

BMJ Best Practice

Cefaleia tensional

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	11
Critérios de diagnóstico	13
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Novidades	20
Acompanhamento	21
Recomendações	21
Complicações	21
Prognóstico	21
Diretrizes	22
Diretrizes de diagnóstico	22
Diretrizes de tratamento	22
Nível de evidência	23
Referências	24
Aviso legal	28

Resumo

- ◇ As cefaleias tensionais podem ser episódicas ou crônicas.
- ◇ Estresse e tensão mental são fatores desencadeantes comuns.
- ◇ Os sintomas incluem dor incômoda, não pulsátil, bilateral e constritiva (não intensa); sensibilidade pericranial é comum.
- ◇ Ao contrário da enxaqueca, não há náuseas ou vômitos significativos nem agravamento decorrente de atividades físicas rotineiras.
- ◇ Em geral, responde a analgésicos simples; tratamentos preventivos apresentam menos evidências de eficácia.
- ◇ Terapias não medicamentosas incluem relaxamento, biofeedback por eletromiografia, terapia cognitivo-comportamental e fisioterapia.

Definição

As cefaleias tensionais podem ser episódicas ou crônicas. Elas raramente são incapacitantes ou estão associadas a qualquer fenômeno autonômico significativo. Por esse motivo, os pacientes não costumam procurar atendimento médico e, em geral, se automedicam com sucesso. Os ataques ocorrem de forma generalizada na cabeça, com predileção pelas regiões frontal e occipital. A dor costuma ser descrita como uma sensação de "faixa apertada" ao redor da cabeça. Ela não se agrava com a atividade física de rotina.

Epidemiologia

As cefaleias tensionais constituem, provavelmente, o tipo mais comum de cefaleia. Em adultos, a prevalência global principal de cefaleia tensional é de 42%.^[2] Os pacientes não precisam de tratamento ou conseguem automedicar-se com sucesso. Assim, eles são menos propensos a mencionar essas cefaleias que os pacientes com enxaqueca. Um estudo relatou que apenas 3% dos pacientes que consultaram seus médicos em decorrência de cefaleia apresentavam cefaleias tensionais, ao passo que 94% apresentavam enxaqueca ou provável enxaqueca.^[3] A frequência dos ataques de cefaleia tensional varia amplamente entre os estudos. Segundo a maioria deles, a cefaleia tensional crônica ocorre em 2% a 3% da população.^[4] O início das cefaleias tensionais geralmente ocorre entre os 20 e 30 anos de idade, com maior prevalência na faixa de 20 a 39 anos, diminuindo em seguida. Ao contrário da enxaqueca, que afeta predominantemente mulheres, as cefaleias tensionais são apenas ligeiramente mais comuns entre as mulheres, na proporção de 2 homens para 3 mulheres.^[5]

Etiologia

A contração muscular é frequentemente considerada a causa da dor nas cefaleias tensionais, mas poucas evidências sustentam essa afirmação. Nas cefaleias tensionais, a contração da musculatura pericraniana é normal ou ligeiramente aumentada, e a extensão da contração muscular não está correlacionada à intensidade da dor de cabeça. O estresse psicológico é o fator desencadeante mais comum para cefaleia tensional. Períodos prolongados de tensão mental ou estresse psicológico podem influenciar a sensibilização central e o desenvolvimento de cefaleia tensional crônica. Padrões perturbados de sono podem desencadear cefaleia tensional episódica. Insônia e outros distúrbios do sono estão associados à cefaleia tensional crônica.^[6]

Fisiopatologia

Assim como na enxaqueca, a liberação e a ativação de agentes inflamatórios leva à sensibilização dos aferentes periféricos trigeminais e, finalmente, à hipersensibilidade central.^[7] Sugere-se que o principal nociceptor na cefaleia tensional seja a musculatura pericraniana enquanto, na enxaqueca, sejam os vasos sanguíneos e os nociceptores meníngeos. Esse conceito ajuda a explicar por que os pacientes relatam tanto enxaqueca quanto cefaleias tensionais ("cefaleias mistas").^[8] Pessoas com cefaleias tensionais podem apresentar ansiedade e depressão, mas estas são comórbidas, sem implicar relação de causa e efeito. Pessoas com cefaleia tensional crônica apresentam um estado de hiperalgesia generalizada, sugerindo uma sensibilização central.^[9]

Classificação

Classificação internacional das cefaleias (ICHD): cefaleia tensional - ICHD-3 beta (adaptado)[1]

1. Provável cefaleia tensional episódica infrequente
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
2. Provável cefaleia tensional episódica frequente
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
3. Provável cefaleia crônica tensional
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
4. Provável cefaleia tensional
 - Provável cefaleia tensional episódica infrequente
 - Provável cefaleia tensional episódica frequente
 - Provável cefaleia crônica tensional

Prevenção primária

A redução do estresse e a prática regular de exercícios podem reduzir a incidência das cefaleias tensionais, mas poucas evidências sustentam isso. O uso racional de analgésicos em ataques mais frequentes pode reduzir a probabilidade de a cefaleia tensional episódica tornar-se crônica.

Prevenção secundária

Recomendações de exercícios regulares, higiene do sono e relaxamento planejado devem ser consideradas como parte do programa terapêutico.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 37 anos apresenta história de 12 anos de cefaleias episódicas. Os episódios manifestam-se 4 vezes por semana, normalmente começando ao final de um dia de trabalho. A dor é generalizada e descrita como semelhante a uma faixa apertada ao redor da cabeça. As cefaleias são incômodas, mas não incapacitantes, e ela nega náuseas ou vômitos. Ela apresenta ligeira sensibilidade a barulho, mas não tem fotofobia. A dor durante os ataques geralmente responde a ibuprofeno. Exame revela sensibilidade no couro cabeludo e em ambos os músculos trapézios.

Caso clínico #2

Um homem de 56 anos apresenta história de 25 anos de cefaleia constante. O início foi insidioso e ele afirma que só não tem cefaleia quando dorme. Segundo ele, a cefaleia é generalizada e o pescoço e os ombros estão sempre "duros". Ele nega apresentar quaisquer sintomas autonômicos associados, incluindo lacrimejamento, congestão nasal, sensibilidade a luz e som, náuseas ou vômitos.

Outras apresentações

Os pacientes também podem queixar-se de tipos de cefaleias diferentes, como enxaquecas e cefaleias tensionais. As cefaleias tensionais podem ser outra manifestação da enxaqueca na qual a dor é relatada na nuca. Por exemplo, um paciente pode ter uma enxaqueca que começa com uma cefaleia tensional e depois se torna unilateral, pulsátil e associada a náuseas e fotofobia. Por outro lado, uma enxaqueca pode desenvolver-se em uma cefaleia tensional com dor do tipo pressão suboccipital e dor de compressão bitemporal.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A cefaleia tensional pode se apresentar em qualquer sexo ou faixa etária, mas é mais comum entre mulheres e na meia-idade.^[5]

História

A história do paciente pode incluir estresse, perda de refeições, depressão e cefaleias tensionais prévias. O uso excessivo de analgésicos muitas vezes é subjacente à transformação da cefaleia episódica em sua forma crônica.

Características clínicas

A dor é geralmente bilateral, do tipo pressão, não pulsátil, constrictiva e não é associada a quaisquer sintomas autonômicos significativos. Os sintomas costumam ser descritos como incômodos e não pulsáteis, com intensidade variável, mas não intensos e raramente incapacitantes. Em geral, eles pioram ao longo do dia. As regiões frontal e occipital são mais comumente afetadas. Sintomas como fotofobia, fonofobia ou náuseas leves podem se manifestar, mas apenas um deles durante cada episódio. No

entanto, náuseas ou vômitos moderados ou intensos excluem o diagnóstico de cefaleia tensional. Ao contrário da enxaqueca, os sintomas da cefaleia tensional não pioram com atividade física.

Consideração diferencial

Outras causas físicas precisam ser excluídas para se estabelecer o diagnóstico de cefaleia tensional, que incluem disfunção da articulação temporomandibular, patologia cervical significativa, arterite de células gigantes em pacientes idosos, sinusite (raramente), uso excessivo de medicamentos em cefaleias crônicas, tumor hipofisário e outros tumores cerebrais, hematoma subdural crônico e hipertensão intracraniana idiopática.

Como a cefaleia tensional é, muitas vezes, incorretamente diagnosticada como enxaqueca, atenção especial deve ser dada a esse diagnóstico diferencial. O critério diagnóstico de Classificação Internacional das Cefaleias - 3ª edição beta para cefaleia tensional inclui a ausência de diversos sintomas associados que estão presentes na enxaqueca e distinguem as duas condições.^[1] A presença de osmofobia, em particular, é observada na enxaqueca e raramente na cefaleia tensional.^[10]

Exame físico

Sensibilidade pericraniana pode ser observada ao exame físico. Músculos específicos comumente sensíveis incluem o esternocleidomastoideo, o trapézio, o temporal, o pterigoideo lateral e o músculo do masseter. No entanto, a presença da sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

Exame neurológico

O exame neurológico deve ser normal. Um exame neurológico anormal requer a investigação de possíveis causas de cefaleias secundárias. Elas incluem causas de hipertensão intracraniana (pseudotumor cerebral, tumor cerebral, encefalopatia hipertensiva, hidrocefalia aguda), um sangramento (incidente cerebrovascular, apoplexia hipofisária, trombose do seio venoso, hematoma epidural, hemorragia subaracnoide, hematoma subdural, arterite de células gigantes), infecções (meningite, abscesso cerebral) ou trauma. Se o exame revelar papiledema (sugestivo de uma massa intracraniana), assimetria de reflexos, assimetria sensorial ou fraqueza motora, imagens cerebrais serão necessárias.

Exames laboratoriais/de imagens

Exames de imagens e laboratoriais não auxiliam no diagnóstico das cefaleias tensionais. Exames de tomografia computadorizada (TC) dos seios da face, ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica e punção lombar devem ser considerados em casos refratários ou progressivos.

Fatores de risco

Fortes

tensão mental

- Fator agravante.

estresse

- Fator agravante.

pular refeições

- Fator agravante.

fadiga

- Fator agravante.

Fracos**Somatização**

- Comorbidade frequente com ataques de cefaleia tensional episódica.

sexo feminino

- Preponderância entre as mulheres (cerca de 3:2).[\[5\]](#)

idade 20-39 anos

- O início das cefaleias tensionais geralmente ocorre entre os 20 e 30 anos de idade, com maior prevalência na faixa de 20 a 39 anos, diminuindo em seguida.[\[5\]](#)

situação socioeconômica baixa

- Existe uma correlação de maior prevalência de cefaleia tensional crônica entre populações mais pobres e com menos acesso à educação. Isso não necessariamente representa uma causa, mais poderia indicar que o desempenho inferior no trabalho devido à cefaleia tensional crônica contribui para uma condição socioeconômica desfavorável.[\[5\]](#)

uso excessivo de analgésicos

- O uso excessivo de analgésicos muitas vezes é subjacente à transformação da cefaleia episódica em crônica.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem tensão mental, estresse, perda de refeições e fadiga.

dor de cabeça generalizada (comum)

- Os ataques são generalizados pela cabeça, muitas vezes na forma de dor bilateral do tipo pressão e não pulsátil.

dor de cabeça frontal ou occipital (comum)

- Frequentemente nessas regiões.

dor de cabeça não pulsátil (comum)

- Frequentemente descrita como uma dor incômoda.

dor constritiva (comum)

- Dor descrita como uma faixa apertada ao redor da cabeça.

exame neurológico normal (comum)

- Um exame neurológico anormal requer a investigação para possíveis causas de cefaleias secundárias.

Outros fatores de diagnóstico**sensibilidade pericraniana (comum)**

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

sensibilidade do músculo esternocleidomastoideo (comum)

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

sensibilidade do músculo trapézio (comum)

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

sensibilidade do músculo temporal (comum)

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

sensibilidade do músculo pterigoideo lateral (comum)

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

sensibilidade do músculo masseter (comum)

- A presença de sensibilidade não é essencial para o diagnóstico.

fotofobia ou fonofobia (incomum)

- Somente uma das seguintes opções pode ser observada: fotofobia ou fonofobia. Vômitos ou náuseas moderados/intensos excluem o diagnóstico.

uso regular de analgésicos (incomum)

- O uso excessivo de analgésicos muitas vezes é subjacente à transformação da cefaleia episódica na sua forma crônica. Isso muitas vezes é causado pela "síndrome de uso excessivo de medicamentos" (também chamada de "rebote analgésico"), na qual o analgésico deixa de proporcionar o alívio da dor e passa a perpetuar e intensificar as cefaleias. A supressão do analgésico também piora a cefaleia em curto prazo. O mecanismo do efeito é pouco compreendido.

ansiedade e depressão (incomum)

- Comorbidade frequente com ataques de cefaleia tensional episódica.

Somatização (incomum)

- Comorbidade frequente com ataques de cefaleia tensional episódica.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> Exames de imagens e laboratoriais não auxiliam no diagnóstico de cefaleias tensionais e devem ser considerados apenas em casos refratários ou progressivos. 	cefaleia típica sem características associadas (náuseas, vômitos); exame neurológico normal

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) dos seios da face <ul style="list-style-type: none"> Pode ser considerada em casos de cefaleias refratárias ou progressivas para excluir sinusite esfenoidal. 	normal
ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> Pode ser considerada em casos de cefaleias refratárias ou progressivas para excluir um tumor cerebral. 	normal
punção lombar <ul style="list-style-type: none"> Pode ser considerada em casos de cefaleias refratárias ou progressivas para excluir causas infecciosas (por exemplo, abscesso cerebral, meningite, encefalite), trombose do seio venoso ou pseudotumor cerebral. 	normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Enxaqueca crônica	<ul style="list-style-type: none"> Movimento de rotina agrava a enxaqueca. História de enxaqueca episódica. Aumento da frequência para >15 dias de cefaleia por mês. A enxaqueca é incorretamente diagnosticada como cefaleia tensional em até 32% dos pacientes.^[11] A piora da dor com a prática de atividades, a presença de náuseas e a forte intensidade são comuns na enxaqueca e não compatíveis com a cefaleia tensional. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cefaleia por uso excessivo de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> História prévia de cefaleia primária. Uso de analgésicos e ergotamina em frequências elevadas e agravamento da cefaleia na interrupção do medicamento. Ao longo de vários meses, a frequência e a duração aumentam a ponto de os ataques se tornarem diários ou praticamente diários, embora não necessariamente mais intensos. Analgésicos que contêm barbitúricos ou opioides são as causas mais comuns dessa síndrome. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Sinusite esfenoidal	<ul style="list-style-type: none"> Dor frontal ou no vértice, muitas vezes descrita como pressão, mas não necessariamente com sintomas adicionais nos seios da face. 	<ul style="list-style-type: none"> Tomografia computadorizada (TC) de seios da face para avaliar a presença de sinusite aguda ou crônica.
Arterite de células gigantes	<ul style="list-style-type: none"> Em geral, após os 50 anos de idade. Dor de cabeça inédita associada a dor do couro cabeludo; polimialgia reumática e, muitas vezes, claudicação da mandíbula ou da língua. 	<ul style="list-style-type: none"> Velocidade de hemossedimentação e/ou proteína C-reativa normalmente elevadas de forma significativa.
Distúrbio temporomandibular (DTM)	<ul style="list-style-type: none"> Dor sobre o músculo temporal associada a ruído e cliques sobre a articulação temporomandibular (ATM) com o movimento da mandíbula. Associação frequente com bruxismo e movimentos limitados da mandíbula, ou dor ou travamento da mandíbula com a abertura da boca. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Tumor hipofisário	<ul style="list-style-type: none"> Exame neurológico anormal. Podem ocorrer defeitos no campo visual e galactorreia. 	<ul style="list-style-type: none"> Aparente na RNM cranioencefálica.
Tumor cerebral	<ul style="list-style-type: none"> Exame neurológico anormal que inclui assimetria de reflexos, assimetria sensorial ou fraqueza motora. Papiledema sugere uma massa intracraniana. 	<ul style="list-style-type: none"> Aparente na RNM cranioencefálica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hematoma subdural crônico	<ul style="list-style-type: none"> Atividade mental anormal, exame neurológico anormal incluindo assimetria de reflexos, assimetria sensorial ou fraqueza motora. 	<ul style="list-style-type: none"> Aparente na RNM cranioencefálica.
Pseudotumor cerebral (hipertensão intracraniana idiopática)	<ul style="list-style-type: none"> Além de papiledema, pode haver redução da acuidade visual, defeito no campo visual (ponto cego alargado) ou diplopia causada pela paralisia do sexto nervo. As pressões do líquido cefalorraquidiano (LCR) são anormais e aumentam para >200 mm água em pessoas não obesas e >250 mm água em obesos. 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilidade de RNM normal com ventrículos pequenos; o achado mais importante é a elevada pressão do líquido espinhal.
Patologia cervical	<ul style="list-style-type: none"> Em casos raros, patologias cervicais graves, como hérnia de disco, podem contribuir para a cefaleia. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame de RNM revela hérnias de disco e massas de tecidos moles.

Critérios de diagnóstico

Classificação internacional das cefaleias (ICHD): cefaleia tensional - ICHD-3 beta (adaptado)[1]

- Provável cefaleia tensional episódica infrequente
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
- Provável cefaleia tensional episódica frequente
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
- Provável cefaleia crônica tensional
 - Associada a sensibilidade pericraniana
 - Não associada a sensibilidade pericraniana
- Provável cefaleia tensional
 - Provável cefaleia tensional episódica infrequente
 - Provável cefaleia tensional episódica frequente
 - Provável cefaleia crônica tensional

Abordagem passo a passo do tratamento

O objetivo do tratamento é reduzir o desconforto e a duração dos ataques. Pacientes com cefaleia tensional episódica geralmente se automedicam com sucesso. O tratamento visa melhorar a resposta a agentes administrados agudamente, bem como reduzir a probabilidade de progressão das cefaleias tensionais episódicas para cefaleia crônica.

Medicina de urgência

Os ataques episódicos geralmente respondem bem a analgésicos simples, como paracetamol, ibuprofeno ou aspirina.[12] [13] [14] O tratamento com todos os agentes deve ser feito em doses adequadas e logo no início de um ataque. As diretrizes recomendam que combinações de analgésicos simples com butalbital (um barbitúrico) devem ser evitadas devido ao maior risco de desenvolvimento de cefaleia por uso excessivo de medicamentos.[15]

Se a frequência dos ataques aumentar, analgésicos mais fortes terão uso limitado devido ao risco de transformação em cefaleia crônica. Isso pode ser causado pela "síndrome do uso excessivo de medicamentos" (também chamada de "rebote analgésico"), na qual o analgésico deixa de proporcionar o alívio da dor e na realidade passa a perpetuar e intensificar as cefaleias. A supressão do analgésico também agrava a cefaleia em curto prazo, mas é necessária para a interrupção do ciclo. O mecanismo do efeito é pouco compreendido. Medidas de prevenção podem ser necessárias. Como, por definição, os ataques de cefaleia tensional são raramente incapacitantes, o uso de analgésicos opioides nunca é recomendado. Se eles forem necessários, o diagnóstico de cefaleia tensional deverá ser reconsiderado. Em raras ocasiões, uma paciente que apresenta cefaleia tensional necessitará de medicamentos parenterais (por exemplo, antieméticos analgésicos) para tratamento, quando os analgésicos simples falharem.[16] Nesses casos, quando um paciente apresentar cefaleia tensional incapacitante, o diagnóstico geralmente estará incorreto, e a maioria desses pacientes tem enxaqueca.[17]

Tratamento preventivo

Medicamentos preventivos são usados quando os pacientes têm mais de 7 a 9 dias de cefaleia por mês. Antidepressivos tricíclicos em doses baixas podem reduzir a frequência e a intensidade dos ataques. Há evidências que sustentam o uso de amitriptilina na cefaleia tensional crônica.[18]Evidence As doses usadas são geralmente menores que aquelas usadas para tratar depressão, mesmo quando há depressão comórbida com a cefaleia tensional.[18] [19] [20] No entanto, o efeito analgésico desses medicamentos depende da dose. Por isso, uma dose baixa pode não ser ideal para a redução da dor. Nesses casos, pode-se experimentar uma dose maior. Se um antidepressivo tricíclico não proporcionar o alívio dos sintomas ou não for tolerado, outros deverão ser considerados. Poucas evidências sustentam o uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina no tratamento da cefaleia tensional crônica.[21] Estudos de pequeno porte sugerem que a venlafaxina ou a mirtazapina podem ser úteis no tratamento da cefaleia tensional crônica.[22] [15]

Poucas evidências sustentam o uso de relaxantes musculares no manejo de cefaleias tensionais; eles só devem ser considerados como prevenção de segunda linha se os antidepressivos tricíclicos se mostrarem ineficazes.[23] A tizanidina pode ser usada por 3 a 6 meses e então descontinuada. O retorno dos sintomas pode sugerir que seja necessária mais terapia com tizanidina. A duração ideal do tratamento com esses agentes preventivos das cefaleias tensionais não foi estabelecida.[24]

Tratamento não medicamentoso

Treinamento de relaxamento, biofeedback por eletromiografia,[25] terapia cognitivo-comportamental e massagem focada no ponto-gatilho miofascial[26] demonstraram reduzir cefaleias tensionais. Musicoterapia é de valor dúbio no tratamento de cefaleia tensional.[27] Terapia de atenção plena breve pode ser de valor em cefaleia tensional crônica.[28] Medidas físicas,[29] incluindo fisioterapia[30] [31] acupuntura[32] [33] e manipulação vertebral,[31] também podem ser benéficas, mas, assim como a hipnose, as evidências de sua eficácia são fracas.[34] Tratamentos psicológicos oferecidos remotamente não demonstraram eficácia de forma convincente.[35] Essas técnicas podem ser consideradas para ataques frequentes ou para pacientes que não toleram medicamentos. Elas também podem ser usadas de forma conjunta com tratamentos medicamentosos. No entanto, o conjunto de pesquisa para sustentar seu uso é limitado, já que o mecanismo das cefaleias tensionais permanece obscuro.

Falha do tratamento

Se os tratamentos padrão falharem, o diagnóstico deverá ser reconsiderado. Indícios na história podem levar a um diagnóstico de cefaleia enxaquecosa.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo (resumo)	
ataque agudo	
1a	analgésico simples

Em curso (resumo)	
sintomas crônicos (>7 a 9 dias de cefaleia/mês)	
1a	antidepressivos
adjunto	terapias não medicamentosas
2a	relaxantes musculares
adjunto	terapias não medicamentosas

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

ataque agudo

1a analgésico simples

Opções primárias

» **aspirina**: 300-900 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia; 450-900 mg por via retal a cada 4 horas, máximo de 3600 mg/dia

OU

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral/retal a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

» Para dor leve a moderada.

» Os ataques episódicos geralmente respondem bem a analgésicos simples, como paracetamol, ibuprofeno ou aspirina.[12] [13] [14] O tratamento deve ser implementado no início do ataque e precisa ser na dose adequada.

Em curso

sintomas crônicos (>7 a 9 dias de cefaleia/mês)

1a antidepressivos

Opções primárias

» **amitriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada semana, máximo de 100 mg/dia

Em curso

OU

» **doxepina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada semana, máximo de 100 mg/dia

Opções secundárias

» **venlafaxina**: 75 mg/dia por via oral (liberação imediata) inicialmente, administrados em 2-3 doses fracionadas, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 150 mg/dia

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 30 mg/dia

» Geralmente, as doses usadas são baixas e fora da faixa usada para tratar depressão, mesmo quando há comorbidade com a cefaleia tensional.

» Há mais evidências da eficácia com a amitriptilina que com a doxepina ou outros antidepressivos, como venlafaxina e mirtazapina.[15]

» A dosagem deve ser inicialmente baixa e ir aumentando gradativamente até a melhora clínica.

» A duração ideal do tratamento das cefaleias tensionais com agentes preventivos não foi estabelecida.[24] A necessidade de profilaxia é revista a cada 6 meses.

adjunto terapias não medicamentosas

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **biofeedback por EMG**

OU

» **treinamento de relaxamento**

OU

» **terapia cognitivo-comportamental**

OU

Em curso

» massagem focada no ponto-gatilho miofascial

Opções secundárias

» acupuntura

OU

» manipulação vertebral

OU

» fisioterapia

OU

» hipnose

» Treinamento de relaxamento, biofeedback por eletromiografia (EMG),[25] terapia cognitivo-comportamental e massagem focada no ponto-gatilho miofascial[26] demonstraram reduzir cefaleias tensionais. Musicoterapia é de valor dubio no tratamento de cefaleia tensional.[27] Terapia de atenção plena breve pode ser de valor em cefaleia tensional crônica.[28] Medidas físicas,[29] incluindo fisioterapia[30] [31] acupuntura[32] [33] e manipulação vertebral,[31] também podem ser benéficas, mas, assim como a hipnose, as evidências de sua eficácia são fracas.

2a relaxantes musculares

Opções primárias

» tizanidina: 4 mg por via oral a cada 6-8 horas inicialmente quando necessário, aumentar em incrementos de 2-4 mg/dose de acordo com a resposta, máximo de 18 mg/dia

» Há poucas evidências de que a tizanidina seja eficaz na prevenção da cefaleia do tipo tensional.[23]

» A tizanidina pode ser usada por 3 a 6 meses e então descontinuada. O retorno dos sintomas pode sugerir que seja necessária mais terapia com tizanidina.

» A duração ideal do tratamento das cefaleias tensionais com agentes preventivos não foi estabelecida.[24]

adjunto terapias não medicamentosas

Em curso

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» biofeedback por EMG

OU

» treinamento de relaxamento

OU

» terapia cognitivo-comportamental

OU

» massagem focada no ponto-gatilho miofascial

Opções secundárias

» acupuntura

OU

» manipulação vertebral

OU

» fisioterapia

OU

» hipnose

» Treinamento de relaxamento, biofeedback por eletromiografia (EMG),[25] terapia cognitivo-comportamental e massagem focada no ponto-gatilho miofascial[26] demonstraram reduzir cefaleias tensionais. Musicoterapia é de valor dúvida no tratamento de cefaleia tensional.[27] Terapia de atenção plena breve pode ser de valor em cefaleia tensional crônica.[28] Medidas físicas,[29] incluindo fisioterapia[30] [31] acupuntura[32] [33] e manipulação vertebral,[31] também podem ser benéficas, mas, assim como a hipnose, as evidências de sua eficácia são fracas.[34]

Novidades

Toxina botulínica tipo A em músculos pericranianos

A patogênese da cefaleia tensional não está clara e o papel da tensão muscular na cefaleia tensional é particularmente controverso. O alívio da tensão muscular no músculo craniofacial pela toxina botulínica tipo A provavelmente desempenha um papel secundário em seu alívio experimental da cefaleia tensional. A toxina botulínica tipo A mostrou bloquear a liberação de glutamato, substância P e peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, o que pode levar a uma entrada sensorial diminuída no sistema nervoso central e a redução da cefaleia.[24] Os resultados de diversos estudos duplo-cegos controlados por placebo foram combinados e o uso de toxina botulínica para a cefaleia tensional crônica não é recomendado.[36] [37] [38]

Recomendações

Monitoramento

Deve-se considerar a realização de acompanhamento em alguns meses para pacientes com cefaleia tensional, a fim de determinar o progresso e o ajuste dos medicamentos. O paciente pode ser orientado a registrar o número de ataques, as datas e as doses de agentes agudos ingeridos; essas informações podem ser consideradas para o ajuste dos medicamentos.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser aconselhados a iniciar analgésicos ao primeiro sinal de um ataque. Em longo prazo, não se deve administrar analgésicos mais de 2 dias por semana. Se houver necessidade de tratamento adicional, outras opções, como tratamentos preventivos, devem ser consideradas.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
úlcera péptica	variável	média
Ocorre de forma secundária ao uso de um anti-inflamatório não esteroide (AINE). Os AINEs devem ser interrompidos e o paciente avaliado quanto a complicações decorrentes de ulceração gastrointestinal.		

Prognóstico

População em geral

As cefaleias tensionais são provavelmente o tipo mais comum de cefaleia na população geral. Elas são mais comuns entre 20 e 39 anos de idade, diminuindo em seguida. A automedicação com analgésicos simples é geralmente eficaz.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Neurophysiological tests and neuroimaging procedures in non-acute headache: guidelines and recommendations (2nd ed)

Publicado por: European Federation of Neurological Societies

Última publicação em:
2011

Diagnosis and management of headache in adults

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em:
2008

Diretrizes de tratamento

Europa

EFNS guideline on the treatment of tension-type headache

Publicado por: European Federation of Neurological Societies

Última publicação em:
2010

Diagnosis and management of headache in adults

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em:
2008

Nível de evidência

1. Duração e frequência dos sintomas: há evidências de qualidade moderada de que a amitriptilina possa ser mais eficaz para reduzir a duração e frequência da cefaleia em pessoas com cefaleia do tipo tensional crônica moderada a grave.

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Silberstein SD. Tension-type and chronic daily headache. *Neurology*. 1993;43:1644-1649. [Resumo](#)
- Bezov D, Ashina S, Jensen R, et al. Pain perception studies in tension-type headache. *Headache*. 2011;51:262-271. [Resumo](#)
- Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 May 2;285(17):2208-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Banzi R, Cusi C, Randazzo C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(5):CD011681. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(4):CD007587. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Palomeque-Del-Cerro L, et al. Development of a clinical prediction rule for identifying women with tension-type headache who are likely to achieve short-term success with joint mobilization and muscle trigger point therapy. *Headache*. 2011 Feb;51(2):246-61. [Resumo](#)

Referências

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9):629-808. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Fendrich K, Vennemann M, Pfaffenrath V, et al. Headache prevalence among adolescents - the German DMKG headache study. *Cephalalgia*. 2007 Apr;27(4):347-54. [Resumo](#)
3. Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache*. 2004 Oct;44(9):856-64. [Resumo](#)
4. Cheung RT. Prevalence of migraine, tension-type headaches, and other headaches in Hong Kong. *Headache*. 2000 Jun;40(6):473-9. [Resumo](#)
5. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*. 1998 Feb 4;279(5):381-3. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Rains JC, Davis RE, Smitherman TA. Tension-type headache and sleep. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2015;15:520. [Resumo](#)
7. Silberstein SD. Tension-type and chronic daily headache. *Neurology*. 1993;43:1644-1649. [Resumo](#)

8. Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain*. 1991;46:125-132. [Resumo](#)
9. Bezov D, Ashina S, Jensen R, et al. Pain perception studies in tension-type headache. *Headache*. 2011;51:262-271. [Resumo](#)
10. Silva-Néto RP, Peres MF, Valença MM, et al. Accuracy of osmophobia in the differential diagnosis between migraine and tension-type headache. *J Neurol Sci*. 2014 Apr 15;339(1-2):118-22. [Resumo](#)
11. Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001 Jul-Aug;41(7):638-45. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(6):CD011889. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, et al. Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(7):CD011474. [Texto completo](#)
14. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD011888. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010 Nov;17(11):1318-25. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Weinman D, Nicastro O, Akala O, et al. Parenteral treatment of episodic tension-type headache: a systematic review. *Headache*. 2014 Feb;54(2):260-8. [Resumo](#)
17. Friedman BW, Adewunmi V, Campbell C, et al. A randomized trial of intravenous ketorolac versus intravenous metoclopramide plus diphenhydramine for tension-type and all nonmigraine, noncluster recurrent headaches. *Ann Emerg Med*. 2013 Oct;62(4):311-8;e4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Diamond S, Baltes BJ. Chronic tension headache - treated with amitriptyline - a double blind study. *Headache*. 1971 Oct;11(3):110-6. [Resumo](#)
19. Göbel H, Hamouz V, Hansen, et al. Chronic tension-type headache: amitriptyline reduces clinical headache-duration and experimental pain sensitivity but does not alter pericranial muscle activity readings. *Pain*. 1994 Nov;59(2):241-9. [Resumo](#)
20. Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, et al. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 May 2;285(17):2208-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(5):CD011681. [Texto completo](#) [Resumo](#)

22. Adelman LC, Adelman JU, Von Seggern R, et al. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in a clinical setting. *Headache*. 2000 Jul-Aug;40(7):572-80. [Resumo](#)
23. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross-over study. *Headache*. 1992 Nov;32(10):509-13. [Resumo](#)
24. Aoki KR. Evidence for the antinociceptive activity of the botulinum toxin type A in pain management. *Headache*. 2003 Jul-Aug;43(suppl 1):S9-15. [Resumo](#)
25. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3):379-96. [Resumo](#)
26. Moraska AF, Stenerson L, Butryn N, et al. Myofascial trigger point-focused head and neck massage for recurrent tension-type headache: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Clin J Pain*. 2015 Feb;31(2):159-68. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Koenig J, Oelkers-Ax R, Kaess M, et al. Specific music therapy techniques in the treatment of primary headache disorders in adolescents: a randomized attention-placebo-controlled trial. *J Pain*. 2013 Oct;14(10):1196-207. [Resumo](#)
28. Cathcart S, Galatis N, Immink M, et al. Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. *Behav Cogn Psychother*. 2014 Jan;42(1):1-15. [Resumo](#)
29. Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia*. 2004 Jan;24(1):29-36. [Resumo](#)
30. Holroyd KA, Pensien DB. Client variables in the behavioral treatment of recurrent tension headache: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 1986 Dec;9(6):515-36. [Resumo](#)
31. McCrory D, Penzien D, Hasselblad V, et al. Behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache. (Report No. 2085.) Des Moines, IA: Foundation for Chiropractic Education and Research; 2001.
32. Sun Y, Gan TJ. Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. *Anesth Analg*. 2008 Dec;107(6):2038-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(4):CD007587. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Fernández-de-Las-Peñas C, Cleland JA, Palomeque-Del-Cerro L, et al. Development of a clinical prediction rule for identifying women with tension-type headache who are likely to achieve short-term success with joint mobilization and muscle trigger point therapy. *Headache*. 2011 Feb;51(2):246-61. [Resumo](#)
35. Fisher E, Law E, Palermo TM, et al. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (3):CD011118. [Texto completo](#) [Resumo](#)

36. Simpson DM, Hallett M, Ashman EJ, et al. Practice guideline update summary: botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2016 May 10;86(19):1818-26. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Silberstein SD, Gobel H, Jensen R, et al. Botulinum toxin type A in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Cephalalgia*. 2006 Jul;26(7):790-800. [Resumo](#)
38. Karadaş O, Ipekdağ IH, Ulaş UH, et al. Botulinum neuro-toxin aype-A in the treatment of chronic tension type headache associated with pericranial tenderness [in Turkish]. *Agri*. 2012;24(1):9-14. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Mark W. Green, MD, FAAN

Professor of Neurology, Anesthesiology and Rehabilitation Medicine
Director of Headache and Pain Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY
DIVULGAÇÕES: MWG declares that he has no competing interests.

Rachel Colman, MD

Assistant Professor of Neurology
Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY
DIVULGAÇÕES: RC declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Giles Elrington, MBBS (Hons), MD, FRCP

Consultant Neurologist
Barts Health NHS Trust, London, UK
DIVULGAÇÕES: GE is involved in a number of clinical trials on multiple sclerosis sponsored by Genzyme, Roche, Teva, Novartis, Biogen, as well as one funded by the MRC. He is also involved in clinical trials sponsored by Allergan, NMT Medical, GlaxoSmithKline (GSK), Bristol-Myers, the UK's Parkinson's Disease Research Group, and Pharmacia. In addition, he has attended lectures, conferences, and symposia with the following companies: GSK, Astra Zeneca, MSD, Almirall, Pfizer, Menarini, Allergan, Biogen, Teva, Conference Plus, Infomed, BMJ.

Marc S. Husid, MD

Director
Walton Headache Center, Augusta, GA
DIVULGAÇÕES: MSH declares that he has no competing interests.

Paul Davies, MA, MD, FRCP

Consultant Neurologist
Northampton General Hospital, Northampton, UK
DIVULGAÇÕES: PD declares that he has no competing interests.