

Enxaqueca - Critérios de Diagnóstico e Tratamento

*Eliova Zukerman
Susanmeire Negro Minatti Hannuch*

RESUMO

Enxaqueca é uma forma de céfaléia de elevada prevalência nos estudos populacionais. Atualmente está sendo utilizada a Classificação da International Headache Society para o melhor diagnóstico de enxaqueca. Este artigo aborda os critérios diagnósticos atualmente aceitos para enxaqueca bem como o tratamento. As principais drogas utilizadas para o tratamento da crise e para a profilaxia estão sendo discutidas.

UNITERMOS

Enxaqueca. Classificação . Diagnóstico . Tratamento

O conceito de enxaqueca baseia-se na Classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia.

A enxaqueca apresenta vários subtipos definidos atualmente como enxaqueca sem aura, com aura, oftalmoplégica, retiniana, síndrome periódica da infância e ainda as complicações da enxaqueca e as desordens enxaquecosas não preenchendo os critérios acima. Vamos comentar os 2 primeiros subgrupos pois são os mais frequentes.

A enxaqueca sem aura apresenta-se com crises que duram de 4 a 72 horas, deve ser acompanhada de pelo menos de um dos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, fono ou fotofobia. Devem ter 2 ou mais das características da dor a saber: unilateral, pulsátil, moderada a severa intensidade e agravada por esforços físicos. Em geral tem componente familiar. É necessário que o paciente tenha 5 crises que preencham os critérios acima.

A enxaqueca com aura se prende muito a descrição da aura, precisa ter 3 das 4 seguintes características: um ou mais sintomas neurológicos reversíveis e que indiquem comprometimento de área cortical ou do tronco cerebral. As manifestações de aura não devem ultrapassar 60 minutos. Se ocorrerem sintomas de aura de mais de um tipo, então o tempo pode ser maior. A céfaléia ocorre num intervalo menor de 60 minutos da aura, porém pode aparecer antes ou durante a manifestação de aura. É preciso que o paciente tenha pelo menos duas crises que se enquadrem nestes critérios. Além disto a Classificação se ocupa com subtipos de aura definindo aura típica cujas manifestações, em ordem de frequência, são: visual, sensorial, motora e afásica.

A enxaqueca com aura prolongada corresponde a manifestações que duram mais de 60 minutos e menos que uma semana. Anteriormente denominavam-se enxaqueca complicada.

A enxaqueca familiar hemiplégica constitui um grupo com raros reunindo pacientes com manifestações de aura motora e apresentando pelo menos um parente de primeiro grau com manifestações semelhantes.

A enxaqueca basilar deve ter pelo menos 2 dos seguintes sintomas de aura: hemianopsia, disartria, vertigem, tinito, baixa da acuidade auditiva, diplopia, ataxia, parestesia bilateral, paresia bilateral, alteração do nível de consciência. A aura enxaquecosa sem céfaléia é mais frequente em pacientes que sofreram de enxaqueca com aura e que após certa idade passaram a ter apenas as manifes-

tações de aura sem cefaléia. Existem casos de aura sem cefaléia que devem ser diferenciados dos fenômenos tromboembólicos.

A enxaqueca com aura de início agudo se caracteriza por manifestações que se instalam em menos de 4 minutos e nestes casos deve ser feito diagnóstico diferencial com fenômenos tromboembólicos.

A fisiopatologia da enxaqueca não será motivo deste artigo porém alguns tópicos serão abordados somente quando importante para justificar as medidas terapêuticas.

Antes de estabelecer a terapêutica é importante determinar corretamente o diagnóstico valendo-nos para tal dos critérios da Classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia. Nos casos de dúvida ou quando aparecem elementos que possam sugerir tratar-se de cefaléia sintomática recomenda-se investigação através de exames de imagem ou outros, necessários para a completa elucidação. Além disto é preciso considerar o paciente como um todo identificando distúrbios clínicos, neurológicos e psicológicos, para que estes aspectos, quando presentes, sejam devidamente considerados na estratégia terapêutica.

FATORES DESENCADEANTES

São numerosos os fatores que podem desencadear uma crise de enxaqueca e dentre eles o stress é o mais frequente. Muitas pacientes referem um agravio ou o aparecimento de crise durante o período perimenstrual e os fatores hormonais tem papel importante. Alguns alimentos são referidos como provocadores notadamente determinados queijos, e chocolate. O álcool em geral e principalmente o vinho tinto são fatores de relevo.

O sono, tanto em excesso como em privação, os exercícios físicos excessivos, mudanças climáticas bruscas, ruídos, odores fortes e mesmo luz intensa são relatados. Obviamente estes fatores desencadeantes, quando identificados, devem ser evitados ou considerados no tratamento.

Uma decisão importante diz respeito a se estabelecer o tratamento sintomático, isto é, somente da crise, ou tratamento profilático que visa prevenir o aparecimento das crises ou mesmo reduzir sua frequência e intensidade.

TRATAMENTO DA CRISE

A abordagem será diferente conforme se trate de cefaléia leve, moderada ou intensa.

Nas crises leves, medidas não farmacológicas como bolsa de gelo, repouso em quarto escuro, e sono podem ajudar. Analgésicos comuns podem ser adicionados.

Nas crises moderadas a associação a antiinflamatórios não esteroidais é útil.

Nas crises severas ou quando aparecem náuseas e vômitos, associamos metoclopramida ou domperidone, e derivados de ergotamina, tanto o tartarato de ergotamina como a dehidroergotamina.

Estudos recentes tem mostrado a eficácia do sumatriptan e da dehidroergotamina spray nasal.

Vamos tecer algumas considerações sobre os medicamentos usados no tratamento da crise de enxaqueca.

• Analgésicos

Em geral agem reforçando a ação do sistema opióide endógeno e também por ação inibitória de prostaglandinas. São importantes o ácido acetilsalicílico, a dipirona e o acetoaminofeno. Na crise de enxaqueca está comprovado que existe uma deficiente absorção gastrintestinal destes medicamentos. Por esta razão, a associação ao domperidone e metoclopramida se torna interessante. É importante lembrar que os analgésicos em geral provocam alterações gástricas e principalmente o acetoaminofeno pode determinar complicações hepáticas e renais se usado excesso.

• Antinflamatórios não esteroidais

Estes tem efeito analgésico e antiinflamatório e agem por mecanismos que inibem a ciclooxygenase e a síntese das prostaglandinas, assim como inibem a lipooxygenase e a síntese de leucotrienos. Podem provocar distúrbios gástricos como úlcera e sangramento, além de sonolência, retenção hídrica e tinito. Destes o mais usado é o naproxeno sódico na dose de 550 mg, repetida até 2 gramas, sendo cada nova dose administrada no intervalo de uma hora caso a dor não cesse.

• Isometepeno

É uma substância vasoativa com ação simpatomimética e vasoconstritora, além de uma provável ação central. É contraindicado em pacientes em uso de inibidores da monoaminoxidase, assim como em pacientes com glaucoma, hipertensão arterial e cardiopatia.

• Ergotamina

O tartarato de ergotamina é uma droga muito popular no tratamento da crise de enxaqueca. A ergotamina resiste como medicamento útil há quase um século. É derivada do fungo do centeio "claviceps purpurea". Tem ação agonista do receptor 5HT1a e 5HT1d, assim como dos receptores alfa adrenérgicos. Tem efeito vasoconstrictor agindo na musculatura lisa do vaso via 5HT(serotonina). Reduz a inflamação vascular e inibe a recaptação da noradrenalina nas sinapses centrais permitindo uma maior disponibilidade deste neurotransmissor e favorecendo a ação dele no sistema anti nociceptivo. Seu uso exagerado provoca o chamado ergotismo, podendo aparecer irritabilidade, confusão mental, piora da cefaléia, que se torna mais intensa e mais frequente. Além disto, convém lembrar os sinto-

mas de vasoconstricção periférica e podem levar a necrose tecidual, gangrena e amputação de membros. Para se evitar o abuso recomenda-se limitar seu uso a não mais que 10 mg por semana. Seu uso também não deve ser diário. Está contraindicado em pessoas de mais de 60 anos de idade, na gravidez, nas vasculopatias periféricas, vasculites, cardiopatias, hepato e renopatias, infecções e úlceras gastrointestinais. Seu uso contínuo pode causar dependência.

A absorção de ergotamina por via oral é lenta e, às vezes, causa náuseas e vômitos. Em nosso meio não dispomos das formulações para uso subcutâneo ou intramuscular, assim como para via retal. Em geral os medicamentos por via oral contêm 1mg de tartarato de ergotamina e são freqüentemente associados a cafeína, dipirona ou sedativos.

- **Dehidroergotamina**

É menos tóxica porém tem efeito menos poderoso que a ergotamina. Em nosso meio se apresenta em comprimidos de 1 mg em geral associado a outros medicamentos. Ultimamente surgiu a Dehidroergotamina spray nasal que permite uma absorção mais rápida do que a via oral.

- **Sumatriptan**

É um agonista do receptor 5HT₁-símile e possui ação muito eficaz para o tratamento da crise de enxaqueca. Apresenta-se para uso subcutâneo, 6mg por ampola e os efeitos colaterais são menores do que os ergotamínicos. Os comprimidos contêm 100mg e são destinados a crises menos severas.

TRATAMENTO PREVENTIVO.

Este é prescrito quando o paciente apresenta duas ou mais crises por mês. Citaremos vários medicamentos que serão agrupados de acordo com alguma ação básica importante.

Derivados do ergot

Metisergide. É um medicamento de eficácia comprovada, usado na dose de 2 a 8 mg por dia. Devemos prescrever-lo por não por mais que 4 a 5 meses ininterruptos, já que o uso prolongado pode determinar aparecimento de fibrose retroperitoneal, pericárdica ou pleural. Quando necessário, após intervalo de 30 a 40 dias podemos repetir a prescrição por mais 4 a 5 meses.

Pizotifeno. É um derivado similar a ciproheptadina. A dose usual é de 1 a 2 mg por dia. Pode determinar sonolência e aumento do apetite.

Antidepressivos

Vários medicamentos com ação antidepressiva são eficazes na profilaxia da crise de enxaqueca, porém não devido a sua ação antidepressiva, mas sim devido ao fato de impedir a recaptação da serotonina e noradrenalina na fenda sináptica, o que favorece a disponibilidade de neurotransmissores que intervém nas vias antinociceptivas. Sua ação pode se fazer através do reforço da ação de opióides endógenos.

- **Amitriptilina**

Pode ser prescrita na dose de 50 a 175 mg por dia. Pode determinar efeitos colaterais como sonolência, secura na boca, taquicardia, hipotensão ortostática e aumento do apetite além de tremor e por vezes quadro confusional. É recomendável iniciar com doses reduzidas e aumentar progressivamente.

- **Nortriptilina**

Na dose de diária de 50 a 150 mg é outra opção.

- **Fluoxetina**

Na dose de 20 a 40 mg pode ser útil. Alguns efeitos colaterais devem ser lembrados como insonia, agitação, acatisia, náuseas, redução do limiar convulsígeno e secreção inapropriada de hormônio antidiurético.

Betabloqueadores

Estes medicamentos são eficazes na enxaqueca independentes de sua ação betabloqueadora. Não se conhece bem os mecanismos de sua atuação, porém admite-se como possível sua interação com os mecanismos serotoninérgicos.

- **Propranolol.**

É dos mais eficientes e mais usados medicamentos deste grupo. A dose varia de 40 a 240 mg por dia. Alguns efeitos colaterais devem ser lembrados como fadiga, hipotensão arterial, bradicardia, ganho de peso, depressão, broncoespasmo. Está contraindicado em casos de asma, insuficiência cardíaca, diabete, hiperglicemia e distúrbios cerebrovasculares. A despeito destes fatos, é uma das drogas mais usadas na prevenção da enxaqueca.

- Outros medicamentos deste grupo são de comprovada eficácia: -nadolol 80 a 160 mg por dia, timolol 10 a 30 mg. O atenolol 100 a 200 mg, e o metoprolol 50 a 150 mg. Dado sua cardioseletividade podem ser usados em diabéticos e asmáticos.

Bloqueadores de canal de cálcio

Ultimamente tem-se destacado a utilidade deste grupo de medicamentos já que eles podem impedir a entrada de cálcio extracelular no espaço intracelular seja qual for o agente provo-

cador. A entrada de cálcio ativa o mecanismo actina-miosina de contração da musculatura lisa dos vasos, e favorece a vasodilatação. Isto de alguma forma impediria a hipoxia relativa que pode desencadear uma crise de enxaqueca. Além deste mecanismo os bloqueadores de cálcio impedem a liberação de 5HT periférica, bloqueiam a reação inflamatória neurovascular, e interfere no início e propagação da depressão alastrante. Existem 4 categorias destes bloqueadores: dehidropiridinas(nimodipina, nifedina, nicardipina). Fenilalkilaminas(verapamil). Benzotiazepinas(diltiazem). Difenilpiperasinas(flunarizina)

- **Flunarizina.**

É o mais freqüentemente estudado destes medicamentos e prescrito na dose de 10 mg uma vez ao dia por 4 a 5 meses. Pode produzir sono, aumento do apetite e a longo prazo é preciso lembrar a possibilidade de favorecer a depressão psíquica e quadro extrapiramidal parkinsoniano.

Anticonvulsivantes

- **Valproato de sódio.**

Nos últimos anos apareceram alguns trabalhos mostrando a eficácia deste tanto na cefaléia em salvias como na enxaqueca. A dose preconizada é de 125 a 250 mg inicialmente aumentando-se progressivamente ate 1000 ou 1500 mg diários.

Outros recursos

- **Captopril**

É um inibidor da enzima conversora de angiotensina. A dose de 12,5 a 25 mg duas vezes ao dia, pode

ser aumentada até 100 mg diários. Não se conhece o mecanismo de ação na enxaqueca e pode produzir hipertensão arterial, as vezes com alterações na gustação e angioedema.

- **Clonidina**

É um ativador alfa-adrenérgico. A dose é de 0,1mg 2 a 3 vezes ao dia. Pode provocar secura na boca, tonturas e obstipação intestinal.

Recomenda-se o uso de uma das opções acima citadas, já que a interação entre estes medicamentos pode ser negativa.

SUMMARY

Migraine is an headache of high prevalence in population studies. Nowadays is being utilized the International Headache Society Classification to improve the migraine diagnosis. This issue is about diagnostic criteria for migraine forms diagnosis and treatment. The main drugs utilized to treat the patient during crisis and the prophylactic drugs were considered.

KEY WORDS

Migraine. Classification. Diagnosis. Treatment.

Bibliografia

1. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalgia (suppl 7):1-96*, 1988.
2. Hannuch, S. N. M. ; Carvalho, D. S. ; Levyman, C. ; Zukerman, E. - Cefaléias. Uma abordagem terapêutica. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, **25**: 140-4, 1986.
3. Ramadan, N. M. ; Welch, K. M. A. - Migraine and Cluster headaches. In: *Current therapy in neurologic disease*. 4th ed. Johnson & Cgrifin, 1993, p79-86.