

CONHECENDO SOBRE AS ENXAQUECAS

Ana Cláudia Perles Chaves

Docente da rede pública do Ensino Médio. E-mail: claudiaperles@hotmail.com

Josiane Medeiros de Mello

Docente do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: jmello@uem.br

Célia Regina de Godoy Gomes

Docente do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: crggomes@uem.br

RESUMO: A enxaqueca é uma síndrome conhecida há mais de 7.000 anos, que afeta grande parte da população do mundo inteiro de forma mais ou menos intensa. Há uma prevalência elevada de enxaquecosos na população, onde 6% dos homens e 15% das mulheres apresentam essa síndrome e grande parte deles tem pelo menos três crises por mês. A enxaqueca é uma forma de cefaleia crônica primária que pode ser definida como uma reação neurovascular anormal que ocorre no organismo e que se exterioriza, clinicamente, por episódios recorrentes de cefaleia e manifestações associadas que geralmente dependem de fatores desencadeantes. Com as crises, muitos pacientes abandonam suas atividades, gerando grande impacto social. Existem vários tipos de enxaqueca, o que dificulta seu diagnóstico e tratamento, por isso é importante o enxaquecoso reconhecer quais são os fatores desencadeantes da crise e tentar evitá-los ou minimizá-los, adotando mudanças no seu estilo de vida que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida. Por ser um mal tão comum entre as pessoas, realizamos o presente trabalho com o objetivo de fazer um breve relato sobre o assunto, destacando os tipos mais comuns de enxaqueca.

PALAVRAS-CHAVE: Cefaleia; Enxaqueca; Dor de Cabeça.

LEARNING ABOUT TYPES OF MIGRAINE

ABSTRACT: Migraine is a syndrome that has been known for over 7,000 years, which affects a large portion of the world's population in a higher or lower intensity. There is a high prevalence of migraine in the population, where 6% of men and 15% of women suffer from this syndrome and most of them have at least three crises per month. Migraine is a chronic form of primary headache which can be defined as an abnormal neurovascular reaction that occurs in the body and is exteriorized, clinically, by recurrent episodes of headache and associated events that normally depend on triggering factors. Because of the crisis, many patients abandon their activities, causing great social impact. There are several types of migraine, which complicate their diagnosis and treatment, so it is important that the patient recognizes the triggering factors of the crisis and try to avoid or minimize them, adopting changes in lifestyle that may contribute to a better quality of life. Being such a common illness among people, this research was carried out aiming at providing a brief report on the subject, highlighting the most common types of migraine.

KEYWORDS: Headache; Migraine; Pain in The Head.

INTRODUÇÃO

Cefaleia ou dor de cabeça é um sintoma muito frequente, experimentado pelo ser humano ao longo de sua vida. Há evidências desse sintoma nas perfurações de crânios neolíticos de mais de 7.000 anos a.C. e relatos escritos de antigas civilizações como a de sumerianos e egípcios. O sintoma cefaleia está presente numa enormidade de situações médicas. Existem fundamentalmente dois tipos de cefaleias: as primárias, nas quais não se demonstra nenhum tipo de fator orgânico determinante, a dor é a própria doença; as cefaleias secundárias, que ocorrem devido a alguma causa conhecida, como trauma de crânio, infecções sistêmicas e do sistema nervoso, doenças vasculares cerebrais, tumores cerebrais, uso de substâncias, medicamentos ou retirada deles, aumento ou diminuição da pressão intracraniana e distúrbios metabólicos (NOBRE, 2006).

As enxaquecas ou migrêneas são cefaleias primárias de alta prevalência que acometem mais mulheres do que homens e podem se iniciar na infância ou adolescência. Com prevalência estimada em 12% da população mundial, sendo 18 a 20% em mulheres, 4 a 6% em homens e 4 a 8% em crianças, provoca impacto significativo na economia e no bem estar social de inúmeras pessoas e nações em todo o mundo. Os enxaquecosos relatam diminuição de seu funcionamento e de bem-estar tanto quando comparados com pessoas saudáveis como com outras moléstias crônicas. A enxaqueca seria assim, tão debilitante, como outras moléstias consideradas mais sérias, tais como diabetes, osteo-artrite e depressão. Além disso, a enxaqueca diminui significativamente a qualidade de vida, não somente durante os ataques como também nas remissões, quando ansiedade, medo e incerteza contribuem para um gradual afastamento da pessoa afetada com seus contatos sociais (ORTIZ et al., 2002).

A migrânea ainda não tem fisiopatologia inteiramente conhecida. Caracteriza-se por alterações neurológicas, autonômicas e até gastrointestinais, que podem se apresentar com ataques de cefaleia intensa ou moderada, sintomas associados e características peculiares. As migrêneas seriam verdadeiros distúrbios bioeletroquímicos cerebrais, possivelmente de causa genética, que se manifestam de forma intermitente quando alguns fatores exógenos ou endógenos atuam e interferem com a normalidade eletrofisiológica encefálica (KRYMCHAN-TOWSKI; MOREIRA, 2000).

Os ataques de migrânea manifestam-se clinicamente por dor de cabeça moderada a severa, de localização frequente fronto-temporal unilateral ou bilateral, em caráter pulsátil e/ou em pressão, geralmente associada a náuseas, podendo estar associada a vômitos e fobias ou intolerância a luzes fortes e/ou a ruídos intensos e/ou a odores marcantes. A dor pode durar de 4 a 72 horas quando não tratada ou tratada de forma ineficaz. A frequência é bastante variável, havendo pacientes com ataques de cefaleia em caráter semanal e outros com episódios de dor menos de uma vez por mês (MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006).

Existem várias opções de drogas para o tratamento agudo das migrêneas. A escolha de uma ou outra depende da intensidade da dor, sua frequência, sintomas associados, comorbi-

dades, perfil de evolução, reações do paciente à droga e, infelizmente, preço da medicação (CARVALHO, 2003).

O tratamento profilático deve ser feito quando a frequência das crises for maior que três por mês. Outros tratamentos não medicamentosos, como terapias, relaxamento, entre outros, também são usados para o alívio das crises (PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

Por ser a enxaqueca um mal tão comum entre as pessoas, propomos o presente trabalho com o objetivo de fazer um breve relato sobre o assunto, destacando os tipos mais comuns de enxaqueca. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura destacando os tipos mais comuns de enxaqueca.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CEFALEIA

Cefaleia é o termo genérico dado em neurologia para qualquer tipo de dor de cabeça, definida como a presença de sensação dolorosa na cabeça, pescoço e face (PERES, 2008). A Sociedade Internacional de Cefaleia reconhece mais de 150 tipos diferentes de dores de cabeça (IHS, 2004).

A cefaleia é uma das queixas mais frequentes nos consultórios médicos e é considerada um grande problema de saúde pública (ORTIZ et al., 2002). Esse tipo de moléstia é a causa mais frequente de absentismo no trabalho, nas atividades sociais e escolares, causando um impacto socioeconômico muito grande. Estima-se que mais da metade da população apresente algum tipo de cefaleia em alguma fase da vida, algumas de forma crônica. Porém, todas devem ser considerada um sinal de alerta, sejam consequência de problemas graves ou não (SPECIALI, 1997).

As dores de cabeça são dores referidas à superfície da cabeça a partir das estruturas profundas. Muitas cefaleias resultam de estímulos dolorosos que surgem dentro do crânio, mas outras resultam de dores que surgem fora dele, a partir dos seios paranasais, interior da cavidade orbitária, articulação tem poro, músculos cervicais, artéria vertebral, orelha média e região mastóidea, entre outras (DEHEN; MASSON; CAMBIER, 1999).

O cérebro propriamente dito é quase totalmente insensível à dor, mas o tracionamento dos seios venosos em torno do encéfalo, a lesão da dura-máter ou artérias meníngeas podem causar dor intensa. Assim como qualquer tipo de estímulo de traumatismo, esmagamento ou estiramento dos vasos sanguíneos das meninges e do cérebro (MORRE; DALLEY, 2001; GUYTON; HALL, 2006).

Algumas cefaleias parecem ser de origem dural, como aquelas que ocorrem após uma punção espinal lombar para remoção de líquido. Acredita-se que esse procedimento estimule as terminações nervosas sensitivas situadas na dura-máter, além de que, quando o líquido é removido, o cérebro desce ligeiramente, tracionando a dura-máter, o que pode desencadear a cefaleia. Por essa razão, pede-se aos pacientes para manter suas cabeças abaixadas após uma punção lombar (MORRE; DALLEY, 2001).

As cefaleias podem ser sintomas e/ou sinais que conduzem

ao diagnóstico de uma enorme variedade de situações médicas (CARVALHO, 2003). Em alguns casos, a cefaleia é a própria doença ou síndrome, é o principal sintoma de uma condição na qual não são identificadas alterações morfológicas, metabólicas, tóxicas ou infecciosas como causa. Sua origem reside em alterações bioquímicas cerebrais, algumas delas, determinadas geneticamente, e sobre tal susceptibilidade endógena atuam fatores ambientais. Essas são as chamadas cefaleias primárias, que ocorrem sem etiologia demonstrável pelos exames clínicos ou laboratoriais usuais. Os principais exemplos são: enxaqueca (migrânea), cefaleia tipo tensional, cefaleia em salvas entre outras (SPECIALI, 1997).

Quando a dor de cabeça é consequência de uma agressão ao organismo, de ordem geral ou neurológica, é classificada como cefaleia secundária, pois as doenças que a provocam são demonstráveis pelos exames clínicos ou laboratoriais. Entre as causas de cefaleias secundárias podemos incluir: sinusites agudas, infecções do sistema nervoso ou sistêmicas, tumores, problemas cervicais, hemorragias intracranianas, isquemias, vasculites, trombose venosa, infecções sistêmicas, disfunções endócrinas, intoxicações, meningites, encefalites, lesões expansivas e muitas outras (SPECIALI, 1997).

Segundo Speciali (1997), é muito difícil classificar e diferenciar doenças, em especial as cefaleias. Assim, para o diagnóstico correto o profissional deverá saber ouvir e perguntar ao paciente particularidades a respeito de sua dor.

2.2 ENXAQUECAS

A enxaqueca é uma forma de cefaleia crônica primária que pode ser definida como uma reação neurovascular anormal que ocorre num organismo geneticamente vulnerável e que se exterioriza, clinicamente, por episódios recorrentes de cefaleia e manifestações associadas que geralmente dependem de fatores desencadeantes. Essa definição, embora incompleta, tem o mérito de incorporar dois fatores fundamentais da enxaqueca: o endógeno, genético, e o exógeno, também denominado de ambiental (ORTIZ et al., 2002).

Erroneamente, porém, muitas vezes a palavra enxaqueca é utilizada como sinônimo de dor de cabeça, enquanto, na verdade, ela é uma das condições que a causa (LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007). O nome enxaqueca é derivado da palavra hemicrania, que significa dor em uma das metades da cabeça, embora a mesma possa ser generalizada (SPECIALI, 1997).

As enxaquecas podem ser classificadas como cefaleia primária, por não apresentar uma etiologia demonstrável por exames clínicos ou laboratoriais usuais, onde são verificadas desordens neuroquímicas, encefálicas. Podem estar associadas com alterações do sistema nervoso e ativação do sistema trigêmeo-vascular. O quadro varia em frequência, duração e incapacitação entre cada paciente e entre os ataques (CARVALHO, 2003).

A enxaqueca é uma doença neurológica crônica caracterizada por episódios dolorosos e debilitantes. As crises de enxaqueca interferem nas atividades pessoais e profissionais dos indivíduos. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe, 2001), 30 milhões de pessoas sofrem de enx-

aqueca, podendo afetar cerca de 20% das mulheres e 5 a 10% da população masculina. A prevalência de enxaqueca varia de acordo com a idade. Ocorre em 3 a 10% das crianças, sendo que antes da puberdade predominam nos meninos e após, há predominância no sexo feminino (ORTIZ et al., 2002).

2.2.1 Etiologia e Fisiopatologia das Enxaquecas

Também conhecida como migrânea, a enxaqueca é caracterizada por ataques de dor de cabeça uni ou bilaterais, em geral com caráter pulsátil, com intensidade moderada a intensa, precedida ou não por sintomas e/ou sinais psíquicos, clínicos e neurológicos denominados aura (visão enevoadada, aparecimento de relâmpagos de luzes coloridas). Seguem-se náuseas, vômitos, intolerância à luz (fotofobia) e aos sons (fonofobia), podendo piorar com a atividade física rotineira (PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003; IHS, 2004).

As crises de enxaqueca podem ser desencadeadas por diferentes fatores, variando de paciente para paciente e mesmo de crise para crise em um mesmo paciente. Às vezes determinados alimentos são desencadeadores, como: chocolate, queijos, frutas ácidas e cítricas, glutamato monossódico, bebidas alcoólicas (principalmente o vinho tinto), cafeína ou jejum prolongado. Outras vezes, a privação ou excesso de sono, fadiga ou odores, variações climáticas são fatores desencadeantes. Variações hormonais, principalmente a menstruação, podem precipitar as crises de enxaquecas. Os fatores desencadeantes mais citados pelos pacientes parecem ser os distúrbios emocionais, estresse e depressão (LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007).

As cefaleias da enxaqueca resultam de fenômenos vasculares anormais. Uma das teorias sobre sua causa é que a emoção ou tensão prolongada causa vaso-espasmo reflexo de algumas artérias da cabeça, que leva à isquemia de porções do cérebro. Outras teorias incluem anormalidades psicológicas e também vaso-espasmo causado por excesso de potássio em porções localizadas do líquido cerebral extracelular (MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006; LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007).

A enxaqueca é uma doença primária do cérebro, podendo ser considerada com uma forma de cefaleia neurovascular, uma perturbação em que os eventos neuronais resultam em dilatação dos vasos sanguíneos que, por sua vez, provoca dor e subsequente ativação neuronal. Há fundamentalmente duas teorias a competir entre si para explicar a patogênese da enxaqueca: a teoria vascular e a teoria neurogênica. Inicialmente opostas – hoje, conhecidas como complementares (MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006).

Atualmente, um grande número de pesquisas vem sendo realizado no mundo todo com o intuito de elucidar os mecanismos fisiopatológicos da migrânea, ainda não totalmente esclarecidos. Sabe-se que algumas substâncias têm um papel muito importante no mecanismo da fisiopatologia da enxaqueca, tais como: serotonina, peptídeos vasoativos, óxido nítrico, catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, dopamina), histamina, prostaglandinas (SILBERSTEIN, 2004; MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006; LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007).

Algumas teorias afirmam que a migrânea seja causada pela dilatação dos vasos arteriais. Outras acreditam que seja causada pela dilatação das anastomoses arteriovenosas. Uma propõem que a causa da migrânea seja a distensão, inflamação ou compressão de estruturas sensíveis à dor nos segmentos cranianos, e outras associam a Depressão Alastrante para explicar as crises de enxaqueca (VINCENT, 1997; LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007).

Segundo a Liga de Cefaléia de Marília (2007), a enxaqueca apresenta um conjunto de sintomas que podem ser agrupados em quatro fases:

✓ **Pródromo (sintomas premonitórios):** muitos pacientes apresentam, antes da fase de dor de cabeça, sintomas premonitórios. Estes podem surgir até 24 horas antes da cefaleia. São relatados depressão, irritabilidade, bocejos, dificuldade de concentração, desejos por determinados alimentos, sonolência, sensibilidade à luz e ao som, fraqueza muscular, pele sensível, entre outros (SBCe, 2001).

✓ **Aura:** corresponde a uma manifestação clínica decorrente de uma disfunção no córtex cerebral ou no tronco cerebral. Esta em geral precede a cefaleia, mas pode acompanhá-la ou sucedê-la. A aura pode ocorrer sem cefaleia. Vários tipos de aura são descritos e um paciente pode ter mais de um tipo na mesma crise. As auras visuais são as mais comuns, podendo ser positivas ou negativas. Positivas quando há cintilações e negativas quando uma parte do campo de visão é afetada. É mais raro aparecerem distorções visuais, alucinações e desordens complexas da percepção visual como micro, macropsias ou metamorfopsias. A aura sensitiva se manifesta por parestesias ou adormecimento de segmentos como região perioral e parte distal do membro superior. Muitas vezes a aura sensitiva está associada à aura visual. A aura motora apresenta hemiparesias e está muito associada à aura visual (LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA, 2007).

✓ **Cefaleia:** a dor de cabeça é uni ou bilateral, podendo iniciar de um lado da cabeça ou numa região localizada desta e se propagar, tornando-se bilateral. Quando unilateral, pode mudar de lado numa mesma crise ou em crises sucessivas. Geralmente é latejante, de intensidade moderada a intensa, associada à náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia e, por vezes, osmofobia (LIPTON; STEWART; CELENTANO, 1992). Quando a dor de cabeça começa a diminuir, pode aparecer hipersensibilidade do couro cabeludo. A crise pode durar de 4 a 72 horas (ORTIZ et al., 2002; MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006).

✓ **Pós-dromos:** neste momento da crise de enxaqueca, alguns pacientes se sentem exaustos, irritados, com diminuição da capacidade de concentração e alterações do humor. Outros se mostram aliviados e com certo grau de euforia (MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006).

2.2.2 Classificação das Enxaquecas

A Sociedade Internacional de Cefaleia propôs a Classificação e Critérios de Diagnósticos das Cefaleias, Neuralgias Cranianas e Dor Facial, baseada em aspectos clínicos, fisiopatológicos e etiopatogênicos (CARVALHO, 2003). Além da importância científica, da uniformização de nomenclatura,

esta classificação tem importância clínica para o diagnóstico, prognóstico e terapêutica das cefaleias (SPECIALI, 1997).

A Sociedade Internacional de Cefaleia divulgou uma classificação proposta por um Comitê Ad Hoc que estabelece os seguintes subgrupos de enxaqueca ou migrânea: Migrânea sem aura, Migrânea com aura, Síndrome periódica da infância, Migrânea retiniana, Complicações da enxaqueca e Prováveis migrêneas (IHS, 2004).

Migrânea sem aura: antigamente denominada de enxaqueca comum. Nela ocorrem crises de cefaleia sem aura recorrentes, durando de 4 a 72 horas. A cefaleia, em geral, é unilateral, pulsátil, moderada ou severa em intensidade e associada a náuseas e vômitos, foto e fonofobia. A atividade física rotineira pode agravar a dor (AHS, 2007).

Migrânea com aura: anteriormente denominada de enxaqueca clássica. Esta apresenta sintomas decorrentes de disfunção no córtex ou tronco cerebral, que se desenvolvem de forma gradual em 5 a 20 minutos e podem durar até 60 minutos, seguindo-se então a cefaleia com características semelhantes à forma anterior. Existem vários tipos de aura, sendo as manifestações visuais as mais frequentes. As auras motoras determinam hemiplegia transitória e as sensitivas ocasionam hemiparesias e são mais raras. Alterações na fala podem ocorrer eventualmente (PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

Esta forma de migrânea pode ser subdividida em: a) Migrânea com aura típica com cefaleia migranosa; b) Migrânea com aura típica com cefaleia não migranosa; c) Migrânea com aura típica sem cefaleia; d) Migrânea hemiplégica familiar; e) Migrânea hemiplégica esporádica e f) Migrânea do tipo basilar (IHS, 2004).

Síndrome periódica da infância: pode ser precursora ou associada à enxaqueca, são sintomas recorrentes como vômitos cíclicos, vertigem paroxística, dores abdominais recorrentes, distúrbios de sono, hiperatividade, dores de crescimento e pseudo-angina. São considerados por alguns como equivalentes da enxaqueca, já que muitas crianças apresentam estes sintomas antes do aparecimento da enxaqueca (AHS, 2007).

Migrânea retiniana: é rara e se manifesta por escotomas ou amaurose monocular transitória durante menos de uma hora e associada à cefaleia (IHS, 2004).

Complicações da enxaqueca: incluem Migrânea crônica, "Status" enxaquecoso, Aura persistente sem infarto, Infarto migranoso, Apreensões Migraine-provocadas (IHS, 2004; AHS, 2007).

Prováveis Migrêneas: estes tipos podem ser descritos como a) Migrânea provável sem aura, b) Migrânea provável com aura, c) Migrânea crônica provável (AHS, 2007).

Os critérios da Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS, 2007) de diagnóstico para a enxaqueca sem aura (enxaqueca comum) são:

a) apresentar pelo menos cinco crises de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas com sucesso). Cefaleias com localização unilateral, do tipo pulsátil, de intensidade moderada a grave com agravamento por qualquer atividade física de rotina;

b) durante a cefaleia, apresentar, no mínimo, um dos seguintes sintomas: náuseas e/ou vômitos, fotofobia ou fono-

fobia não atribuída a qualquer outra doença.

Para a enxaqueca com aura denominada enxaqueca clássica, a Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS, 2004) determina que o diagnóstico seja:

a) apresentar pelo menos duas crises com aura, consistindo, no mínimo, num dos seguintes sintomas, mas sem perturbações motoras: sintomas visuais totalmente reversíveis, incluindo aspectos positivos (ex.: luzes, manchas ou linhas iridescentes) e/ou aspectos negativos (ex.: perda de visão); sintomas sensoriais totalmente reversíveis, incluindo aspectos positivos (ex.: formigueiro) e/ou aspectos negativos (ex.: entorpecimento); distúrbios disfásicos da linguagem totalmente reversíveis.

b) apresentar no mínimo dois dos seguintes sintomas: sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensoriais unilaterais; no mínimo um sintoma de aura desenvolvendo-se gradualmente por mais de cinco minutos e/ou diferentes sintomas de aura em sucessão por mais de cinco minutos ou cada sintoma com duração entre 05 e 60 minutos; Cefaleia com todas as características acima relacionadas e que se incide durante a aura ou nos 60 minutos seguintes à aura e não ser atribuível à outra doença.

2.3 TRATAMENTO

O tratamento das cefaleias na enxaqueca deve ser personalizado. Isso significa que o enxaquecoso deve ser tratado, e não a enxaqueca propriamente dita. O manejo terapêutico desse doente requer uma abordagem abrangente, levando em conta seu perfil psicológico, seus hábitos de vida, a presença de fatores desencadeantes, o tipo de crise e a sua frequência, duração e intensidade e perfil dos sintomas associados, tais como náuseas e vômitos (ORTIZ et al., 2002; CARVALHO, 2003).

O tratamento adequado escolhido deve ser baseado na eficácia, preferencialmente comprovada por ensaios clínicos, na presença de comorbidades e associações, na preferência do paciente e simplicidade posológica (SILBERSTEIN; SAPER; FREITAG, 2001; CARVALHO, 2003).

É importante considerar no tratamento as medidas gerais e as medidas farmacológicas. Identificar condições coexistentes como cardiopatias, gastropatias, nefropatias, gravidez e hipertensão descontrolada, pois podem orientar e limitar as escolhas terapêuticas (CARVALHO, 2003). Deve-se explicar ao paciente, em termos acessíveis, o que é a enxaqueca e o que pode ser feita para tratá-la. Evitar fatores desencadeantes, desde que detectados, é muito importante no êxito do tratamento (ORTIZ et al., 2002).

O objetivo do tratamento da enxaqueca é diminuir o impacto da dor de cabeça na qualidade de vida e da necessidade de atendimento emergencial, impedir ou diminuir a ocorrência de novas crises. Os pacientes devem compreender que o tratamento não consegue eliminar as crises, mas diminui a intensidade e frequência das mesmas (CARVALHO, 2003; MACHADO; BARROS; PALMEIRAS, 2006).

O tratamento do paciente com enxaqueca pode ser focado em duas bases principais: o tratamento agudo, abortivo de crises, e o tratamento preventivo ou profilático. Em ambos se pode propor abordagem não medicamentosa e medicamen-

tosa (CARVALHO, 2003).

A meta do tratamento agudo é promover o alívio da dor o mais rápido possível, com mínimos efeitos adversos recuperar a capacidade funcional do paciente. Vários medicamentos, isoladamente ou em combinação, são usados para controle sintomático das crises (MOREY, 2000).

Alguns medicamentos para aliviar crises de cefaleia de enxaqueca, segundo Snow e colaboradores, (2002): a) Analgésicos não-opioides (analgésicos não relacionados quimicamente a morfina) e AINE (antiinflamatórios não esteroides): ácido acetilsalicílico, paracetamol, ibuprofeno, naproxeno, ácido talfenâmico; b) Combinação de analgésicos opioides e não opioides: codeína combinado com paracetamol; c) Alcaloides do ergot: ergotamina, diidroergotamina (intranasal); d) Triptanos: sumatriptano (oral ou subcutâneo), zolmitriptano, naratriptano, rizatriptano (orais), almotriptano, flaviptriptano e eletriptano; e) Antieméticos, como metoclopramina para vômitos e náuseas, considerados sintomas incapacitantes na crise de enxaqueca.

Triptanos são indicados para pacientes que não respondem a AINE ou têm crises graves. Diidroergotamina (DHE) são usados em pacientes que têm crises de dor com intensidade moderada ou incapacitante. Antiinflamatórios não esteroidais, analgésicos combinados com cafeína e a combinação de isometepteno, nas crises moderadas. Limitar cuidadosamente o uso excessivo de analgésicos para prevenir a “cefaleia rebote”, ou seja, cefaleia causada por uso excessivo de medicações abortivas de crise (ORTIZ et al., 2002; CARVALHO, 2003).

O tratamento agudo pode também ser não medicamentoso e se basear em repouso, técnicas de relaxamento físico e mental, massagem, compressas, termoterapia (PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

O tratamento preventivo deve ser instituído quando a frequência de crises for maior que duas ou três vezes por mês, quando a enxaqueca interferir na rotina do paciente, apesar do tratamento agudo, quando há contra-indicação, falha e efeitos adversos ou uso excessivo da terapia aguda (SNOW et al., 2002; CARVALHO, 2003; PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

A terapêutica profilática visa reduzir a frequência, a gravidade e a duração da crise de enxaqueca, melhorar a resposta ao tratamento das crises e a capacidade funcional, reduzindo a incapacidade (SBCe, 2002; SNOW et al., 2002; CARVALHO, 2003).

As diretrizes que devem ser utilizadas são: início com doses baixas; usar por tempo adequado, no mínimo três meses; evitar medicações concomitantes como anticoncepcionais, estatinas, vasodilatadores, anorexígenos, cafeína, uso excessivo de analgésicos; avaliar monoterapia (um único método terapêutico); avaliar comorbidades para detectar oportunidades de limitações terapêuticas. A meta principal é a redução em 50% das crises e melhora da qualidade de vida do paciente (SILBERSTEIN; SAPER; FREITAG, 2001; PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

As classes de remédios mais utilizadas para o tratamento profilático são os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, norriptilina), os anticonvulsivos (divalproato de sódio,

gabapentina, topiramato), os beta-bloqueadores (propranolol, nadolol, atenolol) e bloqueadores de canal de cálcio (verapamil, flunarizina) e terapia hormonal. Outras opções incluem riboflavina (vitamina B12) em altas doses, magnésio e pizotifeno (MOREY, 2000; SILBERSTEIN; SAPER; FREITAG, 2001; PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

Para a profilaxia não medicamentosa recomenda-se sono e alimentação regulares, exercícios físicos e não ingestão de alimentos desencadeantes. Outras medidas incluem hipnoterapia, homeopatia, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, ajustes oclusais, manipulação cervical, técnicas de relaxamento, abordagem psicológicas e cognitivo-comportamentais e até o biofeedback, técnica que usa aparelhos eletrônicos que emitem sinais visuais e/ou auditivos, permitindo que o paciente entre em contato com alguns aspectos de seu sistema biológico, de forma que ele aprenda a controlar reações fisiológicas que mudam com a dor, aliviando-a (SILBERSTEIN; ROSENBERG, 2000; SBCe, 2002; CARVALHO, 2003; PERES; ZUKERMAM; ANDRADE, 2003).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, verifica-se que a etiologia e fisiopatologia da enxaqueca ainda não estão totalmente esclarecidas e diagnosticá-la é uma tarefa difícil e apresenta problemas particulares, pois não há exames laboratoriais que possam ser utilizados como critérios de diagnósticos. Existem síndromes típicas, mas, também, muitas formas de transição. Para o diagnóstico correto, a única informação para o médico é a referida pelo paciente, sendo importante saber ouvir e fazer perguntas objetivas no momento adequado.

Estudos sugerem que a enxaqueca não é apenas uma doença crônica. Em alguns doentes, a doença apresenta uma natureza progressiva, crises com frequência e gravidade crescentes. É importante para o enxaquecoso o reconhecimento dos fatores desencadeantes das crises, onde o mesmo pode adotar medidas preventivas que contribuem para alívio ou diminuição na frequência das crises de enxaqueca. Essas mudanças de estilo de vida são variáveis entre os indivíduos. Porém, a literatura indica horários fixos para o sono e refeições, dietas com diminuição ou até eliminação de algumas substâncias entre alguns dos hábitos regulares que contribuem para uma melhor qualidade de vida do enxaquecoso.

REFERENCIAS

AHS - AMERICAN HEADACHE SOCIETY. **Migraine Headaches**. 2007. Disponível em: <<http://www.achenet.org/education/patients/TypesofHeadaches.asp#migraine>> Acesso em: 19 set. 2007.

CARVALHO, D. S. Cefaléias. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 60, n. 5; p. 238-260, maio 2003.

DEHEN, H.; MASSON, M.; CAMBIER, J. **Manual de neurologia**. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Medsi, 1999.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

IHS - INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition (ICHD-II), **Cephalalgia**, v. 24, p. 9-160, 2004.

KRYMCHANTOWSKI, A. V.; MOREIRA, P. F. Cefaléias crônicas diária primária. Apresentação clínica. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 58, p.437-451, 2000.

LIGA DE CEFALÉIA DE MARÍLIA. **Classificação de cefaléias**. Disponível em: <<http://www.famema.br/ligas/cefaleia/apostila.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

LIPTON, R. B.; STEWART, W. F.; CELENTANO, D. D. Undiagnosed migraine headaches: a comparison of symptom-based and reported physician diagnosis. **Archives of Internal Medicine**, v. 156, p. 1273-1278, 1992.

MACHADO, J.; BARROS, J.; PALMEIRAS, M. Enxaqueca fisiopatologia clínica e tratamento. **Revista portuguesa clínica geral**, v. 22, p. 461-470, 2006.

MORRE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para clínica**. 4. ed. São Paulo, SP: Guanabara Koogan, 2001.

MOREY, S. S. Guidelines on migraine: Recommendations for individual drugs. **American family physician**, Kansas City, v. 62, p. 2145-2148, 2000.

NOBRE, M. E. **Cefaléia em salvas**. 2. ed. São Paulo, SP: Lemos, 2006. v. 1.

ORTIZ F. et al. **Cefaléias Primárias: aspectos clínicos e terapêuticos**. 2. ed. São Paulo, SP: Zeppelini, 2002.

PERES, F. P. M.; ZUKERMAM, E.; ANDRADE, L. A. F. Cefaléias primárias. **Revista brasileira de medicina**, v. 60, p 17-23, 2003.

PERES, M. **Dor de cabeça o que ela quer com você?** São Paulo, SP: Integrare, 2008.

SILBERSTEIN, S. D.; ROSENBERG, J. Multispeciality consensus on diagnosis and treatment of headache. **Neurology**, New York, v. 54, p. 1553, 2000.

SILBERSTEIN, S. D.; SAPER, J. R.; FREITAG, F.G. Migraine: diagnosis and treatment. In: **WOLFF'S HEADACHE AND OTHER HEAD PAIN**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2001. p.121-237.

SILBERSTEIN, S. D. Migraine pathophysiology and its clinical implications. **Cephalalgia**, v. 24, n. 2, p. 2-7, 2004.

SPECIALI, J. G. Classificação das cefaléias. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 30, p. 421-427, 1997.

SNOW, V. et al. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 137, p. 840-849, 2002.

SBCe - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 159-169, mar. 2002.

_____. **Tipos de Dores de Cabeça**. 2001. Disponível em: <<http://www.sbce.med.br>>. Acesso em: 28 set. 2007.

VINCENT, M. Fisiopatologia da enxaqueca (ou migrânea). **Medicina Ribeirão Preto**, v. 30, p. 428-436, 1997.

Recebido em: 15 Abril 2009

Aceito em: 30 Junho 2009