

Ansiedade e Depressão em Pacientes Migranosos - Editorial

Deusvenir de Souza Carvalho

Médico Neurologista, Professor Adjunto e Chefe do Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias, Disciplina de Neurologia Clínica, Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo-SP, Brasil.

A cefaleia acomete cerca de 8 a cada 10 indivíduos neste planeta sendo uma morbidade de grande impacto na qualidade de vida independente de fatores socioeconômicos, culturais ou de faixa etária¹. Estudos recentes apontam maior intensidade deste impacto para a enxaqueca ou migrânea que ainda é sub-reconhecida, sub-diagnosticada e sub-tratada^{1,2}.

Além de diversos agravantes e desencadeantes relacionados a ainda pouco conhecida evolução da migrânea, adicionam um peso maior ao sofrimento desses pacientes, a frequente associação com eventos isquêmicos cerebrais, epilepsia, alergias, asma, distúrbios de sono, déficit de atenção, prolapso de válvula mitral, forame oval patente e as comorbidades, principalmente as psiquiátricas como a depressão e a ansiedade^{1,3}. O prognóstico de quadro crônico de base gênica como a migrânea passa por fortes evidências de agravamento e as comorbidades, invariavelmente podem interferir de forma bidirecional ou seja, quando não identificadas e não tratadas convenientemente, agravam o quadro da migrânea e quando ocorre o mesmo com a migrânea, as comorbidades existentes também se agravam.

A migrânea com aura tem mecanismos neuroquímico-vasculares melhor identificados que concorrem para complicações clínicas. Os mecanismos isquêmicos reconhecidos na década de 40 e demonstrados estarem associados ao fenômeno neuronal da depressão alastrante de Leão pelas novas tecnologias (SPECT) e denominados então de “oligêmicos” e a neuroquímica serotoninérgica, levaram até a hipotetizar tratar-se de outra afecção diversa da forma sem aura⁴. Tanto na migrânea com aura como na sem aura, a maior duração das crises, bem como a complicação de ambas ao transformar-se em migrânea crônica, levam a necessidade de médico cuidadoso e atualizado em seus mecanismos⁵.

O melhor cuidado aos pacientes com migrânea implica em incorporar estratégias desde a anamnese até as propostas de tratamentos medicamentosos, não medicamentosos e cuidados multidisciplinares. A terapêutica focando somente alívio e prevenção da dor de cabeça fica insatisfatória. É importante tratar eficaz e rapidamente o ataque, com mínimos efeitos adversos. Recuperar a capacidade funcional do paciente. Minimizar as necessidades de visita hospitalar de emergência. Otimizar a capacidade de se cuidar e reduzir a busca de outros recursos. Agir prontamente, pois retardar só piora e amplia o impacto da enxaqueca. O manejo completo necessariamente deve incluir a abordagem das comorbidades. Vale transcrever o texto (em itálico) dos autores desse trabalho⁶:

“É importante ressaltar que todos os pacientes incluídos em nossa pesquisa tiveram a ‘dor de cabeça’ como queixa principal, os sintomas ansiosos e depressivos apenas foram relatados quando pesquisados na anamnese. Isso sugere que os pacientes podem ter receio em relatar as queixas emocionais e que, se o médico não buscar ativamente esses sintomas, pode não diagnosticar as comorbidades psiquiátricas. O fato de não identificar a coexistência de ansiedade e depressão certamente compromete a eficiência do tratamento. A eficácia e a tolerabilidade ao tratamento agudo são menores nos pacientes migranosos que têm associação com depressão e/ou ansiedade, há ainda redução maior na qualidade de vida quando comparado aos pacientes apenas com migrânea. Não podemos, portanto, ficar restritos aos sinais e sintomas clássicos da migrânea (intensidade, localização, caráter, frequência, pródromos, presença ou não de aura), é essencial que perguntemos aos nossos pacientes migranosos sobre a existência de sintomas de ansiedade generalizada e de depressão maior (não devemos aguardar que esses sintomas sejam espontaneamente relatados na anamnese)”.

REFERÊNCIAS

1. Dahlöf CGH, Solomon GD. Impact of the headache on the individual and family. In: *The Headaches*. Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, Eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p.27-34.
<http://dx.doi.org/10.1177/0333102412447702>
2. Manhalter N, Bozsik G, Palásti A, Csépany E, Ertsey C. The validation of a new comprehensive headache-specific quality of life questionnaire. *Cephalalgia* 2012;32:668-82.
<http://dx.doi.org/10.1177/0333102412447702>
3. Merikangas KR, Low NCD, Rasmussen BK. Migraine comorbidity. In: *The Headaches*. Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (Eds). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 243-249.
4. Olesen J, Larsen B, Lauritzen M. Focal hyperemia followed by spreading oligemia and impaired activation of RCBF in classic migraine. *Ann Neurol* 1981;9:344-52.
<http://dx.doi.org/10.1002/ana.410090406>
5. Charles A. The evolution of a migraine attack - A Review of recent evidence. *Headache* 2013;53:413-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/head.12026>
6. Albuquerque AV, Albuquerque LHM, Moreira-Filho PF. Ansiedade e Depressão em Pacientes Migranosos. *Rev Neurocienc* 2013;21(1):22-27.
<http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2013.21.689.6p>