
Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial (Parte 1 de 4)

Este documento não tem direitos autorais exclusivos de sua versão em inglês, desde que a fonte seja citada. As traduções para outras línguas devem ser autorizadas por uma sociedade nacional de cefaléia associada à Sociedade Internacional de Cefaléia, ou, na ausência de uma sociedade, por um estudioso de cefaléia aprovado pelo presidente do comitê de classificação das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia.

O livro original pode ser comprado da The Norwegian University Press, PO Box 2959, Tøyen N-0608, Oslo 6, Noruega; e da FADL's Publishing House, 29 Prinsesse Charlottesgade, 2200 Copenhagen, Dinamarca, pelo envio de um cheque de 195 coroas dinamarquesas (atualmente US\$30).

Descontos substanciais podem ser obtidos por compradores em atacado, por favor entre em contato com Jes Olesen, presidente do comitê de classificação, no departamento de neurologia, Gentofte Hospital, 2900 Hellerup, Dinamarca.

Original impresso por: B. Stougaard Jensen, Copenhagen

ISSN 0800-1952

Comitê de Classificação das Cefaléias

André Bes, França

Robert Kunkel, EUA

James W. Lance, Austrália

Giuseppe Nappi, Itália

Jes Olesen (Presidente)

Volker Pfaffenrath, Alemanha

Frank Clifford Rose, Reino Unido

Bruce S. Schoenberg (Falecido)

Dieter Soyka, Alemanha

Peer Tfelt-Hansen, Dinamarca (Secretário)

K. Michael A Welch, EUA

Marcia Wilkinson, Reino Unido

Membros dos Subcomitês

Subcomitê de migrânea: J. Nathan Blau, Reino Unido; George Bruyn, Holanda; Marie-Germaine Bousser, França; Judith Hockaday, Reino Unido; Eero Hokkanen, Finlândia; Hans Rudi Isler, Suíça; Robert Kunkel, EUA; James W. Lance, Austrália; Gian Camillo Manzoni, Itália; Giovanni Nattero, Itália; Jes Olesen, Dinamarca (Presidente); Antoni Prusinski, Polônia; Seymour Solomon, EUA; Dewey Ziegler, EUA.

Subcomitê de cefaléia do tipo tensional: Alessandro Agnoli, Itália; J. Nathan Blau, Reino Unido; Gunnar Carlsson, Suécia; Endre Csanda, Hungria; Wolf-Dieter Gerber, Alemanha; Hans Rudi Isler, Suíça; Michael Langemark, Dinamarca; Ninan Mathew, EUA; Harold Merskey, Canadá; Jes Olesen, Dinamarca (Presidente); Tereza Paiva, Portugal; Harrison Graham Pope Jr., EUA; Joel Saper, EUA; Jean Schoenen, Bélgica.

Subcomitê de cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica: Otto Appenzeller, EUA; Karl Ekblom, Suécia; Lee Kudrow, EUA; Gian Camillo Manzoni, Itália; Michael Moskovitz, EUA; Giuseppe Nappi, Itália (Presidente); Jes Olesen, Dinamarca; Edgard Raffaelli Jr., Brasil; Federigo Sicuteri, Itália; Ottar Sjaastad, Noruega.

Subcomitê de cefaléias diversas não associadas a lesão estrutural: Otto Appenzeller, EUA; Seymour Diamond, EUA; James W. Lance, Austrália (Presidente); Jes Olesen, Dinamarca; Neil Raskin, EUA; Peer Tfelt-Hanssen, Dinamarca.

Subcomitê de cefaléia associada a trauma craniano: Brian Jennett, Reino Unido; Tryggve Lundar, Noruega; J.M. Minderhound, Holanda; Knut Nestvold, Noruega; Jes Olesen, Dinamarca; William Speed, EUA; Marcia Wilkinson, Reino Unido (Presidente).

Subcomitê de cefaléia associada a distúrbios vasculares: Otto Appenzeller, EUA; André Bes, França (Presidente); Marie-Germaine Bousser, França; Donald J. Dalessio, EUA; John Edmeads, Canadá; Jes Olesen, Dinamarca; Seymour Solomon, EUA; Nazhiyath Vijayan, EUA.

Subcomitê de cefaléia associada a distúrbio intracraniano não vascular: Jes Olesen, Dinamarca; Frank Clifford Rose, Reino Unido (Presidente); Per Sorensen, Dinamarca, Steinar Vilming, Noruega; K. Michael A Welch, EUA.

Subcomitê de cefaléia associada a substâncias ou à sua retirada: Patrick Henry, França; Eero Hokkanen, Finlândia; Hans Rudi Isler, Suíça; Robert Kunkel, EUA (Presidente); Jes Olesen, Dinamarca; Neil Raskin, EUA, Marcia Wilkinson, Reino Unido.

Subcomitê de cefaléia associada a infecção não cefálica e subcomitê de cefaléia associada a distúrbio metabólico: Arthur Elkind, EUA; José Espadaler, Espanha; John Graham, EUA; Robert Kunkel, EUA (Presidente); Giovanni Nattero, Itália; Jes Olesen, Dinamarca; K. Michael A Welch, EUA.

Subcomitê de cefaléia ou dor facial associadas a distúrbios do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas: Gunnar Carlsson, Suécia; Donald J. Dalessio, EUA; James W. Lance, Austrália; Michael Moskovitz, EUA; Jes Olesen, Dinamarca; Volker Pfaffenrath, Alemanha; Dieter Soyka, Alemanha (Presidente).

Subcomitê de neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor de deaferentação: George Bruyn, Holanda; Gunnar Carlsson, Suécia; Donald J. Dalessio, EUA; Karl Ekblom, Suécia; James W. Lance, Austrália (Presidente); Jes Olesen, Dinamarca.

Agradecimentos

O trabalho do Comitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléias foi generosamente patrocinado pelas seguintes companhias:

Glaxo

Imperial Chemical Industries (ICI)

Janssen Pharmaceutica

Sandoz

Agradecemos também a ajuda financeira de

Bayer AG e do Grupo Hässle-Astra.

O comitê e os subcomitês receberam valiosas sugestões e críticas de um grande número de colegas de todo o mundo. Não se pode agradecer a todos individualmente, mas suas contribuições foram muito apreciadas. Gostaríamos de agradecer em particular Harrison Graham Pope Jr., que participou do primeiro encontro do comitê na qualidade de conselheiro externo. Ele generosamente compartilhou conosco sua vasta experiência na classificação de doenças psiquiátricas, e assim ajudou-nos a decidir o formato geral desta classificação. Marcello Fanciullacci, Seymour Solomon, Frank Clifford Rose e Giorgio Bono têm nossos agradecimentos por terem organizado os encontros.

Sheila Marr Westh realizou todo o trabalho de secretaria para este comitê desde que iniciamos nossas atividades. Ela conseguiu realizar esta enorme tarefa enquanto prosseguia com seu trabalho habitual. Sua atitude entusiástica e seu perfeccionismo são reconhecidos.

Prefácio

Este documento representa um grande esforço. Foi um trabalho contínuo por quase três anos, que envolveu não somente os membros dos comitês mas também os muitos membros dos doze subcomitês. O trabalho nos comitês e subcomitês ficou aberto, de forma que todos os documentos relacionados ficassem disponíveis a qualquer pessoa que expressasse interesse. Tivemos um encontro de dois dias sobre a classificação das cefaléias em março de 1987, aberto a todos os interessados. Ao final do terceiro Congresso Internacional de Cefaléia em Florença em setembro de 1987, tivemos um encontro público no qual a classificação foi apresentada e discutida. Um encontro público final foi realizado em San Diego, EUA, em 20 e 21 de fevereiro de 1998, como uma sessão combinada de trabalho para o comitê e para a platéia.

Apesar de todos os esforços, inevitavelmente foram cometidos erros. Eles aparecerão quando a classificação estiver sendo usada e terão que ser corrigidos em edições futuras. Deve-se também salientar que muitas partes deste documento são baseadas na experiência dos peritos dos comitês, não havendo suficientes evidências publicadas. Contudo, espera-se que a existência dos critérios operacionais para diagnóstico publicados neste livro, gerará nos próximos anos um aumento da atividade de pesquisa nosográfica e epidemiológica.

Pedimos a todos os cientistas que estudam cefaléia que tomem parte ativa em testar e desenvolver mais a classificação. Por favor, enviem opiniões, argumentos e separatas ao presidente do comitê de classificação. Planeja-se publicar a segunda edição da classificação em 1993. Esperamos que as revisões sejam baseadas em novas evidências.

A Sociedade Internacional de Cefaléia considera a classificação e os critérios diagnósticos para cefaléia como um assunto muito importante. Embora o documento necessite de mais testes e modificações, é recomendado que ele seja posto em uso imediato em estudos científicos. Isto se aplica não apenas a estudos clínicos, mas também a estudos bioquímicos e fisiológicos.

James W. Lance

Presidente

Sociedade Internacional de Cefaléia

Jes Olesen

Presidente

Comitê de Classificação das Cefaléias

Introdução

Quando você tiver este documento relativamente extenso em suas mãos, por favor não se assuste. Ele é grande e complicado, mas não é para ser decorado. Seu uso primário é para pesquisa, mas ao longo dos anos ele provavelmente influenciará a maneira que diagnosticamos nossos pacientes na prática diária.

O livro contém uma classificação construída hierarquicamente e critérios operacionais de diagnóstico para todas as cefaléias. Este sistema hierárquico com codificação de até quatro dígitos, torna possível usar a classificação em níveis diferentes de sofisticação. Na prática rotineira, o diagnóstico será feito ao nível de um ou dois dígitos. Em centros especializados, o diagnóstico chegará ao nível do quarto dígito. Providenciamos uma "curta descrição" da maior parte das cefaléias. Estas descrições curtas são menos precisas que os critérios diagnósticos operacionais, porém são mais fáceis de lembrar e podem ser usadas em livros, para fins de leitura etc. Finalmente, fornecemos também Comentário e bibliografia.

Isto tudo é realmente necessário? Não estávamos satisfeitos com o sistema existente? Sabemos realmente o suficiente sobre cefaléia para introduzir critérios diagnósticos operacionais? Estas e muitas outras questões foram repetidamente levantadas pelos colegas que não estavam ativamente envolvidos no trabalho de classificação. A classificação de cefaléia pelo Comitê Ad Hoc do Instituto Nacional de Saúde serviu-nos bem inicialmente, mas está desatualizado há muitos anos. Waters, o famoso epidemiologista inglês escreveu em 1980: "Definições atuais de migrânea são apenas descrições e não definições explícitas. Os vários aspectos característicos da migrânea são mencionados como estando presente "comumente", "geralmente" ou "freqüentemente", mas não está definido precisamente se eles precisam estar presentes para estabelecer o diagnóstico e, em caso

afirmativo, quantos dos aspectos devem estar presentes”. O mesmo é ainda mais verdadeiro na definição de cefaléia tensional. Afirmar que um paciente preenche os critérios do Comitê Ad Hoc para migrânea ou cefaléia tensional não caracteriza o paciente com precisão, mas é quase sinônimo de que o paciente tem um ou outro diagnóstico de acordo com a opinião do pesquisador. Em outras áreas da medicina os critérios diagnósticos operacionais estão sendo introduzidos em um estágio mais ou menos avançado porque esta é a única maneira de assegurar uma variabilidade relativamente baixa entre observadores. O processo de criar e introduzir estes critérios é considerado estimulante e torna claro aquilo que não sabemos nosograficamente. Por fim, mas não menos importante, critérios operacionais podem ser provados e desaprovados, e eles são fáceis de modificar de acordo com novas aquisições do nosso conhecimento.

Portanto, embora possam ser tediosos e irritantes, os critérios diagnósticos operacionais devem ser introduzidos, se a pesquisa em cefaléia pretende avançar significativamente no futuro.

O falecido chefe de neuroepidemiologia do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América, Bruce S. Schoenberg, formulou os quesitos básicos para um sistema de classificação e para critérios diagnósticos da seguinte maneira: “Qualquer forma de cefaléia em um paciente deve preencher uma, e somente uma, série de critérios (embora um paciente possa muito bem Ter mais que uma forma de cefaléia). Cada série de critérios diagnósticos deve ser o mais específica e sensível possível”. Em outras palavras, apenas pacientes que realmente tem a doença devem receber o diagnóstico, mas por outro lado, todos os pacientes que realmente tem a doença também devem preencher os critérios diagnósticos. A especificidade é obtida por critérios rigorosos, o que por outro lado pode excluir diversos pacientes. Portanto, os critérios escolhidos para um determinado diagnóstico devem representar um compromisso entre a sensibilidade e a especificidade. Os elementos para a elaboração de uma série de critérios diagnósticos somente podem obedecer parâmetros não ambíguos, de onde se conclui que palavras como “freqüentemente”, “por vezes”, ou “habitualmente” devem ser banidas. A elaboração dos critérios aqui apresentados exigiu uma seleção rigorosa de cada palavra usada.

Classificar e definir doenças é sempre uma tarefa difícil, e o campo da cefaléia apresenta problemas particulares. O mais fundamental dos problemas é a escassez de conhecimentos fisiopatológicos, que se reflete na ausência de exames de laboratório que possam ser usados como critérios diagnósticos em qualquer forma de cefaléia primária. Embora existam síndromes típicas e puras, há muitas formas de transição. A cefaléia de um paciente em particular pode mudar no curso da vida, não apenas quantitativamente mas também qualitativamente – por exemplo, migrânea com aura pode se transformar em migrânea sem aura. Alguns pacientes tem mais de um tipo de cefaléia, por exemplo migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional episódica.

Em um determinado ponto da vida do paciente pode predominar uma forma, mais tarde pode predominar a outra. Como consequência destes problemas, não tem sido possível classificar pacientes, e sim apenas cefaléias.

Para melhor compreender este problema, vejamos o que ocorre na prática. Os pacientes tem sido classificados como tendo migrânea clássica ou migrânea comum nos estudos científicos publicados. Muitos pacientes, contudo, tem crises tanto “clássicas” quanto “comuns”. Alguns estudiosos classificaram pacientes como tendo cefaléia “clássica”, mesmo que eles tivessem tido apenas uma crise com aura no decorrer de suas vidas, enquanto outros estudiosos requeriam mais de uma crise. O resultado disto é uma variabilidade diagnóstica muito grande, além do mais um paciente poderia Ter sido classificado no grupo “comum” em um estudo e no grupo “clássico” em outro, se uma ou mais crises com aura tivesse ocorrido entre o primeiro e o segundo estudo ou vice-versa. No novo sistema de classificação, o paciente recebe um diagnóstico para cada forma distinta de cefaléia, isto é, migrânea com aura e migrânea sem aura, o que elimina estes problemas.

O fato de não podermos classificar pacientes mas sim cefaléias introduz outros problemas. Não é possível classificar todos os episódios de cefaléia em cada paciente; a maioria dos pacientes tem diversas crises, não consegue se lembrar adequadamente delas, recebeu tratamento etc. A idéia é classificar a forma mais importante de cefaléia ou talvez duas ou mais formas. Os pacientes sempre tem um certo número de crises que, pelos motivos mencionados acima, não podem ser classificadas formalmente. O paciente consegue habitualmente identificar tais episódios como crises abortadas de migrânea ou de cefaléia do tipo tensional. Mesmo com critérios diagnósticos operacionais, o bom senso e o julgamento adequado são necessários.

O aspecto quantitativo do diagnóstico de cada cefaléia deve também ser levado em consideração. Por isso é importante que cada diagnóstico seja seguido por uma estimativa do número de dias da cefaléia por ano, anotada entre parênteses. Instruções adicionais são fornecidas nas “Regras gerais para o uso da classificação das cefaléias”. É absolutamente necessário conhecer essas regras para usar a classificação corretamente e, como uma exceção, esta parte do documento deve ser decorada.

Regras Gerais

1. Se o paciente tem mais de um tipo de cefaléia, todas devem ser diagnosticadas na ordem de importância indicada pelo paciente.
2. Para se fazer um diagnóstico, todas as letras dos tópicos de uma série de critérios diagnósticos devem ser satisfeitas.
3. Após cada diagnóstico, acrescente uma estimativa do número de dias de cefaléia por ano entre parênteses.
4. Critérios diagnósticos dados a nível de um ou dois dígitos devem geralmente estar de acordo com as subformas, porém exceções e/ou critérios mais específicos estão listados nestas subformas.

-
5. Os pacientes que pela primeira vez desenvolveram uma forma particular de cefaléia com relação temporal clara entre seu início e um dos distúrbios listados nos grupos 5-11, são classificados nestes grupos usando-se o quarto dígito para especificar o tipo de cefaléia. No entanto, uma relação causal não será necessariamente indicada. Assim, migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas pré existentes e agravadas em clara relação temporal com um dos tipos listados nos grupos 5-11, serão ainda codificadas como migrânea, cefaléia tipo tensional e cefaléia em salvas (grupos 1-3). Se o número de dias de cefaléia aumentar cem por cento ou mais, o fator agravante poderá ser mencionado entre parênteses, mas não será codificado.
 6. Codifique até o grau (número de dígitos) que sirva ao seu propósito.
 7. Se um tipo de cefaléia preenche os critérios diagnósticos de diferentes categorias de cefaléia, codifique para a primeira categoria de cefaléia da classificação para a qual os critérios são preenchidos (1.7, 2.3 e 3.3 não são considerados diagnósticos se a cefaléia também satisfizer outro diagnóstico).
 8. Se um paciente tiver uma forma de cefaléia que preencha uma série de critérios diagnósticos, episódios similares podem ocorrer nos quais nem todos os critérios sejam satisfeitos. Isto pode se dever ao tratamento, dificuldade em lembrar exatamente os sintomas, e outros fatores. Peça ao paciente para relatar uma crise típica não tratada ou uma crise tratada sem sucesso, e certifique-se de que houve um número suficiente destas crises para estabelecer o diagnóstico. A seguir, faça uma estimativa do número de dias por ano com esse tipo de cefaléia, acrescentando também as crises tratadas e as crises menos típicas.
 9. Um grande obstáculo para o diagnóstico exato é a confiabilidade na história do paciente para determinar se os critérios foram satisfeitos. Em casos pouco claros é recomendado que o paciente observe e anote os detalhes de crises prospectivamente usando um diário de cefaléia, antes que o diagnóstico seja feito.
 10. Se um quarto dígito tiver que ser usado em associação com um diagnóstico a nível de dois dígitos, acrescente zero como terceiro dígito.

Classificação

1. Migrânea (Enxaqueca):
 - 1.1 Migrânea sem aura
 - 1.2 Migrânea com aura
 - 1.2.1 Migrânea com aura típica
 - 1.2.2 Migrânea com aura prolongada
 - 1.2.3 Migrânea hemiplégica familiar
 - 1.2.4 Migrânea basilar
 - 1.2.5 Aura de migrânea sem cefaléia
 - 1.2.6 Migrânea com aura de instalação aguda

- 1.3 Migrânea oftalmoplégica
- 1.4 Migrânea retiniana
- 1.5 Síndromes periódicas da infância que podem ser precursoras de, ou podem estar associadas à migrânea
 - 1.5.1 Vertigem paroxística benigna da infância
 - 1.5.2 Hemiplegia alternante da infância
- 1.6 Complicações da migrânea
 - 1.6.1 Estado migranoso
 - 1.6.2 Infarto migranoso
- 1.7 Distúrbio migranoso que não preenche os critérios acima
- 2. Cefaléia do tipo tensional
 - 2.1 Cefaléia do tipo tensional episódica
 - 2.1.1 Cefaléia do tipo tensional episódica associada a alterações dos músculos pericranianos
 - 2.1.2 Cefaléia do tipo tensional episódica não associada a alterações dos músculos pericranianos
 - 2.2 Cefaléia do tipo tensional crônica
 - 2.2.1 Cefaléia do tipo tensional crônica associada a alterações dos músculos pericranianos
 - 2.2.2 Cefaléia do tipo tensional crônica não associada a alterações dos músculos pericranianos
 - 2.3 Cefaléia do tipo tensional que não preenche os critérios acima
- 3. Cefaléia em Salvas e Hemicrania Paroxística Crônica
 - 3.1 Cefaléia em salvas
 - 3.1.1 Cefaléia em salvas de periodicidade não determinada
 - 3.1.2 Cefaléia em salvas episódica
 - 3.1.3 Cefaléia em salvas crônica
 - 3.1.3.1 Sem remissões desde a instalação
 - 3.1.3.2 Previamente episódica
 - 3.2 Hemicrania paroxística crônica
 - 3.3 Cefaléia semelhante à cefaléia em salvas que não preenche os critérios acima
- 4. Cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais
 - 4.1 Cefaléia idiopática em facada
 - 4.2 Cefaléia por compressão externa
 - 4.3 Cefaléia por estímulo frio
 - 4.3.1 Aplicação externa de estímulo frio
 - 4.3.2 Ingestão de estímulo frio

- 4.4 Cefaléia benigna da tosse
- 4.5 Cefaléia benigna do esforço
- 4.6 Cefaléia associada à atividade sexual
 - 4.6.1 Tipo peso
 - 4.6.2 Tipo explosivo
 - 4.6.3 Tipo postural
- 5. Cefaléia associada ao trauma de crânio
 - 5.1 Cefaléia pós traumática aguda
 - 5.1.1 Com sinais significativos de trauma craniano e/ou sinais comprobatórios
 - 5.1.2 Sem sinais significativos de trauma craniano e sem sinais comprobatórios
 - 5.2 Cefaléia pós traumática crônica
 - 5.2.1 Com sinais significativos de trauma craniano e/ou sinais comprobatórios
 - 5.2.2 Sem sinais significativos de trauma craniano e sem sinais comprobatórios
- 6. Cefaléia associada a doenças vasculares
 - 6.1 Doença vascular isquêmica aguda
 - 6.1.1 Ataque isquêmico transitório (TIA)
 - 6.1.2 Episódio isquêmico tromboembólico
 - 6.2 Hematoma intracraniano
 - 6.2.1 Hematoma intracerebral
 - 6.2.2 Hematoma subdural
 - 6.2.3 Hematoma epidural
 - 6.3 Hemorragia subaracnóide
 - 6.4 Malformação vascular não rota
 - 6.4.1 Malformação arteriovenosa
 - 6.4.2 Aneurisma sacular
 - 6.5 Arterite
 - 6.5.1 Arterite de células gigantes
 - 6.5.2 Outras arterites sistêmicas
 - 6.5.3 Arterite intracraniana primária
 - 6.6 Dor da artéria carótida ou da artéria vertebral
 - 6.6.1 Dissecção de carótida ou vertebral
 - 6.6.2 Carotidínia (idiopática)
 - 6.6.3 Cefaléia pós endarterectomia
 - 6.7 Trombose venosa
 - 6.8 Hipertensão arterial
 - 6.8.1 Resposta pressórica aguda a agente exógeno
 - 6.8.2 Feocromocitoma

6.8.3 Hipertensão maligna (acelerada)

6.8.4 Pré eclâmpsia e eclâmpsia

6.9 Cefaléia associada a outro distúrbio vascular

7. Cefaléia associada a outros distúrbios intracranianos não-vasculares

7.1 Pressão líquórica elevada

7.1.1 Hipertensão intracraniana benigna

7.1.2 Hidrocefalia de pressão elevada

7.2 Pressão líquórica baixa

7.2.1 Cefaléia pós punção lombar

7.2.2 Cefaléia por fístula líquórica

7.3 Infecção intracraniana

7.4 Sarcoidose intracraniana e outras doenças inflamatórias não infecciosas

7.5 Cefaléia associada a injeção intratecal

7.5.1 Efeito direto

7.5.2 Devido à meningite química

7.6 Neoplasia intracraniana

7.7 Cefaléia associada a outro distúrbio intracraniano

8. Cefaléia associada à substâncias ou sua retirada

8.1 Cefaléia induzida por exposição ou uso agudo de substância

8.1.1 Cefaléia induzida por nitrato/nitrito

8.1.2 Cefaléia induzida por glutamato monossódico

8.1.3 Cefaléia induzida por monóxido de carbono

8.1.4 Cefaléia induzida por álcool

8.1.5 Outras substâncias

8.2 Cefaléia induzida por exposição ou uso crônico de substância

8.2.1 Cefaléia induzida por ergotamina

8.2.2 Cefaléia por abuso de analgésicos

8.2.3 Outras substâncias

8.3 Cefaléia por retirada de substância (uso agudo)

8.3.1 Cefaléia por supressão de álcool (ressaca)

8.3.2 Outras substâncias

8.4 Cefaléia por abstinência de substância (uso crônico)

8.4.1 Cefaléia por supressão de ergotamina

8.4.2 Cefaléia por supressão de cafeína

8.4.3 Cefaléia por abstinência de narcóticos

8.4.4 Outras substâncias

8.5 Cefaléia associada a outras substâncias mas com mecanismo incerto

- 8.5.1 Pílulas anticoncepcionais ou estrógenos
- 8.5.2 Outras substâncias
- 9. Cefaléia associada a infecção não-cefálica
 - 9.1 Infecção viral
 - 9.1.1 Não cefálica focal
 - 9.1.2 Sistêmica
 - 9.2 Infecção bacteriana
 - 9.2.1 Não cefálica focal
 - 9.2.2 Sistêmica (septicemia)
 - 9.3 Cefaléia relacionada a outra infecção
- 10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico
 - 10.1 Hipóxia
 - 10.1.1 Cefaléia em altitude elevada
 - 10.1.2 Cefaléia da hipóxia
 - 10.1.3 Cefaléia da apnéia do sono
 - 10.2 Hipercapnia
 - 10.3 Misto de hipóxia e hipercapnia
 - 10.4 Hipoglicemia
 - 10.5 Diálise
 - 10.6 Cefaléia relacionada a outra anormalidade metabólica
- 11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio do crânio, pescoço, olhos, orelhas, seios paranasais, dentes ou a outras estruturas faciais ou cranianas
 - 11.1 Osso craniano
 - 11.2 Pescoço
 - 11.2.1 Coluna cervical
 - 11.2.2 Tendinite retrofaríngea
 - 11.3 Olhos
 - 11.3.1 Glaucoma agudo
 - 11.3.2 Erros de refração
 - 11.3.3 Heteroforia ou heterotropia
 - 11.4 Orelhas
 - 11.5 Nariz e seios paranasais
 - 11.5.1 Cefaléia da sinusite aguda
 - 11.5.2 Outras doenças do nariz ou dos seios paranasais
 - 11.6 Dentes, mandíbula e estruturas relacionadas
 - 11.7 Doença da articulação têmporo-mandibular
- 12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor na deaferentação

-
- 12.1 Dor persistente com origem em nervo craniano (em contraste com dor do tipo tique)
 - 12.1.1 Compressão ou distorção de nervos cranianos e de segunda ou terceira raízes cervicais
 - 12.1.2 Desmielinização de nervos cranianos
 - 12.1.2.1 Neurite óptica (neurite retrobulbar)
 - 12.1.3 Infarto de nervos cranianos
 - 12.1.3.1 Neurite diabética
 - 12.1.4 Inflamação de nervos cranianos
 - 12.1.4.1 Herpes Zoster
 - 12.1.4.2 Neuralgia pós herpética crônica
 - 12.1.5 Síndrome de Tolosa-Hunt
 - 12.1.6 Síndrome pescoço-língua
 - 12.1.7 Outras causas de dor persistente com origem em nervo craniano
 - 12.2 Neuralgia do trigêmio
 - 12.2.1 Neuralgia idiopática do trigêmio
 - 12.2.2 Neuralgia sintomática do trigêmio
 - 12.2.2.1 Compressão da raiz ou do gânglio do trigêmio
 - 12.2.2.2 Lesão central
 - 12.3 Neuralgia do glossofaríngeo
 - 12.3.1 Neuralgia idiopática do glossofaríngeo
 - 12.3.2 Neuralgia sintomática do glossofaríngeo
 - 12.4 Neuralgia do intermédio
 - 12.5 Neuralgia do laríngeo superior
 - 12.6 Neuralgia occipital
 - 12.7 Causas centrais de dor cefálica ou facial que não a neuralgia do trigêmio
 - 12.7.1 Anestesia dolorosa
 - 12.7.2 Dor talâmica
 - 12.8 Dor facial que não preenche os critérios dos grupos 11 ou 12
 - 13. Cefaléia não classificável

Critérios Diagnósticos

1. Migrânea

Comentário: Se um paciente preencher os critérios para mais de um tipo de migrânea, todos os tipos devem receber um diagnóstico. Isto é diferente da cefaléia do tipo tensional e da cefaléia em salvas, nas quais os diferentes tipos, a qualquer tempo, são mutuamente excludentes. Se a migrânea ocorrer pela primeira vez em clara relação temporal com um dos distúrbios listados nos grupos 5-11, deve ser codificada neste grupo.

Se a migrânea for agravada em 100% ou mais (dias de cefaléia) em clara relação temporal com um dos distúrbios relacionados nos grupos 5-11, isto deve ser mencionado entre parênteses, mas o paciente ainda será codificado no grupo 1.

Os termos migrânea comum e migrânea clássica tem sido amplamente confundidos e não fornecem informação alguma. Por isso eles foram substituídos por “migrânea sem aura” e “migrânea com aura”. A aura é o complexo de sintomas neurológicos focais que inicia ou acompanha uma crise. A maioria dos pacientes tem exclusivamente crises de migrânea sem aura. Parece que pacientes que tem crises freqüentes de migrânea com aura, também tem crises sem aura (classifique como 1.2 e 1.1). Sintomas premonitórios ocorrem por horas ou até um a dois dias antes de uma crise de migrânea (com ou sem aura). Eles usualmente consistem em hiperatividade, hipoatividade, depressão, desejo por alimentos especiais, bocejos repetidos e sintomas atípicos semelhantes. O termo pródrômo tem sido usado com diferentes significados, mais freqüentemente como sinônimo de aura. Portanto, ele não deve ser usado e o mesmo se aplica à expressão ambígua “sintomas de alerta”.

1.1 Migrânea sem aura

Termos previamente utilizados: enxaqueca (migrânea) comum, enxaqueca simples.

Descrição: Dor de cabeça idiopática, recorrente, manifestada por crises com duração de 4 a 72 horas. As características típicas desta cefaléia são: localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou grave, agravamento por atividades físicas rotineiras e associação com náusea, foto- e fonofobia.

Critérios Diagnósticos

A – Pelo menos 5 crises preenchendo critérios B-D.

B – Crise de cefaléia durando 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso).

Em crianças com menos de 15 anos, as crises podem durar 2 a 48 horas. Se o paciente dormir e acordar sem a crise, a duração da crise é considerada até a hora do despertar.

C – A cefaléia tem no mínimo duas das seguintes características:

1. Localização unilateral
2. Qualidade pulsátil
3. Intensidade moderada ou grave (limitando ou impedindo atividades diárias)
4. Agravamento por subir degraus ou atividade física semelhante de rotina

D – Durante a cefaléia há no mínimo um dos seguintes sintomas:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

E – Há no mínimo 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 migrânea não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

Comentário: A separação de migrânea sem aura e cefaléia tipo tensional episódica pode ser difícil. Por isso, um mínimo de 5 crises são exigidas. Pacientes raramente procuram o médico antes que muitas crises tenham ocorrido, e portanto esta exigência provavelmente exclui os poucos que seriam codificados como 1.7. Os mecanismos das crises ainda são pouco compreendidos. O fluxo sanguíneo regional se mantém normal ou talvez esteja levemente aumentado durante uma crise. Mudanças na composição do sangue e na função plaquetária, de início endógeno ou por influência ambiental, podem ter um papel desencadeante. Presume-se que o processo fisiopatológico da crise ocorra no cérebro, o qual, via sistema trigeminovascular ou outros sistemas, interage com os vasos intra- e extracranianos e com os espaços perivasculares. Esta forma de migrânea representa a maioria dos casos desta cefaléia debilitante.

Migrânea sem aura pode ocorrer quase exclusivamente em um período particular do ciclo menstrual – a assim chamada migrânea menstrual. Não há critérios geralmente aceitos por todos para esta entidade. Parece razoável exigir que 90% das crises ocorra entre os dois dias que precedem a menstruação e o último dia desta, porém maior conhecimento epidemiológico ainda é necessário.

1.2 Migrânea com aura*

(* O termo “aura” aqui utilizado não implica necessariamente que ela precede a cefaléia, e nem implica qualquer relação com epilepsia).

Termos previamente utilizados: enxaqueca clássica; enxaqueca oftálmica ou hemiparrestésica, ou hemiplégica ou afásica; enxaqueca acompanhada, enxaqueca complicada.

Descrição: Distúrbio idiopático, recorrente, manifestado por crises de sintomas neurológicos inequivocamente localizáveis no córtex cerebral ou no tronco cerebral, geralmente evoluindo de forma gradual em 5 a 20 minutos e usualmente durando menos de 60 minutos. Cefaléia, náusea e/ou fotofobia geralmente seguem os sintomas neurológicos da aura, ou imediatamente ou após um intervalo livre inferior a uma hora. A cefaléia habitualmente persiste por 4 a 72 horas, mas pode estar completamente ausente (1.2.5).

Critérios Diagnósticos

A – Pelo menos 2 crises que satisfaçam o critério B.

B – Pelo menos 3 das 4 características seguintes:

1. Um ou mais sintomas de aura totalmente reversíveis que indicam disfunção focal cortical e/ou do tronco cerebral
2. Pelo menos um sintoma de aura que se desenvolva gradualmente em mais de 4 minutos, ou dois ou mais sintomas que ocorram em sucessão.
3. Nenhum sintoma da aura que dure mais que 60 minutos. Se mais de um sintoma da aura estiver presente, a duração fica proporcionalmente aumentada.
4. A cefaléia segue a aura com um intervalo livre inferior a 60 minutos (ela pode também começar antes ou simultaneamente com a aura).

C – Ao menos um dos seguintes:

1. História e exame 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 migrânea não ocorreram pela primeira vez em clara relação temporal com o distúrbio

Comentário: Antes ou simultaneamente à instalação dos sintomas da aura, o fluxo sanguíneo cerebral está diminuído em área correspondente à alteração clínica, e frequentemente incluindo uma área maior que esta. A redução do fluxo sanguíneo cerebral começa na região posterior e se alastra anteriormente. Está acima ou no limiar da isquemia, mas não raramente está abaixo deste limiar. Após uma ou várias horas, uma transição gradual em hiperemia ocorre nesta mesma região. É relatado que a hiperemia não tem relação com a cefaléia, que geralmente começa durante a isquemia e pode desaparecer durante a hiperemia. Vasoespasmo arteriolar cortical e/ou depressão alastrante de Leão tem sido implicados. A relação com a fase de cefaléia e os mecanismos da fase da cefaléia são incertos (veja Comentário 1.1). As alterações do fluxo sanguíneo cerebral não estão estudadas em todas as subformas, mas para várias delas (1.2.1, 1.2.2, 1.2.3 e 1.2.5) parece haver apenas diferença quantitativa. Estudos sistemáticos tem demonstrado que a maioria dos pacientes com aura visual ocasionalmente tem sintomas das extremidades. Por outro lado, os pacientes com sintomas das extremidades praticamente sempre apresentam sintomas de aura visual. Uma distinção entre migrânea oftalmoplégica e migrânea hemiparestésica/hemiplégica é portanto provavelmente artificial e não é reconhecida nesta classificação.

1.2.1 Migrânea com aura típica

Termos previamente utilizados: enxaqueca oftálmica, hemiparestésica, hemiparética, hemiplégica ou afásica, enxaqueca acompanhada.

Descrição: Migrânea com aura consistindo de distúrbios visuais homônimos, sintomas hemisensitivos, hemiparesia ou disfasia ou combinações destes.

Desenvolvimento gradual, duração inferior a uma hora e completa reversibilidade caracterizam a aura que é associada à cefaléia.

Critérios diagnósticos

A – Preenche os critérios para 1.2, inclusive todos os quatro critérios de B.

B – Um ou mais sintomas de aura dos seguintes tipos:

1. Distúrbio visual homônimo
2. Parestesia e/ou amortecimento unilateral
3. Fraqueza unilateral
4. Afasia ou distúrbio não classificável da fala

Comentário: Esta é a forma mais comum de migrânea com aura, e o diagnóstico é evidente após uma história cuidadosa. Aura visual é a mais comum, geralmente como um espectro de fortificação, isto é, uma figura em forma de estrela próxima ao ponto de fixação, que gradualmente se expande para a direita ou para a esquerda, e assume um formato convexo lateralmente com bordas anguladas cintilantes, deixando um grau variável de escotoma relativo ou absoluto, em seu trajeto. Em outros casos, há um escotoma sem fenômenos positivos, que freqüentemente é percebido como tendo início agudo, mas que se alarga gradualmente. O próximo em freqüência é o distúrbio sensitivo na forma de agulhas e alfinetes, que se move lentamente a partir do ponto de origem, e afetam uma área maior ou menor de um lado do corpo e da face. O amortecimento ocorre a seguir, mas o amortecimento pode também ser o único sintoma. Menos freqüentes são os distúrbios da fala, geralmente disfásicos mas geralmente difícil de serem categorizados, e a fraqueza unilateral. Os sintomas geralmente seguem um ao outro em sucessão, começando pelo visual, seguido pelos sintomas sensitivos, disfasia e fraqueza, mas a ordem reversa e outras ordens já foram observadas. Os pacientes geralmente acham difícil descrever seus sintomas, e neste caso eles devem ser instruídos para anotar a hora e os sintomas. Após esta observação prospectiva, o quadro clínico freqüentemente se torna mais claro. Erros comuns são o relato incorreto da lateralização da cefaléia, relato de início abrupto quando foi na verdade gradual, de distúrbios visuais unilaterais que na verdade são homônimos, assim como a duração incorreta da aura.

1.2.2 Migrânea com aura prolongada

Termos previamente utilizados: enxaqueca complicada, enxaqueca hemiplégica.

Descrição: Migrânea com um ou mais sintomas de aura durando mais de 60 minutos e sete ou menos dias. Se a neuroimagem revelar lesão isquêmica relevante, codifique como 1.6.2, infarto migranoso, independentemente da duração do sintoma.

Comentário: Raramente os pacientes apresentam apenas esta forma. A maioria dos que têm experiência de aura prolongada, a tem raramente e entremeada com crises de aura típica, muito mais freqüentes. Aura prolongada de início agudo é de difícil separação de ataque isquêmico transitório ou pequenos infartos isquêmicos, e não está suficientemente validada.

1.2.3 Migrânea hemiplégica familiar

Descrição: Migrânea com aura incluindo hemiparesia e onde pelo menos um familiar de primeiro grau tem crises idênticas.

Critérios diagnósticos

A – Preenche critérios para 1.2.

B – A aura inclui algum grau de hemiparesia e pode ser prolongada

C – Pelo menos um familiar de primeiro grau tem crises idênticas

Comentário: Este distúrbio provavelmente tem a mesma fisiopatologia da migrânea com aura típica. O motivo para ainda mantê-lo separado é que há descrições de famílias com crises incrivelmente idênticas e algumas vezes de longa duração. O termo migrânea hemiplégica familiar tem sido abusado, visto que na maioria das famílias ocorrem formas diferentes de migrânea, e a maioria dos pacientes com crises hemiplégicas as tem entremeadas com crises mais freqüentes de migrânea sem hemiparesia.

1.2.4 Migrânea basilar

Termos previamente utilizados: enxaqueca da artéria basilar, enxaqueca de Bickerstaff, enxaqueca sincopal.

Descrição: Migrânea com sintomas de aura claramente originados do tronco cerebral ou de ambos os lobos occipitais.

Critérios diagnósticos

A – Preenche critérios para 1.2

B – Dois ou mais sintomas de aura dos seguintes tipos:

Sintomas visuais nos campos temporal e nasal de ambos os olhos

Disartria

Vertigem

Zumbido

Diminuição da audição

Visão dupla

Ataxia

Parestesias bilaterais

Paresias bilaterais

Diminuição do nível de consciência

Comentário: Muitos dos sintomas listados nos critérios diagnósticos estão sujeitos a má interpretação, uma vez que eles podem ocorrer com ansiedade e hiperventilação.

Originalmente foi usado o termo migrânea da artéria basilar, mas uma vez que espasmo da artéria basilar pode não ser o mecanismo das crises, o termo migrânea basilar deve ter preferência. Muitos casos tem crises basilares entremeadas com crises com aura típica. Crises basilares são mais freqüentemente vistas em adultos jovens.

1.2.5 Migrânea sem cefaléia

Termos previamente utilizados: equivalentes de enxaqueca, enxaqueca acefalálgica.

Descrição: Aura de migrânea não acompanhada por cefaléia.

Critérios diagnósticos

A – Preenche os critérios de 1.2

B – Não há cefaléia

Comentário: É comum na migrânea com aura que a cefaléia ocasionalmente esteja ausente. À medida que o paciente fica mais velho, a dor de cabeça pode desaparecer completamente mesmo que as auras continuem. É menos comum Ter sempre sofrido exclusivamente de aura de migrânea sem cefaléia. Quando o início ocorre após a idade de 40 anos e por outros motivos, a distinção entre esta entidade e ataques isquêmicos transitórios tromboembólicos pode ser difícil e requerer investigação extensa. Início abrupto de aura sem cefaléia não está suficientemente validada.

1.2.6 Migrânea com aura de instalação aguda

Descrição: Migrânea com aura que se desenvolve completamente em menos de cinco minutos.

Critérios diagnósticos

A – Preenche critérios para 1.2

B – Sintomas neurológicos se desenvolvem em menos de quatro minutos

C – A cefaléia dura por 4 a 72 horas (não tratada ou tratada sem sucesso)

D – A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:

1. Localização unilateral

2. Qualidade pulsátil
3. Intensidade moderada ou grave (limitando ou impedindo atividades diárias)
4. Agravamento por subir degraus ou atividade física semelhante de rotina

E – Durante a cefaléia há no mínimo um dos seguintes sintomas:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

F – Ataque isquêmico tromboembólico e outras lesões intracranianas são excluídos por investigação apropriada

Comentário: História inadequada é a explicação mais comum para a instalação aguda da aura. A instalação aguda deverá ser confirmada pelo interrogatório repetido, e preferivelmente por observação prospectiva. A presença de cefaléia típica é necessária e o diagnóstico é confirmado por crises de outros tipos de migrânea anteriores, e pela história familiar positiva. Geralmente é necessária uma extensa investigação para descartar ataque isquêmico transitório tromboembólico.

1.3 Migrânea oftalmoplégica

Descrição: Crises recorrentes de cefaléia associada à paresia de um ou mais nervos oculares cranianos, na ausência de lesão intracraniana demonstrável.

Critérios diagnósticos

- A – Pelo menos duas crises preenchendo B.
- B – Cefaléia acompanhada por paresia de um ou mais dos nervos cranianos III, IV e VI
- C – Lesão paraselar é afastada por investigações apropriadas.

Comentário: Se a migrânea oftalmoplégica realmente tem algo a ver com migrânea é incerto, uma vez que a cefaléia costuma durar uma semana ou mais. A associação de outras formas de migrânea tem sido observada, mas uma relação com a síndrome de Tolosa-Hunt também já foi sugerida. Esta condição é extremamente rara.

1.4 Migrânea retiniana

Descrição: Crises recorrentes de escotoma ou cegueira monocular durando menos que uma hora e associada a cefaléia. Alterações estruturais oculares e vasculares precisam ser afastadas.

Critérios diagnósticos

- A – Pelo menos duas crises preenchendo B-C.

B – Escotoma ou cegueira monocular completamente reversível, durando menos que 60 minutos e confirmado por exame durante a crise ou (após instruções apropriadas) pelo desenho do paciente sobre seu defeito monocular durante uma crise.

C – A cefaléia segue os sintomas visuais com um intervalo livre de menos que 60 minutos, mas pode precedê-los.

D – O exame oftalmológico fora de crise é normal. Embolismo é afastado pelas investigações apropriadas.

Comentário: A natureza monocular do distúrbio visual foi documentada em apenas alguns poucos casos. Alguns casos sem cefaléia foram relatados, mas sua natureza migranosa não pode ser confirmada.

1.5 Síndromes periódicas da infância que podem ser precursoras ou estar associadas a migrânea

Termos previamente utilizados: equivalentes de enxaqueca.

Comentário: Não é possível propor critérios para delinear distúrbios mistos, heterogêneos e indefinidos contidos no termos síndromes periódicas, migrânea abdominal e vômitos cíclicos, e é improvável que qualquer progresso nesta área seja feito até que se identifiquem marcadores. Até o momento, portanto, estas síndromes da infância não podem ser incluídas na classificação, apesar de ser geralmente aceito que algumas apresentações são, de fato, “equivalentes” de migrânea sem cefaléia.

1.5.1 Vertigem paroxística benigna da infância

Descrição: Este distúrbio provavelmente heterogêneo é caracterizado por crises rápidas de vertigem em crianças saudáveis.

Critérios diagnósticos

A – Múltiplas crises rápidas e esporádicas de desequilíbrio, ansiedade, e frequentemente nistagmo e vômitos

B – Exame neurológico normal

C – Eletroencefalograma normal

1.5.2 Hemiplegia alternante da infância

Descrição: Episódios de hemiplegia na infância comprometendo cada lado alternadamente. Associa-se com outros fenômenos paroxísticos e comprometimento mental.

Critérios diagnósticos

A – Início antes do 18 meses de idade

B – Crises recorrentes de hemiplegia afetando ambos os lados do corpo

C – Outros fenômenos paroxísticos, tais como crises tônicas, distonia postural, movimentos coreoatetóides, nistagmo ou outras anormalidades oculares motoras, distúrbios autonômicos associados a crises de hemiplegia ou ocorrendo independentemente.

D – Evidência de comprometimento neurológico ou mental

Comentário: A origem deste distúrbio não é clara. A relação com migrânea é sugerida com bases clínicas. A possibilidade que o distúrbio seja uma forma não usual de epilepsia não pode ser afastada.

Vertigem recorrente benigna no adulto tem sido considerada como um equivalente de migrânea, mas isto não está suficientemente validado.

1.6 Complicações da migrânea (codificar o tipo de migrânea e a complicação)

1.6.1 Estado migranoso

Descrição: Crise de migrânea com a fase de cefaléia durando mais que 72 horas, apesar do tratamento. Intervalos livres de cefaléia de menos de quatro horas podem ocorrer (sono não incluído).

Critérios diagnósticos

A – O paciente preenche os critérios para 1.1 ou 1.2

B – A crise atual preenche os critérios para um dos tipos de migrânea, exceto que a cefaléia persiste por mais que 72 horas, com ou sem tratamento.

C – A cefaléia é contínua por toda a crise, ou interrompida por intervalos livres de dor menores que 4 horas. Interrupção da dor durante o sono não é considerada.

Comentário: Migrânea com aura prolongada durando 72 horas ou mais é codificada 1.2.2, migrânea oftalmoplégica é codificada 1.3. O estado migranoso é geralmente associado ao uso prolongado de medicamentos. Ver também grupo 8.

1.6.2. Infarto migranoso

Termos previamente utilizados: migrânea complicada.

Descrição: Um ou mais sintomas de aura migranosa que não reverte completamente em 7 dias e/ou que se associa à neuroimagem confirmando infarto isquêmico.

Critérios diagnósticos

A – O paciente preencheu previamente os critérios para 1.2

B – A crise atual é semelhante às anteriores, porém o distúrbio neurológico não regride completamente em 7 dias e/ou a neuroimagem demonstra infarto isquêmico em área relevante.

C – Outras causas de infarto são excluídas por investigação apropriada.

Comentário: Nenhuma relação causal tem sido estabelecida entre migrânea sem aura e infarto cerebral. Infarto isquêmico no paciente migranoso pode ser categorizado como (a) infarto cerebral por outra causa coexistente com migrânea, (b) infarto cerebral de outra causa se apresentando com sintomas semelhantes à migrânea, (c) infarto cerebral ocorrendo durante um crise típica de migrânea. Aplicando critérios rigorosos, apenas (c) deveria ser codificado como infarto migranoso. Assim, é reconhecido que pacientes com aura migranosa estereotipada podem sofrer, embora raramente, infarto cerebral possivelmente devido a mecanismos de migrânea durante o curso de sintomas semelhantes aos de migrânea que não são típicos para aquele paciente em particular. No entanto, devido à incerteza dos mecanismos, infarto cerebral sob tais circunstâncias deveriam ser considerados na categoria (b). Maior risco para infarto cerebral em pacientes migranosos não tem sido observado em estudos populacionais, indicando que infarto cerebral isquêmico é uma complicação rara da migrânea.

1.7 Distúrbio migranoso que não preenche os critérios acima

Descrição: Crises de cefaléia que se acredita serem uma forma de migrânea, mas que não satisfazem totalmente os critérios diagnósticos operacionais para nenhuma das formas de migrânea.

Critérios diagnósticos

A – Preenche todos os critérios, exceto um, para uma ou mais forma de migrânea [especificar o(s) tipo(s)].

B – Não preenche os critérios para cefaléia do tipo tensional

Comentários: Pacientes que não apresentam número suficiente de crises típicas para preencher os critérios devem ser classificados aqui, assim como os pacientes com número suficiente de crises que preenchem todos os critérios exceto um.

Migrânea cíclica, cefaléia da metade inferior da face, migrânea facial, hemicrania contínua e migrânea cervical não estão suficientemente validadas.

Coexistência de migrânea e cefaléia do tipo tensional – um comentário

Termos previamente utilizados: cefaléia mista, cefaléia tenso-vascular, cefaléia combinada.

Migrânea e cefaléia do tipo tensional freqüentemente coexistem no mesmo paciente. Antigamente o diagnóstico “cefaléia combinada” era utilizado, mas nunca foi definido. Os pacientes representam um contínuo, variando daqueles que apresentam migrânea pura, passando por aqueles com migrânea e moderada quantidade de cefaléia do tipo tensional, até aqueles com cefaléia do tipo tensional pura. O conceito de cefaléia combinada é portanto arbitrário, e tem sido considerado impossível individualizar um grupo de pacientes que devesse receber este diagnóstico. Neste caso, os pacientes devem ser codificados para migrânea e para cefaléia do tipo tensional, se eles apresentam ambas as formas. Uma vez que como regra geral o número de crises de cefaléia por ano deve ser indicado entre parênteses após cada diagnóstico, a avaliação da importância relativa das duas condições torna-se fácil.

Se o paciente tem crises/episódios que preenchem os critérios para migrânea sem aura e cefaléia do tipo tensional, aplica-se a regra geral de que cada crise é codificada com o primeiro tipo que aparece na classificação, isto é, migrânea sem aura.

* 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