

## CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA PRIMÁRIA A PROPÓSITO DE 52 CASOS

CARLA DA CUNHA JEVOUX\*, PEDRO FERREIRA MOREIRA FILHO\*\*, JANO ALVES DE SOUZA\*\*\*

---

**RESUMO** - Apesar de a cefaléia crônica diária (CCD) ser frequentemente observada na prática cefaliátrica, o interesse pelo seu estudo é recente. Foram estudados 52 pacientes (48 mulheres e 4 homens) com idade entre 13 e 71 anos, que preencheram os critérios diagnósticos propostos por Silberstein e col. (1994) para CCD primária. A análise das principais características clínicas permitiu o diagnóstico de três modalidades da CCD: migrânea transformada (n=39; 75%), cefaléia do tipo tensional crônica (n=11; 21,1%) e cefaléia diária persistente de início súbito (n=2; 3,9%). Destes pacientes, 34 (65,4%) utilizavam de modo excessivo medicações sintomáticas e foram considerados como sofrodores de cefaléia induzida por drogas. O esquema de tratamento utilizado incluiu, além da orientação à interrupção das medicações sintomáticas, o uso de amitriptilina isoladamente ou em associação ao propranolol, em doses crescentes, levando-se em conta a resposta e a tolerância a estes fármacos. Esse esquema revelou-se eficaz na diminuição da frequência da cefaléia na maioria dos pacientes com CCD. Os efeitos benéficos revelaram-se duradouros, persistindo mesmo após seis meses do início do acompanhamento. Na minoria dos pacientes na qual a terapêutica instituída não obteve êxito, constatou-se, de forma estatisticamente significativa, a persistência do uso excessivo de medicações sintomáticas.

**PALAVRAS-CHAVE:** cefaléia crônica diária, migrânea transformada, cefaléia do tipo tensional crônica, cefaléia diária persistente de início súbito, cefaléia induzida por drogas.

### **Primary chronic daily headache : a report on 52 cases**

**ABSTRACT** - Fifty-two patients (48 women, 4 men, ages varying between 13 and 71 years) that fulfilled the criteria by Silberstein et al. (1994) for chronic daily headache (CDH) were studied. The main clinical characteristics allowed three diagnostic types of CDH: transformed migraine (n=39; 75%); chronic tension-type headache (n=11; 21.1%); and new daily persistent headache (n=2; 3.9%). Thirty-four patients used to take symptomatic medication in excess and were considered as having drug-induced headache. The treatment included increasing doses of amitriptyline alone or associated with propranolol besides the interruption of the symptomatic medication. This scheme was effective to lower the frequency of headache in most CDH patients and its beneficial effects had lasted even six months after the beginning of the follow-up. In the few patients in which the treatment was unsuccessful, the persistence of abusive use of symptomatic drugs was statistically significant.

**KEY WORDS:** chronic daily headache, transformed migraine, chronic tensional-type headache, new daily persistent headache, drug-induced headache.

---

A designação cefaléia crônica diária (CCD) primária é utilizada para se referir a um grupo de cefaléias recorrentes, de ocorrência diária ou quase diária, frequentemente, contínuas ou quase contínuas e que persistem por meses ou anos<sup>1</sup>. Apesar de a CCD ser frequentemente observada na prática clínica, o interesse pelo seu estudo é recente<sup>2</sup>. A inexistência de critérios diagnósticos bem definidos tem contribuído para manter a CCD fora da classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC). Por outro lado, a utilização dos critérios da atual classificação da SIC<sup>3</sup> proporciona

---

Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF): \*Mestranda de Neurologia do HUAP/UFF; \*\*Professor Adjunto e responsável pelo Setor de Investigações de Cefaléias do Serviço de Neurologia do HUAP/UFF; \*\*\*Doutorando de Neurologia do HUAP/UFF. Aceite: 20-novembro-1997.

Dra Carla Jevoux - Av. Sávio Gama 290 - 27180-280 Volta Redonda RJ - Brasil.

que todos esses pacientes sejam classificados como sofredores de cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), o que não corresponde à realidade. Muitos deles apresentam migrânea transformada (MT) ou cefaléia diária persistente de início súbito (CDPIS). Por esse motivo, têm sido propostas modificações na atual classificação<sup>2,4-8</sup>. As formas episódicas da cefaléia do tipo tensional e da migrânea são, em geral, fáceis de diagnosticar e tratar. No entanto, alguns pacientes apresentam, em certo momento da vida, perda das características marcantes da cefaléia de origem, dificultando o discrimine entre as duas entidades<sup>9,10</sup>. Uma porcentagem significativa de sofredores de CCD utiliza quantidades excessivas de medicações sintomáticas (MS), o que pode contribuir para a perpetuação da dor<sup>2,11-14</sup>.

O presente estudo tem por objetivos: 1) avaliar pacientes que preencham os critérios diagnósticos adotados para CCD primária; 2) analisar três modalidades diagnósticas de CCD primária: MT, CTTC e CDPIS; 3) identificar as características mais frequentes de cada grupo; 4) determinar a proporção de pacientes com CCD primária que preenchem os critérios adotados para uso excessivo de drogas; 5) avaliar a eficácia de um esquema de tratamento proposto para pacientes com CCD primária.

## PACIENTES E MÉTODO

Foi realizado estudo clínico prospectivo de 52 pacientes atendidos no ambulatório do Setor de Investigação de Cefaléia, do Serviço de Neurologia, do Hospital Universitário Antonio Pedro da UFF, com cefaléia crônica diária primária. A duração total do estudo foi de dois anos e cada paciente foi avaliado por, no mínimo, seis meses, incluindo um mês de observação pré-tratamento. A casuística estudada constituiu-se de 48 mulheres e quatro homens, com variação etária de 13 a 71 anos. Foram adotados os critérios diagnósticos para CCD propostos por Silberstein e col.<sup>8</sup>(Quadros 1, 2 e 3).

Todos os pacientes deste estudo foram submetidos ao seguinte esquema de acompanhamento:

I) Na *primeira entrevista* (após o exame clínico) os pacientes foram orientados a: não utilizarem medicações sintomáticas (interrupção abrupta das MS), sendo instruídos sobre seus efeitos prejudiciais; evitarem a exposição aos fatores desencadeantes referidos na anamnese; preencherem o *diário da cefaléia* com as seguintes informações sobre a dor: data, caráter, horário de início e término e eventual MS utilizada, contrariando a orientação; retornarem à consulta, após 30 dias.

II) Na *segunda consulta*, foram avaliados os *diários da cefaléia*. Os pacientes que confirmaram frequência de dor maior ou igual a 15 dias por mês foram orientados a utilizar a amitriptilina, inicialmente na dose de 25 mg/dia, com aumento, após 15 dias, para 50 mg/dia, ou mesmo, redução para 12,5 mg/dia conforme a tolerância individual. Os pacientes selecionados foram orientados a continuar preenchendo, mensalmente, os diários da cefaléia e a retornarem à consulta a cada 30 dias.

III) Nas *consultas subsequentes*, foram feitos ajustes na dose da medicação, de acordo com a resposta e a tolerância individuais. Os pacientes em uso de amitriptilina que apresentaram resposta satisfatória foram mantidos com essa medicação. Foi considerada resposta satisfatória a redução da frequência da cefaléia para menos de 15 dias de dor por mês. Aos pacientes que não obtiveram redução satisfatória (persistência da dor por mais de 15 dias ao mês) foi acrescentado propranolol na dose de 60 mg/dia, divididos em três tomadas (8/8h). Ainda de acordo com a resposta e a tolerância individuais, foram feitos ajustes posológicos posteriores até as doses máximas de 150 mg/dia de amitriptilina e de 120 mg/dia de propranolol (Fig 1).

## RESULTADOS

### *Características da amostra*

Quanto à distribuição pelas categorias diagnósticas da CCD, 39 pacientes (75%) apresentaram migrânea transformada (MT), 11 (21,1%) cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) e dois (3,9%) cefaléia diária persistente de início súbito (CDPIS).

A Tabela 1 mostra, no grupo com MT, a idade por ocasião da primeira consulta; a idade no início da migrânea episódica (ME); a duração da ME, antes de ocorrer transformação; a idade, quando ocorreu transformação para CCD e a duração da CCD.

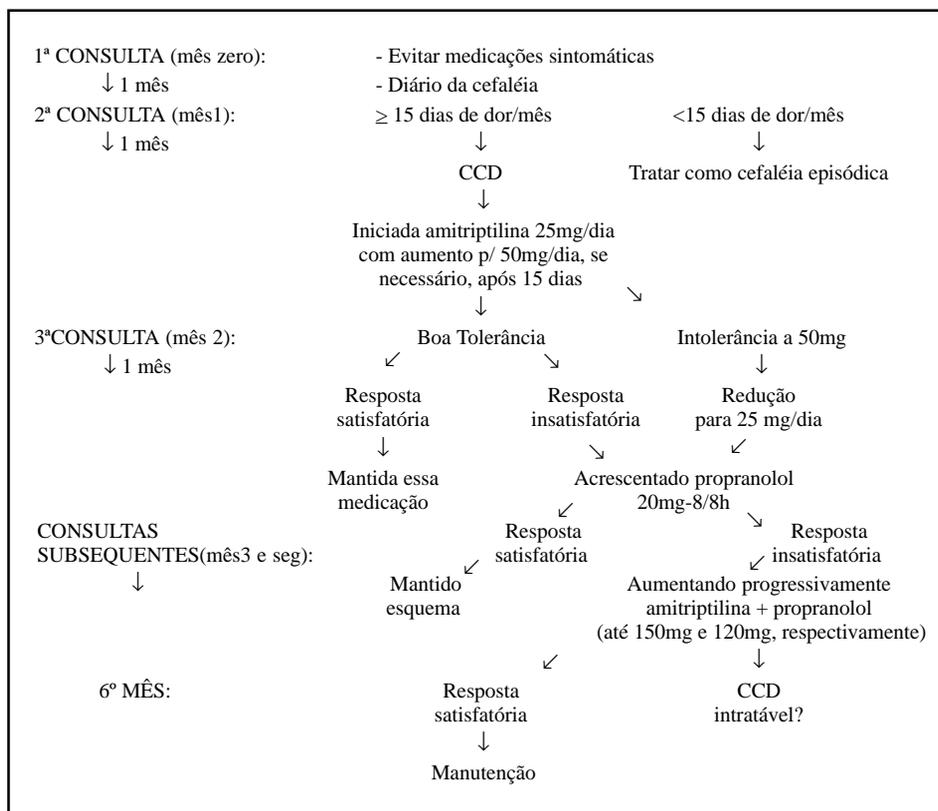


Fig 1. Algoritmo do acompanhamento para CCD.

Tabela 1. Migrânea transformada (MT).

Medidas Estatísticas	Idade na 1ª consulta*	Idade no início da ME*	Duração da ME*	Idade de transformação para CCD*	Duração após transformação*
Média e DP	34,3 ± 11,6	21,3 ± 8,7	9,6 ± 6,3	31,1 ± 9,5	3,96 ± 3,95
Mediana	33	21	8	31	2
Varição	(13-71)	(4-40)	(1,5-30)	(8-53)	(1-20)

ME, migrânea episódica; CCD, cefaléia crônica diária; DP, desvio padrão; \* Valores em anos.

Tabela 2. Dados do grupo com CTTC.

Medidas estatísticas	Idade na 1ª consulta*	Idade no início da CTTE*	Duração da CTTE*	Idade no início da CTTC*	Duração da CTTC*
Média e DP	42,9 ± 13,2	36,6 ± 10,5	4,7 ± 4,6	40,36 ± 12,6	2,6 ± 1,4
Mediana	42	38	2	39	2
Varição	(23-62)	(19-54)	(1-15)	(21-57)	(1-5)

CTTE, cefaléia do tipo tensional episódica; CTTC, cefaléia do tipo tensional crônica; \*Valores em anos; DP, desvio padrão.

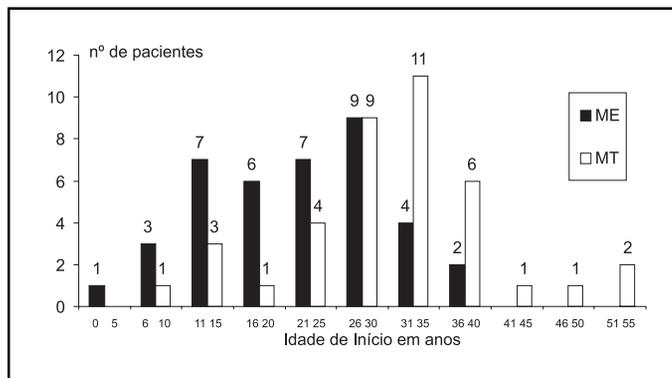


Fig 2. Idade de início da migração episódica (ME) e da migração transformada (MT).

Na Figura 2 observa-se a representação da idade da ME e da CCD. Entre as idades de 31 a 40 anos, a incidência da CCD supera a de ME.

A Tabela 2 mostra os dados do grupo com CTTC. Todos os pacientes deste grupo apresentam cefaléia do tipo tensional episódica (CTTE) precedendo a CTTC.

Nos dois pacientes com CDPIS, as idades na primeira consulta e também no início da CDPIS foram 46 e 57 anos e a duração da CDPIS foi de 6 e 8 meses, respectivamente.

### Características da cefaléia

**Caráter da dor** - Quanto ao caráter da dor, os pacientes com MT narraram, com maior frequência, a associação de dor do tipo pulsátil e não pulsátil (n=26; 66,7%) e em menor número dor do tipo pulsátil (n=13; 33,3%). Em todos os pacientes com CTTC a dor foi do tipo não pulsátil (geralmente em peso ou aperto). Nos dois com CDPIS, um tinha o tipo não pulsátil e o outro, a associação de pulsátil e não pulsátil.

**Localização** - A localização habitual da dor, nos pacientes do grupo com MT, foi unilateral em 82% (n=32) dos casos. Na maioria (n=24; 61,5%), a localização foi predominantemente frontal, temporal e fronto-temporal. Neste grupo a associação de mais de uma localização foi referida por 19 pacientes (48,7%). Nos grupos com CTTC e CDPIS, houve predomínio de dor bilateral, sendo holocraniana nos dois pacientes com CDPIS e em quatro com CTTC e bilateral localizada em sete casos com CTTC.

**Intensidade** - Procurou-se estabelecer a intensidade da cefaléia de acordo com o nível de comprometimento da capacidade funcional. No grupo com MT, a cefaléia foi classificada como forte por quatro pacientes (10,3%), moderada por 11 (28,2%) e nos 24 restantes (61,5%) a dor alternou entre forte e leve, com predomínio de dor leve. Todos os pacientes relataram história de diminuição gradativa na intensidade da dor quando comparada com as migrações episódicas (ME) que apresentavam antes do desenvolvimento da CCD. Não foi possível, entretanto, avaliar de forma objetiva essa diminuição na intensidade da dor. No grupo com CTTC, a dor foi classificada como moderada por quatro pacientes e leve por sete. Nos dois pacientes com CDPIS, a dor foi considerada moderada.

**Frequência** - Nesta pesquisa foram incluídos apenas os pacientes com 15 ou mais dias de dor por mês, conforme o critério de Silberstein e col.<sup>8</sup>. Dos 52 pacientes avaliados, 29 (55,7%) apresentavam de 15 a 20 dias de dor, 6 (11,5%), de 21 a 25 dias de dor e 17 (32,7%), de 26 a 30 dias de dor por mês.

**Duração das crises** - Nesta presente pesquisa, foram incluídos somente pacientes com cefaléia de duração maior que quatro horas por dia, de acordo com os critérios adotados. Essa informação pôde ser obtida com precisão, pois a maioria dos pacientes relatou dor contínua ou subcontínua.

*Quadro 1. MT - Critérios propostos por Silberstein e col.<sup>8</sup>*

## 1.8 MIGRÂNEA TRANSFORMADA (MT)

- A. História de migrânea episódica preenchendo os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléias (SIC) 1.1 a 1.6.
- B. Cefaléia diária ou quase diária (> 15 dias / mês) por > 1 mês.
- C. Média de duração da cefaléia de 4 horas / dia (se não tratada).
- D. História de aumento da frequência da cefaléia com diminuição da intensidade das características migranosas por no mínimo 3 meses. \*
- E. No mínimo um dos seguintes:
  1. Não haver suspeita de quaisquer das patologias relacionadas nos grupos 5 - 11, da classificação da SIC.
  2. Tal patologia é suspeitada, mas é excluída por investigações apropriadas.
  3. Tal patologia está presente, mas a primeira crise de migrânea não ocorre em relação temporal íntima com essa patologia.

## 1.8.1 Migrânea transformada com uso excessivo de MS.

- A. Preencher os critérios de 1.8.
- B. No mínimo um dos seguintes por no mínimo 1 mês :
  1. Uso de analgésico simples (> 1000mg AAS / acetaminofeno) > 5 dias / semana.
  2. Uso de combinações analgésicas (caféina, medicações contendo barbitúricos) (> 3 comprimidos / dia) > 3 dias / semana.
  3. Uso de narcóticos (> 1 comprimido / dia) > 2 dias / semana.
  4. Uso de ergotamina (1mg VO ou 0,5mg VR) > 2 dias / semana.

## 1.8.2 Migrânea transformada sem uso excessivo de MS

- A. Preencher os critérios de 1.8
- B. Não satisfazer os critérios de uso excessivo de medicações de 1.8.1.

\* Métodos devem ser desenvolvidos e validados para avaliar essas características; VO, via oral; VR, via retal.  
OBS: os grupos 5 - 11 referem-se a patologias como tumores e desordens intracranianas vasculares, entre outras.

*Horário mais frequente da cefaléia* - Os pacientes com MT apresentaram maior frequência da dor no período da manhã, quando muitos (n=28; 71,8%) já acordavam com dor e 27 dos 28 eram despertados, por ela, durante a madrugada (entre 02:00 e 06:00 horas). O uso excessivo de MS foi constatado em 20 destes pacientes (71,4%) e, provavelmente, contribuiu para esta incidência. O grupo com CTTC mostrou maior frequência da cefaléia, no período da tarde (n=8). Nos dois pacientes com CDPIS, o período da manhã foi o mais frequente e um deles era regularmente acordado durante a madrugada.

*Fatores desencadeantes identificáveis* - Os fatores desencadeantes foram identificados com maior frequência nos pacientes com MT (n=30; 76,9%) do que nos outros dois grupos: CTTC (n=6) e CDPIS (n=1). Os fatores desencadeantes mais citados pelos pacientes com MT foram os problemas emocionais (n=25; 64,1%), seguidos pelos estímulos olfativos (n=20; 51,2%), estímulos visuais (n=19; 48,7%), privação do sono (n=16; 41%) e jejum (n=12; 30,7%).

*Agravamento da cefaléia no período menstrual* - Nesta casuística, mais da metade das mulheres com MT (n=21; 55,2%) apresentou agravamento da cefaléia no período menstrual, enquanto nos demais grupos de CCD, este não foi um achado importante (CTTC, n=1 e CDPIS, n=0).

*Fenômenos premonitórios* - Fenômenos premonitórios foram observados em quatro pacientes (10,2%) com MT. Os sintomas foram: irritabilidade (n=2; 5,1%); anorexia (n=1; 2,56%) e dificuldade de raciocínio (n=1; 2,56%).

*Fenômenos acompanhantes* - Fenômenos acompanhantes da cefaléia estiveram presentes em maior número no grupo com MT (n=36; 92,3%). Os sintomas relatados foram: fonofobia (n=32; 82%), fotofobia (n=30; 77%), náuseas (n=20; 51,2%) e vômitos (n=4; 10,2%). No grupo com CTTC, sete pacientes apresentavam fenômenos acompanhantes, sendo: fotofobia (n=4); fonofobia (n=3) e náuseas leves (n=2). Um dos pacientes com CDPIS apresentava, durante a cefaléia, turvação visual.

*Fenômenos pós-críticos* - Fenômenos pós-críticos foram observados somente nos pacientes com MT (n=16; 41%). Foram relatados: palidez (25,6%), sonolência (20,5%), diarreia (17,9%) e euforia (5,1%).

**Quadro 2. CTTC - Critérios propostos por Silberstein e col.<sup>8</sup>****2.2 CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL CRÔNICA (CTTC)**

- A. Média da frequência de cefaléia  $\geq 15$  dias / mês (180 dias / ano) com média de duração de  $\geq 4$  horas / dia (se não tratada) por  $\geq 6$  meses preenchendo os critérios B - D relacionados abaixo.
- B. No mínimo duas das seguintes características da dor :
1. Qualidade de pressão / peso.
  2. Intensidade leve ou moderada (pode dificultar mas não impedir atividades).
  3. Localização bilateral.
  4. Não agrava com o ato de subir escadas ou com atividades físicas rotineiras similares.
- C. História de cefaléia do tipo tensional episódica no passado.
- D. História de cefaléias evolutivas com aumento gradual na frequência por, no mínimo, um período de 3 meses.
- E. Ambos dos seguintes:
1. Sem vômitos.
  2. Não mais que um dos seguintes : náusea, fotofobia ou fonofobia.
- F. No mínimo um dos seguintes:
1. Não haver suspeita de nenhuma das patologias relacionadas no grupo 5 - 11.
  2. Tal patologia é suspeitada, mas é excluída por investigações apropriadas.
  3. Tal patologia está presente, mas a primeira crise de cefaléia não ocorre em relação temporal íntima com essa patologia.

**2.2.0.1 CTTC com uso excessivo de MS.**

- A. Preencher os critérios de 2.2
- B. No mínimo um dos seguintes por, no mínimo, um mês :
1. Uso de analgésicos simples ( $> 1000$ mg AAS / acetaminofeno)  $> 5$  dias / semana.
  2. Uso de combinações analgésicas ( $> 3$  comprimidos / dia)  $> 3$  dias / semana.
  3. Uso de narcóticos ( $> 1$  comprimido / dia)  $> 2$  dias / semana.
  4. Uso de ergotamina (1mg VO ou 0,5mg VR)  $> 2$  dias / semana.

**2.2.0.2 CTTC sem uso excessivo de MS**

- A. Preencher os critérios de 2.2.
- B. Não satisfazer os critérios de 2.2.0.1.

**Fatores de agravamento** - Nesta amostra, 36 pacientes com MT (92,3%) reconheceram fatores agravantes da cefaléia, sendo o esforço físico o principal deles, citado por 30 (76,9%), seguido por movimentos de abaixar a cabeça (n=10; 25,6%) e de se deitar (n=3; 7,7%). Estímulos luminosos, sonoros e olfativos intensos foram relatados por três pacientes (7,7%). Nos pacientes com CTTC e CDPIS esses fatores não foram encontrados.

**História familiar de cefaléia** - História de familiares de primeiro grau sofreadores de cefaléia recorrente foi obtida com maior frequência nos pacientes com MT (n=25; 64,1%) e bem menor nos outros dois grupos (CTTC n=2 e CDPIS n=0).

**Fatores envolvidos na transformação para CCD**

**Hipertensão arterial sistêmica (HAS)** - A HAS foi constatada em quatro pacientes (10,2%) no grupo com MT, em um paciente, com CTTC, e em nenhum dos pacientes com CDPIS.

**Uso de hormônios sexuais** - Das 38 mulheres com MT, somente quatro (10,5%) afirmaram o uso de anticoncepcionais e, destas, apenas uma (2,6%) correlacionou o início do uso com aumento da intensidade da cefaléia pré-existente, obtendo alívio parcial após a sua interrupção. Das nove mulheres com CTTC, duas usavam anticoncepcional, sem alteração no padrão da cefaléia. A única mulher com CDPIS não fazia uso de anovulatórios.

**Uso excessivo de medicações sintomáticas (MS)** - O uso excessivo de (MS) foi comum nos pacientes com CCD (n=34; 65,4%), sendo mais frequente no grupo com MT (n=30; 77%) do que nos outros dois grupos (CTTC, n=3; CDPIS, n=1). A média diária do consumo de comprimidos variou de 3,6 a 4,4 e a média semanal variou de 18,4 a 27,6. As MS utilizadas, por ocasião da consulta inicial, foram: combinações analgésicas, sem derivados ergóticos (n=24; 46%); analgésicos simples (n=17; 32,7%) e combinações analgésicas, com derivados ergóticos (n=14; 27%).

**Quadro 3. CDPIS - Critérios propostos por Silberstein e col.<sup>8</sup>****4.7 CEFALÉIA DIÁRIA PERSISTENTE DE INÍCIO SÚBITO (CDPIS)**

- A. Média de frequência da cefaléia  $\geq 15$  dias / mês por  $> 1$  mês.
- B. Média de duração da cefaléia de 4 horas / dia (se não tratada). Frequentemente constante sem medicação, mas que pode variar.
- C. Sem história de cefaléia do tipo tensional ou migrânea com aumento na frequência e diminuição na intensidade em associação com o início de CDPIS ( $> 3$  meses).
- D. Início agudo (desenvolvendo-se em  $< 3$  dias) de cefaléia constante irremittente.
- E. A cefaléia é constante na localização? (precisa ser analisado).
- F. No mínimo um dos seguintes:
  1. Não há suspeita de uma das patologias relacionadas no grupo 5 - 11.
  2. Tal patologia é suspeitada, mas é afastada por investigações apropriadas.
  3. Tal patologia está presente, mas a primeira crise de cefaléia não ocorre em relação temporal íntima com essa patologia.

**4.7.1 CDPIS com uso excessivo de MS.**

- A. Preencher os critérios de 4.7
- B. No mínimo um dos seguintes por, no mínimo, 1 mês :
  1. Uso de analgésicos simples ( $> 1000$  mg AAS / acetaminofeno)  $> 5$  dias / semana
  2. Uso de combinações analgésicas ( $> 3$  comprimidos / dia)  $> 3$  dias / semana
  3. Uso de narcóticos ( $> 1$  comprimido / dia)  $> 2$  dias / semana
  4. Uso de ergotamina (1 mg VO ou 0.5 mg VR)  $> 2$  dias / semana

**4.7.2 CDPIS sem uso excessivo de MS.**

- A. Preencher os critérios de 4.7
- B. Não satisfazer os critérios de 4.7.1B

Quanto ao padrão de consumo dessas medicações, 47% (n=16) dos pacientes utilizavam um só tipo, 41,2% dois tipos e 11,8% usavam três ou mais tipos. Todos esses pacientes relataram o uso dessas medicações por períodos longos, sempre maior que um mês, frequentemente mais de um ano, e cujo início, geralmente, coincidia com o começo da CCD.

***Tratamento proposto***

A análise dos resultados obtidos mostrou que dos 52 pacientes com CCD, 34 (65,4%) utilizavam de modo excessivo MS. Desses, 26 (76,5%) interromperam totalmente o uso destas, e oito (23,5%) não o fizeram.

Dos 43 pacientes (82,7%) que apresentaram resposta satisfatória ao tratamento proposto, 39 deles não estavam utilizando MS e quatro permaneciam em uso destas. Desses 43 pacientes, 21 melhoraram somente com a amitriptilina em doses entre 12,5 mg a 50 mg/dia e os outros 27, com a associação de amitriptilina e propranolol, comumente com doses de 50 - 75 mg/dia e 80 - 120 mg/dia, respectivamente.

Dos cinco pacientes (9,6%) com resposta insatisfatória, três deles faziam uso excessivo de MS e dois não. Quatro pacientes (7,7%) não foram avaliados, por abandono do estudo.

***Avaliação do tratamento por grupos***

MT - Dos 39 pacientes com MT, 12 (30,8%) obtiveram resposta satisfatória apenas com a amitriptilina e 20 (51,3%) com a associação de amitriptilina e propranolol, sendo quatro (10,2%) considerados intratáveis por esse esquema. Três (7,7%) abandonaram o estudo.

CTTC - Dos 11 pacientes com CTTC, nove (81,9%) obtiveram resposta satisfatória apenas com a amitriptilina e dois (18,1%), com a associação de amitriptilina e propranolol.

CDPIS - Dos dois pacientes com CDPIS, um abandonou o tratamento e o outro foi considerado intratável por esse esquema terapêutico.

## DISCUSSÃO

Na presente amostra, a análise das principais características clínicas, permitiu o diagnóstico de três modalidades diagnósticas da CCD, sendo o primeiro maior grupo da CCD, a MT (n=39; 75%), seguido da CTTC (n=11; 21,1%) e da CDPIS (n=2; 3,9%). Nossos achados estão de acordo com os de diversos autores<sup>6,11,15,16</sup> no que se refere a MT constituir o maior grupo das CCD.

O grupo de pacientes com MT tem história prévia de migrânea episódica, que com o passar do tempo se transforma em CCD. Esses pacientes continuam a apresentar, na maioria das vezes, mesmo que atenuadas, características clínicas particulares da migrânea, o que parece enfatizar o acerto do termo *migrânea transformada*, utilizado inicialmente por Mathew<sup>11</sup>, salientando a importância do reconhecimento desse grupo de migranosos que, de outro modo, seriam classificados como do grupo *cefaléia tensional*.

A CTTC constitui o segundo maior grupo das CCD<sup>11</sup>. Algumas vezes, a cefaléia do tipo tensional episódica evolui para a forma crônica, mas, outras vezes, o quadro é contínuo desde o seu início<sup>9,17</sup>. Mathew<sup>9,18</sup> considera que as diferenças essenciais entre esse tipo de cefaléia e a migrânea são a ausência de história prévia de migrânea episódica e a ausência de exacerbações bem definidas com características migranosas.

A CDPIS é o menor grupo das CCD. Essa cefaléia tem início abrupto e continua numa frequência diária. Em geral, é mal definida, difusa, podendo combinar características da migrânea e da CTTC. Esses pacientes não têm história prévia de CTTC ou de migrânea. Talvez ela seja relacionada a uma síndrome viral<sup>9,19</sup>.

Com base nesses achados, os autores apoiam a proposta de inclusão dessas novas modalidades na classificação da Sociedade Internacional de Cefaléias, bem como a modificação dos atuais critérios para CTTC e a modificação dos atuais critérios para uso excessivo de MS, conforme postulam Silberstein e col.<sup>8</sup>. No entanto, de acordo com a classificação de Silberstein e col.<sup>8</sup>, o tempo mínimo de duração da cefaléia com caráter diário ou quase diário para o diagnóstico de MT e CDPIS é de um mês. Levando-se em conta que a totalidade tanto dos pacientes da presente amostra quanto da literatura, apresentou períodos de duração da cefaléia superiores a um mês, talvez seja adequado aumentar esse período objetivando maior acurácia diagnóstica.

A CCD pode decorrer de uma evolução natural a partir da cefaléia episódica de origem ou, como na maioria das vezes, ser perpetuada pelo uso excessivo de MS<sup>9</sup>. O uso excessivo de MS dentre os pacientes com CCD foi frequente nesta pesquisa (n=34; 65,4%), sendo maior no grupo com MT (n=30; 77%) do que nos grupos com CTTC (n=3) e CDPIS súbito (n=1). Este fator foi considerado importante na cronificação das cefaléias.

O esquema de tratamento utilizado revelou-se eficaz na diminuição da frequência da CCD e os efeitos benéficos revelaram-se duradouros, persistindo mesmo após seis meses do início do acompanhamento.

Os pacientes desta pesquisa que abandonaram o uso das MS responderam melhor ao tratamento, enquanto que para os pacientes que continuaram a consumi-las, a resposta ao tratamento foi menor. A associação entre o uso excessivo de MS e a menor responsividade ao tratamento observada nesses pacientes foi estatisticamente significativa ( $\chi^2=87,2\%$ ;  $P<0,05$ ). A interrupção das MS foi um fator importante para a resposta à terapêutica instituída, o que está de acordo com o que se afirmava a literatura<sup>12,13,18</sup>.

Observou-se que a maioria dos pacientes com MT obteve resposta satisfatória com a associação das duas medicações (amitriptilina e propranolol). No entanto, a maioria dos pacientes com CTTC respondeu satisfatoriamente ao uso isolado de amitriptilina. Este fato reforça a idéia de se começar as medicações profiláticas separadamente para os pacientes com CTTC.

Quanto às características clínicas da CCD e a distribuição das modalidades diagnósticas da CCD, os achados do presente estudo são em grande parte semelhantes aos encontrados na literatura, enfatizando o reconhecimento da CCD e seus subtipos.

## REFERÊNCIAS

1. Silberstein SD, Lipton RB. Tension headaches: a treatable enigma. Meeting of the European Neurological Society, 5. Munich, June, 1995. Course Headache in adults:13-40.
2. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. Headache 1982;22:66-68.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.
4. Mathew NT. Transformed migraine. Cephalalgia 1993;13 (Suppl 12):78-83.
5. Manzoni GC, Granella F, Sandrini G, Cavallini A, Zanferrari C, Nappi G. Classification of chronic daily headache by International Headache Society Criteria: limits and new proposals. Cephalalgia 1995;15:7-43.
6. Sandrini G, Manzoni GC, Zanferrari C, Nappi G. An epidemiological approach to the nosography of chronic daily headache. Cephalalgia 1993;13 (Suppl 12):72-77.
7. Pfaffenrath V, Isler H, Ekblom K. Chronic daily headache. Cephalalgia 1993;13 (Suppl 12):66-67.
8. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. Headache 1994;34:1-7.
9. Mathew NT. Chronic refractory headache. Neurology 1993;43 (Suppl 3):26-33.
10. Lipton RB & Silberstein SD. The neurologist's nightmare - Chronic daily headaches. Meeting of the European Neurological Society, 5., Munich, June, 1995. Course: Headaches in adults:41-50.
11. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. Headache 1987;27:102-106.
12. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache, clinical features and management. Headache 1990;30:634-638.
13. Rapoport AM. Analgesic rebound headache. Headache 1988;28:662-665.
14. Rapoport AM. Chronic headaches: clinical spectrum, comorbidity and quality of life issues. Annual Meeting of Neurology, 48. San Francisco, march, 1996. Course Headache in adults: advances and challenges: 61-76.
15. Granella F, Farina S, Malferrari G, Manzoni GC. Drug abuse in chronic headache: a clinico-epidemiologic study. Cephalalgia 1987;7:15-19.
16. Silberstein SD, Silberstein JR. Chronic daily headache: long-term prognosis following inpatient treatment with repetitive IV DHE. Headache 1992;32:439-445.
17. Silberstein SD. Tension - type headaches. Headache 1994;34:S2-S7.
18. Mathew NT. Chronic daily headache. News in headache 1992;2.4:3-5.
19. Vanast WJ. Autoimmune factors in chronic benign headache: the role of lymphocytic thyroiditis. Headache 1986;26:317.