

A TERAPIA OSTEOPÁTICA MANIPULATIVA NA CEFALÉIA CERVICOGÊNICA

Osteopathic manipulative therapy on cervicogenic headache

Relato de Caso

RESUMO

Objetivo: Descrever a utilização da Terapia Osteopática Manipulativa (TOM) nos sinais e sintomas de uma paciente com quadro de Cefaléia Cervicogênica. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de caso, realizado nos meses de março e abril de 2006, no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) em Fortaleza. Paciente 49 anos, sexo feminino apresentou-se com queixa principal de cervicálgia associada à cefaléia fronto-orbitária esquerda. Ao exame físico, apresentou alterações posturais e cinético-funcionais em região cérvico-occipital, edema palpebral à esquerda, tontura, fotofobia e insônia. O estudo radiológico da coluna cervical demonstrou retificação da lordose cervical fisiológica (incidência perfil) e rotação das segunda e terceira vértebras cervicais à direita (incidência ântero-posterior). O protocolo de tratamento constou de Técnicas Osteopáticas destinadas às partes moles e Técnica de Manipulação da Cervical Alta. **Resultados:** O estudo goniométrico realizado durante a avaliação e ao término do tratamento, respectivamente, evidenciou 90° e 120° do arco de flexo-extensão, 20° e 37° de inclinação lateral direita, 38° e 45° de inclinação lateral esquerda, 45° e 85° de rotação cervical à direita e 30° e 85° de rotação à esquerda. O estudo radiológico demonstrou o restabelecimento da lordose fisiológica cervical e o realinhamento dos processos espinhosos cervical. No tocante à clínica, a paciente apresentou melhora das restrições cinético-funcionais em região cérvico-occipital, melhora da qualidade do sono e aumento do intervalo entre as crises de cefaléia. **Conclusão:** Com base nos resultados obtidos, verificou-se que a TOM foi efetiva na redução dos sinais e sintomas da paciente objeto do estudo.

Descritores: Cervicálgia; Cefaléia; Medicina Osteopática; Fisioterapia.

ABSTRACT

Objective: To describe the use of Osteopathic Manipulative Therapy (OMT) in the reduction of signs and symptoms of a patient with Cervicogenic Chronic headache. **Methods:** This was a case study held in the months of March and April, 2006, in the Nucleus of Integrated Medical Attention (NAMI) in Fortaleza. A 49 years old female patient presented herself with main complaint of neck pain associated to frontal-left orbital headache. At physical examination, she presented both postural and kinetic-functional alterations in cervical-occipital region, eyelid edema to the left, dizziness, photophobia and insomnia. The radiological study of cervical spine showed rectification of cervical physiological lordosis (side view X-ray) and rotation of second and third cervical vertebrae to the right (anteroposterior X-ray). The treatment protocol consisted of Osteopathic techniques for soft tissues and Upper Cervical Manipulation Technique. **Results:** The goniometric study held during the evaluation and at the end of the treatment, respectively, evidenced 90° and 120° of the flexo-extension arc, 20° and 37° of right lateral inclination, 38° and 45° of left lateral inclination, 45° and 85° of cervical rotation to the right and 30° and 85° of rotation to the left. The radiological study demonstrated the reestablishment of physiological cervical lordosis and the realignment of cervical spinous processes. Regarding the clinics, the patient presented improvement of kinetic-functional restrictions in cervical-occipital region, improvement of sleep quality and increased interval between headache attacks. **Conclusion:** Based on the results, we verified that OMT was effective in the reduction of signs and symptoms of the patient object of the study.

Descriptors: Neck Pain; Headache; Osteopathic Medicine; Physical Therapy.

Renata Megre Rachid⁽¹⁾
Liane Toscano Martins Pinheiro⁽²⁾

1) Universidade da Amazônia - UNAMA - (PA)

2) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - (CE)

Recebido em: 04/08/2008
Revisado em: 24/11/2008
Aceito em: 24/04/2009

INTRODUÇÃO

Ocasionalmente por afecções funcionais e/ou orgânicas sediadas na região cervical, a cefaléia do tipo cervicogênica é caracterizada por episódios de dor em peso, aperto, queimação, às vezes latejante ou paroxismos de pontada na região occipital e irradiada na região temporal, frontal, ocular, pré ou retro-auricular. Pode ser acompanhada ou não de fenômenos neurovegetativos craniofaciais como lacrimejamento, eritema ocular, edema palpebral, rinorréia e tontura⁽¹⁻⁴⁾.

Estima-se que em 5% a 10% dos casos, a Cefaléia Cervicogênica é confundida com a enxaqueca comum. Portanto, para que haja um correto diagnóstico, são utilizados critérios seguidos pela classificação de 1988 da Sociedade Internacional de Cefaléia. Dentre eles destacam-se, dor usualmente unilateral, episódica e de intensidade variável; a origem situa-se na parte posterior do pescoço, podendo se irradiar para toda a cabeça; há presença de resistência ou limitação à movimentação passiva do pescoço; ocorre alterações da musculatura do pescoço no relevo, textura, tônus ou nas respostas ao estiramento e contração ativos e passivos; dolorimento anormal da musculatura cervical; o bloqueio anestésico de C2 ou nervo occipital maior suprime a dor; e os pacientes geralmente têm história de trauma cervical⁽³⁻⁸⁾.

Assim como nas migrêneas (enxaquecas), nas cefaléias cervicogênicas pode haver queixas de náusea, vômito, irritabilidade, fono e fotofobia. Para o diagnóstico diferencial, avaliamos características específicas como zonas de gatilho, caracterizadas por dor a dígito-pressão na região da emergência dos nervos occipitais maior e menor, onde no migranoso, a dígito-pressão, algumas vezes, pode também ser dolorosa, mas as características da dor são distintas das que ocorrem durante a crise. Na cefaléia cervicogênica, a compressão induz a dor, precipitando uma crise que pode persistir por dias ou cessar logo após a descompressão^(1,2,3,4,7).

Outros fatores nos levam ao diagnóstico diferencial como, a precipitação de ataques com a movimentação cervical ou por postura persistente do pescoço. A dor da cefaléia cervicogênica pode se irradiar para ombros e braços; apresenta-se usualmente unilateral e não-pulsátil^(1,3,4,7-9).

A osteopatia é um método de tratamento manual e natural que foi criado nos Estados Unidos ao fim do século XIX pelo médico Andrew Taylor Still⁽¹⁰⁾.

Um dos objetivos desta terapia é recuperar o movimento fisiológico em áreas nas quais existe restrição ou disfunção. Pode-se prever que, ao recuperar ou melhorar a função do sistema músculo-esquelético, todas as partes relacionadas se beneficiarão, sejam outros componentes

músculo-esqueléticos, tecidos, órgãos e sistemas em regiões abrangidas pelas vias nervosa e circulatória⁽⁷⁾.

Dentre as principais técnicas utilizadas nos meios osteopáticos tradicionais, destacam-se aquelas cujo objetivo é agir sobre as partes moles, como pele, músculos, ligamentos e fâscias, e as de abordagem vertebral ou articular⁽¹⁰⁾.

No estudo de caso em questão ambas as técnicas foram utilizadas. A primeira com o objetivo de preparar os tecidos moles, alongando, eliminando as retrações, os espasmos, os pontos musculares dolorosos; e a segunda, normalizando o conjunto ósteo-articular através da manipulação (*thrust*)⁽¹⁰⁾.

Em princípio, o paciente objeto deste estudo não respondeu satisfatoriamente ao tratamento fisioterápico convencional composto por crioterapia e eletrofototerapia, sendo a mesma selecionada para esta pesquisa.

Em se tratar de uma síndrome de classificação recente, a cefaléia, do tipo cervicogênica, dispõe de poucos recursos de tratamento. Baseado neste contexto e na escassez de estudos envolvendo o tratamento da Cefaléia do tipo Cervicogênica através da Medicina Osteopática, objetivou-se, através deste estudo de caso, verificar a efetividade da Terapia Osteopática manipulativa (TOM) na redução dos sinais e sintomas de uma paciente portadora desta síndrome.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de caso, realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrado (NAMI), instituição pertencente à Universidade de Fortaleza (UNIFOR), no período de março a abril de 2006, tendo sido aprovado pelo COÉTICA sob o parecer no. 461/2005. Este seguiu as recomendações da resolução no. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, onde foram obedecidos os referenciais básicos da bioética, como a autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

RELATO DO CASO

Paciente N.B.Z., 49 anos, sexo feminino, casada, auxiliar de enfermagem, residente em Fortaleza, CE, relatou que há cinco anos, após ser demitida das suas atribuições profissionais, passou a desenvolver sintomas depressivos como angústia, desânimo e irritabilidade, associados à insônia frequente, e que estes começaram a se refletir em sintomas físicos. Queixava-se de intensa cervicalgia e cefaléia fronto-orbitária à esquerda, porém de baixa intensidade, predominando pela manhã, há aproximadamente dois anos. Além destes sintomas apresentou, ao exame físico, fotofobia e fenômenos neurovegetativos craniofaciais, como edema palpebral à esquerda e tontura. Encontrava-

se em uso de medicação para o controle da cervicalgia (Cloridrato de Ciclobenzaprina e Clonixinato de Lisina), da cefaléia (Dipirona) e da ansiedade (Alprazolam).

Durante a avaliação postural a paciente apresentou, em uma visão anterior, lateralização da cabeça à esquerda com ligeira rotação à direita e elevação do ombro direito. Em perfil, anteriorização acentuada da cabeça em relação ao eixo vertical, prognatismo e uma ligeira hiperextensão cervical.

Referiu dor à palpação em topografia dos processos articulares ao nível da terceira vértebra cervical, os quais se encontravam posteriorizados à direita e, nas quinta e sexta vértebras, em processos espinhosos. Apresentou pontos dolorosos nos ventres musculares do trapézio fibras superiores, esternocleidomastóideos, retos posteriores maior e menor da cabeça e oblíquos interno e externo da cabeça.

Houve restrição e resposta dolorosa aos movimentos ativo-livres e passivos da região cervical em flexo-extensão, lateralização e rotação direita e esquerda, sendo que, mais acentuadamente, a restrição ocorreu em flexão, lateralização direita e rotação esquerda.

O estudo goniométrico, referente aos movimentos cinético-funcionais da região cervical, realizado na avaliação, demonstrou: 90° do arco de flexo-extensão, 20° de inclinação lateral direita, 38° de inclinação lateral esquerda, 45° de rotação cervical à direita e 30° de rotação

Tabela I - Registro goniométrico dos movimentos funcionais globais da região cervical entre a avaliação inicial e o 15° atendimento fisioterapêutico.

	Atendimentos			
	Inicial	5°	10°	15°
Amplitude total de flexão-extensão cervical em relação ao plano mastigatório	90°	105°	110°	120°
Inclinação lateral direita	20°	27°	35°	37°
Inclinação lateral esquerda	38°	40°	45°	45°
Rotação direita	45°	60°	78°	85°
Rotação esquerda	30°	40°	75°	85°

à esquerda. (Tabela I)

Durante a avaliação a paciente submeteu-se aos Testes Globais (de Tração, de Compressão e de Adson)⁽¹¹⁾ e Específicos (de Mitchell e de Klein)⁽¹⁰⁾. O objetivo do emprego destes testes constou em identificar possíveis alterações morfofuncionais sediadas em região cervical e excluir condições que contraindicassem a prática da Manipulação Cervical (*Thrust*), como tumores e hérnias de disco.

Dos testes globais, todos obtiveram resultados negativos, ou seja, nenhum deles obteve resultados que contraindicassem a técnica de manipulação cervical. Dos específicos, o Teste de Mitchell obteve resultado positivo, observando-se posterioridade à direita do processo articular transverso ao nível da terceira vértebra cervical. O resultado positivo deste teste não contraindica a terapia.

O estudo radiológico da coluna cervical demonstrou retificação do eixo cervical na incidência em perfil e rotação vertebral à direita nas segunda e terceira vértebras cervical, na incidência em AP. Densidade óssea e estruturas de partes moles compatíveis com a normalidade. (Figuras 1A, 1B)

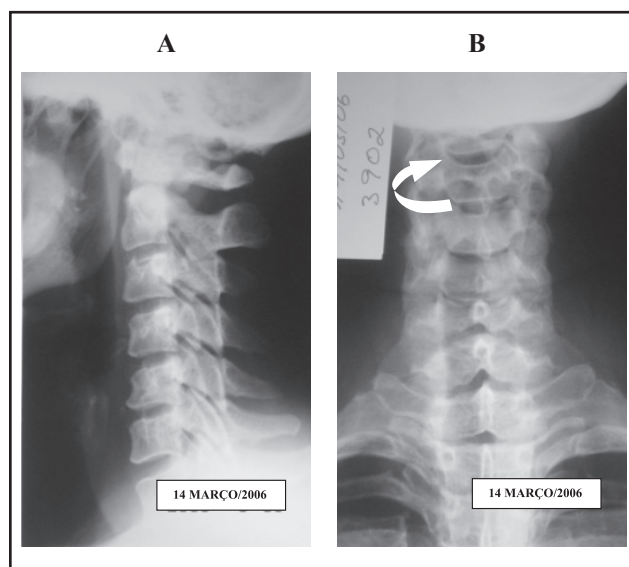


Figura 1 – Estudo Radiológico da Coluna Cervical nas Incidências Perfil (A) e Ântero-posterior (B), realizado ao início do tratamento, onde em (A) observa-se retificação do conjunto ósseo cervical e, em (B), rotação à direita das segunda e terceira vértebras cervicais.

O protocolo de tratamento fisioterápico constou de Técnicas Osteopáticas Destinadas às Partes Moles e de Manobra Manipulativa da Coluna Cervical Alta. Através da primeira, objetivou-se eliminar as manifestações de dor cutânea ou muscular, detectadas na região da coluna vertebral, ou mesmo distante, no dermatomo ou no

miótomo. Elas se relacionam ao local da disfunção vertebral responsável⁽¹⁰⁾. Através da segunda, objetivou-se normalizar o conjunto ósseo, assim como, a função do sistema músculo-esquelético e diminuir o processo álgico^(7,10).

Estas técnicas têm, na prática cotidiana, uma dupla vantagem: em primeiro lugar, permitem eliminar uma fonte frequente de descontentamentos que se combinam ao desconforto próprio da coluna vertebral; em segundo, fornecem segurança ao futuro da manipulação quanto à habilidade manual do terapeuta^(10,13,14).

Técnicas fisioterapêuticas utilizadas neste estudo:

- Pompagem e Alongamento: Cervical; Trapézio Fibras Superiores; Elevador da Escápula e Esternocleidomastóideo (ECOM). Objetivos: favorecer a circulação dos fluidos; evitar as estases sanguíneas; tornar o tecido mais bem nutrido e alongado^(2,15);

- Inibição dos pontos-gatilho: Trapézio Superior, ECOM e músculos da região occipital. Objetivos: aliviar os espasmos e a dor^(16,17);

- Técnica de Energia Muscular ou Miotensiva: Músculos Extensores, Flexores, Rotadores e Lateralizadores Cervicais: utiliza a contração voluntária de determinado músculo a partir de uma posição inicial escolhida, no limite do tensionamento, em determinada direção, opondo-lhe contrarresistência moderada. Objetivos: promover o alívio da dor e o relaxamento dos respectivos grupos musculares^(1,2);

- Alongamento dos Músculos (m.m.) da Região Occipital⁽¹⁰⁾;

- Massoterapia em deslizamento transversal nas fibras musculares da Região Cervical Posterior. Objetivos: promover alívio da dor e relaxamento^(18,19);

- Massoterapia em Região do Couro Cabeludo. Objetivos: aumentar a circulação local; promover relaxamento e diminuir a dor⁽¹⁹⁾;

- Manipulação da Cervical Alta (*Thrust*).

RESULTADOS

Os resultados das avaliações colhidas após o 5º, o 10º, e o 15º atendimentos demonstraram que a paciente se beneficiou com a proposta do tratamento osteopático. Após o 10º atendimento a mesma não apresentava mais os sinais neurovegetativos (edema palpebral e tonturas) e fofobia. Relatou que dormia melhor em relação à qualidade e ao tempo de sono, e que a cefaléia fronto-orbitária havia diminuído, tanto na intensidade, quanto na frequência das crises.

Em relação aos movimentos cinético-funcionais, a partir do 5º atendimento, a paciente já havia apresentado melhora do quadro, com a recuperação parcial das ADM's em flexo-extensão, inclinação lateral direita e esquerda e rotação direita e esquerda.

O estudo goniométrico, referente aos movimentos funcionais da região cervical, realizado após o quinto atendimento, evidenciou 105º de flexo-extensão, 27º de inclinação lateral direita, 40º de inclinação lateral esquerda, 60º de rotação direita e 40º de rotação esquerda. No décimo atendimento apresentou 110º de flexo-extensão, 35º de inclinação lateral direita, 45º de inclinação lateral esquerda, 78º de rotação à direita e 75º de rotação à esquerda. E no décimo quinto, e último, atendimento apresentou 120º de flexo-extensão, 37º de inclinação lateral direita, 45º de inclinação lateral esquerda, 85º de rotação à direita e 85º de rotação à esquerda. (Tabela I)

Sua postura que, anteriormente, encontrava-se fixada à posição de extensão, inclinação lateral esquerda e rotação direita da coluna cervical, ao término do tratamento, encontrou-se normalizada. (Figuras 2A, 2B)

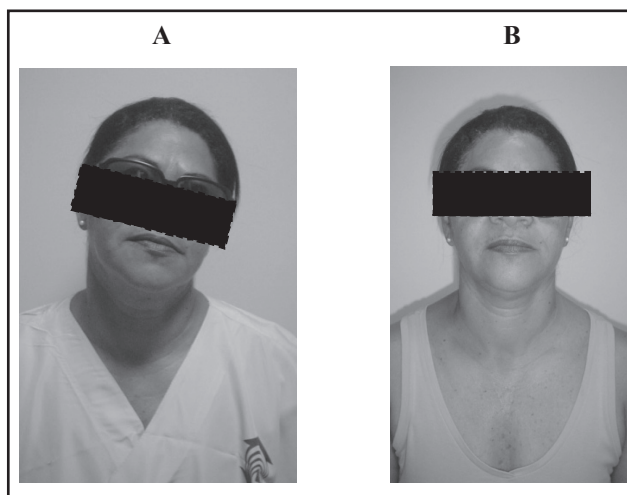


Figura 2 – Postura da paciente em visão anterior, antes (A) e após (B) Intervenção fisioterapêutica.

Ao término do tratamento realizou-se um estudo radiológico da coluna cervical, conservando as mesmas incidências, com o objetivo de comparar as estruturas ósseas antes e após o tratamento osteopático. Observou-se que após a TOM a lordose fisiológica cervical foi restabelecida e que os processos espinhosos, ao longo da coluna cervical, encontravam-se alinhados, o que caracterizava o retorno das segunda e terceira vértebras cervicais a suas topografias funcionais.

DISCUSSÃO

Atualmente, as cefaléias estão divididas em dois grandes grupos. O primeiro compreende as cefaléias primárias, que constituem em si mesmas a doença, cujo exemplo clássico é a migrânea sem aura, anteriormente denominada de enxaqueca comum, e que atinge aproximadamente 16% das mulheres. O segundo grupo é formado pelas cefaléias secundárias, que fazem parte do cortejo sintomatológico de uma doença qualquer, seja esta primária do sistema nervoso central ou sistêmica⁽⁵⁾.

No entanto, a cefaléia cervicogênica ainda não permite ser estabelecida como quadro primário ou secundário, pois faltam investigações mais precisas que permitam verificar os supostos aspectos centrais desta síndrome⁽²⁰⁾.

Estima-se que a prevalência da queixa de cefaléia ao longo da vida seja de 93% nos homens e 99% nas mulheres. Destes, 76% do sexo feminino e 57% do masculino têm pelo menos um episódio de dor de cabeça ao mês⁽⁵⁾.

Em particular, a Cefaléia do tipo Cervicogênica é responsável por 15% a 20% dos casos de cefaléia descritos na literatura, e estima-se que 5% a 10% das cefaléias que são recorrentes e unilaterais, ou seja, que não alternam de lado, venha a ser originárias de alterações morfofuncionais situadas em região cervical^(1,5). Portanto, esperou-se com o protocolo proposto normalizar as estruturas mio-ósteo-articulares através das técnicas destinadas às partes moles e, posteriormente, a manipulação da cervical alta, e com bases no princípio que fundamenta a Osteopatia, após normalizadas estas estruturas, as partes que se encontravam comprometidas, ou seja, que não estavam sendo beneficiadas pelas conduções nervosas e circulatórias, sofriam alterações metabólicas, levando a paciente a desenvolver os sintomas neurovegetativos, a fotofobia e a cefaléia propriamente dita.

Encontram-se descritos na literatura quatro tipos de cefaléias de origem cervical: as neuralgias, as algias de origem muscular, as algias vasculares de origem simpática e as algias de origem meníngea. No estudo de caso da paciente em questão, sinais e sintomas semelhantes foram evidenciados em dois dos tipos descritos: nas cefaléias de origem muscular e nas cefaléias vasculares de origem simpática. Nas algias de origem muscular, a hiperatividade gama dos músculos suboccipitais é responsável por uma hipertonía permanente desses músculos. Como estes músculos não podem relaxar-se, ocorre uma dor do tipo isquêmica. Sendo assim, o espasmo dos músculos suboccipitais tem um papel considerável na etiologia dessas cefaléias. Esta contratatura muscular pode prejudicar a vascularização dos nervos sensitivos cervicais, estimular uma síndrome irritativa e diminuir o fluxo vascular cerebral⁽²¹⁾.

No grupo das algias vasculares de origem simpática, especificamente a algia fronto-orbitária, a síndrome envolve dor em territórios peri-orbitário e frontal, cuja origem é uma afecção da artéria supra-orbitária por irritação das raízes nervosas das primeira e segunda vértebras cervicais e do gânglio cervical superior⁽²¹⁾.

Como foi apresentado neste estudo de caso, o raio-X da coluna cervical em AP demonstrou uma rotação dos corpos vertebrais das segunda e terceira vértebras (C2 e C3), podendo esta rotação gerar uma injúria ao nível dessas raízes, o que confirmaria a cefaléia fronto-orbitária e o edema palpebral presentes na paciente. Paralelamente à normalização dessas estruturas, a ação das técnicas voltadas para os tecidos moles contribuiu para a melhora do quadro sintomatológico geral⁽¹⁰⁾.

A Técnica Miotensiva utilizada como protocolo baseou-se na idéia de utilizar a contração voluntária de determinado músculo a partir de uma posição inicial escolhida no limite do tensionamento, em uma determinada direção e opondo-lhe contrarresistência moderada. Esta técnica é utilizada normalmente pelos osteopatas tradicionais e adquiriu, já há alguns anos, uma forte acolhida pelos fisioterapeutas. Utiliza os reflexos miotáticos de alongamento e de inibição recíprocos e se revela normalmente muito eficaz para fazer com que as contraturas rebeldes cedam. Uma vez corrigidas, estas contraturas deixam de agir sobre o conjunto ósteo-articular, favorecendo a sua normalização e realinhamento em relação ao eixo vertical da coluna cervical⁽¹⁰⁾.

Em um estudo de caso envolvendo o tratamento da cervicobraquialgia através de técnicas miotensivas, concluiu-se, após dez sessões, que houve um aumento da amplitude de movimento da coluna cervical, comparado com os dados da avaliação, e uma melhora do processo algico significativo passando de 9,5 na Escala Numérica da Dor na avaliação, para 1,5 ao final do tratamento⁽²²⁾.

Portanto, uma vez liberada a musculatura dos processos de tensão e dor, a mesma deixa de agir sobre as estruturas ósseas, impedindo-as de posicionar-se em padrões não fisiológicos adaptativos⁽¹⁵⁾.

Através do estudo radiológico da coluna cervical em Perfil podemos observar que a coluna cervical não é retilínea. Ela apresenta uma curva côncava para trás, ou lordose cervical fisiológica, que se caracteriza pela sua corda (C), reta que se estende dos côndilos occipitais até os ângulos pósteroinferiores da sétima vértebra cervical e pela sua flecha (f) perpendicular, da quarta vértebra cervical até a corda. Quanto maior a lordose cervical, mais acentuada será a flecha; porém, ela será nula se a coluna cervical for retilínea, e inclusive pode ser negativa quando na flexão, caso ela seja côncava para frente. (Figuras 3A, 3B)

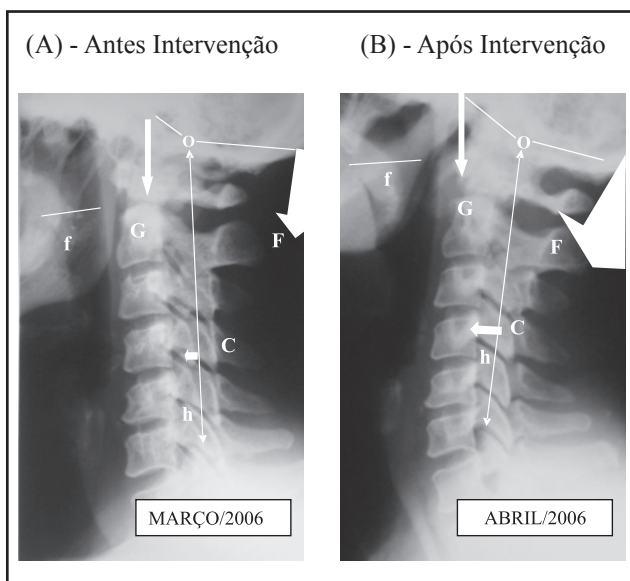


Figura 3 – Avaliação radiológica da coluna cervical, incidência em perfil. Demonstra retificação da coluna cervical em (A) e o restabelecimento da lordose fisiológica cervical em (B).

Legenda: Centro de Gravidade (G); Linha de Corda (C); Flecha traçada perpendicular, partindo da corda até o ângulo pósteroinferior de C4(h); Plano mastigatório (f); Ação dos Músculos da Nuca (F); Ponto de Apoio. Origem Côndilo Occipital (O)

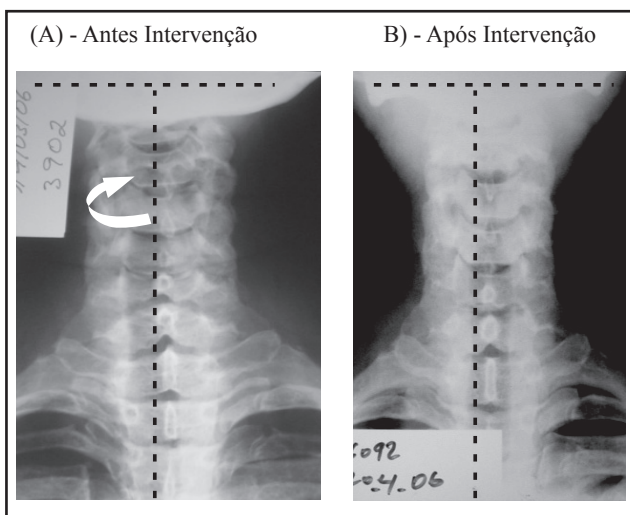


Figura 4 - Estudo Radiológico da Coluna Cervical. Incidência ântero-posterior (AP), evidenciando as rotações dos corpos vertebrais em C2 e em C3, antes (A) e após (B) intervenção fisioterapêutica.

Legenda: a linha tracejada Vertical representa o plano medial e situa-se sobre os processos espinhosos da coluna cervical. A linha tracejada Horizontal situa-se na base do crânio, ligando os processos estilóides.

A corda (C), contrariamente, é normalmente mais curta que o comprimento da coluna cervical, e só é igual a este comprimento num único caso: quando a coluna cervical é retilínea. (Figura 3A)

Baseado nestes conceitos observa-se que, no estudo radiológico na incidência em Perfil, há uma retificação da coluna cervical, alterando todo o seu eixo e centro de gravidade; quase não foi possível traçar a flecha (f), pela pequena distância desta ao plano pósteroinferior da quarta vértebra cervical (C4). O processo álgico e a tensão da musculatura posterior geram uma força tênsil em suas inserções, o que favorece a retificação do conjunto ósseo vertebral. (Figura 3A)

A incidência trans-oral é necessária para se avaliar as bases morfofuncionais do conjunto áxis-atlas, uma vez que as mesmas não são visualizadas na incidência em AP convencional devido à superposição da mandíbula⁽²³⁾.

Portanto, esta incidência deve ser solicitada pelo fisioterapeuta com o objetivo de excluir fatores que contraindiquem a terapia osteopática, como pequenas fraturas e luxações⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que a TOM foi efetiva na redução dos sinais e sintomas da paciente objeto do estudo. No entanto, estudos contendo um número maior de indivíduos portadores desta síndrome poderão obter respostas com melhor significância estatística e, com isso, a indicação da terapia se tornará mais segura e eficiente.

Fonte Financiadora
Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza (CE)

REFERÊNCIAS

1. Teixeira MJ, Yeng LT, Altieri CE, Saito M. Cefaléia de origem cervical. *Rev Méd.* 2001;80(2):297-306.
2. Miranda CB, Mohalem M. Liberação da cervical alta na cefaléia cervicogênica. *Rev Ter Man.* 2007;5(22):346-9.
3. Vincent M, Bovim G. Cefaléia cervicogênica: relato de um caso. *Arq Neuropsiquiatr* [periódico na Internet]. 1991 [acesso em 2009 Mai 19];49(1):95-101. Disponível em: bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=94994&indexSearch=ID

4. Vjekoslav G. Cervicogenic headache: etiopathogenesis, characteristics, diagnosis, differential diagnosis and therapy. *Lijecnicki Vjesnik* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2009 Mai 08];129(6-7):230-6. Disponível em: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18018715>
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (HCCIH). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8(Suppl 7):44-5.
6. Vincent MB, Luna RA, Scanduzzi D, Novis SA. Greater occipital nerve blockade in cervicogenic headache. *Arq Neuropsiquiatr* [periódico na Internet]. 1998 [acesso em 2008 Dez 07];56(4):720-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art
7. Chaitow L. Osteopatia: manipulação e estrutura do corpo. São Paulo: Summus; 2001.
8. Vicent M. Hemicrania contínua: aspectos clínicos. *Ver Bras Neurol* [periódico na Internet]. 1990 [acesso em 2009 Mai 19];26(6):179-81. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=74149&indexSearch=ID>
9. Souza JN, Moreira FPF, Jevoux CC. Cefaléia pós-traumática crônica em traumatismos crânio-encefálicos leves. *Arq Neuropsiquiatr* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2009 Mai 17];57(2A):243-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext>
10. Le Corre F, Rageot E. Atlas prático de osteopatia. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Hoppenfeld S. Neurologia para ortopedistas. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1985.
12. Vautravers PH, Maigne JY. Cervical spine manipulation: risks—benefit—assessment. *Rev Neurol* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2009 Mai 25];159(11):1064-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710030>
13. Harrison DE, Cailliet R, Harrison DD, Janik TJ, Holland B. New 3-point bending traction method for restoring cervical lordosis and cervical manipulation: a nonrandomized clinical controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 2009 Mai 19];83(4):447-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932844>
14. Cassidy JD, Boyle E, Côte P, He Y, Hogg-Johnson S, Silves FL, et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study. *Rev Spine* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2009 Mai 19];33(4):176-83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204390>
15. Bienfait M. FásCIAS e Pompages: estudo e tratamento do esqueleto fibroso. São Paulo: Summus; 1999.
16. D'Ambrogio K, Roth G. Técnicas de liberação posicional. São Paulo: Manole; 2001.
17. Chaitow L. Técnicas neuromusculares posicionais de alívio da dor. São Paulo: Manole; 2001.
18. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 1998.
19. Denise WB. Massagem terapêutica: introdução prática. São Paulo: Manole; 2001.
20. Carvalho DS. Síndrome da cefaléia cervicogênica. *Rev Neurociências*. 2001;9(2):57-9.
21. Pegas A. Cefaléias e algias craniofaciais em osteopatia. *Ter Man*. 2003;1(4):126-9.
22. Moraes DT, Souza F, Aguiar Junior AS, Zaboti AF. Efeito da terapia manual e técnica de energia muscular no tratamento da cervicobraquialgia. *Ter Man*. 2004;3(10):310-4.
23. Monnier JP, Tubiana JP, Arrivél L, Brunereau L, Chevrot A, Coussement A, et al. Manual de diagnóstico radiológico. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

Endereço para Correspondência

Renata Megre Rachid
Rua Professor Jacinto Botelho, 120/501
Salinas
CEP: 60810-050 - Fortaleza-CE
E-mail: renatamegre@hotmail.com