

Cefaléia Hípnica em Adulto Jovem – Relato de Caso

Hypnic Headache in Young Adult – Case report

Luiz Carlos Porcello Marrone [1]

Sheila Trentin [1]

Faberson Mocelin Oliveira [2]

Antônio Carlos Huf Marrone [3]

Resumo

A Cefaléia Hípnica é um distúrbio extremamente raro, com critérios diagnósticos bem estabelecidos e que apresenta resposta terapêutica a medicações que não são de emprego usual no tratamento de cefaléia. Relatamos o caso de um paciente masculino de 46 anos que foi tratado com carbonato de lítio com excelente resultado.

Palavras-chave: *cefaléia hípnica, lítio, sono*

Abstract

The Hypnic Headache is extremely rare, with established diagnostic criteria, and has therapeutic response to medications that have unusual employment in the treatment of headache. We report a case of a 46 years old male patient who was treated with lithium with excellent results.

Keywords: *hypnic headache, lithium, sleep*

Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas-PUCRS/Instituto do Cérebro

[1] Médico residente do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)/Instituto do Cérebro.

[2] Acadêmico de Medicina da PUCRS.

[3] Professor Adjunto de Neurologia da PUCRS/Instituto do Cérebro; Professor Associado de Neuroanatomia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Endereço para Correspondência:

Luiz Carlos Porcello Marrone

Hospital São Lucas-PUCRS

Avenida Ipiranga 6690, Sala 220, Jardim Botânico, CEP 90610-000, Porto Alegre-RS, Brasil.

e-mail: luizmarrone@click21.com.br

Introdução

A cefaléia é um sintoma extremamente comum, com uma prevalência durante a vida de mais de 90% [1]. Atualmente, é responsável por 4,4% das consultas em atendimentos primários e 30% das consultas em ambulatórios de neurologia [2,3].

A cefaléia pode ser classificada em primária e secundária. As cefaléias ditas primárias (migrânea, cefaléia do tipo tensão e cefaléia em salvas) são responsáveis por cerca de 95% de todos os episódios ocorridos [4]. Quando chamadas de cefaléias secundárias, ocorrerem como um sintoma típico de uma gama de outras condições, como tumores, quadros infecciosos entre outros [5].

Uma forma rara de cefaléia associada ao sono foi descrita pela primeira vez por Raskin em 1988. Ele nomeou esta síndrome de Cefaléia Hípnica (CH), a qual também ficou conhecida como “cefaléia do despertador” [6]. Sua prevalência observada entre os pacientes no Ambulatório de Cefaléia do Mayo Hospital foi de 0,07% [7].

De acordo com a II Classificação Internacional de Cefaléia (ICHD-II), a CH trata se de uma cefaléia primária [5], sendo seus critérios de diagnóstico: cefaléia “surda” (“dull”) que ocorre apenas durante o sono e acorda o paciente; apresentar no mínimo duas das seguintes características: ocorrer mais de 15 vezes por mês, ocorrer após 15 minutos depois de ter acordado e primeiro episódio ter ocorrido após os 50 anos. Além disso, não deve apresentar sintomas autonômicos e não mais do que um dos seguintes: náusea, fotofobia ou fonofobia. A exclusão da presença de outro transtorno é necessária para a confirmação do diagnóstico. (Tabela 1).

A fisiopatologia da CH permanece desconhecida. A associação com o sono, principalmente durante as

fases de sono REM, o início da crise ocorrendo em um mesmo horário a cada noite e a eficácia dos medicamentos que podem ter impacto no ritmo circadiano, tais como lítio e melatonina, sugerem fortemente que a CH pode ser um transtorno “cronobiológicos” [8].

Relato de Caso

Relatamos o caso de um paciente de 46 anos, masculino, casado que vem a consulta no ambulatório de neurologia do Hospital São Lucas-PUCRS referindo que há aproximadamente 9 meses iniciou com episódios de cefaléia de moderada-forte intensidade que ocorriam durante a madrugada e o acordavam; poucas vezes associada à náusea. Nos últimos três meses, a dor vinha aumentando em frequência (ocorrendo 3 a 4 vezes por semana), normalmente entre 4 e 5 horas da manhã.

Por duas vezes, em função da maior intensidade da dor procurou atendimento emergencial, realizando CT de crânio a qual foi normal e exame de líquido que evidenciou 2 hemácias por campo; 1 leucócito por campo; proteína 34 e glicorraquia 52mg/dl.

Também realizou RMN de encéfalo com angiorressonância de vasos intracranianos a qual foi normal.

O paciente também relatava sintomas de sonolência diurna, provavelmente secundária a alteração de sono que ocorria a noite, inclusive nos dias em que o paciente não apresentava cefaléia.

Relatava uso de múltiplas medicações analgésicas e profiláticas de cefaléia sem sucesso terapêutico. Fez uso de Amitriptilina 25mg (até 50mg/dia); Propranolol 40mg (até 120mg/dia) e Topiramato (100mg/dia).

As características clínicas obtidas com história e exame complementares foi compatível com cefaléia hipócnica. Após introdução de Carbonato de Lítio 300mg à noite, apresentou melhora dramática da intensidade e frequência da dor; apresentando esporadicamente (1 a 2x/mês) dor em menor intensidade – “redução de 80% da força da dor”, segundo o paciente.

Discussão

A CH é uma manifestação que mantém uma íntima relação entre o sono e as vias de dor no sistema nervoso. O principal “marca-passo” endógeno do ritmo circadiano é o núcleo supraquiasmático, situado no hipotálamo anterior. Os dados disponíveis permitem especular que, em indivíduos predispostos, um comprometimento relacionado à idade do núcleo supraquiasmático poderia ativar ciclicamente um

Tabela 1. Critérios Diagnósticos de Cefaléia Hipnica.

A	Cefaléia em aperto preenchendo os critérios B a D
B	Desenvolver apenas durante o sono e acordar o paciente
C	Pelo menos dois dos seguintes: (1) Ocorrer mais de 15 vezes por mês (2) Duração maior que 15 minutos (3) Ocorrer pela primeira vez após os 50 anos
D	Sem sinais autonômicos e com não mais que um das seguintes manifestações: náusea, foto ou fonofobia
E	Não ser atribuível a outra desordem.

mecanismo nociceptivo, levando concomitantemente a um despertar súbito e cefaléia. O mecanismo pode ser precipitado por eventos neurofisiológicos como uma importante redução de descargas no núcleo dorsal da rafe durante a fase REM do sono. [8,9]

Estudos recentes, realizados com imagem funcional evidenciaram que as cefaléias em salvas (“cluster”) fazem uma ativação hipotalâmica no início da crise; enquanto na migrânea essa ativação ocorre no tronco cerebral. [10]

Quanto ao tratamento, várias medicações tem se mostrado eficazes,

embora não tenham sido realizados ensaios clínicos controlados randomizados. As opções terapêuticas incluem lítio, indometacina e cafeína como terapias mais efetivas. Alguns pacientes têm sido tratados com topiramato[11], toxina botulínica[12], pregabalina[13], e uma combinação de hipnóticos [14], demonstrando controle dos episódios. Todos os pacientes tratados por Raskin responderam lítio 300-600 mg na hora de dormir. [6]

Em uma série de 71 casos de pacientes com CH, houve um predomínio em mulheres (63,1% dos casos) com idade média de 63 anos, sendo o paciente mais jovem de 36 anos. [15]

Neste caso, nós apresentamos o caso de um homem de 46 anos, atendido no Ambulatório de Neurologia, do Hospital São Lucas (HSL) que apresentou importante melhora do quadro clínico com uso de lítio. Embora o paciente tivesse idade inferior a cinquenta anos, os demais critérios fecham o diagnóstico de CH. É interessante lembrar que pacientes com menos de cinquenta anos também podem apresentar cefaléia hípnica.

Conclusão

Embora a CH trate se de uma cefaléia benigna, as alterações do sono e a dor a qual esses pacientes estão submetidos podem reduzir a qualidade de vida significativamente. Em ambulatórios de atendimento terciário deve-se estar atento para formas mais raras de cefaléia, para que se proceda a um correto manejo da doença.

Referências

1. Boardman H, Thomas E, Croft PR, Milson DS. Epidemiology of headache in an English district. *Cephalalgia* 2003;23:129-37.
2. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:385-7.
3. Larner A. Guidelines for primary headache disorders in primary care: an “intervention” study. *Headache Care* 2006;3(1):1-2.
4. Brust JCM. *Lange current diagnosis & treatment neurology*. New York, NY: McGraw-Hill 2007.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition*. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl. 1):9-160.
6. Raskin NH. The hypnic headache syndrome. *Headache* 1988; 28:534-6.
7. Dodick DW, Mosek AC, Campbell JK. The hypnic (‘alarm clock’) headache syndrome. *Cephalalgia* 1998; 18:152-6.
8. De Simone R; Marano E; Ranieri A; Bonavita V. Hypnic headache: an update. *Neurol Sci* 2006; 27:S144-S148.
9. Caminero-Rodríguez AB, Pareja JÁ. Bases anatómicas y neuroquímicas que explican la frecuente asociación de las cefaleas con el sueño: el paradigma de la cefalea hípnica. *Rev Neurol* 2008; 47 (6): 314-20.
10. May A. A review of diagnostic and functional imaging in headache. *J Headache Pain* (2006) 7:174-184.
11. Guido M, Specchio LM. Successful treatment of hypnic headache with topiramate: a case report. *Headache* 2006; 46:1205-6.
12. Marziniak M, Voss J, Evers S. Hypnic headache successfully treated with botulinum toxin type A. *Cephalalgia* 2007; 27:1082-4.
13. Ulrich K, Gunreben B, Lang E, Sittl R, Griessinger N. Pregabalin in the therapy of hypnic headache. *Cephalalgia* 2006; 26:1031-2.
14. Garza I, Swanson J. Successful preventive therapy in hypnic headache using hypnotics: a case report. *Cephalalgia* 2007; 27:1080-1.
15. Evers S ; Goadsby PJ. Hypnic headache. Clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology* 2003; 905-909.