

# Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Cefaleias

3 e 4 de maio de 2024

Hotel Vila Galé Lagos



**PROGRAMA**

# DIREÇÃO

## PRESIDENTE

RAQUEL GIL-GOUVEIA

CAROLINA LEMOS

FILIPE PALAVRA

RENATO OLIVEIRA



## COMISSÃO CIENTÍFICA

ANDREIA COSTA

ANTÓNIO JORGE

CARLOS ANDRADE

CARLOS FONTES RIBEIRO

ELSA PARREIRA

GONÇALO BONIFÁCIO

HELENA GENS

HENRIQUE DELGADO

INÊS CARRILHO

ISABEL LUZEIRO

LILIANA PEREIRA

MANUELA PALMEIRA

MIGUEL ALVES FERREIRA

MIGUEL RODRIGUES

PAULA ESPERANÇA

PAULO COELHO

SARA MACHADO

SARA VARANDA

# PATROCINADORES

abbvie

 **ORGANON**  
Here for her health

Lundbeck 

teva

 Pfizer

 GRÜNENTHAL

## SECRETARIADO

 Norahs  
EVENTS

NorahsEvents Lda.

[www.norahsevents.pt](http://www.norahsevents.pt)

Email: [eventos@norahsevents.pt](mailto:eventos@norahsevents.pt)

Tel: +351 933 205 202

(Chamada para rede móvel nacional)

- 10h30** **Abertura Secretariado**
- 11h00-11h15** **Sessão de Abertura**  
Direção SPC
- 11h15-12h45** **Sessão I – Cefaleias Secundárias**  
(CC01 - CC05 | CO01 - CO04)  
**Moderadores:** Henrique Delgado e Paulo Coelho
- 12h45-13h30** **Sessão “OUTSIDE OF THE BRAIN BOX”**  
**Moderadores:** Miguel Alves Ferreira e Renato Oliveira
- O impacto no sono dos doentes com enxaqueca tratados com mABs  
Ângelo Fonseca
- Sintomas visuais não aura em doentes com enxaqueca episódica sem aura  
Mariana Dias Costa
- Validação da escala MIBS 4 na população portuguesa  
Sofia Ferrão Malheiro
- 13h30-14h30** **Almoço**
- 14h30-16h00** **Sessão II – Cefaleias Trigémico Autonómicas**  
(CC06 - CC13 | CO05 - CO06)  
**Moderadores:** Andreia Costa e Liliana Pereira
- 16h00-16h30** **Coffee-break**
- 16h30-17h30** **SIMPÓSIO SATÉLITE**   
**Moderadora:** Andreia Costa
- Atogepant na profilaxia da Enxaqueca – Partilha de experiência**  
Nirit Lev
- 17h30-19h00** **Sessão III – Nevralgia do Trigémio e Aura**  
(CC14 - CC16 | CO07 - CO08 | CC17 - CC19 | CO09 )  
**Moderadores:** Gonçalo Bonifácio e Paula Esperança
- 19h00** **Assembleia Geral Eleitoral**

**08h30-10h30 Sessão IV – Enxaqueca – Fisiopatologia e Gestão de doença**  
(CO10 - CO18)

**Moderadores:** Carlos Andrade e Miguel Rodrigues

**10h30-11h30 SIMPÓSIO SATÉLITE**  **ORGANON**  
Here for her health

**Sex, gender and CGRP – What's New?**

10h30 **Sex and gender differences in migraine**

Elsa Parreira

10h55 **Sex hormones and CGRP**

Raquel Gil-Gouveia

11h20 **Future perspectives Q&A**

Raquel Gil-Gouveia e Elsa Parreira

**11h30-12h00 Coffee-break**

**12h00-12h45 Conferência Prof. Pereira Monteiro**

**Moderadora:** Isabel Luzeiro

**Clinical Neurophysiology of the Migraine Brain**

Gianluca Coppola

**12h45-14h30 LUNCH SYMPOSIUM**  

**O Tratamento Revolucionário para a Enxaqueca**

**Moderadora:** Raquel Gil-Gouveia

**O que distingue o novo aCGRP para o tratamento da Enxaqueca**

Elsa Parreira

**Discussão**

Raquel Gil-Gouveia e Elsa Parreira

**14h30-17h00 Sessão V – Terapêutica da Enxaqueca**

(CC19 - CC20 | CO19 - CO26)

**Moderadores:** Sara Machado e Sara Varanda

**17h00 Entrega dos Prémios e Bolsas**

**Encerramento**

# Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Cefaleias

3 e 4 de maio de 2024

Hotel Vila Galé Lagos



**LIVRO DE RESUMOS**

# COMUNICAÇÕES ORAIS



## CO-01 - FATORES INFLUENCIADORES DA RESPOSTA AO TRATAMENTO MÉDICO NA CEFALeia ATRIBUÍDA A HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA - ESTUDO MULTICÊNTRICO

Sofia Lopes<sup>1</sup>; Joana Almada Silva<sup>2</sup>; Sofia Bernardo Silva<sup>2</sup>; João Morgadinho<sup>3</sup>; Eduarda Alves<sup>4</sup>; Carolina Gavancho<sup>5</sup>; Gonçalo Cabral<sup>6</sup>

1 - Serviço de Neurologia - Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurologia - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; 3 - Serviço de Neurologia - Hospital Garcia de Orta; 4 - Serviço de Neurologia - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 5 - Serviço de Neurologia - Centro Hospitalar Lisboa Central; 6 - Serviço de Neurologia - Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Central

**Introdução:** A cefaleia atribuída a hipertensão intracraniana idiopática (HICi) afeta principalmente mulheres jovens, com excesso de peso ou obesidade, podendo apresentar diversos fenótipos. Apesar do tratamento inicial, uma proporção considerável de doentes mantém cefaleia, sendo contraditórios os fatores associados à boa resposta terapêutica médica.

**Objetivos:** Investigar os fatores associados à boa resposta ao tratamento médico aos 3, 6 e 12 meses, definida como redução  $\geq 50\%$  do número dias de dor por mês (outcome primário) ou melhoria do papiledema (outcome secundário) em doentes com HICi

**Métodos:** Estudo observacional retrospectivo multicêntrico. Incluíram-se doentes com diagnóstico de HICi, segundo critérios de Friedman, com cefaleia à apresentação e idade  $\geq 18$  anos, observados entre 2011-2023 na consulta externa de neurologia de seis hospitais.

**Resultados:** Incluíram-se 118 doentes (110 do sexo feminino), com mediana de idade ao diagnóstico de 31 anos (AIQ 16); 64.4% com  $IMC \geq 30$  (média  $32.6 \pm 7$  Kg/m<sup>2</sup>); 78.0% com papiledema e 56.8% com diminuição da acuidade visual. Apresentavam fenótipo da cefaleia migranoso (n=49, 41.5%), tipo tensão (n=39, 33.1%) ou não classificável (n=30, 25.4%). O tratamento médico prescrito inicialmente foi a acetazolamida em 85.6% ou topiramato em 8.5% dos casos. Relativamente ao outcome primário, verificou-se associação estatisticamente significativa positiva com a seleção de acetazolamida como tratamento inicial (p-valor=0.005) e associação negativa com agravamento da cefaleia em decúbito (p-valor $\chi^2$ =0.027), diminuição da acuidade visual (p-valor $\chi^2$ =0.042) e alterações na RM-CE (p-valor $\chi^2$ =0.018). A obesidade associou-se negativamente com o outcome secundário (p-valor $\chi^2$ =0.050). Na análise multivariada, tratamento inicial com acetazolamida (p-valor $\chi^2$ =0.040) e ausência de agravamento da cefaleia em decúbito (p-valor $\chi^2$ =0.027) associaram-se de forma independente com o outcome primário.

**Conclusão:** O tratamento inicial com acetazolamida e ausência de agravamento da cefaleia em decúbito são possíveis fatores preditores de resposta favorável aos 12 meses. A melhoria do papiledema foi menos frequente nos doentes obesos. São necessários estudos prospectivos, com maior número de doentes.

## CO-02 - CHARACTERIZATION AND ADVANCES IN THE STUDY AND TREATMENT OF PATIENTS WITH INTRACRANIAL HYPOTENSION

Carolina Gavancho<sup>1,2</sup>; Danila Kuroedov<sup>3</sup>; Rodrigo Lindeza<sup>3</sup>; Carolina Guerreiro<sup>1,2</sup>; Miguel Pimenta<sup>1</sup>; José Rosa<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Hospital de São José, Unidade Local de Saúde São José. Lisboa, Portugal; 2 - Departamento de Neurociências, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal; 3 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital de São José, Unidade Local de Saúde São José. Lisboa, Portugal

**Introduction:** Spontaneous intracranial hypotension (SIH) is a potentially severe condition, secondary to CSF leak caused by a dural tear, leaking meningeal diverticulum or CSF-venous fistula (CVF). Diagnosis may be challenging due to a variable clinical presentation and treatment may fail due to inadequate fistula identification.

**Objectives:** Characterization of patients with intracranial hypotension according to the clinical presentation/headache phenotype, discussion of novel diagnostic approaches and consideration of other therapeutic options.

**Methods:** We retrospectively studied patients admitted to the Neurology Department of Hospital de São José between 2016 and 2023 with intracranial hypotension.

**Results:** All 13 patients admitted with intracranial hypotension (69,2% females, 30,8% males, average age 43 years) presented with headache (77% with orthostatic headache, 8% with migrainous phenotype, one with thunderclap phenotype and one with intracranial hypertension phenotype). The most frequently associated symptom was neck pain (46%), followed by diplopia (31%), tinnitus, vertigo and sensorimotor deficits (15%) and cognitive symptoms (8%). One patient had a post dural puncture headache diagnosis and 31% had minor trauma potentially associated with CSF leakage, although a spinal CSF fistula was only documented in 2 patients (15%). Due to uprising interest in SIH worldwide, algorithms have been developed to appropriately diagnose and treat this pathology, which only recently have been implemented in our hospital care.

**Conclusion:** Given its variable clinical presentation, a high suspicion is needed for the diagnosis of intracranial hypotension. Although 30–70% of SIH patients show marked improvement following epidural blood patches applied via various techniques, definite cure mostly requires surgical closure of ventral dural tears and surgical ligations of leaking nerve root sleeves associated with meningeal diverticulae or CSF-venous fistulas. For the latter, transvenous embolization with liquid embolic agents via the azygos vein system is a novel and valuable therapeutic alternative.

## CO-03 - CEFALEIA ATRIBUÍDA A HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: QUALIDADE DE VIDA A LONGO PRAZO

Aurora Costa<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Stefanie Moreira<sup>1</sup>; Filipa Sousa<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

### 1 - Unidade Local de Saúde de Braga

**Introdução:** A cefaleia atribuída a hipertensão intracraniana idiopática (HICi) é uma cefaleia secundária, afetando predominantemente mulheres, com excesso de peso/obesidade. Pode interferir significativamente nas atividades diárias, laborais e relações interpessoais, desconhecendo-se os fatores que condicionam maior impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida em doentes com hipertensão intracraniana idiopática e cefaleia persistente mais de 24 meses após o diagnóstico.

**Métodos:** Estudo observacional transversal de uma amostra de doentes seguidos em consulta de Neurologia (2016-2022). Recolha de dados demográficos, características da cefaleia e tratamento instituído. Aplicaram-se dois questionários de qualidade de vida (SF-36, HIT-6) por via telefónica.

**Resultados:** Incluíram-se 16 doentes, a maioria do sexo feminino, média de idade ao diagnóstico de 37.6 anos ( $\pm 12$ ), com seguimento médio de 4.1 anos ( $\pm 1.9$ ). Oito doentes apresentaram fenótipo migranoso e oito não migranoso. No HIT-6, obteve-se uma mediana de 52 pontos (AIQ=19), 43.8% dos doentes reportando cefaleias com impacto negativo substancial. Na escala SF-36, verificou-se um maior impacto na qualidade de vida nos domínios de capacidade funcional, com média de 70.6 pontos ( $\pm 28.3$ ) e de aspetos sociais, com mediana de 75 pontos (AIQ=47). Houve correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa, entre a idade e a pontuação no HIT-6 e também relação estatisticamente significativa entre a idade e subgrupos do SF-36 (estado geral, capacidade funcional, limitações física e emocional e dor), sugerindo menor qualidade de vida em doentes mais velhos. Sem relação entre a pontuação nas escalas e o fenótipo da cefaleia ou os tratamentos instituídos.

**Conclusões:** Salvaguardando a dimensão da amostra, estes resultados sugerem um impacto significativo das cefaleias na qualidade de vida a longo prazo nos doentes com hipertensão intracraniana idiopática, particularmente nos domínios de capacidade funcional e social e em indivíduos mais velhos.

## CO-04 - CEFALEIA POR USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS: DEPENDÊNCIA E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Sofia Reis Marques<sup>1</sup>; Matilde Gomes<sup>1</sup>; Andreia Ferreira<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Margarida Lopes<sup>2</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

1 - ULS Braga; 2 - Centro Hospitalar do Médio Ave

**Introdução:** A cefaleia por uso excessivo de medicamentos pode surgir da interação entre fatores biológicos e psicológicos, de entre os quais a personalidade. Os doentes com esta patologia parecem ser mais introvertidos e apresentar traços de neuroticismo, que se traduzem numa maior prevalência de depressão. O objectivo primário deste estudo foi determinar eventuais traços de personalidade associados ao diagnóstico de cefaleia por uso excessivo de medicamentos.

**Métodos:** Seleccionados consecutivamente da uma consulta de cefaleias doentes com enxaqueca de acordo com a ICHD-3, posteriormente divididos em dois grupos: sem e com abuso medicamentoso (passado ou atual). Após consentimento informado, enviadas eletronicamente a cada doente duas escalas psicométricas, a Severity of Dependence Scale (SDS) e o Inventário de Personalidade dos Cinco Fatores NEO – forma reduzida (NEO-FFI-20).

**Resultados:** Obtidas 128 respostas válidas, incluindo 46 doentes com abuso medicamentoso. A mediana de idades fixou-se nos 40 anos (IQR=46-30) e 23 (18.0%) casos eram do género masculino. Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na gravidade da dependência ( $z=-0.311$ ;  $p=0.756$ ), avaliada pela SDS. Os doentes com abuso medicamentoso reportaram mais frequentemente seguimento prévio em consulta de psiquiatria ( $\chi^2=5.866$ ;  $df=1$ ;  $p=0.015$ ). Estes pontuaram significativamente menos na dimensão “amabilidade” ( $z=-2.408$ ;  $p=0.016$ ), no entanto, esta disparidade não se confirmou quando avaliados os doentes com antecedentes psiquiátricos isoladamente ( $z=-0.010$ ;  $p=0.992$ ). Não se verificaram diferenças entre grupos nos restantes fatores da personalidade.

**Discussão:** A cefaleia por uso excessivo de medicamentos não parece associar-se a elevada severidade de dependência, sendo discutível se se trata de uma verdadeira dependência. Será determinante perceber se é a comorbilidade psiquiátrica que promove o consumo abusivo de analgésicos ou se, por outro lado, é a necessidade frequente de medicação abortiva que acarreta maiores níveis de ansiedade e depressão.

## CO-05 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE UMA COORTE DE CEFALÉIAS EM SALVAS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Beatriz Barreto<sup>1,2</sup>; Inês Sá Pereira<sup>1</sup>; Carolina Correia<sup>1,2</sup>; Madalena Pinto<sup>1</sup>; Andreia Costa<sup>1,3</sup>; Rafael Dias<sup>1,3</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., Porto, Portugal; 2 - Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** A cefaleia em salvas é uma dor de cabeça primária extremamente debilitante. Apesar da intensidade dos seus episódios e do impacto na vida dos doentes, é frequentemente subdiagnosticada.

**Objetivos:** Caracterização epidemiológica, clínica e terapêutica de uma coorte de doentes com cefaleia em salvas.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo de doentes com cefaleia em salvas seguidos na consulta de Neurologia de um hospital terciário, entre 2009 e 2024.

**Resultados:** Foram identificados 34 doentes, 82% homens, com idade média de 50 anos. A mediana de idade de início dos sintomas foi de 31 anos, com uma mediana de atraso no diagnóstico de 2 anos. A maioria dos doentes (82%) apresentava tabagismo ativo ou prévio e dois doentes apresentavam história familiar positiva. A maioria, 82%, apresentava a forma episódica e todos à exceção de um apresentavam sintomas disautónómicos, sendo os mais comuns o lacrimejo (85%) e a congestão nasal e/ou rinorreia (50%). 85% dos doentes referiam agitação durante as crises e 56% reportavam características migranosas. A maioria dos doentes apresentava duas ou mais crises por dia (56%), com duração inferior a 1 hora (62%) e 59% relatava um predomínio noturno. Metade dos doentes referia períodos de salvas com duração inferior a um mês. O tratamento agudo mais utilizado foi o zolmitriptano nasal (79%), seguido do oxigénio (máscara de alto fluxo) (74%). A maioria dos doentes realizou tratamento de transição com corticosteroides (85%), 65% com bloqueios do grande nervo occipital e 56% ambos. O tratamento preventivo mais utilizado foi o verapamilo (79%), seguido do topiramato (53%), com sete doentes a realizar anticorpo anti-CGRP.

**Conclusões:** Este estudo destaca as características epidemiológicas e clínicas da nossa coorte, destacando-se o predomínio masculino e a associação com o tabagismo. As várias opções terapêuticas utilizadas refletem a complexidade do controlo sintomático, realçando-se, ainda, a importância do diagnóstico precoce.

## CO-06 - HÁBITOS DE SONO EM DOENTES COM CEFALEIA EM SALVAS

Carolina Guerreiro<sup>1</sup>; Marta Sequeira<sup>1</sup>; Paula Esperança<sup>1</sup>; Carolina Gavancho<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde São José

A cefaleia em salvas (CH) é uma cefaleia primária que apresenta frequentemente ritmo circadiano, por vezes com predomínio noturno. Os doentes com CH reportam má qualidade do sono em fases de remissão e os padrões de sono irregulares podem ser um fator desencadeante das crises de CH. A relação entre a CH e a patologia do sono ainda não está totalmente esclarecida.

Para estudar os seus hábitos de sono, colhemos retrospectivamente dados dos doentes com CH seguidos em Consulta de Cefaleias no nosso hospital, desde 2017. Foram colhidas as características demográficas, comorbilidades, terapêutica e padrão circadiano da CH. Aplicámos a escala Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) para um período de remissão e de crise.

Num total de 7 doentes, houve um predomínio do sexo masculino (86%) e uma idade mediana de 48 anos. 3 doentes (43%) encontravam-se sobre terapêutica profilática e a maioria (86%) utilizava zolmitriptano durante as crises. A comorbilidade mais frequente foi a insónia (57%), seguindo-se a síndrome de apneia-hipopneia do sono (SAHOS). 2 doentes trabalhavam por turnos e 3 apresentavam crises exclusivamente no período noturno. 3 doentes apresentavam horas de sono insuficientes (<7h) em períodos de remissão e 57% faziam terapêutica para a insónia. O PSQI médio em remissão foi 5 e os valores mais elevados registaram-se nos doentes sob terapêutica profilática. Em crise, o PSQI médio foi 16, com valores mais elevados nos doentes com crises exclusivamente noturnas.

Nesta população, as comorbilidades mais frequentes foram patologias do sono e 57% dos doentes apresentava PSQI elevado. Os valores mais elevados de PSQI registaram-se nos doentes sob medicação profilática, sugerindo relação entre a gravidade da CH e a pior qualidade do sono, não sendo menosprezável eventual efeito iatrogénico. São necessários estudos com maior relevância estatística para o esclarecimento da relação da CH e os hábitos de sono.

## CO-07 - AVALIAÇÃO DA RESPOSTA À TOXINA BOTULÍNICA A NA NEURALGIA DO TRIGÉMEO

Andressa S. Pereira<sup>1</sup>; Leonardo Barbosa<sup>1</sup>; Inês Macedo<sup>2</sup>; Ivânia Alves<sup>1</sup>

1 - ULS Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal; 2 - USF Hygeia, ACeS Tâmega III- Vale do Sousa Norte, Felgueiras, Portugal

**Introdução:** A toxina botulínica tipo A (TxB-A) é um tratamento seguro na neuralgia do trigémeo, com eficácia máxima entre a 6-12<sup>a</sup> semanas. A sua execução está sujeita a um período de aprendizagem e por vezes não se encontra disponível em alguns centros. Neste trabalho, avaliamos o impacto do início do tratamento da neuralgia do trigémeo com TxB-A na nossa população.

**Metodologia:** Realizamos uma análise retrospectiva do uso da toxina botulínica nos doentes com neuralgia do trigémeo encaminhados para a consulta de Neurologia/Intervenção. Para avaliação da resposta terapêutica tivemos em consideração a noção subjetiva do doente acerca da sua melhoria global (> ou < a 50%), nas primeiras 12 semanas após a primeira e segunda administração de TxB-A.

**Resultados:** Foram incluídos 13 doentes. O tempo mediano desde o diagnóstico foi de 6 anos (mínimo de 2 e máximo de 33 anos). Em média, cada doente testou cerca de 3 fármacos anteriormente, sem melhoria das queixas. Os fármacos mais frequentemente testados previamente foram: carbamazepina/oxcarbazepina, pregabalina e gabapentina. Relativamente ao tratamento com TxB-A, na primeira reavaliação aos 3 meses, objetivamos melhoria em 62% dos doentes, enquanto 8% tiveram melhoria apenas após duas intervenções. Destaca-se, pela positiva, a presença de um caso recidivante, após tratamento cirúrgico, que tem se mantido assintomático sob TxB-A. Cerca de 32% dos doentes suspenderam o tratamento após a primeira intervenção sem melhoria.

**Conclusões:** O procedimento mostrou-se eficaz na nossa prática clínica, com mais de 50% dos doentes a reportar uma melhoria significativa e mantendo-se em tratamento, o que é concordante com as percentagens reportadas na literatura. Por conseguinte, a utilização da TxB-A tem sido relevante como opção de tratamento no casos refratários de neuralgia do trigémeo.

## CO-08 - TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA NEURALGIA DO TRIGÉMEO – DADOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Francisca Ferreira<sup>1,2</sup>; Rita Nunes Rato<sup>1</sup>; Bárbara Martins<sup>1,2</sup>; Andreia Costa<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto; 2 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** A Toxina Botulínica tipo A (BoTN) está descrita como uma alternativa terapêutica eficaz em doentes com Nevralgia do Trigêmeo (NT) refratária ou com intolerância às terapêuticas farmacológicas convencionais.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia e segurança da BoTN nestes doentes.

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, incluindo doentes com NT que realizaram BoTN entre janeiro de 2021 e março de 2024. Foram caracterizados os parâmetros clínicos da NT antes do tratamento e no momento da colheita de dados, onde foi também aplicada a Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC versão Portuguesa).

**Resultados:** Foram incluídos 48 doentes no estudo, de entre os 61 doentes elegíveis, sendo 31 (64,8%) do sexo feminino, com uma idade média de 66 (desvio padrão [DP] 13) anos. A NT clássica foi a principal etiologia observada (19, 39,6%), sendo a duração média de doença de 11 anos (DP 8). No início do tratamento, 46 (96%) doentes apresentava dor diária, com intensidade máxima mediana de 10 (mínima 5, máxima 10) na escala visual analógica da dor. O tempo mediano de tratamento com BoTN foi de 20 (0-46) meses. Observou-se uma redução estatisticamente significativa na intensidade máxima (-4.7,  $p < 0.001$ ) e basal (-3.4,  $p < 0.001$ ) da dor. Dos doentes que apresentavam dor diariamente, 6 (13%) passaram a ter dor semanal, 3 (7%) quinzenal, 4 (9%) esporadicamente e 8 (17%) sem dor. Atualmente, 25 (52%) doentes mantém episódios diários de dor. Assimetria facial foi reportada em 40% dos doentes como principal efeito adverso. A maioria dos doentes (56%) reporta uma melhoria significativa após tratamento com BoTN (PGIC  $\geq 5$ ).

**Conclusão:** Nesta amostra, a BoTN demonstrou eficácia na redução da intensidade e frequência da dor nos doentes com NT. Sendo também reconhecida por contribuir para melhorar a qualidade de vida noutros estudos, considera-se uma alternativa importante na gestão dos doentes com NT refratária.

## CO-09 - REVISITANDO O FENÓMENO DO PHOTIC-DRIVING NA CEFALEIA PRIMÁRIA

Catarina Borges<sup>1</sup>; Sara Lima<sup>1</sup>; Carolina Azóia<sup>1</sup>; Andreia Matas<sup>1</sup>; Pedro Guimarães<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2 - Unidade de Neurofisiologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Introdução:** Nos doentes com cefaleia primária está descrito o fenómeno de *photic-driving* aquando de estimulação luminosa, mas sua utilidade não está esclarecida.

**Objectivos:** Análise descritiva dos doentes com cefaleia que, entre 2018 e 2024, realizaram estudo com EEG e averiguar a presença do fenómeno de *photic-driving*.

**Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo. Seleccionados doentes com diagnóstico de cefaleia primária, segundo a classificação IHS (Headache Classification Committee of the International Headache Society), que foram investigados com EEG e em cujas requisições eram mencionadas “cefaleia” ou “enxaqueca”. Traçados de EEG foram revistos para averiguar a presença de *photic-driving*.

**Resultados:** Identificaram-se 31 doentes com uma mediana de idade de 31 anos. Predominou o sexo feminino (n=23; 74%). Prevaleceu a enxaqueca (n=26; 84%), a maioria com aura (n=19; 73%). Os restantes foram casos de cefaleia de tensão e 1 de aura visual isolada. A aura visual foi a mais prevalente (n=16; 84%), seguida da sensitiva (n=7; 37%). Três doentes (10%) apresentavam antecedentes pessoais ou familiares de epilepsia. Cerca de 32% dos doentes com história familiar de enxaqueca. O *photic-driving* foi documentado em 15 doentes (48%) e em 6 (40%) destes verificou-se a resposta H. Nos doentes com aura verificou-se uma mediana de frequência máxima para o *photic-driving* significativamente superior aos doentes sem aura (20vs12Hz; p=0,024). O fenómeno de *photic-driving* e de resposta H foram mais prevalentes nos doentes com enxaqueca com aura sensitiva (p=0,037 e p=0,01) e não parecem ser influenciados por outras variáveis, nomeadamente antecedentes familiares/pessoais de epilepsia e/ou enxaqueca nem pela terapêutica profilática para a cefaleia aquando do EEG.

**Conclusões:** No nosso estudo, o *photic-driving* ocorre para frequências mais elevadas na enxaqueca com aura. A aura sensitiva parece relacionar-se com uma maior prevalência deste fenómeno

## CO-10 - ACCESS TO HEADACHE HEALTHCARE IN PORTUGAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Madalena Plácido<sup>1,2</sup>; Bruna Santos<sup>2</sup>; José Chen-Xu<sup>3,4</sup>; Rita Paizinho<sup>2</sup>; Pedro Laires<sup>5</sup>; Raquel Gil-Gouveia<sup>6,7</sup>

1 - National School of Public Health, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; 2 - MiGRA Portugal – Portuguese Migraine and Headache Patients' Association, Lisbon, Portugal; 3 - Comprehensive Health Research Center, Public Health Research Centre, National School of Public Health, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; 4 - Local Health Unit Baixo Mondego, Figueira da Foz, Portugal; 5 - National School of Public Health, Public Health Research Center, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; 6 - Hospital da Luz Headache Center, Neurology Department, Hospital da Luz Lisboa, Lisbon, Portugal; 7 - Center for Interdisciplinary Research in Health, Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal

**Background:** Headache disorders, including migraine, significantly affect individuals' quality of life and work productivity, highlighting the importance of effective access to healthcare.

**Objectives:** To characterize headache healthcare access in Portugal from the patient's perspective.

**Methods:** Cross-sectional study using an anonymous self-administered online questionnaire disseminated through MiGRA Portugal's social media among a convenience sample of adult headache patients living in Portugal. Descriptive analysis and Poisson regression models were employed, adjusting for various variables of interest and potential confounders.

**Results:** Among 552 respondents were mostly women (96%) with a mean age of 38 years and 74% had migraine. Notably, 40% of participants and 11% of those with chronic headache had no medical follow-up. Of those who did, 43% consulted neurologists and 33% saw headache specialists. A majority (54%) sought care in private institutions, citing reasons such as limited access to neurologist follow-up in a public hospital (56%) yet 26% reported financial constraints with this option.

When adjusting for relevant variables, opting for private appointments was associated with a 77% increase the likelihood of being followed by neurologist or headache specialist (prevalence ratio=1.77, confidence interval=1.26 to 2.50 and p-value=0.01).

Preventive medication was not used by 54% of total respondents and 31% of patients with chronic headache. More than 60% of respondents self-reported dissatisfaction with their treatment, primarily due to perceived lack of medication effectiveness (84%).

**Conclusion:** Access to medical care for headache and to effective preventive treatment in Portugal is limited, with a considerable number of patients relying on private healthcare due to insufficient access to public services. These findings emphasize the need for improving healthcare policies to ensure adequate headache management, especially for those with severe impact.

## CO-11 - TERAPÊUTICAS DE AMBULATÓRIO NA ENXAQUECA/ESCLEROSE MÚLTIPLA: BARREIRAS "OCULTAS" NO ACESSO AO TRATAMENTO

Mariana Henriques<sup>1</sup>; Joana Dionísio<sup>1</sup>; Teresa Ascensão<sup>1</sup>; Diogo Antão<sup>1</sup>; André Rêgo<sup>1</sup>; Sofia Delgado<sup>1</sup>; Marlene Saraiva<sup>1</sup>; Sara Machado<sup>1</sup>; Lia Leitão<sup>1</sup>; Mariana Santos<sup>1</sup>; Elsa Parreira<sup>1</sup>

1 - Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** Além da posologia, monitorização e efeitos adversos, as dificuldades no acesso à terapêutica fazem parte do impacto associado à medicação. A recolha da terapêutica da Esclerose Múltipla (EM) e da Enxaqueca na Farmácia Hospitalar (FH) promove a adesão, mas a distância ao domicílio e possível morosidade do processo poderão influenciar negativamente a vida dos doentes.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da recolha de terapêutica para EM/enxaqueca na FH. Métodos: Estudo unicêntrico, observacional, transversal, baseado no preenchimento de questionário online, anónimo, incluindo dados da recolha da terapêutica, escalas de satisfação com o tratamento [Percepção Global de Mudança (PGIC)] e de incapacidade (MSIS-29, EM; MIDAS, enxaqueca). Incluídos adultos com EM/Enxaqueca sob terapêutica de recolha em FH, há mais de 3 meses. Estatística descritiva (SPSS®).

**Resultados:** Enviados 294 questionários, 154 respostas até à data (EM=116; Enxaqueca=38), com 66.2% mulheres, idade mediana 47. Pontuações médias nas escalas: PGIC 4/7; MSIS-29 35.7%; MIDAS: 59.3/90. Em 76.0%, o doente recolhe a sua medicação; 29.2% dos responsáveis pela recolha faltam frequentemente/muito frequentemente ao emprego para tal. Em média, demoram 2.3h ( $\sigma=1.39$ ) até obterem a medicação (distância média 20.2Km,  $\sigma=31.1$ ). Estima-se um tempo gasto anualmente (TGA) com o levantamento da medicação de 13.3 horas/ano ( $\sigma=11.3$ ). A satisfação global média com a forma de recolha foi de 2.7 (1=nada de acordo, 5=totalmente de acordo), correlacionando-se negativamente com o TGA ( $p<0.001$ ,  $R^2=-0.491$ ). Mais de 75% preferiam recolher a medicação numa farmácia comunitária, 49.7% recebê-la no seu domicílio e 75.2% recolhê-la na FH para mais tempo.

**Conclusões:** Para os doentes com EM e enxaqueca, uma otimização do processo de dispensa hospitalar ou na comunidade da sua medicação poderá traduzir-se numa melhoria significativa na sua qualidade de vida.

## CO-12 - ABSENTISMO NA CONSULTA DE CEFALÉIAS NUM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Inês Carmo E Pinto<sup>1</sup>; Bárbara Alves Rodrigues<sup>1</sup>; André Caetano<sup>1,2</sup>; Gonçalo Cabral<sup>1</sup>; Miguel Viana Baptista<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental; 2 - Chronic Disease Research Center (CEDOC) - Nova Medical School

**Introdução:** As cefaleias representam uma das principais doenças neurológicas que mais se associa a anos vividos com incapacidade, exercendo uma importante sobrecarga sobre os sistemas de saúde. No entanto, é também nesta área que se verifica uma maior tendência para o absentismo em consultas de Neurologia.

**Objetivos:** Caracterizar a população de doentes que não comparece à primeira consulta de Neurologia/Cefaleias com o intuito de desenvolver estratégias que atenuem este fenómeno.

**Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo, unicêntrico, de doentes consecutivos com agendamento de primeira consulta de Neurologia/Cefaleias no Hospital Egas Moniz entre 2022 e 2023. Através da consulta dos processos clínicos, foram recolhidos dados demográficos e informação referente à origem e motivo de referência.

**Resultados:** Num total de 821 primeiras consultas de Neurologia/Cefaleias realizadas neste período registaram-se 231 (28%) faltas, algumas relativas ao mesmo doente. Incluímos 211 doentes, 162 (77%) do sexo feminino, com idade média de 40 anos. Cento e quarenta e quatro (68%) doentes tinham diagnóstico presuntivo de enxaqueca e o principal motivo de referência à consulta foi refrataciedade à terapêutica preventiva. A referência à consulta proveio maioritariamente do Serviço de Urgência (44%), tendo-se constatado que 143 (68%) doentes não apresentavam indicação para seguimento nesta consulta, segundo os critérios de referência entretanto criados. Doentes com diagnóstico estabelecido de patologia psiquiátrica faltaram a um maior número de consultas (teste de Mann-Whitney:  $Z=3,555$ ;  $p<0,001$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de faltas às consultas de Neurologia e a presença/ausência de indicação para seguimento em consulta nem com o diagnóstico que motivou essa referência.

**Conclusões:** O absentismo na consulta de Neurologia/Cefaleias é uma questão relevante, para a qual contribuem variáveis inerentes ao perfil de doente, como a concomitância de patologia psiquiátrica, e outras independentes, como o desconhecimento dos critérios de referência a esta consulta.

## CO-13 - PREDITORES DE RECRUDESCIMENTO DE CRISES DE ENXAQUECA APÓS DESCONTINUAÇÃO DO GALCANEZUMAB

Sara Gomes<sup>1</sup>; Carla Morgado<sup>1</sup>; Leonor Francisco<sup>2</sup>; Sofia Marques<sup>1</sup>; Andreia Ferreira<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**Introdução:** Os anticorpos monoclonais dirigidos ao CGRP estão aprovados para uso na enxaqueca com ou sem aura, episódica ou crónica, estando a sua interrupção recomendada após 12 a 18 meses de tratamento e podendo ser reintroduzidos em caso de agravamento.

**Objetivos:** Identificar os preditores de recrudescimento de crises em doentes com enxaqueca após suspensão do galcanezumab.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional de uma amostra de doentes com enxaqueca refratária que iniciaram galcanezumab entre 11/2021 e 02/2023, com resposta ao tratamento e manutenção do mesmo durante pelo menos seis meses. Revisão dos seguintes parâmetros durante e após suspensão do tratamento: número de dias/mês de cefaleia, características da dor, uso de analgesia e grau de incapacidade inerente.

**Resultados:** Os 20 doentes incluídos reportaram diminuição do número de dias de dor, melhoria da intensidade, redução do uso de analgesia e do grau de incapacidade durante o tratamento, sendo que a maioria teve um agravamento dos parâmetros analisados aquando da suspensão. Retomaram sete doentes e dois iniciaram outro anticorpo, sendo que a história de abuso medicamentoso e o maior número de preventivos anteriores foram preditores do início de um novo anticorpo.

**Conclusões:** A descontinuação do galcanezumab parece associar-se a uma deterioração da enxaqueca na maioria dos doentes. Não parece haver uma relação do recrudescimento das crises com o tipo de enxaqueca, antecedentes do doente, com o maior número de dias de cefaleias prévio ou maior incapacidade reportada.

## CO-14 - NEUROIMAGEM NA ENXAQUECA: UMA CASUÍSTICA EXPLORATÓRIA

Stefanie Moreira<sup>1</sup>; Aurora Costa<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Unidade Local de Saúde Braga

**Introdução:** Os exames de neuroimagem são frequentemente integrados no processo diagnóstico das cefaleias, visando excluir causas secundárias.

**Objetivos:** Avaliar a frequência e motivos da requisição de exames de neuroimagem em doentes com diagnóstico de enxaqueca.

**Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes seguidos em consulta de cefaleias durante seis meses que ao longo da sua história clínica, realizaram exames de neuroimagem (TC-CE e/ou RM-CE) a propósito da enxaqueca, abrangendo diferentes contextos: cuidados de saúde primários, serviço de urgência e consulta de cefaleias.

**Resultados:** Revistos processos de 246 doentes, incluídos 119, 80% mulheres, média de idades 41 anos, 20% enxaqueca com aura, 10% com alterações ao exame neurológico. Em média, os doentes realizaram dois exames de imagem.

A maioria dos doentes encaminhados dos cuidados de saúde primários para a consulta de cefaleias, realizou TC-CE antes da referenciação.

Na urgência, o único exame realizado foi a TC-CE. Os motivos mais frequentes foram alterações nas características da dor, como agravamento da intensidade e frequência e refratariedade aos analgésicos. Nenhum destes exames revelou alterações.

Na consulta, os doentes realizaram mais vezes RM-CE em comparação com TC-CE. Foi requisitada TC-CE em doentes com aura persistentemente do mesmo lado e em cefaleias desencadeadas pelo esforço/exercício, tendo neste caso sido sempre associado o pedido de angio-TC. Verificou-se numa TC-CE um quisto da pineal, tendo os restantes exames sido normais. Como principais motivos para RM-CE, destacaram-se auras atípicas, sintomas de alarme na história clínica e alterações ao exame neurológico. Embora a maioria das RM-CE fossem normais, identificaram-se alterações incluindo um aneurisma, dois meningiomas, um adenoma da hipófise e vários focos glióticos.

**Conclusões:** A abordagem ao doente com enxaqueca envolveu, na maioria dos casos, a realização de exames de imagem. O motivo para a realização dos exames diferiu mediante o contexto clínico, refletindo propósitos distintos.

## CO-15 - DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA E DISTRESS NA ENXAQUECA: RESULTADOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Matilde Bertão<sup>1</sup>; Bárbara Martins<sup>2,3</sup>; Andreia Costa<sup>2,3</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 2 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E., Porto, Portugal

**Introdução:** A disfunção sexual feminina (DSF) é um problema subdiagnosticado e subtratado, associado a sofrimento psicológico. Poucos estudos abordaram o distress sexual na enxaqueca.

**Objetivos:** Determinar se existe uma associação entre enxaqueca e disfunção/distress sexual e identificar os respetivos fatores de risco.

**Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, incluindo 71 doentes do sexo feminino pré-menopáusicas e com enxaqueca, seguidas em consulta de Neurologia-Cefaleias de um hospital terciário, e 34 controlos pareadas por sexo e idade. Foram aplicados o Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6 (FSFI-6), a Escala de Distress Sexual – Revista (FSDS-R), a Escala de Avaliação de Incapacidade da Enxaqueca (MIDAS), o Inventário Resumido da Dor (BPI), a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e a Escala da Saúde do Sono (RU-SATED).

**Resultados:** Das 71 doentes [40,0 (IQR=11,0) anos], apenas 12,7% (n=9) não estavam sob tratamento profilático para a enxaqueca; 62,3% (n=33) reportaram incapacidade grave (MIDAS-IV). DSF e distress sexual estiveram presentes em 36 (50,7%) doentes com enxaqueca [vs 7 controlos (20,6%)]. Este grupo apresentou pontuações mais baixas na FSFI-6 [19,0 (9,0) vs 24,0 (6,0),  $p=0.005$ ], com níveis significativamente mais baixos nos domínios desejo ( $p=0.011$ ), lubrificação ( $p=0.002$ ) e satisfação sexual ( $p=0.013$ ), maiores níveis de distress sexual [11,2 (25,6) vs 3,2 (9,6),  $p=0.001$ ], ansiedade ( $p<0.001$ ) e depressão ( $p<0.001$ ), e menores pontuações de saúde do sono ( $p=0.005$ ). Idade avançada de início da enxaqueca, estar sob medicação preventiva, ansiedade e depressão e sono disfuncional foram significativamente associados a distress sexual. Certos domínios da função sexual estiveram associados a características sociodemográficas e da enxaqueca, ansiedade, depressão e saúde do sono.

**Conclusões:** Este estudo destaca a associação entre enxaqueca e níveis elevados de disfunção/distress sexual nas mulheres pré-menopáusicas. Enfatiza ainda a importância das avaliações da saúde sexual nesta população, principalmente nas com níveis mais altos de ansiedade, depressão ou menor qualidade de sono.

## CO-16 - INFLAMAÇÃO, MICROGLIA E ENXAQUECA: CÉLULAS MMG COMO UM NOVO PARADIGMA

Bárbara Guerra Leal<sup>1,2,3</sup>; Cláudia Carvalho<sup>1</sup>; Miguel Alves-Ferreira<sup>2,4,5</sup>; Carolina Lemos<sup>2,3</sup>

1 - Laboratório de Imunogenética, Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto (ICBAS-UPorto); 2 - Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto (UMIB, ICBAS-UPorto) Porto, Portugal; 3 - ITR - Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, Porto, Portugal; 4 - CGPP-IBMC – Centro de Genética Preditiva e Preventiva, Instituto de Biologia Molecular e Celular, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 5 - i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** Os principais mecanismos da enxaqueca, depressão cortical alastrante (DCA) e disfunção da via trigeminal, podem ativar as células da microglia e exacerbar o processo inflamatório. Estudos em modelos animais e doentes com enxaqueca com aura demonstram a presença de microglia ativada associando a ocorrência de múltiplas DCAs à ativação e proliferação da microglia. As respostas inflamatórias microgliais desempenham também um papel crítico na ativação e sensibilização do nervo trigêmeo. Os mediadores pró-inflamatórios sintetizados pela microglia podem interferir com vários neurotransmissores aumentando a suscetibilidade à dor e a gravidade das crises. Adicionalmente, estratégias terapêuticas envolvidas na modulação da resposta inflamatória, como a dieta cetogénica, têm emergido como abordagens promissoras para a epilepsia, uma das comorbilidades da enxaqueca.

**Objetivos:** Compreender o papel das células da microglia na fisiopatologia da enxaqueca, levando ao desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas e à identificação de biomarcadores específicos associados à ativação da microglia.

**Métodos:** O estudo da microglia humana tem sido comprometido pela dificuldade de replicar, in vitro, o seu estado homeostático. Nos últimos anos, a diferenciação de células da microglia a partir de monócitos do sangue periférico, surgiu como uma alternativa atrativa para a obtenção destas células no estado homeostático (MMG – Monocyte-derived Microglia-like cells).

**Resultados:** Com o estudo das MMG analisaremos o processo de ativação microglial e os fatores que contribuem para a exacerbação de neuroinflamação na enxaqueca.

**Conclusão:** O estudo da relação entre microglia e enxaqueca terá grande impacto na compreensão dos mecanismos subjacentes a esta condição debilitante. Ao estudar esta associação na nossa população, recorrendo às células MMG, esperamos ampliar o conhecimento sobre suas potenciais utilidades terapêuticas possibilitando um diagnóstico mais precoce e preciso.

## CO-17 - DELVING INTO NOVEL PERSPECTIVES ON PARATHYROID HORMONE RECEPTORS AND THEIR POTENTIAL IMPLICATIONS FOR MIGRAINE

Andreia Dias<sup>1,2,3</sup>; Marta Ferreira<sup>1,4</sup>; Mariana Santos<sup>1,2,3</sup>; Alda Sousa<sup>1,2,3</sup>; Carla Oliveira<sup>1,4,5</sup>; Miguel Alves-Ferreira<sup>1,2,3,6</sup>; Carolina Lemos<sup>1,2,3</sup>

1 - i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 2 - ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 - IBMC - Instituto de Biologia Molecular e Celular, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 4 - IPATIMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 5 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP, Porto, Portugal; 6 - CGPP - Centro de Genética Preditiva e Preventiva, Porto, Portugal

**Introduction:** Migraine is a complex neurological disorder and familial aggregation studies indicate a potential genetic predisposition, however environmental risk factors might also contribute to migraine susceptibility.

**Objectives:** To investigate whether a specific pattern of RNA expression could help to distinguish between migraine cases (migraineurs) and migraine-free individuals (controls), we conducted a whole transcriptome analysis for the first time within a Portuguese cohort.

**Methods:** We performed total RNA sequencing on whole blood samples from 15 migraineurs and 12 age-matched controls. Differential expression analysis and gene set enrichment analysis (GSEA) were performed. Finally, we performed the protein-protein interaction (PPI) networks of differentially expressed genes.

**Results:** GSEA comparing migraineurs with controls highlighted upregulated pathways linked to metabolism, and downregulated immuno-inflammatory pathways. Moreover, the groups of female migraineurs and female migraine without aura (MO) patients emphasized significant upregulated pathways, including G protein-coupled receptors (GPCRs) signaling pathways, when compared with female controls. Interestingly, we found two important differentially expressed genes related to parathyroid hormone (PTH): *PTH1R* and *PTH2*. *PTH1R* was upregulated in female MO patients when compared with female controls, while *PTH2* was upregulated in the global female migraineurs group (and also when stratifying in female MO patients) comparing with female controls.

**Conclusion:** This study highlights an association of class B (secretin family) GPCRs, particularly *PTH1R* and *PTH2*, in female migraineurs. These molecules stand out as sturdy and promising biomarkers and/or targets for innovative therapeutic in migraine.

Grants: Novartis. FCT project (PTDC/MEC-NEU/29486/2017). AD: FCT (SFRH/BD/136954/2018). MS: FCT (DL 57/2016—Norma Transitória). MF: FCT (2020.05763.BD).

## CO-18 - MIGRAINE STIGMA IN PORTUGAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY AMONG INDIVIDUALS WITH AND WITHOUT MIGRAINE

Madalena Plácido<sup>1,2</sup>; Bruna Santos<sup>2</sup>; Rita Paizinho<sup>2</sup>; Elena Ruiz De La Torre<sup>3</sup>; Peter J Goadsby<sup>4</sup>

1 - National School of Public Health, Universidade NOVA de Lisboa, Lisbon, Portugal; 2 - MiGRA Portugal – Portuguese Migraine and Headache Patients' Association, Lisbon, Portugal; 3 - European Migraine and Headache Alliance, Brussels, Belgium; 4 - NIHR King's Clinical Research Facility, King's College London, UK

**Background:** Migraine stigma refers to negative, dismissive, or intolerant attitudes towards people living with migraine, from others, due their condition. Stigma can lead to diminished empathy and support for sufferers.

**Objectives:** To understand the stigma surrounding migraine in Portugal.

**Methods:** A cross-sectional pan-European study was conducted using two anonymous self-administered online questionnaires, targeting adults with and without migraine, respectively. The survey used convenience samples in 2023 in 17 European countries. Portuguese data were analyzed as a subgroup.

**Results:** These surveys were answered by 4,210 people across Europe. From Portugal, 277 adults living with migraine and 368 without migraine answered.

Among the non-sufferers, only 6% lacked a personal connection to the condition. Nearly 40% of respondents without migraine considered people with migraine suffer from a lot of stigma and 72% considered migraine is not well understood. Conversely, 29% believed working alongside someone with migraine impacts their work. Misconceptions persist, with some viewing migraine as lifestyle-related (10%) or just headache (8%).

Among sufferers, 97% were women, 36% between 35-40 years, 39% had 8 or more monthly migraine days, 64% considered their migraine severe and 58% considered it incapacitating. A quarter of respondents feel frequently or always stigmatized and 95% misunderstood, even by healthcare professionals, which was reported by 71% of respondents.

The Stigma Scale for Chronic Illness highlighted sufferers feel blamed (32% of respondents), excluded (19% of respondents) and embarrassed (18% of respondents) due to migraine. Additionally, the stigma affected sufferers' healthcare-seeking behaviors (reported by 33% of respondents), work life (reported by 77% of respondents) and employers value assessment (reported by 26% of respondents).

**Conclusion:** The study results reveal that, in Portugal, stigma is part of the migraine burden and impacts several life dimensions. This highlights the importance and need of better communication about migraine, more education, and increased advocacy.

## CO-19 - ATOGEPANT NA PRÁTICA CLÍNICA: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO - RESULTADOS PRELIMINARES

Ana Lúcia Neves<sup>1,2</sup>; Madalena Pinto<sup>1</sup>; Maria João Pinto<sup>1,2</sup>; Rafael Dias<sup>1,2</sup>; Andreia Costa<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Neurologia, ULS São João E.P.E., Porto – Portugal; 2 - Departamento de Neurociências da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

**Introdução:** O atogepant é uma pequena molécula antagonista dos recetores do péptido relacionado com o gene da calcitonina, cujos ensaios clínicos mostraram resultados promissores no tratamento preventivo da enxaqueca. Contudo, estudos de vida real são necessários para aferir estes resultados.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia, segurança e perfil de efeitos laterais do atogepant em doentes com enxaqueca num hospital terciário português.

**Métodos:** Estudo longitudinal prospetivo de uma amostra consecutiva de doentes com enxaqueca tratados preventivamente com atogepant. Recolha de dados sociodemográficos e clínicos, efeitos adversos e aplicação das escalas *Headache Impact Test – 6* (HIT-6), *Migraine Disability Assessment Scale* (MIDAS), *migraine Treatment Optimization Questionnaire* (mTOQ-6) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

**Resultados:** A inclusão de doentes teve início em março/2024 e até ao momento foram incluídos 12 doentes: 83% do sexo feminino (n=10), com mediana de idades de 40 anos (mínimo: 25, máximo: 63). A maioria dos doentes foram previamente tratados com múltiplas terapêuticas profiláticas, entre as quais: antidepressivos (n=9), antiepiléticos (n=9), antihipertensores (n=8), toxina botulínica (n=6), anticorpos monoclonais (n=6) e bloqueios anestésicos (n=4). A frequência mediana de cefaleia nos 3 meses prévios ao início da terapêutica foi de 10 dias/mês (mínimo: 5, máximo: 30) e pontuavam 68 no HIT-6 (mínimo: 61, máximo: 76). Apenas um doente completou um mês de seguimento, mas resultados preliminares apontam para uma diminuição dos dias com cefaleia. Foram reportados efeitos laterais em três doentes, nomeadamente náuseas (n=2) e sintomas depressivos (n=1). O tratamento foi descontinuado em apenas uma doente (por efeitos adversos).

**Conclusões:** Resultados preliminares sugerem que o uso de atogepant parece ser eficaz na redução dos dias com enxaqueca, sem efeitos adversos *major* reportados. Contudo, o estudo encontra-se ainda em fase de inclusão de doentes, pelo que esperamos obter mais resultados para atestar a eficácia e segurança do mesmo.

## CO-20 - “O PAPEL DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA RESPOSTA AO TRATAMENTO COM MABS ANTI-CGRP NA ENXAQUECA” – RESULTADOS PRELIMINARES

Catarina Fernandes<sup>1</sup>; Fábio Gomes<sup>1</sup>; Sara Matos<sup>1</sup>; Joana Cancela<sup>1</sup>; Isabel Costa<sup>1</sup>; Ana Maduro<sup>1</sup>; Florbela Magalhães<sup>1</sup>; Sónia Batista<sup>1</sup>; Helena Gens<sup>1</sup>; Isabel Luzeiro<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** A enxaqueca é uma doença crónica e que associa comorbilidades, como depressão e ansiedade, que influenciam a manifestação e resposta ao tratamento. O tratamento preventivo tem evoluído em termos de eficácia e segurança com a introdução dos anticorpos anti-CGRP(mAbs).

**Objetivos:** Identificar preditores clínicos de resposta ao tratamento com os mAbs em doentes com enxaqueca, como a influência da depressão ou ansiedade.

**Métodos:** Estudo observacional, prospetivo, que inclui doentes com diagnóstico de enxaqueca episódica frequente ou crónica(EC) e propostos para tratamento com mAbs. Preenchimento de inquérito clínico, calendário de cefaleias, Inventário da Ansiedade de Beck(BAI) e Depressão de Beck(BDI) e Headache Impact Test 6(HIT-6), à baseline, aos 3 e 6 meses após tratamento.

**Resultados:** Incluídos 32 doentes até ao momento, 11 e 8 doentes atingiram o follow-up dos 3 e 6 meses, respetivamente. 90.6% do sexo feminino, 84.4% com diagnóstico de EC e idade média de diagnóstico de 21.7±10.6 anos. Nas escalas BAI e BDI à baseline, 23(76.7%) doentes cumpriam critérios de ansiedade e 9(30.0%) de depressão, aos 3 meses a percentagem diminuiu para 55.1% e 19%, respetivamente. A intensidade da dor correlacionou-se com a pontuação no BAI ( $p<0.001$ ;  $R=0.898$ ) enquanto a duração se correlacionou com o BDI( $p=0.033$ ;  $R=0.642$ ). Na análise do impacto da enxaqueca, a intensidade da dor correlacionou-se com a pontuação no HIT-6 ( $p=0.013$ ) ao contrário do número de dias e duração da dor. O tratamento com mAbs foi eficaz em 54.5% e 87.5% dos doentes, aos 3 e 6 meses. Não existiu correlação entre ansiedade ou depressão, bem como presença de abuso medicamentoso, e a resposta ao tratamento com os mAbs.

**Conclusões:** Os resultados preliminares parecem indicar que o diagnóstico de ansiedade e/ou depressão não influenciam a resposta ao tratamento com mAbs. Mostrando-se a intensidade da dor como característica com maior impacto no dia-a-dia e nos níveis de ansiedade.

## CO-21 - OBSTIPAÇÃO NO USO DE ANTICORPOS MONOCLONAIS - UM DESAFIO NO TRATAMENTO DA ENXAQUECA?

Mariana Henriques<sup>1</sup>; Teresa Ascensão<sup>1</sup>; Rita Pinheiro<sup>1</sup>; Marlene Saraiva<sup>1</sup>; Elsa Parreira<sup>1</sup>

1 - Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** Os novos preventivos injetáveis com alvo no CGRP ou no seu receptor são de modo geral muito bem tolerados. A obstipação foi um dos efeitos secundários mais frequentemente descritos sobretudo nos ensaios clínicos realizados com o erenumab, numa pequena percentagem de doentes.

**Objetivos:** Compreender a prevalência da obstipação enquanto efeito adverso do tratamento com anticorpo monoclonal e o seu impacto no tratamento da enxaqueca.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, observacional. A informação obtida foi retirada dos registos informáticos dos doentes seguidos em consulta de neurologia. Foram selecionados todos os doentes que realizaram um ou mais anticorpo monoclonal (fremanezumab, galcanezumab ou erenumab) entre 2018 e a data atual. Estatística descritiva (SPSS).

**Resultados:** Foram incluídos 152 doentes (50 tratados com erenumab, 45 com fremanezumab, 57 com galcanezumab), dos quais 141 mulheres (92,8%) e média de idades de 45,2 anos (DP +/-12,4). 58 apresentavam obstipação prévia (38,2%) dos quais 46,6% sofreram agravamento com o tratamento. Esta percentagem foi mais notória nos doentes sob fremanezumab (50%) em comparação com o erenumab (47,3%) e com o galcanezumab (38,5%). Dos 94 doentes sem obstipação prévia, 18 (19,2%) apresentaram essa queixa de novo, mais evidente com o uso de erenumab (19,4%) e galcanezumab (18,2%) quando comparado com o fremanezumab (8,9%) ( $p < 0,05$ ). De salientar que, 6,6% dos doentes tiveram de abandonar a terapêutica ou alterar o fármaco monoclonal devido à obstipação, mais frequentemente com o erenumab (10,0%), seguido do fremanezumab (6,7%) e por último galcanezumab (3,0%).

**Conclusões:** Os nossos resultados mostram que a obstipação é um efeito secundário muito mais frequente do que anteriormente descrito e tem impacto significativo no tratamento dos doentes com enxaqueca pelo que o alívio sintomático e a sua presença prévia deve ser considerada na escolha terapêutica.

## CO-22 - OS EFEITOS ADVERSOS DOS ANTICORPOS MONOCLONAIS NO TRATAMENTO PREVENTIVO DA ENXAQUECA - UM ESTUDO DA VIDA REAL

Teresa Ascensão<sup>1</sup>; Mariana Henriques<sup>1</sup>; Rita Pinheiro<sup>1</sup>; Marlene Saraiva<sup>1</sup>; Elsa Parreira<sup>1</sup>

1 - Hospital Amadora-Sintra

**Introdução:** As terapêuticas injetáveis dirigidas ao peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP) ou seu receptor têm-se demonstrado promissoras e com baixa incidência de efeitos secundários. Os estudos de vida real, com a generalização da utilização a populações menos selecionadas, têm revelado mais efeitos adversos, alguns potencialmente graves.

**Objetivos:** Apurar os efeitos adversos resultantes da administração de anticorpos monoclonais no nosso hospital.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, observacional, através da colheita de dados dos processos dos doentes seguidos em consulta de cefaleias. Foram selecionados todos os doentes que realizaram tratamento com anticorpo monoclonal entre 2018 e a data atual. Trata-se de uma estatística descritiva (SPSS).

**Resultados:** Incluídos 152 doentes (50 tratados com erenumab, 45 com fremanezumab e 57 com galcanezumab), 92,8% mulheres (e média de idade de 45,2 anos. 71% reportaram efeitos adversos, a maioria ligeiros e sem impacto significativo, A obstipação foi o efeito gastrointestinal mais frequente, estando os outros efeitos gastrointestinais (vómitos, distensão abdominal, náuseas ou pirose), presentes apenas em 11 doentes, tendencialmente mais associados com o galcanezumab. 5% tiveram efeitos cardiovasculares (lipotímia, HTA, fenómeno de Raynaud). com distribuição semelhante entre os grupos, nalguns doentes levando à suspensão definitiva da terapêutica, nomeadamente nos casos de fenómeno de Raynaud. Dos efeitos locais, a reação alérgica foi a mais reportada (7,9%) com destaque para o fremanezumab (17,8%), mas de um modo geral pouco importante e transitória. Outros efeitos adversos como alterações cognitivas, psiquiátricas, do sono, ou parestesias foram também reportados, mas em percentagens não significativas.

**Conclusões:** Na nossa população, os efeitos gastrointestinais parecem estar mais frequentemente associados ao erenumab e ao galcanezumab e as reações locais mais associadas ao fremanezumab. Não foi reportada nenhuma reação alérgica sistémica e/ou grave. Foram os efeitos adversos cardiovasculares, pela sua potencial gravidade, os únicos a levarem ao abandono definitivo desta classe terapêutica.

## CO-23 - TOXINA BOTULÍNICA E ANTICORPOS MONOCLONAIS ANTI-CGRP NA ENXAQUECA – CASUÍSTICA DA CONSULTA DE CEFALÉIAS REFRACTÁRIAS

Mariana Seco<sup>1</sup>; Ana Costa<sup>1</sup>; Sara Duarte<sup>1</sup>; Sandra Moreira<sup>1</sup>; Paula Salgado<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

**Introdução:** A toxina botulínica e os anticorpos monoclonais dirigidos ao CGRP ou ao seu recetor constituem opções terapêuticas com benefício estabelecido, sendo cada vez mais utilizadas na enxaqueca refratária.

**Objetivos:** Caracterização dos doentes com enxaqueca acompanhados em consulta de Neurologia de cefaleias refratárias e consulta de Enfermagem de cefaleias do nosso hospital que se encontrem sob toxina botulínica e/ou anticorpos monoclonais anti-CGRP.

**Métodos:** Recolha e análise descritiva de dados demográficos e clínicos, incluindo análise de calendário de cefaleias e resultados da aplicação das seguintes escalas: HIT-6, MIDAS, Mig-SCog, EQ-VAS, HADS. Foram considerados respondedores à terapêutica doentes com redução de pelo menos 50% dos dias de dor por mês.

**Resultados:** Encontram-se sob terapêutica com toxina botulínica ou anticorpo monoclonal anti-CGRP 60 doentes com enxaqueca refratária; 96.7% é do sexo feminino, com idade média de 43.9 anos (desvio-padrão 8.4). Foram tentados previamente 1 a 7 fármacos profiláticos orais (mediana 4). Foi iniciada terapêutica com toxina botulínica em 55 doentes, que se mostrou eficaz em 49.1% (55.6% das enxaquecas crónicas e 20% das enxaquecas episódicas de elevada frequência). Vinte e nove doentes encontram-se sob anticorpo monoclonal anti-CGRP - 17 com enxaqueca crónica e 12 com enxaqueca episódica, incluindo 24 não-respondedores a toxina botulínica. Foi realizada troca de anticorpo em cinco doentes por ineficácia/perda gradual de eficácia, obtendo-se melhoria com o novo fármaco. Em dois casos foi reintroduzido o anticorpo administrado previamente, verificando-se novamente boa resposta. Quatro doentes encontram-se sob ambos os tratamentos, tendo sido associado anticorpo monoclonal anti-CGRP após benefício parcial, mas valorizável, com toxina botulínica. Não houve efeitos adversos graves a destacar.

**Conclusões:** Os dados apresentados demonstram a eficácia e segurança já descritas na literatura nestas modalidades terapêuticas. Apesar da pequena dimensão da amostra, salientamos respostas positivas com troca e reintrodução de anticorpo monoclonal anti-CGRP e com a associação dos dois tratamentos.

## CO-24 - IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE ANTICORPOS MONOCLONAIS NO TRATAMENTO EM POLITERAPIA DA ENXAQUECA REFRACTÁRIA

Bárbara Martins<sup>1,2</sup>; Inês Brás Marques<sup>3</sup>; Elsa Parreira<sup>3,4</sup>; Henrique Delgado<sup>3,5</sup>; Raquel Gil-Gouveia<sup>3,6</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E., Porto, Portugal; 2 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 - Centro de Cefaleias, Serviço de Neurologia, Hospital da Luz Lisboa, Luz Saúde, Lisboa, Portugal; 4 - Serviço de Neurologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Lisboa, Portugal; 5 - Serviço de Neurologia, Hospital das Forças Armadas, Lisboa, Portugal; 6 - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

**Introdução:** A politerapia é frequentemente utilizada na enxaqueca refratária, apesar da evidência limitada e das potenciais interações medicamentosas.

**Objetivos:** Avaliar o impacto da introdução de anticorpos monoclonais (mAbs) em regimes de politerapia aguda e preventiva na enxaqueca.

**Métodos:** Coorte prospectivo, incluindo doentes com >1 falha no tratamento profilático (FTP) de enxaqueca nos últimos 5 anos, seguidos em consulta num centro especializado em cefaleias. A análise estatística foi realizada com o SPSS-vs26 (nível de significância de <0.05).

**Resultados:** Dos 144 doentes [91,7% (n=133) do sexo feminino; idade média: 43,8±11,5 anos], 58,3% (84) tinham enxaqueca episódica. A mediana de FTP pré-mAbs foi de 5,0 (IQR=[3,0-6,0]); 66,7% tiveram ≥4 FTP. À data de inclusão (M0), 51,4% (74) estavam sob politerapia preventiva para a enxaqueca [63,5% (47) sob 2 profiláticos, 31,1% (23) sob 3, e 4,1% (3) sob ≥4]. A duração mediana do tratamento com mAbs foi de 12,0 [5,0-22,0] meses, com resposta terapêutica eficaz em 76,4% (110). Aos 3 (M3), 6 (M6) e 9 (M9) meses após início de mAbs, o número de doentes sob preventivos orais diminuiu (M0=3,58>M6=2,70>M9=2,55; em M6, 19 doentes pararam todos os preventivos orais). Observou-se uma redução adicional na frequência mensal de enxaqueca (M0=12,0 [8,7-18,0] vs. M3=5,3 [3,3-10,0], p<0,001), intensidade da dor (7,5 [6,5-8,0] vs. 5,0 [4,0-7,0], p<0,001) e frequência mensal de toma de fármacos analgésicos agudos (10,0 [7,7-15,0] vs. 4,5 [2,0-7,9], p<0,001) em M3. No grupo de respondedores, utilizando a média de Ranks, constatou-se uma redução no número de idas ao Serviço de Urgência (M0=1,56 vs. M3=1,45, p=0,003) e de faltas ao trabalho (M0=0,6[0,0-4,0] vs. M3=0,0[0,0-0,0], p<0,001) em M3.

**Conclusões:** Nesta amostra, a introdução de mAbs mostrou ter efeitos benéficos na enxaqueca não apenas pela diminuição da necessidade de politerapia preventiva na enxaqueca refratária, mas também pela melhoria do impacto e incapacidade associados a esta cefaleia.

## CO-25 - TRATAMENTO ABORTIVO DA CRISE DE ENXAQUECA - PRÁTICAS DE UMA URGÊNCIA HOSPITALAR

Leonor Francisco<sup>1</sup>; Sara Gomes<sup>2</sup>; Sofia Lopes<sup>2</sup>; Luís Rufo Costa<sup>1</sup>; Carla Morgado<sup>2</sup>; Sara Varanda<sup>2</sup>

1 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 - Unidade Local de Saúde de Braga

**Introdução:** o tratamento abortivo da crise de enxaqueca passa por várias estratégias que não estão, contudo, facilmente disponíveis na maioria das urgências hospitalares em Portugal.

**Objetivo:** averiguar as práticas adotadas no atendimento de doentes com enxaqueca numa urgência hospitalar, comparando-as com as diretrizes terapêuticas baseadas na evidência científica.

**Métodos:** revisão dos processos de doentes consecutivos seguidos numa consulta de cefaleias de um hospital terciário com diagnóstico de enxaqueca. Seleção dos episódios de ida à urgência do mesmo hospital por crises, quer antes, quer após o seguimento em consulta, excluindo aqueles que tiveram intervenção de um neurologista, de forma a identificar os fármacos prescritos em contexto agudo e aquando da alta médica.

**Resultados:** incluídos 200 doentes, com média de idades de 43 anos, 81% do sexo feminino. Revistos 225 episódios de idas a urgência correspondentes a 82 doentes. A fluidoterapia ev foi empregada em 27 episódios (12,00%). Os fármacos mais frequentemente prescritos em contexto agudo foram metoclopramida ev (18,37%); paracetamol ev (17,35%); diazepam (15,10%); diclofenac ev (13,37%) e tramadol ev (8,98%), verificando-se mais raramente o uso de outros fármacos como a petidina, ácido acetilsalicílico e ibuprofeno. Quanto à terapêutica prescrita aquando da alta, destacaram-se paracetamol (20,50%), naproxeno (9,00%), tramadol (6,52%), metoclopramida (6,21%) e zolmitriptano (5,28%). A associação de um antiemético ao analgésico verificou-se em 51,56% dos episódios de urgência. A utilização de benzodiazepinas objetivou-se em 33,33%, sendo o diazepam o fármaco mais prescrito neste grupo. Em três episódios os doentes tiveram alta com alteração da medicação preventiva.

**Conclusões:** verificaram-se um subtratamento da desidratação e da náusea, um recurso considerável a fármacos com eficácia controversa na crise de enxaqueca do adulto e uma utilização excessiva de benzodiazepinas. É necessário um maior investimento na promoção de abordagens baseadas na evidência mais recente junto dos médicos que trabalham nas urgências hospitalares.

## CO-26 - PATIENTS' PREFERENCES FOR MIGRAINE TREATMENT IN THE PORTUGUESE POPULATION

A Mafalda R Cruz<sup>1</sup>; Leonor B Costa<sup>2</sup>; Hugo Pedrosa<sup>2</sup>; Carolina Maganete<sup>1</sup>

1 - Pfizer, Portugal; 2 - IQVIA, Portugal

**Introduction:** Migraine, a neurological disorder affecting approximately 190 out of every 1,000 inhabitants, lacks comprehensive Portuguese data on the disease's impact on Quality of Life (QoL) and patient treatment preferences.

**Objective:** This study aims to understand patients' preferences regarding migraine treatment and assess the QoL of adult patients with a diagnosis of migraine in Portugal.

**Method:** A cross-sectional assessment was conducted in Portugal, involving 375 participants (95% confidence interval,  $\pm 5.06\%$  margin of error) with self-reported migraine diagnosis. Participants were recruited through a patient association, MiGRA (Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias) (n=330), and IQVIA (n=247) through random sampling. Inclusion criteria resulted in 375 participants. 228 of these evaluated preventive treatment. Participants provided informed consent and completed a Computer Assisted Web Interviewing questionnaire, featuring validated scales for assessing QoL (MIDAS) and treatment preferences.

**Results:** The QoL assessment showed significant migraine-related disability with 82,4% of patients reporting moderate to severe disability, with a mean of 38.4 days impacted ( $\pm$  SD 43.2 days) in the past 90 days. For acute treatment, patients preferred oral pills taken by themselves (85%), yet only 69% were satisfied, which indicate a gap between preference and satisfaction, and consequentially an opportunity for improvement. For preventive treatment, patients preferred non-invasive and less frequent intakes.

**Conclusions:** Considering the large sample and its representativeness, these results shed a light about important gaps in migraine management and treatment, reported in first hand by patients. Results on QoL are aligned with previous assessment in Portuguese population, confirming the negative impact of migraine in patients' daily activities. Additionally, there were identified limitations in acute treatment effectiveness with current options. Further evaluation is needed to understand the impact of migraine preventive treatment interruption. Such insights are crucial for developing guidelines and policies that prioritize patients' perspectives.

Disclosure:

This study was conducted by Pfizer.

# CASOS CLÍNICOS



## CC-01 - UM CASO DE REMISSÃO DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA COM SEMAGLUTIDO

Teresa Ascensão Pinheiro<sup>1</sup>; Beatriz Madureira<sup>1</sup>; Maria Vivas<sup>1</sup>; Inês Cosme<sup>2</sup>; Sara Machado<sup>1</sup>

1 - Hospital Amadora-Sintra; 2 - Hospital de Santa Maria

**Introdução:** A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é definida pelos sinais e sintomas de hipertensão intracraniana, na ausência de lesões estruturais, com aumento da pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR). É mais prevalente em mulheres obesas em idade fértil, estando estabelecida uma relação com alterações metabólicas. Tem-se assistido a uma revolução no tratamento, cujo objetivo primário é a preservação da visão, através da perda ponderal e uso de medicamentos inovadores como os agonistas do receptor do péptido-1 similar ao glucagon (GLP-1).

**Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma mulher de 27 anos, com obesidade (IMC 45 kg/m<sup>2</sup>) e história de cefaleia frontal desde 2017. Foi observada por Neurologia no SU por agravamento recente da cefaleia, descrita como constante, presente ao acordar, de intensidade elevada, pulsátil e com fotofobia. Referia também acufenos pulsáteis e escotomas visuais negativos. Foi observada por Oftalmologia, com visualização de papiledema e hemorragias, bilateralmente. Fez OCT com evidência do aumento da espessura da camada de fibras nervosas da retina. Pela suspeita de hipertensão intracraniana, fez TC-CE sem alterações e punção lombar, com pressão de abertura de 36cmH<sub>2</sub>O e restante estudo do LCR irrelevante. Fez também RM-CE e Venó-RM que excluiu trombose venosa cerebral. Ficou medicada com acetazolamida 500mg 12/12h. Após reavaliação e discussão com Endocrinologia, iniciou semaglutido 0,25mg/sem aumentado progressivamente, com redução do IMC em 13% em 3 meses, remissão sintomatológica, resolução do papiledema e melhoria franca dos achados do OCT.

Assim, com uma rápida redução do IMC, conseguiu-se a remissão da doença.

**Conclusões:** Apesar da utilização do semaglutido ser *off-label*, os estudos disponíveis na literatura demonstram que os agonistas do GLP-1 são eficazes no controlo desta doença, por reduzirem a secreção de LCR e com o controlo do IMC. O tratamento multidisciplinar da HII é, nos dias de hoje, fundamental, devendo ser consideradas as estratégias metabólicas como apresentado.

## CC-02 - CEFALIA HÍPNICA E DIÁLISE: UMA MANIFESTAÇÃO DORMENTE?

Gonçalo Pinho<sup>1</sup>; Renato Oliveira<sup>2</sup>; Sofia Nunes Oliveira<sup>1</sup>; Inês Brás Marques<sup>1</sup>

1 - Hospital da Luz, Lisboa; 2 - Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust

**Introdução:** A ocorrência *de novo* em idade avançada e a interferência com o sono são sinais de alarme para despiste de causas secundárias de cefaleia.

**Caso Clínico:** Um homem de 70 anos com história de doença renal crónica terminal sob diálise, neoplasia da próstata controlada e tabagismo descontinuado recorreu ao serviço de urgência por cefaleia com 10 dias de evolução. A dor bifrontal, tipo pressão, com intensidade 8/10, surgia de madrugada (pelas 3h00) provocando inquietude, e não tinha foto/fonofobia, náuseas, vômitos ou sinais autonómicos associados. Cedia parcialmente a analgésicos e cessava totalmente após trinta minutos a 4 horas, sem recorrência no período diurno. O doente tinha iniciado técnica dialítica peritoneal em substituição de hemodiálise em dias alternados há 20 dias.

A observação não mostrou alteração das funções nervosas superiores, acuidade visual, disco óptico, outros sinais neurológicos focais ou meníngeos, pontos craniofaciais dolorosos ou alterações da amplitude dos pulsos periféricos. As análises mostraram alteração conhecida da função renal (creatinina 5-10 mg/dL) e aumento dos parâmetros inflamatórios (PCR 5 mg/dL, VS 76 mm). A TC e RM-CE mostraram doença microvascular ligeira da substância branca e *ependymitis granularis* sem significado patológico, sem realce meníngeo ou sinais indiretos de hipertensão intracraniana. O eco-doppler das artérias carotídeas, cerebrais e temporais superficiais não mostrou estenoses hemodinamicamente significativas, vasospasmo ou processo inflamatório mural suspeito ativo.

O doente iniciou cafeína e paracetamol, com melhoria parcial, assumindo-se o diagnóstico de cefaleia hípica provável. A recuperação da técnica hemodialítica levou à remissão total do quadro.

**Conclusões:** Embora se identifique uma causa secundária, este caso reúne os critérios de diagnóstico necessários a esta cefaleia rara. A fisiopatologia, apesar de não inteiramente compreendida, pode passar por uma degenerescência do circuito cronobiológico hipotalâmico, associando-se o início após técnica de diálise peritoneal a uma possível superdisrupção do mesmo por acumulação sistémica de metabolitos renais.

## CC-03 - DESAFIOS NA ABORDAGEM DAS CEFALIAS RARAS: O CASO DA SÍNDROME HANDL

Danna Krupka<sup>1</sup>; Vítor Mendes Ferreira<sup>1</sup>; Bárbara Rodrigues<sup>1,2</sup>; Pedro Vilela<sup>3</sup>; Filipa Serrazina<sup>1</sup>; Manuel Salavisa<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia - Hospital de Egas Moniz ULSLO; 2 - Primeira autoria partilhada; 3 - Serviço de Neurorradiologia - Hospital de Egas Moniz ULSLO

**Introdução:** A síndrome HANDL (Headeach Accompanied with Transiet Neurological Deficits and cerebrospinal fluid Lymphocytosis) é uma entidade rara, mas benigna. A sua apresentação no Serviço de Urgência pode mimetizar um AVC agudo.

**Caso clínico:** Homem, 24 anos, com antecedentes de enxaqueca com aura episódica. No seu estado de saúde habitual até 1 semana antes do internamento, altura em que iniciou cefaleia de intensidade 8/10, que agravava com Valsalva e o decúbito, acompanhada de náuseas e vômitos. Resolução espontânea total em 24h e recrudescência, após 1 semana, dos mesmos sintomas, associando-se perturbação do discurso. À admissão, objetivada disfunção hemisférica esquerda (NIHSS II). TC-CE e angioTC sem alterações. Por suspeita de AVC isquémico, submetido a trombólise, sem complicações. Realizou RMN-CE urgente destacando-se apenas assimetria no estudo de perfusão cerebral com hipoperfusão do hemisfério esquerdo não correspondente a território vascular. O início do internamento foi pautado por flutuação dos défices neurológicos, alterações complexas da oculomotricidade, disfunção hemisférica direita e cefaleia com características de hipertensão intracraniana. PL com pressão de abertura superior a 40 mmHg, hiperproteinorráquia 122, hipoglicorráquia 34%, pleocitose com 243 células de predomínio mononuclear. Painel meningoencefalites, exame cultural e PCR micobactérias negativos, anatomia patológica com muitos linfócitos maduros e imunofenotipagem do LCR negativa. Estudo analítico extenso negativo. EEG com atividade focal lenta frontal bilateral. TC-corpo sem alterações. Melhoria e estabilidade clínica após a primeira PL. Repetição da RMN-CE e EEG após 1 semana, ambos sem alterações. Tendo em conta a apresentação clínica, alterações do LCR e exclusão de outros diagnósticos, o doente teve alta com o diagnóstico de HANDL, apresentando-se assintomático e sem alterações do LCR aos 2 meses de *follow-up*.

**Conclusão:** A disfunção neurológica na fase aguda desta entidade evoca um vasto diagnóstico diferencial com tratamento distinto e muitas vezes emergente, sendo a HANDL um diagnóstico de exclusão.

## CC-04 - HIPERTENSÃO INTRACRANIANA AGUDA ASSOCIADA À INFEÇÃO POR EPSTEIN-BARR: UM DIAGNÓSTICO A NÃO PERDER

Inês Margarido<sup>1,5</sup>; José Maria Sousa<sup>2</sup>; Inês Albuquerque<sup>3</sup>; André Pinto<sup>4</sup>; Andreia Costa<sup>1,5</sup>; Joana Guimarães<sup>1,5</sup>

1 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto; 3 - Centro Hospitalar do Médio Ave; 4 - Serviço de Doenças Infecciosas, Unidade Local de Saúde de São João, Porto; 5 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto

**Introdução:** A infeção pelo vírus Epstein-Barr(EBV) tem sido associada a vários síndromes neurológicas, como a síndrome de Guillain-Barré ou a meningoencefalite. No entanto, existem apresentações clínicas menos comuns.

**Caso Clínico:** Mulher de 19 anos, sem antecedentes médicos de relevo, para além de mononucleose infecciosa 20 dias antes do início do quadro. Recorreu ao SU por cefaleia intensa e diplopia; à observação apresentava papiledema e limitação da abdução do olho direito, sem outras alterações do exame neurológico, nomeadamente, sem rigidez da nuca. No estudo analítico apresentava linfocitose e citocolestase ligeira. Os estudos de imagem cerebral mostravam sinais indiretos de hipertensão intracraniana (HI). Foram efetuadas três punções lombares (PL) nos dias 20, 28 e 34 após infeção, que revelaram uma pleiocitose ligeira, proteínas normais a ligeiramente aumentadas, sem consumo de glicose. A pressão de abertura estava aumentada na 1ª e 2ª PLs (28cmH<sub>2</sub>O e 33cmH<sub>2</sub>O). As serologias e microbiologia do líquido cefalorraquidiano foram negativas, exceto para o EBV-DNA que foi positivo na 2ª PL. Foi iniciada terapêutica sintomática com acetazolamida 1g/dia e topiramato 150mg/dia; dado o tempo de evolução, não foi iniciada terapêutica antiviral. Cinco semanas após a infeção, verificou-se uma melhoria clínica significativa e da pressão de abertura (3ª PL 11cmH<sub>2</sub>O) que se manteve após suspensão da acetazolamida. Fez-se o diagnóstico presuntivo de HI associada à infeção por EBV.

**Conclusões:** A HI como sintoma isolado na infeção viral do sistema nervoso central (SNC) é rara e tem sido descrita com alguns vírus nomeadamente da família *herpesviridae* - este é o primeiro caso descrito de infeção aguda por EBV com HI isolada. Em doentes com cefaleias de novo e sinais de HI semanas após mononucleose infecciosa, mesmo sem outros sinais de meningite, deve ser considerado o envolvimento do SNC. A pesquisa repetida do EBV-DNA em momentos diferentes é fundamental para um diagnóstico correto.

## CC-05 - ALÉM DO CONVENCIONAL: TOXINA BOTULÍNICA NUMA DOENTE COM TROMBOSE VENOSA CEREBRAL CRÓNICA

Stefanie Moreira<sup>1</sup>; Aurora Costa<sup>1</sup>; Andreia Ferreira<sup>1</sup>; Christophe Pinto<sup>1</sup>; Joana Pinto<sup>1</sup>; José Manuel Araújo<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde Braga

**Introdução:** A cefaleia resultante da trombose venosa cerebral é uma queixa comum na fase aguda, podendo tornar-se crónica e debilitante, afetando de modo significativo a qualidade de vida dos doentes.

**Caso Clínico:** Mulher de 41 anos, com história de cefaleia inaugural aos 37 anos, no decorrer do primeiro trimestre de uma segunda gestação. Tratava-se de uma cefaleia frontal, acompanhada de cervicalgia, tipo pressão, de intensidade 9/10, com alívio parcial com paracetamol, sem altura preferencial do dia e sem variação postural.

Diagnosticada anemia hemolítica/autoimune, às 29 semanas de gestação, tendo iniciado corticoterapia com melhoria parcial.

Cerca de 10 meses após este quadro, com instalação de obscurecimentos visuais transitórios diários. Ao exame apresentava edema da papila bilateral. Diagnosticada com trombose do seio reto, tórcula e seios laterais.

Apesar da hipocoagulação, não se verificou recanalização da trombose. Por anemia refratária, dois anos após o diagnóstico, associado rituximab, com resposta analítica favorável. Reavaliações oftalmológicas documentaram resolução do edema da papila.

A doente manteve cefaleia crónica de localização variável, frontal, holocraniana ou frontotemporal e orbitária direita, em pressão ou pulsátil, de intensidade flutuante entre 9 e 10/10, com náuseas, foto e fonofobia, sem variação postural. Tentados tratamentos sucessivos com acetazolamida, topiramato e amitriptilina que se revelaram ineficazes. Iniciada aplicação de toxina botulínica de acordo com o protocolo PREEMPT, com a qual se conseguiu obter melhoria clínica significativa: passou a ter dias sem cefaleia, com episódios de menor intensidade e com melhor resposta à analgesia.

**Conclusão:** É discutível a etiologia da cefaleia crónica desta doente, podendo estar envolvidos diferentes mecanismos fisiopatológicos. Contudo, destaca-se a eficácia da toxina botulínica, enfatizando a necessidade de explorar diferentes abordagens terapêuticas na gestão algica destes doentes.

## CC-06 - CEFALEIA EM SALVAS E TUMORES NEUROENDÓCRINOS: A DANÇA DOS NEUROPEPTÍDEOS

Sara Gomes<sup>1</sup>; Lúcia Jardim<sup>2</sup>; Leonor Francisco<sup>3</sup>; Stefanie Moreira<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Unidade Local de Saúde da Cova da Beira; 3 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**Introdução:** A fisiopatologia da cefaleia em salvas é complexa e ainda não totalmente compreendida. Parece resultar da ativação do sistema trigeminovascular, periféricamente ou a nível central, particularmente com ativação hipotalâmica e libertação de neuropeptídeos.

Os tumores neuroendócrinos, nomeadamente pulmonares, podem secretar alguns destes neuropeptídeos, podendo contribuir para o reaparecimento/agravamento deste tipo de cefaleia.

**Caso clínico:** Apresentam-se os casos de dois homens, de 62 e 70 anos, fumadores, seguidos por cefaleia em salvas e com diagnóstico de tumores neuroendócrinos pulmonares: tumor carcinóide atípico e carcinoma neuroendócrino de grandes células, respetivamente, submetidos a lobectomia.

No primeiro caso, o diagnóstico do tumor ocorreu em paralelo com o segundo período de cefaleias, verificando-se uma redução da intensidade e frequência das crises após a cirurgia, contactando-se mais tarde, em TC de tórax, a presença de imagens nodulares residuais. Atualmente encontra-se medicado com verapamil, lítio e galcanezumab, com resposta parcial, e oxigénio em SOS.

No segundo, o diagnóstico da cefaleia precedeu em anos a descoberta da doença neoplásica, tendo-se verificado, contudo, resolução das crises após a resseção tumoral, com um tempo de seguimento atual de dois anos.

**Conclusão:** Pretende-se, desta forma, interrogar e discutir a eventual influência destes tumores produtores de neuropeptídeos na variação da frequência e intensidade das cefaleias em salvas.

## CC-07 - ANEURISMA DA ARTÉRIA CARÓTIDA DIREITA: UMA ETIOLOGIA INVULGAR DE CEFALEIA TRIGÉMINO-AUTONÓMICA

Sara Lima<sup>1</sup>; Mafalda Perdicoúlis<sup>1</sup>; Sérgio Moreira<sup>2</sup>; Andreia Matas<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2 - Serviço de Neurocirurgia, Unidade Local de Saúde do Hospital de Santo António

**Introdução:** As cefaleias trigémino-autonómicas caracterizam-se por crises de dor de curta duração, unilaterais, de grande intensidade e que se associam a sinais autonómicos. Embora possam estar associadas a lesões estruturais, a determinação de uma relação causal é, muitas vezes, difícil de estabelecer.

**Caso Clínico:** Uma mulher de 47 anos, com antecedentes de estenose mitral e um episódio prévio de acidente isquémico transitório carotídeo, apresentou-se no serviço de urgência com cefaleia hemicraniana direita persistente, acompanhada de ptose palpebral e injeção conjuntival ipsilaterais com um mês de evolução. Sem alterações a assinalar ao exame neurológico. Realizada TC CE sem alterações clinicamente relevantes. Prosseguiu-se a investigação diagnóstica com a realização de RMN-CE com estudo angiográfico a identificar dilatações e estenoses arteriais nos segmentos M1 e M2 da artéria cerebral média direita. Uma arteriografia subsequente identificou uma dilatação aneurismática na artéria carótida interna direita, que foi tratada cirurgicamente com sucesso. A doente permanece assintomática aos cinco anos de seguimento após a intervenção cirúrgica.

**Conclusões:** Apesar das cefaleias trigémino-autonómicas poderem ser secundárias a causas estruturais, as etiologias vasculares são relativamente raras. O caso apresentado destaca a importância da avaliação cuidadosa de pacientes com cefaleia trigémino-autonómica e reforça a necessidade de considerar causas vasculares em casos atípicos.

## CC-08 - CARACTERIZAÇÃO SEMIOLÓGICA DA CEFALEIA ASSOCIADA A DIÁLISE – DIFERENTES FENÓTIPOS PARA A MESMA ENTIDADE CLÍNICA?

José Blazer Costa<sup>1,2</sup>; Manuel Gonçalves<sup>1</sup>; André Caetano<sup>1</sup>; Gonçalo Cabral<sup>1</sup>

1 - Hospital Egas Moniz, ULSLO; 2 - Nova Medical School|Faculdade de Ciências Médicas

**Introdução:** A cefaleia associada à diálise é uma entidade frequente (prevalência 27-73%), que não apresenta um fenótipo específico, sendo necessário para o seu diagnóstico a relação temporal com a sessão dialítica, com resolução até 72h após o seu término, e a remissão após transplante renal. A maioria das séries de casos apontam como características mais frequentes das cefaleias desencadeadas pela diálise a bilateralidade, pulsatilidade, a fotofobia e o início após 3ª hora de diálise. São raras as apresentações com fenomenologia trigemino-autonómica.

**Caso clínico 1:** Mulher, 37 anos, sem história de cefaleia primária. Antecedente de doença renal crónica (DRC) por glomerulonefrite idiopática, sob hemodiálise entre 2011 e 2017, tendo sido nesse ano submetida a transplante renal. Rejeição do enxerto e retoma de hemodiálise em 2023, (3 sessões/semana). Quadro de cefaleia pulsátil, bifrontal, acompanhada de fotofobia, desencadeada pelas sessões dialíticas. Intensidade máxima da cefaleia a meio da sessão, com duração de 24h. Sem outros fatores desencadeantes, de alívio ou agravamento. Entre 2011 e 2017 apresentou quadro semelhante, com remissão após transplante renal. Redução da intensidade da cefaleia sob nortriptilina 25mg/dia.

**Caso clínico 2:** Homem, 44 anos, sem história de cefaleia primária. Antecedente de DRC por nefropatia IgA, sob diálise peritoneal 3 vezes por semana, desde 2019. Quadro de cefaleias episódicas unilaterais, na distribuição de VI direito, com duração de 4-5h, associadas a lacrimejo, hiperémia conjuntival e rinorreia ipsilaterais. Estas cefaleias ocorrem após 3 horas de sessão dialítica, sem outros fatores desencadeantes, de alívio ou de agravamento. Diminuição da frequência das crises sob indometacina 75 mg.

**Conclusões:** Os casos ilustrados revelam a variabilidade da cefaleia associada à diálise, compreendendo apresentações com características migranosas ou trigemino-autonómicas. Fatores terapêuticos em estudo incluem a melhoria das condições dialíticas e parâmetros hemodinâmicos. A cuidada caracterização fenotípica desta entidade permitirá adequar a melhor terapêutica profilática.

## CC-09 - DISSEÇÃO CAROTÍDEA, ANGIOPLASTIA E CEFALEIA EM SALVAS: CAUSA OU CASUALIDADE?

Andressa S. Pereira<sup>1</sup>; Maria Teresa Durães<sup>1</sup>; Ivânia Alves<sup>1</sup>

1 - ULS Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal

**Introdução:** A cefaleia em salvas (CeS) é rara, e associa-se a fatores de risco e fatores desencadeantes de crises, nomeadamente: tabagismo, álcool, sexo masculino e história familiar. Outros fatores como eventos traumáticos e pós-intervenção também têm sido relatados.

**Caso Clínico:** Homem de 33 anos, fumador ativo, seguido por Neurologia desde 2020 após AVC em território fronteira ACM/ACA secundário a disseção pós-traumática das artérias carótidas internas (ACI direita ocluída e com disseção 15 mm a jusante da bifurcação carotídea e disseção e pseudoaneurisma da ACI esquerda). Em 2022, por queixas de *tinnitus esquerdo*, realizou angioplastia com colocação de stent e correção do pseudoaneurisma da ACI esquerda. Três dias depois, iniciou episódios de dor muito intensa na região supraorbitária esquerda, com duração entre 1 a 4 horas associada a lacrimejo, hiperemia conjuntival, ptose esquerda e agitação marcada. No passado, o doente teve episódios de sintomas semelhantes, mas com dor moderada e menor frequência. Realizou TC CE e ecodoppler da circulação extra e intracraniana, sem alterações de novo. Considerando [\[UdMOI\]](#) possível CeS, iniciou corticoterapia e posteriormente verapamilo, com remissão das queixas (suspendeu após 6 meses). Contudo, após angioplastia de revisão, teve novas crises de CeS, necessitando reintroduzir verapamilo, que mantém, com boa resposta.

**Conclusões:** Este caso ilustra o aumento da intensidade e frequência dos episódios de CeS em relação temporal com angioplastia da ACI, sendo as crises ipsilaterais a intervenção. Segundo a literatura, a associação de cefaleia (não específica) e angioplastia pode ser explicada por possível síndrome de hiperperfusão, todavia a cefaleia deve resolver em 1 mês. Este caso levanta variadas questões relativas à fisiopatologia da CeS (nomeadamente a disfunção do SN simpático) e apresenta um possível fator desencadeante de crises.

## CC-10 - ANALGESIA INDUZIDA POR AÇÃO DA BETA-HISTINA?

Anabela Câmara<sup>1</sup>; Ângela Abreu<sup>1</sup>; Teresa Aguiar<sup>1</sup>

1 - Hospital Central do Funchal

**Introdução:** As cefaleias trigémino-autonómicas são cefaleias intensas e unilaterais associadas a sinais autonómicos ipsilaterais. No início das crises ocorre ativação no hipotálamo póstero-inferior que tem ligações anatómicas e funcionais ao sistema trigémino-vascular. A beta-histina atua como antagonista no recetor H3 do locus coeruleus (LC), recetor autoinibitório envolvido na modulação da dor neuropática e que tem sido alvo de investigação.

**Caso Clínico:** Mulher de 41 anos, com antecedentes pessoais de endometriose, dislipidemia, fenómeno de Raynaud e fístula arteriovenosa extracranina tratada com embolização em 2019 e com alergias a múltiplos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Apresentava de longa data episódios de cefaleia hemicraniana estritamente unilateral, à direita, com dor orbitária, hiperemia conjuntival, lacrimejo ipsilateral com 5-10 min de duração. Frequência semanal com múltiplos episódios por dia. Negava zonas gatilho. Paralelamente apresentava episódios de perda de consciência compatíveis com síncope, não relacionados com as crises álgicas. Ao exame neurológico sem sinais focais. Para investigação realizou RM-CE com angioRM e EEG, não apresentando alterações. Não foi possível fazer prova terapêutica com indometacina por alergia a múltiplos AINEs. Foi medicada pelo médico de família com beta-histina 16 mg id pelas lipotímias com franca melhoria na frequência das cefaleias. Por manter lipotímias suspendeu a beta-histina, contudo, por recorrência da cefaleia estritamente unilateral, com frequência diária e cerca de 3 crises por dia, retomou beta-histina com melhoria franca e sustentada das cefaleias (1-2 crises por mês).

**Conclusão:** A beta histina é um agonista parcial da histamina no recetor H1 e antagonista do recetor H3. O bloqueio dos recetores H3 (autoinibitórios) no LC, que recebe eferências histaminérgicas do núcleo tuberomamilar, parece facilitar a libertação de histamina com conseqüente inibição da hipersensibilidade neuropática através da regulação de vias noradrenérgicas, envolvidas na hipersensibilidade neuropática. Posto isto, antagonistas do recetor H3 poderão ser uma alternativa terapêutica a ser investigada nas cefaleias trigémino-autonómicas.

## CC-11 - FLUNARIZINA NA CEFALEIA EM SALVAS CRÓNICA?

Anabela Câmara<sup>1</sup>; Ângela Abreu<sup>1</sup>; Teresa Aguiar<sup>1</sup>

1 - Hospital Central do Funchal

**Introdução:** A cefaleia em salvas é uma cefaleia trigémino-autonómica muito intensa e incapacitante. Resulta de uma ativação trigémino-autonómica mediada pelo hipotálamo. O verapamilo, bloqueador dos canais de cálcio, é a principal terapêutica profilática, quer na cefaleia em salvas episódica quer crónica, contudo nem sempre é eficaz pelo que urge a necessidade de novas terapêuticas.

**Caso Clínico:** Mulher de 61 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma epidermóide e dislipidemia, iniciou há cerca de 5 anos episódios diários de cefaleia hemicrania direita, com ptose, olho vermelho e lacrimação ipsilateral, com duração de 20 a 25 minutos, de predomínio noturno, com inquietude e alodínia associada. Fez trial com indometacina sem resposta e foi medicada com verapamil 600 mg/dia e melatonina 4 mg com melhoria parcial. Recusou corticoterapia e bloqueio anestésico do nervo grande occipital. Um dia, por crise muito intensa, recorreu ao Serviço de Urgência onde foi medicada com pregabalina 25 mg e flunarizina 10 mg com remissão completa das crises nos cinco meses seguintes e sem efeitos secundários relevantes.

**Conclusão:** O tratamento da cefaleia em salvas, particularmente crónica, é um desafio. A flunarizina, tal como o verapamilo, é um bloqueador dos canais de cálcio, com potencial ação antagonista H<sub>1</sub>, D<sub>2</sub> e 5-HT<sub>1</sub>. Neste caso existiu uma remissão completa dos sintomas com adição da flunarizina à terapêutica clássica pelo que poderá ser uma alternativa terapêutica profilática na cefaleia em salvas.

## CC-12 - NEUROESTIMULAÇÃO OCCIPITAL EM DOIS CASOS DE CEFALEIA EM SALVAS REFRACTÁRIA

Francisca Ferreira<sup>1,3</sup>; André Lopes Gomes<sup>2,3</sup>; Clara Chamadoira<sup>2,3</sup>; Manuel Rito<sup>2,3</sup>; Andreia Costa<sup>1,3</sup>

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Neurocirurgia, Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal; 3 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** A cefaleia em salvas (CS) é um subtipo de cefaleia primária altamente incapacitante. Cerca de 20% dos doentes cumpre critérios para CS crónica, definida por um período de remissão entre salvas inferior a 3 meses. A Estimulação do Nervo Occipital (ENO) tem emergido como uma alternativa terapêutica eficaz nos doentes com CS crónica refratária.

**Caso 1:** Homem de 54 anos, fumador, com história de CS desde março de 2020, reportando dor frontotemporal direita, associada a injeção conjuntival, lacrimejo e rinorreia, com frequência de 3 a 4 episódios por dia e duração de pelo menos 1 hora por episódio. Encontrava-se medicado cronicamente com verapamil 240mg 3id e prednisolona oral, assim como sumatriptano subcutâneo e oxigenoterapia em fase aguda. Iniciou ainda tratamento com toxina botulínica e, posteriormente, galcanezumab, sem resultados satisfatórios. Dada a refratariedade à terapêutica médica, foi implantada ENS em outubro de 2023. Quatro meses após o procedimento, o doente reporta melhoria de 70% na intensidade da dor e frequência dos episódios.

**Caso 2:** Homem de 54 anos, fumador, com quadro de CS com início em 2018. Reportava dor concentrada sobretudo à direita, embora apresentasse episódios de dor à esquerda, de predomínio frontotemporal, intensidade 10/10 e associada a lacrimejo e hiperémia conjuntival. Reportava crises diárias, sobretudo nocturnas. Medicado com verapamil 240mg 3id e prednisolona oral, assim como sumatriptano subcutâneo e oxigenoterapia em fase aguda. Por ausência de resposta sustentada a bloqueios do grande nervo occipital e galcanezumab, foi referenciado para ENS, colocada em março de 2024. Um mês após o procedimento, reporta melhoria de pelo menos 50%, tanto em intensidade como frequência dos episódios.

**Conclusão:** A Estimulação do Nervo Occipital (ENO) mostrou-se eficaz em reduzir a intensidade e frequência da CS crónica refratária, representando uma opção terapêutica minimamente invasiva e promissora para melhorar a qualidade de vida destes doentes.

## CC-13 - CASE 101: WHEN THE PAIN HAS A COLOR

Catarina Fernandes<sup>1,2</sup>; Filipe Palavra<sup>1,3,4</sup>

1 - Centre for Child Development – Neuropediatrics Unit, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2 - Neurology Department, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal; 3 - Clinical and Academic Centre of Coimbra, Coimbra Portugal; 4 - Laboratory of Pharmacology and Experimental Therapeutics, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR), Faculty of Medicine, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introduction:** Red Ear Syndrome (RES) is a very rare disorder, with only 100 cases reported in the literature, characterized by unilateral or bilateral attacks of paroxysmal pain, and reddening of the external ear. The episodes can occur spontaneously or be triggered, from a few seconds to several hours, with a variable frequency. The pathophysiology is still unknown, but several hypotheses involving peripheral and central nervous system mechanisms have been proposed.

**Clinical case:** A 6-year-old boy with unrevealed previous medical history presented with paroxysmal episodes of pain in the left ear associated with redness of the ear lobe within 3 months of evolution. The attacks started relatively suddenly, lasted for hours with a variable frequency and were self-limited. Parents applied local ice with no improvement. They denied the existence of headache or other accompanying neurological or autonomic symptoms. These episodes had a huge impact on school and daily life. He had tried treatment with gabapentin, oral prednisolone, ibuprofen and topical lidocaine without success. A maternal family history of migraine and anxiety disorder was identified. At the time of our first observation, he was under treatment with gabapentin 200 mg a day and betamethasone 3 mg a day. Suspecting of RES, we asked for a cervical and brain MRI and performed a therapeutic trial with Indomethacin 25 mg up to 3 times a day. The MRI showed a loop at the right AICA in the internal auditory canal without pathological significance. An improvement in paroxysm frequency and intensity was noticed. Down-titration of indomethacin was started and preventive treatment with flunarizine was tried.

**Conclusions:** Although rare, this condition is commonly refractory with a high functional impact on daily activities. The exclusion of a secondary cause is mandatory. More studies are needed to explore the pathophysiology and to identify the best treatment for RES.

## CC-14 - NEURALGIA DO TRIGÉMEO E SCHWANNOMA VESTIBULAR: UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

Mafalda Perdicoulis<sup>1</sup>; Sara Lima<sup>1</sup>; Catarina Borges<sup>1</sup>; Luís Rocha<sup>2</sup>; Andreia Matas<sup>1</sup>

1 - Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes E Alto Douro; 2 - Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local de Saúde de Santo António

**Introdução.** A neuralgia do trigémeo secundária a lesões tumorais é uma condição incomum, ocorrendo em cerca de 6% dos doentes com síndromas de dor facial. Geralmente, está associada a tumores que afetam as vias do nervo trigémeo, sendo os meningiomas e os schwannomas vestibulares as lesões mais frequentemente implicadas.

**Caso Clínico.** Senhor de 81 anos com queixas de neuralgia do trigémeo à esquerda com dois anos de evolução referenciado dos cuidados de saúde primários devido à refratariedade às medidas terapêuticas instituídas. Apresentava, concomitantemente, queixas de hipoacusia bilateral, mais significativa à esquerda, e síndrome vertiginosa recorrente. A investigação diagnóstica complementar realizada incluiu audiometria a demonstrar perda neurosensorial acentuada à esquerda e ressonância magnética contrastada a revelar uma lesão ocupando espaço, obliterando o canal auditivo interno esquerdo e estendendo-se para a cisterna do ângulo pontocerebeloso deste lado, sugestiva de schwannoma do VIII par craniano. O doente iniciou tratamento com eslicarbazepina, com uma boa resposta clínica. Após avaliação por neurocirurgia, optou-se por um tratamento conservador, dada a estabilidade clínica e lesional observada ao longo de dois anos de seguimento. Este caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial em pacientes com neuralgia do trigémeo refratária, destacando a necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas e a possibilidade de manejo conservador em determinadas situações clínicas.

**Conclusão.** O caso apresentado é ilustrativo da associação incomum entre neuralgia do trigémeo e lesões tumorais intracranianas, sublinhando a importância da vigilância ativa e da abordagem multidisciplinar nestas situações.

## CC-15 - NEURALGIA DO TRIGÉMIO COMO MANIFESTAÇÃO RARA DE LESÃO CARCINOMATOSA OCULTA

Rui Dinis Fernandes<sup>1</sup>; Joana Ramos-Lopes<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

**Introdução:** A neuralgia do trigémio é definida como dor paroxística, intensa, recorrente, de curta duração, no território do nervo, com etiologia secundária em cerca de 15% dos casos (8% devido a neoplasias). Alterações no exame neurológico, assim como a refratariedade ao tratamento médico, devem levantar essa suspeita, sendo a RM o exame de eleição para melhor esclarecimento.

**Caso Clínico:** Mulher de 72 anos, antecedentes de diabetes mellitus e hipertensão arterial, observada em consulta de Neurologia por dor tipo choque, intensa, paroxística, sem desencadeante consistente, na região trigeminal V2 direita, com parestesias, com início nos 10 meses anteriores. Ao exame neurológico não apresentava sinais focais. Previamente havia realizado TC-CE e RM-CE com gadolínio que não revelaram alterações de relevo. Foi assumido diagnóstico de neuralgia do trigémio. Ao longo do seguimento foram tentados vários esquemas terapêuticos e associações com diferentes fármacos (carbamazepina, pregabalina, lacosamida e eslicarbazepina) e ajustes posológicos, apenas se conseguindo melhoria ligeira das queixas. Cerca de 20 meses após o início da sintomatologia, as queixas álgicas estenderam-se a V1 direito, com hipoestesia álgica na região perinasal e discreto edema malar direito. Semanas depois a doente desenvolve diplopia binocular com oftalmoparésia complexa, não flutuante. Optou-se por repetir a RM-CE que revelou lesão expansiva compatível com schwannoma do nervo infraorbitário ipsilateral. Realizou biópsia excisional da lesão, cujo resultado anátomo-patológico revelou tratar-se de infiltração por carcinoma, mantendo-se atualmente a aguardar conclusão do estudo sistémico. A doente mantém a sintomatologia álgica apesar da intervenção cirúrgica.

**Conclusão:** Metástases de um carcinoma num ramo do trigémio são uma causa secundária rara de neuralgia, com poucos casos descritos até à data. Apesar da intervenção cirúrgica, o acompanhamento em consulta de neurologia dever-se-á manter por manutenção das queixas álgicas e necessidade de ajuste terapêutico.

## CC-16 - NEURALGIA DO TRIGÉMEO E DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH: UMA ASSOCIAÇÃO POUCO FREQUENTE

Aurora Costa<sup>1</sup>; Stefanie Moreira<sup>1</sup>; Sofia Lopes<sup>1</sup>; Filipa Sousa<sup>1</sup>; Sara Varanda<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde de Braga

**Introdução:** A associação entre neuralgia do trigémeo e doença Charcot-Marie-Tooth não é frequente. Existem cerca de 30 casos publicados na literatura, muitos com apresentação familiar, sendo ainda mais raros os casos associados a mutações no gene MPZ. Pensa-se que, nestes casos, a neuralgia do trigémeo possa ser explicada por um mecanismo fisiopatológico desmielinizante.

**Caso Clínico:** Homem de 52 anos, referenciado à consulta de neurologia por dor hemifacial direita, descrita como fisgadas excruciantes, associada a sudorese facial e lacrimejo ipsilaterais desde os 35 anos. Referia também múltiplas exodontias sem melhoria. Ao exame apresentava hipostesia algica nas divisões maxilar e mandibular direitas, tendo sido diagnosticada Neuralgia do Trigémeo. Apurou-se posteriormente conflito neurovascular com artéria cerebelosa superior, tendo realizado descompressão microvascular cirúrgica, sem melhoria, e termocoagulação por radiofrequência, com melhoria parcial. Acabou por ser referenciado novamente à consulta de neurologia por dor refratária às técnicas e fármacos instituídos. Observou-se nessa altura atrofia simétrica distal dos membros inferiores, défice de força segmentar na dorsiflexão e flexão plantar bilateralmente, pés cavos, arreflexia osteotendinosa e hipoestesia em péua. A neurografia apresentava sinais de neuropatia sensitiva e motora de tipo desmielinizante. O estudo genético acabou por identificar variante em heterozigotia no gene MPZ, confirmando diagnóstico de doença de Charcot-Marie-Tooth tipo 1B.

**Conclusões:** O caso apresentado destaca-se pela apresentação inicial com neuralgia do trigémeo refratária, sendo o diagnóstico de doença de Charcot-Marie-Tooth posterior e associado a uma mutação rara em casos que combinam ambas as patologias. Não obstante, a doença de Charcot-Marie-Tooth é uma entidade a ter em conta na investigação dos casos de neuralgia do trigémeo.

## CC-17 - SÍNDROME DE NEVE VISUAL EM RELAÇÃO COM A ENXAQUECA

Manuel Ramalho Gonçalves<sup>1</sup>; José Blazer Costa<sup>1</sup>; Gonçalo Cabral<sup>1</sup>; Carolina Bruxelas<sup>2</sup>

1 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz; 2 - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental - Serviço de Oftalmologia do Hospital Egas Moniz

**Introdução:** A síndrome da neve visual (SNV) é uma entidade incomum, subdiagnosticada, definida pela percepção persistente e contínua de pequenos pontos luminosos e escotópicos em todo o campo visual, durante pelo menos 3 meses, acompanhada por fenómenos entópticos aumentados, fotofobia, nictalopia e/ou palinopsia. A prevalência de enxaqueca nos doentes com SNV é alta (30-60%), com particular predominância da enxaqueca com aura visual. No entanto, a SNV faz parte do diagnóstico diferencial da aura visual migranosa persistente.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 29 anos, com antecedentes relevantes de tabagismo progressivo, apresenta desde os 12 anos quadro de cefaleia episódica, do tipo pulsátil, localizada ao vértex, acompanhada de náuseas, sono, foto e cinesiofobia, com aumento gradual da intensidade em horas e duração de cerca de 24h. Descreve ainda pelo menos dois episódios de aura visual pré-cefaleia descritos como *flashes* luminosos bilaterais, seguidos de aura sensitiva com sintomas positivos braquiofaciais bilaterais, com duração aproximada de 30 minutos. Desde há mais de 3 meses, após episódio de enxaqueca com aura visual, desenvolveu perturbação visual bilateral persistente, caracterizada por sensação de pixéis estáticos, exacerbada por condições luminosas, associada a fotofobia e palinopsia. Não apresentava alterações ao exame neurológico. Foi feita adicionalmente avaliação neurooftalmológica detalhada, EEG e RM-CE, sem alterações. Perante suspeita de SNV, iniciou terapêutica com lamotrigina até dose total de 100 mg/dia. Apesar do tratamento (2 anos de follow-up), não houve melhoria dos sintomas visuais, mas manteve estabilidade das queixas (sem interferência no dia-a-dia), bem como do número de episódios de enxaqueca (<4 dias/mês).

**Conclusão:** O diagnóstico de SNV carece de exclusão de causas secundárias neurológicas ou oftalmológicas. Embora benigna, ainda não existem estratégias farmacológicas eficazes para a SNV, enfatizando a importância de medidas de estilo de vida e tratamento das comorbidades.

## CC-18 - UM EFEITO LATERAL INESPERADO DE UM CATETERISMO CARDÍACO

Sandra Palma<sup>1</sup>; Augusto Rachão<sup>1</sup>; Bárbara Ferreira<sup>1</sup>; Francisco Antunes<sup>1</sup>; Lílíana Pereira<sup>1</sup>

1 - Hospital Garcia de Orta

**Introdução:** Fenómenos do tipo aura visual, associados ou não a cefaleia, têm sido descritos no contexto de procedimentos endovasculares. Sendo o seu mecanismo fisiopatológico desconhecido, ocorrem de forma rara, tendo sido descritos em angiografia cerebral, ablação por cateter na fibrilação auricular e síndrome de Wolff-Parkinson-White, encerramento de FOP e escleroterapia de veias varicosas.

**Caso Clínico:** Homem de 59 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e cardiopatia isquémica, que motivou a realização de um cateterismo coronário. Minutos após a realização deste procedimento, iniciou alteração do campo visual direito, do tipo “espectro de fortificação”, associando-se escotomas cintilantes, com progressão centrífuga no campo visual. Negava história prévia ou familiar de enxaqueca, doença neurológica ou outros sintomas neurológicos. O fenómeno visual desapareceu espontaneamente após 20 minutos. Foi avaliado por Neurologia, não se tendo evidenciado alterações no exame neurológico. Cerca de uma hora depois, teve novo episódio de características similares, com nova resolução espontânea. Foi realizada RM encefálica e eletroencefalograma, ambos sem alterações a salientar. Um ano depois, o doente mantém-se sem recorrência destes episódios ou aparecimento de cefaleia/enxaqueca, tendo sido assumido diagnóstico de fenómeno tipo aura visual, após cateterismo cardíaco.

**Conclusão:** A raridade de fenómenos do tipo aura após procedimentos endovasculares, especialmente após cateterismos coronários, assim como a sua semiologia heterogénea, tornam desafiante o seu reconhecimento na prática clínica, com necessidade de exclusão de causas vasculares e epiléticas. Como referido, é desconhecida a fisiopatologia subjacente, sendo apontados como mecanismos possíveis a libertação de bolhas ou microêmbolos pelo cateter ou a ação de mediadores inflamatórios locais ou substâncias vasoativas. Apesar de muito raros, estes fenómenos parecem aparentemente benignos, não se associando a recorrência sintomática. É, contudo, importante reportar estes casos, para melhor esclarecimento das implicações clínicas futuras destes fenómenos.

## CC-19 - ANTICORPOS MONOCLONAIS ANTI-CGRP E FENÓMENO DE RAYNAUD – RISCO/BENEFÍCIO?

Sofia Marinho Pinto<sup>1</sup>; Gonçalo V. Bonifácio<sup>1</sup>

1 - Unidade Local de Saúde Arrábida - Hospital de São Bernardo

Existem ainda dúvidas quanto à segurança da utilização de anticorpos monoclonais anti-CGRP como tratamento profilático da enxaqueca em doentes com fenómeno de Raynaud (FR). Apesar de descrições na literatura de efeitos secundários graves, as guidelines atuais não definem claramente uma contra-indicação nestes doentes.

Mulher de 47 anos, com antecedentes de FR primário desde os 41 anos. Seguida em consulta de Cefaleias há 25 anos por enxaqueca episódica sem aura de alta frequência e incapacitante, mesmo sob doses terapêuticas de topiramato, venlafaxina e amitriptilina. Sem alterações no exame objetivo ou imagiológicas. Iniciou galcanezumab em dezembro de 2023, com ótima resposta (redução de 10 para 1 dia mensal de cefaleia) e sem alteração da frequência ou intensidade do FR.

Mulher de 52 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, perturbação depressiva, litíase renal, fibromialgia e FR primário com vários anos de evolução, medicada habitualmente com perindopril, bisoprolol e sertralina. Acompanhada em consulta de Cefaleias desde 1997 por enxaqueca episódica sem aura de elevada frequência e incapacitante. Sem alterações no exame objetivo ou imagiológicas. Após falência terapêutica com propranolol, flunarizina, candesartan, amitriptilina, valproato e memantina, apresentou ótima resposta a erenumab, que fez durante 1 ano, tendo mantido a resposta terapêutica após trocar para galcanezumab em março de 2022 (redução de 5 dias muito incapacitantes por mês para 0). Nega agravamento do FR sob erenumab ou galcanezumab.

Após discussão com as doentes, em ambas se optou por manter o tratamento sob vigilância clínica.

Apresentam-se duas doentes sem agravamento de FR sob terapêutica com galcanezumab ou erenumab. Apesar da indicação de precaução estabelecida recentemente pela European Headache Federation, a decisão mantém-se caso a caso. A terapêutica com bloqueadores do CGRP mantém-se eficaz pelo que, na ausência de complicações severas e sobretudo nestes doentes superrespondedores, é passível de ser continuada com precaução, revelando-se aparentemente bem tolerada.

## CC-20 - ENXAQUECA CRÓNICA RESISTENTE APÓS HEMORRAGIA DE CAVERNOMA DO TRONCO: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.

Marlene Saraiva<sup>1</sup>; Elsa Parreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** Apesar dos notáveis avanços da terapêutica da enxaqueca crónica na última década, muitos casos continuam a representar um desafio clínico com necessidade de uma abordagem multimodal.

**Caso Clínico:** Mulher de 41 anos, autónoma e sem antecedentes pessoais de relevo que se encontrava no seu estado habitual de saúde até 12.05. 2022, dia em que iniciou quadro agudo de cefaleia em crescendo, intensidade máxima 9/10, carácter pulsátil, associada a náuseas, vômitos, fono, foto e cinesiofobia, bem como início ictal de dormência do hemicorpo direito.

Recorreu ao serviço de urgência onde foi observada, apresentando-se normotensa, normocárdica, sem alterações ao exame físico geral; ao exame neurológico com hemihipostesia álgica direita. Realizou TC CE que mostrou lesão hemorrágica pôntica direita, compatível com provável hemorragia de cavernoma, que se veio a confirmar posteriormente por RM CE com Venó e Angio-RM.

Foi medicada sintomaticamente e teve alta com o diagnóstico de hemorragia de cavernoma do tronco encefálico encaminhada para consultas de Neurologia e Neurocirurgia.

Após a alta, verificou-se recorrência episódica muito frequente da cefaleia com as mesmas características acima mencionadas, não obstante início e otimização sucessiva de terapêutica com preventivos orais.

Admitiu-se o diagnóstico de enxaqueca crónica e propôs-se a doente para terapêutica com galcanezumab que a doente iniciou, verificando-se agravamento da intensidade da cefaleia e aparecimento de diversos efeitos adversos, designadamente, náuseas, vômitos, tonturas e sonolência diurna excessiva, todos com duração de 5 a 7 dias após injeção sc. Considerou-se nesta fase o diagnóstico de enxaqueca crónica resistente com efeitos adversos intoleráveis ao galcanezumab, pelo que este foi suspenso, sendo iniciada terapêutica com erenumab.

Até ao presente momento não foram reportados efeitos adversos, salientando-se, no entanto, ausência de melhoria clínica pelo que a doente foi proposta para tratamento neurocirúrgico.

**Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade do diagnóstico e tratamento da enxaqueca.

# ***OUTSIDE OF THE BRAIN BOX***



## O impacto no sono do tratamento com anticorpos monoclonais em doentes com enxaqueca

Rita Cagigal<sup>1</sup>, Ângelo Fonseca<sup>2</sup>, Bárbara Martins<sup>3</sup>, Catarina Fernandes<sup>4</sup>

**Mentores:** Dr.<sup>a</sup> Elsa Parreira<sup>5</sup>, Dr. Filipe Palavra<sup>4</sup>, Dr. Henrique Delgado<sup>6</sup>

1 – Serviço de Neurologia, ULS Gaia-Espinho; 2 – Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos; 3 – Serviço de Neurologia, ULS São João; 4 – Serviço de Neurologia, ULS de Coimbra; 5 – Serviço de Neurologia, ULS de Amadora/Sintra; 6 - Serviço de Neurologia, Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa

**Introdução:** O sono e a enxaqueca estão intimamente relacionados. É conhecido o papel que o CGRP (calcitonin gene-related peptide) tem na crise aguda de enxaqueca; postula-se que poderá ter um papel na regulação do sono.

Assim, este estudo visa observar se o início do tratamento com anticorpos monoclonais anti-CGRP tem influência na qualidade do sono em sujeitos com enxaqueca.

**Métodos:** Estudo observacional, longitudinal, prospetivo e multicêntrico que incluiu doentes tratados com anticorpos anti-CGRP pela primeira vez. Foram colhidos dados clínicos e demográficos, calendário de cefaleias e aplicadas as escalas de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-PT) e Escala de Sonolência de Epworth (ESS-PT) na consulta antes do início do tratamento (T0), aos 3 (T1) e aos 6 (T2) meses de tratamento.

Análise descritiva e comparativa, utilizando testes wilcoxon e qui-quadrado e testes de correlação de Pearson/Spearman, quando aplicáveis.

**Resultados:** Foram incluídos 118 doentes, 9 não completaram os 6 meses de seguimento. Eram provenientes de 12 centros, 86,4% do sexo feminino e idade média 43,6 anos. 52% apresentam enxaqueca episódica e 81% sem aura. Sofriam de patologia do sono 40,7% e 37,3% utilizavam medicação para o sono. Em T0, a maioria dos doentes utilizava 1 preventivo.

Verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa na pontuação PSQI ( $Z=-5.5$ ) ( $p<0.01$ ) e ESS ( $Z=-2.041$ ) ( $p=0.04$ ). Verificou-se correlação do PSQI com a eficácia do tratamento, mas não do ESS.

**Conclusão:** Foi observada uma melhoria na qualidade subjetiva do sono nos doentes que iniciaram tratamento com estes fármacos. Após subanálise, esta resposta demonstrou estar relacionada com a resposta favorável ao tratamento, realçando a importância de que o controlo eficaz da enxaqueca na qualidade de vida dos doentes não se limita ao quadro algíco, afetando também outros sistemas.

Destaca-se ainda a melhoria na escala de sonolência diurna, que foi independente da eficácia do tratamento.

## Sintomas visuais não aura na enxaqueca episódica sem aura

Mariana Dias da Costa<sup>1</sup>, Filipa Dourado Sotero<sup>1</sup>, Beatriz Nunes Vicente<sup>1</sup>, Marco Almeida<sup>2</sup>, Catarina Fernandes<sup>2</sup>, Lénia Silva<sup>3</sup>, Roberto Franco<sup>4</sup>, Gonçalo Bonifácio<sup>5</sup>, Carolina Lemos<sup>6</sup>, Isabel Luzeiro<sup>2</sup>, Isabel Pavão Martins<sup>1</sup>

1- Unidade Local de Saúde Santa Maria; 2- Unidade Local de Saúde Coimbra; 3- Unidade Local de Saúde Santo António, 4- Unidade Local de Saúde São João; 5- Unidade Local de Saúde Arrábida; 6- ICBAS, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

**Introdução:** A aura visual é o tipo mais frequente de aura na enxaqueca e inclui características bem definidas. Doentes com enxaqueca sem aura reportam, frequentemente, alterações visuais em relação com a crise de enxaqueca que não cumprem os critérios para aura visual. A sua fisiopatologia não é bem esclarecida. Recentemente, estes sintomas foram associados a maior morbilidade de enxaqueca e a risco de cronificação.

**Objectivos:** Caracterização dos sintomas visuais que não cumprem critérios de aura (SVNA) em doentes com enxaqueca episódica sem aura. Comparação de características de doentes com e sem SVNA.

**Métodos:** Estudo longitudinal, prospectivo e multicêntrico em doentes adultos seguidos em Consulta de Cefaleias de várias Unidades Hospitalares portuguesas, com diagnóstico de enxaqueca episódica sem aura de acordo com a classificação ICHD-3. Foram excluídos doentes com outra cefaleia concomitante e doença oftalmológica e psiquiátrica. Numa primeira visita foram recolhidos dados clínicos e demográficos e auto-preenchimento de um questionário acerca das características da enxaqueca e de sintomas visuais. Aos 3-6 meses, os doentes preenchem novamente o questionário.

**Resultados:** Foram incluídos 133 doentes, dos quais 87.9% do sexo feminino. Noventa doentes (67.6%) reportaram SVNA em relação com a crise de enxaqueca. Os doentes que reportaram SVNA apresentaram maior média de dias de enxaqueca/mês ( $4.9 \pm 3.0$  vs  $4.0 \pm 2.7$  dias), tinham mais vezes familiares de 1º grau com enxaqueca (68.9%), além de outros sintomas associados à enxaqueca como alterações de sensibilidade. A maioria (48.1%) dos doentes reportou 1 tipo de sintoma visual, mais frequentemente a visão turva (42.2%), concomitante com a cefaleia (34.6%), bilateral (35.3%), de curta duração (19.5%) e fixo no campo visual (35.3%). Em 55.6% os sintomas apresentavam impacto moderados a severos no desempenho de atividades.

**Conclusão:** Os SVNA são frequentes em doentes com enxaqueca episódica sem aura, e incluem um espectro alargado de sintomas. Apesar de, em alguns casos, fenomenologicamente semelhantes a aura, não apresentam as suas características típicas, nomeadamente em duração e na forma de instalação. A sua identificação contribui para alargar o espectro do conhecimento acerca de sintomas visuais na enxaqueca, com possíveis implicações clínicas, desde à definição de aura visual à sua consideração na gestão de terapêutica.

## Validação de uma versão traduzida da escala MIBS4 na população portuguesa

Sofia Ferrão Malheiro, Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUSA) ; Flávia Pereira Fleming, Neurologia, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA); Sofia Duarte Rodrigues Casanova, Neurologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE); Beatriz Helena de Sousa e Castro Nunes Vicente, Neurologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHLN); Roberto Luís Mendes Franco, Centro Hospitalar Universitário de São João e Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal (SESARAM); Jorge Miguel Aldinhas Ramos Ferreira, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC); Filipa Dourado Sotero, Neurologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN); Carlos Andrade, Neurologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUSA); Carlos Alberto Fontes Ribeiro, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Raquel Santos Gil Gouveia, Neurologia, Hospital da Luz Lisboa (HLL); Isabel Pavão Martins, Neurologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN); Manuel Bragança Pereira, Médico Especialista em Saúde Pública, Consultor Científico e de Estatística, Evidenze Portugal (EVD)

**Introdução:** A Enxaqueca é a doença neurológica mais frequente e a principal causa de incapacidade abaixo dos 50 anos. Tem sido reconhecido que o peso da enxaqueca não se limita aos períodos de crise. A imprevisibilidade das crises interfere com a programação da vida dos doentes e a sua antecipação associa-se também a sofrimento.

**Objetivo:** Adaptar e aferir para a população portuguesa uma versão traduzida da escala de impacto inter-crítico da enxaqueca (MIB4).

**Métodos:** Após tradução e retroversão da escala original foi obtida uma versão de consenso. A escala foi aplicada a 459 doentes com enxaqueca seguidos em consulta em centros hospitalares terciários de Portugal, e comparada com o impacto das crises na vida diária, com a qualidade de vida e depressão/ansiedade.

**Resultados:** Foram avaliados 459 doentes, 430 mulheres (93,7%), com uma média de idades de 45.06 anos. A escala apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.84) e uma boa correlação com o impacto das crises (MIDAS/HALT;  $r=0.304$ ,  $p<0,001$ ), com a qualidade de vida (SF12;  $r=0,483$ ;  $p<0,001$ ) e com a depressão e ansiedade (HADS;  $r=0.211$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusão:** Nesta análise verificou-se que a versão portuguesa da Mibs4 tem boas propriedades psicométricas e que pode permitir a avaliação da incapacidade intercrítica em doentes com enxaqueca na população portuguesa.