

REUNIÃO DA PRIMAVERA CEFALEIAS

9-10.maio.2025

Hotel MH.Peniche



LIVRO DE RESUMOS

COMUNICAÇÕES ORAIS



CO-01 - TRATAMENTO PREVENTIVO DA ENXAQUECA NO SEXO MASCULINO - O PAPEL DOS ANTICORPOS MONOCLONAIS

Catarina Marques¹; Rita Nunes Rato²; Rafael Dias^{2,3}; Madalena Pinto²; Andreia Gomes^{2,3}

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

Introdução: Os ensaios clínicos com anticorpos anti-CGRP (aCGRP) na enxaqueca incluem maioritariamente mulheres, sendo o subgrupo masculino pouco representado e raramente analisado isoladamente. O mesmo se verifica na prática clínica, onde os dados sobre a resposta dos homens permanecem escassos.

Objetivos: Avaliar e comparar a resposta clínica e os efeitos adversos associados ao uso de aCGRP no tratamento preventivo da enxaqueca em homens e mulheres.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, que incluiu homens e mulheres emparelhados por idade e frequência de enxaqueca. Foram avaliados fatores clínicos, resposta terapêutica, melhoria funcional e efeitos adversos com base em registos clínicos. Utilizaram-se os testes t de Student e Exato de Fisher (significância: $p < 0,05$).

Resultados: Foram incluídos 48 pacientes (24 homens e 24 mulheres), emparelhados por idade (média de 41,8 anos) e frequência de enxaqueca. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos quanto ao tipo de enxaqueca (episódica/crónica) nem à presença de aura.

Relativamente à eficácia, aos 3 meses, a redução no número de dias com enxaqueca foi semelhante entre homens e mulheres (50,8% vs. 60,3%; $p = 0,394$), tendência mantida nos restantes períodos de avaliação (6 e 12 meses).

A melhoria funcional, avaliada pela redução significativa no HIT-6 (≥ 5 pontos), foi observada em ambos os sexos, porém com maior redução nas mulheres aos 3 ($p = 0,002$) e 6 meses ($p < 0,001$) comparativamente aos homens.

Não se verificaram diferenças significativas na proporção de efeitos adversos, exceto aos 3 meses, com mais mulheres a reportar sintomas gastrointestinais ($p = 0,048$). Os eventos foram maioritariamente ligeiros e a tolerabilidade global foi boa, com adesão mantida.

Conclusão: Apesar de uma maior redução do HIT-6 e maior incidência de efeitos adversos iniciais nas mulheres, a eficácia e segurança globais dos aCGRP foram semelhantes entre sexos. Estes resultados contribuem para colmatar a escassez de dados em homens, reforçando a aplicabilidade destes fármacos independentemente do sexo.

CO-02 - POLIMORFISMOS NOS GENES IL1B E NLRP3 COMO POTENCIAIS MODULADORES DA SUSCEPTIBILIDADE ÀS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS: UM ESTUDO PRELIMINAR

Bárbara Guerra Leal^{1,2,3}; Alexandra Teixeira²; Cláudia Carvalho²; Miguel Alves-Ferreira^{1,4,5}; Andreia Dias^{1,4}; Carolina Lemos^{1,3}

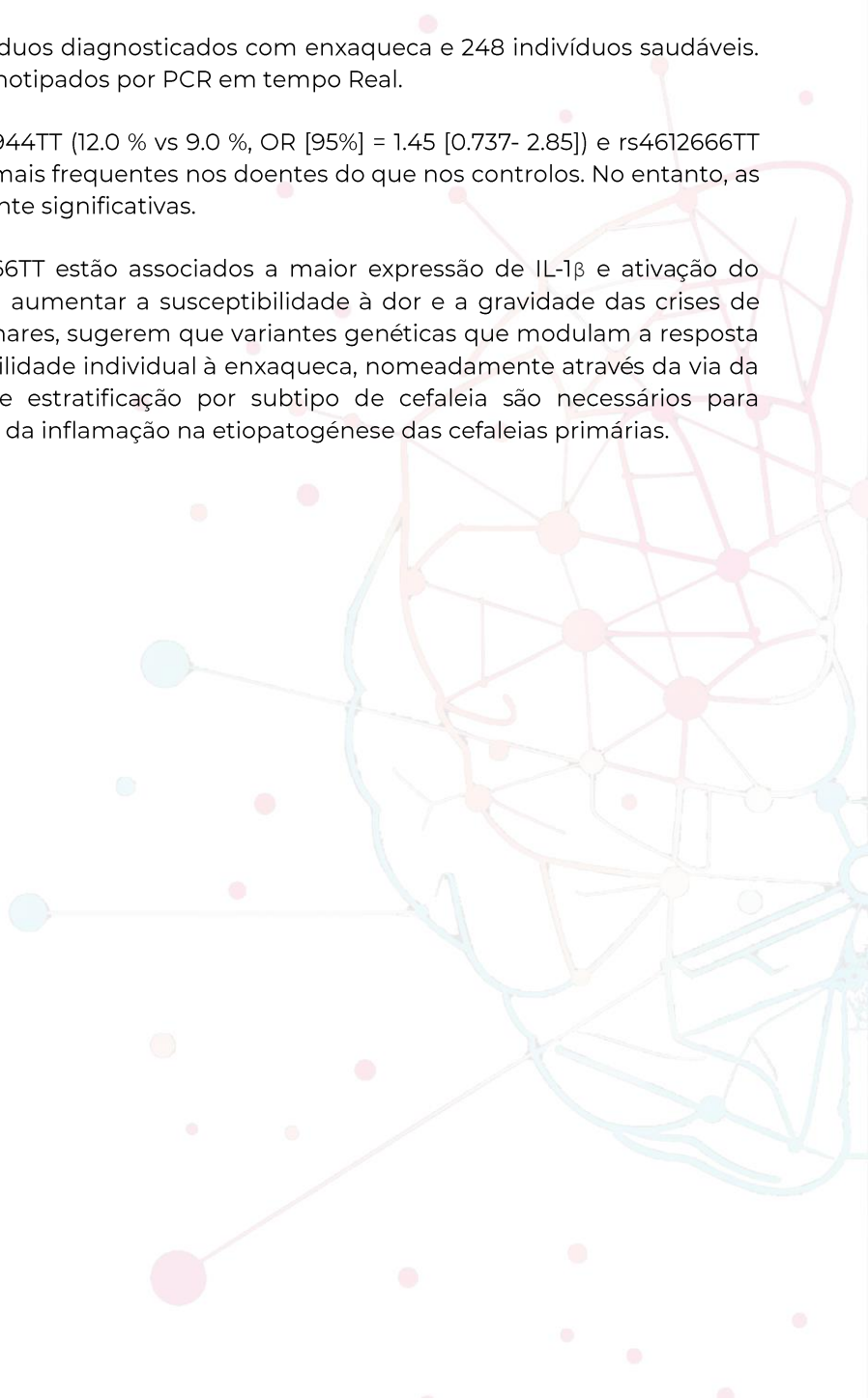
1 - Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédicas, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto (UMIB, ICBAS-UPorto); 2 - Laboratório de Imunogenética, Departamento de Patologia e Imunologia Molecular, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade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

Introdução: A relevância da resposta inflamatória na patogénese e progressão das cefaleias tem sido cada vez mais reconhecida. Os níveis séricos da citocina pro-inflamatória IL-1 β , foram encontrados aumentados em indivíduos com cefaleia crónica e enxaqueca. A proteína NLRP3 é essencial para a formação do inflamassoma e subsequente ativação da caspase-1, regulando a produção de IL-1 β . O objetivo deste estudo, foi avaliar o papel dos polimorfismos rs16944 (no gene *IL1B*) e rs4612666 (no gene *NLRP3*) como potenciais fatores de susceptibilidade ao desenvolvimento de cefaleias, em particular de enxaqueca.

Material e métodos: Foram incluídos 167 indivíduos diagnosticados com enxaqueca e 248 indivíduos saudáveis. Os polimorfismos rs16944 e rs4612666 foram genotipados por PCR em tempo Real.

Resultados: Verificou-se que os genótipos rs16944TT (12.0 % vs 9.0 %, OR [95%] = 1.45 [0.737- 2.85]) e rs4612666TT (7.2% vs 3.3% OR [95%] = 2.30 [0.905- 5.83]) eram mais frequentes nos doentes do que nos controlos. No entanto, as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas.

Conclusão: Os genótipos rs16944TT e rs4612666TT estão associados a maior expressão de IL-1 β e ativação do inflamassoma, respetivamente, podendo assim aumentar a susceptibilidade à dor e a gravidade das crises de enxaqueca. Estes resultados, ainda que preliminares, sugerem que variantes genéticas que modulam a resposta inflamatória podem contribuir para a susceptibilidade individual à enxaqueca, nomeadamente através da via da IL-1 β . Estudos futuros numa amostra maior e estratificação por subtipo de cefaleia são necessários para confirmar estes resultados e aprofundar o papel da inflamação na etiopatogénese das cefaleias primárias.



CO-03 - AVALIAR A EFICÁCIA DO TRATAMENTO PERSONALIZADO DA ENXAQUECA – ESTUDO N-DE-1 AO LONGO DE 22 ANOS.

Miguel Saianda Duarte¹; Raquel Gil Gouveia²

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Beatriz Ângelo, Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas; 2 - Serviço de Neurologia, Hospital da Luz, Lisboa

Introdução: A expressão clínica da enxaqueca é variável entre indivíduos mas também no mesmo indivíduo, ao longo do tempo. Pensa-se que essa variabilidade é resultado da interação de fatores genéticos e ambientais, mas também farmacológicos, nos indivíduos tratados. A variabilidade reflete-se na frequência, duração e intensidade das crises, mas também no fenótipo das mesmas e na resposta terapêutica.

Objetivos: Descrever e analisar a variabilidade da expressão clínica da enxaqueca, em termos de frequência de crises e de uso de medicação de resgate, num único indivíduo que efectuou diversos fármacos preventivos em monoterapia ao longo de 22 anos.

Métodos: Avaliação de registo de calendário de crises contínuo entre 2002-2024. Foram analisados os dias de cefaleia e o consumo de medicação de resgate (sempre zolmitriptano). A resposta aos fármacos preventivos foi avaliada comparando os seis meses anteriores e posteriores ao início, apenas nos que manteve mais de 6 semanas.

Resultados: Homem de 65 anos, com transtorno de personalidade obsessiva e enxaqueca sem aura desde os 16 anos, evoluindo para enxaqueca crónica com uso excessivo de zolmitriptano aos 43 anos. Efectuou terapêutica com topiramato (2006), que foi ineficaz (+8,3% cefaleias); amitriptilina (2008) agravou as cefaleias (+20,4%) mas reduziu o uso de zolmitriptano em 37,7%; com o valproato (2013–2020) obteve resposta sustentada: redução de 63% nos dias de crises e 68% no uso de zolmitriptano, sendo que a partir de 2016 se verifica uma perda de eficácia progressiva, mesmo com aumento das doses. Efectuou erenumab (2020–2021) com impacto negativo (+4,1% cefaleias, +37,8% zolmitriptano), flunarizina (2023) reduziu ligeiramente ambas as variáveis (-17%), e oxitriptano (2023–2024), com impacto irrelevante. Apesar do uso excessivo de zolmitriptano nunca apresentou cefaleia por uso excessivo, mantendo-se eficaz ao longo de duas décadas.

Conclusões: Apresentamos um caso de enxaqueca crónica resistente com uso excessivo de triptanos sem sinais de cefaleias por uso excessivo. Discute-se se a resistência à medicação pode estar relacionada com a mantida eficácia da medicação de resgate.



CO-04 - ANTICORPOS MONOCLONAIS ANTI-CGRP NA ENXAQUECA - EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL REGIONAL

Sofia Marinho Pinto¹; Gonçalo V. Bonifácio¹

1 - ULS Arrábida - Hospital de São Bernardo

Os anticorpos monoclonais (mAb) bloqueadores do CGRP ou respetivo recetor são uma opção de primeira linha no tratamento da enxaqueca, existindo ainda poucos dados de vida real em doentes portugueses.

Análise retrospectiva dos doentes tratados com mAb desde novembro de 2021 num hospital regional.

Identificaram-se 60 doentes (50 mulheres, 83,3%) tratados com mAb anti-CGRP(r), totalizando 94 ciclos de tratamento. Destes, 26 (43,3%) tinham enxaqueca crónica no início do tratamento e 17 (28,3%) já tinham realizado bloqueadores do CGRP. A idade média no início do tratamento é de 44,4 anos e os ciclos de tratamentos têm em média 12,4 meses, mantendo-se 53 doentes sob tratamento. 18 trocaram de anticorpo por falta de eficácia e 2 por obstipação. Entre aqueles sem terapêutica anti-CGRP prévia, 38 têm dados de eficácia aos 3 meses, 16 deles (42,1%) com taxas de resposta $\geq 50\%$, mantendo-se em 12/18 (66,7%) aos 12 meses. A média do PGIC desde o início do tratamento foi de 1,8 (n=45) aos 3 meses e 1,57 aos 12 meses (n=14) na primeira opção terapêutica, sendo que mesmo nos 22 não-respondedores a média aos 12 meses foi de 1,5. Foi ajustada terapêutica anti-hipertensora em 9 doentes (15%). Todos os doentes com taxas de redução de dias de enxaqueca $< 50\%$ aos 12 meses apresentaram PGIC total < 4 . Houve 13 descontinuações, em média aos 20,5 meses de tratamento, na maioria dos casos por eficácia sustentada. 6 doentes recomeçaram tratamento após reavaliação aos 3 meses e 1 aos 6 meses. 3 doentes mantiveram-se sem tratamento após 12 meses.

A terapêutica anti-CGRP(r) mostrou-se segura, eficaz e com benefício sustentado ao longo do tempo, sendo que a utilização de patient-reported outcome measures (PROM) permite justificar a manutenção do tratamento nos não-respondedores quando existe noção de benefício por parte do doente.



CO-05 - ATOGEPANT: EXPERIÊNCIA DOS PRIMEIROS 3 MESES NA ULSEDV

Paula Ferreira¹; Ivânia Alves¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

Introdução: O atogepant é uma pequena molécula desenvolvida para o tratamento profilático dos doentes com enxaqueca episódica e crónica. Após a sua aprovação pela União Europeia em 2023, o medicamento encontra-se sob o regime C de comparticipação no mercado português.

Objetivos: Avaliar a percentagem de doentes com $\geq 50\%$ de redução dos dias com enxaqueca mensais às 4, 8 e 12 semanas, após o início do tratamento com atogepant, e descrever os principais efeitos adversos durante o período de tratamento.

Métodos: Foi realizada uma revisão dos processos eletrónicos dos doentes a quem foi prescrito atogepant entre 01/01/2025 e 04/04/2025, tendo sido realizadas consultas telefónicas para avaliar eficácia e principais efeitos adversos.

Resultados: No período designado acima, foi prescrito atogepant a 15 doentes da consulta externa de Cefaleias da ULSEDV. Desses, 10 são mulheres, com idade média de 36,5 anos ($DP \pm 11.59$).

Do total da amostra, 4 doentes tinham enxaqueca crónica e 8 tinham enxaqueca episódica de elevada frequência. Apenas 9 doentes da amostra foram incluídos na análise da eficácia por ausência de adesão à terapêutica prescrita dos restantes. A principal causa de baixa adesão foi o preço.

Da amostra incluída, 7 doentes reduziram $\geq 50\%$ os dias por mês com crise de enxaqueca, na avaliação às 4 e 8 semanas. Os doentes com diminuição da frequência dos dias de enxaqueca mensais $< 50\%$ reportaram, contudo, uma menor intensidade das crises. Apenas 2 doentes da amostra relataram efeitos adversos, nenhum dos quais levou a descontinuação.

Conclusões: O atogepant mostrou, nesta pequena amostra, um bom perfil de eficácia e efeitos adversos, o que está em concordância com o reportado na literatura.



CO-06 - NEUROMODULATION IN TRIGEMINAL AUTONOMIC CEPHALALGIAS: 11-YEAR EXPERIENCE OF NON-INVASIVE VAGUS NERVE STIMULATION IN A TERTIARY UK HEADACHE CENTRE

Catarina Fernandes^{1,2}; Usman Ashraf¹; Steffania Maniatakī¹; Fiona Greenwood¹; Peter J Goadsby¹

1 - NIHR King's Clinical Research Facility and SLAM Biomedical Research Centre, King's College London UK; 2 - Neurology Department, University Hospital of Coimbra, Local Health Unit of Coimbra, Portugal

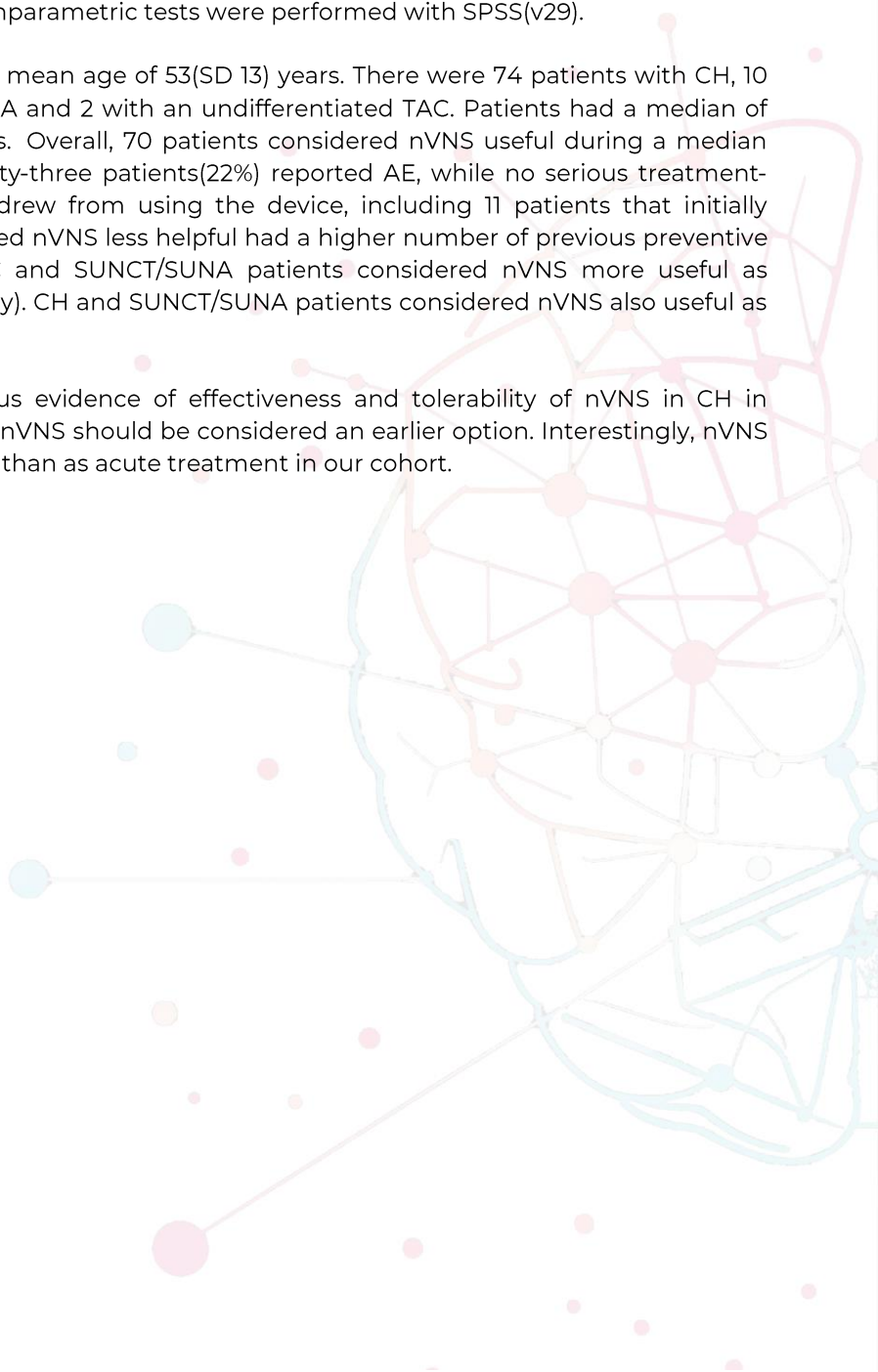
Introduction: Trigeminal Autonomic Cephalalgias (TACs) are a group that include cluster headache (CH), paroxysmal hemicrania (PH), hemicrania continua (HC), short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT) and with cranial autonomic symptoms (SUNA). Studies suggest non-invasive vagus nerve stimulation (nVNS) is a clinically beneficial, safe treatment for CH patients, however, there is less certainty concerning other TACs.

Objectives: Evaluate the effectiveness and tolerability of nVNS as acute or preventive treatments, or both, in TAC patients.

Methods: We performed a service evaluation that retrospectively included patients seen in a tertiary headache with a TAC between January 2014 to February 2025 who had used or currently use nVNS. Data were collected from clinical letters. Descriptive analysis and nonparametric tests were performed with SPSS (v29).

Results: Included 108 patients, 62 males, with a mean age of 53 (SD 13) years. There were 74 patients with CH, 10 with PH, 15 with HC, 4 with SUNCT, 3 with SUNA and 2 with an undifferentiated TAC. Patients had a median of 5 (IQR=4) previous preventive treatment failures. Overall, 70 patients considered nVNS useful during a median time under nVNS of 26 (IQR=52) months. Twenty-three patients (22%) reported AE, while no serious treatment-related AEs occurred. Fifty-nine patients withdrew from using the device, including 11 patients that initially reported nVNS as useful. Patients that considered nVNS less helpful had a higher number of previous preventive failures ($U=1020$; $z=-2.009$; $P=0.045$). CH, PH, HC and SUNCT/SUNA patients considered nVNS more useful as preventive (82%, 80%, 100% and 75%, respectively). CH and SUNCT/SUNA patients considered nVNS also useful as acute treatment (52% and 50%, respectively).

Conclusion: Our findings complement previous evidence of effectiveness and tolerability of nVNS in CH in addition to other forms of TAC, supporting that nVNS should be considered an earlier option. Interestingly, nVNS seems to be more effective as preventive rather than as acute treatment in our cohort.



CO-07 - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA HIPOTENSÃO INTRACRANIANA: SÉRIE DE CASOS

Madalena Couto¹; Carolina Gavancho¹; Celina Poeta Do Couto²; Danila Kuroedov²; José Rosa¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal

Introdução: A hipotensão intracraniana decorre de uma fuga de LCR com consequente depleção do mesmo na cavidade craniana. Classicamente, resulta numa cefaleia postural, tipicamente agravada em ortostatismo. A etiologia pode ser traumática, espontânea ou iatrogénica. As fístulas de LCR dividem-se em três tipos: laceração dural (tipo 1), divertículo meníngeo (tipo 2) e fístula veno-LCR (tipo 3).

Objetivo: Descrever a apresentação clínica, abordagem diagnóstica e terapêutica da hipotensão intracraniana em doentes da ULS São José.

Métodos: Foram incluídos dez doentes (60% do sexo feminino, 40% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 19 e os 61 anos (média 41,5 anos; desvio-padrão 11,8), internados no Serviço de Neurologia da ULS São José, entre 2023 e 2025, com o diagnóstico de hipotensão do LCR.

Resultados: A apresentação clínica foi relativamente heterogénea, sendo a cefaleia o sintoma mais frequente (90% dos casos). 80% dos doentes reportaram agravamento da dor em ortostatismo, 20% com o esforço. Os sintomas associados incluíram fotofobia, fonofobia, náuseas, vômitos, alterações cognitivas e síndrome vertiginosa. 30% dos doentes apresentaram paresia do VI par craniano.

Todos os doentes realizaram RM do neuroeixo com administração de gadolínio. A maioria dos doentes (70%) realizou, posteriormente, mielografia de subtração digital + mielo-TC. Foram, depois, submetidos a bloodpatch cego/dirigido. A maioria (80%) respondeu ao tratamento após bloodpatch único, com melhoria clínica e imagiológica na reavaliação. 20% dos doentes apresentavam uma fístula tipo 1, 20% tipo 3, 10% tipo 2, 30% iatrogénica e, em 20%, não foi encontrado ponto de fuga.

Conclusão: Esta série de casos ilustra a variedade clínica da hipotensão intracraniana, que pode constituir um desafio diagnóstico. Adicionalmente, propõe uma abordagem sistematizada e protocolizada, de forma a haver um diagnóstico e tratamento atempados, realçando a importância de uma equipa multidisciplinar na gestão destes doentes.



CO-08 - CEFALEIA E SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONAIS

Inês Carmo E Pinto¹; Gonçalo Cabral¹

1 - Serviço de Neurologia, Hospital de Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa

INTRODUÇÃO | Os sintomas neurológicos funcionais (SNF), assim como as cefaleias, são dos principais motivos de consulta em Neurologia. Mais do que simples comorbilidades frequentemente coexistentes, existe evidência crescente de que o controlo da cefaleia pode influenciar positivamente a expressão dos SNF.

OBJETIVOS | Caracterizar uma série de casos de doentes observados pelo Serviço de Neurologia da ULSLO por cefaleia e que reportavam SNF.

MÉTODOS | Através da consulta dos processos clínicos, foram recolhidos dados demográficos e informação referente à cefaleia, SNF e respetivo tratamento.

RESULTADOS | Descrevemos 31 doentes com idade mediana de 38 anos (min-máx: 19-69), dos quais 30 (96,8%) do sexo feminino. O diagnóstico mais frequente foi de enxaqueca, 23 (74,2%) casos, um deles com aura associada. Os SNF reportados foram múltiplos na maioria dos doentes (61,3%, n=19). Isoladamente o SNF mais frequentemente identificado foi de cariz sensitivo (25,8%; n=8). Em 21 (67,7%) doentes, a apresentação dos SNF foi paroxística, podendo ocorrer durante ou entre crises de cefaleia, com exacerbação durante a crise em 22 (71,0%) doentes. Vinte (64,5%) doentes apresentavam um diagnóstico prévio de patologia psiquiátrica, sendo as comorbilidades inflamatórias e algicas crónicas menos frequentes (n=7, 22,63% e n=10, 32,3% respetivamente). Vinte e três (74,2%) doentes iniciaram terapêutica profilática, sendo os anti-depressivos a classe mais utilizada. Observou-se melhoria da cefaleia em 10 (43,5%) destes casos, dos quais 6 (60%) apresentaram melhoria concomitante da sintomatologia funcional. Nesta série, 11 (35,5%) doentes foram observados por Neurologia uma única vez, tendo a maioria sido referenciada a consulta de Psiquiatria.

CONCLUSÕES | Nesta série de casos, os SNF caracterizaram-se predominantemente pela sua multiplicidade, apresentação paroxística e exacerbação durante as crises de cefaleia. O controlo da cefaleia pareceu repercutir-se numa melhoria dos SNF.



CO-09 - NA ENCRUZILHADA DA DOR: NEURALGIA DO TRIGÊMIO EM DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA- ANÁLISE CASUÍSTICA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Maria Teresa Cunha Durães¹; Rita Rato¹; Ricardo Soares Dos Reis¹; Rafael Dias¹; Maria João Pinto¹; Mafalda Seabra¹; Maria Teresa Mendonça¹; Joana Guimarães¹; Pedro Abreu¹; Andreia Costa¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de São João

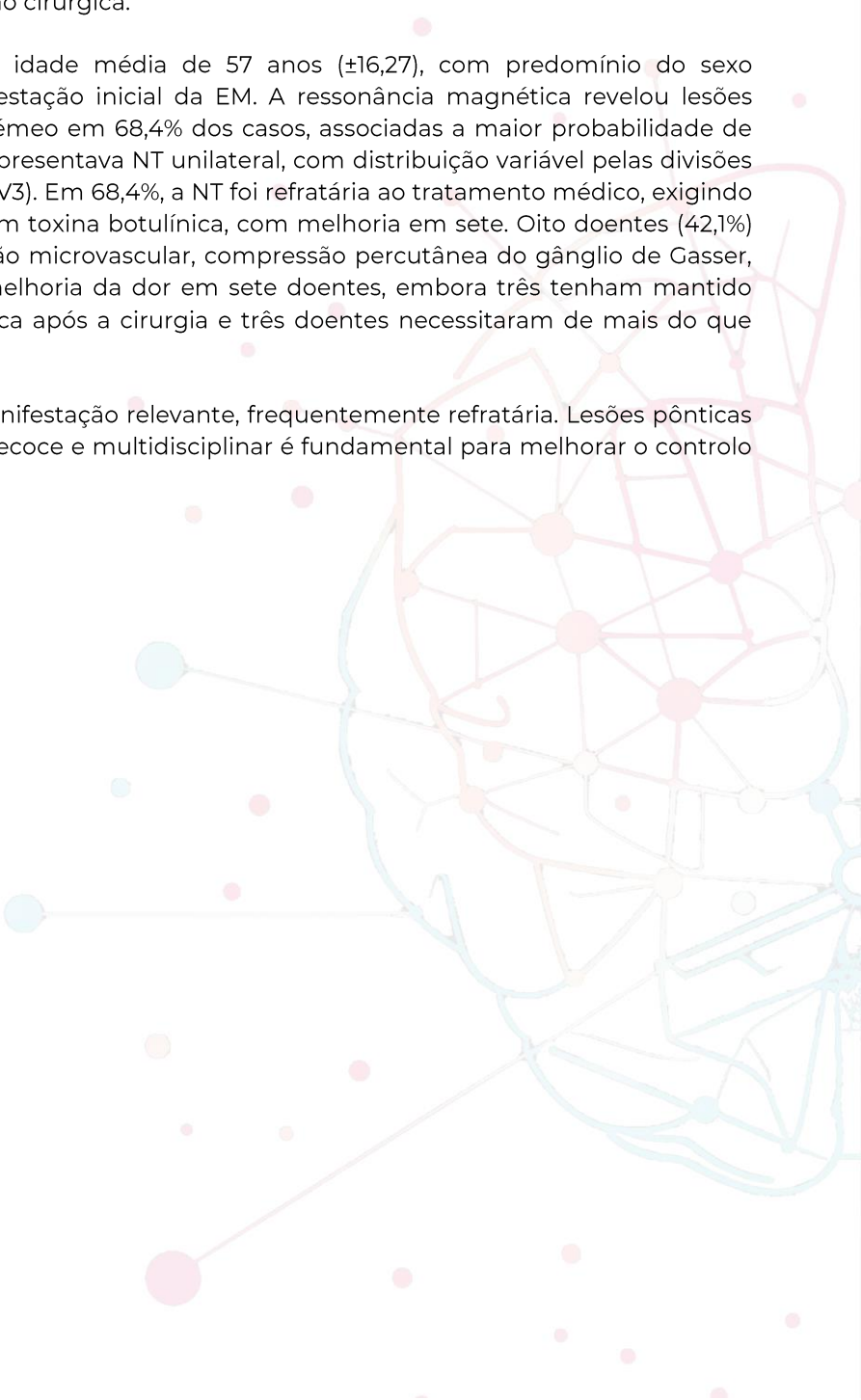
Introdução: A neuralgia do trigémeo (NT) é uma dor neuropática frequentemente observada em doentes com esclerose múltipla (EM), com uma prevalência superior à da população geral. No entanto, a sua caracterização no contexto da EM permanece limitada.

Objetivos: Caracterizar uma coorte de doentes com diagnóstico concomitante de EM e NT, analisando a clínica, a resposta ao tratamento e os achados imagiológicos.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com EM e NT seguidos no Serviço de Neurologia de um centro terciário. Foram recolhidos dados clínicos, imagiológicos e terapêuticos, com especial atenção à resposta ao tratamento médico e necessidade de intervenção cirúrgica.

Resultados: Foram incluídos 19 doentes, com idade média de 57 anos ($\pm 16,27$), com predomínio do sexo masculino (52,6%). Em 31,6%, a NT foi a manifestação inicial da EM. A ressonância magnética revelou lesões desmielinizantes junto ao núcleo do nervo trigémeo em 68,4% dos casos, associadas a maior probabilidade de NT refratária (77% vs 23%; $p < 0,001$). A maioria apresentava NT unilateral, com distribuição variável pelas divisões do nervo (com maior incidência no território de V3). Em 68,4%, a NT foi refratária ao tratamento médico, exigindo múltiplos ajustes. Dez doentes (52,6%) receberam toxina botulínica, com melhoria em sete. Oito doentes (42,1%) realizaram intervenção, incluindo descompressão microvascular, compressão percutânea do gânglio de Gasser, radiofrequência e *Gamma knife*. Registou-se melhoria da dor em sete doentes, embora três tenham mantido terapêutica complementar com toxina botulínica após a cirurgia e três doentes necessitaram de mais do que um procedimento cirúrgico.

Conclusão: A NT em contexto de EM é uma manifestação relevante, frequentemente refratária. Lesões pônticas na RM podem apoiar o diagnóstico. A gestão precoce e multidisciplinar é fundamental para melhorar o controlo sintomático e a qualidade de vida.



CO-10 - PREVALÊNCIA DE ENXAQUECA NUMA COORTE DE ESCLEROSE MÚLTIPLA DO NORTE DE PORTUGAL

Aurora Costa¹; Anabela Câmara²; Stefanie Moreira¹; Joana Ferreira Pinto¹; Ana Filipa Santos¹; João Cerqueira¹; Filipa Sousa¹; Sara Varanda¹

1 - Serviço de Neurologia- Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurologia – Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO: A esclerose múltipla (EM) é a doença inflamatória/desmielinizante do SNC mais comum. A prevalência de enxaqueca nos doentes com EM parece ser superior à da população em geral. Estudos transversais de grande dimensão têm vindo a equacionar as cefaleias como possível sintoma prodrómico.

OBJETIVOS: Identificação dos casos de enxaqueca numa coorte de doentes com EM em seguimento na consulta de neuroimunologia em 2024 na ULS de Braga.

MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo com recolha de dados demográficos, características da enxaqueca, alterações imagiológicas e tratamentos instituídos.

RESULTADOS: Identificados 21 doentes, a maioria do sexo feminino (n=17), mediana de idade de diagnóstico de enxaqueca de 31 anos (AIQ 18,5) e de diagnóstico de EM de 33 anos (AIQ 17,3). Vinte doentes tinham EM surto-remissão, exceto um doente com EM secundária progressiva, com uma mediana de EDSS de 2. Dezasseis doentes apresentaram diagnóstico de enxaqueca episódica sem aura, três de enxaqueca episódica com aura visual, um de enxaqueca associada à menstruação e um de enxaqueca crónica. Relativamente à enxaqueca, apresentaram uma mediana de um tratamento preventivo (AIQ 2) e de um dia de cefaleia no último mês (AIQ 3,5). Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a idade de diagnóstico de EM e de enxaqueca; uma associação significativa entre o número de preventivos prescritos para tratamento de enxaqueca e o diagnóstico de enxaqueca prévio ao de EM e, por fim, uma associação significativa entre o número de dias de enxaqueca no último mês e o número de fármacos usados no tratamento de EM.

CONCLUSÕES: Salvaguardando o desenho retrospectivo e a dimensão amostral, estes resultados sugerem que nesta população a enxaqueca poderá estar subdiagnosticada. Tratando-se de uma doença que cursa com muitas alterações objetiváveis ao exame neurológico, as cefaleias poderão ser subvalorizadas no doente com EM.



CO-11 - MUMS: THE INVISIBLE BURDEN OF MOTOR MIGRAINE

Gonçalo Alves Teles¹; Miguel Viana Baptista^{1,2}; Gonçalo Cabral¹

1 - Neurology department, Hospital de Egas Moniz, ULSLO, Lisbon, Portugal; 2 - CEDOC - NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa

INTRODUCTION: Migraine with Unilateral Motor Symptoms (MUMS) is a poorly understood neurological condition characterized by migraine episodes accompanied by transient or persistent motor weakness. Currently absent from the ICHD-3 classification and with only a handful of documented cases, MUMS remains diagnostically elusive. Its unknown prevalence and clinical overlap with hemiplegic migraine further complicate recognition and management.

OBJECTIVE: To characterize patients meeting MUMS criteria and assess treatment responses.

METHODS: Retrospective analysis of clinical records (2015–2025) identifying potential MUMS cases.

RESULTS: MUMS cases represented <1% of our headache clinic cohort. Nine MUMS patients (mean age 32) were compared with 18 controls. Cases reported more headache days/month (mean 8.8 vs 3.41). MUMS cases had lower rates of vomiting (11.1% vs 55.6%) and photophobia (66.7% vs 100%) but significantly higher psychiatric comorbidities (66.7% vs 22.2%) and other pain disorders (55.6% vs 0%). Motor symptoms were often accompanied by sensory disturbances (77.8%). 88.9% underwent additional imaging despite normal initial CT scans. 55.6% improved with migraine-specific acute therapies (triptans/NSAIDs), but preventive treatment was underutilized (22.2% received it, with limited benefit). Non-migraine antidepressants (sertraline/escitalopram) were prescribed in 33.3% of cases but did not improve symptoms or function. Functional impairment was notable, with only one patient achieving full recovery; 22.2% showed no improvement, and 33.3% were lost to follow-up.

CONCLUSION: This study outlines MUMS' clinical profile, revealing frequent sensory symptoms and significant psychiatric/pain comorbidities, albeit with low prevalence in our center. While sharing features with hemiplegic migraine, MUMS follows a less predictable course and lacks diagnostic criteria. Excessive neuroimaging reflects diagnostic uncertainty. Acute migraine-specific therapies showed moderate efficacy, but preventive strategies were largely neglected, and psychiatric-focused treatments were ineffective. These findings underscore the need for targeted migraine management strategies in MUMS. Larger studies are essential to refine phenotypic characterization, optimize therapies, and address current gaps in care.



CO-12 - CEFALÉIAS NA PRÁTICA CLÍNICA: CONHECIMENTOS, DIFICULDADES E OPORTUNIDADES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Rafael Dias^{1,2}; Andreia Costa^{1,2}

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

Introdução: As cefaleias são um desafio para os sistemas de saúde. Estima-se que 90% dos doentes possam ser geridos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mas a sua abordagem eficaz depende do conhecimento dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF).

Objetivos: Avaliar o conhecimento, as práticas e as dificuldades dos médicos de MGF da Unidade Local de Saúde de São João no diagnóstico e tratamento das cefaleias.

Métodos: Estudo observacional transversal unicêntrico, com participação voluntária através de questionário online estruturado sobre o conhecimento e práticas na abordagem das cefaleias.

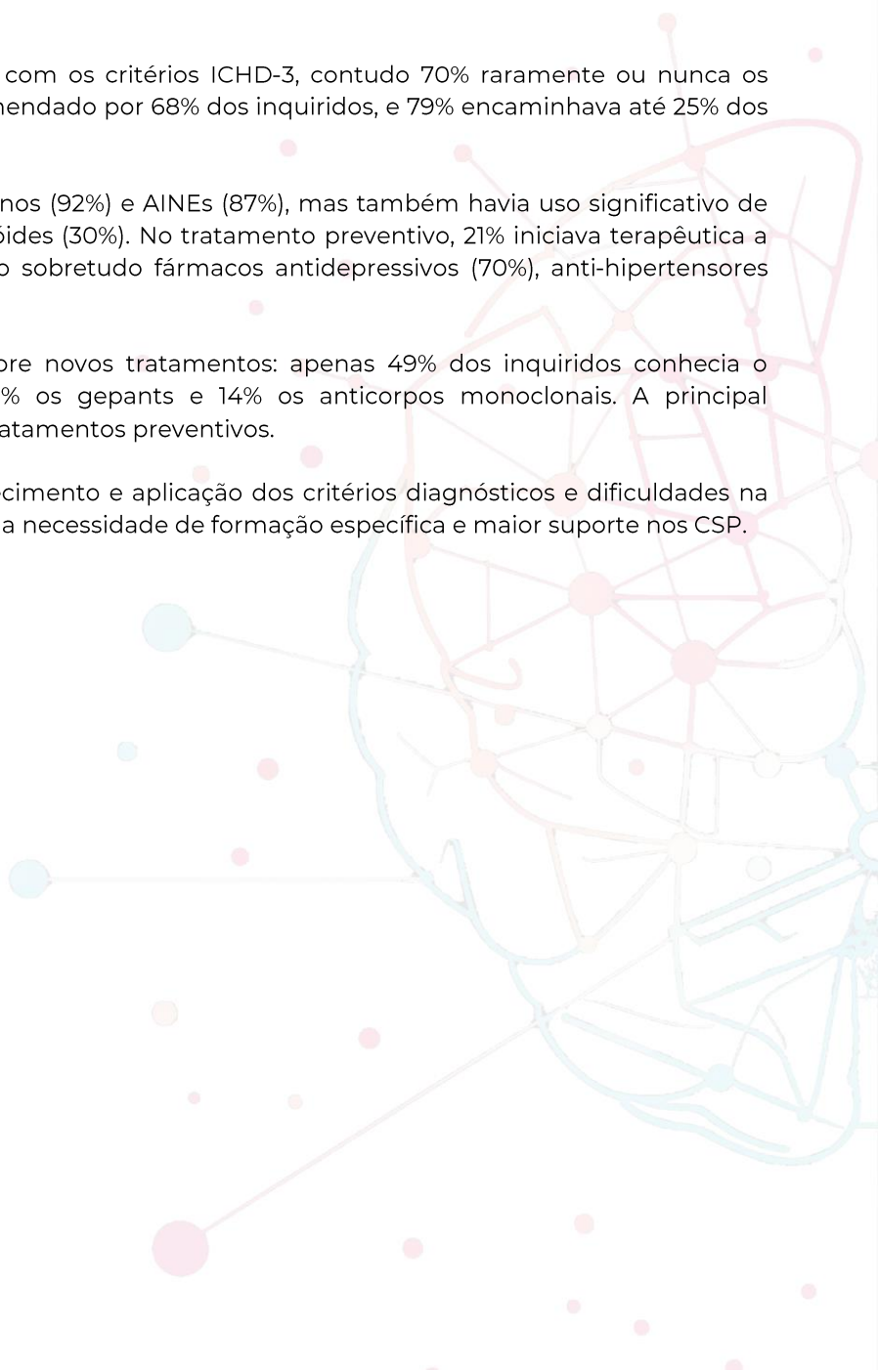
Resultados: Participaram 63 médicos de MGF, com idade mediana de 37 anos (IQR±10 anos), 70% do sexo feminino; 83% eram especialistas.

Apenas 54% dos médicos estava familiarizado com os critérios ICHD-3, contudo 70% raramente ou nunca os aplicava. O uso de diários de cefaleias era recomendado por 68% dos inquiridos, e 79% encaminhava até 25% dos doentes para consulta de neurologia geral.

No tratamento agudo, a maioria utilizava triptanos (92%) e AINEs (87%), mas também havia uso significativo de combinações (46%), ergotamínicos (43%) e opióides (30%). No tratamento preventivo, 21% iniciava terapêutica a partir de 8 dias de dor por mês, prescrevendo sobretudo fármacos antidepressivos (70%), anti-hipertensores (62%) e anti-crisas epilépticas (52%).

Parecem existir lacunas no conhecimento sobre novos tratamentos: apenas 49% dos inquiridos conhecia o tratamento com toxina botulínica tipo A, 33% os gepants e 14% os anticorpos monoclonais. A principal dificuldade que identificaram foi a gestão dos tratamentos preventivos.

Conclusões: O estudo revela lacunas no conhecimento e aplicação dos critérios diagnósticos e dificuldades na gestão do tratamento preventivo, evidenciando a necessidade de formação específica e maior suporte nos CSP.



CO-13 - MEN IN HEADACHE CLINIC: CHARACTERIZATION AND GENDER COMPARISON

Nicole Sjöholm¹; Filipa Sotero²; Isabel Pavão Martins¹;

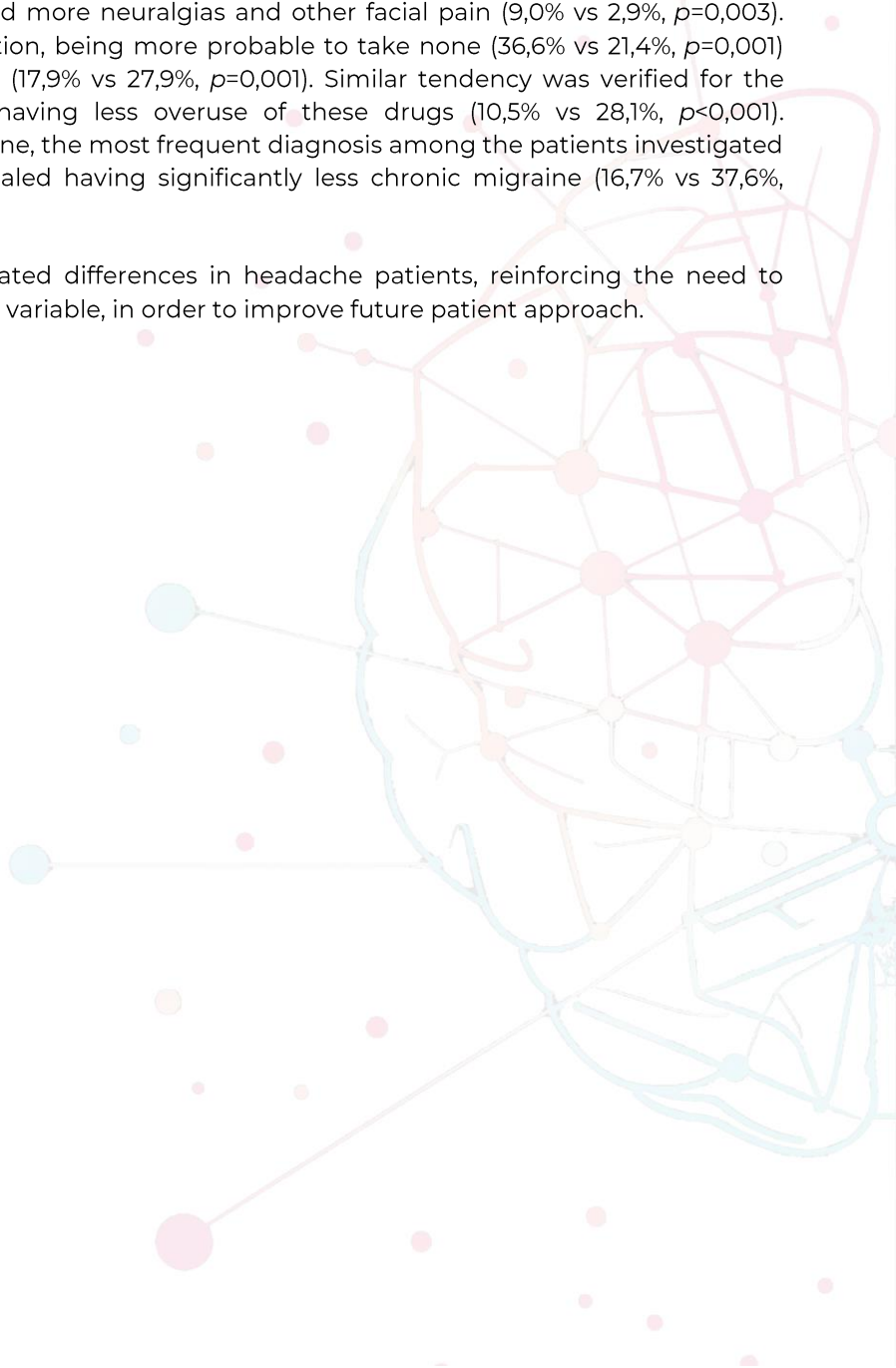
1 - Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa; 2 - Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal

Background: Headaches are generally more prevalent in women, leading to underrepresentation of men in related studies. Hence, this study aimed to characterize male patients with headache and investigate gender differences.

Methods: This retrospective observational study was conducted at headache consultation of both a public and a private hospital. Clinical data were collected from medical records into a uniform database, stratified by gender, and included sociodemographics, neuroimaging, family history, diagnosis following ICHD-3, and treatment.

Results: Of the 700 patients included, 112 were men (16,0%), comprising 12,2% of public hospital patients and 26,3% of the private one. Men reported a later symptomatology onset compared with women (36,0 vs 26,4 years old, $p<0,001$), and were older at the time of the 1st appointment (48,2 vs 42,6 years, $p<0,001$) regardless the healthcare setting they were at ($p=0,568$). Men had a lower number of simultaneous diagnoses, being more rarely assigned with ≥ 2 established diagnosis (11,6% vs 30,8%, $p<0,001$), and had more secondary headache when MOH was excluded (11,5% vs 8,0%, $p=0,006$), and more neuralgias and other facial pain (9,0% vs 2,9%, $p=0,003$). Men exhibited lower use of preventive medication, being more probable to take none (36,6% vs 21,4%, $p=0,001$) and less probable to take ≥ 2 preventive drugs (17,9% vs 27,9%, $p=0,001$). Similar tendency was verified for the intake of acute analgesic drugs, with men having less overuse of these drugs (10,5% vs 28,1%, $p<0,001$). Considering the patients diagnosed with migraine, the most frequent diagnosis among the patients investigated (42,0% of men vs 73,3% of women), men revealed having significantly less chronic migraine (16,7% vs 37,6%, $p=0,004$).

Discussion: These results highlight gender-related differences in headache patients, reinforcing the need to conduct more studies that consider gender as a variable, in order to improve future patient approach.



CO-14 - ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA EM SALVAS NUMA COORTE PORTUGUESA

Lénia Silva¹; Tiago Millner^{2,3}; Mariana Cabral^{2,4}; Aurora Costa⁵; Pedro Almeida⁶; Beatriz Barreto^{2,7}; Madalena Pinto²; Rafael Dias^{2,7}; Stefanie Moreira⁵; Gonçalo Bonifácio⁸; Sofia Marinho Pinto⁸; Rita Castro⁹; Ivânia Alves⁹; Ana Luísa Rocha⁶; Sara Varanda⁵; Andreia Costa^{2,7}; Carlos Andrade¹

1 - ULS Santo António, Porto, Portugal; 2 - ULS São João, Porto, Portugal; 3 - Hospital Central do Funchal, Madeira, Portugal; 4 - Hospital Divino Espírito Santo Ponta Delgada, Açores, Portugal; 5 - ULS Braga, Braga, Portugal; 6 - ULS Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal; 7 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 8 - ULS Arrábida, Setúbal, Portugal; 9 - ULS Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

Introdução: A cefaleia em salvas (CS) é uma cefaleia primária rara e incapacitante, associada a pior qualidade de vida. O diagnóstico tardio é comum e contribui para maior incapacidade.

Objetivo: Identificar os principais fatores relacionados com o atraso no diagnóstico da CS.

Métodos: Estudo transversal multicêntrico, com análise retrospectiva, realizado em hospitais portugueses. Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* de autopreenchimento.

Resultados: Incluíram-se 64 doentes, 53 (81,5%) homens, com idade média de 34 ($\pm 12,2$) anos no primeiro ataque e 40 ($\pm 11,4$) anos ao diagnóstico. Dois terços foram classificados como CS episódica. A primeira especialidade procurada foi Medicina Geral e Familiar (34,3%), seguida da Neurologia (25%). Consultaram duas ou mais especialidades 57,8% dos casos e 25% receberam diagnósticos alternativos antes do diagnóstico final. Antes do diagnóstico, 68,8% recebeu tratamento analgésico (principalmente anti-inflamatórios não-esteróides e paracetamol), 15% realizaram tratamentos dentários e 43,8% tratamento preventivo (20% antidepressivos, 19% fármacos anticrise epilética). O tempo mediano entre o primeiro ataque e o diagnóstico foi de 3,7 (0–41) anos e 46,9% dos pacientes tiveram atraso diagnóstico (AD) superior a 4 anos. Os principais fatores relacionados com maior AD foram o início em idades mais jovens ($r=-0,45$; $p<0,001$), a maior duração de cada ataque ($p=0,032$), ter CS episódica ($p=0,037$) e a presença de edema palpebral ($p=0,001$). Doentes com ataques entre as 0h00-3h00 foram diagnosticados mais cedo do que aqueles com ataques entre as 3h00-7h00 (25,0 vs 41,9 meses; $p=0,044$).

Conclusão: Verificou-se um AD significativo na CS, com mais de 4 anos em quase metade. Menor idade ao início, ataques mais prolongados, dor na segunda metade da noite e edema palpebral associaram-se a maior AD. Muitos receberam diagnósticos alternativos e tratamentos ineficazes prévios ao diagnóstico final. O reconhecimento precoce da doença é essencial para melhorar a sua abordagem.

CO-15 - VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO “CLUSTER HEADACHE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE” PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA.

Carla Morgado¹; Sara Gomes¹; Andreia Ferreira¹; Sofia Lopes¹; Sofia Marques¹; Joana Pinto¹; Célia Machado¹; Sara Varanda¹; Consórcio Português para o Estudo da Cefaleia em Salva - CPECS (Carlos Andrade², Carlos Marinho³, Catarina Borges Silva⁴, Elsa Parreira⁵, Filipa Jacinto⁶, Gonçalo Cabral⁷, Gonçalo Bonifácio⁸, Inês Carvalho³, Isabel Pavão Martins⁹, Joana Fernandes², Joana Ferreira¹⁰, Joana Lopes¹¹, Liliana Pereira¹⁰, Mariana Henriques⁵, Mariana Seco⁶, Miguel Duarte¹², Paula Salgado⁶, Raquel Gil-Gouveia¹³, Rita Cagigal¹⁴, Sara Lima⁴, Sofia Marinho⁸, Teresa Ascensão⁵)

1 - Serviço de Neurologia, ULS Braga; 2 - Serviço Neurologia, ULS Santo António; 3 - Serviço de Neurologia, ULS Alto Ave; 4 - Serviço de Neurologia, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro; 5 - Serviço de Neurologia, ULS Amadora/Sintra; 6 - Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos; 7 - Serviço de Neurologia, ULS Lisboa Ocidental; 8 - Serviço de Neurologia, ULS Arrábida; 9 - Serviço de Neurologia, ULS Santa Maria; 10 - Serviço de Neurologia, ULS Almada/Seixal; 11 - Serviço de Neurologia, ULS Região de Aveiro; 12 - Serviço de Neurologia, ULS Loures/Odivelas; 13 - Serviço de Neurologia, Hospital da Luz – Lisboa; 14 - Serviço de Neurologia, ULS Gaia-Espinho.

Introdução: Estudos internacionais demonstram um impacto negativo na qualidade de vida e funcionalidade dos doentes com cefaleia em salvas. Em Portugal, até à data, não existem dados publicados nesta área, nem uma ferramenta validada para o seu estudo.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi validar o questionário “*Cluster headache quality of life questionnaire*” para a população portuguesa – CHQ-P.

Métodos: Estudo transversal e multicêntrico, com inclusão de participantes voluntários de 14 centros portugueses especializados no tratamento da cefaleia, com idade ≥ 18 anos, diagnóstico de cefaleia em salvas (segundo critérios ICDH-3) e pelo menos 1 surto nos últimos 3 anos. A tradução e adaptação linguística/cultural realizou-se segundo modelo TRAPD. Na fase de pré-teste avaliou-se tempo de preenchimento, dificuldade na interpretação dos itens e sugestões de melhoria. Numa subamostra o questionário foi repetido após 3 dias para a avaliação teste-reteste. Os coeficientes de correlação intraclassa (ICC) e o alfa de *Cronbach* foram usados na análise de validade e reprodutibilidade do CHQ-P.

Resultados: Foram incluídos 97 participantes, com uma mediana de idade de 49 anos (IQR 19), maioritariamente do género masculino (81,4%) e com cefaleia em salvas episódica (73,2%). A fase pré-teste incluiu 59 participantes, tendo sido aferido um tempo mediano de preenchimento de 5 minutos (IQR 5). Três participantes reportaram dificuldades de compreensão e nove sugeriram alterações não relacionadas com a redação. A avaliação teste-reteste incluiu 35 participantes, obtendo-se ICC entre 0,72 e 0,97 para os diferentes itens, sendo globalmente de 0,91. O alfa de *Cronbach* global foi de 0,95, tendo variado entre 0,69 e 0,92 na avaliação das subescalas.

Conclusão: O CHQ-P é um questionário válido e com excelente fiabilidade para a população portuguesa. É, assim, uma ferramenta disponível para avaliação de PROMs (*patient-reported outcomes measures*) na população portuguesa com cefaleias em salvas, podendo ser aplicado em investigação clínica nacional.

CO-16 - "BEYOND TRIPTANS AND NSAIDS: THE EMERGING ROLE OF RIMEGEPANT IN ACUTE MIGRAINE MANAGEMENT - INSIGHTS FROM A PORTUGUESE UNICENTRIC PERSPECTIVE"

Mariana Henriques¹; Joana Moniz Dionísio¹; Elsa Parreira¹

1 - Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca

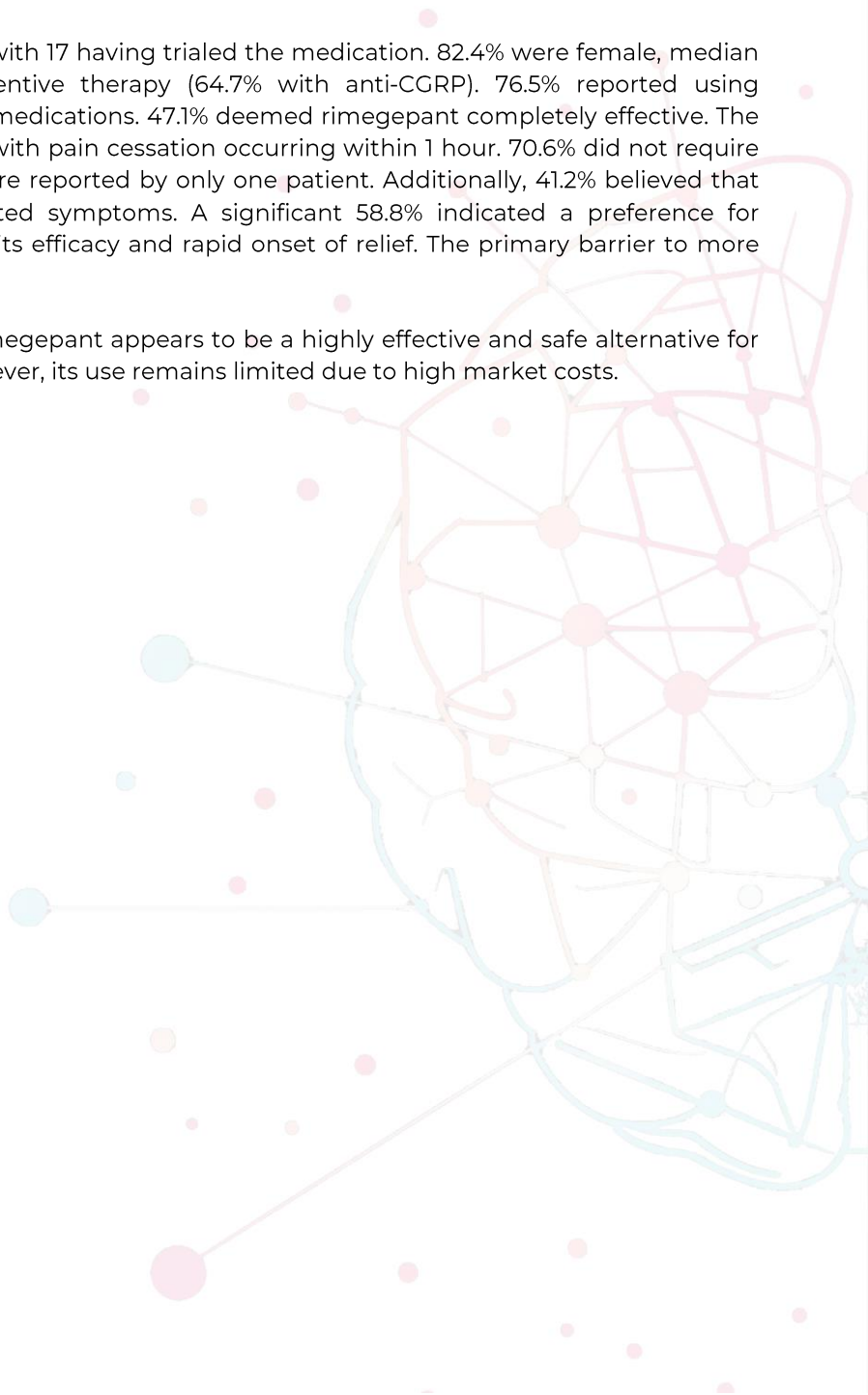
Introduction: NSAIDs and triptans are first-line treatments for acute migraine. While generally effective, these treatments do not benefit all patients and may cause significant side effects. Rimegepant is a newer option, but real-world data on its effectiveness is limited.

Objective: To assess the safety and efficacy of rimegepant for acute migraine in cases unresponsive to other treatments, with an additional focus on patient preferences.

Methods: This is a single-center, observational, cross-sectional study involving patients resistant to three or more acute migraine treatments who have used rimegepant at least once. Patients received rimegepant during headache appointments and subsequently completed online questionnaires. Data analysis was performed using SPSS.

Results: Data were collected from 18 patients, with 17 having trialed the medication. 82.4% were female, median age of 43 years. All patients were on preventive therapy (64.7% with anti-CGRP). 76.5% reported using rimegepant due to the ineffectiveness of prior medications. 47.1% deemed rimegepant completely effective. The majority experienced relief within 30 minutes, with pain cessation occurring within 1 hour. 70.6% did not require any additional medications. Adverse effects were reported by only one patient. Additionally, 41.2% believed that rimegepant improved other migraine-associated symptoms. A significant 58.8% indicated a preference for rimegepant over their usual treatment due to its efficacy and rapid onset of relief. The primary barrier to more widespread use was identified as cost.

Conclusion: From our patients' perspective, rimegepant appears to be a highly effective and safe alternative for the treatment of resistant acute migraine. However, its use remains limited due to high market costs.



CO-17 - RIMEGEPANT NA PREVENÇÃO SITUACIONAL DA ENXAQUECA: UMA ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA BASEADA EM DESENCADEANTES

Carolina Moreira Sousa¹; Rafael Dias^{1,2}; Andreia Costa^{1,2}

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

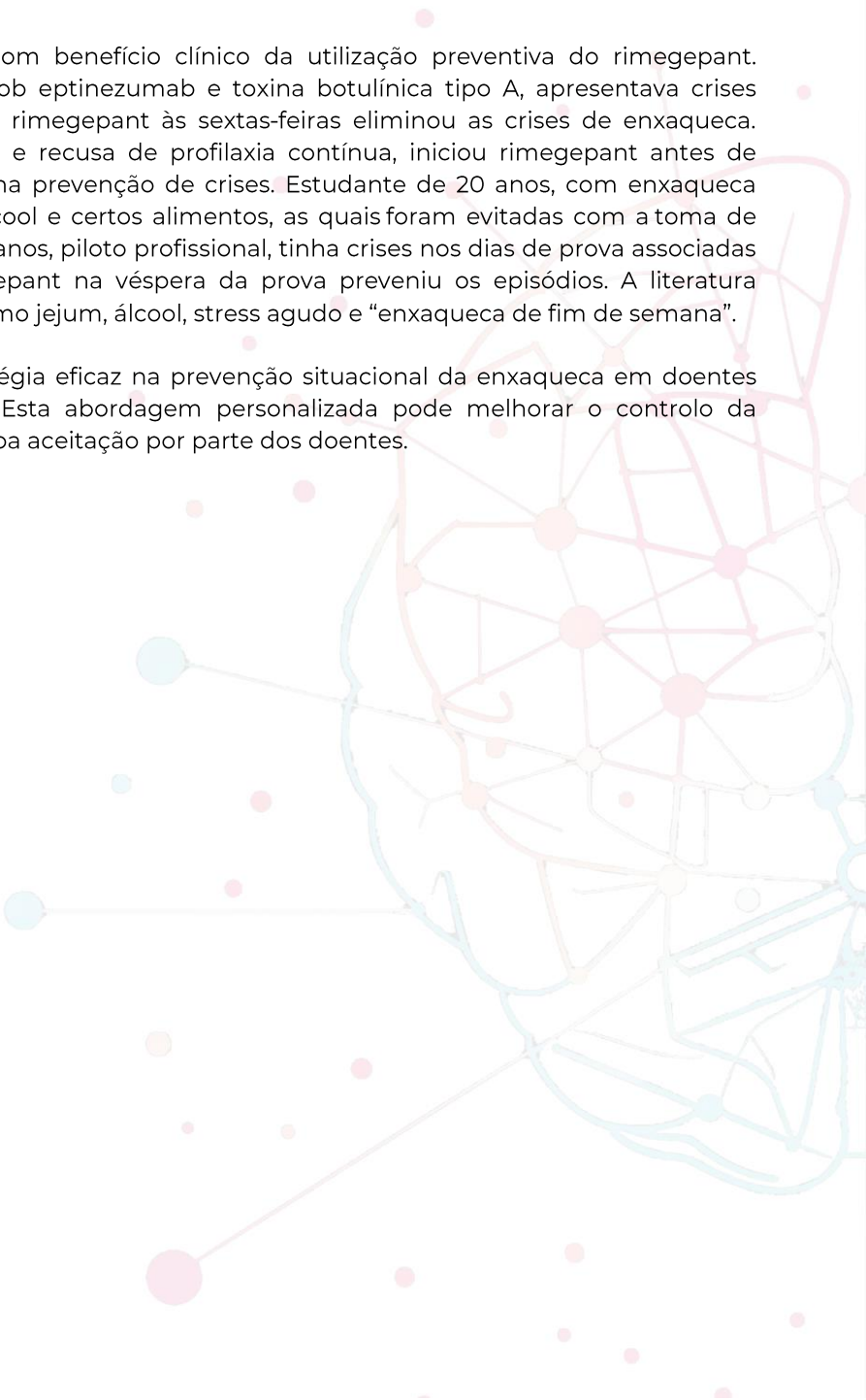
Introdução: A enxaqueca é uma doença neurológica incapacitante, frequentemente despoletada por fatores previsíveis. Em doentes selecionados, é possível considerar a prevenção situacional, recorrendo a medicação preventiva de forma pontual, em antecipação a desencadeantes identificados.

Objetivos: Explorar o potencial do rimegepant na prevenção situacional da enxaqueca através de casos clínicos da prática real e da literatura.

Métodos: Foram revistos quatro casos clínicos em que o rimegepant foi utilizado preventivamente em antecipação a situações específicas associadas à indução de crises. Adicionalmente, foi realizada uma breve revisão da literatura sobre o tema.

Resultados: Foram analisados quatro casos com benefício clínico da utilização preventiva do rimegepant. Mulher de 49 anos, com enxaqueca crónica sob eptinezumab e toxina botulínica tipo A, apresentava crises recorrentes ao sábado. Neste caso, a toma de rimegepant às sextas-feiras eliminou as crises de enxaqueca. Mulher de 50 anos, com enxaqueca episódica e recusa de profilaxia contínua, iniciou rimegepant antes de eventos stressantes, que demonstrou eficácia na prevenção de crises. Estudante de 20 anos, com enxaqueca episódica sob atogepant, referia crises após álcool e certos alimentos, as quais foram evitadas com a toma de rimegepant antes de exposição. Homem de 47 anos, piloto profissional, tinha crises nos dias de prova associadas a stress e privação de sono. O uso de rimegepant na véspera da prova preveniu os episódios. A literatura descreve eficácia em situações semelhantes, como jejum, álcool, stress agudo e “enxaqueca de fim de semana”.

Conclusão: O rimegepant pode ser uma estratégia eficaz na prevenção situacional da enxaqueca em doentes que reconhecem desencadeantes previsíveis. Esta abordagem personalizada pode melhorar o controlo da doença, com impacto funcional significativo e boa aceitação por parte dos doentes.



CO-18 - TRATAMENTO COM FREMANEZUMAB EM ENXAQUECA: ANÁLISE DA QUALIDADE DO SONO ATRAVÉS DA PSQI E DAS SUAS SUBPONTUAÇÕES

Rita Cagigal¹; Luís De Castro Rocha¹; Diana De Pinho¹; Ana Luísa Rocha¹; Mariana Branco¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A enxaqueca associa-se frequentemente a má qualidade de sono, sendo as alterações do sono fatores desencadeantes e perpetuadores das crises. O CGRP, envolvido na fisiopatologia da enxaqueca, poderá também interferir na regulação do sono. Assim, levanta-se a hipótese de que anticorpos anti-CGRP, como o fremanezumab, possam ter impacto positivo na qualidade do sono. O PSQI avalia a qualidade subjetiva do sono em sete componentes: qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência, distúrbios, uso de medicação e disfunção diurna.

Objetivos: Avaliar o impacto do fremanezumab na qualidade do sono em doentes com enxaqueca, através do PSQI, e identificar os subcomponentes mais alterados após o tratamento.

Métodos: Estudo observacional, unicêntrico, incluindo doentes com enxaqueca que iniciaram fremanezumab em 2023. Recolheram-se dados demográficos, clínicos, calendário de cefaleias e PSQI no início e aos 3 meses. Realizou-se análise descritiva e comparativa com testes de Wilcoxon e qui-quadrado.

Resultados: Incluídos 34 doentes (3 homens, 31 mulheres), idade média 44,6 anos. Dez tinham distúrbios do sono diagnosticados; 11 usavam medicação indutora do sono. Média de tratamentos preventivos prévios: 3,32; sob tratamento na inclusão: 1,15.

Dias mensais com cefaleia: 12,03 → 5,62 ($p < 0,001$). PSQI basal e aos 3 meses: 10 → 7,71 ($p < 0,001$); percentagem de PSQI patológico: 8% → 59%. Componentes do PSQI basais e aos 3 meses:

- Qualidade subjetiva: 2,21 → 1,65 ($p = 0,000090$)
- Duração: 1,97 → 1,47 ($p = 0,015545$)
- Distúrbios: 1,85 → 1,47 ($p = 0,007526$)
- Disfunção diurna: 1,76 → 1,35 ($p = 0,039669$)
- Latência: 2,12 → 1,82 ($p = 0,062281$)
- Eficiência (absoluto): 1,00 → 0,76 ($p = 0,100838$); (percentagem): 76% → 59% ($p = 0,069821$)
- Uso de medicação: 1,12 → 0,94 ($p = 0,121115$)

Conclusão: O fremanezumab associou-se a melhoria da qualidade global do sono em doentes com enxaqueca, sobretudo na qualidade subjetiva, duração do sono e redução dos distúrbios do sono. As perturbações do sono estão subdiagnosticadas, pelo que é importante a sua avaliação sistemática nestes doentes.

CO-19 - DOIS CICLOS CONSECUTIVOS DE FREMANEZUMAB NA ENXAQUECA: IMPACTO CLÍNICO COMPARATIVO

Rita Nunes Rato¹; Rafael Dias^{1,2}; Madalena Pinto¹; Andreia Costa^{1,2}

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

Introdução: A enxaqueca é uma patologia prevalente e incapacitante. O fremanezumab, um anticorpo monoclonal anti-CGRP, tem demonstrado eficácia na sua prevenção.

Objetivo: Comparar a eficácia de dois ciclos consecutivos de tratamento com fremanezumab em doentes com enxaqueca episódica e crónica.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional. A eficácia foi avaliada pela redução $\geq 75\%$ na média de dias de enxaqueca por mês (MDM), considerando-se uma resposta ótima quando a MDM foi ≤ 4 dias. O impacto na qualidade de vida foi medido através do questionário HIT-6. Utilizaram-se os testes t de Student, Wilcoxon, McNemar (significância $p \leq 0,05$).

Resultados: Foram incluídos 52 doentes (50 mulheres, idade média $45,7 \pm 8,7$ anos), dos quais 25 com diagnóstico de enxaqueca episódica e 27 com enxaqueca crónica. Os ciclos de tratamento foram separados por um intervalo mediano de 5,5 meses, intervalo interquartil = 7 meses.

Antes do primeiro ciclo, a MDM era de $14,3 \pm 6$ dias, reduzindo para $4 \pm 2,61$ aos 3 meses, $3,37 \pm 3,6$ aos 6 meses e $2,83 \pm 2,5$ aos 12 meses. Antes do segundo ciclo, a MDM era de $11 \pm 5,7$ dias, diminuindo para $4,8 \pm 2,43$ aos 3 meses, $3,5 \pm 2,1$ aos 6 meses e $2,71 \pm 2,3$ aos 12 meses (3 meses: $p=0,028$; 6 meses: $p=0,188$; 12 meses: $p=0,516$).

A proporção de doentes com ≤ 4 MDM não diferiu significativamente entre ciclos ($p=0,143$ aos 3 meses; $p=1$ aos 6 e 12 meses). No entanto, considerando uma redução $\geq 75\%$, o segundo ciclo demonstrou maior eficácia nos primeiros 6 meses ($p=0,03$), reduzindo significativamente MDM e aumentando a proporção de respondedores. Aos 12 meses, 60% e 66% dos doentes no primeiro e segundo ciclos, respetivamente, apresentavam impacto reduzido da enxaqueca (HIT-6 < 55).

Conclusão: O segundo ciclo de fremanezumab revelou benefícios adicionais nos primeiros 6 meses, com eficácia sustentada e similar aos 12 meses, reforçando o valor da reintrodução em doentes previamente responsivos

CO-20 - USO EXCESSIVO MEDICAMENTOSO E CEFALeia POR USO EXCESSIVO MEDICAMENTOSO: DIFERENÇAS CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS

Maria Monteiro¹; Bárbara Rodrigues¹; Gonçalo Cabral¹

1 - Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental

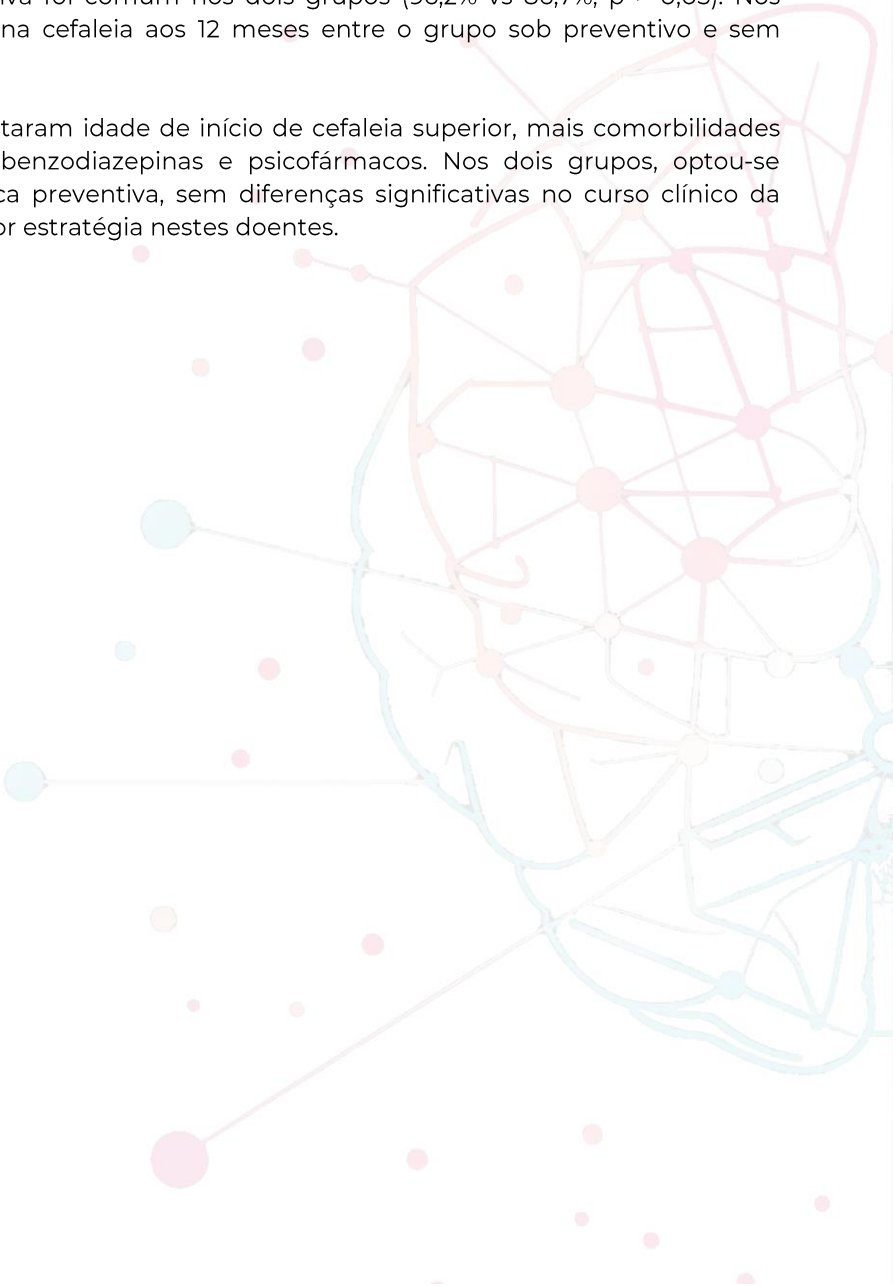
INTRODUÇÃO: O uso excessivo medicamentoso (UEM) e a cefaleia por uso excessivo medicamentoso (CUEM) são duas entidades distintas, cuja abordagem diagnóstica e terapêutica continua a suscitar debate.

OBJETIVOS: Caracterizar os doentes com UEM e CUEM, avaliando fatores clínicos e epidemiológicos e comparar diferenças clínicas, incluindo tipo de fármacos utilizados, comorbilidades e impacto funcional.

MÉTODOS: Estudo unicêntrico e retrospectivo de doentes com diagnóstico de UEM ou CUEM seguidos entre 2017 e 2022 na consulta externa. Realizada análise descritiva das diferentes variáveis e análise comparativa com recurso a testes t-student e chi-quadrado.

RESULTADOS: Incluídos 93 doentes, 78 com CUEM e 15 com UEM. Os doentes com CUEM apresentaram idade média de início de cefaleia superior (34,2 vs 25,1 anos; $p < 0,05$). As comorbilidades psiquiátricas e algicas foram mais prevalentes em doentes com CUEM, sem diferença estatística (38,5% vs 26,7%; 32,1% vs 26,7%; $p > 0,05$). O número médio de analgésicos foi semelhante (2,42 vs 2,27; $p > 0,05$), com utilização inferior de opioides na CUEM (10,3% Vs 13,3%, $p > 0,05$), mas superior de benzodiazepinas (29,5% vs 6,7%; $p > 0,05$) e psicofármacos (35,9% vs 20%; $p > 0,05$). A introdução de terapêutica preventiva foi comum nos dois grupos (96,2% vs 86,7%; $p > 0,05$). Nos doentes com CUEM, não existiram diferenças na cefaleia aos 12 meses entre o grupo sob preventivo e sem preventivo.

CONCLUSÕES: Os doentes com CUEM apresentaram idade de início de cefaleia superior, mais comorbilidades psiquiátricas e algicas e maior utilização de benzodiazepinas e psicofármacos. Nos dois grupos, optou-se maioritariamente pela instituição de terapêutica preventiva, sem diferenças significativas no curso clínico da cefaleia na CUEM, questionando-se qual a melhor estratégia nestes doentes.



CO-21 - VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO CLUSTER HEADACHE IMPACT QUESTIONNAIRE (CHIQ)

Tiago Millner^{1,2}; Mariana Cabral^{1,3}; Lénia Silva⁴; Aurora Costa⁵; Stefanie Moreira⁵; Pedro Almeida⁶; Beatriz Barreto^{1,7}; Madalena Pinto¹; Rafael Dias^{1,7}; Rita Castro⁸; Ivânia Alves⁸; Sofia Marinho⁹; Gonçalo Bonifácio⁹; Ana Luísa Rocha⁶; Sara Varanda⁵; Carlos Andrade⁴; Andreia Costa^{1,7}

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde São João/; 2 - Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal; 3 - Serviço de Neurologia, Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 4 - Serviço de Neurologia, Unidade Local De Saúde De Santo António; 5 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Braga; 6 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Vila Nova de Gaia/Espinho; 7 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental/ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 8 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga; 9 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Arrábida

INTRODUÇÃO: A cefaleia em salvas (CS) tem uma prevalência de 0,1%, condicionando incapacidade significativa. A forma episódica é a mais prevalente, sendo que 15% apresentam um curso crónico. Apesar do seu impacto, as patient-reported outcome tools descritas pelos doentes são limitadas. O Questionário de Impacto da Cefaleia em Salvas (CHIQ), recentemente desenvolvido, avalia a incapacidade relacionada com a CS.

OBJETIVO: Validar o CHIQ para a população portuguesa.

MÉTODOS: O questionário foi traduzido para português por dois revisores independentes, garantindo equivalência semântica e cultural. Foram recrutados adultos com CS de cinco centros portugueses. O estudo foi aprovado pela comissão de ética e incluiu dados clínicos, demográficos e os questionários CHIQ, DASS-21 e SF-36.

RESULTADOS: Foram incluídos 64 doentes com CS: CS crónica (n=25, 39,1%), CS episódica ativa (n=12, 18,8%) e CS episódica em remissão (n=27, 42,2%). A consistência interna do CHIQ foi elevada (Cronbach α = 0,963), não se tendo verificado alterações significativas com a eliminação de itens do questionário. Verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o CHIQ e depressão (P=0,397, p=0,001), ansiedade (P=0,259, p=0,038), stress (P=0,262; p=0,037) e dor (P=0,297, p=0,017), e uma correlação negativa com problemas emocionais (P=-0,246, p=0,050). Na comparação dos grupos em pares, houve diferenças significativas entre a CS episódica ativa e a CS episódica em remissão (p=0,014). A distribuição dos scores revelou uma boa correlação com scores pré validados e boa validade interna, sugerindo que a versão portuguesa do CHIQ é fiável e relevante para avaliar o impacto da CS.

CONCLUSÃO: A versão portuguesa do CHIQ poderá melhorar o acompanhamento e tratamento dos doentes com CS. Apesar da amostra reduzida, os resultados preliminares sugerem que a versão portuguesa do CHIQ é promissora, apresentando grande utilidade e relevância.

CO-22 - ENXAQUECA CONFUSIONAL AGUDA NO ADULTO

Mariana Pereira^{1,2}; Ana Isabel Gonçalves¹; Andreia Fernandes¹; Teresa Carolina Aguiar¹

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Dr. Nélcio Mendonça - Centro Hospitalar do Funchal, Serviço Regional de Saúde da Madeira – Portugal.; 2 - Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal.

INTRODUÇÃO: A enxaqueca confusional aguda caracteriza-se por alteração transitória das funções nervosas superiores, alteração do comportamento, podendo ou não ter alteração de consciência. Os episódios duram em média 6 horas, com resolução completa em menos de 24 horas, e são seguidos ou acompanhados de enxaqueca. A sua prevalência é baixa, sendo ainda mais rara a apresentação em idade adulta. Não há critérios reconhecidos de diagnóstico, e este baseia-se na sintomatologia, nos antecedentes pessoais de enxaqueca e exige exclusão de outras causas.

CASO CLÍNICO: Homem, 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e enxaqueca com aura visual episódica. Recorre ao SU por alteração do comportamento com 2 horas de instalação, que foi precedida por alteração da visão em tudo semelhante à sua aura visual habitual. Durante a observação em SU apresentou prosopagnosia para familiares e heteroagressividade grave. Foi administrado diazepam, haloperidol e clorpromazina contudo manteve-se agitado. À admissão realizou TC-CE com angio-TC e avaliação analítica que não apresentaram alterações. Por alteração grave e súbita do comportamento e pico febril isolado (38,4°C) foi colocada hipótese de encefalite infecciosa, tendo realizado punção lombar. Iniciou antibioterapia empírica e aciclovir, que foram suspensos em poucas horas após obter citoquímico sem alterações, assim como PCR de vírus neurotrópicos. O doente manteve-se apirético e foi assumido hipertermia secundária aos neurolépticos. Realizou RM CE e EEG que não revelaram alterações significativas. Todos os sintomas reverteram em menos de 24 horas e após esta resolução, o doente esclareceu que o quadro foi precedido pelos seus sintomas habituais de aura visual e de enxaqueca.

CONCLUSÃO: Apesar de auto-limitada, não existe terapêutica abortiva para estes episódios, contudo o ácido valpróico e topiramato podem ser utilizados no tratamento e prevenção de novos episódios. A ausência de critérios de estabelecidos e o facto de ser um diagnóstico de exclusão, dificultam a marcha diagnóstica desta entidade.



CO-23 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DECISÕES TERAPÊUTICAS E PROGNÓSTICO NO STATUS MIGRANOSO: DESCRIÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

José Blazer Costa¹; Miguel Serôdio¹; Gonçalo Cabral¹

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Egas Moniz, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Introdução: O status migranoso (SM) é uma complicação rara da enxaqueca, com prevalência estimada entre 3–20% nos doentes. Contudo, permanecem escassos os estudos clínicos sobre a abordagem terapêutica e prognóstico desta entidade.

Objetivos: Caracterizar clinicamente os doentes com SM e identificar fatores de mau prognóstico.

Métodos: Série de casos retrospectiva, identificados através da codificação diagnóstica do Serviço de Urgências (SU) e da Consulta de Cefaleias de um Hospital Terciário, entre 2016 e 2024. Realizada estatística descritiva e inferencial com SPSS®.

Resultados: Foram identificados 43 doentes, dos quais 86,1% do sexo feminino. A idade média ao diagnóstico foi $37,7 \pm 12,1$ anos. A média de dias com cefaleia por mês prévia ao SM foi $4,2 \pm 5,4$ dias, com resposta favorável a anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) em 60,5% dos doentes. Apenas 11,6% dos doentes apresentavam diagnóstico prévio de enxaqueca. A duração média do SM foi $11,9 \pm 10,6$ dias, sendo superior no sexo feminino (12,5 dias vs 8,3 dias, $p=0.044$). Em 67,4% dos casos não foi identificado fator desencadeante. Foi utilizado apenas um fármaco abortivo em 80,6% dos casos, sendo os AINEs a classe mais frequente (52,8%). No follow-up, 6,98% dos doentes apresentaram recidiva de SM. Após o SM, 88,4% dos doentes cumpria critérios para enxaqueca episódica, contudo a média de cefaleia por mês manteve-se semelhante ao estado pré-mórbido ($p=0.635$). A boa resposta prévia aos AINEs associou-se a menor risco de desenvolvimento de enxaqueca crónica ($p=0.006$).

Conclusão: Nesta série, o SM ocorreu predominantemente em doentes sem diagnóstico conhecido de enxaqueca, e apresentou boa resposta terapêutica, com baixa taxa de recidiva. A frequência de dias de cefaleia por mês pré e pós SM foi semelhante, sendo uma boa resposta a AINEs associada a menor risco de enxaqueca crónica. A duração do SM foi superior nas mulheres, sendo importante identificar possíveis barreiras no acesso à terapêutica adequada.



CO-24 - IMPACT OF PROMOTING PHYSICAL EXERCISE ON MIGRAINE – A VIDEO-BASED RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Mariana Gomes¹; [Beatriz Barreto](#)^{2,3}; Bárbara Martins^{2,3}; Daniela Ferreira-Santos⁴; Andreia Costa^{2,3}

1 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Neurologia, 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; 4 - INESC TEC – Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência, Universidade do Porto, Porto, Portugal

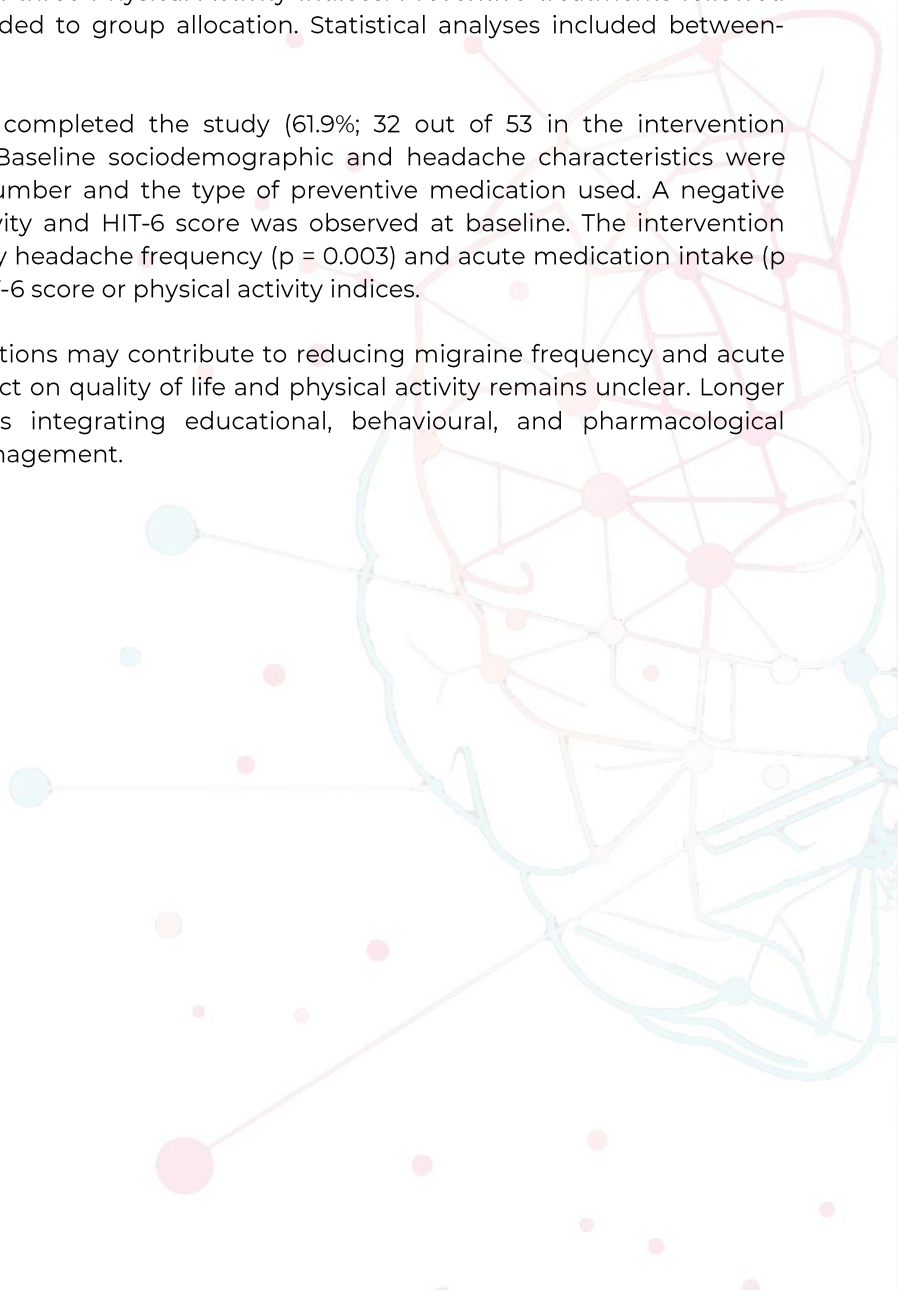
Introduction: Migraine significantly impacts quality of life and a substantial proportion of patients experience refractory migraine. Non-pharmacological strategies, such as physical exercise, have shown potential benefits in headache control.

Aims: To evaluate the effectiveness of a video-based educational intervention in promoting physical activity and improving migraine-related outcomes.

Methods: A single-centre, single-blinded randomized clinical trial included 65 migraine patients from a tertiary hospital in Porto, Portugal. Participants were stratified by age and randomized into an intervention group, receiving seven educational videos on exercise benefits over three months, or a control group, receiving usual care. Assessments were conducted at baseline (*T0*) and six months later (*T6*; three months after intervention). Primary outcome included the Headache Impact Test – 6 item (HIT-6) score; secondary outcomes included migraine frequency, acute medication use, and three Physical Activity Indices. Preventive treatments followed standard clinical practice, with physicians blinded to group allocation. Statistical analyses included between-group and within-group comparisons ($p < 0.05$).

Results: Among 105 randomized patients, 65 completed the study (61.9%; 32 out of 53 in the intervention group vs. 33 out of 52 in the control group). Baseline sociodemographic and headache characteristics were comparable between groups, including the number and the type of preventive medication used. A negative correlation between leisure-time physical activity and HIT-6 score was observed at baseline. The intervention group showed significant reductions in monthly headache frequency ($p = 0.003$) and acute medication intake ($p = 0.005$), but no significant improvements in HIT-6 score or physical activity indices.

Conclusions: Video-based educational interventions may contribute to reducing migraine frequency and acute headache medication use. However, their impact on quality of life and physical activity remains unclear. Longer follow-up and multidimensional interventions integrating educational, behavioural, and pharmacological strategies are needed to optimize migraine management.



CO-25 - FATORES ALIMENTARES ASSOCIADOS À ENXAQUECA: PREVALÊNCIA E PERCEÇÃO NUMA COORTE DA CONSULTA DE CEFALÉIAS

Joana Pona-Ferreira¹; Mafalda Perdicoulis¹; Sara Lima¹; Andreia Matas¹

1 - Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes E Alto Douro

Introdução: Os *triggers* alimentares são frequentemente referidos por doentes com enxaqueca, embora a evidência sobre a sua prevalência e impacto permaneça limitada. Este estudo procurou caracterizar os fatores alimentares associados ao desencadear de crises de enxaqueca numa população em seguimento numa consulta especializada.

Métodos: Estudo observacional, prospectivo, realizado entre fevereiro e março de 2025, incluindo adultos com diagnóstico de enxaqueca (ICHD-3). Os participantes preencheram um questionário alimentar específico e um diário de crises, documentando frequência, intensidade e duração das crises.

Resultados: Foram incluídos 55 pacientes (idade média de 37,9±11,3 anos; 84,5% mulheres; 67,2% com enxaqueca sem aura). Cerca de 40,0% dos participantes associaram as crises a algum alimento ou bebida. Os alimentos mais frequentemente citados como desencadeantes de crises foram chocolate (44,8%), alimentos gordurosos/fritos (37,9%), álcool (32,8%) e citrinos (27,6%). A maioria dos pacientes (65,5%) relatou impacto dos horários alimentares, com jejum prolongado associado à maior frequência de crises em 49,1% dos casos. Não foram observadas diferenças significativas na percepção de *triggers* alimentares entre sexos ou faixas etárias. Contudo, doentes com crises mais frequentes (≥8 dias/mês) relataram mais frequentemente múltiplos *triggers* alimentares (p=0,03).

Conclusão: Os *triggers* alimentares, particularmente chocolate, alimentos gordurosos, álcool e citrinos, são frequentemente identificados por doentes com enxaqueca, reforçando a importância da avaliação alimentar personalizada. O jejum prolongado e os horários alimentares irregulares surgem como fatores relevantes na modulação das crises. Estes dados sustentam a necessidade de intervenção educativa e de estratégias de aconselhamento alimentar individualizado na abordagem dos doentes com enxaqueca.



CO-26 - CEFALeia EM SALVAS E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EM PORTUGAL.

Carla Morgado¹; Sara Gomes¹; Andreia Ferreira¹; Sofia Lopes¹; Sofia Marques¹; Joana Pinto¹; Célia Machado¹; Sara Varanda¹; Consórcio Português para o Estudo da Cefaleia em Salva - CPECS (Carlos Andrade², Carlos Marinho³, Catarina Borges Silva⁴, Elsa Parreira⁵, Filipa Jacinto⁶, Gonçalo Cabral⁷, Gonçalo Bonifácio⁸, Inês Carvalho³, Isabel Pavão Martins⁹, Joana Fernandes², Joana Ferreira¹⁰, Joana Lopes¹¹, Liliana Pereira¹⁰, Mariana Henriques⁵, Mariana Seco⁶, Miguel Duarte¹², Paula Salgado⁶, Raquel Gil-Gouveia¹³, Rita Cagigal¹⁴, Sara Lima⁴, Sofia Marinho⁸, Teresa Ascensão⁵)

1 - Serviço de Neurologia, ULS Braga; 2 - Serviço Neurologia, ULS Santo António; 3 - Serviço de Neurologia, ULS Alto Ave; 4 - Serviço de Neurologia, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro; 5 - Serviço de Neurologia, ULS Amadora/Sintra; 6 - Serviço de Neurologia, ULS Matosinhos; 7 - Serviço de Neurologia, ULS Lisboa Ocidental; 8 - Serviço de Neurologia, ULS Arrábida; 9 - Serviço de Neurologia, ULS Santa Maria; 10 - Serviço de Neurologia, ULS Almada/Seixal; 11 - Serviço de Neurologia, ULS Região de Aveiro; 12 - Serviço de Neurologia, ULS Loures/Odivelas; 13 - Serviço de Neurologia, Hospital da Luz – Lisboa; 14 - Serviço de Neurologia, ULS Gaia-Espinho.

Introdução: A cefaleia em salvas é uma cefaleia primária rara e não existem, até a data, estudos sobre o seu impacto na qualidade de vida dos doentes portugueses.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes portugueses com cefaleia em salvas e avaliar a qualidade de vida e funcionalidade.

Métodos: Estudo transversal e multicêntrico, com inclusão de participantes de 14 centros nacionais especializados no tratamento da cefaleia, com idade ≥ 18 anos, diagnóstico de cefaleia em salvas (segundo critérios ICDH-3) e pelo menos uma salva nos últimos 3 anos. Foram recolhidos dados sócio-demográficos e clínicos e aplicada a versão portuguesa do questionário "*Cluster Headache Quality of Life Questionnaire*". Utilizou-se SPSS® para análise estatística.

Resultados: Foram incluídos 117 participantes, 83% do sexo masculino, com mediana de idades de 49 anos (IQR 18), 31% com diagnóstico de cefaleia em salvas crónica. Realizam dois ou mais tratamentos de fase aguda 47% dos doentes, maioritariamente zolmitriptano e oxigénio de alto débito. Cerca de 73% dos doentes encontram-se sob tratamento preventivo (28% com dois ou mais fármacos). A mediana de surtos/ano é 2 (IQR 2), com duração mediana de 21 dias (IQR 35). Durante o surto apresentam em mediana 2 (IQR 3) episódios de cefaleia/dia, com duração de 60 minutos (IQR 58). Na avaliação de qualidade de vida a maioria dos doentes considerou ter frequentemente ou sempre restrições na atividade quotidiana (59%), ansiedade (77%) e falta de vitalidade (58%), verificando-se impacto menos importante no humor e relações interpessoais (25%).

Conclusão: Este estudo demonstra que os doentes portugueses com cefaleia em salvas apresentam características semelhantes às descritas na literatura, embora com uma percentagem superior de cefaleia em salvas crónica. Em concordância com o demonstrado em estudos internacionais, a cefaleia em salvas associou-se a qualidade de vida prejudicada numa proporção considerável de doentes.

CASOS CLÍNICOS



CC-01 - ENXAQUECA SOB FÁRMACO ANTI-CGRP EM DOENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Diana De Pinho¹; Helena Felgueiras¹; Ana Luísa Rocha¹; Luís De Castro Rocha¹; João Teixeira¹; Mariana Branco¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: A enxaqueca é uma comorbilidade frequente em indivíduos com Esclerose Múltipla (EM). O desenvolvimento de terapêuticas inovadoras para esta cefaleia, nomeadamente os fármacos anti-CGRP, levanta novos desafios, dada a escassez de dados sobre os seus potenciais efeitos deletérios nesta população específica, bem como sobre as possíveis interações com os fármacos utilizados no tratamento da EM.

CASOS CLÍNICOS: Doente de 46 anos, com diagnóstico de EM há 25 anos, sob terapêutica com Fingolimod nos últimos 10 anos. Diagnóstico de enxaqueca crónica refratária com um tempo de evolução semelhante. Iniciou tratamento com Fremanezumab, com resposta terapêutica significativa a partir do segundo semestre, verificando-se uma redução de aproximadamente 75% na frequência dos episódios mensais. Não foram reportados efeitos adversos relevantes. Após 12 meses de tratamento, a suspensão protocolar resultou num agravamento expressivo do quadro, com retorno ao número inicial de episódios. O EDSS manteve-se estável ao longo de todo o período de tratamento.

Doente de 42 anos, com diagnóstico de EM há 14 anos, apresentando uma evolução considerada ligeira, limitada a um único surto medular não incapacitante. Por opção própria, nunca iniciou terapêutica modificadora da doença. Sofria de enxaqueca episódica frequente, com início há 25 anos, de caráter refratário. Iniciou tratamento com Fremanezumab, registando uma excelente resposta terapêutica logo no primeiro mês. Após a suspensão protocolar ao fim de 12 meses, manteve benefício sustentado, com controlo da enxaqueca e sem necessidade de medicação profilática nas reavaliações aos 3 e 6 meses.

CONCLUSÃO: Estes casos estão em concordância com os dados recentemente reportados na literatura, que sugerem a eficácia e segurança dos fármacos anti-CGRP em doentes com EM. No entanto, são necessários estudos adicionais para esclarecer definitivamente esta questão, particularmente no que diz respeito à interação entre estes agentes e os fármacos modificadores da doença utilizados no tratamento da EM.



CC-02 - HIPERTENSÃO ARTERIAL INDUZIDA POR FREMANEZUMAB: POLITERAPIA RACIONAL NA ERA DOS FÁRMACOS ANTI-CGRP

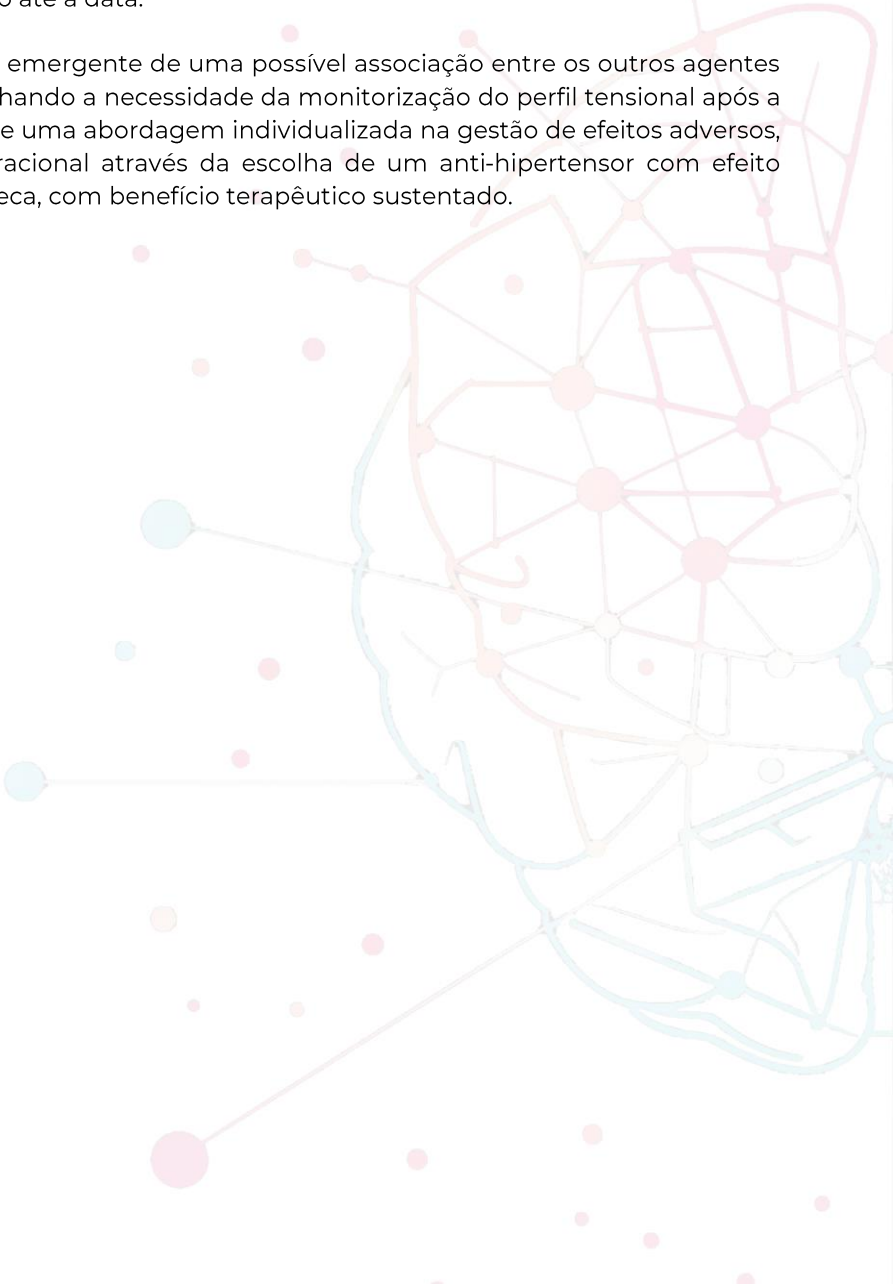
Daniel Araújo¹; Sofia Marinho Pinto¹; Gonçalo V. Bonifácio¹; André Militão¹

1 - Serviço de Neurologia, Hospital de São Bernardo, Unidade Local de Saúde Arrábida, Setúbal, Portugal

Introdução: O fremanezumab é um anticorpo monoclonal dirigido contra o péptido relacionado com o gene da calcitonina (CGRP) aprovado para o tratamento preventivo da enxaqueca. Apesar de inconsistência nos ensaios clínicos, alguns dados pós-comercialização apontam para uma possível associação entre este agente e aumentos clinicamente relevantes da pressão arterial, principalmente em doentes com predisposição prévia. Este efeito ainda não está bem caracterizado, sendo apenas claramente reconhecido no caso do erenumab, anticorpo contra o receptor do CGRP. Apresentamos um caso de hipertensão arterial diagnosticada após introdução de fremanezumab, controlada com candesartan.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 51 anos, com história de enxaqueca com aura desde a infância e com resposta insatisfatória ou intolerância a múltiplos agentes preventivos incluindo amitriptilina, topiramato e toxina botulínica. Optou-se pela introdução de fremanezumab 225 mg, mensalmente, com subsequente redução dramática na frequência de crises reportadas (>75%). Concomitantemente, verificou-se elevação significativa e persistente da pressão arterial (177/109 mmHg medida em consulta de enfermagem pré-tratamento), sem causa secundária identificada. Atendendo à significativa resposta clínica, optou-se por manter fremanezumab e associar candesartan 8 mg/dia, posteriormente ajustado para 16 mg/dia, com normalização dos valores tensionais e controlo de crises sustentado até à data.

Conclusão: Este caso contribui para a evidência emergente de uma possível associação entre os outros agentes anti-CGRP e aumento da pressão arterial, sublinhando a necessidade da monitorização do perfil tensional após a sua introdução. Realça também a importância de uma abordagem individualizada na gestão de efeitos adversos, ilustrando um exemplo claro de polifarmácia racional através da escolha de um anti-hipertensor com efeito reconhecido na prevenção das crises de enxaqueca, com benefício terapêutico sustentado.



CC-03 - CGRP EM PERSPECTIVA DUAL: EFICÁCIA NA ENXAQUECA E FALHA NA DOR REGIONAL COMPLEXA

Maria M. Roque¹; Romana Rodrigues¹; Filipa Dourado Sotero^{1,2}; Isabel Pavão Martins^{1,2}

1 - Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2 - Centro de Estudos Egas Moniz, Clínica Universitária de Neurologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: O peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP) é um vasodilatador potente e modulador da dor, com papel reconhecido na fisiopatologia da enxaqueca. Níveis elevados de CGRP foram também observados na síndrome de dor regional complexa (SDRC) ou algoneurodistrofia, levantando a hipótese de um mecanismo comum entre estas patologias.

Caso clínico: Mulher de 51 anos, com enxaqueca crónica desde a adolescência, refratária a múltiplas terapêuticas preventivas (incluindo preventivos orais e toxina botulínica), que apresentava uma média de 16 dias de cefaleia por mês. Aos 49 anos, após rotura traumática do tendão de Aquiles, desenvolveu dor persistente, edema, alterações de cor e temperatura no tornozelo esquerdo, tendo sido diagnosticada com SDRC, corroborado por cintigrafia com 99mTc Hydroxymethylene diphosphonate (HMDP). Realizou procedimentos como bloqueio simpático e simpatectomia lombar, sem alívio sintomático da SDRC. Iniciou galcanezumab em julho de 2023 (anticorpo monoclonal anti-CGRP) com resposta rápida e sustentada na enxaqueca com redução para 4 dias/mês e melhoria significativa da qualidade de vida. Fez também rimegepant, antagonista do recetor de CGRP, eficaz nas crises agudas. No entanto, a SDRC não apresentou qualquer melhoria clínica, mantendo-se a dor intensa e os sinais autonómicos inalterados.

Conclusão: Este caso evidencia uma dissociação clínica entre duas patologias associadas ao CGRP. Apesar da melhoria marcada da enxaqueca com terapias anti-CGRP, a SDRC crónica não respondeu ao mesmo tratamento. Tal pode sugerir que, na fase crónica da SDRC, os mecanismos fisiopatológicos podem não depender predominantemente do CGRP, refletindo diferenças na fisiopatologia da dor na fase crónica. Enquanto a enxaqueca envolve predominantemente vias trigeminovasculares mediadas por CGRP, a SDRC poderá integrar mecanismos mais complexos e multifatoriais, incluindo alterações centrais de sensibilização, inflamação neurogénica e disfunção autonómica. Este exemplo sublinha a importância de uma abordagem diferenciada em patologias associadas a dor crónica, mesmo na presença de biomarcadores comuns.



CC-04 - ENXAQUECA HEMIPLÉGICA FAMILIAR TIPO 1: UM ESPETRO DE VARIABILIDADE FENOTÍPICA

Sara Matos¹; Cristina Pereira²; Teresa Mota Castelo³; Conceição Robalo²; Pedro Maia Almeida⁴; Filipe Palavra^{2,5}

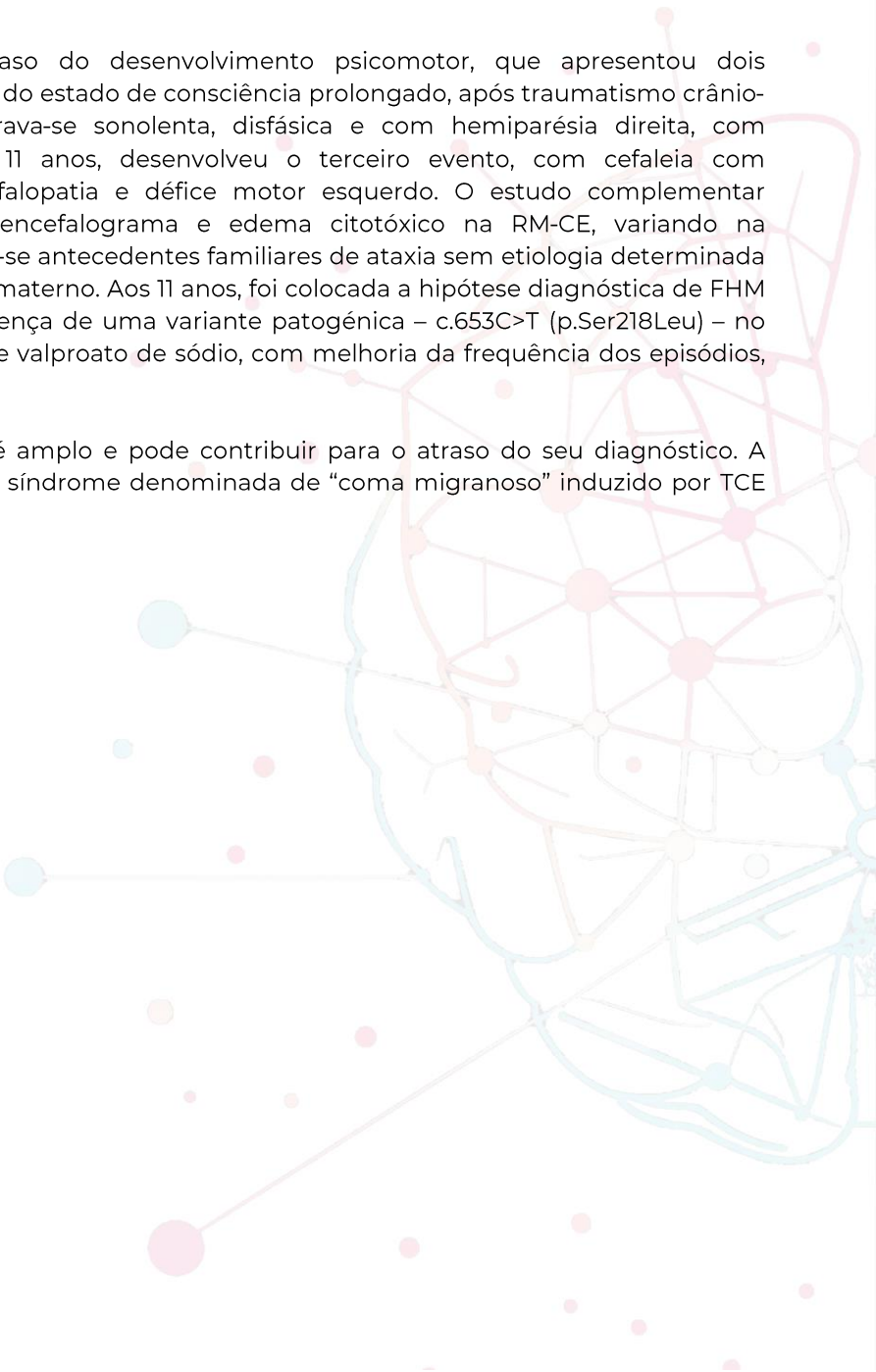
1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 2 - Centro de Desenvolvimento da Criança – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 3 - Centro de Desenvolvimento da Criança – Neurodesenvolvimento, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 4 - Serviço de Genética Médica, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra; 5 - Laboratório de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O gene *CACNA1A* codifica a subunidade $\alpha 1A$ do canal de cálcio dependente de voltagem P/Q. A sua disfunção está associada a fenótipos clínicos diversos, entre os quais o de enxaqueca hemiplégica familiar (FHM) tipo 1.

Caso 1: Menina de 11 anos, observada em consulta de Neurologia por cefaleia hemicraniana episódica, associada a foto, fono e cinesiofobia. Descrevia, por vezes, queixas visuais a anteceder a dor, com progressão para disfasia e, mais raramente, paralisia dos membros. O pai tinha o diagnóstico de enxaqueca hemiplégica, sem etiologia genética conhecida. Tendo-se colocado a FHM como hipótese diagnóstica, foi pedido estudo genético, que detetou a variante c.1997C>T(p.(Thr666Met)) no gene *CACNA1A*. Apresenta 1 crise ligeira/mês, estando apenas sob analgesia simples.

Caso 2: Menina com antecedentes de atraso do desenvolvimento psicomotor, que apresentou dois internamentos, aos 6 e 10 anos, por perturbação do estado de consciência prolongado, após traumatismo crânio-encefálico (TCE) ligeiro. Inicialmente, encontrava-se sonolenta, disfásica e com hemiparésia direita, com resolução espontânea em alguns dias. Aos 11 anos, desenvolveu o terceiro evento, com cefaleia com características migrainosas, associada a encefalopatia e défice motor esquerdo. O estudo complementar evidenciou lentificação assimétrica no eletroencefalograma e edema citotóxico na RM-CE, variando na lateralidade do hemisfério afetado. Destacavam-se antecedentes familiares de ataxia sem etiologia determinada na mãe e bisavó materna e de epilepsia no avô materno. Aos 11 anos, foi colocada a hipótese diagnóstica de FHM e feito estudo genético, confirmando-se a presença de uma variante patogénica – c.653C>T (p.Ser218Leu) – no gene *CACNA1A*. Foi medicada com verapamilo e valproato de sódio, com melhoria da frequência dos episódios, mas desenvolvimento de ataxia progressiva.

Conclusão: O espectro de gravidade da FHM1 é amplo e pode contribuir para o atraso do seu diagnóstico. A variante Ser218Leu pode estar associada a uma síndrome denominada de “coma migranoso” induzido por TCE ligeiro.



CC-05 - NEURALGIA DO TRIGÉMIO SECUNDÁRIA: UM CASO CLÍNICO

Paula Ferreira¹; Rita Almeida Rodrigues¹; Ana Pereira²; Ivânia Alves¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal; 2 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal.

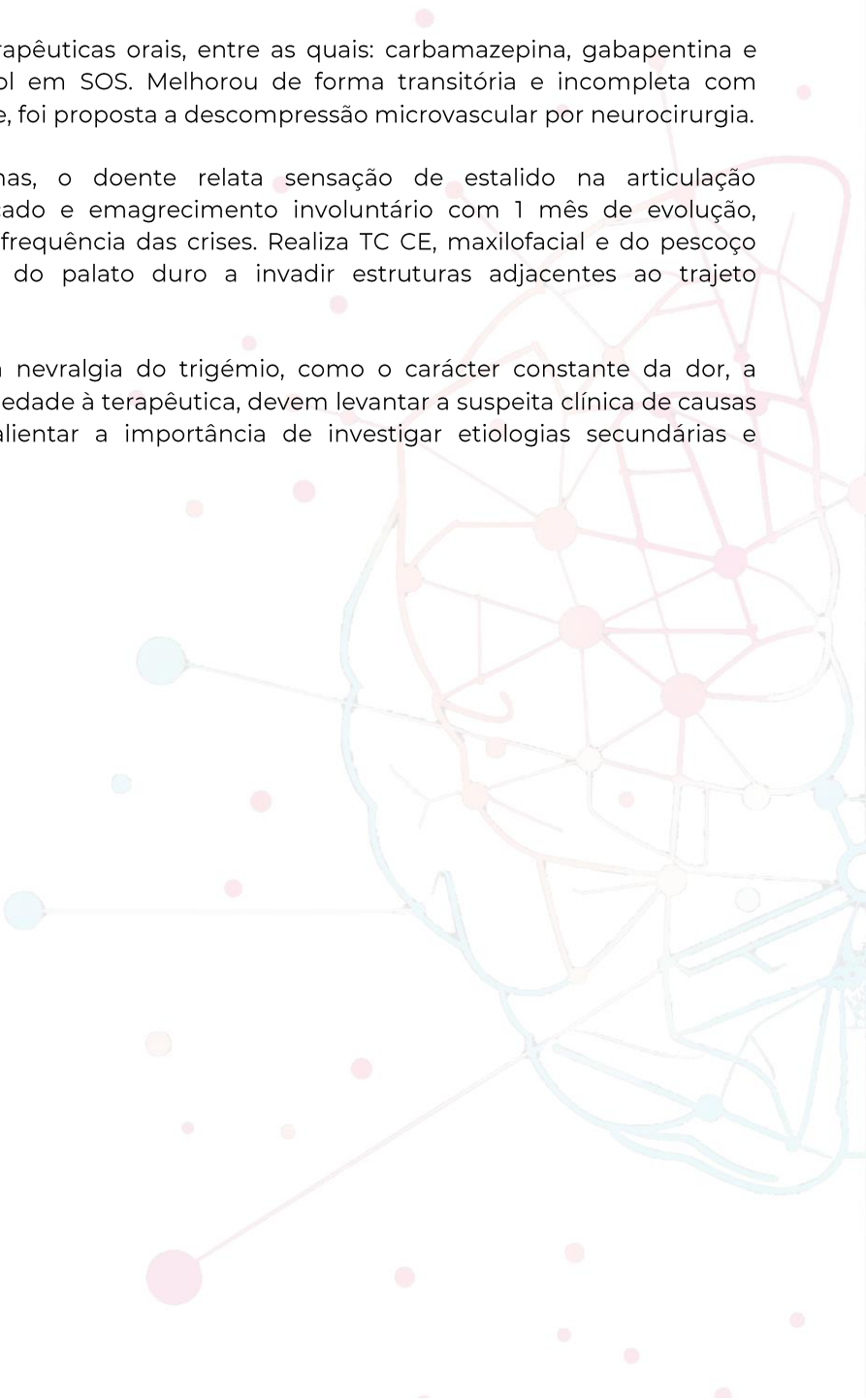
Introdução: A neuralgia do trigémio é caracterizada por paroxismos de dor excruciante e limitada ao território do nervo. As causas mais comuns são a idiopática e a clássica, contudo, é mandatório a exclusão de causas estruturais secundárias.

Caso Clínico: Homem de 47 anos, fumador, apresenta-se por dor facial direita, com 6 meses de evolução, localizada nas divisões oftálmica e mandibular direitas do nervo trigémio, com carácter em facada. A dor era praticamente constante, com intensidade que variava entre paroxismos de intensidade 9/10 com duração muitas vezes superior a 2 minutos, desencadeados pela mastigação, toque e protrusão da língua, e períodos de menor intensidade. O exame neurológico era normal. O estudo inicial com análises, TC-CE e RM-CE, não evidenciou alterações de relevo, à exceção de fenómenos inflamatórios difusos no seio maxilar e região timpanomastóidea direitas.

As crises de dor mostraram-se refratárias a terapêuticas orais, entre as quais: carbamazepina, gabapentina e lacosamida, associadas a diazepam e tramadol em SOS. Melhorou de forma transitória e incompleta com aplicação de toxina botulínica. Por refratariedade, foi proposta a descompressão microvascular por neurocirurgia.

Cerca de 1 ano após o início dos sintomas, o doente relata sensação de estalido na articulação temporomandibular direita, com trismo marcado e emagrecimento involuntário com 1 mês de evolução, associado a agravamento da intensidade e da frequência das crises. Realiza TC CE, maxilofacial e do pescoço urgentes, que evidenciaram lesão infiltrativa do palato duro a invadir estruturas adjacentes ao trajeto extracraniano dos ramos do nervo trigémio.

Conclusão: Atipias na apresentação clínica da neuralgia do trigémio, como o carácter constante da dor, a duração prolongada dos paroxismos e a refratariedade à terapêutica, devem levantar a suspeita clínica de causas secundárias. Com este caso, pretendemos salientar a importância de investigar etiologias secundárias e extracranianas da doença.



CC-06 - NEURALGIA DO OCCIPITAL COM RESPOSTA A BLOQUEIO DE NERVO E ESCLEROSE MÚLTIPLA - RELAÇÃO OU COINCIDÊNCIA?

Alexandre Maia Roldão Alferes¹; Catarina Fernandes¹; Sónia Batista¹

¹ - Serviço de Neurologia, ULS Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução: A neuralgia do occipital é habitualmente idiopática, podendo estar associada a lesões inflamatórias de C2-C3. A relação entre a neuralgia do trigémio e a Esclerose Múltipla (EM) está bem estabelecida. Contudo, só alguns casos foram reportados de neuralgia do occipital como apresentação de EM.

Caso Clínico: Doente de 34 anos, sexo feminino, recorreu a consulta de Neurologia por cefaleias paroxísticas “tipo choque elétrico” com início 2 anos antes. A cefaleia era desencadeada pelo toque, começava na região occipital, bilateralmente, e apresentava irradiação anterior, bilateral, embora de predomínio esquerdo. Sem outras queixas relevantes. De antecedentes destacava-se suspeita de fenómeno de Raynaud e insuficiência de convergência, aos 7 anos, na sequência de episódio de diplopia binocular.

No exame neurológico apresentava hiperreflexia generalizada, sem outras alterações. Mediante a suspeita de neuralgia do occipital bilateral propôs-se esquema de pregabalina 150mg 2x/dia, sem melhoria, e posterior bloqueio dos nervos grande e pequeno occipital, bilateralmente, com resolução praticamente total das queixas. Realizou RM-cervical que revelou lesões intramedulares ao nível de C2, C3-C4 e C4-C5, de aparente natureza inflamatória/desmielinizante, sendo que a lesão face a C3 apresentava realce nodular com gadolínio. A RM-CE demonstrou duas pequenas lesões na substância branca peri-atrilar esquerda e no giro parahipocámpico esquerdo, aparentemente justacortical, e ainda uma lesão protuberancial mediana. Estudo de autoimunidade sistémica, anti-MOG e anti-aquaporina 4 negativos. Estudo do LCR com cadeias kappa leves livres no LCR aumentadas (7,49mg/L) e normais no soro (16,4mg/L), índice kappa livre bastante elevado (72,73) e bandas oligoclonais IgG positivas. Considerou-se como diagnóstico uma EM com apresentação atípica por neuralgia do occipital bilateral, estando as lesões medulares em concordância com o local de origem dos nervos occipitais.

Conclusão: A neuralgia do occipital corresponde a uma possível apresentação de EM pelo que a realização de RM-cervical deve ser ponderada em doentes com quadros clínicos semelhantes.



CC-07 - CEFALeia SUNA-LIKE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ANEURISMA DA ARTÉRIA COMUNICANTE ANTERIOR

Luís De Castro Rocha¹; Diana De Pinho¹; João Spínola Teixeira¹; Mariana Branco¹

¹ - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

Introdução: A SUNA é uma cefaleia trigémino-autonómica primária infrequente, sendo ainda mais rara a sua ocorrência como manifestação de lesões intracranianas.

Caso clínico: Mulher, 38 anos, sem antecedentes relevantes, apresenta-se no Serviço de Urgência (SU) por episódios de cefaleia fronto-orbitária direita muito intensos, que descrevia como um “picador de gelo”, com duração de poucos segundos, ocorrendo a intervalos de aproximadamente 5 minutos, por vezes associados a hiperémia conjuntival direita. A clínica havia começado nesse dia. Exame neurológico sem alterações. Estudo analítico e imagiológico, incluindo TC-CE com venoTC e análise do LCR, sem alterações de relevo. Tratada no SU com fenitoína, com remissão parcial das crises, tendo iniciado esquema de profilaxia com lamotrigina e orientada para realização de RM-CE em ambulatório, mantendo cerca de dois episódios diários. Poucas semanas depois do primeiro episódio dá novamente entrada no SU por cefaleia holocraniana intensa. O estudo imagiológico revelou hemorragia subaracnoideia secundária a rotura de aneurisma da artéria comunicante anterior. Foi submetida a embolização aneurismática com sucesso e apresentou excelente recuperação clínica. Desde o evento, não voltou a relatar cefaleia SUNA-like.

Conclusão: O aneurisma da artéria comunicante anterior vem juntar-se às poucas causas de cefaleia secundária SUNA-like reportadas na literatura médica. No presente caso, a cefaleia trigémino-autonómica manifestou-se sob a forma de cefaleia sentinela atípica, uma vez que a sua ocorrência deu-se algumas semanas antes da rotura do aneurisma.



CC-08 - CEFALeia RETRO-ORBITÁRIA: QUANDO ANEURISMAS SUPRACLINOIDES SURPREENDEM O DIAGNÓSTICO

Diana De Pinho¹; Rita Cagigal¹; Andrea Cabral¹; Ana Mota¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO: A dor retro-orbitária pode representar um desafio diagnóstico, exigindo a exclusão de causas secundárias. Aneurismas da ACI, particularmente dos seus segmentos supraclinoides, podem manifestar-se com cefaleia retro-orbitária persistente, alterações visuais progressivas ou mesmo neuropatias cranianas, como é o caso das oftalmoparesias, sendo estas manifestações justificadas pela proximidade com as estruturas nervosas. Os estudos vasculares desempenham um papel central na abordagem destes casos, para proceder à exclusão destas patologias como causa da cefaleia nesta localização.

CASO CLÍNICO: Mulher, 59 anos. Antecedentes de enxaqueca sem aura e tabagismo. Apresenta quadro *de novo* com duração de 1 semana, caracterizado por 4-5 episódios diários, com duração aproximada de 15 minutos, de cefaleia intensa retro-orbitária esquerda (características diferentes da cefaleia habitual), sem disautonomia craniana ou alterações visuais, e sem alívio com a analgesia instituída. Ao exame neurológico, não apresenta qualquer alteração. Analiticamente, sem alterações, incluindo VS e PCR negativas. A TC-CE não revela alterações relevantes. Fez RM-CE com estudo angiográfico *TOF 3D*, que descreve formações aneurismáticas da ACI esquerda supraclinoide, caracterizados por angioTC dos troncos supra-aórticos como aneurismas saculares. Realizou RM-CE de controlo aos 6 meses, que mostra estabilidade das lesões. Até ao momento, sem recorrência dos episódios.

CONCLUSÃO: A dor retro-orbitária isolada, mesmo quando fenotipicamente semelhante a uma cefaleia trigémino-autonómica, deve levantar a suspeita de causas secundárias, incluindo aneurismas da ACI. Estes aneurismas podem manifestar-se unicamente com dor, sem outros sintomas neurológicos associados, tornando o seu diagnóstico desafiante. A avaliação imagiológica, através de angioTC ou angioRM, é essencial para excluir a existência de patologia vascular subjacente. Assim, perante cefaleias atípicas, nomeadamente retro-orbitárias isoladas, refratárias ou com características atípicas, a exclusão de etiologias estruturais deve ser considerada precocemente, e deverá ser incluído o estudo dos troncos supra-aórticos, permitindo uma abordagem adequada e a prevenção de complicações potencialmente graves.



CC-09 - ENXAQUECA E SÍNDROME DE NEVE VISUAL: INSIGHTS FISIOPATOLÓGICOS A PARTIR DO USO DE ALUCINOGÉNIOS

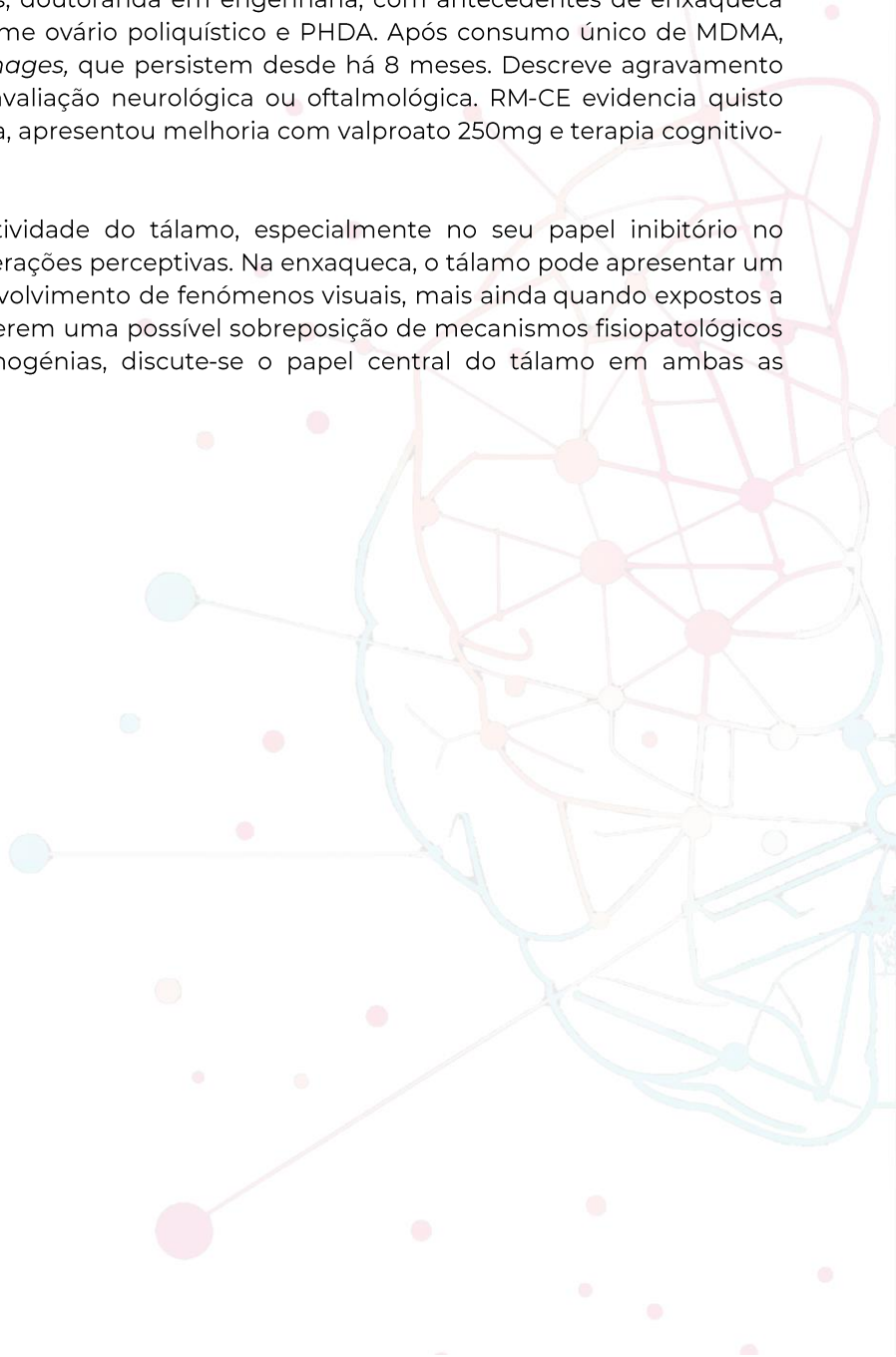
Romana Rodrigues¹; Maria Roque¹; Filipa Dourado Sotero^{1,2}; Isabel Pavão Martins²

1 - Serviço de Neurologia, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal; 2 - Centro de Estudos Egas Moniz, Clínica Universitária de Neurologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: A síndrome da neve visual (SNV) caracteriza-se pela presença de fenómenos visuais persistentes, comparável à estática da televisão, frequentemente associada a *after images*, fenómenos entópticos e nictalopia. A enxaqueca é a comorbilidade mais comum, embora a razão para essa associação não seja completamente compreendida. A fisiopatologia da SNV sugere uma possível disfunção da rede de saliência e no processamento visual tálamo-cortical, redes afetadas de forma semelhante por alguns alucinogénios.

Casos clínicos: Homem, 29 anos, operário fabril, com diagnóstico prévio de enxaqueca episódica sem aura visual. Após consumo único de LSD, descreve a presença de pontos brilhantes persistentes, associados a flashes e fenómenos entópticos, que surgem em ambientes de maior luminosidade, com 6 meses de duração. Sem alterações ao exame neurológico ou oftalmológico. RM-CE com quisto da glândula pineal, sem alterações no EEG ou OCT. Foi iniciada lamotrigina 25mg, com melhoria da cefaleia, mas persistência dos sintomas visuais. O segundo caso refere-se a uma mulher, 24 anos, doutoranda em engenharia, com antecedentes de enxaqueca crónica com aura visual, hipotireoidismo, síndrome ovário poliquístico e PHDA. Após consumo único de MDMA, refere um “ruído visual” permanente e *after images*, que persistem desde há 8 meses. Descreve agravamento quando usa computador. Sem alterações na avaliação neurológica ou oftalmológica. RM-CE evidencia quisto pineal. Sem resposta a lamotrigina, gabapentina, apresentou melhoria com valproato 250mg e terapia cognitivo-comportamental.

Conclusões: Os alucinogénios modulam a atividade do tálamo, especialmente no seu papel inibitório no processamento sensorial, contribuindo para alterações perceptivas. Na enxaqueca, o tálamo pode apresentar um limiar de ativação reduzido, facilitando o desenvolvimento de fenómenos visuais, mais ainda quando expostos a substâncias alucinógenas. Estes dois casos sugerem uma possível sobreposição de mecanismos fisiopatológicos e de ação entre a SNV e substâncias alucinogénias, discute-se o papel central do tálamo em ambas as condições, assim como na enxaqueca.



CC-10 - NEURALGIA DO TRIGÉMEO ANTES DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Aurora Costa¹; Stefanie Moreira¹; Anabela Câmara²; Sara Varanda¹; João Campos Pereira¹; Filipa Sousa¹

1 - Serviço de Neurologia- Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurologia – Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO: A associação entre neuralgia do trigémeo e esclerose múltipla está descrita na literatura e deve-se a um processo de desmielinização central em localizações estratégicas. Esta é considerada a segunda causa mais frequente de neuralgia do trigémeo secundária, geralmente associada a formas de doença mais refratárias.

CASO CLÍNICO: Mulher de 31 anos, observada no serviço de urgência aos 25 por inúmeros episódios de dor na região maxilar direita, com caráter de choque, com duração de segundos, sem claros fatores desencadeantes e sem melhoria com carbamazepina na dose diária de 1200mg. Apresentava hipostesia álgica nas divisões oftálmica e maxilar direitas. Internada para estudo etiológico e tratamento sintomático com corticoterapia, amitriptilina, baclofeno e gabapentina. Realizou RM-CE que não revelou alterações e, após melhoria clínica, teve alta. Aos 27 anos, recorre novamente à urgência por falta de força e sensibilidade no hemicorpo direito, sendo internada. Nesta data, o estudo imagiológico do neuroeixo revela lesões peritrigonal esquerda e no pedúnculo cerebeloso médio direito/face lateral protuberancial direita sugestivas de etiologia inflamatória. O estudo de LCR foi normal, incluindo a pesquisa de bandas oligoclonais; o restante estudo autoimune (incluindo anticorpos anti-aquaporina 4 e anti-MOG) foi negativo. Assumido o diagnóstico de esclerose múltipla surto-remissão, sendo medicada com Teriflunomida. Aos três anos de seguimento, apresenta dor controlada com gabapentina 2400mg/dia

CONCLUSÕES: O caso apresentado destaca-se pela normalidade inicial do estudo imagiológico. Especialmente num doente jovem e com quadro álgico refratário, a esclerose múltipla é uma entidade a ter em conta mesmo perante um estudo inicial negativo.



CC-11 - RELATO DE CASO: MIGRÂNEA COM AURA DE TRONCO CEREBRAL E AMAUROSE TRANSITÓRIA – DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM ADOLESCENTES

Leidys Marina Pedrozo Garcia¹; Renata Gomes Londero¹; [Erika Tavares Ferreira¹](#)

1 - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil

Introdução: A migrânea com aura de tronco cerebral é uma variante rara de enxaqueca com aura, caracterizada por sintomas de aura originários do tronco encefálico. A associação com amaurose transitória é incomum. Este relato descreve um caso de associação destas duas condições raras em uma adolescente, com o objetivo de discutir os desafios diagnósticos e terapêuticos.

Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, 15 anos, apresentou-se ao serviço em junho de 2024, com histórico de cefaleia desde os 13 anos, um ano após a menarca. A cefaleia era descrita como em pressão, em região frontal e retro-orbital, com intensidade basal de 4/10, atingindo 9/10, com duração de 1 dia, cerca de 3-4 vezes por semana. Associado apresentava náuseas, zumbido e visão em túnel. Inicialmente, aventou-se a hipótese de migrânea vestibular. Prescrito tratamento preventivo com Nortriptilina 25 mg/dia, com redução para um episódio mensal, nos primeiros 3 meses.

Logo após, evoluiu com aumento da frequência das crises e modificação da aura. Relatava episódios de migrânea com aura caracterizados por vertigem rotatória, ataxia e amaurose bilateral (15 minutos), na intensidade máxima da dor, 2-3x/semana, mesmo em uso da Nortriptilina. Exame neurológico e RM encefálica normais. Histórico familiar de migrânea na mãe e tia materna.

Diante da evolução do quadro, estabeleceu-se o diagnóstico de migrânea com aura de tronco cerebral.

Conclusão: Este caso ilustra a importância de reconhecer a migrânea com aura de tronco cerebral no diagnóstico diferencial de cefaleia em adolescentes; e de migrânea com aura vestibular, cuja associação com vertigem, instabilidade axial e zumbido pode gerar dúvida diagnóstica.

O diagnóstico exato é crucial, pois a migrânea com aura de tronco cerebral é mais grave, com potencial para complicações. O tratamento profilático inclui o uso de verapamil, cujo manejo exige experiência e monitorização, devido aos potenciais efeitos colaterais, requerendo precaução maior em adolescentes.



CC-12 - UMA CAUSA INCOMUM DE NEURALGIA DO TRIGÊMIO NO JOVEM

João Spínola Teixeira¹; Luís De Castro Rocha¹; Diana De Pinho¹; Mariana Rocha¹; Mariana Branco^{1,2}

1 - Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho; 2 - Departamento de Ciências Médicas, Universidade de Aveiro

Introdução: A neuralgia do trigémio é o tipo mais comum de dor neuropática facial, sendo mais prevalente em indivíduos com mais de 60 anos. O seu início em idade jovem obriga a considerar fortemente etiologias secundárias.

Caso clínico: Mulher de 44 anos de idade. Encaminhada à consulta de Neurologia por dor orofacial direita de difícil controlo com mais de um ano de evolução. O quadro caracterizava-se por características neuropáticas, mais concretamente disestesias incómodas do tipo formigueiro / anestesia, por vezes com agudizações tipo choque elétrico com duração de segundos, que respeitava os territórios dos ramos V2 e V3 direito. Explorando a anamnese, a doente afirmava também sentir disestesias e por vezes dor na hemilíngua direita, bem como noção de “secura” do lado direito da boca. Sem resposta a medicação para dor neuropática nem à extração de múltiplas peças dentárias. Do estudo imagiológico, destacam-se processos estilóides com comprimento acima do esperado (cerca de 4 cm bilateralmente).

Discussão e conclusão: A conjugação da clínica de neuropatia trigeminal refratária associada a aumento patológico da dimensão do processo estiloide evoca o diagnóstico de Síndrome de Eagle. Esta síndrome caracteriza-se por dor orofacial unilateral que pode estar associada a outros sintomas, como disfagia ou sensação de corpo estranho na orofaringe. No presente caso, a dor lingual e a noção de secura oral sugerem envolvimento concomitante de outros nervos cranianos para além do V (nomeadamente VII e IX), provavelmente pela proximidade entre o seu trajeto e o processo estiloide aumentado. A identificação precoce desta causa de dor orofacial poderia ter evitado terapêuticas inúteis e potencialmente deletérias, como a extração dentária, realçando a importância de ter em mente este diagnóstico na abordagem de doentes com neuropatia trigeminal, sobretudo na presença de sinais de alerta ou atípicos.



Caso Clínico para discussão interativa

CC-13 - TRIGEMINAL AUTONOMIC CEPHALALGIA TRIGGERED BY A VIRAL UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION

João Miguel Oliveira¹; Tomás Martins¹; Miguel Rodrigues¹; Liliana Pereira¹

1 - Hospital Garcia de Orta, ULS Almada-Seixal

Introduction: The trigeminal autonomic cephalalgias (TACs) are a group of primary headache disorders characterized by unilateral pain and ipsilateral cranial autonomic symptoms. An accurate diagnosis remains a challenge, and secondary causes must always be excluded, especially in case of rare triggers.

Case Description: A 32-year-old male, with previous history of migraine without aura, presents with pharyngeal discomfort, rhinorrhea, dry cough, and a low fever, managed symptomatically. By the third day of illness, he develops severe, stabbing pain in the right maxilla and irradiating to the ipsilateral occipitotemporal region. Simultaneously, he experiences ipsilateral ptosis, lacrimation and conjunctival injection. The episodes last 6-7 seconds individually, and repeat for 1-2 hours at a time, usually thrice daily at fixed hours, with a possible fourth episode during the night. After four days the episodes remitted, alongside resolution of the infectious symptoms. He had similar headaches since his teens, always associated with upper respiratory tract infections, but without autonomic features. He's unsure if some episodes were left-sided, but they were always unilateral. He never experienced an episode without an infectious prodrome. Neurological examination was normal. Cranioencephalic MRI showed no abnormality correlating with the cephalalgia. There was only mild past response to paracetamol and no acute response to zolmitriptan. A presumptive diagnosis of secondary SUNCT was made. He is currently managed with a short term prophylactic course of prednisolone 60mg starting on the first day of a viral upper respiratory tract infection and has since experienced no further episodes.

Conclusions: This case highlights a unique presentation of upper respiratory tract infection as a rare TCA mimic/trigger. Secondary cephalalgias are uncommon but there are cases described associated with tumors, rhinosinusitis and Covid-19 vaccination. Management is challenging in the absence of definitive guidelines, and in this case patient preference for a short-acting treatment was taken into account.



CC-14 - NEURALGIA DO NERVO INTERMEDIÁRIO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM IDADE PEDIÁTRICA

Cátia Oliveira¹; Beatriz Marques²; Ana Lúcia Neves^{3,4}; Sónia Figueiroa⁵; Inês Carrilho⁵; Cristina Garrido⁵

1 - Serviço de Neurologia, ULS Entre Douro e Vouga; 2 - Serviço de Neurorradiologia, ULS Santo António; 3 - Serviço de Neurologia, ULS São João; 4 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 5 - Serviço de Neuropediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, ULS Santo António

Introdução: A neuralgia do nervo intermediário é uma forma rara de neuropatia craniana dolorosa, caracterizada por dor intensa, sentida profundamente no canal auditivo, podendo irradiar para a apófise mastóide e região parieto-occipital.

Caso clínico: Criança de 5 anos, do sexo masculino, sem antecedentes de relevo. Em outubro de 2023, iniciou quadro de episódios paroxísticos de dor auricular e na região mastóidea direita. A dor era muito intensa (máximo 9/10), durava cerca de 10 segundos, ocorria em salvas com duração total de 5-6 minutos e repetia-se diariamente. Tinha dificuldade em descrever as características da dor, mas durante estes episódios a criança ficava muito irrequieta. Inicialmente com alguma melhoria com ibuprofeno, tornando-se progressivamente refratária a esta terapêutica - foi várias vezes avaliada em contexto de urgência, sem melhoria. Realizou RM-CE e cervical, onde não foram relatadas alterações. Avaliado por Neuropediatria, apresentava exame intercrises normal (mas não foi realizada estimulação da parede posterior do canal auditivo externo). Por suspeita de neuralgia do intermediário, fez RM de ouvidos, que mostrou um contacto neurovascular do nervo intermediário com um *loop* da artéria cerebelosa antero-inferior direita ao nível do meato acústico. Iniciou gabapentina, com franca melhoria. Após tentativa de suspensão da medicação, teve recorrência dos episódios. Foi reiniciada a terapêutica e encontra-se atualmente assintomático.

Conclusões: A neuralgia do nervo intermediário por contacto neurovascular é extremamente rara em idade pediátrica, com apenas alguns casos descritos na literatura. Desta forma, o diagnóstico pode ser bastante desafiante, sobretudo nesta faixa etária, pela semiologia inespecífica e pelos múltiplos diagnósticos diferenciais mais prováveis. Na sua forma primária, está mais frequentemente associada a contactos neurovasculares, mas pode ser secundária a infeções, lesões ocupantes de espaço ou processos inflamatórios. O tratamento inicial passa por uma abordagem conservadora com analgesia convencional ou fármacos com ação na dor neuropática; em casos refratários, deve considerar-se descompressão microvascular.



CC-15 - DOR FACIAL PERSISTENTE SEM ENVOLVIMENTO TRIGEMINAL: MANIFESTAÇÃO INICIAL DE DOENÇA DESMIELINIZANTE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL?

Sara Lima¹; Catarina Silva¹; André Costa¹; Andreia Matas¹

1 - Serviço de Neurologia, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A dor é uma manifestação cada vez mais reconhecida, das doenças desmielinizantes. De acordo com a literatura, a dor facial ocorre em até 8% dos doentes com esclerose múltipla.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 45 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, referenciada à consulta de Neurologia por dor facial persistente, descrita como ardor na hemiface direita, sem resposta às terapêuticas instituídas. O exame neurológico não revelou alterações objetivas. A investigação diagnóstica inicial incluiu estudo analítico alargado, sem alterações significativas. A eletroneuromiografia (EMG) não evidenciou sinais de disfunção da divisão V1 do nervo trigémio, do núcleo do V par craniano ou do VII par craniano. A ressonância magnética (RM) do neuroeixo revelou múltiplas lesões supra e infratentoriais, bem como lesões medulares cervicais e dorsais, compatíveis com um processo inflamatório/desmielinizante do sistema nervoso central (SNC). Importa salientar que nenhuma destas lesões comprometia o nervo trigémio ou as vias nociceptivas responsáveis pela transmissão da dor facial. O estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) corroborou a produção intratecal de imunoglobulinas. Os potenciais evocados visuais (PEV) documentaram achados compatíveis com neuropatia óptica prévia à esquerda. O controlo sintomático foi obtido com amitriptilina (25 mg id), gabapentina (300 mg bid) e eslicarbazepina (800 mg id). Face ao contexto clínico e imagiológico, foi iniciado tratamento imunomodulador com teriflunomida (14 mg id).

Conclusões: Este caso destaca a complexidade do diagnóstico diferencial da dor facial persistente no contexto de doenças desmielinizantes do SNC, reforçando a importância da consideração de mecanismos centrais na sua fisiopatologia, mesmo na ausência de compromisso direto do nervo trigémio.



CC-16 - NEUROPATIA OFTALMOPLÉGICA DOLOROSA RECORRENTE: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Miguel Saianda Duarte¹; Joana Neiva Correia¹; Vasco Fonseca¹; Margarida Palermo¹; Tânia Lampreia¹; Ana Cláudia Ribeiro¹

1 - Serviço de Neurologia, Hospital Beatriz Ângelo, Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas

Introdução: A neuropatia oftalmoplégica dolorosa recorrente (RPON) é uma entidade rara, caracterizada por episódios recorrentes de paresia de um ou mais nervos cranianos oculares, associados a cefaleia ipsilateral. O nervo oculomotor é o mais frequentemente envolvido, sendo comuns midríase, ptose palpebral e limitação da oculomotricidade.

Caso clínico: Homem de 35 anos apresentou-se com cefaleia frontal esquerda de intensidade moderada, tipo facada, evoluindo com diplopia ao terceiro dia já sem cefaleia. Referia antecedentes de enxaqueca episódica e de quatro episódios prévios com características semelhantes, destacando-se dois internamentos por paresia do VI e do III nervos cranianos direitos. À observação, apresentava anisocoria (E>D), resposta diminuída ao reflexo fotomotor indireto, déficit da superversão e adução, e ptose palpebral esquerda. Foi internado para estudo de lesão completa do III nervo esquerdo. A angio-TC urgente não revelou alterações. A avaliação analítica extensa e o estudo do líquido cefalorraquidiano foram normais. A ressonância magnética não mostrou lesões estruturais ou alterações do sinal. Perante a normalidade dos exames complementares e a história clínica, foi assumido o diagnóstico de RPON, tendo realizado um ciclo de metilprednisolona intravenosa, com recuperação total dos défices no espaço de três semanas.

Um ano após este episódio, o doente teve nova recorrência, desta vez com envolvimento do III nervo craniano direito. Recorreu precocemente à consulta logo após o início dos sintomas e foi iniciado esquema de prednisolona oral, verificando-se suspensão da progressão sintomática e resolução mais rápida do quadro clínico.

Conclusão: A RPON é uma entidade rara e constitui um diagnóstico de exclusão. É fundamental excluir outras causas, como doenças metabólicas, inflamatórias, infeções, neoplasias ou compressões do nervo ou de estruturas adjacentes. A ressonância magnética pode evidenciar espessamento ou realce do nervo, mas o diagnóstico baseia-se essencialmente na história clínica e na evolução dos sintomas, sendo que as cefaleias não têm que ter obrigatoriamente características migranasas.



CC-17 - QUANDO RIR NÃO É A MELHOR SOLUÇÃO - UM CASO DE CEFALeia EXCLUSIVAMENTE INDUZIDA PELO RISO

Aurora Costa¹; Stefanie Moreira¹; Anabela Câmara²; Filipa Sousa¹; Leandro Marques¹

1 - Serviço de Neurologia- Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Neurologia – Hospital Central do Funchal

INTRODUÇÃO: A classificação internacional de cefaleias não contempla atualmente nenhum diagnóstico que enquadre casos de cefaleias exclusivamente desencadeadas pelo riso. Existem, contudo, raros casos descritos na literatura desta entidade, podendo ter uma etiologia primária ou secundária.

CASO CLÍNICO: Homem de 62 anos, com antecedentes de sarcoidose pulmonar e de síndrome de Klinefelter (medicado com testosterona). Aos 53, inicia cefaleia occipital exclusivamente desencadeada pelo riso, com caráter explosivo, que atinge intensidade máxima em segundos e que desaparece imediatamente depois de parar de rir. Não apresentava outros sinais de alarme, nomeadamente agravamento com outras manobras de Valsalva. Apresentava exame neurológico normal. Realizou RM-CE e estudo angiográfico que não revelaram alterações de relevo. Foi efetuada prova terapêutica com indometacina, com resolução do quadro.

CONCLUSÕES: Assim, trata-se de uma entidade rara que não preenche critérios de diagnóstico para nenhuma das cefaleias atualmente contempladas na classificação internacional de cefaleias, podendo ser equacionada a sua inclusão em edições futuras. A resposta à indometacina sugere o seu enquadramento no capítulo das outras cefaleias primárias.



CC-18 - PRESA PELA ENXAQUECA - QUANDO A CEFALEIA SE ACOMPANHA DE DISTONIA

Sofia Marinho Pinto¹; Gonçalo V. Bonifcio¹

1 - ULS Arrábida - Hospital de São Bernardo

A distonia associada  enxaqueca  um fenmeno raro, podendo ocorrer de forma esporádica ou no contexto de uma síndrome genética. A coexistência de enxaqueca e distonia cervical está descrita, bem como doentes com enxaqueca hemiplégica que vieram a desenvolver distonia.

Mulher de 55 anos, com antecedentes pessoais de asma, neoplasia da mama em remissão, quisto retrocerebeloso e enxaqueca crónica sem resposta ou com intolerância a topiramato, flunarizina, lamotrigina, valproato e toxina botulínica, e com resposta parcial a erenumab, galcanezumab e fremanezumab. Tem antecedentes familiares de enxaqueca (mãe e av materna), sem sintomas hemiplgicos. Medicada habitualmente com fremanezumab e candesartan. Apresenta fenmenos motores associados  enxaqueca, por vezes precedidos por parestesias na região afetada, caracterizados pela postura distnica do membro inferior direito, podendo afetar igualmente o andar inferior da hemiface direita. Ocasionalmente, ocorre extensão das discinesias ao membro superior ipsilateral, referindo raramente movimentos alternados de grande amplitude ao invés de distonia. Os episódios surgem preferencialmente no início ou no pico da crise, com durao de minutos a horas, sem exceder a fase álgica e sem resposta a medicao abortiva. A doente não apresenta alteraes ao exame neurológico na fase interictal. Analiticamente sem alteraes de relevo. O EEG de rotina não revelou atividade paroxística. Em RM-E sem alteraes lm do quisto descrito. O painel genético de enxaqueca hemiplégica, incluindo pesquisa de mutaes CACNA1A, ATP1A2, SCN1A, PRRT2 e doenças mitocondriais, foi negativo. O neuroexoma não identificou mutaes com significado patológico. Não houve alterao da frequência ou intensidade das alteraes motoras após introduo de terapêutica anti-GCRP, amitriptilina ou gabapentina.

Este caso ilustra uma associao complexa entre enxaqueca crónica refratária e fenmenos motores distnicos na ausência de alteraes genéticas patognicas, levantando questões quanto aos possíveis mecanismos fisiopatológicos subjacentes e  orientao diagnóstica e terapêutica da doente.



CC-19 - ESTADO DE MAL MIGRANOSO PÓS-TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: UM CASO DE CEFALeia REFRATÁRIA

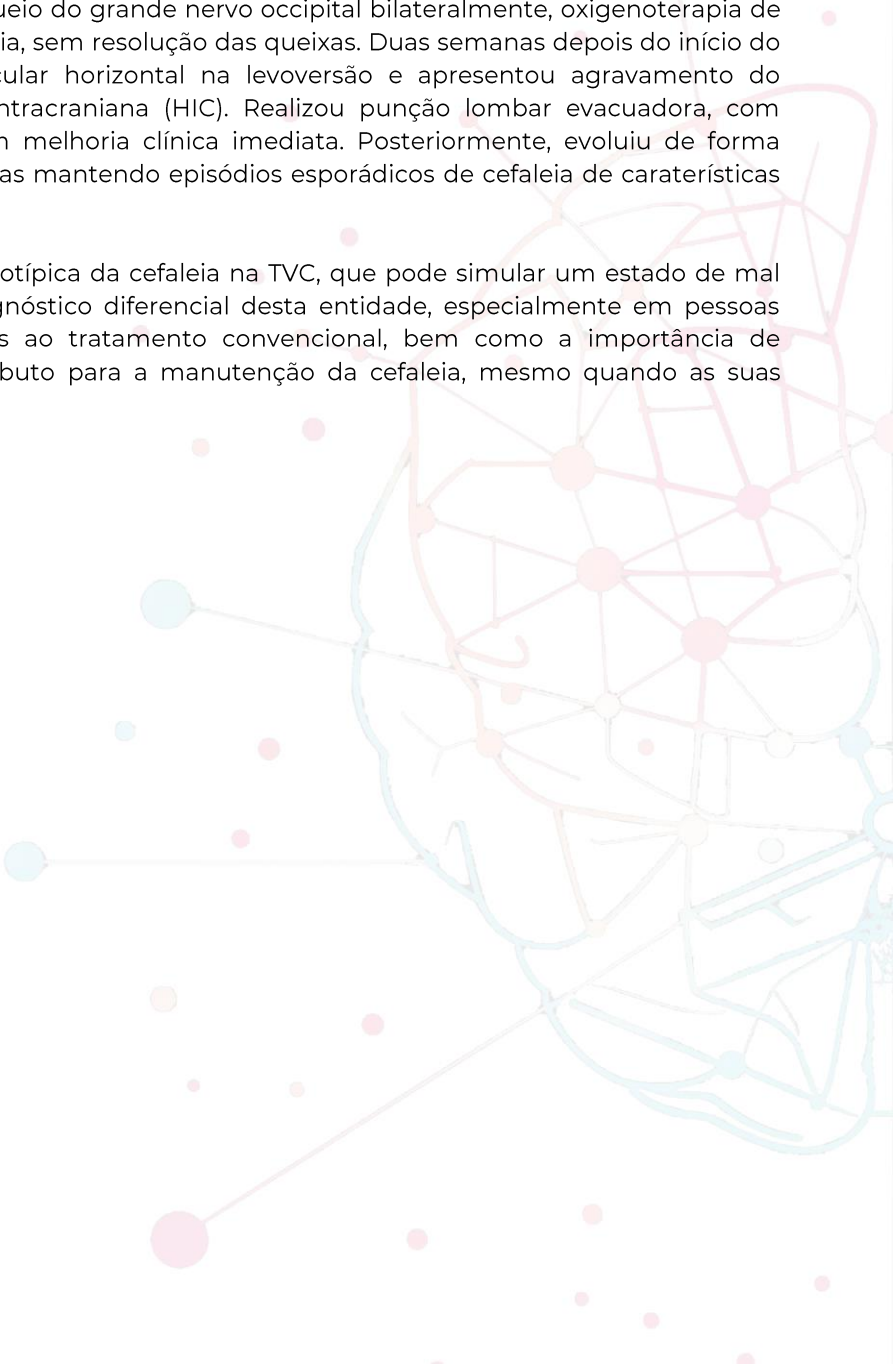
Maria Rosa Andrade Ferreira^{1,2}; Mariana Seco^{1,2}; Jorge M. Ferreira Machado^{1,2}; Luísa Veiga De Sousa^{2,3}; Teresa Medeiros^{2,3}; Sofia Tavares^{2,3}; Diogo Fitas^{1,2}; Sandra Moreira^{1,2}

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 - Unidade de AVCs, Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 3 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A trombose venosa cerebral (TVC) apresenta-se frequentemente com cefaleia, podendo esta ser muito variável no modo de apresentação e nas suas características, incluindo apresentações tipo enxaqueca e estado de mal migranoso.

Caso clínico: Mulher, 47 anos, com excesso de peso, tabagismo ativo (2UMA) e portadora assintomática de mutação no gene BRCA2. Recorreu ao serviço de urgência por um quadro com evolução de dois dias de cefaleia frontoparietal direita associada a fono e fotofobia, náuseas e agravamento da dor com o decúbito. O exame neurológico foi normal, mas a fundoscopia revelou papiledema bilateral ligeiro. A venoTC cerebral demonstrou trombose dos seios sagital superior, transverso e sigmoide direitos e do início da veia jugular interna direita, pelo que foi iniciada hipocoagulação com enoxaparina terapêutica. A doente evoluiu com cefaleia de características migranosas, refratária a paracetamol, ácido acetilsalicílico, tramadol, topiramato e acetazolamida. Dado o fenótipo, foram ainda realizados triptanos, bloqueio do grande nervo occipital bilateralmente, oxigenoterapia de alto débito, perfusão de valproato e corticoterapia, sem resolução das queixas. Duas semanas depois do início do quadro, a doente desenvolveu diplopia binocular horizontal na levoversão e apresentou agravamento do papiledema bilateral, sugerindo hipertensão intracraniana (HIC). Realizou punção lombar evacuadora, com pressão de abertura superior a 50cmH₂O, com melhoria clínica imediata. Posteriormente, evoluiu de forma favorável, sem necessidade de analgesia fixa, mas mantendo episódios esporádicos de cefaleia de características migranosas, com boa resposta a paracetamol.

Conclusão: Este caso destaca a diversidade fenotípica da cefaleia na TVC, que pode simular um estado de mal migranoso. Destacamos a importância do diagnóstico diferencial desta entidade, especialmente em pessoas sem antecedentes de enxaqueca e refratárias ao tratamento convencional, bem como a importância de diagnosticar e tratar a HIC, dado o seu contributo para a manutenção da cefaleia, mesmo quando as suas características não são típicas de HIC.



CC-20 - FIRST BITE SYNDROME: GOSTO OU DESGOSTO?

Stefanie Moreira¹; Lúcia Jardim²; Aurora Costa¹; Anabela Câmara³; José Manuel Araújo¹; Daniela Ribeiro⁴; Sara Varanda¹

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde de Braga; 2 - Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde da Cova da Beira; 3 - Serviço de Neurologia, Hospital Central do Funchal; 4 - Serviço de Otorrinolaringologia, Unidade Local de Saúde de Braga

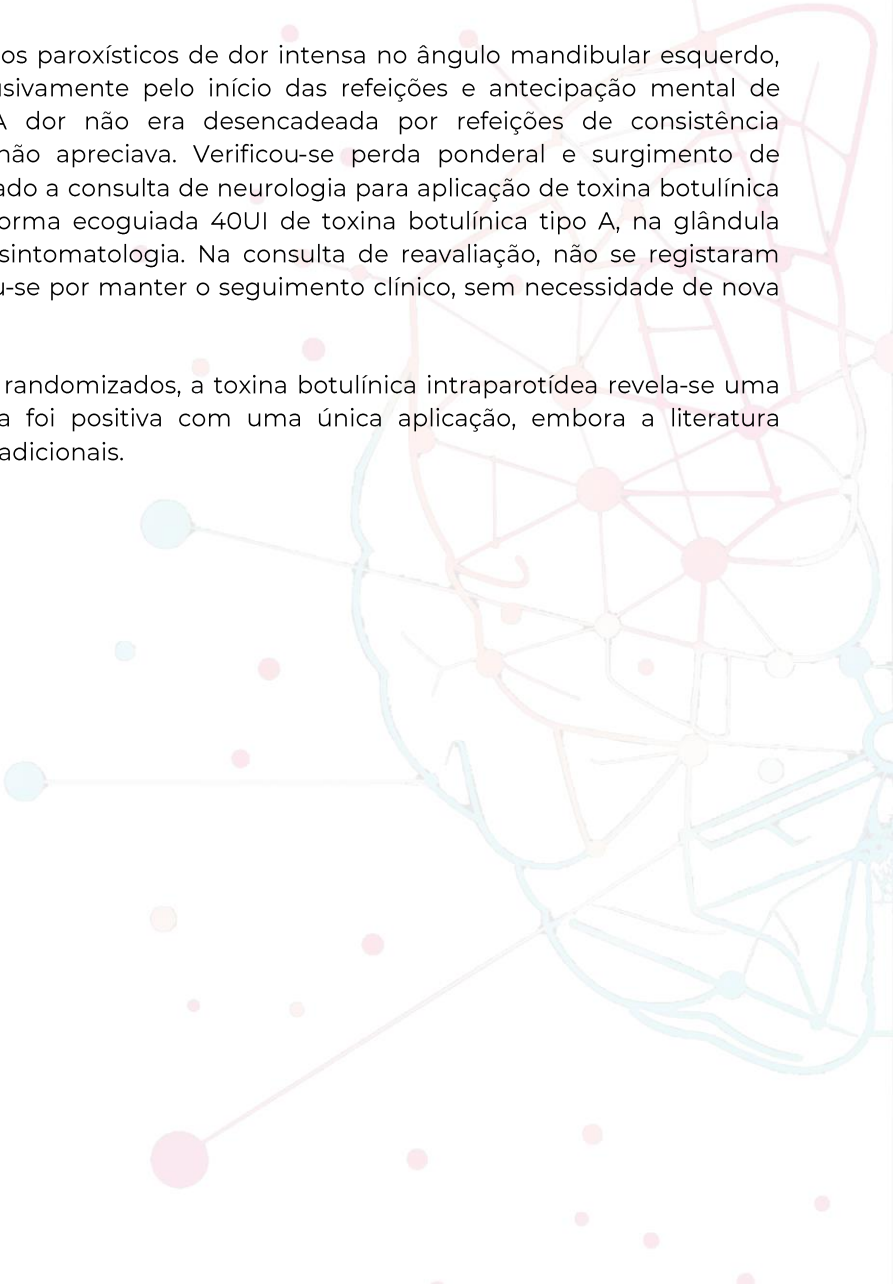
INTRODUÇÃO: A entidade *First Bite Syndrome* é rara e caracteriza-se por dor paroxística na região mandibular ou parotídea precipitada pelo início das refeições. Geralmente é secundária a lesão do simpático cervical no decurso de cirurgias cervicais ou da base do crânio.

CASO CLÍNICO: Homem, 46 anos, com antecedentes de paraganglioma jugulotimpânico esquerdo, submetido a embolização pré-operatória. No pós-procedimento imediato apresentou hemiparesia atáxica direita súbita. A RM evidenciou lesões focais isquémicas recentes na coroa radiada e circunvolução frontal média esquerdas, compatíveis com fenómenos embólicos.

Posteriormente, submetido a cirurgia com dissecação cervical, incluindo exposição dos nervos cranianos VII, IX, X e XI, e estruturas vasculares cervicais. Realizada laqueação da carótida externa e ramos faríngeo ascendente e occipital, bem como petrosectomia com abordagem da fossa média para exérese da neoformação. No pós-operatório, apresentou hipoacusia, paralisia facial e da corda vocal esquerdas. Submetido a colocação de implante coclear além de reabilitação.

No decurso do seguimento, apresentou episódios paroxísticos de dor intensa no ângulo mandibular esquerdo, com duração de segundos, precipitados exclusivamente pelo início das refeições e antecipação mental de refeições incluindo alimentos preferenciais. A dor não era desencadeada por refeições de consistência líquida/pastosa ou contendo alimentos que não apreciava. Verificou-se perda ponderal e surgimento de sintomatologia depressiva, tendo sido referenciado a consulta de neurologia para aplicação de toxina botulínica 11 meses após o procedimento. Aplicadas de forma ecoguiada 40UI de toxina botulínica tipo A, na glândula parótida esquerda, com alívio significativo da sintomatologia. Na consulta de reavaliação, não se registaram efeitos adversos e, face à melhoria franca, optou-se por manter o seguimento clínico, sem necessidade de nova aplicação.

CONCLUSÕES: Na ausência de ensaios clínicos randomizados, a toxina botulínica intraparotídea revela-se uma opção segura e eficaz. Neste caso, a resposta foi positiva com uma única aplicação, embora a literatura documente situações que requerem aplicações adicionais.



CC-21 - CEFALEIA EXPLOSIVA COMO APRESENTAÇÃO DE CEFALEIA EM SALVAS

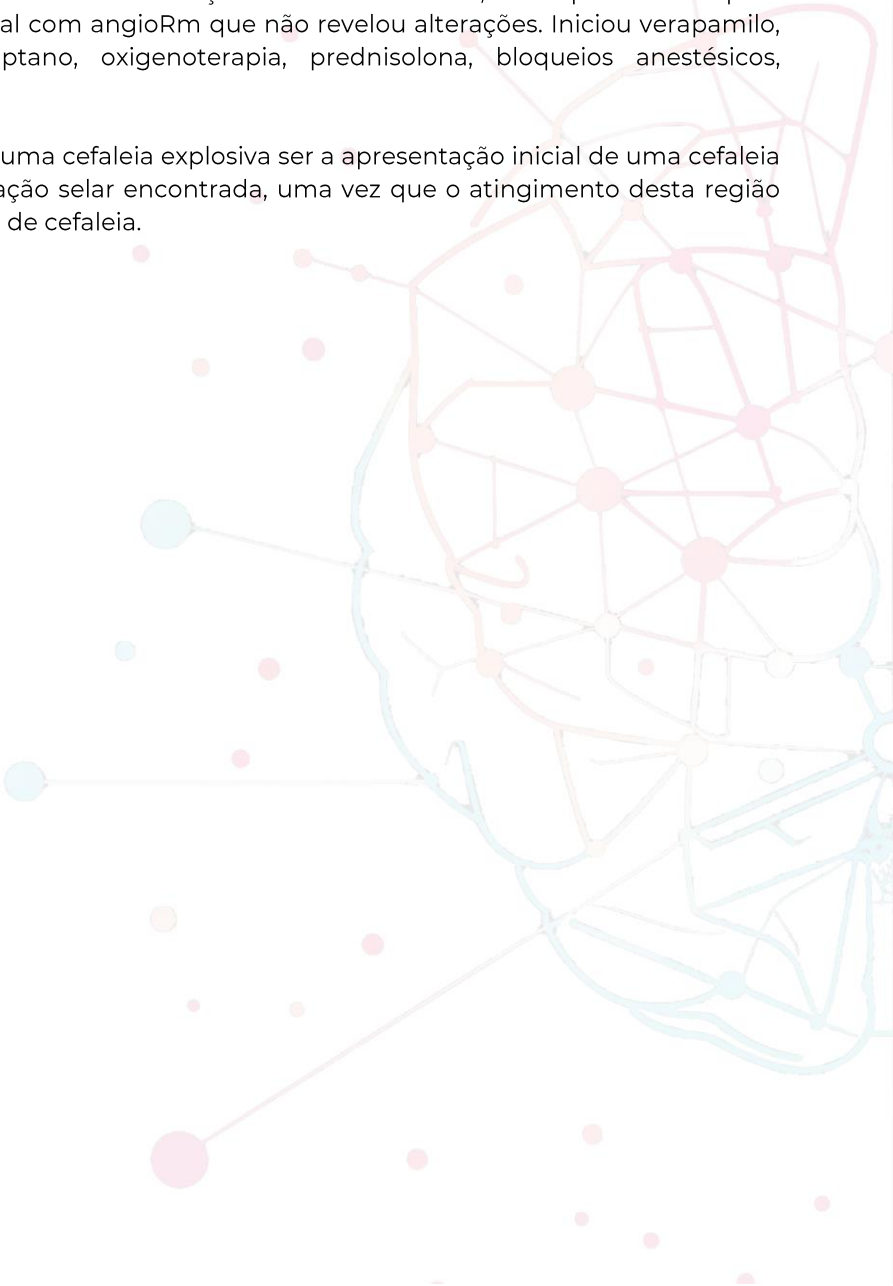
Ana Lúcia Neves^{1,2}; Sofia Vedor³; Andreia Costa^{1,2}

1 - Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde 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 - Serviço de Neurorradiologia, Unidade Local de Saúde São João, E.P.E., Porto, Portugal

Introdução: A cefaleia em salvas caracteriza-se por ataques de dor intensa, unilateral, associada a sinais trigéminoautónómicos e inquietação/agitação, sendo necessária a exclusão de causas estruturais. Apresenta-se o caso de uma doente em que a cefaleia em salvas teve início após um episódio de cefaleia explosiva com perda de consciência, num contexto imagiológico compatível com uma lesão selar.

Caso Clínico: Sexo feminino, 44 anos, com cefaleia súbita associada a perda de consciência, precedida por visão turva. História pessoal prévia de cefaleia diária com 6 meses de evolução na região parietal esquerda, pulsátil, de intensidade 7/10, com despertares noturnos, sem foto/fonofobia ou náuseas/vómitos, agravada por manobras de Valsalva. Exame neurológico sem alterações de relevo. Realizou TC cerebral, a revelar hiperdensidade espontânea intraselar, na vertente posterior da glândula hipofisária, sugestiva de componente hemático, podendo traduzir apoplexia pituitária ou quisto da bolsa de Rathke. Para melhor esclarecimento, efetuou RM cerebral e hipófise, cujos achados favoreciam o diagnóstico de quisto da bolsa de Rathke, embora não se pudesse excluir foco de necrose hemorrágica. Estudo endócrino sem alterações. Medicada com amitriptilina até 50 mg, com melhoria significativa. Após alguns meses, início de quadro de cefaleia esquerda 10/10 com despertares noturnos, associada a lacrimejo, edema palpebral e irrequietude com duração de até 60 minutos, a cumprir critérios para cefaleia em salvas episódica. Repetiu RM cerebral com angioRm que não revelou alterações. Iniciou verapamil, com intolerância. Boa resposta ao zolmitriptano, oxigenoterapia, prednisolona, bloqueios anestésicos, topiramato e galcanezumab.

Conclusão: Este caso levanta a possibilidade de uma cefaleia explosiva ser a apresentação inicial de uma cefaleia em salvas. Contudo, não é de desprezar a alteração selar encontrada, uma vez que o atingimento desta região pode estar envolvido na fisiopatologia deste tipo de cefaleia.



CC-22 - CEFALeia EXPLOSIVA COMO MANIFESTAÇÃO ISOLADA DE DISSECÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL

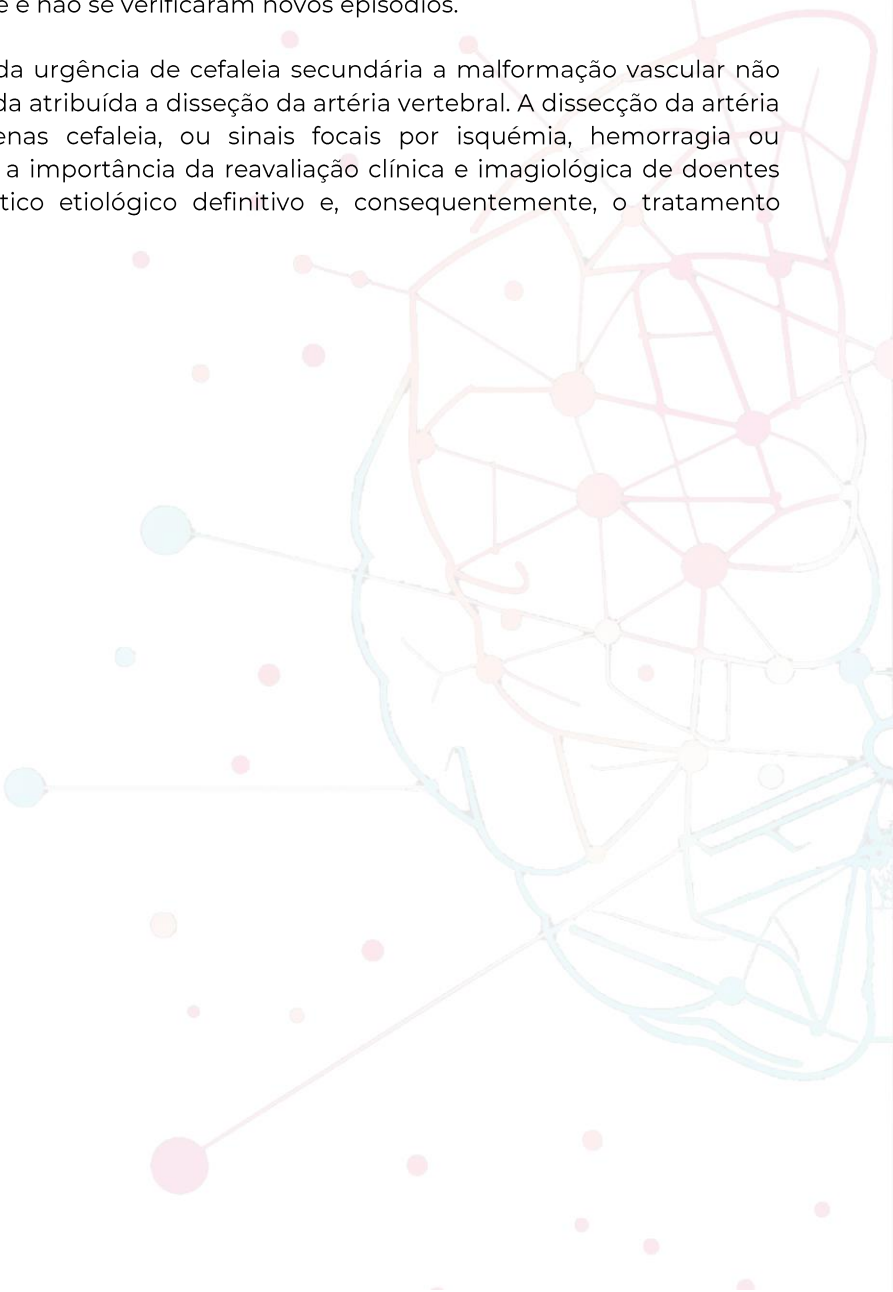
Joana Almeida Ferreira¹; Tiago Geraldese¹; Miguel Rodrigues¹; Liliana Pereira¹

¹ - Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, Almada

Introdução: Os sinais de alarme da cefaleia são de identificação fulcral na urgência, permitindo identificar etiologias que carecem de abordagens específicas. Estes caracterizam-se por idade superior a 50 anos, início abrupto e/ou explosivo, posicional, associada a defeitos neurológicos focais, que leva ao acordar durante a noite ou que apresenta características diferentes da cefaleia habitual.

Caso Clínico: Homem, 51 anos, autónomo, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação habitual. Observado no Serviço de Urgência por cefaleia com 15 dias de evolução, de início súbito, latejante, occipital esquerda, intensidade máxima 8/10 desde início, sem resposta a paracetamol e com alívio apenas temporário da intensidade da dor após ibuprofeno, recrudescendo horas depois. O exame objetivo e neurológico era normal. Por cefaleia de novo, início explosivo e refratária realizou investigação analítica e imagiológica, em que a angio-TC cerebral evidenciou aneurisma fusiforme da artéria vertebral esquerda, sem evidência de hemorragia. Foi solicitada colaboração à Neurocirurgia e Neurorradiologia de Intervenção, decidindo-se terapêutica conservadora. Posteriormente em avaliação por RM com Angio-RM reviu-se diagnóstico para pseudoaneurisma por disseção do segmento V4 da artéria vertebral esquerda. Nunca surgiram sinais focais nem lesões parenquimatosas vasculares. Não se identificou história de traumatismo, manipulação cervical nem outra atividade/posição predisponente. Em controlo Angio-RM aos 9 meses havia redução significativa das suas dimensões. A cefaleia resolveu progressivamente e não se verificaram novos episódios.

Conclusões: Neste caso, o diagnóstico de alta da urgência de cefaleia secundária a malformação vascular não rota foi revisto no seguimento para cefaleia aguda atribuída a disseção da artéria vertebral. A disseção da artéria vertebral pode ser assintomática, causar apenas cefaleia, ou sinais focais por isquémia, hemorragia ou compressão de estruturas nervosas. Realçamos a importância da reavaliação clínica e imagiológica de doentes com cefaleia explosiva, permitindo o diagnóstico etiológico definitivo e, consequentemente, o tratamento preventivo mais adequado.



CC-23 - FIRST BITE SYNDROME - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A NÃO ESQUECER

Inês Sá Pereira¹; Andreia Costa^{1,2}

1 - ULS São João, Porto, Portugal; 2 - Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

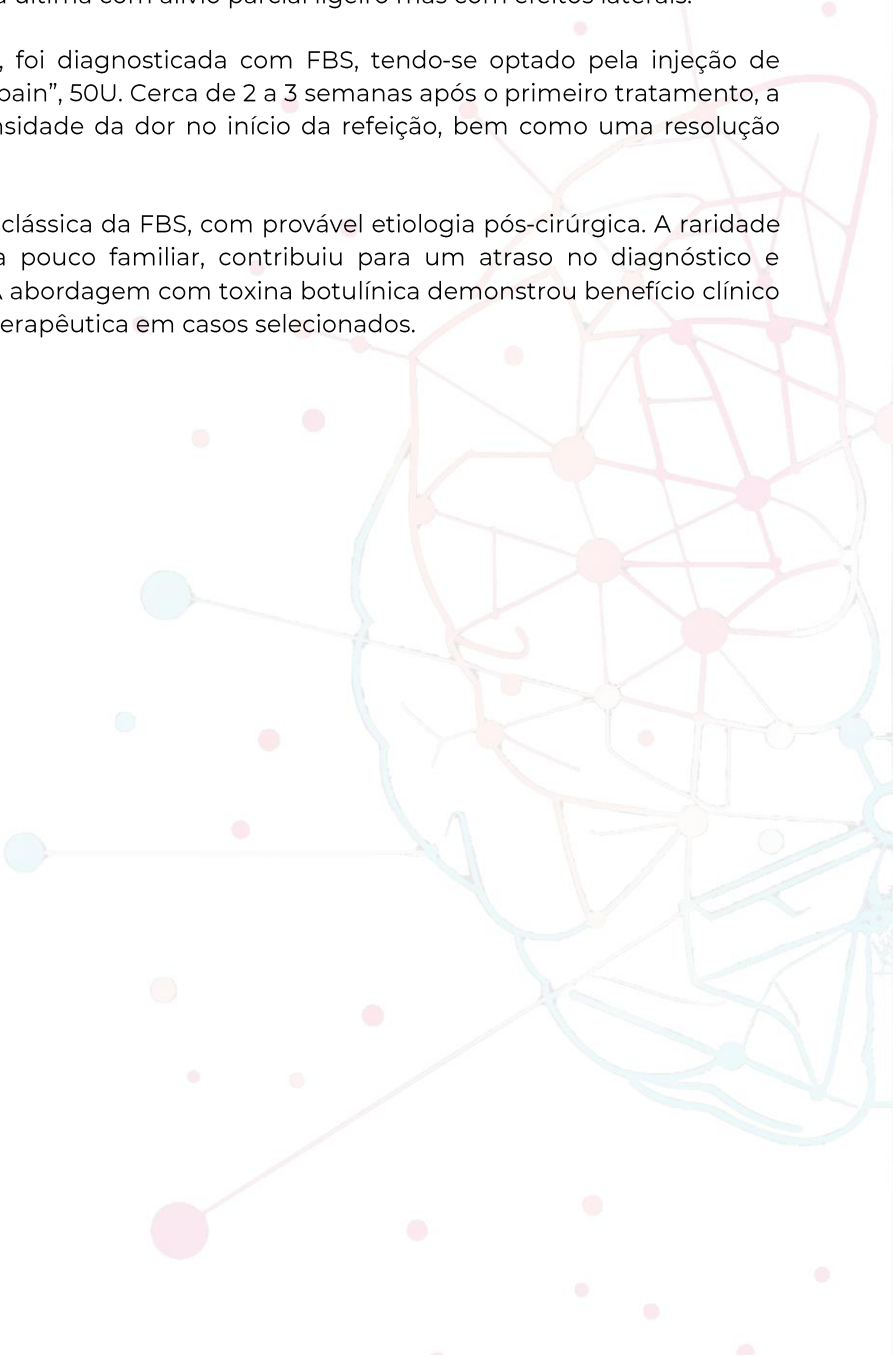
Introdução: A First bite syndrome (FBS) é uma causa rara de dor facial, geralmente associada a cirurgia na região cervical ou parotídea. Caracteriza-se por dor intensa no início da refeição, que melhora com a continuação da mastigação. Apresenta-se o caso de uma doente com FBS com boa resposta à toxina botulínica.

Caso Clínico: Uma mulher de 62 anos, com antecedentes de Schwannoma parafaríngeo direito submetido a ressecção cirúrgica há 4 anos e complicado com Síndrome de Horner ipsilateral, foi encaminhada para a Consulta de Neurologia-Dor por algia facial refratária. Após a cirurgia, iniciou um quadro de dor em choque na região mandibular direita, de intensidade máxima no início da refeição, quando dava a primeira dentada na comida. À medida que ia continuando a refeição, a dor ficava progressivamente mais tolerável, sendo que no final já havia desaparecido. Não identificava outros precipitantes para a dor nem outros sintomas associados.

Procurou várias especialidades como Otorrinolaringologia, Estomatologia e Neurologia. Inicialmente foi medicada com carbamazepina; por efeitos secundários e ausência de benefício, acabou por suspender. Foi-lhe também sugerida a duloxetina e a pregabalina, a última com alívio parcial ligeiro mas com efeitos laterais.

Após avaliação na consulta de Neurologia-Dor, foi diagnosticada com FBS, tendo-se optado pela injeção de toxina botulínica na região afetada - "follow the pain", 50U. Cerca de 2 a 3 semanas após o primeiro tratamento, a doente reportou melhoria significativa da intensidade da dor no início da refeição, bem como uma resolução mais rápida da mesma.

Conclusão: Este caso ilustra uma apresentação clássica da FBS, com provável etiologia pós-cirúrgica. A raridade da entidade, aliada à sua apresentação clínica pouco familiar, contribuiu para um atraso no diagnóstico e múltiplas tentativas terapêuticas sem sucesso. A abordagem com toxina botulínica demonstrou benefício clínico claro, sublinhando o seu potencial como opção terapêutica em casos selecionados.



CC-25 - CEFALeia EM SALVAS CRÓNICA REFRACTÁRIA: UMA NOVA OPÇÃO EM FIM DE LINHA.

Tomás Andrade Martins¹; João Miguel Oliveira¹; Liliana Pereira¹; Miguel Rodrigues¹

1 - Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, Almada

Introdução: A cefaleia em salvas é a mais comum das cefaleias trigeminoautónómicas e extremamente incapacitante. A prevalência da cefaleia em salvas crónica refratária é desconhecida, e perante a falência de terapêuticas preventivas urge encontrar alternativas.

Caso Clínico: Mulher, 54 anos, com hipertensão arterial medicada e controlada. Inicia aos 46 anos quadro de dor facial tipo pontada, muito intensa (10/10), iniciando-se na narina esquerda, com irradiação retro-ocular e frontal ipsilateral, acordando-a cerca das 2 horas, com sinais autonómicos oculares ipsilaterais e agitação, que permanece entre 1 a 2 horas. Foram excluídas causas secundárias. Foi por diversas vezes excluída enxaqueca comórbida. Como terapêutica aguda usa zolmitriptano 5mg po, sumatriptano 6mg sc e oxigenoterapia com efeito moderado. Como terapêutica preventiva, já utilizou prednisolona e bloqueio do nervo grande occipital em exacerbações, e posteriormente dose terapêutica e por tempo adequado de verapamilo, isolado e associado a topiramato e *lítio*, em diversas posologias, tendo mantido um perfil de resistência terapêutica, com raros períodos sem dor. A permanência do perfil das cefaleias resistente a terapêutica otimizada levou à adição de toxina botulínica segundo protocolo PREEMPT, com resposta apenas parcial. Considerava-se referenciação para estratégia de neuromodulação invasiva, por frequência de até seis episódios por dia, quando em janeiro de 2025 foi proposta a utilização off-label de atogepant 60mg, tendo a doente respondido com uma redução de cerca de 90% das crises até à data (máximo uma por semana), apresentando como efeito adverso a presença de anorexia e obstipação, sintomas, segundo a doente, toleráveis relativamente ao ganho funcional e ausência de dor.

Conclusões: O tratamento da cefaleia em salvas crónica refratária é um desafio, por ser altamente disfuncional para o doente. Embora outras terapêuticas dirigidas ao CGRP não tenham demonstrado seguro benefício em ensaios clínicos, especialmente nas formas crónicas, podem ainda vir a fazer parte das alternativas terapêuticas.



CC-26 - BACK TO BASICS: CONCEITOS ANTIGOS, NOVIDADES IMPORTANTES

Sandra Palma¹; Teresa Santana¹; Alyne Cordeiro¹; Augusto Rachão¹

1 - Unidade Local de Saúde Almada-Seixal

INTRODUÇÃO: O mecanismo fisiopatológico da aura de enxaqueca não está totalmente esclarecido, sendo que, durante décadas, foi atribuído a um fenómeno de depressão cortical alastrante (DCA), em que uma onda de despolarização se propagaria pelo córtex cerebral, seguindo-se uma hipoperfusão cortical transitória. Este mecanismo não seria, contudo, específico desta condição. Recentemente a DCA foi demonstrada pela primeira vez durante uma enxaqueca com aura, com recurso a registo electrofisiológico estereotáxico intracraniano.

CASO CLÍNICO: Apresenta-se o caso de mulher de 56 anos encaminhada a consulta de Neurologia por episódios paroxísticos de dormência do hemicorpo direito, com cerca de 30 minutos de duração, a que se seguia cefaleia bifrontal, pulsátil, de intensidade moderada/grave, associada a fonofobia e fotofobia, com duração de 1-2 dias. No entanto, em algumas ocasiões, esta cefaleia era precedida por alteração do campo visual, do tipo “espectro de fortificação”, a que se sucedia a dormência referida, e posterior hemiparésia direita. A doente negava história familiar de enxaqueca, doença neurológica ou outros sintomas neurológicos. Foi realizada RM encefálica e eletroencefalograma, ambos sem alterações, e estudo genético de enxaqueca hemiplégica, que foi negativo. Foi estabelecido diagnóstico de enxaqueca com aura multimodal (visual, sensitiva e hemiplégica), com fenómeno de DCA. A doente atingiu controlo sintomático com terapêutica SOS e Amitriptilina, como fármaco preventivo.

CONCLUSÃO: A complexidade da aura de enxaqueca, sobretudo quando multimodal, com uma semiologia heterogénea, tornam desafiante o seu reconhecimento e diagnóstico diferencial. Este caso ilustra o mecanismo de DCA, finalmente demonstrado neurofisiologicamente. Apesar de tal poder ocorrer, este caso destaca-se ainda pela dispersão topográfica da DCA, cruzando o sulco central, e condicionando sintomas motores de aura. A evidência neurofisiológica recente de um caso de DCA e a atipia do caso apresentado reforçam a importância de revisitar conceitos antigos e de os integrar no diagnóstico diferencial de outras patologias mais frequentes.



CC-27 - ENXAQUECA COM AURA DO TRONCO CEREBRAL - UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE UMA ENTIDADE RARA

Beatriz Moutinho¹; Ricardo Soares-Dos-Reis^{1,2}; Andreia Costa^{1,2}

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

Introdução: A enxaqueca com aura do tronco cerebral (EATC) é uma entidade rara que se estima que afete cerca de 0.04% da população e cuja existência e critérios diagnósticos continuam em debate. Segundo a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3), para o seu diagnóstico é necessária a presença de pelo menos 2 sintomas de aura atribuível ao tronco cerebral, totalmente reversíveis, e a ausência de sintomas motores e retinianos. Apesar da benignidade dos exames complementares, o reconhecimento precoce é essencial dada a sua natureza incapacitante e de modo a evitar uma sobreprocura dos cuidados de saúde.

Caso clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos com história de enxaqueca com aura visual desde os 20 anos. A partir dos 40 anos passou a apresentar também, além dos episódios habituais, episódios com frequência mensal e mais duradouros de cefaleia holocraniana em moedeira, de intensidade 8/10, com fotofobia e náuseas, precedidos por zumbido contínuo ("como um mar bravo") ao qual se segue hipoacusia bilateral assimétrica. Alguns destes episódios são também acompanhados por vertigem, visão turva e diplopia. Os sintomas evoluem em sequência e resolvem-se progressivamente pela mesma ordem pela qual surgiram, no decorrer de vários dias, perturbando significativamente as atividades de vida diária.

A doente procurou diversas especialidades, realizou múltiplos exames, incluindo ressonância magnética cerebral (sem alterações de relevo) e avaliação otorrinolaringológica com audiograma. Foi documentada hipoacusia bilateral moderada durante os episódios com reversão total após a resolução dos sintomas.

O diagnóstico de EATC foi assumido com base na recorrência, reversibilidade dos sintomas e ausência de lesões estruturais.

Conclusão: Este caso reforça a importância do reconhecimento da EATC enquanto diagnóstico clínico, permitindo evitar atrasos no diagnóstico e na terapêutica, contribuindo ainda para a melhor caracterização desta entidade e para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

