

Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: um relato de caso

Letícia N. Martins¹, Oscar W. B. Oliveira¹, Luan Q. Dutra¹, Achilles Q. M. de Rezende¹, Eliene F. Dantas¹, Ana B.C.N.G. Pereira²

¹Acadêmicos da Universidade Severino Sombra, Curso de Medicina,
leticia_nm@yahoo.com.br

oscarwillianmoc@hotmail.com

luan_queiroz@hotmail.com

Eliane_fdantas@hotmail.com

⁶ Professora Universidade Severino Sombra, Curso de Medicina,
anacalmon@uol.com.br

Resumo: a migrânea é uma cefaleia primária de etiologia multifatorial que acomete cerca de 15% da população. Afeta mais as mulheres do que os homens e gera um impacto significativo na qualidade de vida. A crise de cefaléia migranosa apresenta quatro fases: prodromica, de aura, cefaléia e fase de recuperação. Um plano terapêutico para migrânea inclui tratamento agudo da crise para melhora da dor e do prejuízo funcional, e a terapia profilática de longo prazo para diminuir a frequência, a intensidade e a duração das crises. No presente trabalho, os autores correlacionaram o relato de caso de uma paciente do Hospital Universitário Sul Fluminense com a literatura atual.

Palavras-chave: Neurologia. Migrânea. Qualidade de vida. Tratamento.

Migraine with Aureos, Quality of Life and Treatment: a case report

Abstract: the migraine is a primary cephalic of multi-factorial etiology that attacks about 15% of the population. The diseases affect more women than men and generate a significant impact in the quality of life. The cephalic crises present four steps: prodromic step, aureos step, cephalic and recuperation step. A therapeutic plan for migraine has an acute treatment of crises for reduce pain and functional injury and the long-term prophylactic therapy for diminished the frequency, the intensity and the time of the crises.

In the present work, the authors correlated the case of one patient of the Hospital Universitário Sul Fluminense with the actual literature.

Keywords: Migranea. Quality of life. Treatment.

Introdução

A migrânea é uma doença neurológica crônica cuja prevalência na população geral é estimada em 15% [Morais e Benseñor 2009], que provoca grande impacto socioeconômico e piora da qualidade de vida. A enxaqueca acomete mais mulheres do que homens em uma proporção de 5:2 pode iniciar na infância ou na adolescência e acompanha o paciente por toda vida [Medeiros *et al.* 2008].

Segundo a Sociedade Internacional de Cefaleia, a migrânea é classificada como uma cefaleia primária, já que a dor por si só é o sintoma principal [Morais e Benseñor 2009]. Essa afecção acarreta, além do sofrimento individual, prejuízo social e econômico de custo direto (como atenção médica e medicamentos) e indireto (como redução da produtividade e faltas ao trabalho).

A migrânea se caracteriza clinicamente por crise de cefaleia intermitente, de moderada a a intensa ou intensa e se apresenta frequentemente em localização unilateral e com sintomas associados. A dor é pulsátil, acompanhada ou precedida por náuseas e fobias sensoriais, que pioram com atividades físicas rotineiras e promove incapacidade. A duração das crises pode chegar a 72 horas quando não são tratadas de forma eficaz [Krymchantowski 2008].

A fisiopatologia da migrânea ainda não foi completamente elucidada [Medeiros *et al.* 2008], mas é comprovado que 60% a 80% dos casos de enxaqueca são de natureza genética [Adams 2004].

Um plano para a terapêutica da migrânea inclui o tratamento agudo da crise e a terapia profilática de longo prazo. O tipo de tratamento a ser seguido deve ser avaliado com base no preenchimento do diário da cefaléia.

Assim, a abordagem mais eficiente para o tratamento profilático das migrêneas inclui o afastamento dos fatores deflagradores, tratamento medicamentoso preventivo, uso de medicamentos abortivos - para os momentos de dor - e as terapias acessórias ou não medicamentosas [Medeiros *et al.* 2008].

Objetivo

Relatar um caso de migrânea com aura, comparando-o à literatura atual, e demonstrar a importância do diagnóstico e tratamento adequados, visto que a migrânea gera redução qualidade de vida.

Metodologia

Participou do presente estudo uma paciente do Hospital Universitário Sul Fluminense (RJ), com diagnóstico de migrânea com aura. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizou a realização e publicação científica.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o Questionário de Cefaleia [www.procefaleia.com.br - 25/02/2010] desenvolvido pelo Instituto de Neurologia Deolindo Couto (RJ) e utilizado pelos médicos Dr. Ariovaldo Alberto da Silva Júnior e Dr. Abouch Valenty Krymchantowski. Fez-se uma coleta objetiva e sistematizada dos dados e, segundo a Sociedade Internacional de Cefaleia, averiguou-se que J.R.G.V. preenchia os critérios para migrânea com aura. Em seguida, a paciente foi submetida ao exame físico completo.

A tomografia computadorizada de Crânio realizada no dia 01-07-09, apresentou-se nos padrões de normalidade. Ademais a paciente realizou o diário de cefaleia de junho a novembro de 2009.

Relato de Caso - Anamnese (10-10-09)

Identificação: paciente J.R.G.V, sexo feminino, branca, 20 anos, solteira, estudante, moradora de Barra do Pirai (RJ), ateia;

Queixa principal: “dor de cabeça”;

História da doença atual: paciente relata cefaleia há cerca de três anos, com piora nos últimos seis meses e prejuízo em suas atividades cotidianas. A dor é pulsátil e na região temporal, com intensidade de moderada a intensa, acompanhada de náuseas, fotofobia, fonofobia e osmofobia.

O ambiente tranquilo, a penumbra e o sono aliviam a cefaleia em cerca de duas horas, e se agrava com exercícios. Cerca de uma hora antes da cefaleia, a paciente apresenta aura, que se caracteriza por alteração de humor e parestesia no membro superior ipsilateral. A cefaleia não tem horário preferencial: ocorre numa frequência de 2 a 3 vezes por mês, e é desencadeada por estresse, ansiedade, período pré-menstrual e, principalmente, por cheiros fortes. Atualmente, desde o dia 10-06-09, a paciente está em tratamento e apresentou 11 crises até o dia 20-11-09, as quais tratou com Cefalium® (Mesilato de diidroergotamina, Paracetamol, Cafeína, Metoclopramida). A paciente relata ter feito uso de Neosaldina® (Dipirona, Cafeína e Isometepteno) antes de ter iniciado o tratamento com o Cefalium®. Foi realizada tomografia computadorizada de Crânio, no dia 01/07/2009, com resultado dentro dos padrões da normalidade.

História patológica progressa: nega hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cirurgias, internações, meningite, epilepsia, traumatismo crânio-encefálico ou raquimedular, convulsões, transfusão sanguínea, alergia medicamentosa e rinosinusite. Teve doenças comuns da infância. Faz uso de Cefalium® para tratamento da migrânea. Tem ovário policístico e faz uso de anticoncepcional.

História familiar: mãe é hipertensa e cardiopata. irmão e pai têm migrânea. Paciente relata ter vários parentes hipertensos e cardiopatas.

História fisiológica: nascida de parto cesário. Apresentou adequado desenvolvimento neuropsicomotor. Tem dois irmãos. Menarca aos 13 anos. Data da última menstruação há cerca de 15 dias. Gestação 0, parto 0, aborto 0.

História Social: nega etilismo, tabagismo e uso de drogas. Alimentação irregular e inadequada. É sedentária. Mora em casa de alvenaria com boas condições de higiene e saneamento básico.

Exame Físico: Sem alterações

Revisão da Literatura

A prevalência da migrânea é bastante elevada, é estimada em torno 15% na população geral. Acomete aproximadamente 20% das mulheres, 6% dos homens e 4% a 8% das crianças. [Morais e Benseñor 2009].

A migrânea pode ser dividida em dois subtipos principais: migrânea com aura ou clássica ou neurológica e migrânea sem aura ou comum. A relação entre a enxaqueca clássica e a comum é de 1:5 [Adams 2004].

O diagnóstico de migrânea baseia-se em critérios clínicos publicados em 2003 pela Sociedade Internacional das Cefaleias:

1. Critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleias para migrânea (2003):

1.1 - Migrânea sem aura - Critérios diagnósticos:

- A. Ao menos cinco crises - preenche critérios B-D.
- B. Crises de cefaleia com duração de 4-72 horas, quando não tratadas ou tratadas sem sucesso.
- C. Cefaleia tem ao menos duas das seguintes características:
 - . localização unilateral
 - . qualidade pulsátil.
 - . intensidade da dor de moderada à grave
 - . agravamento da dor por atividade física de rotina (andar ou subir escadas)
- D. Durante a cefaleia, pelo menos um dos seguintes:
 - . náuseas e/ou vômitos
 - . fotofobia e fonofobia
- E. Não ser atribuível a outras causas.

1.2 - Migrânea com aura - Critérios diagnósticos:

- A. Ao menos duas crises - preenche critério B-D
- B. Presença de aura definida por pelo menos um dos seguintes critérios, à exceção de fraqueza motora:
 - . sintomas visuais completamente reversíveis, - incluindo presença de sinais positivos (luzes, pontos ou linhas brilhantes) e/ou negativos (perda da visão)
 - . sintomas sensoriais completamente reversíveis - incluindo achados positivos (picadas, agulhadas) e/ou negativos (parestésias)
 - . disfasia completamente reversível
- C. Ao menos duas das seguintes:
 - . sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensoriais unilaterais
 - . ao menos um dos sintomas da aura se instala gradualmente (≥ 5 min.) e/ou os sintomas de aura se sucedem a intervalos ≥ 5 minutos
 - . os sintomas duram ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos
- D. Cefaleia preenche - os critérios B-D para 1.1 migrânea sem aura. A cefaléia segue-se a aura dentro de 60 minutos
- E. Não ser atribuível a outras causas.

A migrânea apresenta quatro estágios: os pródromos, a aura, a dor e o período de resolução com os sintomas residuais. Os pródromos podem aparecer até 24 horas antes do início da cefaleia e normalmente podem ser caracterizados por alterações de humor, irritabilidade, anorexia, náusea, bocejos, compulsão por alimentos, dificuldade de concentração e/ou raciocínio e retenção hídrica [*The International Classification Of Headache Disorders* 2004].

A aura são sintomas neurológicos focais que podem preceder ou acompanhar a dor. Os sintomas são graduais, e se instalam em 5-20 minutos, e duram no máximo uma hora. Considera-se que a aura é causada pela depressão alastrante cortical, na qual há uma despolarização de neurônios que começa na região occipital, (causa os sintomas visuais) e migra para o córtex frontal. Alguns dos sintomas da aura são fenômenos visuais como luzes cintilantes, linhas em zigue-zague ou recortadas, manchas cegas, dificuldade para focar as imagens ou uma percepção distorcida dos objetos [Lance 1993]. Além das manifestações visuais, podem ocorrer também parestésias, disfunção motora como fraqueza ou incoordenação, dificuldade para falar ou comprometimento do equilíbrio (migrânea basilar). Esses sintomas ocorrem em sequência e a aura visual é a mais comum [Morais e Benseñor 2009].

As principais estruturas envolvidas na fisiopatologia da migrânea parecem ser o córtex, tronco cerebral, o sistema trigemino vascular, os grandes vasos do polígono de Willis e as fibras autonômicas que inervam estes vasos e os vários agentes vasoativos liberados localmente [Medeiros *et al.* 2008].

Após o pico de intensidade máxima da cefaleia, segue-se um período de resolução, durante o qual o paciente pode vomitar e em seguida dormir. Os sintomas residuais podem incluir fadiga, fraqueza, dificuldade de concentração e confusão mental [Morais e Benseñor 2009].

Em um estudo neuropsicológico sobre migrânea foi constatado que os pacientes com a migrânea têm tendência a apresentarem pior desempenho em tarefas que exigem habilidades de memória verbal, velocidades de processamento visuo-motor e função executiva, quando comparados a pessoas sem cefaleia [Sarmiento 2008].

Além disso, foi visto que quando comparados a outras condições crônicas, como osteoartrose, depressão e diabetes mellitus, os migranosos obtiveram os piores escores de qualidade de vida, juntamente com os portadores de depressão. Muitos têm afetada sua decisão acerca de empregos, evitam situações sociais ou festas em que possam desencadear crises, o que indica que a migrânea diminui significativamente a qualidade de vida não somente durante os ataques, como também nos períodos intercríticos, quando ansiedade, medo e incerteza contribuem para uma gradual retirada da maioria dos contatos sociais [Bigal *et al.* 2000].

O tratamento agudo da migrânea tem como objetivo restaurar a função normal do paciente de forma rápida, eficiente e consistente, bem como aliviar ou eliminar a cefaleia e seus sintomas associados para permitir um alívio sustentado da crise e evitar o seu retorno antes de 24 horas [Krymchantowski 2008].

As opções de drogas podem ser consideradas específicas ou não específicas: as primeiras exemplificadas pelos triptanos e ergóticos e as inespecíficas são exemplificadas pela aspirina, paracetamol, antiinflamatórios não esteroidais, opioides, combinações fixas de analgésicos com cafeína e barbitúricos [Krymchantowski 2008].

A ergotamina e seus derivados, apesar de largamente utilizados no Brasil há mais de 40 anos, ainda demonstram falhas na análise de eficácia. Até hoje não se demonstrou em estudos controlados a sua eficácia comparada ao placebo [Krymchantowski 2008].

Mais recentemente, foi evidenciado que o uso combinado de um triptano (sumatriptano e rizatriptano) administrado oralmente com um antiinflamatório não esteroidal (i.e., naproxen sodium, ácido tolfenâmico e rofecoxib), reduziu significativamente a recorrência da cefaleia e revelou maior eficácia no alívio da dor de cabeça, da náusea e da fotofobia. O sumatriptano combinado ao ácido tolfenâmico reduziu a recorrência da migrânea de 62,5% para 23,8%, enquanto sua combinação com o naproxen sodium promoveu redução desse fenômeno de 59% para 25,5% ($p < 0,0003$), quando comparado ao uso do sumatriptano com placebo [Krymchantowski *et al.* 1999] [Krymchantowski 2000].

A abordagem mais eficiente para o tratamento da migrânea inclui o afastamento dos fatores deflagradores, tratamento medicamentoso preventivo, uso de medicamentos abortivos para os momentos de dor, e as terapias acessórias ou não medicamentosas. A prevenção medicamentosa da migrânea pode aumentar o limiar para ativação do processo migranoso tanto central como periféricamente; diminuir a ativação do centro gerador da migrânea; aumentar a antinocicepção central; aumentar o limiar para a

depressão alastrante e estabilizar o sensível sistema nervoso dos migranosos; através de modificações do tono simpático ou serotoninérgico [Medeiros *et al.* 2008].

O tratamento profilático deve ser iniciado com o intuito de melhorar a qualidade de vida, diminuir o grau de incapacidade, reduzir a frequência e intensidade das crises, bem como facilitar a resposta ao tratamento abortivo [Medeiros *et al.* 2008].

Para o tratamento profilático, as classes de medicamentos utilizados são: betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos de recaptação da serotonina, antagonistas dos canais de cálcio, antagonistas da serotonina e anticonvulsivantes. Os beta-bloqueadores, como o Propranolol, são considerados tratamento de primeira linha e de alta eficácia [Medeiros *et al.* 2008].

As indicações da profilaxia para a migrânea são: frequência das crises (três ou mais por mês); grau de incapacidade; falência da medicação abortiva; ineficácia da profilaxia não farmacológica, quando tiver sido essa a preferência inicial do paciente, e particularidades como intenção de engravidar, gestação, amamentação, idade e alergias [Medeiros *et al.* 2008].

O grande número de drogas utilizadas no tratamento preventivo das migrêneas atesta que, na realidade, nenhuma delas é inteiramente eficaz. Além disso, muitas destas substâncias podem levar de 40 a 50 dias para começar a demonstrar alguma eficácia clínica, o que muitas vezes resulta em mudanças precoces nas condutas terapêuticas, ou abandono do tratamento pelo paciente [Medeiros *et al.* 2008].

Discussão

De acordo com a literatura, a migrânea com aura acomete aproximadamente 20% das mulheres [Morais e Benseñor 2009], tem caráter genético em cerca de 80% dos casos [Adams 2004] e se inicia antes dos 30 anos de idade em 80% dos migranosos [Adams 2004]. Dessa forma, J.R.G.V., 20 anos, sexo feminino e com história familiar positiva para migrânea se enquadra em todos os dados epidemiológicos citados acima.

As manifestações clínicas da paciente como cefaleia unilateral são dor pulsátil com intensidade moderada a intensa, fotofobia, fonofobia, osmofobia, náuseas, aura, deflagração do processo migranoso devido a estresse, ansiedade e período pré-menstrual que condizem com os critérios diagnósticos da Sociedade Internacional de Cefaleia.

A paciente somente não apresenta pródromos, desencadeamento da dor após a ingestão de certos alimentos, e alterações visuais na fase de aura, o que difere do que é descrito comumente.

Diário de Cefaléia (Gráfico)

Data das crises de migrânea com aura após o início do tratamento:

- | | | |
|----------|---------|-----------|
| 1) 14-06 | 6)12-08 | 11) 12-11 |
| 2) 20-06 | 7)27-08 | |

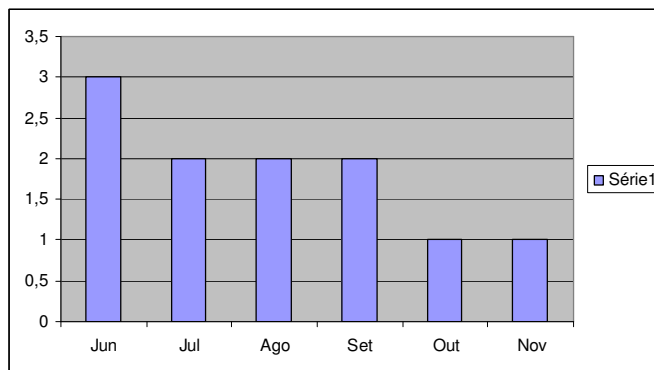
Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: um relato de caso

Letícia N. Martins, Oscar W. B. Oliveira, Luan Q. Dutra, Achilles Q. M. de Rezende, Eliene F. Dantas, Ana B.C.N.G. Pereira

Reabilitação e Neurologia

- | | |
|----------|----------|
| 3) 30-06 | 8)05-09 |
| 4) 13-07 | 9)20-09 |
| 5) 28-07 | 10)11-10 |

Figura 1 - Diário de cefaleia feito por J.R.G.V., após o início do tratamento medicamentoso e não medicamentoso para a migrânea com aura.



Os dados contidos no gráfico mostram que a frequência das crises de J.R.G.V. diminuiu. Isto se deve ao afastamento dos fatores deflagradores, como cheiros fortes e adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação adequada e exercícios físicos regulares) que aliviaram o estresse e a ansiedade apresentados pela paciente.

Lipton *et al* fizeram um estudo para avaliar o grau de diminuição das capacidades provocadas pela migrânea e concluíram que 86,8% dos pacientes pesquisados tinham diminuição das capacidades devido à migrânea, e piora da qualidade de vida e limitação das atividades cotidianas, [Bigal *et al.* 2000], conforme relatado por J.R.G.V.

Como recomendado, a paciente iniciou o tratamento abortivo para as crises de migrânea com um medicamento derivado da ergotamina (Cefalium®), uma vez que a frequência de suas crises é de cerca de 2 a 3 vezes por mês e o tratamento profilático não é indicado. Este medicamento possibilitou alívio rápido, sustentado e consistente da crise migranosa.

Após o início do tratamento medicamento e não medicamento, a paciente apresentou melhora na qualidade e desempenho escolar, maior frequência às aulas e aumento da autoestima e dos contatos sociais; o que evidencia uma melhora significativa da qualidade de vida.

Conclusão

A crise migranosa provoca um impacto significativo na economia e no bem-estar social de inúmeras pessoas, já que produz sofrimento tanto durante as crises quanto nos períodos intercríticos. Dessa forma, é imprescindível o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

O diagnóstico de migrânea é essencialmente clínico e o tratamento é específico para cada paciente. As condutas multidisciplinares que combinam terapias comportamentais, eliminação de fatores deflagradores e uso de medicamentos podem reduzir significativamente o obstáculo de sofrimento que a doença representa.

Referências

- Adams, A.C.; *Neurologia para o Clínico – Diagnóstico e Tratamento*, 1º edição; Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda, 2004.
- Bigal, M.E.B.; Fernandes, L.C.F.; Moraes, F.A.M.; Bordini, C.A.B.; Speciali, J.G.S. Prevalência e Impacto da Migrânea em Funcionários do Hospital das Clínicas de Medicina de Ribeirão Preto – USP. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 58(2B), São Paulo, Junho de 2000.
- Classificação Internacional das Cefaléias* – Subcomitê de Classificação das cefaléias da Sociedade Internacional da Cefaléia. Editora Alaúde; 2º edição, 2006.
- Krymchantowski, A.V.K. *Tratamento Agudo da Migrânea* – Fundamentos para aumentar a eficácia, *Migrêneas cefaléias* 11(2):55-59, 2008.
- Medeiros, F.L.M.; Medeiros, P.L.M.; Silva, W.F.S.; Rodrigues, J.A.R.; Reis, W.L.R. *Tratamento profilático da migrânea*. *Migrêneas cefaléias*, 2008.
- Morais, M.S.B.B.F.M.; Benseñor, I.M.B. *Como Diagnosticar e Tratar Cefaleias primárias (Primary headaches)*. *Rev. Bras. Med.* 66(6):138-147, 2009.
- Sarmiento, SME. *Artigo de Revisão sobre Neuropsicologias das Cefaléias*. *Migrêneas cefaléias* 11(2):114-117, abr/mai/jun. 2008.
- Nitrini, R. e Bacheschi, L.a.; *A Neurologia que Todo Médico Deve Saber*, 2º edição; Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2003.
- The International Classification Of Headache Disorders - 2nd edition Cephalalgia volume 24, supplement 1, 2004.
- Lance J. *Mechanism and Management of Headache*. 5th ed. Cambridge-Butterworth-Heinemann Ltd, 1993.
- Krymchantowski AV, Adriano M, Fernandes D. Tolfenamic acid decreases migraine recurrence when used with sumatriptano. *Cephalalgia*. 1999;19:186-7.
- Krymchantowski AV. Naproxen sodium decreases migraine recurrence when administered with sumatriptano. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2-B):428-30.
- Sheftell F, Winner P, Finkel A, Lener S, White J, Nelsen A. Consistent sustained efficacy across 4 migraine attacks with a fixed single-tablet formulation of sumatriptano 85mg RT technology (and naproxen sodium 500mg (SumaRT/Nap). *Headache*. 2007;47:769. Abstract
- Winner P, Aurora S, Matthew N, Kori S, Lener S, Nelsen A. Migraine free rates accross four attacks treated with a fixed single-tablet formulation of sumatriptano 85mg RT technology (and naproxen sodium 500mg vs. placebo) *Headache*. 2007;47:770. Abstract www.procefaleia.com.br