

# ***Migrânea***



# Migrânea

A migrânea é uma cefaleia primária em que a dor e os sinais acompanhantes ocorrem sem causa exógena.

## FISIOPATOLOGIA<sup>1</sup>

A fisiopatologia da dor e a propagação da depressão cortical são causadas por alterações no tônus vascular, com liberação neuronal e endotelial de neurotransmissores que estimulam os terminais periféricos do nervo trigêmeo. Ocorre dilatação das artérias da dura-máter e da pia-máter, além de liberação de outras substâncias que ajudam a propagar a resposta, como o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) e o polipeptídeo intestinal vasoativo (VIP). Essas substâncias promovem inflamação e, posteriormente, vasodilatação, extravasamento de proteínas, alterações celulares e endoteliais, agregação plaquetária, liberação de serotonina, substância P, CGRP e degranulação de células mastocitárias<sup>1</sup>.

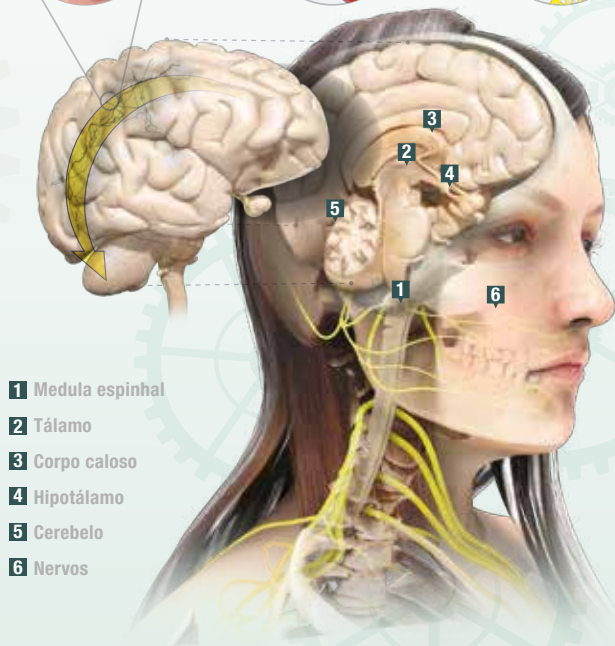
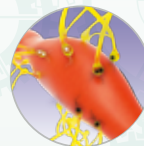
Fluxo de impulsos elétricos



Vaso sanguíneo inflamado



Atividade anormal



- 1 Medula espinhal
- 2 Tálamo
- 3 Corpo caloso
- 4 Hipotálamo
- 5 Cerebelo
- 6 Nervos

## FATORES DE ENCADEANTES<sup>2</sup>

Muitos pacientes reconhecem fatores que favorecem ou desencadeiam o episódio agudo de migrânea. O conhecimento adequado desses fatores pode ajudar a evitar um número significativo de crises de migrânea.



### Outros

Traumatismo craniano e excesso de atividade física.



### Emocionais

Estresse, alterações do humor ou excesso de atividade mental.



### Alterações do ciclo sono-vigília

Excesso de horas de sono, horas de sono insuficientes ou fins de semana.



### Clima

Alterações do clima e da estação, presença de lua cheia ou exposição solar.



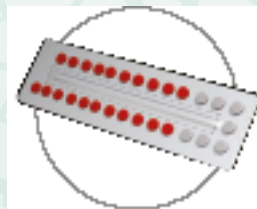
### Tóxico-alimentares

Alimentos, bebidas alcoólicas, tabagismo ou cafeína; omissão de alguma refeição.



### Físicos

Luzes brilhantes ou intermitentes, perfumes e odores intensos, fumaça de cigarro.



### Hormonais

Menstruação, uso de anticoncepcionais ou puerpério.

**Crise migrânea**



**A** Pelo menos cinco episódios de cefaleia com as características listadas de B a D.



**B** Cada crise dura entre quatro e 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)



**C** Dor com pelo menos duas das seguintes características:

1. Localização unilateral
2. Pulsatilidade
3. Intensidade moderada ou importante
4. Origem ou agravamento decorrentes de atividade física habitual (ex.: caminhar ou subir escadas)



**D** Fatores acompanhantes durante a cefaleia:

1. Náusea e/ou vômito
2. Fotofobia e fonofobia



**E** A cefaleia não é atribuível a outra doença.

## TIPOS DE DORES DE CABEÇA

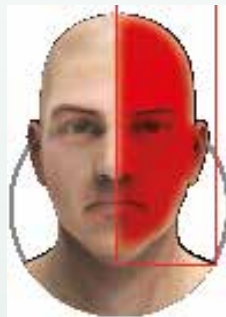
Os episódios de dor da migrânea com ou sem aura podem se iniciar na região frontal e temporal, de forma unilateral. Contudo, a dor pode, ocasionalmente, ser bilateral ou se estender para todo o crânio. No início, a cefaleia é de fraca intensidade e, aproximadamente após uma hora, a dor atinge sua intensidade máxima, sendo geralmente classificada como de forte intensidade pelos pacientes, com característica pulsátil (normalmente a dor recebe nota de 7 a 9, em uma escala de 0 a 10).



Tensão



Tensão



Migrânea



Cefaleia em salvas

## TIPOS DE CEFALEIA<sup>4</sup>

Tipo de cefaleia	Características
Migrânea	
Migrânea sem aura	Cefaleia recorrente com episódios de 4 a 72 horas de duração. As características típicas da dor são: localização unilateral, caráter pulsátil, intensidade moderada ou importante, piora com a atividade física e associação com náusea ou fotofobia e fonofobia.
Migrânea com aura	Episódios recorrentes de sintomas sensitivos ou do sistema nervoso central unilateral, transitórios (alguns minutos de duração) e visuais, que se desenvolvem progressivamente e podem preceder a cefaleia e outros sintomas associados à migrânea.
Migrânea com aura típica	Migrânea com aura, em que a aura consiste de sintomas visuais, sensitivos ou da linguagem, porém sem incapacidade motora. Caracteriza-se por desenvolvimento progressivo, pela duração de cada um dos sintomas inferior a uma hora, combinação de manifestações positivas e negativas, e dor totalmente reversível.
Migrânea crônica	Cefaleia que ocorre em mais da metade dos dias de um mês, por mais de três meses, e que, em pelo menos oito dias do mês, apresenta características de migrânea.

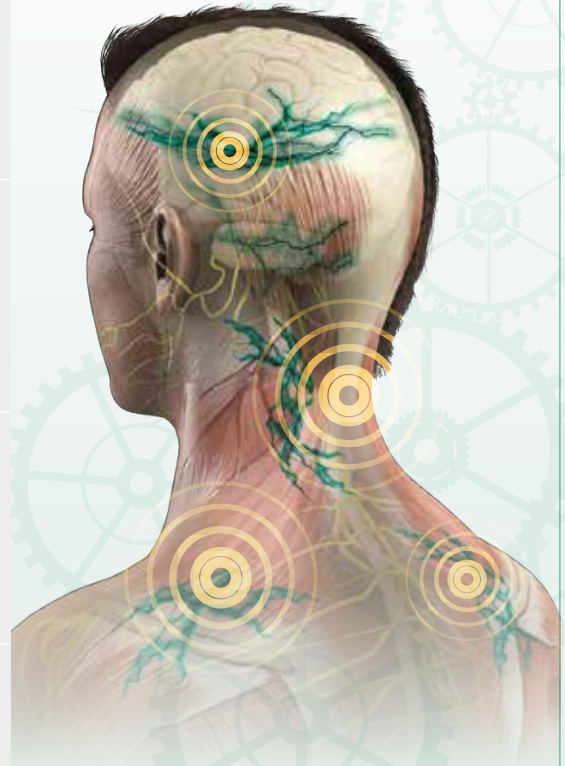
### Migrânea





Tipo de cefaleia	Características
<b>Cefaleia tensional</b>	
<b>Cefaleia tensional episódica infrequente</b>	Episódios pouco frequentes de cefaleia de localização tipicamente bilateral, com dor em aperto ou pressão, de intensidade leve ou moderada, e com duração de minutos a dias. Essa dor não piora com a atividade física habitual e não está associada a náusea, porém pode ser acompanhada por fotofobia e/ou fonofobia.
<b>Cefaleia tensional episódica frequente</b>	Episódios frequentes de cefaleia de localização tipicamente bilateral, com dor em aperto ou pressão, de intensidade leve ou moderada, e com duração de minutos a dias. Essa dor não piora com a atividade física habitual e não está associada a náusea, porém pode ser acompanhada por fotofobia e/ou fonofobia.
<b>Cefaleia tensional crônica</b>	Evolui de uma cefaleia tensional episódica frequente e apresenta episódios diários ou muito frequentes de cefaleia, de intensidade leve ou moderada, e com duração de minutos a dias. Essa dor não piora com a atividade física habitual e não está associada a náusea, porém pode ser acompanhada por fotofobia e/ou fonofobia.
<b>Migrânea crônica</b>	Cefaleia que ocorre em mais da metade dos dias de um mês, por mais de três meses, e que, em pelo menos oito dias do mês, apresenta características de migrânea.

## Cefaleia Tensional



Tipo de cefaleia	Características
<b>Cefaleia em salvas</b>	
<b>Cefaleia em salvas</b>	Crises de dor intensa, exclusivamente unilateral, na região orbitária, supraorbitária, temporal ou em qualquer combinação desses locais, com duração de 15 a 180 minutos, e que se apresentam com frequência variável, desde um episódio a cada dois dias até oito episódios por dia. A dor se associa a hiperemia conjuntival unilateral, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal ou facial, miose, ptose ou edema palpebral e agitação.
<b>Hemicrania paroxística</b>	Crises de dor intensa, exclusivamente unilateral, na região orbitária, supraorbitária, temporal ou em qualquer combinação desses locais, com duração de 2 a 30 minutos, e que ocorrem entre algumas e muitas vezes por dia. A dor se associa a hiperemia conjuntival unilateral, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal ou facial, miose, ptose ou edema palpebral.
<b>Cefaleia neuralgiforme unilateral de curta duração</b>	Crises de cefaleia de intensidade moderada ou importante, exclusivamente unilateral, com duração de segundos a minutos, e que ocorrem pelo menos uma vez ao dia. Habitualmente a dor se associa a lacrimejamento abundante e hiperemia ocular bilateral.



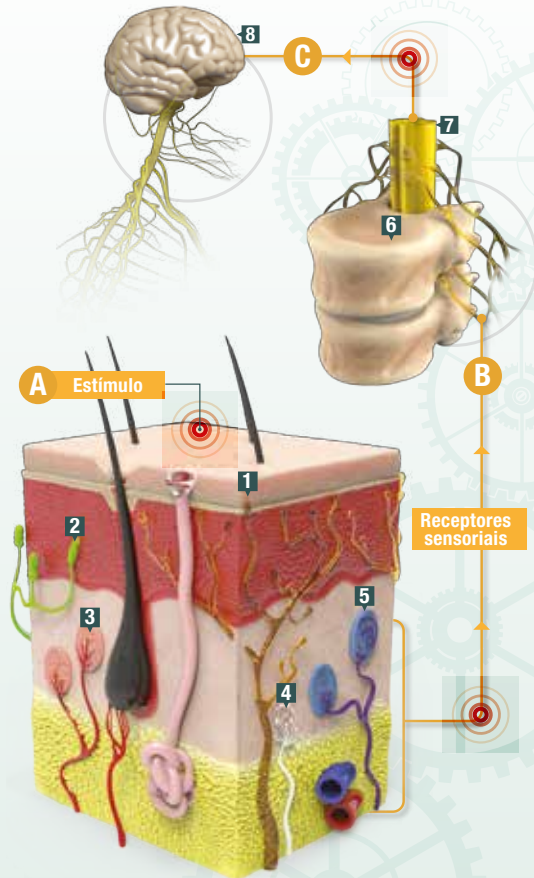


## ALODINIA: DOR NEUROPÁTICA<sup>4</sup>

As sensações dolorosas podem desaparecer ou diminuir na presença de lesões do sistema nervoso central e periférico. Paradoxalmente, as lesões ou os transtornos funcionais do sistema nervoso também podem causar dor. Por exemplo, as lesões dos nervos periféricos (como ocorre na neuropatia diabética) ou dos neurônios aferentes primários (como no herpes zóster) causam dor que irradia para a região do corpo inervada pelos nervos lesionados. Essas dores neuropáticas podem ser de forte intensidade e refratárias aos tratamentos habituais da dor.

Em termos gerais, a dor neuropática tem propriedades diferentes: causa formigamento, queimação ou sensação de choque, e estímulos muito suaves podem desencadear a dor. Ao exame físico, é característico observar déficit sensitivo no território da dor. A hiperestesia é uma sensação dolorosa muito exagerada em resposta a estímulos nociceptivos inócuos ou leves; também é característica da dor neuropática. Frequentemente, os pacientes se queixam de que estímulos um pouco maiores podem causar dor muito intensa, fenômeno este chamado de alodinia.

A alodinia cutânea pode ocorrer na cabeça, no pescoço e nos ombros, e representa um transtorno que deve ser identificado e tratado rapidamente, para evitar sua cronicidade.



## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO<sup>6</sup>

O tratamento para encerrar a crise de dor, frequentemente chamado de sintomático, é obrigatório em todos os pacientes com migrânea. Os fármacos para o tratamento da crise de migrânea podem ser divididos em não específicos, específicos e coadjuvantes. Os não específicos são os analgésicos e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Os específicos são os derivados do ergot e os agonistas dos receptores 5-HT<sub>1B/D</sub>, conhecidos como triptanos. Os medicamentos coadjuvantes são os antieméticos/procinéticos (domperidona, metoclopramida), necessários em pacientes com náusea e vômito.



# FÁRMACOS RECOMENDADOS PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA MIGRÊNEA

## Analgésicos-AINEs

Ácido acetilsalicílico: 500-1.000 mg, via oral, solúvel ou efervescente

Naproxeno sódico: 500-1.100 mg, via oral ou retal

Ibuprofeno: 600-1.200 mg, via oral

Cetoprofeno: 30-60 mg, via parenteral

Paracetamol: 500-1.000 mg, via oral ou retal

## Derivados do ergot (ergóticos)

Tartarato de ergotamina: 1-2 mg, via oral ou retal

## Agonistas dos receptores 5-HT<sub>1B/D</sub> (triptanos)

Sumatriptano: 50-100 mg, via oral; 20 mg, via nasal; 6 mg, via subcutânea

Zolmitriptano: 2.5-5 mg, via oral

Naratriptano: 2.5-5 mg, via oral

Rizatriptano: 10 mg, via oral

Almotriptano: 12.5-25 mg, via oral

## Coadjuvantes

Metoclopramida: 10 mg, via oral; 20 mg, via retal; 10 mg, via parenteral

Domperidona: 10-30 mg, via oral; 30-60 mg, via retal

## Vantagens dos triptanos em comparação com os fármacos sintomáticos na migrânea

Maior eficácia <sup>a,b</sup>

Não piora a aura <sup>b</sup>

Diversas vias de administração <sup>a,b</sup>

Eficazes para náusea e vômito <sup>a,b</sup>

Induzem pouca cefaleia rebote <sup>b</sup>

Menos efeitos adversos gastrointestinais <sup>a,b</sup>

Menos efeitos adversos cardiovasculares <sup>b</sup>

## TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Embora o tratamento agudo da migrânea tenha sido muito estudado, há medidas preventivas que são de grande ajuda para os indivíduos com predisposição à doença. Muitos pacientes com migrânea podem identificar fatores desencadeantes (mencionados anteriormente) que provocam ou intensificam a cefaleia; ao evitar esses fatores, é possível diminuir a frequência ou a gravidade das crises de migrânea<sup>7</sup>.

As medidas gerais incluem:

Evitar o estresse, que é um importante fator desencadeador.



Exercício terapêutico, como o que foca a reeducação e o retreinamento da musculatura craniocervical e dos ombros<sup>8</sup>.



A **acupuntura**, que traz benefícios adicionais ao tratamento das crises de migrânea. Ela ainda pode funcionar como tratamento profilático<sup>9</sup>.



Outras medidas são: manutenção de sono regular, alimentação balanceada e atividades de relaxamento.



**S**egundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as cefaleias (incluindo a migrânea e a cefaleia tensional) são doenças incapacitantes e com alta prevalência. Dados baseados em estudos populacionais indicam que a migrânea afeta, aproximadamente, de

11% a 15% dos adultos (entre 18 e 65 anos) em todo o mundo. Ela é três vezes mais frequente nas mulheres devido a fatores hormonais. A prevalência é maior nos indivíduos com idade entre 25 e 55 anos, e menor em crianças e idosos.

**11 a 15%**

dos adultos (entre 18 e 65 anos) são afetados pela migrânea

População adulta mundial

**1.7% a 4%**

de prevalência de cefaleia crônica

**50%** das pessoas com cefaleia se automedicam

**10%** consultam um neurologista

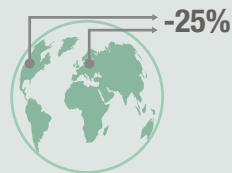
A prevalência de cefaleia crônica (1,7% a 4% da população adulta mundial) representa uma sobrecarga significativa para os pacientes e para a sociedade. A OMS estima que cerca de 50% dos indivíduos com cefaleia se automediquem e apenas 10% consultem um neurologista.

Na infância, a cefaleia é a síndrome dolorosa mais frequente; há alta prevalência na idade escolar e na adolescência, e constitui uma causa recorrente de perda de dias letivos. A dificuldade que as crianças pequenas apresentam para expressar seus sintomas e a ausência de marcadores biológicos dificultam o diagnóstico.

A enxaqueca tem sido considerada pela OMS como a 19ª principal causa de incapacidade na população adulta em geral, e a 12ª causa, se for considerado só as mulheres adultas.

Embora a migrânea não seja o tipo mais frequente de cefaleia, ela é bastante incapacitante. A migrânea é considerada pela OMS a 19ª causa de incapacidade na população adulta em todo o mundo, e a 12ª causa entre as mulheres adultas. Tanto nos Estados Unidos como na União Europeia, estima-se que os indivíduos com cefaleia crônica apresentem pontuações até 25% menores de vitalidade, saúde mental, dor e capacidade laboral, em comparação com aqueles afetados por cefaleia episódica.

Em todo o mundo, a migrânea é responsável por 1,3% do total de anos de vida perdidos devido à incapacidade. Apesar da importante perda de qualidade de vida e produtividade associada à doença, existe ainda uma porcentagem considerável de subdiagnósticos (apenas 40% dos casos são diagnosticados) e, assim, o tratamento é. Aproximadamente 38% dos indivíduos com migrânea necessitam de medicação profilática, porém apenas uma parcela de 3% a 13% faz uso dela. Os indivíduos com migrânea crônica apresentam maior incapacidade relacionada à doença, menor renda familiar, menor probabilidade de manter um emprego em tempo integral e maior frequência de comorbidades associadas, como ansiedade, distúrbios respiratórios, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e doenças cardiovasculares.



40%  
dos casos são  
diagnosticados

38%

das pessoas com migrânea necessitam de medicação profilática, porém apenas uma parcela de **3% a 13%** faz uso dela