

neurologia ano 2005 na UNISA Trabalha como neurologista no Instituto Bem Estar no qual é Sócio.

² Farmacêutico formado em 1990 pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas e Bioquímicas Oswaldo Cruz. Doutor em Fármaco e Medicamentos / Produção e Controle pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

³ enfermeira formada em 2006 na UNIBAN, trabalha como enfermeira chefe no Instituto Bem Estar.

⁴ médico formado na Universidade de Mogi das Cruzes em 2009 e estagio de neurologia em Santa Casa de São Paulo em 2016 e fellow em neuroinfecologia no Hospital Emilio Ribas os anos de 2016 e 2017.

Contato com autor: Marcos Kenji Hatakeyama

Email drkenji@yahoo.com.br ,

Endereço residencial rua João Ramalho 108 apt 121 perdizes São Paulo, cep 05008000.

Introdução: O ácido hialurônico (AH) é um polímero natural e não ramificado, pertencente ao grupo dos glicosaminoglicanos. Soluções compostas desta substância são usadas há décadas e consideradas bem toleradas por várias vias de administração, incluindo parenterais. Estudos têm revelado mecanismos multifacetados sobre processos álgicos e inflamatórios, além de seu potencial na regeneração nervosa. A enxaqueca é uma doença com ataques recorrentes de cefaleia. Os mecanismos fisiopatológicos da dor da enxaqueca permanecem mal esclarecidos, mas é provável que envolvam ativação do sistema trigeminovascular.

Objetivo: Descrever relato de caso que envolveu o uso de solução de hialuronato de sódio (HS) 2% por via subcutânea (s.c.) e seu efeito na diminuição de dias de dor na enxaqueca crônica. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório de relato de experiência. Paciente do sexo feminino, 36 anos, com quadro de enxaqueca crônica persistente a 8 anos e refratária a diversas medicações e intervenções. Realizou-se acompanhamento por calendário de dor um mês antes do início do protocolo e 2 meses após sua aplicação, que consistiu de aplicações subcutâneas de 0,1 mL de HS 2% em 31 pontos, seguindo a localização anatômica descrita no protocolo de preempt criado por Silberstein e colaboradores. **Resultados:** O procedimento foi realizado sem intercorrências importantes, com discreto aumento de volume subcutâneo no local de aplicação em regiões frontais e relato de cefaleia intensa no dia de aplicação e após 3 dias em menor intensidade. Além disso, a paciente referiu dor local e transitória imediatamente após aplicações. Não houve sangramento ou episódios de reação alérgica. Antes das aplicações, a paciente apresentava 30 dias de dor ao mês, caracterizando enxaqueca crônica diária. Após a aplicação do protocolo de injeções s.c. de HS 2%, houve redução para 18 dias/mês (- 40%), no mês seguinte com relato de diminuição de intensidade e no outro mês com 15 dias de dor.

Discussão: emprego de modelos experimentais tem precipitado novas teorias sobre os mecanismos de ação do HS no alívio da dor. Uma delas envolve a modulação do receptor vanilóide de potencial transitório 1 (TRPV-1), em que foi constatado que a injeção de HS levou à diminuição de pH, calor e resposta à capsaicina, o que provavelmente deveu-se à estabilização de canais

TRPV1 e consequente diminuição da excitabilidade em terminações nociceptivas. Outra hipótese esta relacionada às interações com o receptor CD44, traduzidas em anti-hiperalgesia principalmente devida a HS de alto peso molecular. O mecanismo proposto é de diminuição de mediadores pró-nociceptivos, como interleucina 6, TNF-alfa, prostaglandina E2 e epinefrina, e na reversão da hiperalgesia induzida pela ativação de PKA e PKC, segundos mensageiros intracelulares, podendo, no conjunto desses mecanismos, contribuir com o alívio de dores inflamatórias e neuropáticas. Esses dados são coerentes com os achados deste trabalho e, em conjunto, revelam uma nova perspectiva para o tratamento da enxaqueca crônica. **Conclusão:** Os resultados revelados pelo presente caso sugerem o potencial promissor do uso de solução HS 2%, conforme protocolo descrito, para tratamento da enxaqueca. Contudo, estudos clínicos controlados devem ser realizados para o esclarecimento objetivo desta hipótese.

DESEMPENHO DOS MÚSCULOS CERVICAIS EM MULHERES COM MIGRÂNEA COM E SEM DOR CERVICAL

BENATTO, Mariana Tedeschi¹; BRAGATTO, Marcela Mendes¹; FLORENCIO, Lidiane Lima²; DACH, Fabíola³; BEVILAQUA-GROSSI, Débora⁴

¹ Fisioterapeuta, Aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

² Fisioterapeuta, Doutora, Professora Visitante do Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação e Medicina Física da Universidade Rei Juan Carlos, Espanha ³ Médica, Doutora, Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

⁴ Fisioterapeuta, Professora Titular do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Contato com autor: Mariana Tedeschi Benatto

E-mail: mariana.benatto@gmail.com

Rua Monte Alegre, 180 - AP 807-A Sumarezinho, Ribeirão Preto - SP

Introdução: A migrânea é uma doença incapacitante que afeta grande parte da população. Atualmente, a queixa de dor cervical e a influência da mesma na incapacidade e desempenho dos músculos cervicais tem sido o foco de alguns grupos de pesquisa. Entretanto, ainda há uma escassez de estudos que comparem o desempenho muscular em indivíduos com queixa de dor cervical em relação aos indivíduos sem dor cervical.

Objetivo: Verificar se mulheres com migrânea e relato de dor cervical apresentam um desempenho muscular diferente daquelas que não apresentam dor cervical.

Métodos: Foram avaliadas 68 mulheres com diagnóstico de migrânea e divididas em dois grupos, grupo migrânea sem dor cervical (N = 25) e grupo migrânea com dor cervical (N = 43). O questionário Migraine Disability Assessment (MIDAS) foi aplicado em ambos os grupos.

Para verificar o desempenho muscular foram realizados o teste de força e de resistência. O teste de força foi realizado com as participantes em decúbito dorsal, para os flexores, e em decúbito ventral para os extensores. Um dinamômetro manual foi posicionado na região frontal ou occipital, respectivamente, e 3 repetições foram registradas. As voluntárias eram estabilizadas com uma cinta não elástica na região pélvica e torácica. Durante o teste de resistência, para os flexores cervicais, as voluntárias foram posicionadas em decúbito dorsal e para os extensores cervicais, em decúbito ventral, sustentando um peso de 2kg. Para ambos os grupos musculares o teste foi iniciado com a cabeça em posição neutra e o tempo de sustentação (s) foi registrado. A comparação entre os grupos migrânea com e sem dor cervical para o desempenho muscular foi realizada pelo teste t de student e as proporções de incapacidade ocasionada pela migrânea pelo teste exato de Fisher. Um nível de significância de 0,05 foi adotado. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética local (n° 6862/2016).

Resultados: A média de idade no grupo migrânea com dor cervical foi de 33,6 anos enquanto que no grupo sem dor cervical foi de 33,3 anos ($p=0,90$). A média de frequência de crises também foi semelhante entre os grupos, sendo de 8,5 no grupo com dor cervical e 7,9 no grupo sem dor cervical ($p=0,74$). Ao comparar os grupos quanto a incapacidade ocasionada pela migrânea, ambos os grupos apresentaram maior porcentagem da classificação “incapacidade severa”, sendo os valores de 74,4% no grupo com dor cervical e 76,0% no grupo sem dor cervical ($p=0,66$). Com relação ao desempenho muscular nos testes, o grupo migrânea com dor cervical apresentou menor resistência para os músculos extensores em comparação ao grupo sem dor cervical (151,7 3 114,3 e 215,0 3 132,6 segundos, respectivamente) ($p=0,04$). Não houve diferença entre os grupos para o teste de força, tanto para flexores quanto para extensores cervicais ($p=0,52$ e $p=0,62$, respectivamente). **Conclusão:** Nossos resultados demonstraram que mulheres com migrânea associada à dor cervical tem pior desempenho muscular para a resistência, mas não para a produção de força. Além disso, a presença da dor cervical não altera a incapacidade ocasionada pela migrânea, sendo ambos severamente comprometidos.

Palavras-chave: Migrânea. Dor cervical. Desempenho muscular. Resistência. Incapacidade.

TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO DA CERVICALGIA E DOR TORÁCICA ASSOCIADAS À MIGRÂNEA CRÔNICA: RELATO DE CASO

SANTIAGO, Michelle Dias¹; CAVERNI, Camila Naegeli²; FUKUE, Rosemeire Rocha³; GOBO, Denise Matheus⁴; VILLA, Thais Rodrigues⁵

¹ Fisioterapeuta, Mestre em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

² Nutricionista, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

³ Psicóloga e Neuropsicóloga, Mestranda em Neurociências, Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Psiquiatra, Fellow em Neurociências pelo Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁵ Neurologista, Pós-Doutorado, Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC) do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Contato com autor: SANTIAGO, Michelle Dias

E-mail: michelle03.santiago@gmail.com

Avenida Rio de Janeiro, 48 – Jardim Marsola – Campo Limpo Paulista, SP 13231-320.

Introdução: Cervicalgia e dor na região torácica são queixas frequentes em pacientes com migrânea crônica e estas podem ser limitantes na funcionalidade desses indivíduos. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente com migrânea crônica que reduziu a frequência, intensidade e duração das dores na região cervical e torácica após tratamento fisioterapêutico. **Métodos:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, encaminhada ao Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias da Universidade Federal de São Paulo, diagnosticada com migrânea crônica associada a frequentes dores na região cervical e torácica. Foi realizado um protocolo de atendimento fisioterapêutico de 12 semanas, com frequência de 3 vezes por semana e duração de 1 hora, onde a paciente foi avaliada na primeira e na última sessão em relação a dor e a mobilidade nas regiões cervical e torácica. Escalas utilizadas: Escala visual analógica (EVA) e questionário Neck Disability Index (NDI). Na primeira avaliação a dor nas regiões citadas apresentava frequência diária, intensidade severa (EVA= 10), com duração maior que 18 horas/dia. O questionário Neck Disability Index teve pontuação de incapacidade completa (maior que 72%) em todos os níveis avaliados. Mobilidade diminuída ou ausente nos movimentos de flexão, extensão e rotação de cervical durante as crises. Nas sessões foram realizadas manipulação e mobilização da região cervical e torácica, associado a alongamento ativo dos músculos flexores, extensores e rotadores da região cervical da paciente. **Resultados:** Após o primeiro mês de atendimento fisioterapêutico a paciente já relatava melhora da dor nas regiões cervical e torácica, assim como o aumento da mobilidade da região cervical, que foram confirmadas na avaliação final com redução de frequência (10 dias/mês), intensidade (EVA=3) e duração das dores (menor que 6 horas). O questionário NID teve pontuação para incapacidade mínima (10 a 28%) na avaliação final. A mobilidade das regiões cervicais e torácica apresentou limitação de movimentação devido a dor no primeiro mês, seguido de mobilidade com dor leve ou ausente durante os movimentos de flexão, extensão e rotação da região cervical na avaliação final. **Conclusão:** A fisioterapia para o tratamento da cervicalgia e dor na região torácica associada a migrânea crônica mostrou-