



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA

PÂMELA PESSOA MAIA DOS SANTOS

**HEMICRANIA PAROXÍSTICA COM APRESENTAÇÕES NA FACE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA: RELATO DE CASO.**

FORTALEZA

2022

PÂMELA PESSOA MAIA DOS SANTOS

HEMICRANIA PAROXÍSTICA COM APRESENTAÇÕES NA FACE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA: RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Odontologia. Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Maria Sales Pinto Fiamengui.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S237h Santos, Pâmela Pessoa Maia dos.
Hemicrania Paroxística com apresentações na face e disfunção temporomandibular associada: relato de caso. / Pâmela Pessoa Maia dos Santos. – 2022.
24 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Lívya Maria Sales Pinto Fiamengui.
1. Hemicrania Paroxística. 2. Cefalalgias Autonômicas do Trígêmeo. 3. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. 4. Dor Facial. 5. Relatos de Casos. I. Título.
- CDD 610.73
-

PÂMELA PESSOA MAIA DOS SANTOS

HEMICRANIA PAROXÍSTICA COM APRESENTAÇÕES NA FACE E DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA: RELATO DE CASO.

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Odontologia. Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui.

Aprovada em: 30/05/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lívia Maria Sales Pinto Fiamengui (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Karina Matthes de Freitas Pontes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Juliana Araújo Oliveira Buosi
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, avós, tios e familiares.

À memória de Valmir Agra, meu querido e eterno avô/pai.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela infinita misericórdia sobre a minha vida, por ter me concedido força, disposição e saúde para concluir a faculdade, por me guiar pelos caminhos certos e nunca soltar minha mão, com Ele nunca estou só e sem Ele nada disso seria possível.

À minha mãe, Wilka, por nunca ter deixado de acreditar em mim, por ser minha inspiração de garra, força e dedicação, com ela aprendi a sonhar e a lutar pelos meus sonhos. Obrigada por ter me dado força e recursos financeiros desde o início da minha vida até chegar a esse momento.

À minha avó e segunda mãe, Jovanira, exemplo de coragem, simplicidade e humildade que com muito carinho me ensinou o caminho da justiça, que sempre esteve ao meu lado nas horas mais difíceis e felizes da minha vida, por ter me ensinado a ter fé e por todas as noites que deixou de dormir seja para me acordar para estudar, seja para me oferecer apoio.

Ao meu padrasto, Jorge Luiz, pelas oportunidades de aprendizagem, pelas trocas de experiências, por todo aporte e amor que me dedicou, por todos os conselhos e todas as preocupações. E ao meu pai, Herysson, pelas palavras de conforto, incentivo e apoio.

À minha querida irmãzinha Giovanna, que sempre foi uma das minhas maiores alegrias, a razão da minha vida e de todas as minhas conquistas.

Aos meus queridos tios, Wdeilton, Andréa, Josilma, Carlos, Josenalba e Alúcio pelos incentivos e dedicação que sempre tiveram por mim, assim como meus queridos primos Guilherme, Beatriz, Wellyson e todos meus outros parentes que sempre torceram por mim e me mantiveram em suas orações – essa conquista é nossa.

Ao meu noivo e amor da minha vida, Marcelo, por desde o Ensino Médio nunca ter desistido de mim, por sempre ter sido meu braço direito, especialmente nos momentos de dificuldades e incertezas.

Às minhas duplas da Universidade Federal do Ceará, Ana Carolina e Daniele, por terem alegrado meus dias, e os meus colegas de classe por sempre terem me acolhido. Às minhas amigas da Universidade Federal da Paraíba, Ayla, Amanda, Anna, Elizabeth e Thayana, por terem me concedido a oportunidade de iniciar esse sonho da graduação junto a elas.

Ao meu querido Projeto de Extensão, GEDO, com o qual compartilhei os últimos 4 anos da graduação, bem como aos seus participantes, que me proporcionaram tantos aprendizados. Também à Liga do Trauma, por enriquecer de conhecimento os meus finais de semana.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Livia Fiamengui, exemplo de profissional, pelas oportunidades concedidas, por ter confiado em mim e por ter me prestado apoio e orientação durante os últimos 4 anos.

Às participantes da banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Karina Matthes e Juliana Oliveira, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos pacientes atendidos durante a graduação e para a elaboração do presente trabalho, por terem cedido a saúde em prol do nosso conhecimento.

“... dentists should be familiar with Chronic Paroxysmal Hemicrania in order to avoid unnecessary, irreversible dental treatment.” (SARLANI, *et al.*, 2003, p. 74).

RESUMO

A Hemicrania Paroxística (HP) é uma cefaleia trigeminoautônômica descrita como uma dor intensa e estritamente unilateral, que ocorre em regiões orbital, supraorbital e temporal, ou qualquer outra combinação destas áreas. Pode ter apresentações na face e coexistir com outras condições, como a Disfunção Temporomandibular (DTM), levando à possibilidade de diagnósticos equivocados. Paciente do sexo feminino, 45 anos, compareceu a uma consulta com um especialista em dor orofacial apresentando cefaleia recorrente intensa caracterizada por uma queimação, latejante, e estritamente do lado direito, associada a sintomas autonômicos ipsilaterais e dor orofacial. Durante as crises, a dor era percebida na região maxilar seguida de dor disseminada para a cabeça. A avaliação interdisciplinar (dentista e neurologista), juntamente com responsividade absoluta à indometacina, assim como ressonância magnética cerebral dentro dos padrões de normalidade, levaram ao diagnóstico de HP episódica primária com apresentação facial e dor miofascial ipsilateral dos músculos mastigatórios, permitindo o manejo adequado de ambas as condições. Os cirurgiões-dentistas devem compreender as cefaleias, tais como a HP, que podem ter apresentações na face, e a possibilidade de coexistência com a DTM, para evitar diagnósticos equivocados e manejo inadequado. A HP pode ser percebida, pela primeira vez, na face, e pode estar associada à dor interparoxística. Nesses casos, é necessária uma anamnese e avaliação clínica eficientes seguidas de uma abordagem interdisciplinar.

Palavras-chave: Hemicrania Paroxística; Cefalalgias Autonômicas do Trigêmeo; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Dor Facial; Relatos de Casos.

ABSTRACT

Paroxysmal Hemicrania (PH) is a trigeminal autonomic cephalalgia described as a severe and strictly unilateral pain, which occurs in paroxysms at orbital, supraorbital and temporal region, or in combination of these sites. It may have representations in the face and be coexistent with other conditions, such as Temporomandibular Disorders (TMD), leading to the possibility of misdiagnosis. A 45-year-old woman presented to an Orofacial pain specialist presenting recurrent severe, burning, throbbing, strictly right-sided headache associated to ipsilateral autonomic symptoms and orofacial pain. During attacks, the pain was perceived on the maxillary region followed by pain spread to the head. Interdisciplinary evaluation (dentist and neurologist), along with absolute responsiveness to indomethacin and normal Brain Magnetic Resonance imaging led to the diagnosis of primary Episodic PH with facial representation and ipsilateral myofascial pain of masticatory muscles enabling a proper management of both conditions. Dentists should be aware of PH with facial representation and the possibility of TMD coexistence in order to avoid misdiagnosis and inadequate management. PH may be first perceived on the face and may be associated with interparoxysmal pain. In these cases, efficient anamnesis and clinical evaluation followed by an interdisciplinary approach is needed.

Keywords: Paroxysmal Hemicrania; Trigeminal autonomic cephalalgias; Temporomandibular joint disorders; Facial pain; Case reports.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Delimitação do local da dor 24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
DTM	Disfunção Temporomandibular
CTA	Cefaleia trigeminoautônômica
HP	Hemicrania Paroxística
HPE	Hemicrania Paroxística Episódica
ICHD	Classificação Internacional de Cefaleias
ICOP	Classificação Internacional de Dor Orofacial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	RELATO DE CASO	15
3	DISCUSSÃO	17
4	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	23
	ANEXO A – FIGURA 1	24

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD),[1] a cefaleia é descrita como uma dor localizada acima da linha orbitomeatal. Além disso, a dor facial é descrita como dor abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço até aos pavilhões auriculares. Embora a designação cefaleia indique uma dor localizada na cabeça, reconhece-se também que algumas cefaleias podem ter apresentações na face [2] como disseminação da dor ou como coativação da primeira, segunda e/ou terceira divisão do nervo trigêmeo. [2]

Em 2020, devido à necessidade de uma classificação clara das dores orofaciais, foi publicada a primeira edição da Classificação Internacional de Dor Orofacial (ICOP) [3] na versão Beta. Com base nisso, e de acordo com as diretrizes do ICOP, os pacientes que apresentam dor exclusivamente na região facial que se assemelha a cefaleias primárias devem ser diagnosticados de acordo com essa classificação.

Os dentistas são muitas vezes os primeiros profissionais procurados em casos de dor orofacial, [4-6] e o conhecimento das condições que podem ter apresentações nas regiões orofaciais é imprescindível para reduzir diagnósticos errôneos e manejos inadequados. A disfunção temporomandibular é um termo coletivo que abrange uma série de problemas clínicos que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e as estruturas associadas.[7] É a dor crônica mais comum que acomete a face [8] e está frequentemente associada a cefaleias primárias.[9]

As cefaleias trigeminoautônômicas (CTAs) compreendem achados clínicos de cefaleias unilaterais, com sinais autônômicos parassimpáticos ipsilaterais à cefaleia.[1] A hemicrania paroxística (HP) é classificada como uma CTA. É descrita como uma dor severa, estritamente unilateral, que se localiza em região orbital, supraorbital, temporal ou em qualquer combinação desses locais, com duração de 2 a 30 minutos e ocorrendo pelo menos 5 vezes ao dia. As crises geralmente estão associadas a hiperemia conjuntival ipsilateral, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal e facial, miose, ptose e/ou edema palpebral. Essa cefaleia é absolutamente sensível à indometacina.[1]

A HP também é uma cefaleia primária rara com apresentação facial infrequente [10-11]. Devido à sua localização, pode ser confundida [12] ou, ainda, coexistir com a DTM.[13] Com isso, entender os envoltimentos faciais das cefaleias primárias pode ser útil para compreender melhor sua fisiopatologia e estabelecer um tratamento adequados.[11] O objetivo deste manuscrito é relatar um caso de HP com apresentação na face e DTM associada.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, parda, procurou um especialista em dor orofacial com queixa de cefaleia unilateral, bem como dor facial e otalgia concomitante. A cefaleia foi descrita como intensa (classificada em 10 na Escala de Avaliação Verbal), em queimação, latejante e estritamente do lado direito, iniciando-se no músculo masseter, estendendo-se para as regiões fronto-orbital, auriculotemporal e maxilar (Figura 1). As crises de dor foram associadas a sintomas autonômicos ipsilaterais (hiperemia conjuntival, ptose, congestão nasal, lacrimejamento e edema facial). Fotofobia e fonofobia também estavam presentes. A paciente relatou o início das crises de dor aos 23 anos. Naquela época, e repetitivamente ao longo de vários anos, ela passou por avaliações odontológicas com uma variedade de profissionais, todos os quais a diagnosticaram com DTM e bruxismo do sono. As crises de dor costumavam ocorrer várias vezes em um período de 20 dias, separadas por períodos de remissão que geralmente duravam de dois a quatro anos. A paciente referiu dificuldades para estabelecer a duração da crise de cefaleia e relatou episódios de dor que duravam aproximadamente 6 horas, que eram caracterizados por crises de dor intensa intercaladas com períodos de desconforto. As crises apresentavam preponderância no período noturno, despertando-a do sono, e eram mais comuns quando estava estressada. Os tratamentos anteriores incluíram o uso de placa oclusal estabilizadora durante o sono, bem como a prescrição de relaxantes musculares, que foram úteis para reduzir a dor na face. Além disso, foi realizada exodontia do segundo pré-molar superior direito, pois a paciente relatou odontalgia e acreditava ser a fonte da dor.

A avaliação intraoral evidenciou lesão cervical não cariada classe V no primeiro pré-molar superior direito e ausência do segundo pré-molar superior direito. A radiografia panorâmica não evidenciou anormalidades. A avaliação clínica mostrou alodínia e hiperalgesia nas regiões fronto-orbitária e auriculotemporal, além de dor miofascial nos músculos temporal direito (com referência na ATM) e masseter (com dor com referência no primeiro molar superior direito e região edêntula do pré-molar superior direito).

As características da dor e os sintomas associados atendiam aos critérios diagnósticos de Hemicrania Paroxística Episódica (HPE) do ICHD e, para avaliar a resposta da indometacina, foi prescrita indometacina oral (25mg/dia) juntamente com um gastroprotetor. Devido à resposta positiva à indometacina, a HPE foi confirmada e a paciente foi encaminhado ao neurologista.

O exame neurológico evidenciou resultados normais, exceto por disestesia no primeiro ramo direito do nervo trigêmeo (V1). A ressonância magnética cerebral e a angiografia por ressonância magnética não revelaram anormalidades.

Após avaliação interdisciplinar (cirurgião-dentista e neurologista), a paciente foi diagnosticada com HPE primária e dor miofascial ipsilateral dos músculos mastigatórios. O paciente também apresentava bruxismo em vigília e do sono autorreferido. O tratamento neurológico foi principalmente farmacológico, que incluiu a ingestão diária de prednisona 40mg por 7 dias e indometacina 50mg até duas vezes ao dia, com alívio significativo da dor. Após 1 mês, a paciente foi reavaliada pelo neurologista e relatou apenas um episódio de crise de dor nesse período. O tratamento da DTM incluiu programas de automanejo (aconselhamento, termoterapia, automassagem, bem como monitoramento e prevenção de hábitos parafuncionais orais) [14] uso de placa oclusal durante o sono, farmacoterapia (nortriptilina 10mg por 2 meses e ciclobenzaprina 5mg por 15 dias) e 5 sessões de agulhamento seco nos pontos musculares dolorosos. Também foi realizado tratamento odontológico regular (não relacionado ao controle da dor).

Figura 1 – Delimitação do local da dor



Fonte: Arquivo pessoal.

3 DISCUSSÃO

Este relato de caso teve como objetivo alertar os clínicos sobre a existência e as características clínicas de HPE com apresentações na face e possível coexistência com a DTM, o que pode retardar o diagnóstico de CTAs.

A HP foi descrita pela primeira vez em 1974, por Sjaastad e Dale [15] e sua patogênese permanece pouco compreendida. Tem sido sugerido que a dor e outros sintomas de HP podem ser devidos a uma disfunção no hipotálamo, resultando em desestabilização do sistema trigeminovascular e desinibição central do reflexo trigeminoautônomo, possivelmente através de conexões diretas hipotálamo-trigêmeo.[16] Ataques de HP ocorrem mais frequentemente durante o dia, [10,17,18] mas ataques noturnos também foram descritos. [19-21]

A HP é igualmente prevalente em homens e mulheres, [1,22] com idade média de início aos 30 anos,[19] tem duração relativamente curta, localização estritamente unilateral, sinais autonômicos cranianos no mesmo lado da dor e responsividade absoluta à indometacina.[1]

Provavelmente devido à raridade da HP, o que dificulta a realização de ensaios clínicos randomizados bem delineados, as ferramentas terapêuticas disponíveis são limitadas.[23] A resposta farmacológica definitiva da indometacina é de grande valia para o diagnóstico diferencial, sendo o fármaco mais utilizado tanto para casos agudos como tratamento prolongado.[23] A dose diária efetiva média de indometacina varia de 25 a 300mg.[19,24-27] Alguns pacientes, no entanto, podem relatar efeitos adversos, como tontura e manifestações gastrointestinais, portanto, deve ser considerado iniciar o tratamento com dose baixa. Nos casos em que seja necessária uma dose diária reduzida de indometacina, ou em casos de sua descontinuação, outros medicamentos, como piroxicam [23,28,29], prednisona [30,31], verapamil [22,23,25], topiramato [23,26,32,33], amitriptilina [4] e oxigênio podem ser propostos [10,17,23].

Como mencionado anteriormente, a HPE é uma dor orbital, supraorbital e/ou temporal, e o diagnóstico diferencial inclui diversas condições, como outros CTAs, dor hemifacial paroxística, migrânea, neuralgia trigeminal, sinusite, DTM e dor de dente. A dor hemifacial paroxística é uma dor orofacial que também compartilha semelhanças com a HP. É bem descrita no ICOP como uma crise de dor estritamente hemifacial de curta duração, sem cefaleia, associada aos mesmos sinais autonômicos descritos para CTAs, porém sem envolvimento da cabeça.[3] Assim, a localização da dor é definitiva para seu diagnóstico. No presente caso clínico, a existência de cefaleia concomitante foi mandatória para o diagnóstico de HP.

Dessa forma, os clínicos devem realizar rotineiramente uma anamnese e exame físico detalhados dos pacientes com dor orofacial a fim de coletar características específicas da dor, levando ao diagnóstico precoce e evitando tratamentos desnecessários. Estudos anteriores relataram pacientes com HP que foram submetidos a intervenções desnecessárias, como procedimentos odontológicos [4-6,21,34,35], cirurgia de seio maxilar [12] e tratamentos de DTM [13,21,34,36].

Pacientes com HP podem apresentar sensibilidade muscular ipsilateral [4] e, segundo Cittadini, 2008 [10], o envolvimento de V2, V3, dos maxilares e dos dentes é raro, mas pode ocorrer. Ao analisar 2.912 pacientes, Ziegeler e May, 2019 [11], descreveram apenas 4 que apresentavam cefaleia com envolvimento facial em que a dor era percebida principalmente em V2 e/ou V3, mas também se espalhava para V1. No presente caso clínico, durante a crise, o paciente primeiro percebeu dor na região maxilar seguida de dor disseminada para a cabeça. Ela também relatou envolvimento de um dente pré-molar superior ipsilateral, porém, o exame clínico indicou ponto-gatilho localizado no músculo masseter direito como fonte de dor. A associação entre DTM e CTAs não foi bem estabelecida, mas a sensibilização dos ramos V2 e V3 do nervo trigêmeo foi demonstrada em outras cefaleias primárias. [9,37,38]

Pacientes com HP também podem apresentar dor interparoxística, geralmente de intensidade mais leve. [19,26] Neste relato de caso, o paciente descreveu crises de dor intensa intercaladas por desconforto, porém não ficou claro se era sintoma de HP ou DTM. O diagnóstico diferencial de hemicrania contínua também foi considerado, porém esta caracteriza-se por dor contínua e moderada [22] e por isso foi descartado.

Nos casos em que a HP é comórbida com outras condições, um diário de cefaleia pode ser útil para fornecer informações sobre os aspectos da dor e facilitar o diagnóstico diferencial.[10] O uso excessivo de medicamentos também é comum em indivíduos com cefaleias primárias, levando ao risco aumentado de desenvolver cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Portanto, esse fator também deve ser considerado ao preencher um diário de cefaleia.[10]

Embora incomuns, estudos futuros sobre a associação entre HP com apresentação facial e DTM são sugeridos para elucidar sua fisiopatologia e aprimorar estratégias terapêuticas. Como nota final, os clínicos devem estar familiarizados com ICOP e ICHD.

4 CONCLUSÃO

Os cirurgiões-dentistas devem estar atentos à HP com apresentação na face e à possibilidade de coexistência com DTM, uma vez que os pacientes podem procurar primeiro tratamento em serviços de dor orofacial. Nesses casos, a abordagem interdisciplinar é fundamental para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The international classification of headache disorders, (beta version). **Cephalalgia**, v. 33, n. 9, p. 629-808, 2013.
2. GAUL, C. *et al.* Orofacial migraine. **Cephalalgia**, v. 27, n. 8, p. 950-952, 2007.
3. ICOP. International Classification of Orofacial Pain, (ICOP). **Cephalalgia**, v. 40, n. 2, p. 129-221, 2020.
4. BENOLIEL, Rafael; SHARAV, Y. Paroxysmal hemicrania: case studies and review of the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 85, n. 3, p. 285-292, 1998.
5. BAHRA, A.; GOADSBY, P. J. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. **Acta neurologica scandinavica**, v. 109, n. 3, p. 175-179, 2004.
6. BALASUBRAMANIAM, Ramesh; KLASSER, Gary D.; DELCANHO, Robert. Trigeminal autonomic cephalalgias: a review and implications for dentistry. **The Journal of the American Dental Association**, v. 139, n. 12, p. 1616-1624, 2008.
7. DE LEEUW, Reny *et al.* (Ed.). Diagnostic Classification of Orofacial Pain. In: LEEUW, R.; KLASSER, G.D. **Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management**. Hanover Park, IL: Quintessence Publishing Company, Incorporated, 2018. p.50-60.
8. LIPTON, James; SHIP, Jonathan; LARACH-ROBINSON, Dina. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. **The Journal of the American Dental Association**, v. 124, n. 10, p. 115-121, 1993.
9. BALLEGAARD, V. *et al.* Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. **Cephalalgia**, v. 28, n. 8, p. 832-841, 2008.
10. CITTADINI, Elisabetta; MATHARU, Manjit S.; GOADSBY, Peter J. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. **Brain**, v. 131, n. 4, p. 1142-1155, 2008.
11. ZIEGELER, Christian; MAY, Arne. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. **Neurology**, v. 93, n. 12, p. e1138-e1147, 2019.
12. SARLANI, Eleni *et al.* Chronic paroxysmal hemicrania: a case report and review of the literature. **Journal of orofacial pain**, v. 17, n. 1, 2003.
13. PORPORATTI, André Luís *et al.* The coexistence of paroxysmal hemicrania and temporomandibular disorder: importance of multidisciplinary approach. **Indian Journal of Dental Research**, v. 25, n. 1, p. 119, 2014.

14. DURHAM, Justin *et al.* Self-management programmes in temporomandibular disorders: results from an international Delphi process. **Journal of oral rehabilitation**, v. 43, n. 12, p. 929-936, 2016.
15. SJAASTAD, Ottar; DALE, Inge. A new (?) clinical headache entity “chronic paroxysmal hemicrania” 2. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 54, n. 2, p. 140-159, 1976.
16. MALICK, Amy; STRASSMAN, Rew M.; BURSTEIN, Rami. Trigeminohypothalamic and reticulohypothalamic tract neurons in the upper cervical spinal cord and caudal medulla of the rat. **Journal of Neurophysiology**, v. 84, n. 4, p. 2078-2112, 2000.
17. BOES, Christopher J.; DODICK, David W. Refining the clinical spectrum of chronic paroxysmal hemicrania: a review of 74 patients. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 42, n. 8, p. 699-708, 2002.
18. ZIDVERC-TRAJKOVIC, J. *et al.* Cluster headache and paroxysmal hemicrania: differential diagnosis. **Cephalalgia**, v. 25, n. 4, p. 244-248, 2005.
19. ANTONACI, Fabio; SJAASTAD, Ottar. Chronic paroxysmal hemicrania (CPH): a review of the clinical manifestations. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 29, n. 10, p. 648-656, 1989.
20. DODICK, David W.; EROSS, Eric J.; PARISH, James M. Clinical, anatomical, and physiologic relationship between sleep and headache. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 43, n. 3, p. 282-292, 2003.
21. VIANA, Michele *et al.* Diagnostic and therapeutic errors in trigeminal autonomic cephalalgias and hemicrania continua: a systematic review. **The journal of headache and pain**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2013.
22. PRAKASH, Sanjay; PATELL, Rushad. Paroxysmal hemicrania: an update. **Current pain and headache reports**, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2014.
23. BARALDI, Carlo *et al.* Therapeutical approaches to paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and short lasting unilateral neuralgiform headache attacks: a critical appraisal. **The journal of headache and pain**, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2017.
24. PAREJA, Juan A.; ÁLVAREZ, Mónica. The usual treatment of trigeminal autonomic cephalalgias. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 53, n. 9, p. 1401-1414, 2013.
25. OSMAN, Chinar; BAHRA, Anish. Paroxysmal hemicrania. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 21, n. Suppl 1, p. S16, 2018.
26. PRAKASH, Sanjay *et al.* Paroxysmal hemicrania: a retrospective study of a consecutive series of 22 patients and a critical analysis of the diagnostic criteria. **The Journal of Headache and Pain**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2013.

27. RAMUSINO, Matteo Cotta *et al.* The treatment of trigeminal autonomic cephalalgias: An overview. **J. Oral Facial Pain H**, v. 33, p. 89-104, 2019.
28. SJAASTAD, Ottar; ANTONACI, Fabio. A piroxicam derivative partly effective in chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 35, n. 9, p. 549-550, 1995.
29. EVERS, Stefan; HUSSTEDT, Ingo-Wilhelm. Alternatives in drug treatment of chronic paroxysmal hemicrania. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 36, n. 7, p. 429-432, 1996.
30. BRANDT, T.; PAULUS, W.; PÖLLMANN, W. Cluster headache and chronic paroxysmal hemicrania: current therapy. **Der Nervenarzt**, v. 62, n. 6, p. 329-339, 1991.
31. VELOSO, Germany Gonçalves *et al.* Episodic paroxysmal hemicrania with seasonal variation: case report and the EPH-cluster headache continuum hypothesis. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, p. 944-947, 2001.
32. COHEN, A. S.; GOADSBY, P. J. Paroxysmal hemicrania responding to topiramate. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 78, n. 1, p. 96-97, 2007.
33. CAMARDA, Cecilia; CAMARDA, Rosolino; MONASTERO, Roberto. Chronic paroxysmal hemicrania and hemicrania continua responding to topiramate: two case reports. **Clinical neurology and neurosurgery**, v. 110, n. 1, p. 88-91, 2008.
34. DELCANHO, Robert E.; GRAFF-RADFORD, Steven B. Chronic paroxysmal hemicrania presenting as toothache. **Journal of orofacial pain**, v. 7, n. 3, 1993.
35. MONCADA, Elizabeth; GRAFF-RADFORD, Steven B. Benign indomethacin-responsive headaches presenting in the orofacial region: eight case reports. **Journal of Orofacial Pain**, v. 9, n. 3, 1995.
36. GRAFF-RADFORD, Steven B. Headache problems that can present as toothache. **Dental Clinics of North America**, v. 35, n. 1, p. 155-170, 1991.
37. GONÇALVES, Daniela Aparecida de Godoi *et al.* Temporomandibular symptoms, migraine, and chronic daily headaches in the population. **Neurology**, v. 73, n. 8, p. 645-646, 2009.
38. SPECIALI, José G.; DACH, Fabíola. Temporomandibular dysfunction and headache disorder. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, v. 55, p. 72-83, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

DRA. JULIANA OLIVEIRA
cirurgiã-dentista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, LUCIANA VIANA PENHA,
portador(a) do CPF 827.462.493-91, declaro que autorizo a
profissional Juliana Araújo Oliveira utilizar os dados clínicos, fotos, vídeos
e exames, da minha condição para fins acadêmicos, como publicação de
artigos científicos e relato do caso em aulas e palestras. Sendo orientada
que a mesma não irá revelar minha identidade, sempre utilizando
recursos para ocultá-la.

Fortaleza, 15/09/2020

Assinatura: Luciana Viana Penha



ANEXO A – FIGURA 1

Figura 1 – Delimitação do local da dor



Fonte: Arquivo pessoal.