

imagem poderão ser solicitados para descartar outras enfermidades.

ESTUDO DO FENÓTIPO DE CEFALÉIA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA

MORAES Helena Providelli de¹; MURTA Nina Rosa Aparecida Felisardo¹; GOMEZ Rodrigo Santiago²; ROJO Joana Luiza³; MOURA Talitha Cristina Maletta³.

¹ Médica Neurologista, Cefaliatra, Preceptora do Programa de Residência da Universidade Federal de Minas Gerais

² Médico Neurologista, Cefaliatra, Preceptor do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Ambulatório de Cefaleia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

³ Médica neurologista; Fellowship em Cefaleia do Programa de Residência Médica da Universidade Federal de Minas Gerais

Contato com autor: Helena Providelli de Moraes

E-mail: helenaprovidelli@yahoo.com.br

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 271, – Centro . CEP: 30150-260. Belo Horizonte – MG.

Introdução: A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão intracraniana sem causa aparente na qual a presença de cefaleia é o sintoma mais comum e pode acometer até 90% dos pacientes. Não existe um padrão clássico definido para a cefaleia, embora na maioria dos estudos a maior prevalência seja do fenótipo migranoso – o que parece associar, em determinados aspectos fisiopatológicos, o diagnóstico de migração e HII. **Objetivo:** Adquirir maior conhecimento em relação ao fenótipo da cefaleia associada a HII e correlacionar os dados com a presença do diagnóstico prévio ou história familiar de migração. **Metodologia:** Realizada análise de dados de 15 pacientes com o diagnóstico de HII que foram atendidos em um serviço de atendimento médico terciário de Minas Gerais, durante o mês de agosto de 2019. Foram analisadas as características da cefaleia na época do diagnóstico inicial considerando o ICHD-III. **Resultados:** A média de idade dos pacientes avaliados foi de 36 anos com predomínio do sexo feminino, com apenas 6,6% do sexo masculino (N=1). O fenótipo de cefaleia encontrado com maior prevalência foi o migranoso com predomínio em 66% dos pacientes avaliados (N= 10). Foi encontrado que 53,3% (N=8) dos pacientes avaliados apresentavam diagnóstico prévio ou história familiar de pelo menos 01 parente de primeiro grau com diagnóstico de migração com ou sem aura. Destaca-se ainda que 73% (N=10) dos pacientes avaliados persistiam com quadro de cefaleia episódica ou recorrente apesar do controle da HII, sendo que desses pacientes 81% são do grupo que apresentavam diagnóstico prévio ou história familiar de migração. Outro dado interessante é de que 60% (N=9) dos pacientes avaliados apresentavam comorbidades psiquiátricas, sendo o diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo o mais prevalente. Quando se considera apenas os pacientes com fenótipo de cefaleia

migranosa a presença de comorbidades psiquiátricas aumenta para 70%. **Conclusão:** A persistência da cefaleia não é um parâmetro válido para o controle de sucesso de tratamento na HII. Considerando o predomínio do fenótipo migranoso e a persistência da cefaleia apesar do controle da HII, estratégias para o controle da dor migranosa também devem ser consideradas no seguimento longitudinal desses pacientes.

Palavras-chave: Cefaleia. Hipertensão intracraniana idiopática. Migração.

INVESTIGAÇÃO DE FÍSTULA LIQUÓRICA EM PÓS-OPERATÓRIO DE MUCOCELE ETMOIDAL COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA

CARVALHO GUTIERRES Verônica¹; PERIN Daiana Paola²; ZSCHORNACK STRELOW Matheus³; PILLE Arthur³; PINTO VIDOR Liliane⁴; SCARANTO COSTA Letícia⁵; GOMES LONDERO Renata⁶.

¹ Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital Mãe de Deus

² Medicina, Neurologista, Pós-graduação em Neurovascular, Fellow em

Cefaleia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³ Medicina, Residente do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas de

Porto Alegre

⁴ Odontologia, Especialista em DTM & Dor Orofacial, Especialista em

Tratamento da Dor e Medicina Paliativa, Fellow em Cefaleia, Hospital de

Clínicas de Porto Alegre

⁵ Medicina, Neurologista, Especialista em Epilepsias e Neurofisiologia Clínica,

Fellow em Cefaleia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

⁶ Medicina, Neurologista, Coordenadora do Ambulatório de Cefaleia do Hospital

de Clínicas de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Contato com autor: Verônica Carvalho Gutierrez

Email: veronica.neuro@gmail.com

Endereço: Rua Dr Oscar Bittencourt 24, 303. Menino Deus. Porto Alegre. Cep: 90850-150.

Introdução: O extravasamento de líquido cefalorraquidiano (LCR) pode ter diversas etiologias: traumático, iatrogênico, associado a tumores, ou espontâneo. As fístulas liquóricas (FL) são uma complicação conhecida da cirurgia dos seios paranasais, principalmente em cirurgias endoscópicas de face, com uma incidência desta complicação variando de ,% a ,%. **Objetivo:** Relatar caso de apresentação atípica de cefaleia por hipotensão liquórica secundária à presença de fístula liquórica decorrente do pós-operatório de mucocele etmoidal. **Metodologia:** avaliação do paciente, revisão do prontuário médico e breve revisão bibliográfica na base de dados Medline com os descritores: Cerebrospinal fluid fistula e postoperative CSF fistula. **Relato Do Caso:** Paciente masculino, anos, internou no HCPA para investigação de cefaleia hemcraniana direita, pulsátil, de forte intensidade, por vezes associada

à hiperemia, edema periorbitário, lacrimejamento, rinorreia, sem relação à posição postural, que piorava com esforço físico e/ou valsalva, sendo refratária à analgesia. Este padrão dacefaléia iniciou após cirurgia endoscópica nasal para remoção de mucocelefronto-etmoidal em . Em uma segunda intervenção cirúrgica no mesmo ano, não houve alteração no padrão da dor. Na investigação atual, procedeu-se: i) punção lombar: pressão de abertura de mmHO e análise de líquido cefalorraquidiano sem alterações; ii) exploração cirúrgica endoscópica dos seios paranasais, sem extravasamento de fluoresceína; iii) duas cisternotomografias: somente na segunda, foi identificado o local da fístula. Para controle da dor realizou-se bloqueio dos nervos occipitais maiores com lidocaína 1% sem vasoconstritor. Além disso, realizado ajuste de dose dos fármacos utilizados pelo paciente.

Resultados: O diagnóstico mais provável é de FL de baixo débito, e há plano para correção neurocirúrgica da fístula. O bloqueio promoveu alívio parcial da dor em um primeiro momento. No entanto, esforço físico remeteu ao quadro de cefaleia inicial. O bloqueio segue sendo realizado com boa resposta no controle da dor. Em uso de fluoxetina 20 mg/dia, gabapentina 300 mg/dia e clorpromazina 25 mg para resgate de dor. **Conclusão:** A verificação de uma FL pode ser difícil e a rinorreia pode não ser tão frequente, devido ao fato que pouca quantidade de LCR pode fluir intermitentemente através de uma pequena fístula. Atualmente carecemos de um exame padrão-ouro para confirmar a ocorrência e localizar a FL. Atomografia computadorizada dos seios paranasais e do osso petroso ou ressonância magnética com análise de fluxo líquido oferecem informações sobre a localização, mas não são adequados como métodos de triagem. A cisternotomografia, a cisternografia com DTPA e a injeção de fluoresceína intratecal são métodos de melhor rendimento, entretanto invasivos. A cefaleia de característica postural é o alerta para considerarmos hipotensão intracraniana. Apresenta início súbito ou gradual, geralmente em minutos a horas após ficar sentado ou em pé, raramente manifesta-se em thunderclap, sendo frequentemente latejante e de leve a forte intensidade, com localização variável. Contudo, muitas vezes a mesma não tem esta característica ou modifica-se, podendo ocorrer cefaleia paradoxal pior com decúbito e melhor em ortostatismo; ser mais proeminente ao final do dia; ser intermitente ou mimetizar a cefaleia primária da tosse ou cefaleia primária por esforço/valsalva, como observado no presente caso.

Palavras-chave: Fístula líquórica. Fístula líquórica pós-operatória. Cefaleia por hipotensão líquórica.

CEFALÉIA EM SALVAS CRÔNICA: RELATO DE CASO

IBRAIM FILHO¹, Maurício Rosendo; LIMA¹, Mariana Reis; TAVARES¹, Graciliano Pires; BRANDÃO¹, Christiane Costa Cunha²; DURSO, Braz Campos; CARVALHO³, Alexandre Marcelo de

¹ Alunos do curso de graduação em Odontologia da UNIFAGOC

² Professor do curso de Odontologia da UNIFAGOC, Especialista em Estomatologia (UFRJ), Mestre em Patologia Bucal (FOB-USP) e Doutorando em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (São Leopoldo Mandic)

³ Coordenador do curso de Odontologia da UNIFAGOC, Especialista em Periodontia (PUC-Rio), Especialista em Implantodontia (ABO-JF), Mestre em Periodontia (São Leopoldo Mandic) e Doutor em Ciências Odontológicas (São Leopoldo Mandic)

Contato com autor: Braz Campos Durso

E-mail: brazdurso@gmail.com

Rua Dr. Adjalme da Silva Botelho número 20 bairro Seminário

Ubá - Minas Gerais

Cep 36500-000

Introdução: A cefaleia em salvas é uma cefaleia primária grave e incapacitante que pertence ao grupo das cefaleias trigeminais autônomas. É um tipo de cefaleia bastante rara em comparação com a enxaqueca e os pacientes demoram em média mais de 5 anos para receberem o diagnóstico correto. De acordo com os critérios da terceira edição da Classificação Internacional das Cefaleias, caracteriza-se por crises episódicas de cefaleia unilateral com duração variando de 15 a 180 minutos, acompanhadas de sintomas parassimpáticos ipsilaterais. A maioria dos pacientes tem periodicidade circanual e circadiana. Uma parte desses pacientes se tornam crônicos, não ficando mais de um mês sem dor no período de um ano e 10% destes se tornam refratários aos tratamentos farmacológicos. **Objetivo:** Através da apresentação de um caso clínico demonstrar a dificuldade diagnóstica de diferentes profissionais da área da saúde frente a essa rara condição clínica, bem como a catastrofização presente no paciente devido ao atraso em ter um diagnóstico. **Relato do caso:** GMS, 47 anos, sexo masculino procurou a faculdade com queixa de “dor do lado direito da face que começava no olho e as vezes subia para a cabeça e/ou nariz”. A dor nos seus primórdios era episódica passando com o tempo a apresentar surtos de longa duração, sugerindo a transformação para uma forma crônica. O quadro algíco estava associado a fenômenos autonômicos homolaterais: lacrimejamento, vermelhidão com congestão ocular e ptose palpebral parcial. A dor manifestava-se somente no lado direito da face. Durante a anamnese a dor foi descrita como intensa, horrível e insuportável. No início a dor ocorria sempre próximo da meia noite, passando depois a ocorrer em outros horários e mais de uma vez durante o dia. O paciente ressaltou ainda uma sensação de impotência frente as crises algícas, sentindo grande agitação e vontade de parar de viver. O paciente procurou ajuda profissional entre os seguintes especialistas neurologista, otorrinolaringologista e oftalmologista respectivamente. Estes profissionais o avaliaram e fizeram intervenções terapêuticas para a condição, prescrevendo os seguintes fármacos: Sumaxpro, Buspirona e Cetrolac, sem êxito no alívio do quadro algíco. Os exames de neuroimagem (tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), solicitado pelos profissionais que o avaliaram anteriormente, não forneceram subsídios para o diagnóstico etiológico. Esse fato associado a ineficácia terapêutica contribuiu para o desespero do paciente