

Migrânea: revisão de literatura

Migraine: literature review

Migraña: revisión de la literatura

Marina Coimbra da **CRUZ**¹

Renan Paes de **CAMARGO**²

Lucas Coimbra da **CRUZ**³

Nadiane **SCHIEFELBEIN**⁴

Daniela Moreira da **CRUZ**⁵

Marlene Cabral Coimbra da **CRUZ**⁶

¹Residente (R1) em Radiologia e Diagnóstico por Imagem no Hospital de Ensino Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis e Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) de Fernandópolis – SP, Brasil

²Oficial Médico da Reserva do Exército Brasileiro (Hospital Militar de Área de Campo Grande - MS, Brasil)

³Residente nível R4 (Fellowship) em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pela Beneficência Portuguesa de São Paulo/SP

⁴Curso de Graduação em Medicina da FACERES – São José do Rio Preto-SP, Brasil

⁵Médica, Docente do Curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis – Fernandópolis-SP, Brasil

⁶Cirurgiã-Dentista, Docente dos Cursos de Medicina e Odontologia da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis – Fernandópolis-SP, Brasil

Resumo

Introdução: Cefaleia representa um problema de saúde pública, podendo ser primárias, quando são por si só a patologia ou secundárias quando são apenas um sintoma de uma outra patologia de base. **Objetivos:** Revisar as características e pontos principais da migrânea. **Materiais e Métodos:** revisão narrativa realizada em bases de dados digitais, livros e informações de organizações de referência mundial. **Resultados:** A migrânea é um tipo de cefaleia primária de alta prevalência, sendo mais comum em mulheres. Pode ser com ou sem aura – sintomas neurológicos focais que precedem a dor – ou crônica. Caracteriza-se por cefaleia pulsátil, unilateral, de intensidade de moderada a grave, associada a náusea, vômito, foto ou fonofobia e que se agrava com atividades físicas rotineiras. Deve ser diferenciada de outras cefaleias primárias e, quando na presença de sinais de alarme, também das secundárias, em especial se na terceira idade. Fatores como odores e luzes fortes, consumo de bebida alcoólica, certos alimentos, jejum prolongado, distúrbios do sono e ciclo menstrual podem desencadear uma crise. Seu tratamento pode ser farmacológico ou não, além de envolver medidas gerais; e pode ser sintomático ou profilático – mais indicado em casos mais graves ou refratários. Dentre os medicamentos utilizados durante as crises há os específicos (triptanos e derivados da ergotamina) e não específicos (analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais). **Conclusão:** Conclui-se que a migrânea deve ser reconhecida e diagnosticada correta e precocemente, objetivando uma terapêutica adequada e individualizada para que se alcance uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Descritores: Cefaleia; Enxaqueca com Aura; Enxaqueca sem Aura; Transtornos de Enxaqueca.

Abstract

Introduction: Headache represents a public health problem, and may be primary, when they are by itself the pathology or secondary when they are a symptom of another underlying pathology. **Objectives:** To review the characteristics and main points of the migraine. **Material and Method:** narrative review conducted in digital databases, books and information from organizations of worldwide references. **Results:** Migraine is a type of primary headache of high prevalence, being more common in women. It can be with or without aura - focal neurological symptoms that precede pain - or chronic. It is characterized by unilateral pulsatile headache, of moderate to severe intensity, associated with nausea, vomiting, photo or phonophobia, which is aggravated by routine physical activities. It should be differentiated from other primary headaches and, when in the presence of alarm signals, also from secondary ones, especially if in the third age. Factors such as strong odors and lights, alcohol consumption, certain foods, prolonged fasting, sleep disorders and menstrual cycle can trigger a crisis. Its treatment can be pharmacological or not, besides involving general measures; and may be symptomatic or prophylactic - more indicated in more severe or refractory cases. Among the drugs used during the seizures are specific ones (triptans and ergotamine derivatives) and non-specific ones (analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs). **Conclusion:** It is concluded that the migraine must be recognized and diagnosed correctly and early, aiming at an adequate and individualized therapy to achieve an improvement in the quality of life of the patient.

Descriptors: Headache; Migraine with Aura; Migraine without Aura; Migraine Disorders.

Resumen

Introducción: La cefalea representa un problema de salud pública, pudiendo ser primarias, cuando son por sí solas la patología o secundarias cuando son sólo un síntoma de otra patología de base. **Objetivo:** proporcionar una síntesis de la información más relevantes sobre la migraña. **Material y Métodos:** revisión narrativa realizada en bases de datos digitales, libros e informaciones de organizaciones de referencia mundial. **Resultados:** La migraña es un tipo de cefalea primaria de alta prevalencia, siendo más común en las mujeres. Puede ser con o sin aura - síntomas neurológicos focales que preceden al dolor - o crónica. Se caracteriza por cefalea pulsátil, unilateral, de intensidad de moderada a grave, asociada a náusea, vómito, foto o fonofobia y que se agrava con actividades físicas rutinarias. Se debe diferenciar de otras cefaleas primarias y, cuando en presencia de señales de alarma, también de las secundarias, en especial si en la tercera edad. Factores como olores y luces fuertes, consumo de bebidas alcohólicas, ciertos alimentos, ayuno prolongado, trastornos del sueño y ciclo menstrual pueden desencadenar una crisis. Su tratamiento puede ser farmacológico o no, además de implicar medidas generales; y puede ser sintomático o profilático, más indicado en casos más graves o refractarios. Entre los medicamentos utilizados durante las crisis hay los específicos (triptanos y derivados de la ergotamina) y no específicos (analgésicos y antiinflamatorios no esteroides). **Conclusión:** Se concluye que la migraña debe ser reconocida y diagnosticada correcta y precozmente, objetivando una terapéutica adecuada e individualizada para que se alcance una mejora en la calidad de vida del paciente.

Descriptor: Cefalea; Migraña con Aura; Migraña sin Aura; Trastornos Migrañosos.

INTRODUÇÃO

Cefaleia – dor de cabeça – trata-se de uma dor crônica que representa um grande problema de saúde pública e um componente comprometedor da qualidade de vida, prejudicando seus componentes sociais,

personais e laborais¹. É o sintoma neurológico mais frequente e representa queixa muito encontrada na prática médica, de forma que representa, no Brasil, cerca de 9% das consultas a nível primário de atenção à saúde¹.

A World Health Organization (WHO)² estima que metade da população adulta mundial já tenha sofrido com pelo menos um tipo de cefaleia, dentre os três principais. Apesar da grande prevalência, apenas uma pequena parcela das pessoas afligidas pela doença procura atendimento médico e, conseqüentemente, recebe diagnóstico e tratamento apropriados, o que torna esta patologia subestimada mundialmente^{2,3}.

As cefaleias podem decorrer de diversas causas, tais como afecções estruturais, sistêmicas ou disfuncionais, algumas delas potencialmente graves^{4,5}. Em 1988, foram classificadas pela International Headache Society (IHS)⁶ quanto a etiologia em: primárias – cuja origem é uma disfunção no próprio segmento cefálico, não procedendo de outras patologias – e secundárias – apenas um sintoma decorrente de alguma outra patologia estrutural). Dentre seus subtipos primários destacam-se: cefaleia do tipo tensional, enxaqueca e cefaleia em salvas.

Enxaqueca (EXQ) ou migrânea, embora não seja o subtipo mais frequente, é o mais estudado, dado sua alta prevalência e grande déficit que gera na qualidade de vida dos doentes^{2,7}. Encontra-se entre as 20 patologias que mais acarretam prejuízos na qualidade de vida dos portadores⁸.

A migrânea apresenta prevalência de cerca de 15% da população mundial, porém, acredita-se que apenas 56% dos enxaquecosos procuram atendimento médico^{1,9}. Surge geralmente na puberdade e afeta sobretudo a faixa etária entre 30 e 50 anos, ou seja, no período economicamente ativo da vida, favorecendo a perda da produtividade, verificada em 67% dos enxaquecosos^{1,9,10,11}. Acomete mais ao sexo feminino que ao masculino, em uma proporção de 2:1, devido às influências hormonais do distúrbio¹¹.

Diante da relevância social e econômica do tema, bem como de sua alta prevalência e impacto na qualidade de vida, este estudo objetivou revisar as características e pontos principais relacionados a migrânea.

MATERIAL E MÉTODO

Revisão narrativa, realizada dirigida e qualitativamente em bases de dados como SciELO, PubMed, Lilacs, Bireme e Google Scholar, além de livros e dados de organizações de referência mundial sobre o tema migrânea. Alguns dos descritores utilizados para busca foram: “Cefaleias”, “Enxaqueca Com Aura”, “Enxaqueca Sem Aura” e “Transtornos de Enxaqueca”, sendo selecionados artigos em

português e inglês tidos como mais relevantes e informativos sobre o assunto. Utilizou-se para o presente estudo 30 documentos, datados entre 1988 e 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Migrânea/enxaqueca vem do grego e do árabe, respectivamente, ambas denotando “*de um lado só da cabeça*”. Trata-se de um tipo de cefaleia primária, que se manifesta geralmente por meio de um encadeamento de quatro estágios: pródromos, aura, dor e período de resolução⁹.

Pródromos precedem a crise em até 24-48 horas e incluem sintomas como: fadiga, dificuldade de concentração, foto ou fonofobia, náusea, visão turva, alterações de humor (irritabilidade, ansiedade e depressão), distúrbios do sono (bocejos, insônia ou sonolência), anorexia ou compulsão alimentar e retenção hídrica^{5,9,12,13}.

Aura compreende um conjunto de sintomas neurológicos focais que antecedem os eventos de cefaleia, contudo podem ter início após o início da dor ou perdurar durante esta. Aceita-se um limite de duração de uma hora para tal sintomatologia, exceto quando o comprometimento é motor. Resulta de uma despolarização neuronal, cujo ponto de partida é a região occipital, e se alastra para a área do córtex frontal. A mais comum é a aura visual, presente em cerca de 90% dos enxaquecosos clássicos, e é marcada por luzes cintilantes, linhas em zigue-zague ou recortadas, estocomas, dificuldade para focar ou visão distorcida. Segue-se, em frequência, pela aura sensorial, sendo a mais rara a que acomete a fala^{8,12,13}.

A fase seguinte é a álgica, que habitualmente é hemicraniana ou periorbitária, podendo alterar seu lado de manifestação a cada crise⁹.

Por fim, após o pico de intensidade da dor, alcança a fase de resolução, em que o enfermo pode apresentar quadros de emese e sonolência. Sintomas residuais, como fraqueza, fadiga, dificuldade de concentração e confusão mental, podem estar presentes⁹.

A IHS através da terceira edição da *International Classification of Headache Disorders (ICHD-III beta)*¹³, subclassifica a enxaqueca, resumidamente, em migrâneas com aura, sem aura e crônica, conforme os critérios de diagnóstico descritos na Tabela 1.

Já na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁴, a EXQ é codificada por G43, sendo G43.0 seu subtipo sem aura e G43.1, com aura. Migrânea sem aura, também

chamada de EXQ comum, é caracterizada por episódios recorrentes de cefaleia unilateral, de caráter pulsátil, com intensidade de moderada a intensa, perdurando por 4 a 72 horas. Além disso, associa-se a náusea, foto e/ou fonofobia e é intensificada por atividades físicas rotineiras. Frequentemente apresenta relação ao ciclo menstrual¹³.

Tabela 1: Critérios diagnósticos das migrêneas segundo a ICHD-III beta (IHS)¹³.

MIGRÂNEA	
SUBTIPO	CRITÉRIOS
SEM AURA	<p>A. Pelo menos cinco episódios que preencham os critérios B-D</p> <p>B. Crises de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)</p> <p>C. A cefaleia apresenta pelo menos duas das quatro características a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização unilateral 2. caráter pulsátil 3. intensidade de moderada a severa 4. agravada ou fazendo com que o indivíduo evite atividades físicas rotineiras (como andar ou subir escadas) <p>D. Associada a pelo menos um dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. náusea e/ou vômito 2. foto e fonofobia <p>E. Sem diagnóstico mais adequado segundo a ICHD-3</p>
COM AURA	<p>A. Pelo menos dois episódios que preencham os critérios B e C</p> <p>B. Um ou mais das seguintes auras, totalmente reversíveis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. visual 2. sensorial 3. de linguagem e/ou fala 4. motora 5. medular 6. retiniana <p>C. Pelo menos duas das quatro características a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pelo menos um sintoma de aura que se espalha gradualmente em 5 minutos e/ou dois ou mais sintomas de aura que se sucedem 2. cada sintoma individual de aura durando de 5 a 60 minutos 3. pelo menos um sintoma de aura unilateral 4. a aura é acompanhada ou seguida, em até 60 minutos, por cefaleia <p>D. Sem diagnóstico mais adequado segundo a ICHD-3 e após exclusão de ataque isquêmico transitório</p>
CRÔNICA	<p>A. Cefaleia (tipo tensional e/ou migrânea) em 15 dias por mês por mais de 3 meses, e preenchendo os critérios B e C</p> <p>B. Acometendo um paciente que tenha apresentado pelo menos cinco episódios que preencham os critérios B-D para 1.1 Migrânea sem aura e/ou os critérios B e C para 1.1 Migrânea com aura</p> <p>C. Em 8 dias por mês por mais de 3 meses preenchendo qualquer um dos seguintes itens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. critério C e D para 1.1 Migrânea sem aura 2. critério B e C para 1.2 Migrânea com aura 3. Tida como migrânea pelo paciente e aliviada por Triptano ou derivados da ergotamina <p>D. Sem diagnóstico mais adequado segundo a ICHD-3</p>

Migrânea com aura ou clássica, ocorre em ataques com minutos de duração e quadros de aura unilaterais totalmente reversíveis de sintomas visuais, de fala/linguagem, motores ou outros sintomas de acometimento do sistema nervoso central. A aura comumente surge de forma gradual e é sucedida pela dor de cabeça e seus fatores associados¹³.

A crônica ocorre por pelo menos 15 dias no mês, por mais de 3 meses por ano, com características de enxaqueca, comum ou clássica, por no mínimo 8 dias em cada mês. O perfil algico desta cefaleia pode variar ao longo de um mesmo dia ou de um dia para outro. O motivo da separação da migrânea crônica das episódicas decorre do fato de ser impossível a distinção de crises individuais perante quadros de cefaleias tão frequentes e contínuos neste distúrbio¹³.

Quando a dor do indivíduo condiz com

mais de uma subclassificação da EXQ, todos os subtipos devem ser codificados e tratados¹³.

o *Diagnóstico diferencial*

O diagnóstico das cefaleias primárias é clínico, resultando basicamente de uma anamnese criteriosa, enfatizando-se a necessidade da realização de um diagnóstico diferencial entre seus principais tipos através apenas de suas características sintomatológicas, segundo os critérios da IHS^{9,13,15}, conforme descritos na Tabela 2.

Tabela 2: Diagnóstico diferencial das cefaleias primárias^{9,13}.

CARACTERÍSTICAS	TENSIONAL	ENXAQUECA	EM SALVAS
Localização	Bilateral	Unilateral	Orbitária, supraorbitária e/ou temporal, unilateral
Qualidade	Opressiva	Pulsátil	Urente
Intensidade	Leva a Moderada	Moderada a Intensa	Muito intensa
Duração	30 minutos a 7 dias	4 a 72 horas	15 a 180 minutos
Aura	Não	Sim ou não	Não
Náuseas	Não	Sim	Não
Fotofobia e Fonofobia	Sim ou não	Sim	Não
Sintomas oculares	Não	Não	Sim
Rinorréia	Não	Não	Sim
Atividade Física	Não agrava	Agrava	Agitação

Com base na necessidade de maior acurácia no diagnóstico clínico da migrânea, vários países criaram ferramentas de auxílio na identificação e manejo da doença. Destaca-se, pelo seu uso na atenção básica no Brasil, o Migrânea-ID – criado em 2003 como instrumento de rastreio, que apresenta 94% de sensibilidade, 83% de especificidade e um valor preditivo positivo de 99%. É de fácil e rápida aplicação, além de ter boa aceitabilidade por parte dos pacientes, sendo aplicado através de 3 perguntas objetivas (“sim ou não”) referentes a presença ou não, durante a dor, de: náuseas/indisposição; fotofobia e limitação das atividades de vida diárias⁸.

A CTT e a EXQ são dois tipos de cefaleias primárias que frequentemente estão associadas, quadro conhecido como cefaleia mista, cujo início se dá com características da CTT, depois evolui para enxaqueca e, por fim, retorna a clínica de cefaleia tensional por mais algumas horas ou dias³.

Por vezes, pode ser confundida com sinusite e, conseqüentemente, diagnosticada erroneamente, devido a alguns de seus sintomas oculares e nasais, que dificultam a interpretação médica¹⁶.

Exames complementares como os de neuroimagem, punção lombar ou mesmo uma averiguação de outros sistemas (cardiovascular, renal, oftalmológico e/ou medular) são indicados no diagnóstico de cefaleia somente se na presença de sinais de alerta, tais como: mudança na característica habitual da dor, pior dor de cabeça da vida, dor que desperta o paciente ou surge logo após o despertar, início

em idade mais avançada ou súbito, associado a doença sistêmica, alterações no exame neurológico, início recente em paciente com neoplasias/vírus da imunodeficiência humana/pós-trauma. Nestes casos individualizados, em especial nas cefaleias agudas de surgimento recente, torna-se necessário a investigação de patologias mais graves, em que a cefaleia seria, então, secundária^{3,9,15,17}. Devido ao potencial de diferenciação de quadros primários dos secundários no cenário de cefaleias, pacientes acometidos são frequentemente investigados, até mais de uma vez, com exames de neuroimagem com o objetivo de excluir casos mais graves e suas consequências¹⁸. No entanto, o uso inadequado de exames complementares nas cefaleias primárias representa para a sociedade um custo de pouco mais de seis dólares por habitante por ano. Isso porque, a doença na sua forma crônica resulta em muita angústia ao paciente quanto a possibilidade de malignidade do quadro, o que desencadeia uma investigação mais aprofundada e de grande ônus aos serviços de saúde⁸. Jurno et al.⁸ encontraram em seu estudo uma taxa de 87% de normalidade em exames tomográficos de pacientes enxaquecosos. Wang et al.¹⁸ também concluíram que exames de neuroimagem em cefaleias primárias são desnecessários por não acrescentarem novas informações à investigação diagnóstica. Em contrapartida, Swartz e Kern¹⁹ e Kurth et al.²⁰ em seus respectivos estudos de ressonância nuclear magnética em migranosos, evidenciaram uma possível relação entre enxaqueca e hiperdensidades da substância branca.

○ *Fisiopatologia*

Inicialmente, acreditava-se que a EXQ era uma doença vascular, a seguir, esta foi tida como um distúrbio neurovascular, no entanto, tal definição deixa a desejar na explicação de alguns de seus fatores, que envolvem vários níveis do sistema nervoso, uma vez que há não somente o sintoma de cefaleia, mas também outros de caráteres neurovegetativo, afetivo, cognitivo e sensoriais. Assim, atualmente a migrânea é apreendida como um distúrbio neuronal primário e não vascular²¹.

A gênese da enxaqueca ocorre da seguinte maneira: CGRP (calcitonin-gene-related peptide), neurocitocinas e substância P são liberadas de forma retrógrada pelas terminações trigeminais, o que causa uma vasodilatação nas meninges, levando a liberação de fatores endovasculares que originam um processo inflamatório neurogênico

que acaba por estimular nociceptores periféricos das terminações do primeiro ramo do nervo trigêmeo (quinto par craniano)²¹.

Speciali et al.²¹ concluíram que a migrânea é uma dor desmodulatória, não se condizendo com os conceitos de dor neuropática, pois não apresenta lesão específica do sistema nervoso; nem nociceptiva, visto que o início de seu processo se dá centralmente.

Morais e Benseñor⁹ definiram-na mais simplificada como resultante de uma predisposição a crises que o indivíduo apresenta por ser mais sensível a estímulos nocivos externos (alimentos, odores, sol, calor) e internos (alterações hormonais, estresse).

Apresenta-se em pessoas geneticamente vulneráveis – correlação comprovada com o cromossomo¹⁹ – associadamente a fatores desencadeantes, que influenciam a dismodulação central, podendo ser endógenos (hormonais, sono, emoções, fases da vida) e/ou exógenos (condições ambientais como clima e estação do ano, hábitos). Acredita-se que até 80% dos casos de EXQ tenham natureza genética, sendo que sua incidência aumenta em parentes de primeiro grau dos indivíduos com migrânea em 50 a 90% dos casos. Tal fato determina a possibilidade dos enxaquecosos passarem períodos bem, entremeados a momentos de exacerbação dos sintomas^{1,5,9,21}. Dentre os principais fatores desencadeantes pode-se citar: os emocionais (ansiedade, depressão), os distúrbios do sono, ingestão alcoólica (em especial de vinho tinto), alimentação (ingesta de chocolate e alguns queijos), jejum prolongado, estímulos olfativos e/ou luminosos intensos, tensão muscular no pescoço, menstruação, poluição do ar^{5,22}.

○ *Fatores de risco*

Dentre os fatores de risco da EXQ encontram-se: sexo feminino, brancos, casados e viúvos, maus tratos na infância (abuso e negligência, ambos física e emocionalmente), uso de anticoncepcionais hormonais, alterações hormonais, infecção por *Helicobacter pylori* e hiperinsulinemia em não obesos²².

○ *Apresentação na infância e adolescência*

Na infância e na adolescência, a cefaleia é um sintoma por vezes preocupante, tanto para os familiares, quanto para o médico, e sua prevalência aumenta proporcionalmente ao avançar da idade¹.

A migrânea é a causa mais comum de cefaleia crônica na infância e, apesar de ser a mais estudada, ainda existem dificuldades no estabelecimento de seu diagnóstico nesta fase da vida. Não há marcadores clínicos ou

laboratoriais, mas, em algumas crianças, nota-se manifestações denominadas de “síndromes periódicas da infância” ou “equivalentes de migrânea” que se relacionam a EXQ. Cinetose, vertigem paroxística benigna da infância, dores nos membros, dor abdominal recorrente, febre recorrente e alguns distúrbios do sono são exemplos de manifestações associadas a migrânea em crianças. Outro exemplo é a Síndrome dos Vômitos Cíclicos: episódios recorrentes de vômito, que com o passar da idade, são substituídos por crises migranasas típicas^{4,23}.

A EXQ pode manifestar-se, nos pré-escolares e escolares, por vários episódios diários de até 72 horas de duração, bilaterais, em região frontotemporal. Fatores associados como foto e fonofobia são dificilmente relatados, embora possam ser percebidos pelo comportamento da criança, e náuseas/vômitos, quando presentes, são intensos. Já nos adolescentes, a clínica é semelhante à do adulto²³.

Estudos de Farello et al.²⁴ demonstraram associação na população pediátrica entre obesidade e migrânea, levando a um aumento na frequência e na intensidade de episódios de enxaqueca em ambos os sexos e, particularmente no sexo feminino, também há um acréscimo no número de crises. De tal modo, os autores sugerem que um controle ponderal poderia representar uma alternativa para prevenção e tratamento da EXQ crônica nas crianças.

o *Migrânea em idosos*

O diagnóstico deste distúrbio neurológico na terceira idade é desafiador e deve ser cauteloso, considerando que o aparecimento deste sintoma após os 50 anos é incomum. Além disso, nos idosos, a migrânea com aura não é corriqueira. Sendo assim, quando se fizerem presentes sintomas de aura ou quando se tratar da primeira cefaleia do paciente senil, um diagnóstico diferencial de cefaleia secundária - como por Acidente Vascular Encefálico ou por massas expansivas intracranianas, mais incidentes neste grupo etário - deve ser executado^{15,25,26}.

A EXQ nos idosos habitualmente se relaciona a interações medicamentosas dos diversos distúrbios típicos da senilidade, portanto cabe investigar esta relação, que pode exacerbar a dor de cabeça nestes sujeitos²⁵.

o *Tratamento*

Objetiva-se com a terapêutica da migrânea, suprimir a dor e seus sintomas associados, além de minimizar ou cessar a ocorrência de novos episódios migranosos,

melhorando a qualidade de vida do paciente²⁷.

Após anamnese criteriosa para caracterização da dor e fatores desencadeantes do paciente, tendo confirmado o diagnóstico de enxaqueca, deve-se planejar o tratamento do doente, através de medidas gerais, não farmacológicas e farmacológicas. Ressalta-se a importância de tratar qualquer crise de migrânea, independente de sua intensidade²⁸.

Recomenda-se o uso de diários da cefaleia, em que o paciente registra todas as suas crises, a fim de se manter um controle mais fidedigno da frequência, intensidade e duração das crises²⁸.

O paciente e seus familiares devem, como medida geral, ser informados, em linguagem adequada, sobre o fator genético e as questões biológicas do distúrbio, e alertados sobre os fatores que podem influenciar e modificar o curso natural da doença. Fatores desencadeantes específicos daquele paciente precisam ser identificados e, na medida do possível, evitados com o intuito de reduzir o número de crises²⁹.

Comumente, a enxaqueca exibe-se com comorbidades psiquiátricas (depressão maior, transtornos afetivos e de ansiedade) e/ou neurológicas (distúrbios do sono, epilepsia), que podem influenciar na etiologia, diagnóstico ou mesmo no tratamento da cefaleia²⁸. Portanto, tais comorbidades, quando aplicável, também carecem de manejo adequado²⁸.

O tratamento não medicamentoso envolve técnicas como de relaxamento, biofeedback, psicoterapia, acupuntura, cognitivo-comportamentais, massagens, *do-in* e yoga. Estudos mostraram que tais atividades relaxantes e que promovem qualidade de vida ajudam na redução da prevalência e intensidade das crises, no entanto o gosto e disposição do paciente deve ser levado em conta na hora da escolha terapêutica^{5,16,27}. Outra opção clínica é a farmacológica, que deve ser individualizada e considerar o histórico medicamentoso de cada paciente (alergias, contra-indicações, comorbidades e/ou resultados progressos)²⁸. O tratamento farmacológico pode ser sintomático - crises leves/moderadas, pouco assídua, pouco incapacitantes - e/ou profilático - reservados aos casos com mais de duas crises incapacitantes, com longa duração, quando impossibilitam as atividades da pessoa e/ou em casos de falência do tratamento agudo^{15,27}.

Há alguns critérios que auxiliam na determinação do tratamento das crises, tais como: o tipo da EXQ, sua intensidade, duração, sintomas associados, presença de aura prolongada, condições físicas e psicológicas do

paciente, idade, comorbidades, abuso de analgésicos e gravidez⁵. A eficácia do tratamento depende da aderência do paciente e, para tanto, é necessário fornecer orientações claras sobre a dor e sobre sua terapêutica¹⁵.

As drogas utilizadas podem ser específicas (triptanos e derivados da ergotamina) e/ou não específicas (analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais – AINEs)²⁸. Nos casos simples e virgens de tratamento, deve-se priorizar a monoterapia com doses iniciais baixas¹⁵. Triptanos são agonistas da serotonina, disponibilizados no Brasil como: Sumatriptano, Naratriptano, Zolmitriptano e Rizatriptano²⁸. Nas enxaquecas com aura, somente administrá-los após a aura²⁷. A resposta a estes remédios é variada, exibindo resultados satisfatórios em cerca de 30% dos casos, entretanto, a má eficácia de um fármaco em um indivíduo não exclui o sucesso de outro da mesma classe²⁸. Esta categoria deve ser evitada em cardiopatas, com insuficiência renal ou hepática¹⁶.

Os derivados da ergotamina somente estão disponíveis no país através da Diidroergotamina combinada com outras substâncias como dipirona ou paracetamol e cafeína ou metoclopramida, o que torna seu uso limitado. Adicionalmente, podem causar náuseas e vômitos como efeitos colaterais²⁸. O uso abusivo leva a dependência e sua abstenção pode acarretar uma cefaleia rebote⁵.

A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)¹⁶ possui uma diretriz para atendimento das cefaleias na atenção básica. Nesta diretriz, recomenda que a crise de migrânea seja tratada, inicialmente, com analgésicos comuns, como dipirona e ácido acetilsalicílico; ou com AINEs. Tais drogas são aplicadas em crises leves ou moderadas em dose plena na aparição da dor. Aos que não respondem a tal terapêutica, Isometetepeno em associação a um analgésico pode ser empregado. Aos doentes que manifestam náuseas e vômitos durante as crises, antieméticos como domperidona ou metoclopramida podem ser associados ao analgésico. As recomendações para crises moderadas/fortes incluem os triptanos.

Profilaxia medicamentosa faz-se necessária em casos de crises frequentes, que apresentam alto grau de incapacidade e/ou que são refratárias ao tratamento⁹. Deve ser ajustada a dose mínima efetiva¹⁶. Nestes casos, a SBMFC¹⁶ indica: β -bloqueadores (propranolol, metoprolol, timolol), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e anticonvulsivantes (ácido valpróico). Outras substâncias com

comprovação terapêutica são: antagonistas da serotonina (pizotifeno e ciproheptadina), bloqueadores dos canais de cálcio (flunarizina), dentre outras^{5,9,15}. Como primeira linha, utilizam-se os betabloqueadores, caso não haja contra-indicações e a conduta deve ser reavaliada em seis meses, retirando a medicação se alcançado o resultado desejado¹⁶.

É imprescindível a prevenção de casos de cefaleia por abuso de medicamentos, presente em até 2% da população mundial. É manifestada por elevação das crises de EXQ, tanto em número de episódios, quanto em magnitude; após uso regular e exacerbado de medicação para cefaleia aguda, por mais de três meses^{3,30}. Thorlund et al.³⁰ verificaram que este tipo de dor de cabeça é mais verificado por utilização de analgésicos comuns do que por triptanos e derivados da ergotamina.

o Complicações

A migrânea pode complicar através de três patologias: estado migranoso, infarto migranoso, além da possibilidade de cronificação do quadro. Estado migranoso corresponde a um quadro de cefaleia intensa que perdura por mais de 3 dias, com intervalos indolores menores que 12 horas, associa-se à dor náuseas e vômitos persistentes, com consequente desidratação, necessitando de internação hospitalar. Infarto migranoso recebe tal denominação pois apresenta área de infarto em exame de neuroimagem e se assemelha clinicamente a um episódio habitual de EXQ com aura prolongada (acima de uma hora)³¹.

CONCLUSÃO

Levando em conta a alta prevalência da enxaqueca e, principalmente, seu alto potencial incapacitante, destaca-se a relevância de um diagnóstico correto e precoce. Tal diagnóstico deve ser clínico, reservando-se a investigação via exames complementares aos casos com sinais de alarme e/ou dúvida diagnóstica para se evitar custos desnecessários aos serviços de saúde. O tratamento deve ser instituído tão logo seja firmado o diagnóstico, de forma correta e efetiva, para se garantir o controle das crises e, por consequência, uma boa qualidade de vida dos acometidos, reduzindo seus prejuízos sociais, educacionais, laborais, emocionais e econômicos.

REFERÊNCIAS

1. Souza NE, Calumby ML, Afonso EO, Nogueira TZS, Pereira ABCNG. Cefaleia: migrânea e qualidade de vida. *Revista de Saúde*;6(2):23-6.
2. World Health Organization (WHO). ATLAS of Headache Disorders and Resources in the World 2011. Genebra, 2011. Disponível em:

- http://www.who.int/entity/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf?ua=1. Acesso em: 31 março de 2017.
3. Cruz MC, Cruz LC, Cruz MCC, Camargo RP. Cefaleia do tipo tensional: revisão de literatura. Arch Health Invest. 2017;6(2):53-8.
 4. Gherpelli JLD. Tratamento das cefaleias. J Pediatr. 2002;78(supl.1):S3-8.
 5. Sanvito WL, Monzillo PH. Cefaléias primárias: aspectos clínicos e terapêuticos. Medicina, Ribeirão Preto. 1997;30(4):437-48.
 6. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Cephalalgia. 1988;8(Suppl 7):1-96.
 7. Stefane T, Napoleão AA, Sousa FAEF, Hortense P. Influência de tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: revisão integrativa de literatura. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):353-60.
 8. Jurno ME, Souza MGC, Felipe BL, Barreto EF, Costa MCM, Matoso AA. Impacto da solicitação de tomografias computadorizadas cranianas na investigação diagnóstica da migrânea. HU Revista Juiz de Fora. 2016;42(3):185-90.
 9. Morais MSBBF, Benseñor IM. Como diagnosticar e tratar cefaleias primárias. Rev Bras Med. 2009;66(6):138-47.
 10. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L et al. Latin American Migraine Study Group. Prevalence of migraine in Latin America. Headache. 2005;45(2):106-17.
 11. World Health Organization (WHO). Media centre. Fact sheet: headache disorders. Genebra, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Acesso em: 31 março de 2017.
 12. Martins LN, Oliveira OWB, Dutra LQ, Rezende AQM, Dantas EF, Pereira ABCNG. Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: um relato de caso. Rev de Saúde Vassouras. 2010;1(1):15-24.
 13. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
 14. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision, Fifth edition, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
 15. Krymchantowski AV, Júnior AAS. Cefaléias Primárias. Rev Bras Med. 2005;62(12):134-51.
 16. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Associação Brasileira de Medicina Física, Reabilitação, Academia Brasileira de Neurologia. Cefaleias em adultos na atenção primária à saúde: diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/06_Cefaleias_em_Adultos_na_Atencao_Primaria.pdf. Acesso em: 31 março de 2017.
 17. Goadsby PJ, Raskin NH. Cefaleia. In: Hauser SL, Josephson SA. Neurologia clínica de Harrison. 3. ed. Porto Alegre: AMGH; 2015. p. 41-56.
 18. Wang R, Liu R, Dong Z, Su H, Ao R, Liu Y, Wang Y, Ma L, Yu S. Unnecessary Neuroimaging for Patients With Primary Headaches. Headache. 2019;59(1):63-68.
 19. Swartz RH, Kern RZ. Migraine is associated with magnetic resonance imaging white matter abnormalities: a meta-analysis. Arch Neurol. 2004;61(9):1366-68.
 20. Kurth T, Mohamed S, Maillard P, Zhu YC, Chabriet H, Mazoyer B et al. Headache, migraine, and structural brain lesions and function: population based epidemiology of vascular ageing-MRI study. BMJ 2011;342:c7357.
 21. Speciali JG, Fleming NRP, Fortini I. Cefaleias primárias: dores disfuncionais. Rev Dor. 2016;17(Suppl 1):S72-4.
 22. Carezzato NL, Hortense P. Migrânea: etiologia, fatores de risco, desencadeantes, agravantes e manifestações clínicas. Rev Rene. 2014;15(2):334-42.
 23. Siqueira LFM. Cefaleias na infância e adolescência. Pediatr. Mod. 2011;47(1):5-12.
 24. Farello G, Ferrara P, Antenucci A, Basti C, Verrotti A. The link between obesity and migraine in childhood: a systematic review. Italian J Pediatr. 2017;43(1):27.
 25. Pereira CU, Santos CMT, Monteiro JTS, Silva AFS, Santos EAS. Abordagem das cefaleias no idoso. Rev Bras Clin Terap 2004;30:4-13.
 26. Camargo RP, Cruz MC, Cruz LC, Cruz DM, Cruz MCC. Fatores de Risco para Acidente Vascular Encefálico (AVE). Arch Health Invest. 2016;5(Special Issue3):64
 27. Machado J, Barros J, Palmeira M. Enxaqueca: fisiopatogenia, clínica e tratamento. Rev Port Clin Geral. 2006;22:461-70.
 28. Bordini CA, Roesler C, Carvalho Dde S, Macedo DD, Piovesan É, Melhado EM et al.. Recommendations for the treatment of migraine attacks - a Brazilian consensus. Arq Neuropsiquiatr. 2016;74(3):262-71.
 29. Calvillo MEN. Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. Actualidades en Psicología. 2006; 20(107):1-21.
 30. Thorlund K, Sun-Edelstein C, Druyts E, Kanters S, Ebrahim S, Bhambri R et al. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. J Headache Pain. 2016;17(1):107.

31. Academia Brasileira de Neurologia. Departamento Científico de Cefaleia. Sociedade Brasileira de Cefaleia. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil, 2018. Disponível em: Disponível em: <https://sbcefaleia.com.br/images/protocolo%20cefaleia%20urgencia.pdf> . Acesso em: 31 março de 2017.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Marlene Cabral Coimbra da Cruz
Universidade Brasil, Campus Fernandópolis
Est. Projetada F-1, s/n - Fazenda Santa Rita
15600.000 Fernandópolis-SP, Brasil
E-mail: mcoimbracruz@gmail.com

Submetido em 21/04/2019

Aceito em 21/12/2019