



Ano Mundial Contra a
Dor de Cabeça
Outubro de 2011-Outubro 2012

Migrânea

Características Clínicas

Quais sintomas ocorrem durante uma crise de migrânea?

- Migranosos apresentam crises recorrentes de cefaleia intensa e incapacitante, geralmente unilateral e pulsátil, associada a sintomas sensitivos, como sensibilidade a luz, som e odores. Náuseas e vômitos são outros sintomas comuns. Os sintomas podem ser agravados pelo movimento.
- Alguns pacientes apresentam tontura durante as crises.
- Aproximadamente 20–30% dos pacientes apresentam aura e sintomas neurológicos (ex: distúrbios visuais), os quais geralmente precedem a fase da cefaleia.
- Algumas vezes, sintomas premonitórios como bocejos, irritabilidade, cansaço, avidez e dificuldade para concentração precedem o início da cefaleia.

O que é aura migranosa e quais sintomas podem ocorrer?

- A aura é qualquer sintomas neurológico que ocorre pouco antes da cefaleia. Sintomas visuais (ex: luzes piscando ou desenhos em zigue-zague), sintomas somatosensitivos (ex: parestesias), problemas de fala e, raramente, sintomas motores podem ocorrer durante a aura.
- Os sintomas geralmente duram de 5 a 60 minutos.
- Antes do diagnóstico de migrânea, outros possíveis déficits neurológicos devem ser excluídos.
- Acredita-se que a depressão alastrante cortical (veja abaixo) esteja envolvida na sua fisiopatologia.

O que pode desencadear uma crise de migrânea?

- Menstruação.
- Dormir menos ou mais que o necessário, ou outros distúrbios do sono.
- Estresse (ou em alguns pacientes, redução de estresse).
- Álcool (ex: vinho tinto).
- Cafeína (ex: café, chocolate).
- Alimentos que contenham glutamato ou aspartame.
- Desidratação.
- Drogas vasodilatadoras (ex: nitratos).

Epidemiologia

Quantas pessoas são acometidas por migrânea?

- Mulheres: aproximadamente 13–18% desta população.
- Homens: aproximadamente 5–10% desta população.
- Esses números podem ser menores na Ásia.

Migrânea Crônica

Aproximadamente 4% da população adulta apresenta cefaleia crônica, ou seja, cefaleia em 15 ou mais dias por mês. Aproximadamente metade deste grupo apresenta migrânea crônica, e a outra metade apresenta cefaleia do tipo tensional crônica [7].

Condições que podem ser Comórbidas da Migrânea

- Ansiedade.
- Depressão.
- Fibromialgia.
- Dor lombar.

- Hipertensão.
- Acidente vascular cerebral e doença cardíaca.
- Vômitos na infância.

Fisiopatologia

Fisiopatologia da migrânea

A migrânea foi considerada uma cefaleia de origem vascular até finais do século 20 [6], mas hoje sabe-se que ela resultado de uma disfunção do cérebro, com anormalidades vasculares secundárias a um evento neuronal. A migrânea tem um componente genético bastante forte, e um grande estudo genético sugere o envolvimento de vias glutamatérgicas na patogênese da migrânea [1]. Variações genéticas no cromossomo 19 foram descritas em formas raras de migrânea, a migrânea hemiplérgica familiar (FHM1 e 2).

Fisiopatologia da Aura Migranosa

Acredita-se que a depressão alastrante cortical (DAC), um processo transitório que compromete a função cortical a uma velocidade de aproximadamente 3 mm/min[5], seja o mecanismo subjacente da aura [2]. É possível também que a DAC esteja implicada na geração da cefaleia migranosa.

Definição/Diagnóstico/Diagnóstico Diferencial

A Classificação Internacional das Cefaleias

- Distingue as cefaleia primárias das secundárias. A migrânea e a cefaleia do tipo tensional são os tipos mais comuns de cefaleia primária. A classificação das cefaleias primárias baseia-se numa categorização fenomenológica (operacional). Por outro lado, as cefaleia secundárias, que devem ser excluídas, são classificadas de acordo com suas etiologias (ex: cefaleia atribuída a um tumor ou a uma anormalidade vascular). Alguns tipos de migrânea podem ser classificadas de acordo com seus marcadores genéticos (ex: migrânea hemiplérgica familiar).
- Define-se migrânea episódica como sendo crises de migrânea que ocorrem em menos de 15 dias por mês e migrânea crônica como crises que ocorrem em 15 ou mais dias por mês.
- Para o diagnóstico de migrânea é imperativo que outras possíveis causas de cefaleias, como doenças intracranianas/medulares, doenças musculoesqueléticas, doenças inflamatórias/autoimunes, doenças sistêmicas ou cefaleia relacionadas ao uso de substâncias/medicamentos, sejam excluídas por meio da história clínica, exame neurológico e exames complementares, quando necessário.

Migrânea: Critérios Diagnósticos (ICHD-2) [4]t Aura

- Pelo menos 5 crises preenchendo os critérios de B-D
- Cefaleia durando de 4–72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
- A cefaleia preenche ao menos 2 das seguintes características:
 - localização unilateral
 - caráter pulsátil
 - moderada a forte intensidade
 - exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (ex: caminhar ou subir escadas)
- Durante a cefaleia pelo menos 1 dos seguintes:
 - náusea e/ou vômitos
 - fonofobia/fotofobia
- Não atribuída a outra condição

Terapêutica

Como as crises de migrânea podem ser tratadas?

- Analgésicos simples (ex: aspirina, acetaminofeno/paracetamol)
- AINEs (ex: naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco)
- Triptanos (ex: sumatriptano)
- Tratamento de segunda linha: derivados do ergot (ex: diidroergotamina)
- No futuro, antagonistas do receptor de CGRP, como o telcagepant, podem ser uma nova opção para o tratamento agudo [3].
- Analgésicos combinados, como aqueles que contêm aspirina, acetaminofeno/paracetamol e cafeína, mostraram-se mais efetivos que analgésicos compostos por uma única substância. Contudo, acredita-se que aqueles aumentem o risco de cefaleia por uso excessivo de medicação (veja abaixo).

O que fazer quando a náusea é relevante?

- Antieméticos/procinéticos, como domperidona ou metoclopramida, podem melhorar a náusea.
- Alguma vezes, essas medicações são dadas antes dos analgésicos para melhorar a absorção do medicamento.

Tratamento Preventivo Farmacológico na Migrânea Episódica

- O tratamento preventivo é apropriado para pacientes com crises incapacitantes, frequentes e/ou intensas.

- Um grande número de medicações com diferentes mecanismos de ação tem sido testado em estudos randomizados placebo-controlados e estão disponíveis para o uso. Propranolol, topiramato, valproato, flunarizina e amitriptilina são exemplos de medicações que são frequentemente usados e com eficácia comprovada [3].
- Em média, redução de 50% na frequência da cefaleia pode ser esperada na metade dos pacientes em uso de um dos medicamentos preventivos.

Tratamento Preventivo Farmacológico na Migrânea Crônica

- As melhores evidências científicas são encontradas com o uso de topiramato ou injeções de toxina botulínica como tratamento preventivo farmacológico da migrânea crônica.
- Tratamento especializado está indicado em pacientes com migrânea crônica ou migrânea refratária.

Uso Excessivo de Medicação

- É definido como consumo de triptano, ergotamina, opióide ou analgésicos combinados em 10 ou mais dias por mês, ou de analgésicos simples em 15 ou mais dias por mês.
- É um ponto importante na terapia da migrânea e requer que seja identificado e devidamente manejado.
- Pode causar cefaleia de rebote.
- Pode reduzir a eficácia do tratamento preventivo.
- Pode mascarar o fenótipo da cefaleia.

Manejo Não-farmacológico da Migrânea

- Educação do paciente.
- Identificar e evitar fatores desencadeantes.
- Manter regularidade nas atividades rotineiras.
- Manter regularidade no ciclo sono/vigília.
- Exercícios aeróbicos.
- Considerar perda de peso em pacientes acima do peso.
- Biofeedback.
- Acupuntura.
- Técnicas de relaxamento.
- Terapia cognitivo-comportamental
- Não há evidências que suportem o uso da homeopatia para o tratamento da migrânea.
- Não há evidências convincentes no que tange o fechamento de forame oval patente (FOP) no tratamento da migrânea. O fechamento do FOP não deve ser realizado na prática clínica.
- “Cirurgias para migrânea”, como cauterização de vasos sanguíneos superficiais do escalpo ou a remoção cirúrgica de músculos e nervos que se acredita serem “sítios desencadeantes de crises”, são indicados por alguns cirurgiões plásticos, mas há pouca evidência científica e razões não convincentes que suportem essas medidas. A “Cirurgia para migrânea” não deve ser recomendada na prática clínica.

Abordando a Neuromodulação

- A eficácia do tratamento da migrânea por meio da eletroestimulação de nervos periféricos está sendo investigada (veja o capítulo “Neuromodulação nas Cefaleias Primárias). Os resultados estão pendentes.

Referências

- [1] Anttila V, Stefansson H, Kallela M, et al. Genome-wide association study of migraine implicates a common susceptibility variant on 8q22.1. *Nat Genet* 2010;42:869–73.
- [2] Dalkara T, Nozari A, Moskowitz MA. Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation. *Lancet Neurol* 2010;9:309–17.
- [3] Goadsby PJ, Sprenger T. Current practice and future directions in the prevention and acute management of migraine. *Lancet Neurol* 2010;9:285–98.
- [4] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):9–160.
- [5] Lashley K. Patterns of cerebral integration indicated by the scotomas of migraine. *Arch Neurol Psychiatry* 1941;46:331–9.
- [6] Moskowitz MA, Buzzi MG, Sakas DE, Linnik MD. Pain mechanisms underlying vascular headaches: progress report 1989. *Rev Neurol (Paris)* 1989;145:181–93.
- [7] Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Epidemiology of chronic daily headache. In: Goadsby PJ, Silberstein SD, Dodick DW, editors. *Chronic daily headache for clinicians*. Ontario: BC Decker; 2005. p. 3–11.

Tradução: Dr. José Geraldo Speciali / Dra. Fabíola Dach / Dr. Roberto Setlin / Dra. Karen Ferreira