucleose; Linfoma-like (gânglios/febre); Stevens-Johnson.

➤ Fenobarbital (Gardenal)

Não é droga de tratamento para nenhuma crise: ou deixa a criança sonolenta ou agitada.

Não deve ser utilizada mais.

➤ Valproato (Depakene)

É a amiodarona da epilepsia.

Vou tratar o paciente e não sei o que faço... faça Valproato.

Serve para qualquer tipo de crise epiléptica.

Cheio de efeitos colaterais: 50% engordam; plaquetopenia (paciente vai operar deve ser submetido a plaquetometria); altera fâneros (quantidade; qualidade e cor dos cabelos).

B) Mioclônica

➤ Clonazepam (Rivotril)

BZD é droga de escolha para tirar o paciente da crise (utilizamos Diazepam venoso).

Podemos utilizar BZD cronicamente para prevenir crises.

Seda pouco e tem meia vida longa.

➤ Valproato

Obs: carbamazepina e fenitoína podem piorar ou desencadear esse quadro.

C) Pequeno mal ou crise de ausência

➤ Valproato

➤ Etossuximida: não tem no Brasil.

Em geral...

Comece com uma droga só e com dose pequena... suba a dose... se o paciente não melhorar, associe outro medicamento e chegue até a dose de melhora... e depois retira o outro medicamento... o ideal é manter ele com uma droga só e dose otimizada.

Tratamos por 2 anos... se ficarmos sem crise... podemos tentar suspender a droga.

Primeira crise e única crise (sem tumor; distúrbio hidroeletrólítico; abscesso; ou seja, não é secundária): não precisamos iniciar tratamento.

Convulsão febril, o que eu tenho que saber?

É síndrome convulsiva e não epileptiforme!

Idade: 3 meses a 5 anos (9 meses – 5 anos, para maioria dos autores); abaixo de 9 meses é rara.

História familiar positiva.

Sem relação com epilepsia: não aumenta risco do paciente virar epiléptico.

EEG normal entre crises.

Relacionada à velocidade da variação da temperatura.

Investigue o que ocasionou a elevação da temperatura: amigdalite; otite; IVAS?

Descarte meningite: peça punção líquórica.

Crise: Diazepam 0,3-0,5 mg/kg EV sem diluir.

Deve ser feito EV (na criança, pode ser retal): mesmo que você precise de 10 pessoas para segurar o braço do cidadão e punccionar.

Não se faz BZD IM: diazepam IM tem absorção errática.

Não melhorou com o diazepam?

Hidantal (fenitoína 20mg/kg EV sem diluir).

Em termos práticos, a crise que melhora com diazepam, melhoraria sozinha. Quem tira mesmo da crise é o hidantal.

Se não melhorar: fenitoína de novo / agora 10 mg/kg.

Crise convulsiva febril é a única que não é epiléptica...

Não esquecer:

➤ < 2 anos + febre + convulsão = punção lombar.

Não dá para afastar meningite em crianças muito pequenas com base no quadro clínico.

A convulsão pode ser a única manifestação da meningite.