

CEFALÉIA CRÔNICA DIÁRIA PRIMÁRIA

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

ABOUCH V. KRYMCHANTOWSKI, PEDRO F. MOREIRA FILHO***

RESUMO - As cefaléias crônicas diárias (CCD) representam um grupo de cefaléias com frequência diária ou quase diária, por mais de 6 meses. Embora de ocorrência comum, não é bem definida levando a controvérsias quanto a sua identificação, nomenclatura e abordagem. Foram estudados retrospectivamente 300 pacientes (232 mulheres e 68 homens), com idades entre 16 e 86 anos (média de 38 para as mulheres e 42 para os homens) de um centro especializado em cefaléias, que preencheram os critérios propostos por Silberstein e col.^{1,2} para as CCD primárias e apresentavam cefaléia 28 dias por mês. Os aspectos clínicos permitiram os diagnósticos das cefaléias primárias, antes da evolução para CCD como: migrânea transformada (MT) em 271 pacientes (90,3%), cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC) em 26 pacientes (8,7%) e cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS) em 3 pacientes (1%). Entre os pacientes com MT, cefaléia fronto-temporal bilateral em peso ou pressão moderada, com duração não contínua e reinício leve e progressivo foi o mais observado. A dor era associada a náusea em aproximadamente 60% dos pacientes e a fonofobia em 32%. Fotofobia, associação com distúrbios do sono e a ocorrência de crises intermitentes, variaram entre homens e mulheres. Entre os pacientes com CTTC, predominou dor fronto-temporal em peso ou pressão moderada, não contínua e sem sintomas associados, porém com distúrbios do sono na maioria dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: cefaléia crônica diária, migrânea transformada, apresentação clínica.

Chronic daily headache: clinical presentation

ABSTRACT - Chronic daily headache (CDH) represents a group of any headache disorder that occurs on a daily or near daily basis, for longer than 6 months. Even though it is a common problem, it is not a well defined disorder, resulting in controversies regarding its identification, description and approach. Three hundred patients, 232 women and 68 men, ages 16 to 86 (mean 38 years old for the women and 42 for the men), attending a headache center and fulfilling the proposed criteria for CDH (Silberstein et al.) and presenting headache 28 days per month were retrospectively studied. The clinical features allowed the primary headache diagnosis, before the transformation into daily presentation as: transformed migraine (TM) in 271 patients (90,3%), chronic tension-type headache (CTTH) in 26 patients (8,7%) and new daily persistent headache (NDPH) in 3 patients (1%). Among the TM patients, the most observed presentation was pressure or tightening, bilateral fronto-temporal, moderate non-continuous headache, with a progressive onset. The association with nausea and phonophobia was demonstrated in 60% and 32% of the patients respectively. The association with photophobia and sleep disturbances, as well as the occurrence of intermittent headache attacks, was different among male and female patients. With regard to the CTTH patients, pressure or tightening, bilateral fronto-temporal, moderate non-continuous headache, with sleep disturbances and no associated symptoms, was the predominant presentation.

KEY WORDS: chronic daily headache, transformed migraine, clinical presentation.

Cefaléia crônica diária (CCD) primária é conceituada como um grupo abrangente de cefaléias não paroxísticas, que incluem as cefaléias associadas a consumo excessivo de medicações

*Centro de Avaliação e Tratamento da Dor de Cabeça do Rio de Janeiro e Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal de Rio de Janeiro; **Setor de Cefaléias do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Aceite: 13-março-2000.

sintomáticas, e se manifestam de forma diária ou quase diária, durando mais de 4 horas por dia e persistindo por períodos superiores a 6 meses ou 1 ano^{1,4}. As estimativas de sua prevalência na população geral variam de 0,5 a 6%^{4,5} e acometem número significativo de pacientes que procuram tratamento médico especializado, em clínicas cefalítricas⁶. Em vários estudos epidemiológicos realizados em populações de clínicas neurológicas e cefalítricas, sua incidência variou de 32,8%⁷ a 75%⁸. Autores como Mathew⁶ estimam que a CCD representa 40% do total de visitas a clínicas neurológicas. Em estudos populacionais a sua incidência variou significativamente. Newman e col.⁵ avaliaram amostra de 20468 indivíduos, representativa da população americana, e encontraram 100 deles com CCD (0,5%). Em outros estudos, alguns dos quais procurando já subdividir a CCD em categorias como cefaléia tipo terminal crônica (CTTC) e migrânea transformada (MT), a incidência variou de 0,1%⁹ a 3%¹⁰. Silberstein¹¹ estima que a CCD acometa 2% da população geral e Spierings e col.⁴ citam estudo populacional realizado na Holanda, no qual 6% da população com idade superior a 20 anos, apresenta cefaléia diária. Castillo e col.¹² demonstraram a incidência de CCD em 4,7% de amostra populacional, com predomínio do sexo feminino (8,7%) sobre o masculino (1%). Embora frequentes, o interesse em seu estudo sistemático é mais recente¹³, e a inexistência de critérios diagnósticos claros e bem definidos, tem promovido controvérsias e discussões quanto a sua presença na atual classificação de cefaléias^{4,14}. Embora grande parte dos pacientes com CCD apresentem migrânea transformada (MT) e outros tipos de cefaléia como a cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS) e a hemicrânia contínua (HC), a atual classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC)¹⁴, considera que todos os pacientes com CCD sejam portadores de cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC), o que não corresponde à realidade^{1,2}. Em função disto, novas propostas de classificação para esse tipo de cefaléia têm sido apresentadas ao longo das últimas duas décadas^{1,2,15-17}.

Do ponto de vista clínico, muitos pacientes com CCD apresentavam no passado, migrânea episódica ou cefaléias do tipo tensional episódica ou crônica. Ao longo de suas vidas, foram perdendo ou modificando as características específicas e marcantes destas cefaléias e passando a apresentar cefaléia diária ou quase diária, com aspectos clínicos das migrêneas e das cefaléias do tipo tensional simultaneamente¹⁸. No entanto, em um grupo de pacientes com CCD as crises se iniciam de forma súbita, sem que haja história anterior de cefaléia, desenvolvendo-se ao longo de um a três dias. Mesmo assumindo um padrão crônico e diário, o paciente recorda-se da data exata em que a dor iniciou^{19,20}. Os pacientes com CCD e história de migrânea prévia, tipicamente, iniciam a sua cefaléia nas segunda e terceira décadas de vida. Em torno dos 30 a 40 anos, a cefaléia tornou-se progressivamente mais frequente passando a ocorrer diária ou quase diariamente. As características migranosas de náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia e osmofobia, tornam-se menos exuberantes ou mesmo ausentes, e as características de cefaléia do tipo tensional mais frequentes. As mudanças no padrão biológico das crises de migrânea podem inicialmente produzir o desaparecimento da aura visual, para posteriormente transformar estas crises em dor crônica diária^{1,18,21}.

Outras características de migrânea podem persistir, incluindo agravamento da cefaléia no período menstrual, fatores deflagradores identificáveis e cefaléia unilateral. Nestes pacientes, a história familiar para migrânea está geralmente presente e muitas vezes os pacientes apresentam sobrepostas à cefaléia diária, de intensidade mais leve, crises típicas intermitentes de migrânea. Os portadores de cefaléia do tipo tensional por sua vez, podem passar a apresentar características das migrêneas em alguns de seus episódios dolorosos de ocorrência diária^{18,20}.

O objetivo deste estudo é descrever a apresentação clínica de pacientes, em atendimento em um centro especializado em cefaléias, que preencheram os critérios diagnósticos propostos^{1,2} para CCD primária, e evidenciar os diagnósticos primários das cefaléias antes de terem se tornado diárias.

MÉTODO

Em uma clínica especializada em cefaléias foram estudados retrospectivamente 300 pacientes, 232 do gênero feminino e 68 do masculino, com variação etária de 16 a 86 anos, que preencheram os critérios diagnósticos propostos^{1,2} para CCD e apresentavam cefaléia em pelo menos 28 dias do mês, há pelo menos 6 meses. Foram incluídos apenas pacientes com CCD primária e pertencentes às categorias MT, CTTC e CPDIS. Todos os pacientes

foram avaliados e examinados pelo primeiro autor, em consultas com duração média de 1 hora, que preencheu os protocolos com os dados obtidos pela realização de anamnese e exame físico detalhados. Além disso, os pacientes responderam a um questionário com dados sobre a história evolutiva da dor, suas características, fatores envolvidos no agravamento ou melhora e hábitos de consumo de medicamentos sintomáticos.

Os protocolos foram divididos em: 1-Identificação e dados pessoais; 2-início da cefaléia; 3-aumento de frequência e/ou intensidade ou mudança de características; 4-características de apresentação da cefaléia atual; 5-características de apresentação da cefaléia antes de tornar-se diária; 6-fatores deflagradores ou precipitadores; 7-perfil de procura médica anterior; 8-medicamentos usados no passado; 9-medicamentos usados atualmente com caracterização da quantidade e tempo de uso; 10-história patológica progressiva; 11-história familiar, inclusive de cefaléia; 12-história social com hábitos de tabagismo, etilismo e consumo de drogas; 13-exame físico e neurológico completos; 14-exames complementares trazidos e solicitados e 15-tratamento e evolução.

Nos itens obtidos em cada divisão do protocolo e especificamente com relação às características da cefaléia e sua relação com o cotidiano, os pacientes foram avaliados quanto a: 1-Idade, no início da cefaléia episódica; 2-duração antes da CCD; 3-observação ou não de aumento progressivo da frequência e/ou intensidade, além de mudanças de características da cefaléia antes de tornar-se diária; 4-idade, no início da CCD; 5-duração da CCD; 6-presença ou ausência de aura; 7-qualidade(s) habitual(ais) da dor diária; 8-localização(ões) habitual(ais) da dor diária; 9-variações na localização ou, no caso das hemicranias, a ocorrência ou não de alternância de lado; 10-frequência (dias com dor); 11-duração da dor diária; 12-intensidade habitual, podendo ser caracterizada como leve, moderada ou intensa, de acordo com o níveis de comprometimento da capacidade funcional: (a) leve, quando o paciente fosse capaz de trabalhar ou exercer suas atividades normalmente; (b) moderada, quando a capacidade para trabalhar fosse prejudicada e (c) intensa, quando houvesse importante limitação da capacidade de trabalho ou da realização de atividades rotineiras ou necessidade de repouso.

Foram avaliados ainda: 13-duração das crises intermitentes quando ocorressem; 14-frequência de crises intermitentes; 15-características clínicas das crises intermitentes; 16-horário mais frequentes; 17-despertar devido à dor durante a noite; 18-despertar já com a dor pela manhã; 19-integridade do sono e presença habitual de insônia e sono interrompido; 20-presença habitual de depressão, angústia e ansiedade segundo julgamento dos próprios pacientes; 21-fatores desencadeantes ou deflagradores da dor diária e de crises intermitentes; 22-relação com a menstruação; 23-fenômenos ou sintomas premonitórios ou prodrômicos; 24-fenômenos ou sintomas acompanhantes ou associados a dor diária e/ou às crises; 25-fenômenos ou sintomas pósdrômicos; 26-fatores de agravamento da dor diária e/ou das crises e 27-história familiar de cefaléia.

O exame neurológico normal foi critério para inclusão no presente estudo. Não foram programados exames complementares neste estudo; entretanto, foram anotados os exames trazidos pelos pacientes, geralmente realizados para excluir causas estruturais ou secundárias de cefaléia.

Os dados obtidos no presente estudo foram submetidos à análise estatística utilizando-se: a. tabelas de apresentação; b. distribuição de frequências; c. médias aritméticas, medianas, desvios-padrão e percentuais.

RESULTADOS

1. Características da amostra

Trezentos pacientes preencheram os critérios adotados para CCD primárias^{1,2}, sendo 232 femininos (77,3%) e 68 masculinos (22,7%). Na primeira consulta, a idade dos pacientes femininos variou de 16 a 83 anos, com média de 38 anos, mediana 37 e desvio padrão 13,5; nos masculinos, a idade por ocasião da primeira consulta variou de 16 a 86 anos, com média de 42 anos, mediana 42,5 e desvio padrão de 13 (Tabela 1). Com relação à distribuição por categorias diagnósticas das CCD primárias, 271 pacientes (90,4%) apresentavam MT, 26 (8,6%) CTTC e 3 (1%), CPDIS (Tabela 1).

2. Características clínicas da cefaléia

2.1. Pacientes com migrânea transformada (MT)

Quanto à localização habitual da dor, os pacientes com MT referiram: fronto-temporal bilateral (51,8% dos homens e 54,3% das mulheres); holocraniana (20,3% dos homens e 28,5% das mulheres); hemicraniana com alternância de lado (12% dos homens e 5,5% das mulheres) e fronto-temporal unilateral com alternância de lado (14,8% dos homens e 11,5% das mulheres) (Tabela 2).

Quanto à intensidade habitual da dor, estes pacientes informaram: leve (37% dos homens e 25,3% das mulheres); moderada (40,7% dos homens e 53% das mulheres) e moderada a intensa ou intensa (22% dos homens e 21,6% das mulheres) (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes por gênero, idade e categorias diagnósticas de CCD (n=300).

	Número e percentual	Idade média e DP por ocasião da primeira consulta (em anos)	Mediana	Varição (em anos)
Mulheres	232 (77,3%)	38 +/- 13,5	37	16 a 83
Homens	68 (22,7%)	42 +/- 13	42,5	16 a 86

	Migrânea transformada (MT)	Cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC)	Cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS)
feminino	217 (72,3%)	15 (5%)	—
masculino	54 (18%)	11 (3,6%)	3 (1%)

Quanto à qualidade habitual da dor, os pacientes relataram: em peso ou pressão (59,2% dos homens e 72,8% das mulheres); pulsátil ou latejante (31,5% dos homens e 20,2% das mulheres); em peso ou pressão associada a pulsátil (5,5% dos homens e 3,7% das mulheres) e em queimação (3,7% dos homens e 3,2% das mulheres). É importante ressaltar que, embora questionados tanto durante a anamnese quanto em resposta ao questionário preenchido, nenhum paciente deste grupo apontou as qualidades em pontada, fisgadas e repuxamento (Tabela 2).

Quanto ao início habitual da dor diária nos pacientes com MT que não apresentavam dor contínua (considerando-se dor contínua neste estudo, a inexistência de períodos sem dor superiores a uma hora durante as 24 horas), os pacientes reportaram: início leve e progressiva (75,9% dos homens e 71,4% das mulheres) e início sem progressão de intensidade (24,1% dos homens e 28,6% das mulheres) (Tabela 2).

Quanto à duração da dor, foi observado: contínua (25,9% dos homens e 21,7% das mulheres); até quatro horas (considerando a possibilidade do consumo de medicações sintomáticas) (18,5% dos homens e 9,7% das mulheres); de 48 horas (22,3% dos homens e 38,3% das mulheres) e acima de 8 horas (33,4% dos homens e 24% das mulheres). Destaca-se aqui a existência de 14 pacientes (6,5%) femininos que não definiram a duração de sua dor diária (Tabela 2).

Sintomas associados à cefaléia, relatados por pacientes masculinos e femininos respectivamente e relacionados com MT foram: náusea (57,4% e 61,7%), vômitos (11,1% e 8,7%), fotofobia (29,6% e 44,2%), fonofobia (33% e 32,3%) e osmofobia (20,4% e 22,6%) (Tabela 2). A relação da dor com o sono foi referida de duas formas: presente pela manhã ao acordar (20,3% dos homens e 17,5% das mulheres) e acordando o paciente durante a noite (não tendo sido questionado o período da madrugada em que este fato ocorria), (14,8% dos homens e 69,5% das mulheres) (Tabela 3). A existência de distúrbios do sono, considerada nos pacientes quando da presença de insônia e/ou sono interrompido, ocorreu em 42 pacientes masculinos (77,7%) e em 108 dos femininos (49,8%) pertencentes ao grupo da MT.

Quanto à presença de crises de exacerbação intermitentes, sobrepostas à cefaléia diária, foi observado: presentes (81,5% dos pacientes e 95,4% das pacientes) (Tabela 4).

As características clínicas das crises intermitentes foram: semelhantes à dor diária porém apresentando-se mais intensas e com sintomas associados mais exacerbados (29,6% nos homens e 34,7% nas mulheres), diferentes da dor diária passando a latejantes/pulsáteis e mais intensas (63,6% e 23,2%), diferentes da dor diária passando a unilaterais e com sintomas associados (6,8% e 17,4%), diferentes da dor diária passando a latejantes/pulsáteis e unilaterais com sintomas associados (9,7% das pacientes do sexo feminino) e de apresentação clínica indefinida (14,5% das pacientes do sexo feminino) (Tabela 4).

A frequência das crises intermitentes de cefaléia entre os pacientes, variou de menos de uma vez por mês a três vezes por semana, e sua duração de menos de 6 a mais de 72 horas (Tabela 4). Quanto aos fatores desencadeantes das crises intermitentes, foram observados: menstruação (61,8%), álcool (15,9% pacientes masculinos e 11,1% femininos), chocolate (6,8% e 13%), fadiga (22,7% e 31,4%), dormir por mais horas que o habitual (13,6% e 18,4%), privação de sono (52,3% e 46,4%), perda ou atraso de refeição (41% e 48,3%) e situações estressantes (73% e 79,2%). Deve ser ressaltado que 39 pacientes (88,6%) masculinos e 186 (89,8%) femininos apresentavam mais de um fator desencadeante das crises intermitentes.

Tabela 2. Distribuição de frequências e porcentagens quanto às características clínicas e sintomas associados em pacientes com migrânea transformada (MT).

Discriminação	Homens (n=54)		Mulheres (n=217)	
	Frequência	%	Frequência	%
Localização da dor				
Fronto-temporal bilateral	28	51,8	118	54,3
Holocraniana	11	20,3	62	28,5
Hemicraniana D ou E	7	12,0	12	5,5
Frontotemporal unilateral D ou E	8	14,8	25	11,5
Intensidade da dor				
Leve	20	37,0	55	25,3
Moderada	22	40,7	115	53,0
Moderada a intensa/intensa	12	22,0	47	21,6
Tipos de dor				
Peso / pressão	32	59,2	158	72,8
Latejante / pulsável	17	31,5	44	20,2
Peso / pressão + pulsável	3	5,5	8	3,7
Queimação	2	3,7	7	3,2
Início leve e progressivo				
Sim	41	75,9	155	71,4
Não	13	24,1	62	28,6
Duração da dor diária				
Contínua	14	25,9	47	21,7
1 - 4h	10	18,5	21	9,7
4 - 8h	12	22,3	83	38,3
> 8h	18	33,4	52	24
indefinido	-	-	14	6,5
Sintomas associados				
Náusea				
Sim	31	57,4	134	61,7
Não	23	42,6	83	38,3
Vômitos				
Sim	6	11,1	19	8,7
Não	48	88,9	198	91,3
Fotofobia				
Sim	16	29,6	96	44,2
Não	38	70,4	121	55,8
Fonofobia				
Sim	18	33,0	70	32,3
Não	36	67,0	147	67,7
Osmofobia				
Sim	11	20,4	49	22,6
Não	43	79,6	168	77,4

Quanto ao consumo de medicações sintomáticas (MS), 47 (87%) pacientes masculinos e 182 (83,8%) femininos preencheram os critérios de consumo excessivo de MS propostos por Silberstein e col.¹ (Tabela 5). Entre os homens, 32 pacientes (68%) faziam uso de mais de um tipo de MS enquanto entre as mulheres, 167 pacientes (91,7%) consumiam mais de um tipo de MS (Tabela 5).

2.2. Pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC)

Na categoria de pacientes com CTTC, quanto à localização habitual da dor, um paciente masculino e três femininos referiram dor em vértex e nuca, dois pacientes masculinos e dois femininos holocraniana, 8 pacientes masculinos e 8 femininos fronto-temporal bilateral, uma paciente hemicraniana com alternância de lado e uma paciente fronto-temporal unilateral com alternância de lado (Tabela 6).

Tabela 3. Distribuição de freqüências e porcentagens quanto à características da dor relacionadas ao sono e associação com distúrbios do sono e emocionais em pacientes com MT.

Discriminação	Homens (n=54)		Mulheres (n=217)	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Já acorda pela manhã com a dor				
Sim	11	20,3	38	17,5
Não	43	79,6	177	81,5
Acorda à noite pela dor				
Sim	8	14,8	151	69,5
Não	46	85,2	66	30,4
Há distúrbios do sono (insônia e/ou sono interrompido)				
Sim	42	77,7	108	49,8
Não	12	22,3	109	50,2

Tabela 4. Distribuição de freqüências e porcentagens quanto à presença de crises intermitentes, suas características clínicas e freqüência e duração, em pacientes com mt.

Discriminação	Homens (n=54)		Mulheres (n=217)	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Presença de crises intermitentes				
Sim	44	81,5	207	95,4
Não	10	18,5	10	4,6
Discriminação	Homens (n=44)		Mulheres (n=207)	
Apresentação clínica				
A. Semelhantes à dor diária porém ficam mais intensas e c/ sintomas associados mais exacerbados	13	29,6	72	34,7
B. Diferentes da dor diária passando a latejantes/pulsáteis e mais intensas	28	63,6	48	23,2
C. Diferentes da dor diária passando a unilaterais e com sintomas associados	3	6,8	36	17,4
D. Diferentes da dor diária passando a latejantes/pulsáteis e unilaterais com sintomas associados	-	-	21	10,2
E. Indefinidas	-	-	30	14,5
Freqüência das crises intermitentes				
Menos de 1 x por mês	-	-	2	0,9
1 x por mês	6	13,7	58	28
2 x por mês	15	34	83	40,1
3 x por mês	10	22,7	15	7,2
4 x por mês	9	20,5	32	15,5
5 x por mês	3	6,8	1	0,5
2 x por semana	-	-	8	3,8
3 x por semana	1	2,3	8	3,8
Duração das crises intermitentes				
1 a 6 h	6	13,6	15	7,2
6 a 12 h	20	45,4	22	10,6
12 a 24 h	8	18,2	77	37,1
24 a 48 h	5	11,4	13	6,2
48 a 72 h	5	11,4	68	32,9
> 72 h	-	-	12	6

Tabela 5. Distribuição de frequências e porcentagens quanto ao consumo de medicações sintomáticas (ms) em pacientes com MT.

Discriminação	Homens (n=54)		Mulheres (n=217)	
	Frequência	%	Frequência	%
Consumo excessivo de MS*				
Sim	47	87	182	83,8
Não	7	13	35	16,2
Consumo de mais de um tipo de MS	n=47		n=182	
Sim	32	68	167	91,7
Não	15	32	15	8,3

*Critérios propostos por Silberstein e col.¹.

Quanto à intensidade habitual da dor, os pacientes do sexo masculino e feminino respectivamente relataram: leve em 4 e 3 pacientes, moderada em 7 e 11 pacientes e moderada a intensa ou intensa em uma paciente (Tabela 6).

Quanto à qualidade habitual da dor, os pacientes masculinos e femininos respectivamente relataram: em peso ou pressão em 10 e 11 pacientes, pulsátil ou latejante em 4 mulheres, em peso ou pressão associada a pulsátil em um homem. Ressalta-se que dores em queimação, em pontada, fisgadas e repuxamento não foram apontadas por nenhum paciente deste grupo, embora questionados tanto durante a anamnese quanto em resposta ao questionário respondido (Tabela 6).

Quanto ao início habitual da dor diária nos pacientes com CTTC, e que não apresentavam dor contínua, os pacientes reportaram: início leve e progressiva em dois pacientes masculinos e em dois femininos e início sem progressão de intensidade em 9 pacientes masculinos e 13 pacientes femininos (Tabela 6).

Quanto à duração da dor, foi observado respectivamente nos pacientes masculinos e femininos: contínua em três e dois pacientes, até quatro horas (considerando a possibilidade do consumo de medicações sintomáticas) em dois e três pacientes, de 48 horas em 6 e 6 pacientes e acima de 8 horas em quatro pacientes femininos (Tabela 6).

Quanto à presença de crises intermitentes, sobrepostas à dor diária e com ou sem características diversas, não foi observado em qualquer dos 26 pacientes pertencentes a esta categoria (Tabela 6). Sintomas associados à cefaléia, relatados pelos pacientes com CTTC foram: náusea em quatro pacientes masculinos e em um feminino, fotofobia em duas pacientes, fonofobia em um paciente masculino e três femininos (Tabela 6). A relação da dor com o sono foi referida de duas formas: presente pela manhã ao acordar em 6 pacientes femininos e acordando o paciente durante a noite (não tendo sido questionado o período da madrugada em que este fato ocorria) em um paciente de cada gênero (Tabela 7). A existência de distúrbios do sono, considerada nos pacientes quando da presença de insônia e/ou sono interrompido, ocorreu em 11 pacientes masculinos (100%) e em 11 femininos (73,4%) pertencentes ao grupo da CTTC.

Quanto ao consumo de medicações sintomáticas (MS), 6 (54,5%) pacientes masculinos e 11 (73,3%) femininos preencheram os critérios de consumo excessivo de MS propostos por Silberstein e col. ¹ (Tabela 8).

2.3. Pacientes com cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS)

Nos três pacientes com CPDIS, a localização referida da dor foi frontal bilateral em um, fronto-temporal bilateral em um e holocraniana em um. A intensidade da dor era moderada em dois pacientes e moderada a intensa em um. Quanto à qualidade da dor, dois pacientes referiram peso/pressão e um paciente peso/pressão associado a queimação (Tabela 9).

Quanto ao início da dor, o paciente que não apresentava dor contínua informou duração entre 10 e 12 horas e ausência de progressão de intensidade, permanecendo a dor com a mesma intensidade com a qual se iniciava (Tabela 9).

A relação da dor com o sono foi referida por um paciente que já acordava pela manhã com a dor. Nenhum dos três pacientes informou ser acordado pela dor durante a noite (Tabela 9). Sintomas associados à cefaléia, relatados pelos pacientes com CPDIS foram: fotofobia em um paciente e fonofobia em dois (Tabela 9). Embora um dos três pacientes desta categoria tenha referido eventuais períodos de exacerbação da intensidade da dor, que

Tabela 6. Distribuição de frequências quanto às características clínicas e sintomas associados em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica (CTTC).

Discriminação	Frequência	
	Homens (n=11)	Mulheres (n=15)
Localização da dor		
Vértex e nuca	1	3
Holocraniana	2	2
Fronto-temporal bilateral	8	8
Hemicraniana alternante D ou E	-	1
Frontotemporal unilateral D ou E	-	1
Intensidade da dor		
Leve	4	3
Moderada	7	11
Intensa / Moderada a intensa	-	1
Tipos de dor		
Peso / pressão	10	11
Pulsátil	-	4
Peso / pressão + pulsátil	1	-
Início leve e progressivo		
Sim	2	2
Não	9	13
Duração da dor diária		
Contínua	3	2
1- 4h	2	3
4 - 8h	6	6
> 8h	-	4
Há crises intermitentes		
Sim	-	-
Não	11	15
Náusea		
Sim	4	1
Não	7	14
Vômitos		
Sim	-	-
Não	11	15
Fotofobia		
Sim	-	2
Não	11	13
Fonofobia		
Sim	1	3
Não	10	12
Osmofobia		
Sim	-	-
Não	11	15

oscilava entre moderada e moderada a intensa, nenhum informou a presença de crises intermitentes (Tabela 9). A relação da dor com o sono foi referida por um paciente que já acordava pela manhã com a dor. Nenhum dos três pacientes informou ser acordado pela dor durante a noite (Tabela 10). A existência de distúrbios do sono, considerada nos pacientes quando da presença de insônia e/ou sono interrompido, ocorreu em dois dos três (Tabela 10).

Quanto ao consumo de MS, dois (66,7%) pacientes preencheram os critérios de consumo excessivo propostos por Silberstein e col.¹.

Tabela 7. Distribuição de frequências quanto à características da dor relacionadas ao sono e associação com distúrbios do sono e emocionais em pacientes com CTTC.

	Homens (n=11)	Mulheres (n=15)
Já acorda pela manhã com a dor		
Sim	-	6
Não	11	9
Acorda à noite pela dor		
Sim	1	1
Não	10	14
Há distúrbios do sono		
Sim	11	11
Não	-	4

Tabela 8. Distribuição de frequências e porcentagens quanto ao consumo de medicações sintomáticas (MS) em pacientes com CTTC.

Discriminação	Homens (n=11)		Mulheres (n=15)	
	Frequência	%	Frequência	%
Consumo excessivo de MS*				
Sim	6	54,5	11	73,3
Não	5	45,5	4	26,7

*Critérios propostos por Silberstein e col.¹.

Tabela 9. Distribuição de frequências quanto às características clínicas e sintomas associados em pacientes com cefaléia persistente diária de início súbito (CPDIS).

Discriminação	Frequência (n=3)
Localização da dor	
Frontal bilateral	1
Fronto-temporal bilateral	1
Holocraniana	1
Intensidade da dor	
Moderada	2
Moderada a intensa	1
Tipos de dor	
Pressão / peso	2
Pressão / peso + queimação	1
Início leve e progressivo	
Sim	-
Não	3
Duração da dor diária	
Contínua	2
10 - 12h	1
Fotofobia	
Sim	1
Não	2
Fonofobia	
Sim	2
Não	1
Há crises intermitentes	
Sim	-
Não	3

Tabela 10. Distribuição de frequências quanto à características da dor relacionadas ao sono e associação com distúrbios do sono e emocionais, em pacientes com CPDIS.

Já acorda pela manhã com a dor	n=3
Sim	1
Não	2
Acorda à noite pela dor	
Sim	-
Não	3
Há distúrbios do sono	n=3
Sim	2
Não	1

DISCUSSÃO

Não há critérios aceitos universalmente norteando a classificação de CCD. Tomando-se por base a atual classificação da SIC¹⁴, apenas os pacientes com CTTC poderiam ser incluídos nesta categoria diagnóstica. No entanto, utilizamos para este estudo a proposta de classificação de Silberstein¹ revisada em 1996², que criou e propôs critérios objetivando a uniformização de nomenclatura, permitindo assim a inclusão das categorias de MT e CPDIS.

Embora os critérios propostos por Silberstein e col.^{1,2} destaquem como tempo mínimo de evolução da cefaléia diária da MT e CPDIS o período de um mês, todos os pacientes incluídos neste estudo apresentavam cefaléia diária há pelo menos 6 meses, o mesmo tempo utilizado por Solomon e col.³ para incluir os pacientes de sua amostra. Esses autores também incluíram pacientes com cefaléia em pelo menos 6 dias por semana. Este fato representa discordância da definição de Spierings e col.⁴ que consideram como CCD as cefaléias ocorrendo pelo menos 5 dias por semana por um período mínimo de um ano. A amostra deste estudo inclui apenas pacientes com cefaléia em 7 dias por semana.

Com relação às categorias encontradas no grupo total de CCD, houve neste estudo predominância absoluta de pacientes com MT (90,4%), fato que se coaduna com os achados de Mathew e col.¹⁸ que encontraram 77,7%, Sandrini e col.¹⁷ que observaram 75% e Manzoni e col.¹⁶ 72%. Porém, diferencia-se da população avaliada por Castillo e col.¹², que estudaram a prevalência de CCD em amostra populacional aleatória e não em pacientes de centros especializados em cefaléia. Esses autores observaram que a prevalência populacional de MT foi de 2,4%, enquanto no grupo de pacientes com CCD foi de 50,6%, portanto bem próximo ao número de pacientes com CTTC (prevalência populacional de 2,2% e no grupo de CCD de 47,2%). Esse estudo de Castillo e col.¹² foi fundamental pois além de representar um dos primeiros estudos de prevalência de CCD e seus subgrupos na população geral, também destacou a importância em não extrapolar os números obtidos em populações de pacientes de clínicas especializadas para a população geral.

A predominância feminina na amostra (F=77,3%; M=22,7%) tem sido registrada por diversos autores, em percentual que varia entre 68% e 92,3%^{3,12,16,17}. A distribuição pelas categorias de CCD foi destacada por Mathew e col.¹⁸ que encontraram no feminino: 78,5% dos pacientes com MT; 57,2% dos pacientes com CTTC e 68,4% dos pacientes com CPDIS. No presente estudo, 80% dos pacientes da categoria MT, 57,7% dos pacientes com CTTC e nenhum dos pacientes com CPDIS pertenciam ao feminino, o que demonstra números similares, excetuando a categoria CPDIS, que apresentou um número insuficiente de pacientes, para permitir uma comparação mais conclusiva.

No grupo de pacientes com MT deste estudo, a localização da dor diária mais frequentemente observada, foi fronto-temporal bilateral tanto em homens como em mulheres (54,3% nas mulheres e 51,8% nos homens), o que se diferencia dos achados de Mathew e col.¹⁸ que observaram dor

predominantemente unilateral em 58% dos pacientes. Porém, os achados são similares aos de Solomon e col.³ que destacaram dor bifrontal em 50% e bitemporal em 33% de sua amostra, e de Spierings e col.⁴ que observaram dor bilateral em 50% e unilateral em 36% de sua série.

A intensidade da dor diária foi predominantemente leve ou moderada em mais de 70% dos pacientes, tendo sido referida como moderada a intensa ou intensa em 21,6% das mulheres e 22% dos homens. Solomon e col.³ em sua série de 100 pacientes, demonstraram dor leve ou moderada em 88% dos pacientes e intensa em 32%. Krymchantowski e col.²², em uma série de 215 pacientes, observaram dor diária moderada em 100% dos pacientes com crises intermitentes intensas em 40,5% da amostra.

Quanto ao tipo ou qualidade da dor diária, observamos que a maioria dos pacientes deste estudo apresentava dor em peso ou pressão (158 pacientes femininos, 72,8%, e 32 masculinos, 59,2%) e 20,2% das mulheres e 31,5% dos homens dor pulsátil ou latejante. Estes achados foram semelhantes aos de Solomon e col.³, que encontraram dor em peso ou pressão em 87% e pulsátil em 29% de sua amostra e aos de Srikiatkachorn & Phanthumchinda²³ que observaram dor em peso ou pressão em 65% e pulsátil em 46,7% de sua série, mas diferentes dos descritos por Krymchantowski e col.²², que relataram dor em pressão em 36,2% e pulsátil em 37,2% de 215 pacientes estudados. A associação de dor em peso ou pressão e pulsátil foi observada em menos de 6% dos pacientes deste estudo e em 17,2% dos pacientes da série de Krymchantowski e col.²².

A dor diária apresentava duração variada entre os pacientes deste estudo, com 25,9% dos homens e 21,7% das mulheres referindo dor contínua, números inferiores aos de Srikiatkachorn & Phanthumchinda²³ que descreveram dor contínua em 46,7% de sua amostra. Um aspecto interessante observado em nossa série, foi o fato de a dor diária se iniciar leve e progressiva nos pacientes que não apresentavam dor contínua (40 pacientes masculinos, 74,1% e 170 femininos, 78,3%). Observações semelhantes não foram registradas, podendo este fato estar relacionado ao término progressivo do efeito das medicações sintomáticas consumidas em excesso por este grupo de pacientes (83,8% femininos e 87% masculinos), como sugerido por Rapoport em 1988²⁴.

Quanto à relação da dor diária com o sono, a maioria dos pacientes referira não acordar habitualmente pela manhã já com a dor presente (43 pacientes masculinos, 79,6%, e 177 femininos, 81,5%). Spierings e col.⁴ encontraram números diversos de nossa amostra, descrevendo 79% dos pacientes de sua série com dor já presente ao acordar pela manhã, embora também tenham incluído neste número, os pacientes nos quais a dor aparecia no decorrer da manhã. Em seu estudo, esses autores observaram ainda que 36% dos pacientes eram acordados no meio da noite pela dor, pelo menos uma vez por semana.

A presença habitual de insônia e/ou sono interrompido entre os pacientes com CCD de MT foi referida por 71% dos pacientes de Mathew e col.²⁵. Este fato também foi referido pelos pacientes do presente estudo, com 77,7% dos pacientes masculinos e 49,8% femininos relatando sua ocorrência frequente.

Entre os sintomas associados à cefaléia diária do tipo MT, apresentavam fotofobia 29,6% dos pacientes masculinos e 44,2% femininos. Nos demais sintomas associados, náusea foi presente em aproximadamente 60% dos pacientes, vômitos em 10%, fonofobia em 33% e osmofobia em aproximadamente 21% dos pacientes, considerando os gêneros masculino e feminino. Estes números foram similares aos de Mathew e col.¹⁸ que observaram a presença de náusea, vômitos e diarreia em 76% dos pacientes de sua amostra, mas diferentes dos encontrados por Solomon e col.³ que relataram náusea em 24%, fotofobia em 37%, fonofobia em 42% e osmofobia em 24% dos pacientes de sua série. Os números encontrados por Srikiatkachorn & Phanthumchinda²³, também diferiram dos observados neste estudo. Esses autores descreveram, em sua amostra, a presença de fotofobia em 70% dos pacientes, fonofobia em 56,7% e náuseas em 43,3%.

Crises intermitentes com características típicas de migrânea ocorrem com frequência variada, sobrepostas à dor diária. Este aspecto da CCD em pacientes do grupo das MT foi descrito inicialmente

por Mathew e col.¹⁸ e destacado por Silberstein & Lipton²⁰ que os denominaram de “episodic superimposed bouts of full-blown migraine”. Na presente amostra, 81,5% dos pacientes masculinos e 95,4% dos femininos referiram a ocorrência destes ataques. Quanto às características destas crises intermitentes, observamos diferentes apresentações clínicas. Ataques semelhantes à dor diária, porém com maior intensidade e exacerbação dos sintomas associados foram comuns a 29,6% dos homens e a 34,7% das mulheres. Entretanto, ataques com características distintas passando a apresentar aspectos clínicos mais típicos de migrânea, como qualidade pulsátil, unilaterais e com a manifestação de sintomas associados, predominaram nos pacientes do presente estudo, acometendo 70,4% dos pacientes masculinos e 50,8% femininos. Algumas pacientes femininas (14%) reportaram características indefinidas durante estes episódios de cefaléia. Spierings e col.⁴ observaram que 94% dos pacientes de sua amostra apresentavam crises de cefaléia intensa sobrepostas a cefaléia diária, número superior aos encontrados na presente amostra. Esses autores demonstraram que 34% dos pacientes apresentavam ataques intensos de 6 a 10 dias por mês, enquanto 34% dos homens e 40,1% das mulheres desta pesquisa apresentavam ataques intensos duas vezes por mês. Os achados relacionados à ocorrência de crises intermitentes intensas em mais de 15 dias por mês, apresentados por 26% dos pacientes de Spierings e col.⁴, diferiram daqueles desta amostra que revelaram frequência similar em apenas 3% dos pacientes. Em 43% dos pacientes desses autores, as crises intermitentes intensas apresentaram-se unilaterais, havendo diferenças em relação aos números por nós observados, que destacavam unilateralidade em 70,4% dos homens e de pelo menos 50,8% das mulheres. Os sintomas associados, ausentes na dor diária e passando a se manifestar durante os ataques intensos, foram demonstrados em 6,8% dos homens e 27,6% das mulheres, enquanto entre os pacientes dos autores citados, 76% referiam náusea e 38% vômitos na vigência destas crises.

Os fatores agravantes da dor diária, levando ao desencadeamento das crises intensas intermitentes, foram identificados por grande parcela dos pacientes deste estudo. O estresse (ou fatores estressantes) foi apontado por 73% dos homens e 79,2% das mulheres; a menstruação por 61,8% das mulheres; privação de sono por 52,3% dos homens e 46,4% das mulheres; jejum prolongado ou perda de uma refeição por 41% dos homens e 48,3% das mulheres; fadiga por 22,7% dos homens e 31,4% das mulheres; ingestão de bebidas alcoólicas por 15,9% dos homens e 11,1% das mulheres e ingestão de alimentos específicos como chocolate por 6,8% dos homens e 13% das mulheres. Mathew e col.¹⁸ observaram que 88% dos pacientes de sua amostra relatavam fatores desencadeantes das crises. Spierings e col.⁴ reportaram números diferentes, enfatizando a menstruação em 28% das mulheres de seu estudo, o estresse em 29%, álcool em 20% e privação de sono em 12%. Os números encontrados por Srikiathkachorn & Phanthumchinda²³, com 56,7% para o estresse, 13,7% para a menstruação, 11,7% para a privação de sono e 3,3% para a ingestão alcoólica, também diferem dos observados em nossa amostra.

No grupo de pacientes com CTTC deste estudo a localização da dor diária mais frequentemente observada foi fronto-temporal bilateral na maioria dos pacientes. Cefaléia holocraniana e em vértex e nuca também foi relatada por alguns pacientes. Apenas duas pacientes informaram cefaléia unilateral alternante. Estes achados assemelham-se aos de Mathew e col.¹⁸ que observaram dor bilateral em 92% de seus pacientes de CTTC, mas diferenciam-se dos de Iversen e col.²⁶ que observaram cefaléia unilateral em 20% de sua amostra, embora de pacientes com CTTE. Solomon e col.³ descreveram cefaléia frontal e occipito-nucal em metade de seus pacientes o que também se diferencia dos achados deste estudo. Os três pacientes com CPDIS apresentaram localizações diferentes com cefaléia holocraniana em um paciente, frontal bilateral em outro e frontotemporal bilateral no terceiro. Mathew e col.¹⁸ observaram cefaléia bilateral em 82% dos seus pacientes com CPDIS e Vanast²⁷ descreveu cefaléia unilateral em 38% de sua série, com várias combinações de localização como em 20 pacientes que referiam dor occipital e em outros sítios, e em 14 pacientes que reportavam dor temporal e em outros sítios.

A intensidade da dor diária foi predominantemente leve ou moderada na quase totalidade dos pacientes, tendo sido referida como moderada a intensa ou intensa por apenas uma paciente. Langemark

e col.²⁸ observaram que 62 pacientes, de sua amostra de 148, apresentavam cefaléia moderada e tiveram as suas atividades diárias prejudicadas mas não impedidas. Porém, em 10 dos 148 pacientes, a cefaléia foi intensa e impedia a realização das atividades normais. Nos pacientes com CPDIS, a intensidade da cefaléia foi moderada em dois pacientes e moderada a intensa em um paciente, o que se compara aos achados de Jevoux²⁹ que encontrou dor moderada em seus dois pacientes com CPDIS.

Quanto ao tipo ou qualidade da dor diária, a maioria dos pacientes do grupo de CTTC deste estudo apresentava dor em peso ou pressão. Estes achados foram semelhantes aos de Langemark e col.²⁸ que encontraram dor em peso ou pressão em 93 pacientes de sua amostra de 148. Cefaléia pulsátil foi observada em 55 de seus pacientes e cefaléia em peso ou pressão associada a pulsátil em apenas um paciente da amostra destes autores, embora Pfaffenrath & Isler³⁰ tenham sugerido a possível ocorrência de cefaléia pulsátil entre os pacientes de CTTC. No presente estudo, os três pacientes com CPDIS apresentavam dor em peso/pressão sendo que um deles referia associação deste caráter doloroso com queimação. Vanast²⁷ observou dor pulsátil em 28% de sua série e constante em 72% de seus pacientes. Jevoux²⁹ demonstrou dor pulsátil associada a não pulsátil em um de seus dois pacientes de CPDIS, enquanto o outro paciente apresentava cefaléia não pulsátil.

A maior parte dos pacientes de CTTC deste estudo apresentava cefaléia diária de intensidade não progressiva. Porém, cefaléia com início leve e progressivo, característica da migrânea episódica e mesmo, como observado neste trabalho, de pacientes com CCD do grupo de MT, foi encontrada em quatro pacientes. Rapoport²⁴ demonstrou este comportamento em pacientes com CCD e consumo excessivo de MS, quando a cefaléia retornava de maneira progressiva à medida que o efeito da MS estivesse terminando. Como o consumo excessivo de MS estava presente em parcela significativa destes pacientes, poder-se-ia justificar a observação desta característica. No paciente com CPDIS que não apresentava dor contínua, não havia progressão de intensidade após o reinício da dor.

A duração da dor diária em pacientes com CCD deve ser superior a quatro horas quando não tratada^{1,2}. Vinte e um pacientes na presente amostra, apresentavam cefaléia com duração superior a quatro horas diárias mesmo quando tratadas. Schoenen & Wang³¹ lembram a ocorrência comum de cefaléia contínua em pacientes com CTTC, quando a frequência passa a ser diária, o que diverge de nossos achados, que demonstraram cefaléia contínua em cinco pacientes. Não houve a presença, nos pacientes deste estudo, de crises intermitentes com características diversas da dor diária, fato este que se coaduna com outras descrições de CTTC^{18,20}. Nos pacientes com CPDIS, a cefaléia foi contínua em dois e durava entre 10 e 12 horas no terceiro. Os pacientes com CPDIS frequentemente apresentam dor contínua quando não utilizam MS, embora nos critérios propostos a duração média seja de quatro horas por dia^{1,2}.

Quanto à relação da dor diária com o sono, apenas 6 pacientes referiram acordar habitualmente pela manhã já com a dor presente, enquanto dois pacientes destacaram ser acordadas no meio da noite pela dor. Vinte e dois referiram habitualmente insônia e/ou sono interrompido. Mathew e col.²⁵ destacaram a ocorrência de dificuldade em iniciar e manter o sono, além acordar cedo pela manhã com cefaléia intensa, em 142 pacientes (71%) de sua série de 200 pacientes com CCD e consumo excessivo de MS. Paiva e col.³² obtiveram números concordantes com os de nossa amostra. Estudando série de 25 pacientes com vários tipos de cefaléia, relataram frequência maior de distúrbios do sono em pacientes com CTT do que em pacientes com migrânea episódica e controles sem cefaléia. Entre os pacientes com CPDIS, nenhum era acordado no meio da noite pela dor e apenas um paciente referia já acordar pela manhã com a cefaléia. Além disto, dois pacientes relatavam a ocorrência habitual de insônia e/ou sono interrompido. Dos pacientes de Vanast²⁷, apenas um apresentava hipersonia não tendo sido encontrados relatos de outras relações deste tipo de cefaléia com o sono.

Os sintomas associados à cefaléia diária não foram relatados pela maior parte dos pacientes pertencentes a categoria de CTTC do presente estudo. Náusea em cinco pacientes, fotofobia em duas pacientes e fonofobia em quatro pacientes foi o observado. Pfaffenrath & Isler³⁰ sugerem a possibilidade de ocorrência de náusea, fotofobia e fonofobia leves em pacientes com CTTC. Entretanto, Silberstein e col.¹ enfatizam a necessidade de se restringir a ocorrência de apenas um

destes sintomas associados nos pacientes desta categoria de CCD. Discordando da proposta desses autores, observamos no presente estudo que duas pacientes revelavam a associação de dois e outra paciente apresentava três sintomas associados. Os sintomas associados a cefaléia nos pacientes com CPDIS foram fotofobia em um paciente e fonofobia em dois pacientes. Estes sintomas também foram observados na série de Vanast²⁷ que encontrou fotofobia em 26% pacientes masculinos e 42% femininos, e fonofobia em 21% dos homens e 53% das mulheres. Esse autor ainda observou a ocorrência de náusea (57% dos homens e 53% das mulheres) e vômitos (5% dos homens e 19% das mulheres) em seus pacientes.

Conclusões

Observamos que as características clínicas da CCD primária são, na grande parte dos pacientes e independente da cefaléia episódica primária, semelhantes àquelas das cefaléias do tipo tensional. Dor bilateral, moderada, com sintomas associados leves como náusea e/ou fotofobia e/ou fonofobia, duração superior a quatro horas por dia e associação frequente a distúrbios do sono foi o padrão de apresentação mais comum. Estes achados se coadunam com os encontrados na literatura.

A maioria dos pacientes com CCD primária pertence ao grupo da MT seguido pelo grupo da CTTC e pelo grupo da CPDIS, de acordo com os critérios de Silberstein e col.^{1,2}. A predominância de pacientes com MT entre aqueles com CCD, também foi observada por vários autores que estudaram populações de clínicas especializadas, como a deste estudo.

Entre os pacientes do grupo da MT, a apresentação clínica da cefaléia diária é entremeada pela ocorrência com frequência variável, de crises intermitentes revelando características distintas da cefaléia diária, e mais típicas de migrânea episódica, porém com apresentação clínica de padrões variados³³.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised criteria. *Neurology* 1996;47:871-875.
3. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992;32:325-329.
4. Spierings ELH, Schroevers M, Honkoop PC, Sorbi M. Presentation of chronic daily headache: a clinical study. *Headache* 1998;38:191-196.
5. Newman LC, Lipton RB, Solomon S, Stewart WF. Daily headaches in a population sample: results from the American migraine study (Abstract). *Headache* 1994;34:295.
6. Mathew NT. Chronic daily headache: clinical features and natural history. In Nappi G, Bono G, Sandrini G, Martignoni E (eds) *Headache and depression: serotonin pathways as a common clue*. New York:Raven Press,1991:42-51.
7. Rains JC, Penzien DB, Lofland KR, Bruehl SP, Semenchuk EM, Hursey KG. Chronic daily headache: examination of diagnosis, symptom patterns, and medication use in a large clinical sample (Abstract). *Headache* 1994;34:295-296.
8. Saper JR. Daily chronic headache. *Neurol Clin* 1990;8:891-901.
9. Wong TW, Wong KS, Yu TS, Kay R. Prevalence of migraine and other headaches in Hong Kong. *Neuroepidemiology* 1995;14:82-91.
10. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995;15:45-68.
11. Silberstein SD. Tension - type headaches. *Headache* 1994;34:S2-S7.
12. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39:190-196.
13. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache* 1982;22:66-68.
14. 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.
15. Solomon S, Lipton RB. A headache clinic-based approach to field trials of the International Headache Society criteria. *Cephalalgia* 1993;13 (Suppl 12):63-65.
16. Manzoni GC, Granello 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;15:37-43.
17. 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.
18. Mathew NT, Reuveni U, Perez F. Transformed or evolutive migraine. *Headache* 1987;27:102-106.
19. Mathew NT. Chronic refractory headache. *Neurology* 1993;43 (Suppl 3):26-33.

20. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache. In Goadsby PJ, Silberstein SD (eds). Headache. Blue Books of Practical Neurology. Newton: Butterworth-Heinemann 1997:201-225.
21. Mathew NT. Transformed migraine. Cephalgia 1993;13(Suppl 12):78-83.
22. Krymchantowski AV, Barbosa JSS, Lorenzatto W, Cheim C, Adriano M. Características clínicas da migrânea transformada. Arq Neuropsiquiatr 1999;57:990-993.
23. Srikiatkachorn A, Phanthumchinda K. Prevalence and clinical features of chronic daily headache in a headache clinic. Headache 1997; 37:277-280.
24. Rapoport AM. Analgesic rebound headache. Headache 1988;28:662-665.
25. Mathew NT, Kurman R, Perez F. Drug induced refractory headache, clinical features and management. Headache 1990;30:634-638.
26. Iversen HK, Langemark M, Anderson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of migraine and tension-type headache in relation to old and new diagnostic criteria. Headache 1990;30:514-519.
27. Vanast WJ. New daily persistent headaches: definition of a benign syndrome. Headache 1986;26:318.
28. Langemark M, Olesen J, Poulsen DL, Beck P. Clinical characterization of patients with chronic tension headaches. Headache 1988; 28:590-596.
29. Jevoux C. Cefaléia crônica diária primária: a propósito de 52 casos. Dissertação, Mestrado, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1996.
30. Pfaffenrath V, Isler H. Evaluation of the nosology of chronic tension-type headache. Cephalgia 1993;13(Suppl 12):60-62.
31. Schoenen J, Wang W. Tension-type headache. In Goadsby P, Silberstein SD (eds), Headache. Blue Books of Practical Neurology. Newton: Butterworth-Heinemann 1997:181.
32. Paiva T, Batista A, Martins P, Martins A. The relationship between headache and sleep disturbances. Headache 1995; 35:590-596.
33. Krymchantowski AV. Cefaléia crônica diária primária: apresentação clínica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2000.