

Cefaléias Inusitadas Primárias Reconhecidas pela Sociedade Internacional de Cefaléias. Revisão breve.

Primary Unusual Headaches Recognized by the
International Headache Society. Brief review.

Péricles Maranhão-Filho¹, M.D., Ph.D.
Maurice B. Vincent², M.D., Ph.D.

Resumo

As cefaléias são dores que assumem características clínicas, genéticas, fisiopatológicas e terapêuticas que as distinguem fundamentalmente das demais dores do ser humano. Dividem-se entre dores primárias – as mais frequentes – e secundárias, de acordo com a presença ou não de desordens causadoras subjacentes.

Nesta revisão salientamos os principais aspectos das cefaléias raras listadas pela Classificação Internacional das Cefaléias e que incluem: a Hemicrania paroxística, SUNCT/SUNA, Cefaléia primária em facadas, Cefaléia primária da tosse, Cefaléia primária do exercício, Cefaléia primária associada à atividade sexual, Cefaléia hipócnica, Cefaléia em trovoadas, Hemicrania contínua e a Cefaléia nova diária e persistente. O diagnóstico depende da colheita de uma história cuidadosa e atenta, posto que reside no quadro clínico a chave para o diagnóstico diferencial.

palavras-chave: cefaléias primárias, cefaléias trigêmino-autonômicas.

Abstract

Headaches are conditions fundamentally distinct from pain elsewhere due to clinical, genetic, pathophysiological and therapeutic reasons. They are first and foremost divided into primary - much more common - and secondary diseases according to the presence of underlying causes. In this short review, we highlight the most characteristic of the relatively rare primary headaches listed in the HIS classification of Headache Disorders, including Paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, Primary stabbing headache, Primary cough headache, Primary exertional headache, Primary sexual headache, Hypnic headache, Primary thunderclap headache, Hemicrania continua and New daily persistent headache. Diagnosis depends on a comprehensive case history, as the clue for differentiation among such conditions reside on clinical grounds.

keywords: primary headaches, trigeminal-autonomic cephalalgias

¹ Departamento de Neurologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil e Departamento de Neurocirurgia, Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. ² Departamento de Neurologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil e Assistant in Neuroscience. A. Martinos Center for Biomedical Imaging, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Charlestown, Massachusetts, United States of America.

Introdução

Ainda no século II, o enxaquecoso Aretaeus da Cappadocia idealizou a mais antiga classificação compreensiva das cefaléias (dores fracas, pouco frequentes e de duração limitada; dores mais fortes, duradouras e difíceis de tratar; e uma terceira variedade a qual denominou de “heterocrania” – dor de um lado da cabeça)²⁰. Considerou, portanto, ainda naquela época, diferenças quanto à duração, local e intensidade das dores de cabeça. Como seus mecanismos permanecem obscuros, desde então, os aspectos clínicos, e não etiopatogênicos, compõem os alicerces das classificações das cefaléias^{1,15,16}.

Na última edição da *International Headache Society Classification of Headache*

Disorders-II (ICHD-II) 2004¹⁶, as cefaléias primárias foram subdivididas em 4 grupos. As dos grupos 1 e 2 (Enxaquecas e Cefaléias do tipo-tensão respectivamente), são por demais frequentes^{18,28}. Dentre as cefaléias do grupo 3 (Cefaléia em salvas e outras Cefaléias trigêmino-autonômicas – CTA's) (Tabela 1), a Cefaléia em salvas não é tão rara, mas as Cefaléias trigêmino-autonômicas (hemicrania paroxística episódica (e crônica) e a SUNCT), são bem mais raras⁸. As cefaléias do Grupo 4 (Outras Cefaléias Primárias) (TABELA 2), no qual se incluem 8 tipos, exceto pela cefaléia em pontadas primária (4.1), todas as demais são muito raras.

Neste artigo ressaltamos os aspectos clínicos e terapêuticos das raras cefaléias primárias que compõem os Grupos 3 e 4 da ICHD-II.

Tabela 1. Cefaléias do grupo 3 [Mod. de 16]

3.1 Cefaléia em salvas.
3.2 Hemicrania paroxística
3.3 Cefaléia neuralgiforme unilateral de curta-duração com injeção conjuntival e lacrimejamento (SUNCT)
3.4 Cefaléia trigêmino-autonômica provável.

Hemicrania paroxística (*Paroxysmal hemicrania. ICHD-II:3.2*)

A hemicrania paroxística (HP) é uma condição muito rara (prevalência de 0,021%). Até 2006 constavam apenas 80 casos bem documentados na literatura³⁰.

Clinicamente inicia-se, sobretudo na terceira década, e predomina nas mulheres, com crises de dor intensa nas regiões orbital, supraorbital, frontal ou temporal. A frequência que pode variar de 2 a 40 crises por dia,

com duração de 1 a 30 minutos^{5,25}. Associam-se sintomas oculares e faciais autonômicos concomitantes caracterizados por: injeção conjuntival, rinorréia, ptose palpebral, lacrimejamento e edema palpebral. Cerca de 20% dos pacientes apresenta a forma episódica, que é reconhecida pelos paroxismos, cada um deles com duração aproximada de uma semana, separados por remissão de um mês ou mais. Os demais 80% apresentam a forma crônica da HP, nas quais não ocorre remissão pelo período de um ano ou a remissão se mantém por menos que um mês⁵. Este padrão é o oposto ao verificado na Cefaléia em salvas, na qual predomina a forma episódica. A doença foi descrita originalmente como “Hemicrania paroxística crônica, sendo possíveis duas formas clínicas: a forma com remissões, ou pré-CPH, e a forma sem remissões, atualmente denominada Hemicrania paroxística crônica.

O conjunto de sinais e sintomas da HP responde constante, dramática e absolutamente ao emprego da indometacina em doses que variam de 75 mg a mais de 150 mg /dia^{6,25}.

Pouco se sabe a respeito da fisiopatologia da HP. O seio cavernoso foi implicado na fisiopatologia da doença, pois reúnem fibras tanto do nervo trigêmeo quanto autonômicas parassimpáticas. Entretanto, estudos de neuroimagem comprovam o envolvimento de regiões hipotalâmicas posteriores como possível sede da doença, o que também foi verificado com outras cefalalgias trigêmino-autonômicas²².

SUNCT (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing, ICHD-II: 3.3*)

Trata-se de uma forma ainda mais rara de cefaléia primária caracterizada por crises agudas e frequentes de dor relativamente mais leve que a HP (pulsátil ou perfurante) nas regiões: orbital, supraorbital, frontal ou temporal, com duração de 5 a 240 segundos, acompanhada predominantemente por lacrimejamento proeminente e vermelhidão ocular. Podem ocorrer até 200 crises ao dia²⁵. Entre todas as cefaléias do grupo 3, esta é a que apresenta fenômenos autonômicos mais intensos. A média de idade dos acometidos é de 50 anos, embora relatos isolados em pacientes com mais de 85 anos já constem na literatura. Ataques incompletos de SUNCT receberam recentemente a denominação de SUNA (*short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with autonomic symptoms*). Nestes casos, por vezes, a alteração autonômica associada, se resume apenas no

aparecimento de edema do conduto auditivo externo ou leve *flush* periauricular³.

Até recentemente, SUNCT era considerada refratária a qualquer modalidade de tratamento. No entanto respostas favoráveis ao emprego de lamotrigina, gabapentina, carbamazepina ou lidocaína intravenosa já foram descritas⁶. Pensava-se também ser uma forma de dor quase que exclusiva do sexo masculino, mas sabe-se hoje que a mulher é também acometida.

Em virtude da grande quantidade de etiologias¹⁰, vale mencionar que todas as cefaléias trigêmino-autônômicas necessitam de avaliação com neuroimagem³³. No que se refere à fisiopatologia, com algumas diferenças, as TACs apresentam ativação de regiões hipotalâmicas, possivelmente implicadas com os mecanismos de cada uma delas²³.

Tabela 2. Cefaléias do grupo 4 ^[Mod. de 16]

- | |
|--|
| 4.1 Cefaléia primária em facadas |
| 4.2 Cefaléia primária da tosse |
| 4.3 Cefaléia primária do exercício |
| 4.4 Cefaléia primária associada à atividade sexual |
| 4.4.1 Cefaléia pré-orgásmica |
| 4.4.2 Cefaléia orgásmica |
| 4.5 Cefaléia hipócnica |
| 4.6 Cefaléia em trovoadas primária |
| 4.7 Hemicrania contínua |
| 4.8 Cefaléia nova diária e persistente |

Cefaléia primária da tosse (*Primary cough headache, ICHD-II: 4.2*)

Com prevalência de cerca de 1% em toda vida, se trata de uma cefaléia de início súbito, moderadamente intensa, tipicamente desencadeada pela tosse, espirro ou pela manobra de Valsalva³. Predomina no sexo masculino. A dor é bilateral com duração de segundos a menos de 30 minutos. A etiologia ainda não foi elucidada, mas parece ter relação com curtos períodos

de elevação da pressão intracranial. Um exame de ressonância magnética de crânio é necessário para se concluir se esta cefaléia é realmente primária, posto que cerca de 40% dos pacientes com cefaléia da tosse apresentam má formação de Arnold Chiari tipo I, doença vascular carotídea ou vertebral ou então aneurisma, meningiomas da fossa posterior, ou invaginação basilar secundária ou não a doença de Paget^{3,8,32}.

Os casos verdadeiramente primários podem apresentar boa resposta com a utilização profilática de indometacina, com doses que variam de 50 a 200mg/dia, pelo período de seis meses a quatro anos. O emprego de propranolol, acetazolamida, metisergida, naproxeno ou (mais recentemente) topiramato, são opções terapêuticas válidas. A punção lombar com retirada de até 40 ml de líquido cefalorraquidiano já foi descrito como alternativa para a solução do problema²⁹.

A cefaléia do espirro (“esternutódinia” ou “ptarmicalgia”) surge com o espirro, e deve fazer-nos lembrar sempre da malformação de Arnold-Chiari⁴. Um caso de cefaléia induzida pelo espirro descrito em 1999 mostrou tratar-se de pneumoencéfalo¹⁷.

Cefaléia primária do exercício (*Primary exertional headache, ICHD-II:4.3*)

Com prevalência de 1% apenas, é uma cefaléia holocranial, pulsátil, com duração de 5 minutos a 48 horas e associada a qualquer tipo de exercício físico (exceto a tosse, embora estes dois tipos possam co-existir). Curiosamente, alguns pacientes sofrem desencadeamento da dor apenas por um tipo específico de esforço, como jogar football por exemplo (ver adiante), sem que esforços até comparativamente mais intensos associados a outro esporte provoquem qualquer tipo de cefaléia. Afeta mais homens de meia idade, ocorre mais facilmente em climas quentes ou em locais de altitude elevada, e perdura por alguns anos. Na ocorrência da primeira crise é mandatório investigar a possibilidade de hemorragia subaracnóide ou dissecação

Nota:

Hipotensão Intracranial Espontânea (HIE) é uma síndrome incomum, mas que vem sendo cada vez mais diagnosticada. Cefaléia ortostática reconhecida pela HIS (ICHD-II: 7.2.3), com sinais típicos à ressonância magnética são a chave do diagnóstico¹¹. HIE foi primeiro descrita por Schaltenbrand em 1938, e vem sendo considerada causa cada vez mais frequente de Cefaléia nova diária e persistente. Pode resultar de uma hérnia de disco, traumas, exercício físico rigoroso, atividade sexual, tosse ou espirro violento. A dor surge principalmente com a posição ortostática e pode vir acompanhada de vertigem, zumbidos, diplopia (paresia do músculo abducente), hipoacusia e diminuição da acuidade visual. O tratamento pode ser conservador (repouso e hidratação), ou invasivo (*blood patch*) ou infusão peridural de sangue total autólogo ou ainda cirurgia visando obstrução de fístula liquórica).

arterial¹⁶. A angiografia por ressonância deve ser realizada para afastar a possibilidade de Síndrome de Vasoconstrição Cerebral Reversível (RCVS ou Síndrome de Call-Fleming). Aqui também a indometacina ou os betabloqueadores são indicados como profiláticos.

Cefaléia primária associada à atividade sexual (*Headache associated with sexual activity: preorgasmic and orgasmic, ICHD-II:4.4*)

Tipo 1: Pré orgásmica

Tipo 2: Orgásmica

Embora conhecida desde os tempos hipocráticos, segundo Østergaard e Kraft, foi Kriz, em 1970, quem formalmente descreveu pela primeira vez a cefaléia copulogênica reunindo 24 casos sem afecções orgânicas²⁶, outros relatos se seguiram²¹, sendo cerca de 110 o número de casos relatados em 1991².

Antigamente chamada de cefaléia sexual benigna, cefaléia coital, orgásmica, copulogênica ou cefaléia sexual, a cefaléia primária associada à atividade sexual (CAS) é considerada uma cefaléia rara. Embora não se conheça dados a respeito de sua prevalência, supõem-se que a prevalência de toda vida seja de 1% (semelhante à prevalência da cefaléia benigna da tosse)¹². CAS predomina nos homens (3-4:1), e ocorre principalmente em duas épocas – entre 20 e 24 anos, e entre 30 e 40 anos de idade. A dor pode se apresentar tanto no ato sexual acompanhado (94%) quanto solitário (35%). Atividade sexual extraconjugal assim como “hábitos sexuais especiais” pode funcionar como precipitantes.

Fenotipicamente a dor se apresenta de duas formas. No tipo 1 (pré-orgásmica) é pesada, bilateral, e considera-se que esteja esta relacionada com contração

muscular. Começa com dor fraca e vai aumentando à medida que aumenta a excitação sexual chegando atingir o ápice no orgasmo. Neste tipo, em 73% dos casos a dor termina ao término da atividade sexual. A CAS tipo 2, ocorre no exato momento ou logo após o orgasmo. É bem mais forte na intensidade podendo ser explosiva, e mais duradoura. Somente em 30% dos casos desaparece ao final do ato sexual¹². Esta, deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial de sangramento por rotura de aneurisma intracerebral. Tradicionalmente medicação betabloqueadora é indicada como profilático nesta tão desagradável – e um tanto injusta – situação.

Cefaléia hipócnica (*Hipnic headache, ICHD-II:4.5*)

A cefaléia hipócnica (CH) outrora denominada “cefaléia do despertador”, apresenta como principais características acometer pacientes com mais de 50 anos, despertando-os do sono, pouco tempo após o adormecer. Com prevalência de 0,07%, até 2003 apenas 70 casos constavam na literatura⁶. A dor é habitualmente de intensidade fraca ou moderada, bilateral (2/3 dos casos), e “pesada” em 20% dos casos. Geralmente acorda o paciente entre 1h e 3h da manhã, e perdura de 15 a 180 minutos. As crises podem variar de uma vez por semana até seis vezes por noite. Diferente da cefaléia em salvas, que também tem predomínio noturno, na CH a dor não respeita unilateralidade (apenas 36% dos casos), não é tão intensa, e nem rica em concomitantes autonômicos. Além disso, predomina nas fases iniciais do sono, o que não acontece menos marcadamente na CS. O lítio e a cafeína antes de deitar constituem opções terapêuticas - nem sempre eficazes, contudo. Flunarizina, verapamil e indometacina também podem ser utilizadas como formas de tratamento^{3,6}.

Notas:

- 1 Em 1974, os americanos George Paulson e Harold Klawans estudaram 14 pacientes que apresentavam cefaléia relacionada ao ato sexual. Três deles (dois homens e uma mulher) apresentavam cefaléia invariavelmente ao se levantar (após o coito), e melhoravam ao assumir a posição supina. Em dois deles, ao ser aferida a pressão líquórica esta se mostrou baixa. O terceiro caso, embora com dor de dinâmica semelhante à dos outros dois – desencadeada ao se levantar – a pressão líquórica não pode ser aferida. Os autores reputaram tratar-se de cefaléia secundária à hipotensão líquórica com características idênticas aquela observada em pacientes com cefaléia pós-punção lombar, só que desta feita devido à ocorrência de fistula(s) oriundas do “estresse” do coito²⁷.

Influenciada principalmente por este artigo, a IHS consignou na Classificação de 1988¹⁵, o terceiro tipo de cefaléia sexual, devido à hipotensão líquórica. Porém, após a Revisão da Classificação realizada em 2004¹⁶, esse tipo de cefaléia (pós-coito), passou a fazer parte do grupo 7.2.3 (IHS 2004) Cefaléia atribuída hipotensão líquórica espontânea (ou idiopática), e não mais constar no grupo das cefaléias primárias associadas à atividade sexual.

- 2 Couch e Bears estudando um grupo de 82 mulheres casadas com idades entre 18 – 50 anos, evidenciaram que 57 (69.5%) tinham relação sexual durante crises de enxaqueca ou de cefaléia tipo-tensão. Vinte e sete delas (47%), apresentavam algum tipo de alívio após o intercurso sexual. Dez destas observavam alívio somente se o coito ocorresse durante a fase da aura ou na fase inicial da dor, e as outras quatro afirmaram que o ato sexual era efetivo para promover alívio da dor em qualquer fase da crise enxaquecosa. Estes resultados vieram corroborar com os resultados de um estudo prévio dos mesmos autores, no qual 21% das mulheres apresentavam alívio da dor de cabeça com o coito, enquanto apenas 5% pioravam da dor⁷.

Cefaléia em trovoada primária (*Primary thunderclap headache, ICHD-II:4.6*)

A cefaléia em trovoada primária (CTP), é um tipo raro de cefaléia (43 por 100 000 pacientes), caracterizada por um início super-agudo – menos de 30 segundos – de violenta cefaléia, que pode perdurar de 1h até 10 dias.

A CTP assemelha-se às formas secundárias, o que obriga a investigação diagnóstica com exames complementares. Alguns autores consideram que a CTP nada mais é do que a forma secundária sem que se tivesse ainda descoberto a causa³⁰.

Hemorragia subaracnóide é a etiologia mais freqüente da cefaléia em trovoada secundária, embora outras causas também possam desencadeá-la: dissecação de artéria carótida, apoplexia pituitária, trombose de seios venosos, hipotensão intracranial idiopática, cisto colóide do III ventrículo e aneurisma do sistema nervoso central^{11,13}.

A Síndrome de Vasoconstricção Cerebral Reversível (RCVS), uma condição subdiagnosticada, é das causas mais frequentes de cefaléia em trovoada. A dor é intensa, bilateral, atinge o ápice em menos de um minuto e tende a começar na região posterior. Cefaléias em trovoada recorrentes são praticamente patognomônicas de RCVS. Oitenta por cento dos pacientes refere algum desencadeante, como exercício, sexo, evacuação, emoções, tosse, espirro ou banho, entre outros. A cefaléia pode vir acompanhada de sinais neurológicos focais ou crises convulsivas. A angiografia mostra contrações segmentares das artérias intracerebrais. Mulheres são ligeiramente mais acometidas, sendo de 60% dos casos são secundários. A cefaléia é muito intensa e tende a melhorar com nimodipina⁹.

Lu et al.¹⁹ utilizaram este medicamento (30 a 60 mg oral a cada 4 horas ou então, 0,5 a 2 mg/h EV) em 11 pacientes com CTP, com ou sem evidência de vasoespasmos. A nimodipina via oral se mostrou efetiva, pois a cefaléia não retornou, em nove dos pacientes que evidenciavam vasoespasmos.

Hemicrania contínua (*Hemicrania continua, ICDH-II:4.7*)

Descrita por Ottar Sjaastad et al. em 1984, a hemicrania contínua (HC) é uma cefaléia primária e incomum, ou talvez pouco reconhecida e diagnosticada³¹. Até 2006

havia o relato de apenas 100 casos na literatura. A relativa abundância de pacientes, porém, restringe a publicação de casos isolados.

Trata-se de dor persistente unilateral, tipicamente contínua, embora possa ser intermitente, moderada ou intensa, com possíveis exacerbações, que duram de 20 minutos a dias, sobrepostas à dor basal persistente³⁰. A dor pode estar presente durante dia ou durante a noite interrompendo o ritmo do sono⁶. A ICHD-II considera que deve fazer parte dos critérios diagnósticos: a unilateralidade da dor; as exacerbações; a presença de pelo menos um fenômeno autonômico (injeção conjuntival e/ou lacrimejamento, congestão nasal e/ou rinorréia, ptose palpebral e/ou miose) que geralmente são muito leves e por isso negligenciados; e resposta absoluta ao emprego da indometacina^{13,16}.

Estudos realizados com PET em sete pacientes com HC mostraram haver ativação significativa das regiões: hipotalâmica posterior contralateral e pontina dorsal ipsilateral. Estas áreas, já sabemos, também se ativam na enxaqueca (pontina dorsal) e nas TACs (hipotalâmica posterior), sustentando assim a hipótese de haver relações fenotípicas e patofisiológicas entre HC e estes dois grupos de cefaléias primárias²⁴.

A HC é uma das cefaléias que responde completamente ao emprego terapêutico de indometacina. O diagnóstico não deve ser cogitado na ausência de resposta a este remédio.

Cefaléia nova diária e persistente e diária (NCPD) - (ICHD-II:4.8)

Trata-se de cefaléia diária que não remite por até 3 meses. Sua principal característica é ser contínua a partir do primeiro momento e nunca mais remitir. A dor tipicamente é bilateral, em pressão ou peso, de intensidade leve a moderada, e que pode estar associada à náusea, fotofobia e fofobia^{13,16}. Em geral o tratamento é difícil, não respondendo a profiláticos habituais como antidepressivos tricíclicos. Caracteristicamente o(a) sofredor(Ra), lembra exatamente o dia e a ocasião quando a dor teve início. O subcomitê que estudou a NCPD na classificação da IHS 2004 aconselha que mais estudos sejam realizados no sentido de se comparar e caracterizar clinicamente e fisiopatologicamente a NCPD e a cefaléia de tipo-tensão crônica¹⁶.

Nota:

A pesar de reconhecidas pela ICHD-II¹⁶; a cefaléia em facadas primária (*primar stabbing headache, ice-pick-like pains, or jabs and jolts syndrome (ICHD-II:4.1)*), e a cefaléia atribuída à ingestão ou inalação de um estímulo frio (cefaléia do sorvete – *Ice-cream headache (ICHD-II:13.11.2)*), não serão aqui abordadas devido à alta freqüência com que se apresentam na população em geral.

Conclusões

Ao longo do tempo, as classificações das cefaléias foram elaboradas considerando-se os aspectos clínicos e não etiopatogênicos das dores de cabeça. As cefaléias dos grupos 1 e 2 da Classificação da *International Headache Society (ICHD-II)* são significativamente mais frequentes que todas as demais cefaléias que compõem a classificação. As cefaléias do grupo 3, apesar de estereotípicas, por se apresentarem com dor no território trigeminal associada a alterações autonômicas exuberantes, nos obrigam sempre investigá-las com exames de imagem. As cefaléias do grupo 4, são quase todas inusitadas, e compõem um conjunto heterogêneo de dores de cabeça. Conhecer os aspectos clínicos destas formas raras de cefaléia contribui para elevar o grau de suspeição diagnóstica, economiza tempo, e desonera financeiramente seus sofredores por resumir eventual investigação diagnóstica. Além disso, possibilita melhor qualidade de vida, pois muitas destas cefaléias são passíveis de apresentar boa resposta à profilaxia adequada.

Referências

1. Ad Hoc Committee. J.A.M.A. 1962;179:717.
2. Akpunonu BE, Ahrens J. Sexual headaches: case report, review, and treatment with calcium blocker. *Headache* 1991;31:141-145.
3. Boes CJ, Matharu MS., Goadsby PJ. Benign cough headache. *Cephalalgia* 2002; 22:772-779.
4. Buzzi MG, Formisano R, Colonnese C, Pierelli F. Chiari-associated exertional, cough, and sneeze headache responsive to medical therapy. *Headache*. 2003;43(4):404-406.
5. Cittadini E, Matharu MS. Symptomatic Trigeminal Autonomic Cephalalgias. *The Neurologist* 2009;15:305-312.
6. Cohen AS., Kaube H. Rare nocturnal headaches. *Curr Opin Neurol* 2004, 17:295-299.
7. Couch J., Bears C. Relief of Migraine with Sexual Intercourse. *Headache* 1990;30(5):301.
8. Davenport R. Headache. *Pract Neurol* 2008;8:335-343.
9. Ducros A, Boussier MG. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Pract Neurol*. 2009;9(5):256-67.
10. Favier I., et al. Trigeminal autonomic cephalgias due to structural lesions: a review of 31 cases. *Arch Neurol*. 2007;64(1):25-31.
11. Ferrante E, Savino A. Thunderclap headache caused by spontaneous intracranial hypotension. *Neurol Sci* 2005; 26 (Suppl 2):s155-s157.
12. Frese A., Eikermann A. Frese K. Headache associated with sexual activity: demography, clinical features, and comorbidity. *Neurology* 2003;61:796-800.
13. Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalalgias: fancy term or constructive change to the IHS classification? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:301-305.
14. Haritanti A., et al. Spontaneous intracranial hypotension. Clinical and neuroimaging findings in six cases with literature review. *Europ J Radiol* 2009;69:253-259.
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
16. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl1):1-160.
17. Kurita et al. A sneezer's headache. *Neurology* 1999;53(3):654.
18. Lipton RB., Bigal ME. Ten Lessons on the Epidemiology of Migraine. *Headache* 2007;47 [Suppl 1]:S2-S9.
19. Lu SR, Liao YC, Fuh JL, et al. Nimodipine for treatment of primary thunderclap headache. *Neurology* 2004; 62:1414-1416.
20. Maranhão-Filho PA., História das Cefaléias In CEFALÉIAS Speciali JG., da Silva W F. Editores. São Paulo, Lemos Editorial. 2002 p.15-33.
21. Martin EA. Headache during sexual intercourse (coital cephalalgia). *J Med Science* 1974;48:342-345.
22. Matharu MS., et al. Posterior hypothalamic activation in paroxysmal hemicrania. *Ann Neurol*. 2006;59(3):535-45.
23. Matharu M., May A. Functional and structural neuroimaging in trigeminal autonomic cephalalgias. *Curr Pain Headache Rep*. 2008;12(2):132-137.
24. Matharu MS, Cohen AS, McGonigle DJ, et al. Posterior hypothalamic and brainstem activation in hemicrania continua. *Headache* 2004;44:747-761.
25. Matharu MS, Cohen AS., Goadsby PJ. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) or cranial autonomic features (SUNA)—a prospective clinical study of SUNCT and SUNA. *Brain* 2006:1-15.
26. Østergaard JR, Kraft M. Benign coital headache. *Cephalalgia* 1992;12:353-354.
27. Paulson GW, Klawans HL. Benign orgasmic cephalalgia. *Headache* 1974;13:181-187.
28. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001;21:774-777.
29. Raskin NH. The cough headache syndrome: treatment. *Neurology* 1995; 45:1784.
30. Sandrinia G., Tassorellia C., Ghiottoa N., Nappi G. Uncommon primary headaches. *Curr Opin Neurol* 2006;19:299-304.
31. Sjaastad O, Spierings EL. "Hemicrania continua": another headache absolutely responsive to indomethacin. *Cephalalgia*. 1984;4(1):65-70.
32. Symonds C. Cough Headache. *Brain* 1956;79:557-568 .
33. Wilbrink LA, et al. Neuroimaging in trigeminal autonomic cephalgias: when, how, and of what? *Curr Opin Neurol*. 2009;22(3):247-253.