



Bloqueios anestésicos para a terapêutica de cefaleias

Scyonara Cordeiro de Carvalho¹, Alex Moreira Souza², Beatriz Colombo Molina³, Caio Marcos Castaldeli Alves de Barros⁴, Geísa Duailibe Jansen de Mello⁵, Gisele Chaves da Silva⁶, Marcos Alexandre Malheiros Sales⁷, Fernando Marques Vieira⁸

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA

RESUMO

Foi realizada uma revisão sistemática com artigos indexados nas bases de dados PubMed e Science Direct, operando um recorte temporal de 10 anos (2014-2024), utilizando os descritores “sphenopalatine ganglion block” AND “headache” OR “headache disorders secondary” AND “treatment”. Os resultados levantados mostram a melhora dos sintomas dos pacientes após a realização de bloqueios anestésicos, bem como o baixo índice de complicações e boa tolerabilidade. Além disso, é importante evidenciar que, por se tratar de técnicas relativamente simples, pode tornar-se uma ferramenta terapêutica muito útil no manejo clínico dos quadros dolorosos de cefaleias.

Palavras-chave: Bloqueio do gânglio esfenopalatino. Cefaleias.

Anesthetic blocks for headache therapy

ABSTRACT

A systematic review was carried out with articles indexed in the PubMed and Science Direct databases, operating over a 10-year time frame (2014-2024), using the descriptors “sphenopalatine ganglion block” AND “headache” OR “headache disorders secondary” AND “treatment”. The results obtained show the improvement in patients' symptoms after performing anesthetic blocks, as well as the low rate of complications and good tolerability. Furthermore, it is important to highlight that, as these techniques are relatively simple, they can become a very useful therapeutic tool in the clinical management of painful headaches.

Keywords: Sphenopalatine ganglion block. Headaches.

Instituição afiliada – ¹Secretaria Municipal de Saúde de São José do Povo/MT, ²Universidade Federal de Santa Catarina, ³Universidade Federal de Santa Catarina, ⁴Universidade de Cuiabá, ⁵Universidade Ceuma, ⁶Universidade Ceuma, ⁷Universidade Federal de Santa Catarina, ⁸Clínica Vandí.
Dados da publicação: Artigo recebido em 22 de Abril e publicado em 12 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p869-876>

Autor correspondente: Scyonara Cordeiro de Carvalho scyonara@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A cefaleia é um sintoma muito frequente na população em geral. É caracterizada pela dor na região da cabeça que pode apresentar-se de diferentes tipos e intensidades, podendo ainda estar acompanhada de outros sintomas associados. Considerando as manifestações clínicas mais comuns, é possível classificá-las de acordo com sua relação etiológica, modo de instalação, intensidade e periodização, sendo assim divididas em primárias e secundárias¹.

As cefaleias primárias são manifestações clínicas cuja etiologia ainda não está totalmente esclarecida, mas estão intimamente ligadas com alguma desordem neurovascular do sistema nervoso central, sendo as mais comuns a migrânea, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas².

A migrânea (enxaqueca), é caracterizada por crises recorrentes de forte intensidade, unilateral, pulsátil, além de sintomas associados. A cefaleia do tipo tensional, é a mais frequente das cefaleias primárias, com crises de fraca ou moderada intensidade e sensação de pressão holocraniana, e, na maioria das vezes, é bilateral. Já a cefaleia em salvas, se refere à cefaleia trigêmeo-autônômica mais frequente, principalmente no sexo masculino, com uma apresentação de dor unilateral associada à lacrimação e congestão nasal³.

Para ser considerada como cefaleia secundária, esse tipo de sintoma deve estar acompanhado de outros achados clínicos que indiquem que a dor é decorrente de alguma patologia estrutural ou metabólica, havendo a necessidade de resolver a desordem de base para controle da dor⁴.

Atualmente, existem diversos tratamentos para as cefaleias, como acetaminofeno, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), triptanos, cafeína, antieméticos e até mesmo oxigenoterapia para pacientes com cefaleias em salvas. Entretanto, em alguns casos, esses medicamentos tornam-se ineficientes⁵.

A refratariedade no tratamento das cefaleias é considerada quando não há resposta a mais de uma classe terapêutica, recomendada para o tratamento abortivo da dor¹.

O gânglio esfenopalatino (GEP) é um conjunto de corpos celulares de neurônios

ricos em conexões sensitivas e autonômicas. O GEP está conectado ao tronco encefálico e às meninges pelo nervo trigêmeo, que é o principal nervo envolvido nos distúrbios de dor de cabeça. Está localizado entre o osso esfenóide e a maxila, com acesso direto e fácil através da cavidade nasal, estando o GEP comumente envolvido em cefaleias juntamente com episódios de dores faciais⁶.

Para o bloqueio, utiliza-se anestésicos locais, sendo uma técnica fácil e pouco invasiva. A técnica consiste na colocação de um “cotonete” embebido de solução anestésica (lidocaína 4% ou outros) na região posterior da fossa nasal, próximo ao gânglio⁷. Por isso, o bloqueio do GEP é visto como uma opção terapêutica viável para cefaleias de difícil tratamento⁸. Objetiva-se com o presente estudo levantar os resultados farmacológicos ao uso do BEP e outros gânglios / nervos do sistema nervoso periférico no tratamento de cefaleias.

METODOLOGIA

A revisão sistemática na literatura é de natureza básica, exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa e procedimento bibliográfico retrospectivo. A busca dos artigos foi feita no mês de maio de 2024, utilizando as bases de dados eletrônicas *PubMed* e *Science Direct*. Para a pesquisa nas bases de dados utilizaram-se os descritores “sphenopalatine ganglion block” AND “headache” OR “headache disorders secondary” AND “treatment”.

Foram utilizados artigos dos últimos dez anos (2014-2024). A busca considerou apenas artigos publicados na Língua Inglesa. Além deste, foi incluído o filtro relativo ao tipo de pesquisa, sendo incluídos estudos clínicos, relato de caso, estudo observacional, estudo retrospectivo, estudo prospectivo randomizado simples-cego. Foram excluídos do estudo, artigos de pesquisa *in vitro* e em animais, capítulos de livros, teses, dissertações, anais de congressos, revisões de literatura e correspondências.

RESULTADOS

A partir do proposto no método, foi possível identificar que o bloqueio do GEP é reconhecido como uma alternativa de intervenção eficaz em situações de enxaqueca

crônica⁷. Em outro estudo, Kent⁹ avaliou o uso do bloqueio do GEP com spray de lidocaína em pacientes obstétricas com cefaleia pós-punção dural. Eles também observaram uma redução importante na intensidade da dor de cabeça e uma melhora nos sintomas após o bloqueio. Além disso, a maioria dos pacientes relatou satisfação com o procedimento e uma recuperação mais rápida.

Essa abordagem minimamente invasiva pode proporcionar um alívio rápido e efetivo da dor de cabeça, melhorando a qualidade de vida das pacientes e acelerando sua recuperação pós-parto⁹.

Um estudo comparativo em que mostrou que tanto o bloqueio do gânglio occipital maior quanto o bloqueio do gânglio esfenopalatino foram eficazes no alívio da dor de cabeça. Houve uma diminuição significativa nos escores de dor de cabeça em ambas as posições (supina e sentada) 30 minutos após os bloqueios e ao longo do período de acompanhamento em ambos os grupos. Os resultados deste estudo comparativo sugerem que tanto o bloqueio do gânglio occipital maior, quanto o bloqueio do gânglio esfenopalatino, são eficazes no alívio da dor de cabeça, rigidez do pescoço e náuseas¹⁰.

Apesar de haver muitas dúvidas sobre as alterações benéficas dos bloqueios nos pacientes com queixas álgicas, já foram identificados resultados em que indicam que o bloqueio do gânglio esfenopalatino e do gânglio occipital maior estão associados a alterações significativas nos parâmetros hemodinâmicos, incluindo o índice de pulsatilidade e a velocidade média de fluxo. Essas modificações sugerem uma melhoria na perfusão sanguínea após o bloqueio, o que pode estar relacionado ao alívio da dor e dos sintomas em pacientes submetidos a esse tipo procedimento⁸.

Através das buscas na literatura disponível foi possível evidenciar eficácia do Bloqueio Nervoso Periférico como tratamento de primeira linha para cefaleia pós-punção dural (CPPD), com melhora estatisticamente significativa nos escores de dor. A realização de uma segunda série de bloqueios com Bloqueio de Nervo Periférico (PNB) também mostrou benefícios adicionais. Esses resultados destacam a importância da seleção cuidadosa do tratamento e da consideração de opções alternativas para pacientes que não respondem ao PNB¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados na maioria dos estudos ressaltam a necessidade de uma abordagem terapêutica alternativa, que possibilita a redução ou melhora global dos sintomas, seja em substituição ou em conjunto às terapias existentes. Foi observado a eficácia do bloqueio esfenopalatino, especialmente em pacientes admitidos à intervenção anestésica por meio da punção dural. Outro sim, uma segunda série de bloqueios também trouxe benefícios adicionais. Entretanto, mais estudos são importantes para melhor entendimento desses efeitos.

REFERÊNCIAS

- [1] Bordini CA, Roesler C, Carvalho D de S, Macedo DDP, Piovesan É, Melhado EM, et al. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. *Arq Neuropsiquiatr* 2016; 74:262–71. <https://doi.org/10.1590/0004-282X2015021>.
- [2] Sousa AB de, Sousa CFN de, Fonseca ME, Rocha PKG. O tratamento da enxaqueca crônica com Erenumab. *Res., Soc. Dev.* 2023;12(5): e5712541265–e5712541265. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41265/33690>
- [3] Robbins MS, Starling AJ, Pringsheim TM, Becker WJ, Schwedt TJ. Treatment of Cluster Headache: The American Headache Society Evidence-Based Guidelines. *J Headache Pain* 2016 Jul 1;56(7):1093–106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27432623>
- [4] Speciali J, Kowacs F, Jurno M, Silvestre Bruscky I, Freitas De Carvalho J, Goreth F, et al. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil (2018). *Acad Brasileira de Neurologia* - [Internet]. 2024 Available from: https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/06/3642_sbce-guidelines-emergency.pdf
- [5] Parreira E, Luzeiro I, Pereira Monteiro JM. Enxaqueca Crônica e Refratária: Como Diagnosticar e Tratar [Chronic and Refractory Migraine: How to Diagnose and Treat]. *Acta Med Port.* 2020 Nov 2;33(11):753-760. Portuguese. doi: 10.20344/amp.12004. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33160424. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33160424/>
- [6] Lellis C, Tertuliano P, Dib A, Silva S, Martins C, Junior W, Silva L. Bloqueio do gânglio esfenopalatino no manejo da cefaleia pós-punção dural: uma revisão sistemática da literatura. *Headache Med* [Internet]. 2020 Dec. 30 [cited 2024 Mai. 3];11(Supplement):44. Available from: <https://headachemedicine.com.br/index.php/hm/article/view/130>
- [7] Miranda, Rodrigo Vital de. Uma nova abordagem do bloqueio transnasal do gânglio esfenopalatino para tratamento da cefaleia pós-punção dural [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2019 [citado 2024-05-05]. doi:10.11606/D.17.2020.tde-18122019-154140.
- [8] Puthenveetil N, Rajan S, Mohan A, Paul J, Kumar L. Sphenopalatine ganglion block for



treatment of post-dural puncture headache in obstetric patients: An observational study. *Indian J Anaesth.* 2018 Dec;62(12):972-977. doi: 10.4103/ija.IJA_443_18. PMID: 30636799; PMCID: PMC6299770.

[9] Kent S, Mehaffey G. Transnasal sphenopalatine ganglion block for the treatment of postdural puncture headache in obstetric patients. *J Clin Anesth.* 2016 Nov;34:194-6. doi: 10.1016/j.jclinane.2016.04.009. Epub 2016 May 11. PMID: 27687372.

[10] Youssef HA, Abdel-Ghaffar HS, Mostafa MF, Abbas YH, Mahmoud AO, Herdan RA. Gânglio esfenopalatino versus bloqueios do nervo occipital maior no tratamento de cefaléia pós-punção dural após anestesia espinal para cesariana: um ensaio clínico randomizado. *Médico da Dor* [Internet]. 1º de julho de 2021 [citado em 3 de maio de 2024];24(4):E443–51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34213869/>.