
Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial (Parte 4 de 4)**9. Cefaléia associada a infecção não-cefálica**

Comentário: Piora de cefaléia pré existente é codificada de acordo com a cefaléia pré existente. Pacientes que desenvolvem uma nova forma de cefaléia (incluindo migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas) em clara relação com uma infecção não-cefálica são codificados no grupo 9. O tipo de cefaléia pode ser especificado com o 4o dígito. Cefaléia que ocorre em associação com infecção intracraniana é codificada no grupo 7, e em associação com infecção cefálica é codificada no grupo 11.

Todas as formas de cefaléia preenchem os seguintes critérios (critérios mais específicos se encontram nas subformas)

Critérios diagnósticos

A – Sinais ou sintomas de infecção não-cefálica

B – Achados laboratoriais compatíveis com infecção sistêmica ou não-cefálica

C – Cefaléia como um sintoma novo ou uma nova forma de cefaléia ocorrendo concomitantemente com a infecção

D – A cefaléia desaparece menos de um mês após o tratamento eficaz ou remissão espontânea da infecção

Comentário: Cefaléias que persistem após um mês geralmente se devem a outros mecanismos e devem ser codificadas de acordo, ou então no grupo 13.

9.1 Infecção viral**Critérios diagnósticos**

Diagnóstico clínico e laboratorial (sorologia, microscopia ou cultura) compatível com infecção viral.

9.1.1 Não cefálica focal**Critérios diagnósticos**

Infecção localizada em um ou mais órgãos fora da cabeça.

9.1.2 Sistêmica**Critérios diagnósticos**

A infecção é sistêmica.

9.2 Infecção bacteriana

Critérios diagnósticos

Diagnóstico clínico e laboratorial (sorologia, microscopia ou cultura) compatível com infecção bacteriana.

9.2.1 Não cefálica focal**Critérios diagnósticos**

Infecção localizada em um ou mais órgãos fora da cabeça.

9.2.2 Sistêmica (septicemia)**Critérios diagnósticos**

A infecção é sistêmica.

9.3 Cefaléia relacionada a outra infecção (especificar)**10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico**

Comentário: Piora de cefaléia pré existente é codificada de acordo com a cefaléia pré existente. Pacientes que desenvolvem uma nova forma de cefaléia (incluindo migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas) em clara relação com um distúrbio metabólico são codificados no grupo 9. O tipo de cefaléia pode ser especificado com o 4o dígito.

Todas as formas de cefaléia preenchem os seguintes critérios (critérios mais específicos se encontram nas subformas).

Critérios diagnósticos

A – Sinais e/ou sintomas de distúrbio metabólico

B – Confirmação laboratorial quando especificado para uma determinada subforma

C – Intensidade da cefaléia e/ou sua frequência estão relacionadas com as variações do distúrbio metabólico em um determinado período de tempo específico

D – A cefaléia desaparece dentro de 7 dias após a normalização do estado metabólico

10.1 Hipóxia**10.1.1 Cefaléia da altitude elevada****Critérios diagnósticos**

A – Ocorre dentro de 24 horas após uma rápida subida para altitudes superiores a 3000m

B – Associa-se a um dos outros sintomas típicos de altitudes elevadas

1. Respiração de Cheyne-Stokes à noite
2. Desejo de inspirar mais profundamente
3. Dispnéia de esforço

10.1.2 Cefaléia da hipóxia (ambiente de baixa pressão, doença pulmonar causando hipóxia)

Critérios diagnósticos

Ocorre dentro de 24 horas após exposição aguda a situação de hipóxia com PaO₂ menor ou igual a 70mm Hg, ou em hipóxia crônica em pacientes cuja PaO₂ esteja persistentemente abaixo deste nível.

10.1.3 Cefaléia da apnéia do sono**10.2 Hipercapnia****Critérios diagnósticos**

PCO₂ arterial aumentada além de 50mm Hg, na presença de hipóxia

10.3 Misto de hipóxia e hipercapnia**10.4 Hipoglicemia****Critérios diagnósticos**

Glicose sanguínea reduzida abaixo de 2.2 mmol/l

10.5 Diálise**Critérios diagnósticos**

- A – Início durante hemodiálise e término dentro de 24 horas após a diálise
- B – Ocorreu em pelo menos metade das hemodálises e pelo menos três vezes
- C – Pode ser prevenida por alterações dos parâmetros de diálise

10.6 Cefaléia relacionada a outras anormalidades metabólicas

Síndromes não suficientemente validadas: cefaléia isquêmica (anemia, hipotensão arterial, doença cardíaca), jejum sem hipoglicemia, cefaléia induzida por plasmaferese.

11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio do crânio, pescoço, olhos, orelhas, seios paranasais, dentes ou a outras estruturas faciais ou cranianas

Comentário: Piora de cefaléia pré existente é codificada de acordo com a cefaléia pré existente. Pacientes que desenvolvem uma nova forma de cefaléia (incluindo migrânea, cefaléia do tipo tensional ou cefaléia em salvas) em clara relação com um distúrbio do crânio, pescoço, olhos, orelhas etc. são codificados no grupo 9. O tipo de cefaléia pode ser especificado com o 4o dígito. Muitos distúrbios podem causar cefaléia e também dor facial ou dor neurálgica. Nesta seção somente cefaléias não-neurálgicas e dor facial são consideradas. Todas as formas de cefaléia preenchem os seguintes critérios (critérios mais específicos se encontram nas subformas).

Critérios diagnósticos

- A – Evidência clínica e/ou laboratorial de distúrbio no crânio, pescoço etc (especificar)

B – Cefaléia localizada na área afetada da face ou estrutura craniana, e se irradiando para regiões circunvizinhas. A dor pode ou não ser referida para áreas mais distantes da cabeça.

C – A cefaléia desaparece dentro de um mês após tratamento eficaz ou remissão espontânea do distúrbio de base.

Comentário: Cefaléias que persistem após um mês geralmente se devem a outros mecanismos e devem ser codificadas de acordo, ou então no grupo 13.

11.1 Osso do crânio

Comentário: A maioria das doenças ósseas como por exemplo malformações congênitas, fraturas, tumores, metástases etc não são acompanhadas por cefaléia. Exceções importantes são a osteomielite, mieloma múltiplo e doença de Paget.

11.2 Pescoço

Comentário: Cefaléia cervicogênica que não preenche 11.2.1 ou 11.2.2 não está suficientemente validada.

11.2.1 Coluna cervical

Critérios diagnósticos

A – Dor localizada no pescoço e na região cervical. Pode se projetar para a frente, região orbital, têmporas, vértice ou orelhas.

B – Dor precipitada ou agravada por movimentos especiais do pescoço ou postura mantida do pescoço

C – Pelo menos um dos seguintes:

1. Resistência ou limitação aos movimentos passivos do pescoço
2. Mudanças no contorno dos músculos do pescoço, de sua textura, tônus ou resposta ao alongamento e contração passivos e ativos
3. Sensibilidade dolorosa anormal dos músculos do pescoço

D – Exame radiológico revela pelo menos um dos seguintes:

1. Anormalidades de movimento de flexão/extensão
2. Postura anormal
3. Fraturas, anormalidades congênitas, tumores ósseos, artrite reumatóide ou outra patologia distinta (não espondilose ou osteocondrose)

Comentário: Cefaléias cervicais são associadas com anormalidades de movimento em segmentos intervertebrais cervicais. A disfunção pode ser localizada nas articulações ou nos ligamentos. O movimento anormal pode ocorrer em qualquer dos componentes do movimento intervertebral, e se manifesta durante exame ativo e/ou passivo do movimento do pescoço.

11.2.2 Tendinite retrofaríngea

Descrição: Dor constante na porção posterior do pescoço e da cabeça que evolui para o máximo em três semanas. A dor se agrava com a retroflexão do pescoço. Edema dos tecidos moles paravertebrais no raio X e recuperação completa após o tratamento com antiinflamatórios não esteróides são típicos de todos os casos.

Critérios diagnósticos

A – Dor na parte posterior do pescoço irradiando para a parte posterior da cabeça ou para a cabeça toda

B – Dor não pulsátil, uni ou bilateral, e muito agravada por fletir a cabeça para trás

C – Tecidos moles paravertebrais em adultos medindo mais que 7mm ao nível entre C1 e C4 (técnicas especiais de raio X podem ser necessárias)

D – Alívio após duas semanas de tratamento com drogas antiinflamatórias não esteróides em doses recomendadas

Comentário: Temperatura corporal e velocidade de hemossedimentação estão geralmente elevadas. Embora a retroflexão mais consistentemente agrave a dor, isto também ocorre com a rotação e deglutição. Os processos transversos das três vértebras cervicais superiores estão dolorosos à palpação. Em muitos casos, material calcificado amorfo tem sido aspirado dos tecidos paravertebrais edemaciados. Calcificações delicadas nos tecidos paravertebrais são melhor visualizadas na CT.

11.3 Olhos

11.3.1 Glaucoma agudo

Critérios diagnósticos

A – Glaucoma agudo diagnosticado pelas investigações apropriadas

B – Dor no olho e atrás ou acima dele

11.3.2 Erros de refração

Critérios diagnósticos

A – Erros de refração não corrigidos, por exemplo hipermetropia, astigmatismo, presbiopia, uso incorreto de óculos

B – Cefaléias leves na região frontal ou nos olhos

C – Dor ausente ao acordar, agravada pelas tarefas visuais prolongadas na distância ou no ângulo nos quais a visão esteja prejudicada

11.3.3 Heteroforia ou heterotropia (estrabismo latente ou manifesto)

Critérios diagnósticos

A - Heteroforia ou heterotropia demonstradas

B – Visão borrada intermitente ou diplopia

C – Dificuldade em ajustar o foco de objetos próximos para objetos distantes e vice-versa

D – Alívio ou melhora dos sintomas ao fechar um dos olhos

Comentário: Erros de refração ou heteroforia podem causar cefaléia, mas sua importância é altamente superestimada.

11.4 Orelhas

Comentário: Distúrbios da orelha média podem causar dor neurálgica por irritação de estruturas nervosas (ver grupo 12).

11.5 Nariz e seios paranasais

11.5.1 Sinusite aguda

Critérios diagnósticos

A – Descarga purulenta nas passagens nasais, obtidas espontaneamente ou por sucção

B – Achados patológicos em um ou mais dos seguintes teste:

1. Raio X
2. Imagem por CT ou RNM
3. Transiluminação

C – Início simultâneo da cefaléia e da sinusite

D – Localização da cefaléia:

1. Na sinusite frontal aguda, a cefaléia é localizada diretamente sobre o seio e pode se irradiar para o vértice ou para trás dos olhos
2. Na sinusite maxilar aguda, a cefaléia é localizada diretamente sobre a área antral e pode se irradiar para os dentes superiores ou para a frente
3. Na etmoidite aguda, a cefaléia é localizada entre e atrás dos olhos e pode se irradiar para a área temporal
4. Na esfenoidite aguda, a cefaléia é localizada na região occipital, vértice, região frontal ou atrás dos olhos

E – A cefaléia desaparece após o tratamento da sinusite aguda

11.5.2 Outros distúrbios do nariz ou dos seios paranasais

Comentário: Outras condições que poderiam causar cefaléia seriam devidas às anormalidades da passagem de ar, como desvios do septo, hipertrofia de cornetos e atrofia de membranas dos seios, no entanto elas não estão suficientemente validadas. Sinusite crônica não está validada como causa de cefaléia ou dor facial, a menos que seja concomitante com crise de sinusite aguda. Dor pós operatória devido a lesão de nervo está codificada no grupo 12. Migrânea e cefaléia do tipo tensional são frequentemente confundidas com sinusite verdadeira devido à sua localização. A fim de se estabelecer um diagnóstico de cefaléia por sinusite, os critérios acima devem ser estritamente satisfeitos.

11.6 Dentes, mandíbula e estruturas relacionadas

Comentário: Distúrbios dos dentes geralmente causam dor facial, e as condições que causam cefaléia são raras. A dor de dentes pode no entanto ser referida e causar cefaléia difusa. A causa mais comum de cefaléia é a periodontite ou pericoronite como resultados de infecção ou irritação traumática ao redor de uma área parcialmente lesada nos terceiros molares inferiores.

11.7 Doença da articulação temporomandibular

Critérios diagnósticos

A – Pelo menos dois dos seguintes:

1. Dor na mandíbula precipitada por movimento e/ou fechamento
2. Diminuição da amplitude de movimentos
3. Ruído durante os movimentos da mandíbula
4. Aumento da sensibilidade dolorosa na cápsula articular

B – Raio X e/ou estudo isotópico cintilográfico positivo

C – Dor leve a moderada e localizada na articulação temporomandibular e/ou irradiando a partir dela

Comentário: A dor da articulação temporomandibular ou de tecidos a ela relacionados é comum, mas raramente é devida a um distúrbio orgânico definido. Além disso, quando distúrbios orgânicos são encontrados tais como artrite reumatóide, dor significativa ou disfunção importante não costuma ser comum. Sem dúvida, a causa mais freqüente de dor proveniente desta articulação é miofacial, devida a disfunção oromandibular descrita no grupo 2, quarto dígito número 2.

12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e neuralgia de deafferentação

12.1 Dor persistente (em contraste com dor tic-like) de origem em nervo craniano

Critérios diagnósticos

A – Dor na distribuição de um ou mais nervo(s) craniano(s) e/ou raiz(es) cervical(is) 2 e 3, com ou sem projeção para áreas circunvizinhas

B – Demonstração de lesão relevante

C – Início da dor com relação temporal com a instalação da lesão de nervo craniano

D – Se a lesão puder ser efetivamente tratada ou se remite espontaneamente, a dor melhora ou desaparece

Comentário: Os seguintes critérios gerais se aplicam a todos os seguintes diagnósticos codificados 12.1. Requisitos mais específicos e exceções estão mencionados nas subformas.

12.1.1 Compressão ou distorção de nervos cranianos e de 2a e 3a raízes de vértebras cervicais

Descrição: Cefaléia ou dor facial causada por lesão direta que compromete uma ou mais aferências dos nervos que suprem a sensibilidade da cabeça e pescoço (ou seja, trigêmeo, nervo intermédio, glossofaríngeo, vago e raízes cervicais 2 e 3).

Comentário: Lesões estruturais podem ocupar espaço como por exemplo tumores, aneurismas, ou podem ser contidas dentro de limites anatômicos, por exemplo osteomielite dos ossos cranianos.

12.1.2 Desmielinização de nervos cranianos

12.1.2.1 Neurite óptica

Descrição: Dor atrás de um dos olhos, acompanhada de diminuição da acuidade visual, causada por desmielinização do nervo óptico.

Critérios diagnósticos

A – A dor é sentida atrás do olho afetado

B – Visão central diminuída por escotoma central ou paracentral

C – Nenhuma lesão extrínseca pode ser demonstrada

Comentário: A dor pode preceder o distúrbio visual por horas ou dias, e por vezes por períodos tão longos quanto uma semana.

12.1.3 Infarto de nervos cranianos

12.1.4 Neurite diabética

Descrição: Dor na região do olho e da frente, associada com paralisia do nervo oculomotor (III nervo) de origem diabética.

Critérios diagnósticos

- A – Dor em volta do olho do lado afetado
- B – Dor de instalação aguda, desenvolvendo-se em poucas horas
- C – Paresia ou paralisia do nervo oculomotor
- D – O paciente sofre de Diabetes Mellitus
- E – Nenhuma lesão extrínseca pode ser demonstrada

Comentário: Na neuropatia diabética (infarto do nervo oculomotor) a pupila geralmente não é afetada.

12.1.4 Inflamação de nervos cranianos

12.1.4.1 Herpes zoster

Descrição: Dor facial causada por herpes zoster agudo.

Critérios diagnósticos

- A – A dor se segue a uma erupção herpética na distribuição do nervo afetado na primeira semana de instalação
- B – A dor cede após 6 meses da instalação da lesão de pele

Comentário: Herpes zoster afeta o gânglio trigeminal em 10-15% dos pacientes, enquanto a divisão oftálmica é afetada individualmente em cerca de 80% dos pacientes. Herpes zoster pode também afetar o gânglio geniculado, causando erupção no meato auditivo externo. O pálato mole ou a área de distribuição das raízes cervicais superiores podem estar comprometidos em alguns pacientes. Herpes zoster oftálmico pode se associar a paralisias dos nervos III, IV e VI, e o herpes zoster geniculado pode se associar a paralisia facial ou sintomas auditivos. Zoster ocorre em cerca de 10% dos pacientes com linfoma e em 25% dos pacientes com linfoma de Hodgkin.

12.1.4.2 Neuralgia pós herpética crônica

Descrição: dor facial que se desenvolve durante a fase aguda de herpes zoster e persiste por 6 meses ou mais.

Critérios diagnósticos

- A – Dor restrita à distribuição do nervo craniano afetado ou às suas divisões
- B – A dor persiste por mais de 6 meses após o início das erupções de herpes zoster

12.1.5 Síndrome de Tolosa-Hunt

Descrição: Dor orbital episódica associada com paralisia de um ou mais dos nervos III, IV e VI, e que se resolve espontaneamente, mas pode recorrer.

Critérios diagnósticos

- A – Episódio único ou repetido de dor orbital durando em média 8 semanas se não tratado

B – Associação de paralisia de um ou mais dos nervos III, IV e VI que pode coincidir com o início da dor ou aparecer até duas semanas após sua instalação

C – A dor é aliviada dentro de 72 horas com o início da corticoterapia

D – Exclusão de outras causas de lesões através de neuroimagem e (não compulsório) angiografia de carótida

Comentário: Alguns casos relatados de síndrome de Tolosa-Hunt tiveram envolvimento adicional do nervo trigêmeo (mais comumente a primeira divisão), óptico, facial ou acústico. Inervação simpática da pupila ocasionalmente é afetada. A síndrome é causada por material granulomatoso encontrado em biópsias, mas de etiologia ainda desconhecida. As áreas afetadas são o seio cavernoso, fissura orbital superior ou órbita.

Demonstração da obstrução da veia oftálmica superior, enchimento deficiente do seio cavernoso e fluxo venoso colateral, podem ser demonstrados por flebografia orbital em mais de 50% dos casos.

Síndrome de Gardenigo e neuralgia paratrigeminal de Reader não são diagnósticos específicos, mas síndromes que indicam uma localização particular da patologia intracraniana.

12.1.6 Síndrome pescoço-língua

Critérios diagnósticos

A – Dor e amortecimento na área de distribuição do nervo lingual e segunda vértebra cervical

B – Precipitação da dor pela movimentação súbita da cabeça

Comentário: Fibras proprioceptivas da língua entram no sistema nervoso central através da segunda raiz dorsal cervical, através de conexões entre a língua e nervo hipoglosso, e através deste último e da segunda raiz cervical. Há evidência clínica e cirúrgica de que a raiz C2 está comprometida na súbita rotação da cabeça, particularmente se uma subluxação da articulação atlanto-axial ocorrer.

12.1.7 Outras causas de dor persistente de origem em nervo craniano (especificar)

12.2 Neuralgia do trigêmeo

Termo previamente utilizado: Tic douloureux.

12.2.1 Neuralgia trigeminal idiopática

Descrição: Neuralgia trigeminal é uma doença unilateral dolorosa da face, caracterizada por crises de dor intensa, com característica de choque, lancinante, limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo. A dor é geralmente desencadeada por estímulos triviais, incluindo-se aqui lavar, barbear, fumar, falar e escovar os dentes, mas a dor também pode ocorrer espontaneamente. A dor tem início e término abruptos e pode desaparecer por períodos de tempo variáveis.

Critérios diagnósticos

A – Crises paroxísticas de dor frontal ou facial que duram de poucos segundos a menos de um minuto.

B – A dor tem pelo menos quatro das seguintes características:

1. Distribuição ao longo de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo

2. Dor intensa, aguda, superficial, em facada ou queimação
3. Precipitação de dor em áreas de gatilho, ou por certas atividades diárias tais como comer, falar, lavar o rosto ou limpar os dentes
4. Entre os paroxismos de dor, o paciente é assintomático

C – Sem lesão neurológica

D – Crises estereotipadas para cada paciente

E – Exclusão de outras causas de dor facial pela história, exame físico e investigações especiais quando necessário

Comentário: A dor é estritamente limitada à porção da divisão do nervo trigêmeo. Geralmente começa na segunda ou terceira divisões, afetando o maxilar e o queixo e menos de 5% dos casos se inicia na primeira divisão. A dor nunca atravessa para o outro lado da face, mas pode ocorrer bilateralmente – aproximadamente 3-5% dos casos. A dor freqüentemente evoca espasmos paroxísticos dos músculos da face do lado afetado (tic douloureux). O aumento da freqüência de exploração da fossa posterior tem demonstrado que muitos dos pacientes, possivelmente a maioria deles, apresenta compressão da raiz trigeminal por vasos tortuosos ou aberrantes. É sugerido que os pacientes que apresentam tal compressão, ou que respondem favoravelmente à cirurgia, passem a ser codificados como 12.2.2.

12.2.2 Neuralgia sintomática do trigêmeo

12.2.2.1 Compressão da raiz ou do gânglio trigeminal

Descrição: Dor que não se distingue da neuralgia de trigêmeo, porém causada por uma lesão estrutural demonstrável.

Critérios diagnósticos

A – Dor como descrita acima para neuralgia do trigêmeo, com ou sem persistência de dor nos períodos entre paroxismos, e com sinais de alteração sensitiva na distribuição da divisão trigeminal comprometida

B – Demonstração de uma lesão causal por investigação especial ou por exploração da fossa posterior

Comentário: Em pacientes previamente considerados “idiopáticos”, Dandy (1934) encontrou algum tipo de compressão em 60% deles, mais comumente em ramos arteriais ou venosos, mas também foram relatados neurinomas, colesteatomas, osteomas, aneurismas, angiomas e aderências. Jannetta (1976) encontrou compressão por vasos sanguíneos em 88% dos pacientes, e tumor ou angioma em 6%. Ainda é incerto que toda neuralgia de trigêmeo devesse ser considerada “sintomática”.

12.2.2.2 Lesões centrais

Descrição: Como para 12.2.2.1

Critérios diagnósticos

A – Como para 12.2.2.1

B – Ocorrência de neuralgia trigeminal durante a evolução clínica da esclerose múltipla definida, ou que se segue a infarto isquêmico de tronco cerebral.

12.3 Neuralgia do glossofaringeo

12.3.1 Neuralgia idiopática do glossofaríngeo

Descrição: Neuralgia do glossofaríngeo é uma dor intensa e transitória, em caráter de facada, que acomete a região da orelha, base da língua, fossa tonsilar ou abaixo do ângulo da mandíbula. A dor é portanto sentida na área de distribuição dos ramos auricular e faríngeo do nervo vago, assim como em área do nervo glossofaríngeo. É geralmente provocada por deglutir, falar, e tossir, e pode aparecer e desaparecer como a dor da neuralgia do trigêmeo.

Critérios diagnósticos

A – Crises paroxísticas de dor que duram de poucos segundos a menos de um minuto.

B – A dor tem pelo menos quatro das seguintes características:

1. Localização unilateral
2. Distribuição na porção posterior da língua, fossa tonsilar, faringe, ou abaixo do ângulo da mandíbula
3. Dor intensa, aguda, superficial, em facada ou queimação
4. Dor muito intensa
5. Precipitação de dor em áreas de gatilho, ou por deglutir, mastigar, falar, tossir ou bocejar

C – Sem lesão neurológica

D – Crises estereotipadas para cada paciente

E – Exclusão de outras causas de dor pela história, exame físico e investigações especiais

12.3.2 Neuralgia sintomática do glossofaríngeo

Descrição: assim como para 12.3.1 com a ressalva que a dor pode persistir entre os paroxismos e a alteração da sensibilidade dolorosa pode ser detectada nas áreas de distribuição do nervo glossofaríngeo ou vago.

Critérios diagnósticos

A – Dor como descrita para 12.3.1 com ou sem persistência de dor nos períodos entre paroxismos, e com sinais de alteração sensitiva na distribuição do nervo glossofaríngeo e vago

B – Demonstração de uma lesão causal por investigação especial ou por exploração da fossa posterior

12.4 Neuralgia do intermédio

Descrição: Distúrbio raro, caracterizado por breves paroxismos de dor sentida profundamente no canal auditivo.

Critérios diagnósticos

A – Paroxismos de dor sentida profundamente no canal auditivo, durando segundos ou minutos, de ocorrência intermitente

B – Presença de uma zona de gatilho na parede posterior do canal auditivo

C – Exclusão de lesão estrutural

Comentário: Distúrbios lacrimais, salivares e do paladar algumas vezes acompanham a dor. Há uma associação freqüente com herpes zoster.

12.5 Neuralgia do laríngeo superior

Descrição: Distúrbio raro, que se caracteriza por dor intensa na porção lateral da garganta, região submandibular e sob a orelha, e que é precipitada por deglutir, gritar ou virar a cabeça.

Critérios diagnósticos

- A – Paroxismos de dor sentidos na garganta, região submandibular e sob a orelha, que duram minutos ou horas
- B – Paroxismos desencadeados por deglutir, alterar a voz ou virar a cabeça
- C – Susceptibilidade à dor continua por semanas
- D – Um ponto gatilho está presente na porção lateral da garganta, sobre a membrana hipotroidéia
- E – Exclusão de lesão estrutural

12.6 Neuralgia occipital

Descrição: Neuralgia occipital é uma dor em pontada na distribuição dos nervos occipital maior ou menor, acompanhada por hipoestesia ou disestesia na área afetada. É comumente associada à sensação dolorosa local na região do nervo afetado.

Critérios diagnósticos

- A – A dor se distribui na região dos nervos occipital maior ou menor
- B – A dor é do tipo pontada, embora dolorimento possa persistir entre paroxismos
- C – O nervo afetado é doloroso à palpação
- D – A condição é temporariamente melhorada por anestesia local com bloqueio do nervo apropriado

Comentário: a neuralgia occipital deve ser distinguida da dor occipital referida a partir das articulações atlantoaxial ou zigapofiseal, ou de áreas de gatilho nos músculos que nelas se inserem.

Síndrome da apófise estilóide de Eagle não está suficientemente validada.

12.7 Causas centrais de cefaléia ou dor facial que não neuralgia do trigêmeo

12.7.1 Anestesia dolorosa

Descrição: Anestesia ou disestesia dolorosa geralmente relacionada a trauma cirúrgico do gânglio trigeminal, provocada mais freqüentemente após rizotomia ou termocoagulação para tratamento de neuralgia idiopática do trigêmeo. Anestesia dolorosa pode também se seguir a trauma na região do complexo trigeminal, e raramente em lesões vasculares das vias centrais do trigêmeo.

Critérios diagnósticos

- A – Dor ou disestesia limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo
- B – Sensibilidade aos estímulos por agulhas diminuída na região afetada
- C – Os sintomas se seguem à lesão do nervo trigeminal ou suas projeções centrais

12.7.2 Dor talâmica

Descrição: Dor e disestesia facial unilateral atribuída a lesão da via trigeminotalâmica ou do tálamo. Os sintomas também podem envolver o tronco e os membros do lado afetado.

Critérios diagnósticos

A – dor e disestesias de metade da face, associada a diminuição da sensibilidade a estímulos por agulhas, não explicável por lesão do nervo trigêmeo

B – Um ou mais dos seguintes:

1. História de início súbito, sugerindo lesão vascular
2. História de surtos de sintomas na face ou outros locais, sugerindo esclerose múltipla
3. Demonstração de lesão em área apropriada por tomografia computadorizada ou imagem de ressonância magnética

Comentário: Dor talâmica facial é geralmente parte de uma hemisíndrome, mas pode ocorrer isoladamente.

12.8 Dor facial que não preenche os critérios em grupos 11 e 12

Termos previamente utilizados: Dor facial atípica, odontalgia atípica.

Descrição: Dor facial persistente que não tem as características das neuralgias cranianas descritas acima e não está associada com sinais físicos ou lesões orgânicas demonstráveis

Critérios diagnósticos

A – Está presente diariamente e persiste pela maior parte do dia

B – É confinada a uma área limitada de um lado da face. Pode se irradiar para o maxilar superior ou inferior, ou para área mais ampla da face e pescoço. É profunda e difícil de localizar.

C – Não está associada com perda sensitiva ou outros sinais físicos

D – Investigação laboratorial, incluindo raio X da face e maxilares, não demonstra anormalidade relevante.

Comentário: a dor pode se iniciar por cirurgia ou lesão da face, dentes ou gengiva, mas persiste sem qualquer causa local demonstrável.

13. Cefaléia não classificável**Critérios diagnósticos**

Qualquer tipo de cefaléia que não preencha critérios para uma das condições descritas neste livro.

Bibliografia**Classificação das doenças em geral, classificação das cefaléias em geral**

- Ad Hoc committee on classification of headache. Classification of headache. J Am Med Assoc 1962; 179:717-8.
- American psychiatric association: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition, revised. (DSM III-R). Washington DC: APA 1987.
- International association for the study of pain: classification of chronic pain. Pain 1986; suppl 3:1-225.
- World federation of neurology, research group on migraine and headache. Definition of migraine. In: Cochrane AL ed. Background to migraine. London, Heineman 1970:181-2.
- Wulff HR, Pedersen AS, Rosenberg R. Philosophy of medicine. An introduction. London, Oxford, Blackwell Scientific 1987.

1. Migrânea em geral

- Bille B. Migraine in school children. *Acta Paediatr Scand* 1962; 51, suppl 136.
- Bille B. Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalalgia* 1981; 1:71-5.
- Blau JN. Migraine prodromes separated from the aura: complete migraine. *Br Med J* 1980; 281:658-60.
- Blau JN. Towards a definition of migraine headache. *Lancet* 1984; 1:444-5.
- Dalkvist J, Ekblom K, Waldenlind E. Headache and mood: a time series analysis of self ratings. *Cephalalgia* 1984; 4:45-52.
- Devoto M, Lozito A, Staffa G, D'Alessandro R, Sacquegna T, Romeo G. Segregation analysis of migraine in 128 families. *Cephalalgia* 1986; 6:101-5.
- Maratos J, Wilkinson M. Migraine in children: a medical and psychiatric study. *Cephalalgia* 1982; 2:179-87.
- Nikiforow R. Headache in a random sample of 200 persons: a clinical study of a population in Northern Finland. *Cephalalgia* 1981; 1:99-107.
- Peatfield RC, Glover V, Littlewood JT, Sandler M, Clifford Rose F. The prevalence of diet-induced migraine. *Cephalalgia* 1984; 4:179-83.
- Sparks JP. The incidence of migraine in school children. *Practitioner* 1978; 221:407-11.
- Thomson JK. Diagnosis of head pain: an idiographic approach to assessment and classification. *Headache* 1982; 22:221-32.
- Waelkens J. Warning symptoms in migraine: characteristics and therapeutic implications. *Cephalalgia* 1985; 5:223-8.

1.1 Migrânea sem aura

- Drummond PD, Lance JW. Clinical diagnosis and computer analysis of headache symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47:128-33.
- Epstein MT, Hockaday JM, Hockaday TDR. Migraine and reproductive hormones throughout the menstrual cycle. *Lancet* 1975; 1:543-8.
- Friedman AP, Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches. A clinical study of 2000 cases. *Neurology* 1954; 4:773-88.
- Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. A prospective survey of 500 patients. *Arch Neurol* 1966; 15:356-61.
- Olesen J. Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. *Headache* 1978; 18:268-71.
- Olesen J. Significance of trigger factors in migraine. In: Rose FC ed, *Progress in migraine research 2*, London, Pitman 1984:18-29.
- Olesen J, Edvinsson L eds. *Basic mechanisms of headache*. Amsterdam, New York Elsevier 1988.
- Olesen J., Krabbe AÆ, Tfelt-Hanssen P. Methodological aspects of prophylactic drug trials in migraine. *Cephalalgia* 1981; 1:127-41.
- Olesen J, Tfelt-Hanssen P, Henriksen L, Larsen B. The common migraine attack may not be initiated by cerebral ischemia. *Lancet* 1981; 2:438-40.
- Sacks OW. *Migraine: understanding a common disorder*. Berkeley, University of California Press 1985.
- Wolf HG. *Headache and other head pain*. New York, Oxford University Press 1963:227-475.

1.2 Migrânea com aura e 1.2.1 Migrânea com aura típica

- Alvarez WC. The migranous scotoma as studied in 618 persons. *Am J Ophthalmol* 1960; 49:489-504.
- Bana DS, Graham J. Observations on prodromes of classic migraine in a headache clinic population. *Headache* 1986; 26:216-9.
- Bradshaw P, Parsons M. Hemiplegic migraine, a clinical study. *OJ Med* 1965; 34:65-85
- Bücking H, Baumgartner G. Klinik und pathophysiologie der initialen nerologischen symptome bei fokalen migrönen. (Migraine ophtalmique, migraine accompagné). *Arch Psychiatr Nervenkr* 1974; 219:37-52.
- Jensen K, Tfelt-Hanssen P, Lauritzen M, Olesen J. Classic migraine. A prospective recording of symptoms. *Acta Neurol Scand* 1986; 73:359-62.
- Kummer RV, Schäfer E-M. Zur lokalisation der begleitsymptome bei migraine accompagnné. *Nervenarzt* 1981; 52:172-7.
- Lauritzen M, Olesen J. Regional cerebral blood flow during migraine attacks by Xenon-133 inhalation and emission tomography. *Brain* 1984; 107:447-61.
- Manzoni GC, Farina S, Granella F, Alfieri M, Bisi M. Classic and common migraine. Suggestive clinical evidence of two separate entities. *Funct Neurol* 1986; 1:112-22.
- Olesen J, Larsen B, Lauritzen M. Focal hyperemia followed by spreading oligoemia and impaired activation of rCBF in classic migraine. *Ann Neurol* 1981; 9:344-52.

1.2.2 Migrânea com aura prolongada

- Heyck H. Varieties of hemiplegic migraine. *Headache* 1973; 12:135-42.
- Holub V, Chrast B, Saxl O. Complicated migraine. *Kinderaztl Prax* 1965; 33:539-46.
- Pearce JM, Foster JB. An investigation of complicated migraine. *Neurology* 1965; 15:333-40.
- Tinuper P, Cortelli P, Sacquegna T, Lugaresi E. Classic migraine attack complicated by confusional state: EEG and CT study. *Cephalalgia* 1985; 5:63-68.

1.2.3 Migrânea hemiplégica familiar

- Blau JN, Whitty CWM. Familial hemiplegic migraine. *Lancet* 1955; 2:1115-6.
- Bradshaw P, Parsons M. Hemiplegic migraine. *W J Med* 1965; 34:65-86.
- Fitzsimons RB, Wolfenden WH. Migraine coma. Meningitic migraine with cerebral edema associated with a new form of autosomal dominant cerebellar ataxia. *Brain* 1985; 108:555-77.
- Gastaut H, Yermanos P. Familial hemiplegic migraine: EEG and CT-scan study of two cases. *Ann Neurol* 1981; 10:392-5.
- Glista G, Methinger JF. Familial hemiplegic migraine. *Mayo Clin Proc* 1975; 50:307-11.
- Strachelin-Jensen T, Olivarius B, Kraft M, Hansen H. Familial hemiplegic migraine. A re-appraisal and long term follow up study. *Cephalalgia* 1981; 1:33-9.
- Ohta M, Araki S, Kuroiwa Y. Hemiplegic migraine and cerebellar manifestations. *Neurology* 1967; 17:813-7.
- Whitty CWM. Familial hemiplegic migraine. In: Rose FC ed, *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam, Elsevier 1986; 4(48):141-53.
- Zifkin B, Andermann F, Kirkham T. Autosomal dominant syndrome of hemiplegic migraine, nystagmus and tremor. *Ann Neurol* 1980; 8:329-32.

1.2.4 Migrânea basilar

- Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. Lancet 1961; 1:1517.
- Bickerstaff ER. Basilar artery migraine. In: Rose FC ed, Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam, Elsevier 1986; 4(48):135-40.
- Golden GS, French JH. Basilar artery migraine in young children. Pediatrics 1975; 56:722-6.
- Hockaday JM. Basilar migraine in childhood. Dev Med Child Neurol 1979; 21:455-63.
- Lee C, Lance JW. Migraine stupor. Headache 1977; 17:32-8.
- Sturzenegger MH, Meienberg O. Basilar artery migraine: a follow up study of 82 cases. Headache 1985; 25:408-15.
- Swanson JW, Vick NA. Basilar artery migraine. Neurology 1978; 28:782-6.

1.2.5 Aura de migrânea sem cefaléia

- Fischer CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. Can J Neurol Sci 1980; 7:9-17.
- Fleishman JA, Segall JD, Judge FP. Isolated transient alexia. A migrainous accompaniment. Neurol 1983; 40:115-6.
- O'Connor PS, Tredici TJ. Acephalgic migraine. Fifteen years experience. Ophtalmology 1981; 88:999-1003.
- Whitty CWM. Migraine without headache. Lancet 1967; 2:283-5.
- Wiley RG. The scintillating scotoma without headache. Ann Ophtalmol 1979; 11:581-5.

1.2.6 Migrânea com aura de instalação aguda

- Fischer CM. Cerebral ischemia – less familiar types. Clin Nuerosurg 1971; 18:267-336.
- Fischer CM. Late-life migraine accompaniments as a cause of unexplained transient ischemic attacks. Can J Neurol Sci 1980; 7:9-17.
- Hedges T, Lackman R. Isolated ophtalmic migraine in the differential diagnosis of cerebro-ocular ischemia. Stroke 1976; 7:379-81.

1.3 Migrânea oftalmoplégica

- Andersson PG. Ophtalmoplegic migraine. Headache 1974; 14:91-5.
- Bickerstaff ER. Ophtalmoplegic migraine. Ver Neurol 1964; 110:582-8.
- Pearce J. The ophtalmologic complications of migraine. J Neurol Sci 1968; 6:73-81.
- Walsh JP, O'Doherty DS. A possible explanation of the mechanism of ophtalmoplegic migraine. Neurology 1960; 10:1079-84.
- Woody RC, Blaw ME. Ophtalmoplegic migraine in infancy. Clin Pediatr 1986; 25:82-4.

1.4 Migrânea retiniana

- Carrol D. Retinal migraine. Headache 1970; 10:9-13.
- Hedges T, Lackman R. Isolated ophtalmic migraine in the differential diagnosis of cerebro-ocular ischemia. Stroke 1976; 7:379-81.

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

- Casaer P and study group. Flunarizine in alternating hemiplegia in childhood. An international study in 12 children. *Neuropediatrics* 1987; 18:191-5.
- Deonna T. Paroxysmal childhood disorders which may be migraine or may be confused with migraine. In: Hockaday JM ed. *Migraine in childhood*. London: Butterworths 1988.
- Hockaday JM. Equivalents of migraine. In: Hockaday JM ed. *Migraine in childhood*. London: Butterworths 1988.
- Krageloh I, Aicardi J. Alternating hemiplegia in infants: Report of 5 cases. *Dev Med Child Neurol* 1980; 22:784-91.

1.6 Complicações da migrânea

1.6.1 Estado migranoso

- Couch JR Jr, Diamond S. Status migainosus: Causative and therapeutic aspects. *Headache* 1983; 23:94-101.

1.6.2 Infarto migranoso

- Bickerstaff ER. Complicated migraine. In: Rose FC ed. *Progress in migraine research 2*. London: Pitman 1984; 83-101.
- Boisen E. Strokes in migraine: Report on seven strokes associated with severe migraine attacks. *Dan Med Bull* 1975; 22:100-6.
- Bousser MG, Baron JC, Iba-Zizen T, Comar D, Cabanis E, Castaigne P. Migrainous cerebral infarction: A tomographic study of cerebral blood flow and oxygen extraction fraction with the oxygen-15 inhalation technique. *Stroke* 1980; 11:145-8.
- Connor CCR. Complicated migraine: A study of permanent neurological and visual defects. *Lancet* 1962; 2:1072-5.
- Costello JE, Andersson M, Greeves AG. Middle cerebral artery occlusion with migraine. *Stroke* 1982; 13:308-11.
- Henrich JB. The association between migraine and cerebral vascular events: An analytical review. *J Chronic Dis* 1987; 40:329-35.
- Kupersmith MJ, Warren FA, Hass WK. The non-benign aspects of migraine. *Neuroophthalmology* 1987; 7:1-10.
- Pearce JMS, Foster JB. An investigation of complicated migraine. *Neurology* 1965; 15:333-40.
- Rascol A, Cambier J, Guiraud B, Menelfe C, David J, Clanet M. Accidents ischémiques cérébraux au cours de crises migraineuses. *Rev Neurol* 1979; 135:867-84.
- Rothrock JF, Walicke P, Swenson MR, Lyden P, Logan WR. Migrainous stroke. *Arch Neurol* 1988; 45:63-7.

2. Cefaléia do tipo tensional

- Borgeat F, Hade B, Elie R, Larouche CM. Effects of voluntary muscle tension increases in tension headache. *Headache* 1984; 24:199-202.
- Cohen MJ, McArthur DL. Classification of migraine and tension headache from a survey of 10,000 headache diaries. *Headache* 1981; 21:25-9.
- Dalkvist J, Ekblom K, Waldenlind E. Headache and mood: A timeseries analysis of self-ratings. *Cephalalgia* 1984; 4:45-52.
- Forssell H, Kangasniemi P. Mandibular dysfunction in patients with muscle contraction headache. *Proc Finn Dent Soc* 1984; 80:211-6.

-
- Friedman AP. Characteristics of tension headache: A profile of 1420 cases. *Psychosomatics* 1979; 20:451-61.
 - Haber JD, Kuczmierczyk AR, Adams H. Tension headaches: Muscle overactivity or psychogenic pain. *Headache* 1985; 25:23-9.
 - Holm JE, Holroyd KA, Hursey KG, Penzien DB. The role of stress in recurrent tension headache. *Headache* 1986; 26:160-7.
 - Hudzinski LG. Neck musculature and EMG feedback in treatment of muscle contraction headache. *Headache* 1983; 23:86-90.
 - Langemark M, Olesen J. Pericranial tenderness in tension headache. *Cephalalgia* 1987; 7:249-55.
 - Lous I, Olesen J. Evaluation of pericranial tenderness and oral function in patients with common migraine, muscle contraction headache and "combination headache". *Pain* 1982; 12:385-93.
 - Packard RC. What is psychogenic headache? *Headache* 1976; 16:20-3.
 - Pozniak-Patwicz E. "Cephalgic" spasm of head and neck muscles. *Headache* 1976; 15:261-6.
 - Sturgis ET, Schaefer CA, Ahles TA, Sikora TC. Effect of movement and position in the evaluation of tension headache and nonheadache controls. *Headache* 1984; 24:88-93.
 - Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Baltimore: Williams and Wilkins 1983.
 - Watts PG, Peet KMS, Juniper RP. Migraine and the temporomandibular joint: The final answer? *Br Dent J* 1986; 161:170-3.
 - Wolff HG. Headache and other head pain. New York: Oxford University Press 1963: 582-611.
 - Ziegler DK. Tension headache. *Med Clin North Am* 1978; 62:495-505.

3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica

3.1 Cefaléia em salvas

- Ekbom K. A clinical comparison of cluster headache and migraine. *Acta Neurol Scand* 1970; 46 Suppl 41:1-48.
- Ekbom K. Some observations on pain in cluster headache. *Headache* 1975; 14:219-25.
- Ekbom K. Chronic migrainous neuralgia. In: Rose FC ed. *Headache. Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986; 4(48):247-55.
- Ekbom K, Olivarius B de Fine. Chronic migrainous neuralgia diagnostic and therapeutic aspects. *Headache* 1971; 11:97-101.
- Friedman AP, Mikropoulos HE. Cluster headaches. *Neurology* 1958; 8:653-63.
- Graham JR, Rogado AZ, Rahman M, Cramer IV. Some physical, physiological and psychological characteristics of patients with cluster headache. In: Cochrane AI ed. *Background to migraine*. London: Heinemann 1970: 38-51.
- Harris W. *Neuritis and Neuralgia*. London: Oxford University Press 1926.
- Horton BT, MacLean AR, Craig WM. A new syndrome of vascular headache: results of treatment with histamine: preliminary report. *Mayo Clin Proc* 1939; 14:257-60.
- Kudrow L. Cluster headache. Mechanisms and management. New York: Oxford University Press 1980.
- Kudrow L. Natural history of cluster headache - Part I: outcome of drop-out patients. *Headache* 1982; 22:203-6.

- Kunkle EC, Anderson WB. Dual mechanism of eye signs of headache in cluster pattern. *Trans Am Neurol Assoc* 1960; 85:75-9.
- Kunkle EC, Pfeiffer JB Jr, Wilhoit WM, Hamrick LW Jr. Recurrent brief headache in "cluster" pattern. *Trans Am Neurol Assoc* 1952; 77:240-3.
- Lance JW, Anthony M. Migrainous neuralgia or cluster headache? *J Neurol Sci* 1971; 13:401-414.
- Manzoni GC, Terzano MG, Bono G, Micieli G, Martucci N, Nappi G. Cluster headache - clinical findings in 180 patients. *Cephalgia* 1983; 3:21-30.
- Mathew N ed. Cluster headache. Lancaster: MTP Press Ltd 1984.
- Nappi G, Savoldi F. Headache. Diagnostic system and taxonomic criteria. London-Paris: John Libbey Eurotext 1985: 64-81.
- Russel D. Cluster headache: severity and temporal profiles of attacks and patient activity prior to and during attacks. *Cephalgia* 1981; 1:209-16.
- Sjaastad O. Cluster headache. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 217-46.

3.2 Hemicrania paroxística crônica

- Sjaastad O, Dale I. A new (?) clinical entity: "chronic paroxysmal hemicrania". *Acta Neurol Scand* 1976; 54:140-59.
- Sjaastad O. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH). In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 257-66.

4. Cefaléias diversas não associadas a lesão estrutural

4.1 Cefaléia idiopática em facada

- Drummond PD, Lance JW. Neurovascular disturbances in headache patients. *Clin Exp Neurol* 1984; 20:93-9.
- Raskin NH. Ice cream, ice-pick and chemical headaches. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 441-8.
- Raskin NH, Schwartz RK. Ice-pick-like pain. *Neurology* 1980; 30:203-5.

4.2 Cefaléia por compressão externa

- Pestronk A, Pestronk S. Goggle migraine. *N Engl J Med* 1983; 308:226.

4.3 Cefaléia por estímulo frio

- Drummond PD, Lance JW. Neurovascular disturbances in headache patients. *Clin Exp Neurol* 1984; 20:93-9.
- Mumford JM. Thermography and ice cream headache. *Acta Thermographica* 1979; 4:33-7.
- Odell-Smith R. Ice cream headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:188-91.
- Raskin NH. Ice cream, ice-pick and chemical headaches. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 441-8.
- Raskin NH, Knittle SC. Ice cream headache and orthostatic symptoms in patients with migraine. *Headache* 1976; 16:222-5.
- Wolf S, Hardy JD. Studies on pain. Observations on pain due to local cooling and on factors involved in the "cold pressor" effect. *J Clin Invest* 1941; 20:521-33.

4.4 Cefaléia benigna da tosse

- Bruyn GW. Cough headache. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:185-7.
- Ekbom K. Cough headache. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 367-71.
- Symonds CP. Cough headache. Brain 1956; 79:557-68.
- Williams B. Cerebrospinal fluid pressure changes in response to coughing. Brain 1976; 99:331-46.

4.5 Cefaléia benigna do esforço

- Rooke ED. Benign exertional headache. Med Clin North Am 1968; 52:801-8.

4.6 Cefaléia associada a atividade sexual

- Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalalgia. Headache 1974; 13:181-7.
- Lance JW. Headaches related to sexual activity. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1976; 39:1226-30.
- Braun A, Klawans HL. Headaches associated with exercise and sexual activity. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 373-82.

5. Cefaléia associada ao trauma de crânio

- Balla J, Moraitis S. Knights in armour. A follow-up study of injuries after legal settlement. Med J Aust 1970; 2:355-61.
- Cartlidge NEF, Shaw DA. Head injury. Philadelphia: Saunders 1981.
- Friedman AP. The so-called post-traumatic headache. In: Walker AE, Caveness WF, Critchley M eds. The late effects of head injury. Springfield (Ill.): Thomas 1969: 55-71.
- Gronwall D, Wrightson P. Delayed recovery of intellectual function after minor head injury. Lancet 1974; 2:605-9.
- Haas DC, Pineda GS, Lourie H. Juvenile head trauma syndromes and their relationship to migraine. Arch Neurol 1975; 32:327-70.
- Kelly R. The post-traumatic syndrome. J R Soc Med 1981; 74:242-5.
- Kozol H. Pre-traumatic personality and psychiatric sequelae of head injury. Arch Neurol Psychiat 1945; 53:358-64.
- Matthews WB. Footballers' Migraine. Br Med J 1972; 2:326-7.
- Merskey H, Woodforde JM. Psychiatric sequelae of minor head injury. Brain 1972; 95:521-8.
- Noseworthy JH, Miller J, Murray TJ, Regan D. Auditory brain stem evoked responses in postconcussion syndrome. Arch Neurol 1981; 38:275-8.
- Oppenheimer DR. Microscopic lesions in the brain following head injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1968; 31:299-306.
- Povishock JT, Becker DP, Cheng CLY, Vaughn GW. Axonal change in minor head injury. J Neuropathol Exp Neurol 1983; 42:225-42.
- Rimel RW et al. Disability caused by minor head injury. Neurosurgery 1981; 9:221-8.
- Strich SJ. The pathology of brain damage due to blunt head injuries. In: Walker AE et al eds. Late effects of head injury. Springfield (Ill): Thomas 1969: 501-26.
- Tuss DT. Subtle neuropsychological deficits in patients with good recovery after closed head injury. Neurosurgery 1985; 17: 41-7.

- Whittaker HA ed. Neuropsychological studies of nonfocal brain injuries, dementia and trauma. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 1988.
- Winston KR. Whiplash and its relationship to migraine. *Headache* 1987; 27:452-8.

6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares

6.1 Infarto isquêmico cerebral

- Edmeads J. The headaches of ischemic cerebrovascular disease. *Headache* 1979; 19:345-9.
- Fisher CM. Headache in acute cerebrovascular disease. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. *Headache and cranial neuralgias. Handbook of Clinical Neurology.* Amsterdam: Elsevier 1968; 5:124-56.
- Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg D. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36:1445-50.
- Jabaily J, Iland HJ, Lazlo J, Massey EW, Faguet GB, Briere J, Landaw SA, Pisciotta AV. Neurologic manifestations of essential thrombocythemia. *Ann Intern Med* 1983; 99:513-8.
- Mohr JP, Caplan LR, Melski JW, Goldstein RJ, Duncan GW, Kistler JP, Pessin MS, Bleich HL. The Harvard Cooperative Stroke Registry: A prospective registry. *Neurology* 1978; 28: 754-62.
- Portenoy RK, Abissi CJ, Lipton RB, Berger AR, Mebler MF, Baglivo J, Solomon S. Headache in cerebrovascular disease. *Stroke* 1984; 15:1009-12.
- Raish RJ, Hoak JC. Coagulopathy and stroke. In: Barnett HJM, Stein BM, Mohr JP, Yatsu FM eds. *Stroke: pathophysiology, diagnosis and management.* New York: Churchill Livingstone 1986: 513-8.

6.2 Hematoma intracraniano

- Almaani WS, Awidi AS. Spontaneous intracranial bleeding in hemorrhagic diathesis. *Surg Neurol* 1982; 17:137-40.
- Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg D. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36:1445-50.
- Kase CS, Williams JP, Wyatt DA, Mohr JP. Lobar intracerebral hematomas: clinical and CT analysis of 22 cases. *Neurology* 1982; 32:1146-50.
- Mohr JP, Caplan LR, Melski JW, Goldstein RJ, Duncan GW, Kistler JP, Pessin MS, Bleich HL. The Harvard Cooperative Stroke Registry: A prospective registry. *Neurology* 1978; 28: 754-62.
- Ott KH, Kase CS, Ojemann RG, Mohr JP. Cerebellar hemorrhage: diagnosis and treatment. *Arch Neurol* 1974; 31:160-7.
- Portenoy RK, Abissi CJ, Lipton RB, Berger AR, Mebler MF, Baglivo J, Solomon S. Headache in cerebrovascular disease. *Stroke* 1984; 15:1009-12.
- Ropper AH, Davis KR. Lobar cerebral hemorrhages: acute clinical syndromes in 26 cases. *Ann Neurol* 1980; 8:141-7.

6.3 Hemorragia subaracnóide

- Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg D. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986; 36:1445-50

- Leblanc R. The minor leak preceding subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 1987; 66:35-9.
- Mohr JP, Caplan LR, Melski JW, Goldstein RJ, Duncan GW, Kistler JP, Pessin MS, Bleich HL. The Harvard Cooperative Stroke Registry: A prospective registry. *Neurology* 1978; 28: 754-62.
- Parkinson D, Bachers G. Arteriovenous malformations. Summary of 100 consecutive supratentorial cases. *J Neurosurg* 1980; 53:285-99.

6.4 Malformação vascular não rota

- Bruyn GW. Intracranial arteriovenous malformation and migraine. *Cephalgia* 1984; 4:191-207.

6.5 Arterite

- Bengtsson BA, Malmvall BE. Giant cell arteritis. *Acta Med Scand* 1982; suppl 658: 1-102.
- Goodman BW. Temporal arteritis. *Am J Med* 1979; 67:839-52.
- Mumenthaler M. Inflammatory angiopathy. In: Toole JF ed. *Cerebrovascular disorders*. New York: Raven Press 1984: 299-312.
- Solomon S, Guglielmo Cappa K. The headache of temporal arteritis. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35:163-5.

6.6 Dor da artéria carótida ou vertebral

6.6.1 Dissecção carótida ou vertebral

- Bogousslavsky J, Despland P, Regli F. Spontaneous carotid dissection with acute stroke. *Arch Neurol* 1987; 44:137-40.
- Caplan LR, Zarins CK, Hemmati M. Spontaneous dissection of the extracranial vertebral arteries. *Stroke* 1985; 16:1030-8.
- Fisher CM. The headache and pain of spontaneous carotid dissection. *Headache* 1982; 22:60-5.
- Friedman AH, Drake CG. Subarachnoid hemorrhage from intracranial dissecting aneurysm. *J Neurosurg* 1984; 60:325-34.
- Hart RG, Easton JD. Dissections of cervical and cerebral arteries. *Neurol Clin* 1983; 1:155-82.
- Mas JL, Goeau C, Bousser MG, Chiraz J, Verret JM, Toubout PJ. Spontaneous dissecting aneurysms of the internal carotid and vertebral arteries - two case reports. *Stroke* 1985; 16:125-9.
- Mokri B, Sundt TM, Houser CM, Piepgras DG. Spontaneous dissection of the cervical internal carotid artery. *Ann Neurol* 1986; 19:126-38.

6.6.2 Carotidínia

- Chambers BR, Donnan GA, Riddell RJ, Bladin PF. Carotidynia: aetiology, diagnosis and treatment. *Clin Exp Neurol* 1981; 17: 113-23.
- Murray TJ. Carotidynia: a cause of neck and face pain. *Can Med Assoc J* 1979; 121:441-3.
- Orfei R, Meienberg O. Carotidynia: report of eight cases and prospective evaluation of therapy. *J Neurol* 1983; 230:65-72.
- Raskin NH, Prusiner S. Carotidynia. *Neurology* 1977; 27:43-6.

- Roseman DM. Carotidynia - a distinct syndrome. Arch Otolaryngol 1967; 85:81-4.

6.6.3 Cefaléia pós endarterectomia

- Dolan JG, Mushlin AI. Hypertension, vascular headaches and seizures after carotid endarterectomy. Case report and therapeutic considerations. Arch Intern Med 1984; 144:1489-91.
- Leviton A, Caplan L, Salzman E. Severe headache after carotid endarterectomy. Headache 1975; 15:207-10.
- Lusby RJ, Wylie EJ. Complications of carotid endarterectomy. Surg Clin North Am 1983; 63:1293-1302.
- Messert B, Black JA. Cluster headache, hemicrania and other head pains: morbidity of carotid endarterectomy. Stroke 1978; 9:559-62.
- Pearce MS. Headache after carotid endarterectomy. Br Med J 1976; 2:85-6.

6.7 Trombose venosa

- Bousser MG, Chiras J, Sauron B, Bories J, Castaigne P. Cerebral venous thrombosis. A review of 38 cases. Stroke 1985; 16:199-213.
- Kalbag RM, Woolf AL. Cerebral venous thrombosis. Oxford, London: University Press 1967.

6.8 Hipertensão arterial

- Almaani WS, Awidi AS. Spontaneous intracranial bleeding in hemorrhagic diathesis. Surg Neurol 1982; 17:137-40.
- Heaton EB, Brust JC, Feinfeld DA, Thomson GE. Hypertensive encephalopathy and the neurologic manifestations of malignant hypertension. Neurology 1982; 32:127-32.
- Jabaily J, Hand HJ, Laszlo J, Massey EW, Faguet GB, Briere J, Landaw SA, Pisciotto AV. Neurologic manifestations of essential thrombocythemia. Ann Intern Med 1983; 99:513-8.
- Kincaid Smith P, MacMichael J, Murphy FA. The clinical course and pathology of hypertension with papilledema (malignant hypertension). Q J Med 1958; 27:117-52.
- Kuchel O. Adrenal medulla: pheochromocytoma. In: Genest J, Kuchel O, Hamet P, Cantin M eds. Hypertension: physiopathology and treatment. 2nd edn New York: McGraw Hill 1983: 947-63.
- Lance JW, Hinterberger H. Symptoms of phaeochromocytoma with particular reference to headache, correlated with catecholamine production. Arch Neurol 1976; 33:281-8.
- MacGillivray I. Pre-eclampsia. London: WB Saunders 1983.
- Raish RJ, Hoak JC. Coagulopathy and stroke. In: Barnett HJM, Stein BM, Mohr JP, Yatsu FM eds. Stroke: pathophysiology, diagnosis and management. New York: Churchill Livingstone 1986: 887-901.

Nota: Hipertensão crônica

- Chatellier G, Degoulet P, Devries C, Yu HA, Plouin PF, Menard J. Symptom prevalence in hypertensive patients. Eur Heart J 1982; 3(Suppl C):45-52.
- Kottke TE, Tuomilehto J, Puska P, Salonen JT. The relationship of symptoms and blood pressure in a population sample. Int J Epidemiol 1979; 8:355-9.

- Waters WE. Headache and blood pressure in the community. *Br Med J* 1971; 1:142-3.
- Weiss NS. Relation of high blood pressure to headache epistaxis and selected other symptoms. *New Engl J Med* 1972; 287:631-3.

6.9 Cefaléia associada com outro distúrbio vascular

- Edmeads J. Headache in cerebrovascular disease. In: Rose FC ed. *Headache, Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier 1986: 273-90.

7. Cefaléia associada com distúrbio não vascular intracraniano

7.1 Pressão líquórica elevada

7.1.1 Hipertensão intracraniana benigna

- Corbett JJ, Savino PJ, Thompson HS, Kanzu T, Schatz NJ, Orr LS, Hopson D. Visual loss in pseudotumor cerebri: follow-up of 57 patients from 5 to 41 years and a profile of 14 patients with severe visual loss. *Arch Neurol* 1982; 39:447-61.
- Gjerris F, Sorensen PS, Vorstrup S, Paulson OB. Intracranial pressure, conductance to cerebrospinal fluid outflow and cerebral blood flow in patients with benign intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). *Ann Neurol* 1985; 17: 158-62.
- Johnston I, Paterson A. Benign intracranial hypertension. I. Diagnosis and prognosis. *Brain* 1974; 97:289-300.
- Sorensen PS, Krogsaa B, Gjerris F. Clinical course and prognosis of pseudotumor cerebri. A prospective study of 24 patients. *Acta Neurol Scand* 1988; 77:164-72.

7.1.2 Hidrocefalia de pressão elevada

- Dahlerup B, Gjerris F, Harmsen Aa, Sorensen PS. Severe headache as the only symptom of long-standing shunt dysfunction in hydrocephalic children with normal or slit ventricles in computer tomography. *Childs Nerv Syst* 1985; 1:49-52.
- Dawson M, Welch K, Segal MB. *The physiology and pathophysiology of cerebrospinal fluid*. New York: Churchill Livingstone 1987: 783-886.
- Fishman RA. *Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system*. Philadelphia: WB Saunders Co. 1980: 95-107.
- Shapiro K, Marmarou A, Portnoy M eds. *Hydrocephalus*. New York: Raven Press 1984.

7.2 Baixa pressão líquórica

- Dawson M, Welch K, Segal MB. *The physiology and pathophysiology of cerebrospinal fluid*. New York: Churchill Livingstone 1987: 783-886.
- Heldt TJ, Whitehead LS. Clinical studies in post-lumbar puncture headache. *Am J Psychiatry* 1936; 93:639.
- Sciarra D, Carter S. Lumbar puncture headache. *J Am Med Assoc* 1952; 148:841.
- Tourtelotte WW, Haerer AF, Heller GL, Somers JE. *Post lumbar puncture headaches*. Springfield: Thomas 1964.
- Vandam LD, Dripps RD. Long term follow-up of patients who received 10,098 spinal anesthetics. Syndrome of decreased intracranial pressure (headache and ocular difficulties). *J Am Med Assoc* 1956; 161:586-91.

7.3 Infecção intracraniana

- Johnson RT. Viral infections of the nervous system. New York: Raven Press 1982.

7.5 Cefaléia relacionada a injeção intratecal

- Elsberg CA, Southerland RW. Headache produced by injection of air for encephalography. Bull Neurol Inst NY 1934; 3:519.

7.6 Neoplasia intracraniana

- Honig PJ, Charney EB. Children with brain tumor headaches. Am J Dis Child 1982; 136:121-4.
- Hufnagel JM, Kornhuber A, Kornhuber HH, Krapf H. Kopfschmerz unklarer genese: Hirn-tumor? Dtsch Med Wochenschr 1985; 110:1035-8.
- Iversen HK, Strange P, Sommer W, Tjavle E. Brain tumour headache related to tumour size, histology and location. Cephalalgia 1987; 7 suppl 6:394-5.
- Kunkle EC, Ray BS, Wolff HG. Studies on headache: The mechanisms and significance of the headache associated with brain tumor. Bull NY Acad Sci 1942; 18:400-22.

8. Cefaléia associada a substâncias ou sua retirada

- Moffet AM, Swash M, Scott DF. Effect of chocolate in migraine: A double-blind study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1972; 37:445-8.
- Schiffmann SS, Buckley E III, Sampson HH, Massey EW, Baranink JN, Follett JV, Warwick ZS. Aspartame and susceptibility to headache. N Engl J Med 1987; 317:1181-4.

8.1 Cefaléia induzida pela exposição uso agudo de substância

- Bech HG, Schulze WH, Suter GM. Carbon monoxide - a domestic hazard. J Am Med Assoc 1940; 115:1.
- Ekbom K. Nitroglycerin as a provocative agent in cluster headache. Arch Neurol 1968; 19:487-93.
- Forbes HS, Cobb S, Fremont-Smith F. Cerebral edema and headache following carbon monoxide asphyxia. Arch Neurol Psychiat 1924; 11:164.
- Gore ME, Salmon PR. Chinese restaurant syndrome: fact or fiction. Lancet 1980; 318:251-2.
- Hansen HJ, Drewes VM. The nitroglycerine ointment test - a double-blind examination. Dan Med Bull 1970; 17:226-9.
- Henderson WR, Raskin NH. "Hot dog" headache: individual susceptibility to nitrite. Lancet 1972; 2:1162-3.
- Larkin JM, Brahos GJ, Moylin JA. Treatment of carbon monoxide poisoning: prognostic factors. J Trauma 1976; 16:111.
- Peters GA. Migraine: diagnosis and treatment with emphasis on the migraine-tension headache, provocative tests and use of rectal suppositories. Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic 1953; 28:673-86.
- Schamburg HH, Byck R, Gerstl R, Mashman JH. Monosodium glutamate: its pharmacology and role in the Chinese restaurant syndrome. Science 1969; 163:826-8.

- Schnitker MT, Schnitker MA. Clinical notes, suggestions and new instruments. *J Am Med Assoc* 1947; 135:89.
- Schwartz AM. The cause, relief and prevention of headache arising from contact with dynamite. *N Engl J Med* 1946; 235:541-4.
- Sicuteri F, Bene ED, Poggioni M, Bonazzi A. Unmasking latent dysnociception in healthy subjects. *Headache* 1987; 27:180-5.

8.2 Cefaléia induzida pela exposição uso crônico de substância

- Ala- Hurala V, Myllyla V, Hokkanen E. Ergotamine abuse: results of ergotamine discontinuation with special reference to plasma concentrations. *Cephalalgia* 1982; 2:189-95.
- Andersson PG. Ergotamine headache. *Headache* 1975; 15:118-21.
- Dichgans J, Diemer HC, Gerber WD et al. Analgetikainduzierter Dauerkopfschmerz. *Dtsch Med Wochenschr* 1984; 109:369-73.
- Friedman AP, Brazil P, Von Storch TJC. Ergotamine tolerance in patients with migraine. *J Am Med Assoc* 1955; 157:881-4.
- Horton BT, Peters GA. Clinical manifestations of excessive use of ergotamine preparations and manifestations of withdrawal effect. Report of 52 cases. *Headache* 1963; 2:214-27.
- Isler H. Migraine treatment as a cause of chronic migraine. In: Rose FC ed. *Advances in migraine research and therapy*. New York: raven Press 1982: 159-64.
- Kudrow L. Paradoxical effects of frequent analgesic use. *Adv Neurol* 1982; 33:335-42.
- Roswell AR, Neylan C, Wilkinson M. Ergotamine induced headache in migrainous patients. *Headache* 1973; 13:65-7.
- Saper JR. Drug abuse among headache patients. In: Saper JR ed. *Headache Disorders*. Boston: PSG Publishers 1983: 263-78.
- Tfelt-Hansen P. The effect of ergotamine on the arterial system in man. *Acta Pharmacol Toxicol* 1986; 59 Suppl 3:1-29.
- Tfelt-Hansen P, Krabbe AA. Ergotamine abuse. Do patients benefit from withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1:29-32.

8.3 Cefaléia por retirada de substância (uso agudo)

- Dalessio DJ ed. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. 4th edn New York: Oxford University Press 1980: 213.
- Raskin NH, Appenzeller O. *Headache*. Philadelphia: Saunders 1980; 19:16.

8.4 Cefaléia por retirada de substância (uso crônico)

- Ala- Hurala V, Myllyla V, Hokkanen E. Ergotamine abuse: results of ergotamine discontinuation with special reference to plasma concentrations. *Cephalalgia* 1982; 2:189-95.
- Andersson PG. Ergotamine headache. *Headache* 1975; 15:118-21.
- Friedman AP, Brazil P, Von Storch TJC. Ergotamine tolerance in patients with migraine. *J Am Med Assoc* 1955; 157:881-4.
- Greden JF, Fontaine M, Lubetsky M, Chamberlin K. Anxiety and depression associated with caffeinism among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1978; 135:963-6.
- Horton BT, Peters GA. Clinical manifestations of excessive use of ergotamine preparations and manifestations of withdrawal effect. Report of 52 cases. *Headache* 1963; 2:214-27.

- Saper JR, Jones JM. Ergotamine tartrate dependency: features and possible mechanisms. *Clin Neuropharmacol* 1986; 9:244-56.
- Tfelt-Hansen P. The effect of ergotamine on the arterial system in man. *Acta Pharmacol Toxicol* 1986; 59 Suppl 3:1-29.
- Tfelt-Hansen P, Krabbe AA. Ergotamine abuse. Do patients benefit from withdrawal? *Cephalalgia* 1981; 1:29-32.
- White BC, Lincoln CA, Pearcz NW, Reeb R, Vaida C. Anxiety and muscle tension as consequence of caffeine withdrawal. *Science* 1980; 209:1547-8.

9. Cefaléia associada a infecção não-cefálica

- Dalessio DJ ed. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. 4th edn New York: Oxford University Press 1980: 213.
- Graham JR. Headache in systemic disease. In: Friedman AP, Merit HH eds. *Headache diagnosis and treatment*. Philadelphia: FA Davis 1959: 133-6.
- Hansen SE. Nuchal headaches as the dominating symptom in bacterial endocarditis. *Ugeskr Laeger* 1982; 144:2099-100.
- Meyer HM, Johnson RT, Crawford IP, Dascomb HE, Rogers NG. Central nervous system syndromes of viral etiology. *Am J Med* 1960; 29:234.
- Per-Lee JH. Actinomycosis masquerading as depression headache: case report. Management review of actinomycosis. *Laryngoscope* 1974; 85:1149-58.
- Silver HK, Robertson WO, Wray JD, Gruskay FI. Involvement of the central nervous system in infectious mononucleosis in childhood. *J Dis Child* 1956; 91:490.

10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico

10.1 Hipóxia

10.2 Hipercapnia

10.3 Hipóxia e hiperapnia

- Appenzeller O. Altitude headache. *Headache* 1972; 12:126-30.
- Austen FK, Carmichael MW, Adams RD. Neurologic manifestations of chronic pulmonary insufficiency. *N Engl J Med* 1957; 257:579-90.
- Conn HD, Dunn JP, Newman HA et al. Pulmonary emphysema simulating brain tumor. *Am J Med* 1957; 22:524-33.
- Dalessio DJ ed. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. 4th edn New York: Oxford University Press 1980: 214-8.
- Dexter JD. Headache as a presenting complaint of the sleep apnea syndrome. *Headache* 1984; 24:171.
- Kales A, Cadieux RJ, Bixler E et al. Severe obstructive sleep apnea I: Onset, clinical course and characteristics. *J Chronic Dis* 1985; 38:419-25.
- Kales A, Vela-Bueno A, Kales JD. Sleep disorders: sleep apnea and narcolepsy. *Ann Intern Med* 1987; 106:434-43.
- King AB, Robinson SM. Vascular headaches of acute mountain sickness. *Aerospace Med* 1972; 43:849-51.
- Mathew NT, Glaze D, Frost J Jr. Sleep apnea and other sleep abnormalities in primary headache disorders. In: Rose FC ed. *Migraine: Proceedings of the 5th International Migraine Symposium*, London 1984. Basel: Karger 1985: 40-9.

- Wolff HG, Lenox WG. Cerebral circulation effect on pial vessels of variations of oxygen and carbon dioxide content of blood. Arch Neurol Psychiat 1931; 23:731-6.

10.4 Hipoglicemia

- Blau JN, Cumings JN. Method of precipitating and preventing migraine attacks. Br Med J 1966; 2:1242-3.
- Blau JN, Pyke DA. Effect of diabetes on migraine. Lancet 1970; 2:241-3.
- Critchley M, Ferguson FR. Migraine. Lancet 1933; 1:123-6.
- Dandona P, James IM, Beckett AG. Prevalence of migraine in patients with diabetes (letter). Br Med J 1985; 290: 467-8.
- Dexter JD, Byer JA. The evolution of 118 patients treated with low sucrose frequent feeding diet. Headache 1981; 21:125.
- Wilkinson CF. Recurrent migrainoid headaches associated with spontaneous hypoglycemia. Am J Med Sci 1949; 209-18

10.5 Diálise

- Bana DS, Yap AU, Graham JR. Headache during hemodialysis. Headache 1972; 112:1-14.
- Graham JR, Yap AU. Headache and hemodialysis: natural history and epidemiology. Proc Headache Symp. Elsinore Denmark: Sandoz 1971: 79.

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 do crânio

- Psenner L. Die Osteomyelitis der Schädelkapsel. Fortschr Röntgenstr 1941; 63:141-54.
- Weiss K. Über die Pathogenese der Ostitis deformans Paget. Radiol Austriaca 1948; 1:3-25.

11.2 Pescoço

- Bärtschi-Rochaix W. Headaches of cervical origin. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:192-203.
- Berger M, Gerstenbrand F. Cervicogenic headache. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 405-12.
- Bogduk N, Corrigan B, Kelly P, Schneider G, Farr R. Cervical headache. Med J Aust 1985; 143:202-7.
- Eder M, Tilscher H. Schmerzsyndrome der Wirbesäule. In Junghans ed. Die Wirbesäule in Forschung und Praxis. Stuttgart: Hippokrates-Verlag 1978: 81.
- Erdmann H. Schleuderverletzung der Halsbewirbesäule. Stuttgart: Hippokrates-Verlag 1973.
- Fahlgreen H. Retropharyngeal tendinitis. Cephalalgia 1986; 6:169-74.
- Goff CW et al. Traumatic cervical syndrome and whiplash. Philadelphia: Lippincott 1964.
- Jull G. Clinical manifestations of cervical headache. In: Proc Symp Cervical Spine and Headache. Brisbane: Manipulative Therapist's Ass Aust 1981: 28-42.
- Lance JW, Anthony M. Neck-Tongue Syndrome on sudden turning of the head. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1980; 43:97-101.

- Sjaastad O. Cervicogenic headache. A hypothesis. *Cephalalgia* 1983; 3:249-56.
- Soyka D. Kopfschmerz. Weinheim, Dearfield Beech, Basel: Edition Medizin 1974.
- Tilscher H, Kotscher E. Die Halswirbesäule als Ursache für Kopfschmerzen. In: Barolin GS ed. Kopfschmerz/Headache. München: Verlag Spatz 1957: 379-85.
- White AA III, Panjabi MM. Clinical biomechanics of the spine. Philadelphia, Toronto: Lippincott 1978.
- Wiesner H, Mumenthaler M. Schleuderverletzungen der Halswirbesäule. Eine katamnestiche Studie. *Arch Orthop Unfall-Chir* 1975; 81:13-36.
- Zukschwerdt L. Das Schleudertrauma der Halswirbesäule. *Schweiz Med Wochenschr* 1962; 92:534-9.

11.3 Olhos

- Cameron ME. Headache in relation to the eyes. *Med J Aust* 1976; 1:292-4.
- Hedges TR. An ophthalmologist's view of headache. *Headache* 1979; 19:151-5.
- Lyle TK. Ophthalmological headaches. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Headaches and Cranial Neuralgias. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:204-7.
- Meythaler H. Der Gesichtsschmerz aus augenärztlicher Sicht. In: Soyka D ed. Der Gesichtsschmerz. Stuttgart-New York: Schattauer-Verlag 1973: 117-35.
- Waters WE. Headache and the eye. A community study. *Lancet* 1970; 2:1-4.

11.4 e 11.5 Orelhas, nariz e seios paranasais

- Birnmeyer G. Der Gesichtsschmerz aus HNO-ärztlicher Sicht. In: Soyka D ed. Der Gesichtsschmerz. Stuttgart-New York: Schattauer-Verlag 1973: 89-116.
- Graham JK. Headache of nasal origin. *J Med Soc* 1970; 2:375-9.
- Lederer FL, Tenta LT, Trady ME. Otolaryngologic aspects of headache and head pains. *Headache* 1977; 11,19-32.
- Ryan RE Jr, Kern EB. Rhinological causes of facial pain and headaches. *Headache* 1977; 17:44-50.
- Ryan RE, Ryan RE Jr. Headache of nasal origin. *Headache* 1979; 19:173-9.
- Shalom A. Otorhinological headaches. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Headaches and Cranial Neuralgias. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:208-21.

11.6 Dentes, mandíbula e estruturas relacionadas

- Cawson RA. Dental causes of headache. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 391-4.
- Magnusson T, Enbom L. Signs and symptoms of mandibular dysfunction after introduction of experimental balancing interferences. *Acta Odontol Scand* 1984; 42:129-35.
- Mumford JM. Toothache and profacial pain. 2nd edn Edinburgh: Churchill Livingstone 1976.
- Peebles RA. Dental headaches. In: Vinken PJ, Bruyn GW eds. Handbook of Clinical Neurology. Headaches and Cranial Neuralgias. Amsterdam: Elsevier 1968; 5:222-8.
- Seltzer S. Pain control in dentistry. Diagnosis and management. Philadelphia: Lippincott 1978.

11.7 Doença da articulação temporomandibular

- Cawson RA. Temporomandibular cephalgia. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 413-6.
- Forsell H, Kangasniemi P. Mandibular dysfunction in patients with muscle contraction headache. Proc Finn Dent Soc 1984; 80:211-6.
- Gelb H, Tarte J. A two-year clinical dental evaluation of 200 cases of chronic headache: the cranio-cervical-mandibular syndrome. J Am Dent Assoc 1975; 91:1230-6.
- Guralnick W, Kaban LB, Merrill RG. Temporomandibular joint afflictions. N Engl J Med 1978; 299:123-9.
- Helöe B, Helöe LA, Heiberg A. Relationship between sociomedical factors and the temporomandibular joint syndrome. Community Dent Oral Epidemiol 1977; 5:207-12.
- Laskin DR. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1969; 79:147-53.
- Lous I, Olesen J. Evaluation of pericranial tenderness and oral function in patients with common migraine, muscle contraction headache and "combination headache". Pain 1982; 12:385-93.
- Magnusson T, Carlsson GE. Changes in recurrent headache and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. Acta Odontol Scand 1980; 38:311-20.
- Möller E. Muscle hyperactivity leads to pain and dysfunction. Position paper. In: Klineberg I, Sessle B eds. Oro-facial pain and neuromuscular dysfunction, mechanisms and clinical correlates. Advances in the biosciences. Oxford: Pergamon Press 1985; 52:6992.
- Ogus H. Degenerative disease of the temporomandibular joint and pain-dysfunction syndrome. J R Soc Med 1978; 71:748-54.
- Soyka D ed. Der Gesichtsschmerz. Stuttgart-New York: Schattauer-Verlag 1973.
- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. Baltimore: Williams Wilkins 1983.

12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervosoe dor de deaferentação

12.1.1-4 Compressão, desmielinização einflamação de nervos cranianos

- Dalessio DJ ed. Wolff's Headache and other head pain. 5th edn New York: Oxford University Press 1987: 266-88.
- McAlpine D, Lumsden CE, Acheson ED. Multiple sclerosis: a reappraisal. Edinburgh: Livingstone 1965: 122-3.
- Adams RD, Victor M. Principles of neurology. 3rd edn New York: McGraw-Hill 1985: 551-3.
- Ragozzino MW, Melton LJ, Kurland LT, Chu CP, Perry HO. Population-based study of Herpes Zoster and its sequelae. Medicine 1982; 61:310-6.

12.1.5 Síndrome de Tolosa-Hunt

- Bruyn GW, Hoes MJAJM. The Tolosa-Hunt syndrome. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 291-307.
- Hannerz J. Pain characteristics of painful ophthalmoplegia (the Tolosa-Hunt syndrome). Cephalgia 1985; 5:103-6.
- Hunt WE. Tolosa-Hunt syndrome: one cause of painful ophthalmoplegia. J Neurosurg 1976; 44:544-9.

- Hunt WE, Meagher JN, Lefever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia: its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. *Neurology* 1961; 11:56-62.
- Mokri B. Raeder's paratrigeminal syndrome. *Arch Neurol* 1982; 39:395-9.
- Mühletaler CA, Gerlock AJ. Orbital venography in painful ophthalmoplegia. *Am J Roentgenol* 1979; 133:31-4.
- Tolosa E. Periarteritic lesions of the carotid siphon with the clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1954; 17:300-2.

12.2 Neuralgia do trigêmeo

- Cushing H. The major trigeminal neuralgias and their surgical treatment, based on experiences with 332 Gasserian operations. The varieties of facial neuralgia. *Am J Med Sci* 1920; 160:157-84.
- Dalessio DJ. Trigeminal neuralgia. A practical approach to treatment. *Drugs* 1982; 24:248-55.
- Dandy WE. Concerning the cause of trigeminal neuralgia. *Am J Surg* 1934; 24:447-55.
- Fromm GH, Terrence CF, Maroon JC. Trigeminal Neuralgia. Current concepts regarding etiology and pathogenesis. *Arch Neurol* 1984; 41:1204-7.
- Jannetta PJ. Observations on the etiology of trigeminal neuralgia, hemifacial spasm, acoustic nerve dysfunction and glossopharyngeal neuralgia. Definitive microsurgical treatment and results in 117 patients. *Neurochirurgia* 1977; 20:146-54.
- Jensen TS, Rasmussen P, Reske-Nielsen E. Association of trigeminal neuralgia with multiple sclerosis: clinical and pathological features. *Acta Neurol Scand* 1982; 65:182-9.
- Kugelberg E, Lindblom U. The mechanisms of the pain in trigeminal neuralgia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1959; 22:36-43.

12.3 Neuralgia do glossofaríngeo

- Bruyn GW. Glossopharyngeal neuralgia. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 459-73.
- Chawla JC, Falconer MA. Glossopharyngeal and vagal neuralgia. *Br Med J* 1967; 3:529-31.
- Ekbom KA, Westerberg CE. Carbamazepine in glossopharyngeal neuralgia. *Arch Neurol* 1966; 14:595-6.
- Kjellin K, Müller R, Widen L. Glossopharyngeal neuralgia associated with cardiac arrest and hypersecretion from the ipsilateral parotid gland. *Neurology* 1959; 9:527-32.
- Laha RK, Jannetta PJ. Glossopharyngeal neuralgia. *J Neurosurg* 1977; 47:316-20.
- Rushton JG, Stevens JC, Miller RH. Glossopharyngeal (vasoglossopharyngeal) neuralgia. A study of 217 cases. *Arch Neurol* 1981; 38:201-5.

12.4 Neuralgia do intermédio

- Bruyn GW. Nervus intermedius neuralgia (Hunt). In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 487-94.

12.5 Neuralgia do laríngeo superior

- Bruyn GW. Superior laryngeal neuralgia. In: Rose FC ed. Headache Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 495-500.

12.6 Neuralgia occipital

- Hammond SR, Danta A. Occipital neuralgia. Clin Exp Neurol 1978; 15:258-70.
- Bogduk N. Greater occipital neuralgia. In: Long DM ed. Current Therapy in Neurological Surgery. Toronto, Philadelphia: BC Decker Inc 1985: 175-80.

12.7 Causas centrais de cefaléia e dor facial que não neuralgia do trigêmeo

- Illingworth R. Trigeminal neuralgia: surgical aspects. In: Rose FC ed. Headache. Handbook of Clinical Neurology. Amsterdam: Elsevier 1986: 449-58.
- Pagni CA. Central and painful anesthesia. Pathophysiology and treatment of sensory deprivation syndromes due to central and peripheral nervous system lesions. Progr Neurol Surg 1977; 2:132-257.
- Riddoch G. The clinical features of central pain. Lancet 1938; 234:1093-8, 1150-6, 1205-9.

12.8 Dor facial que não preenche os critérios dos grupos 11 e 12

- Kerr FWL. Craniofacial neuralgia. In: Bonica J, Lieberskind JC, Albe-Fessard DG eds. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press 1979; 3:283-95.
- Klineberg J, Sessle B eds. Orofacial pain and neuromuscular dysfunction: mechanisms and clinical correlates. Advances in biosciences. Oxford: Pergamon Press 1985: 52.
- Lascelles RG. Atypical facial pain and depression. Br J Psychiatry 1966; 112:651-9.

Definição dos termos

- Algômetro de pressão: aparelho para medir o limiar de detecção de dor ou de tolerância a dor induzida por pressão
- Anorexia: perda de apetite e aversão a alimentos em grau leve
- Ansiedade: ver DSM III-R
- Aura: começo de uma crise de migrânea manifestado por uma disfunção cerebral focal. A aura tipicamente dura 20 a 30 minutos e precede a cefaléia
- Cefaléia: dor localizada acima da linha orbitomeatal
- Cintilação: alucinações luminosas de intensidade variável, freqüentemente a 8-10 ciclos/segundo. Típica de aura de migrânea
- Clara relação temporal: termo usado para descrever a relação entre um distúrbio orgânico e uma cefaléia. Podem existir relações temporais específicas para distúrbios de início agudo nos quais existe uma provável causalidade, mas que freqüentemente não forma suficientemente estudadas. Para distúrbios crônicos, a relação temporal e a causalidade são freqüentemente difíceis de serem determinados
- Crise de cefaléia em salvas: um episódio de dor contínua que dura de 15 a 180 minutos
- Depressão: inclui depressão maior e menor, ver critérios DSM III-R
- Dias de cefaléia: significa o número de dias com cefaléia que dura parte do dia ou o dia inteiro
- Disfunção oromandibular: ver codificação do 4o dígito do grupo 2.
- Dolorimento: sensação de desconforto ou dor causada por pressão que normalmente não seria suficiente para causar esta sensação
- Dor facial: dor abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço e anterior às orelhas
- Dor em facada: dor súbita que dura um minuto ou menos (geralmente um segundo ou menos)

- Dor referida: dor percebida em área diferente daquela de onde se origina
- Duração da crise: tempo que decorre desde o início até o término da crise de uma forma particular de cefaléia. Após crises de migrânea e de cefaléia em salvas pode persistir uma cefaléia fraca, não pulsátil, sem sintomas acompanhantes, mas este período não é incluído na duração da crise. Se o paciente dormir durante uma crise e acordar sem dor, a duração é considerada até o momento do despertar. Se uma crise é aliviada por medicação mas retorna em menos de 3 horas, considera-se o retorno como pertencente à mesma crise. Se o alívio da crise dura 4 horas ou mais, considera-se que houve duas crises.
- Episódico: padrão regular ou irregular de ida e volta. É de duração contínua ou variável. É usado também para o tipo de cefaléia em salvas em que as crises ocorrem periodicamente
- Erro de refração: miopia, hipermetropia ou astigmatismo
- Escotoma: perda de parte do campo visual em um ou nos dois olhos. Pode ser absoluto (visão zero no escotoma) ou relativa
- Fonofobia: hipersensibilidade à sons
- Fortificação: alucinação visual angulada, de aumento gradua, típica da aura visual
- Fotofobia: hipersensibilidade à luz
- Heteroforia: estrabismo latente
- Histeria: ver DSM III-R, distúrbio somatoforme
- Intensidade da dor: graduada em escala verbal de 4 pontos: (zero) sem dor, (1) dor leve que não impede as atividades, (2) dor moderada que limita mas não impede as atividades, (3) dor intensa que limita as atividades.
- Investigações laboratoriais: exames de sangue, urina, exame do líquido cefalorraquiano, medição de pressão arterial, raio X simples, arteriografia, pneumoencefalografia, avaliação ocular, de orelhas e outras investigações paraclínicas
- Lancinante: dor rápida, tipo choque elétrico, ao longo de uma raiz ou de um nervo
- Linha em zig-zag: sinônimo de fortificação
- Migrânea (*): termo atualizado para enxaqueca em português
- (*) nota do tradutor
- Músculos pericranianos: músculos do pescoço, da mastigação, da mímica facial e da orelha média
- Não suficientemente comprovados: dúvida baseada na experiência do comitê e na controvérsia da literatura quanto à validação de uma entidade diagnóstica
- Neuroimagem: tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética do encéfalo
- Nível EMG: amplitude média de atividade muscular captada por eletrodos superficiais
- Novo tipo de cefaléia: um tipo de cefaléia que o paciente não tinha antes
- Período de remissão da salva: tempo durante o qual não ocorrem crises quer espontaneamente, quer induzidas por álcool ou nitroglicerina. Para ser considerado como remissão, este período sem crises deve ser maior que 14 dias
- Período de salva: tempo durante o qual as crises ocorrem regularmente, pelo menos a cada dois dias
- Pressão/compressão: dor de caráter constante, comparável a uma faixa de ferro em volta da cabeça
- Pródromo: usado com significados diferentes, geralmente indica sinais premonitórios de crises. Este termo deve ser evitado no futuro
- Pulsátil: que acompanha os batimentos cardíacos
- Região nugal: face posterior da região superior do pescoço, incluindo a região de inserção dos músculos cervicais no crânio

-
- Sintomas acompanhantes: sintomas que acompanham e não precedem a crise de migrânea. Mais frequentemente são náusea, vômitos, fotofobia e fonofobia. Osmofobia, diarréia e outros sintomas podem ocorrer mais raramente.
 - Sintomas de alarme: termo usado no passado para sintomas premonitórios. Não deve ser usado
 - Sintomas focais: termo usado no passado para aura
 - Sintomas neurológicos: termo usado no passado para aura
 - Sintomas premonitórios: sensações que precedem a crise de migrânea por 2 a 48 horas. Entre os sintomas, os mais comuns são fadiga, euforia, depressão, fome anormal, desejo de comer determinados alimentos. Ocorrem antes da aura ou antes de uma crise de migrânea sem aura
 - Stress muscular: contração muscular isométrica de longa duração
 - Stress psicossocial: ver DSM III-R
 - Substância: drogas, substâncias químicas, vinhos, vapores etc
 - Teicopsia: o mesmo que espectro de fortificação
 - Teste fisiológico: mudanças de postura, funcionamento mental (aritmético, de memória etc), teste pressorial ao frio, testes de coordenação digital etc
 - Termo usado no passado: diagnóstico que era usado no passado com significado mais ou menos igual ao que é fornecido neste documento. Os termos usados no passado são frequentemente ambíguos e têm sido usados de maneira diversa em países diferentes
 - Unilateral: à direita ou à esquerda. Quando usado para cefaléia, não necessariamente corresponde a todo lado direito ou esquerdo da cabeça, mas pode ser frontal, temporal ou occipital apenas. Se usado para distúrbios sensitivos ou motores da aura de migrânea, inclui uma hemidistribuição completa ou parcial
 - Vasoespasmó: constricção de artéria ou arteríolas em grau suficiente para reduzir a perfusão tissular

* 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