
Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial (Parte 2 de 4)**2. Cefaléia do tipo tensional**

Termos previamente utilizados: cefaléia de tensão, cefaléia de contração muscular, cefaléia psicomiogênica, cefaléia do stress, cefaléia comum, cefaléia essencial, cefaléia idiopática, cefaléia psicogênica.

Comentário: Se a cefaléia do tipo tensional ocorre pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios relacionados no grupo 5-11, codifique naquele grupo. Se a cefaléia do tipo tensional é agravada em 100% ou mais (dias de cefaléia) em clara relação temporal com um dos distúrbios listados em 5-11, também codifique naquele grupo. O fator agravante pode ser codificado usando o quarto dígito 9. Em qualquer tempo, o paciente pode ter apenas uma forma de cefaléia do tipo tensional. Outra forma pode ter ocorrido anteriormente. A subdivisão de cefaléia do tipo tensional em formas episódica e crônica foi introduzida porque pacientes com cefaléia diária ou quase diária constituem um grande grupo de pacientes atendidos em clínicas especializadas e hospitais. O tratamento destes pacientes e talvez os mecanismos patogênicos variam de forma considerável em relação à forma episódica.

A subdivisão em formas com e sem fator muscular é uma criação nova. Por décadas discute-se a importância dos mecanismos de contração muscular, porém estudos conclusivos ainda não foram feitos. O comitê de classificação acredita que a subdivisão diagnóstica de acordo com a presença ou ausência de um fator muscular irá estimular pesquisas neste campo. Porém, em vista da fraca base científica para esta subdivisão, ela pode ser considerada opcional.

2.1 Cefaléia do tipo tensional episódica

Termos previamente utilizados: Veja acima.

Descrição: Episódios recorrentes de cefaléia durando minutos a dias. A dor tipicamente tem caráter de peso/pressão, de intensidade fraca ou moderada, localização bilateral, e não piora com atividade física rotineira. Náusea está ausente, mas fotofobia ou fonofobia pode estar presente.

Critérios diagnósticos

A – Pelo menos 10 crises de cefaléia que preenchem os critérios B-D abaixo. O número de dias desta cefaléia é menor ou igual a 180/ano (menor que 15/mês)

B – Cefaléia durando 30 minutos a 7 dias

C – Pelo menos duas das seguintes características da dor:

1. Qualidade de aperto/pressão (não pulsátil)
2. Intensidade leve a moderada (pode limitar, mas não impede atividades)
3. Localização bilateral
4. Não é agravada por subir degraus ou atividade física semelhante de rotina diária

D – Ambos os seguintes:

1. Ausência de náusea ou vômitos (anorexia pode ocorrer)
2. Fotofobia e fonofobia estão ausentes, ou apenas um deles está presente

E – Pelo menos um dos seguintes:

1. História e exames físico e neurológico não sugestivos de distúrbios listados nos grupos 5-11

2. História e/ou exame físico e/ou neurológico sugestivos de tais distúrbios, mas que são afastados por investigação apropriada

3. Tais distúrbios estão presentes, mas as crises de cefaléia do tipo tensional não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

Comentário: Os mecanismos exatos da cefaléia do tipo tensional não são conhecidos. Contração muscular involuntária induzida mental ou fisicamente é importante, assim como os mecanismos puramente psicogênicos também são.

2.1.1 Cefaléia do tipo tensional episódica associada com distúrbio de músculos pericranianos

Termos previamente utilizados: cefaléia de contração muscular.

Descrição: Cefaléia do tipo tensional episódica com aumento da sensibilidade dolorosa e/ou alteração eletromiográfica dos músculos pericranianos.

Critérios diagnósticos

A – Preenche critérios para 2.1

B – Pelo menos um dos seguintes:

1. Aumento da sensibilidade dolorosa dos músculos pericranianos demonstrada pela palpação manual ou por algômetro de pressão
2. Aumento da atividade eletromiográfica dos músculos pericranianos no repouso e nos testes fisiológicos

Comentário: Não há ainda evidência suficiente para se determinar o limite de normalidade da sensibilidade dolorosa dos músculos pericranianos. Também não se tem dado atenção suficiente à metodologia de palpação pericraniana. Evidências com relação aos limites eletromiográficos normais dos músculos pericranianos é igualmente escassa. Até que evidências suficientes se acumulem, no que diz respeito à sensibilidade dolorosa à palpação e EMG pericraniana, cada investigador deverá usar seu melhor julgamento, com base em sua experiência com controles não sofredores de cefaléia, e por comparação com áreas simétricas. A estimativa da sensibilidade dolorosa por palpação está evidentemente sujeita a grandes distorções. Quantificação confiável requer experiência e estudo sistemático. Portanto, o julgamento da sensibilidade dolorosa não é mais subjetivo do que outros elementos do exame neurológico de sensibilidade. Para finalidades de pesquisa, é imprescindível que a observação seja do tipo cega.

2.1.2 Cefaléia do tipo tensional episódica não associada a distúrbio de músculos pericranianos

Termos previamente utilizados: cefaléia idiopática, cefaléia essencial, cefaléia psicogênica.

Descrição: Cefaléia do tipo tensional episódica com níveis normais de sensibilidade dolorosa e/ou eletromiografia dos músculos pericranianos.

Critérios diagnósticos

A – Preenche os critérios 2.1

B – Não há da sensibilidade dos músculos pericranianos. Se estudada, a EMG dos músculos pericranianos mostra níveis de atividade normal

Comentário: Não se sabe com que frequência a cefaléia do tipo tensional episódica não se associa com sensibilidade dolorosa aumentada dos músculos pericranianos.

Por outro lado, bem sabe-se que tais casos existem. Os mecanismos da cefaléia são desconhecidos nestes casos, porém suspeita-se de etiologia psicogênica.

2.2 Cefaléia do tipo tensional crônica

Termos previamente utilizados: Cefaléia crônica diária.

Descrição: Cefaléia presente por pelo menos 15 dias por mês por pelo menos 6 meses. A cefaléia é geralmente do tipo aperto/pressão, leve a moderada, bilateral e não piora com atividades da rotina diária. Náusea, fotofobia e fonofobia podem ocorrer.

Critérios diagnósticos

A – Frequência média de cefaléia maior ou igual a 15 dias por mês (180 dias/ano) por 6 meses ou mais, preenchendo os critérios B-D abaixo.

B – Pelo menos duas das seguintes características:

1. Qualidade de aperto/pressão (não pulsátil)
2. Intensidade leve a moderada (pode limitar, mas não impede atividades)
3. Localização bilateral
4. Não é agravada por subir degraus ou atividade física semelhante de rotina diária

C – Ambos os seguintes:

1. Ausência de náusea ou vômitos (anorexia pode ocorrer)
2. Fotofobia e fonofobia estão ausentes, ou apenas um deles está presente

D – Pelo menos um dos seguintes:

1. História e exames físico e neurológico não sugestivos de distúrbios listados nos grupos 5-11
2. História e/ou exame físico e/ou neurológico sugestivos de tais distúrbios, mas que são afastados por investigação apropriada
3. Tais distúrbios estão presentes, mas as crises de cefaléia do tipo tensional não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

Comentário: Algumas vezes migrânea se transforma gradualmente em cefaléia do tipo tensional crônica, mas mais freqüentemente é a própria cefaléia do tipo tensional episódica que se torna crônica. Em ambos os casos, o uso abusivo de medicamentos tem um importante papel no agravamento da doença. Descontinuação das tomadas diárias de medicamentos geralmente resulta em melhora.

2.2.1 Cefaléia do tipo tensional crônica associada com distúrbio de músculos pericranianos

Termos previamente utilizados: cefaléia de contração muscular crônica.

Descrição: Cefaléia do tipo tensional crônica associada com aumento da sensibilidade dolorosa e/ ou EMG dos músculos pericranianos.

Critérios diagnósticos

A – Preenche os critérios para 2.2

B – Pelo menos um dos seguintes:

1. Aumento da sensibilidade dolorosa dos músculos pericranianos demonstrada pela palpação manual ou por algômetro de pressão
2. Aumento da atividade eletromiográfica dos músculos pericranianos no repouso e nos testes fisiológicos

2.2.2 Cefaléia do tipo tensional crônica não associada com distúrbio de músculos pericranianos

Termos previamente utilizados: cefaléia crônica idiopática, cefaléia crônica psicogênica.

Descrição: Cefaléia do tipo tensional crônica com níveis normais de sensibilidade dolorosa e/ou eletromiografia dos músculos pericranianos.

Critérios diagnósticos

A – Preenche os critérios 2.2

B – Não há da sensibilidade dos músculos pericranianos. Se estudada, a EMG dos músculos pericranianos mostra níveis de atividade normal

2.3 Cefaléia do tipo tensional que não preenche os critérios acima

Descrição: Cefaléia que se acredita ser uma forma de cefaléia do tipo tensional, mas que não preenche satisfatoriamente os critérios diagnósticos operacionais de qualquer uma das formas de cefaléia do tipo tensional.

Critérios diagnósticos

A – Preenche todos exceto um critério para diagnóstico de uma ou mais formas de cefaléia do tipo tensional [especifique a(s) forma(s)].

B – Não preenche os critérios de migrânea sem aura.

Comentário: Codificados neste número estão os casos que apresentaram menos de 10 episódios de cefaléia do tipo tensional ou com muitos episódios que falham em preencher um dos critérios. Também pacientes que não são crônicos, mas que tem episódios durando mais que 7 dias ou com cefaléia por mais que 15 dias por mês que ainda não tenha durado mais de 6 meses.

Colocar um 4o dígito no grupo 2 significa que há um fator causal mais provável. Se o 3o dígito não foi colocado, inserir um zero antes do 4o dígito.

0. Não se identifica um fator causal

1. Mais que um dos fatores causais listados de 2-9 (em ordem de importância)

2. Disfunção oromandibular

Termos previamente utilizados: síndrome dolorosa de disfunção miofacial, síndrome de disfunção dolorosa da articulação temporomandibular, síndrome de Costen, disfunção crânio-mandibular.

Critérios diagnósticos:

Três ou mais dos seguintes: ruído na articulação temporomandibular aos movimentos da mandíbula, movimentos limitados ou espasmódicos da mandíbula, dor à movimentação da mandíbula, bloqueio na abertura da mandíbula, dentes cerrados (bruxismo), outras parafunções orais (mordidas ou compressão da língua, lábios ou bochechas).

Comentário: Aumento de sensibilidade dolorosa dos músculos pericranianos fazia parte das descrições desta síndrome. Isto não é lógico e não foi usado nesta classificação, uma vez que a sensibilidade dolorosa pode ser parte da hiperatividade muscular generalizada ou ser causada por outros fatores que não estejam relacionados com a função da articulação temporomandibular. Foi portanto necessário criar o novo termo “disfunção oromandibular”.

3. Stress psicossocial (critérios da DSM III-R)

Critérios diagnósticos: Associação com fatores de stress psicossociais considerados como sendo de 4 a 6 em uma escala de 1 a 6 (1 nenhum stress, 2 leve, 3 moderado, 4 intenso, 5 extremo, 6 catastrófico).

Comentário: Ao avaliar, prestar atenção no quanto a vida do indivíduo se altera pelo fator de stress, o grau em que esta alteração é desejável e sob controle do indivíduo, e o número de fatores de stress. Fatores de stress podem ser agrupados como: conjugal (marital e não-marital), familiar, pessoal, ocupacional, circunstâncias de vida, financeiro, legal, de desenvolvimento (para crianças), distúrbio físico ou lesão, outros.

4. Ansiedade

Preenche os critérios DSM III-R para um dos distúrbios de ansiedade.

5. Depressão

Preenche os critérios DSM III-R para um dos distúrbios de depressão.

6. Cefaléia como ilusão ou idéia

Termos previamente utilizados: Cefaléia psicogênica, cefalalgia de conversão.

Critérios diagnósticos: Preenche os critérios DSM III-R para ilusão somática ou distúrbio somatiforme.

Comentário: O termo previamente utilizado de cefaléia psicogênica é agora codificado como 2.1.2.6 ou 2.2.2.6 isto é, cefaléia do tipo tensional episódica ou crônica sem associação com fatores musculares, mas associada com ilusão somática ou distúrbio somatiforme.

7. Stress muscular

Associada com pelo menos um dos seguintes tipos de stress muscular: postura antifisiológica no trabalho, crônica muscular tônica de longa duração por outro motivo, falta de repouso e/ou de sono.

8. Abuso de medicação para cefaléia do tipo tensional

Associada com um ou mais dos seguintes: doses mensais de analgésicos fracos excedendo 45g de aspirina ou equivalente, drogas morfínomiméticas pelo menos duas vezes por mês, doses mensais de diazepam ou equivalente benzodiazepínico excedendo 300mg.

9. Um dos distúrbios dos grupos 5-11 desta classificação (especificar).

Usar o 4o dígito no código apenas quando a cefaléia do tipo tensional pré existente é agravada em 100% ou mais (dias de cefaléia) em clara relação temporal com o distúrbio orgânico. Se a cefaléia ocorrer pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio orgânico, codificar no grupo 5-11.

3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica

Comentário: Se a cefaléia em salvas ou hemicrânia paroxística crônica aparecer pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios listados 5-11, codificar naquele grupo. Se a cefaléia em salvas ou hemicrânia paroxística crônica forem agravadas em 100% ou mais (dias de cefaléia) em clara relação temporal com um dos distúrbios listados 5-11, isto deve ser mencionado entre parênteses, mas o paciente ainda será codificado no grupo 3. A qualquer tempo, o paciente poderá apenas apresentar um tipo de cefaléia em salvas. Outra forma pode ter ocorrido anteriormente.

Cefaléia em salvas e hemicrânia paroxística crônica compartilham das seguintes características: (1) unilateralidade da dor, (2) a grave intensidade da dor, (3) a localização da dor, (4) os fenômenos autonômicos acompanhantes, (5) o caráter periódico das crises. Também existem semelhanças com relação ao curso das doenças (padrão/estágio

episódico ou crônico) e outras alterações indicando envolvimento autonômico. Um número de achados no entanto, distingue as duas entidades: preponderância nos sexos, frequência e duração das crises, preponderância noturna, efeito de medicamentos (tanto sintomático quanto profilático).

Variantes de cefaléia em salvas e formas combinadas desta cefaléia não foram incluídas na presente classificação por não serem consideradas devidamente validadas.

Cefaléias semelhantes a cefaléia em salvas foram ocasionalmente relatadas em pacientes com evidência de lesão cefálica (intra ou extracraniana) do tipo vascular ou neoplásico. A relação entre estas lesões e a patogênese da cefaléia em salvas não é clara até o presente momento.

3.1 Cefaléia em salvas

Termos previamente utilizados: eritroposopalgia de Bing, neuralgia migranosa ou ciliar (Harris), eritromelalgia da cabeça, cefaléia de Horton, cefalalgia histamínica, neuralgia petrosa (Gardner), neuralgia esfenopalatina, neuralgia de Vidian e Sluder, hemicrania periódica neuralgiforme.

Descrição: Crises intensas de cefaléia estritamente unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando 15-180 minutos e ocorrendo desde uma crise em dias alternados até 8 crises ao dia. A cefaléia se associa a um ou mais dos seguintes: injeção conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorréia, sudorese da frente e da face, miose, ptose, edema palpebral. As crises ocorrem em séries que duram por semanas a meses (assim chamados períodos de salvas) separados por períodos de remissão geralmente durando meses ou anos. Cerca de 10% dos pacientes têm sintomas crônicos.

Critérios diagnósticos

A – Pelo menos 5 crises preenchendo B-D.

B – Crises intensas de dor unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, durando 15-180 minutos se não tratada.

C – A cefaléia é associada com pelo menos um dos seguintes sinais que deve estar presente no lado da dor:

1. Injeção conjuntival
2. Lacrimejamento
3. Congestão nasal
4. Rinorréia
5. Sudorese da frente e da face
6. Miose
7. Ptose
8. Edema palpebral

D – A frequência das crises varia de um em dias alternados até 8 crises por dia

E – Pelo menos um dos seguintes:

1. História e exames físico e neurológico não sugestivos de distúrbios listados nos grupos 5-11
2. História e/ou exame físico e/ou neurológico sugestivos de tais distúrbios, mas que são afastados por investigação apropriada
3. Tais distúrbios estão presentes, mas as crises de cefaléia do tipo tensional não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

3.1.1 Cefaléia em salvas de periodicidade indeterminada

A – Preenche os critérios para 3.1

B – Muito cedo para classificar como 3.1.2 ou 3.1.3

3.1.2 Cefaléia em salvas episódica

Descrição: Ocorre em períodos durando 7 dias a um ano, separados por intervalo livre de crises que duram 14 dias ou mais.

Critérios diagnósticos

A – Preenche todas as letras de 3.1

B – Pelo menos dois períodos de cefaléia (períodos de salvas) durando 7 dias a 1 ano (pacientes não tratados), separados por remissão de pelo menos 14 dias

Comentário: O período de salva geralmente dura entre 2 semanas e 3 meses

3.1.3 Cefaléia em salvas crônica

Descrição: Crises ocorrendo por mais que um ano sem remissão ou com remissão durando menos que 14 dias.

Critérios diagnósticos

A – Preenche todas as letras de 3.1

B – Ausência de fase de remissão por mais de um ano ou com remissão durando menos que 14 dias.

3.1.3.1. Cefaléia em salvas crônica desde o início

Termo previamente utilizado: crônica primária

Critérios diagnósticos:

A – Preenche todas as letras de 3.1.1

B – Ausência de fase de remissão por 14 dias ou mais desde o início

3.1.3.2. Cefaléia em salvas crônica a partir de forma episódica

Termo previamente utilizado: crônica secundária

Critérios diagnósticos

A – Preenche todas as letras de 3.1.3

B – Pelo menos um período de remissão durando 14 dias ou mais no primeiro ano de instalação, seguindo-se fase sem remissões por pelo menos um ano

Comentário: Durante um período de salvas e em pacientes com formas crônicas, as crises ocorrem regularmente e podem ser provocadas por álcool, histamina, ou nitroglicerina. A dor é máxima na região orbital, supraorbital e/ou temporal, mas pode se irradiar para outras regiões. A dor recorre geralmente do mesmo lado da cabeça durante cada salva individual. Nas piores crises, a intensidade da dor é excruciante. Pacientes não conseguem deitar e tipicamente andam de um lado para o outro. A idade de início é tipicamente 20-40 anos. Os mecanismos da dor não são ainda completamente conhecidos,

apesar das anormalidades demonstradas nos estudos de pulso corneano, temperatura da córnea, sudorese da fronte, lacrimejamento e secreção nasal, ou por pupilometria, termovisão, e Doppler intra e extracraniano.

3.2 Hemicrania paroxística crônica

Termo previamente utilizado: síndrome de Sjaastad.

Descrição: Crises com muitas das características da dor, sintomas associados e sinais da cefaléia em salvas, porém as crises são de menor duração, mais freqüentes, ocorrem mais em mulheres e há um efeito absoluto da indometacina.

Critérios diagnósticos

A – Pelo menos 50 crises preenchendo B-D.

B – Crises intensas de dor unilateral, orbitária, supraorbitária e/ou temporal, sempre do mesmo lado, durando 2 a 45 minutos

C – Freqüência de crises maior que 5 por dia por mais da metade do período (períodos com freqüência maior podem ocorrer)

D – A dor é associada a pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas do lado da dor:

1. Injeção conjuntival
2. Lacrimejamento
3. Congestão nasal
4. Rinorréia
5. Ptose
6. Edema palpebral

E – Efeito absoluto de indometacina (150mg/dia ou menos)

F – Pelo menos um dos seguintes:

1. História e exames físico e neurológico não sugestivos de distúrbios listados nos grupos 5-11
2. História e/ou exame físico e/ou neurológico sugestivos de tais distúrbios, mas que são afastados por investigação apropriada
3. Tais distúrbios estão presentes, mas as crises de cefaléia do tipo tensional não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

Comentário: A maioria das crises dura 5-20 minutos e a freqüência pode ser tão alta quanto 30 em 24 horas. Embora remissões de longa duração não sejam vistas em hemicrania paroxística crônica, a freqüência, intensidade e duração das crises pode variar. Há uma grande predominância em mulheres. O início é geralmente na fase adulta. O estágio crônico pode provavelmente ser precedido por um estágio similar ao que se observa na cefaléia em salvas, mas isto não está ainda suficientemente validado.

3.3 Distúrbio semelhante à cefaléia em salvas que não preenche os critérios acima

Descrição: Crises de cefaléia que se acredita serem uma forma de cefaléia em salvas ou de hemicrania paroxística crônica, mas que não satisfazem todos os critérios diagnósticos operacionais para nenhuma das formas de cefaléia em salvas ou de hemicrania paroxística crônica.

Critérios diagnósticos

A – Preenche todos exceto um critério para 3.1 ou 3.2

Comentário: Codificado neste número estão os pacientes que não tiveram número suficiente de crises típicas, bem como os pacientes que tiveram crises suficientes, mas que falham em preencher um dos critérios.

Migrânea em salvas e síndrome cluster tic ainda não estão suficientemente validadas.

4. Cefaléias diversas não associadas a lesão estrutural

4.1 Cefaléia idiopática em facada

Termo previamente utilizado: ice-pick pains (“dor de furador de gelo”).

Descrição: Dor em facadas rápidas na cabeça, que ocorrem espontaneamente na ausência de distúrbio orgânico estrutural ou dos nervos cranianos.

Critérios diagnósticos

A – Dor confinada à cabeça e sentida exclusiva ou predominantemente na área de distribuição da primeira divisão do nervo trigêmeo (órbita, têmpora e região parietal)

B – Dor de caráter em facada, que dura uma fração de segundo. Ocorre como uma facada única ou uma série de facadas

C – Recorre em intervalos regulares (horas ou dias)

D – O diagnóstico depende da exclusão de alterações estruturais do lado da dor e na região de distribuição do nervo afetado.

Comentário: Dores em facadas são mais freqüentemente experimentadas por indivíduos que sofrem de migrânea, e neste caso são sentidas do lado habitualmente afetado pela cefaléia em cerca de 40% dos pacientes, e tende a ser mais freqüente no período de cefaléia. Estas dores freqüentemente cedem com o uso de indometacina 25mg três vezes ao dia, via oral.

4.2 Cefaléia por compressão externa

Termo previamente utilizado: Cefaléia da máscara de natação.

Descrição: Cefaléia resultante da estimulação contínua de nervos cutâneos pela aplicação de pressão, por exemplo por uma faixa em torno da cabeça, um chapéu apertado ou máscara utilizada durante treinos de natação.

Critérios diagnósticos

A – Resulta da aplicação de pressão externa na frente ou no couro cabeludo

B – É sentida na área submetida à pressão

C – É uma dor constante

D – É prevenida por evitar o fator precipitante

E – Não está associada com doença orgânica craniana ou extracraniana

Comentário: compressão externa pode levar a uma crise mais intensa de migrânea se o estímulo for prolongado.

4.3 Cefaléia por estímulo frio

Descrição: Cefaléia resultando da exposição da cabeça a temperaturas baixas

4.3.1 Aplicação externa de estímulo frio

Descrição: Cefaléia generalizada seguindo-se à exposição de área desprotegida da cabeça a um ambiente de baixa temperatura, como em clima abaixo de zero ou por mergulhar em água gelada

Critérios diagnósticos

- A – Desenvolve-se durante a exposição ao frio
- B – É bilateral
- C – Varia em gravidade com a intensidade e duração do estímulo frio
- D – É prevenida por evitar exposição ao frio
- E – Não está associada com doença orgânica craniana ou extracraniana

4.3.2 Ingestão de um estímulo frio

Termo previamente utilizado: cefaléia do sorvete.

Descrição: cefaléia do sorvete é uma dor produzida em indivíduos susceptíveis pela passagem de material frio, sólido ou líquido, sobre o pálato e a parede posterior da faringe.

Critérios diagnósticos

- A – Se desenvolve durante a ingestão de comida ou bebida fria
- B – Dura menos que cinco minutos
- C – É sentida no meio da frente, exceto em pessoas sujeitas à migrânea, onde a dor pode ser referida na área habitualmente afetada pela cefaléia migranosa (codificar primeiro para migrânea)
- D – É prevenida por evitar a ingestão rápida de bebidas e comidas geladas
- E – Não está associada a distúrbio orgânico

4.4 Cefaléia benigna da tosse

Descrição: cefaléia precipitada pela tosse na ausência de qualquer distúrbio intracraniano.

Critérios diagnósticos

- A – É uma cefaléia bilateral de início súbito, durando menos que um minuto, precipitada pela tosse
- B – Pode ser prevenida por evitar a tosse
- C – Somente pode ser diagnosticada quando lesões estruturais tais como tumores de fossa posterior forem excluídos por neuroimagem

4.5 Cefaléia benigna do esforço

Descrição: cefaléia precipitada por qualquer forma de exercício. Subvariedades, tais como “cefaléia dos levantadores de peso”, são reconhecidas.

Critérios diagnósticos

- A – É uma cefaléia especificamente induzida pelo exercício físico
- B – É bilateral, latejante no início e pode se desenvolver como crise de migrânea naqueles pacientes susceptíveis a crises migranosas (codificar primeiro para migrânea)

C – Dura 5 minutos a 24 horas

D – É prevenida por evitar exercícios, particularmente em climas quentes ou em altitudes elevadas

E – Não está associada com qualquer distúrbio sistêmico ou intracraniano

Comentário: Cefaléia do esforço pode ser prevenida em alguns pacientes pela ingestão de tartarato de ergotamina, metissergida, propranolol ou indometacina antes do exercício.

4.6 Cefaléia associada à atividade sexual

Termos previamente utilizados: Cefaléia sexual benigna, cefalalgia coital.

Descrição: Cefaléia precipitada pela masturbação ou coito, geralmente começando como uma dor bilateral em peso, e durante o aumento da excitação sexual a dor aumenta para de repente se tornar intensa no orgasmo, na ausência de distúrbio intracraniano.

Critérios diagnósticos

A – É precipitada pela excitação sexual

B – É bilateral no início

C – É prevenida ou aliviada por cessar a atividade sexual antes do orgasmo

D – Não está associada a nenhum distúrbio intracraniano tal como aneurisma

4.6.1 Tipo peso:

Critérios diagnósticos

Dor em peso na cabeça e no pescoço que se intensifica à medida que a excitação sexual aumenta.

4.6.2 Tipo explosivo

Critérios diagnósticos:

Dor de início súbito e intenso (“explosão”) que ocorre durante o orgasmo.

4.6.3 Tipo postural

Critérios diagnósticos

Cefaléia postural que lembra aquela da baixa pressão líquórica e que se desenvolve após o coito.

Inclusão do 4o dígito para os grupos 5-11

Tipos de cefaléia

Comentário: Aqui se incluem tantas formas de cefaléia quantas podem ser distinguidas usando apenas as características da cefaléia e os critérios operacionais. A maioria das formas também é encontrada em outros locais desta classificação.

0. Cefaléia descrita como um critério diagnóstico para um distúrbio em particular

Comentário: Para alguns distúrbios dos grupos 5-11, as características da cefaléia não são parte do critério diagnóstico, enquanto para outros distúrbios as características são parte do critério. O 4o dígito zero se aplica apenas no segundo caso.

1. Migrânea

Preenchendo os critérios para 1.1 ou 1.2, com exceção da migrânea que ocorre pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios relacionados nos grupos 5-11

2. Cefaléia do tipo tensional

Preenchendo os critérios para 2.1 ou 2.2, com exceção da cefaléia do tipo tensional que ocorre pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios relacionados nos grupos 5-11

3. Cefaléia em salvas

Preenchendo os critérios para 3.1 ou 3.2, com exceção da cefaléia em salva ou hemicrania paroxística crônica que ocorre pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios relacionados nos grupos 5-11

4. Aumento da pressão intracraniana (protótipo: cefaléia do tumor cerebral)

A – Caráter crescente em 3 meses ou menos

B – Intensidade moderada a grave

C – Ocorre de manhã ou após cochilos, e desaparece ou melhora espontaneamente após se levantar

D – Está presente em pelo menos 50% das manhãs

5. Diminuição da pressão intracraniana (protótipo: cefaléia pós punção lombar)

A – Bilateral

B – Ausente ou leve na posição de decúbito, ocorre ou piora na posição ortostática

6. Tipo lesão local (protótipo: dor de metástase óssea)

A – Cefaléia não pulsátil e constantemente presente

B – A dor tem um máximo circunscrito a uma área de 5cm ou menos, mas pode irradiar para regiões vizinhas ou ser referida em áreas mais distantes

7. Vasodilatador (protótipo: cefaléia induzida por nitroglicerina, histamina e prostaciclina)

A – Dor bifrontotemporal pulsátil

B – Sem aura, náusea ou vômito

8. Dor em facada

A – Dor em facada durando menos que um segundo

B – Ocorre como facada única ou série de facadas

C – Cada facada ou série de facadas ocorre em uma região pequena e bem localizada

9. Outro tipo (especificar)

10. Dois ou mais tipos

* Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia 1998; 8(suppl 7):1-96.

Endereço para comunicar propostas de mudanças ou adições:

Jes Olesen

Chairman of the Classification Committee

Professor of Neurology

University of Copenhagen

Department of Neurology

Gentofte Hospital

2900 Hellerup, Copenhagen Denmark