

CASO COMPLEXO 9

Família Lima

Fundamentação Teórica: Cefaleia

Cefaleia

Deusvenir de Souza Carvalho

Ao longo da vida dos adultos, a cefaleia ou dor de cabeça acomete mais de 90% da população do planeta, com discreto predomínio no sexo feminino e diminuindo de forma bem marcada após a sexta década. De forma genérica, as cefaleias mais prevalentes são aquelas secundárias a processos infecciosos e/ou inflamatórios, como as viroses, que são quadros autolimitados. Dependendo de cada caso, o tratamento pode ser mais específico, mais amplo. As formas primárias como as enxaquecas e as cefaleias do tipo tensionais são de alta importância por suas recorrências e até mesmo por se tornarem crônicas diárias ou quase diárias, por longos períodos de grande sofrimento.

Os pacientes em crise de enxaqueca são os que mais procuram as unidades de atendimento ambulatorial e de emergência.

A enxaqueca em adultos prevalece anualmente, nos países do Ocidente, em 18% das mulheres e 6% dos homens, principalmente entre 30 e 50 anos. A prevalência média nas crianças e adolescentes é semelhante em ambos os sexos por volta de 10%, o que ocorre também acima dos 60 anos.

A Sociedade Internacional de Cefaleia classifica diversos tipos, porém dois são os principais, sendo que desses dois a mais comum (80% dos casos) é a enxaqueca sem aura (vide critérios diagnósticos), caracterizada por crises, durante 4 a 72 horas, de dor de cabeça de moderada a forte intensidade, unilateral, pulsátil, agravada por atividades e associada à náusea e/ou foto-fonofobia. A enxaqueca com aura (menos de 20% dos casos) é caracterizada por sintomas neurológicos focais que se desenvolvem por 5 a 20 minutos e duram menos de 60 minutos, seguida de dor de cabeça com perfil semelhante daquela sem aura. Em alguns casos pode faltar à cefaleia as características de enxaqueca ou mesmo estarem ausentes.

Classificação das cefaleias

A classificação internacional de cefaleias, na sua primeira edição (CLASSIFICATION, 1988), e revisada em segunda edição (ICHD-II, 2004), representa marco importante para diagnóstico na prática clínica, bem como nas pesquisas nas quais se incluem os protocolos de tratamento que levarão às melhores evidências.

A revisão dessa classificação, a “International Classification of Headache Disorders, 2nd. ed.”, 2004 (ICHD-II, 2004) (Quadro 1) consta de três partes e 14 grupos, enumerando 153 diagnósticos de cefaleia, 27 grupos de neuralgias e duas situações indeterminadas de diagnóstico por falta de informações ou por não se enquadrar em nenhum dos diagnósticos listados (item 14). Um apêndice foi adicionado a essa segunda edição com dezenas de diagnósticos encontrados na literatura, mas que ainda necessitam de validação. A hierarquização desce até quatro dígitos, por exemplo, 8.1.1.1 – Cefaleia induzida por doador de óxido nítrico. Recentemente, a ICHD-II foi incluída no CID 10, cujo diagnóstico do exemplo citado corresponde a G44.400.

É fundamental que todo médico, independentemente de sua especialidade, conheça os 14 grupos diagnósticos da classificação, que estão nos itens de um dígito. Neurologistas e especialistas interessados no assunto devem conhecer os tipos de cefaleias (dois dígitos) e cefalalgias que percorrem os subtipos e subformas (quatro dígitos).

Parte 1: Cefaleias primárias

- (11) Grupo 1. Enxaqueca ou migrânea
- (6) Grupo 2. Cefaleia do tipo tensional
- (5) Grupo 3. Cefaleia em salvas e outras cefaleias trigêmino-autonômicas
- (9) Grupo 4. Outras cefaleias primárias

Parte 2: Cefaleias secundárias

- (12) Grupo 5. Cefaleia atribuída a trauma de cabeça e/ou cervical
- (22) Grupo 6. Cefaleia atribuída a doença vascular craniana ou cervical
- (20) Grupo 7. Cefaleia atribuída a transtorno intracraniano não vascular
- (28) Grupo 8. Cefaleia atribuída a uma substância ou sua retirada
- (10) Grupo 9. Cefaleia atribuída a infecção
- (14) Grupo 10. Cefaleia atribuída a transtorno da homeostase
- (13) Grupo 11. Cefaleia ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, ouvido, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cranianas
- (2) Grupo 12. Cefaleia atribuída a transtorno psiquiátrico

Parte 3: Neuralgias cranianas, dor facial primária e central e outras cefaleias

- (27) Grupo 13. Neuralgias cranianas e causas centrais da dor facial
- (2) Grupo 14. Outras cefaleias, neuralgias cranianas e dor facial primária ou central

Quadro 1. Classificação Internacional das Cefaleias, 2. ed., 2004 (ICHD-II, 2004). Os números entre parênteses à esquerda indicam os diagnósticos de cada grupo (tipos, subtipos, formas e subformas) e, somados, resultam em 180, sendo 153 de cefaleias e 27 de neuralgias.

GRUPO 1

(ICHD-II, 2004)

Tipo

1.1 Exaqueca sem aura

1.2 Exaqueca com aura

Subtipo

- 1.2.1 Aura típica com cefaleia migranosa
- 1.2.2 Aura típica com cefaleia não migranosa
- 1.2.3 Aura típica sem cefaleia
- 1.2.4 Migrânea hemiplégica familiar (MHF)
- 1.2.5 Migrânea hemiplégica esporádica
- 1.2.6 Migrânea do tipo basilar

1.3 Síndromes periódicas da infância que são precursores frequentes da migrânea

- 1.3.1 Aura típica com cefaleia migranosa
- 1.3.2 Migrânea abdominal
- 1.3.3 Vertigem paroxística benigna da infância

1.4 Enxaqueca retiniana

1.5 Complicações da enxaqueca

- 1.5.1 Migrânea crônica
- 1.5.2 Estado migranoso
- 1.5.3 Aura persistente sem infarto
- 1.5.4 Infarto migranoso
- 1.5.5 Crises epilépticas desencadeadas por migrânea

1.6 Provável Migrânea

- 1.6.1 Provável migrânea sem aura
- 1.6.2 Provável migrânea com aura
- 1.6.3 Provável migrânea crônica

6 TIPOS • 9 SUBTIPOS • 3 PRECURSORES • 5 COMPLICAÇÕES

Quadro 2. Tipos, subtipos, precursores e complicações da enxaqueca

Critérios para o diagnóstico da enxaqueca (ICHD-II, 2004):

- **1.1 enxaqueca ou migrânea sem aura**
 - A. Pelo menos cinco ataques que preencham os critérios B a D
 - B. Cefaleia durando 4-72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)
 - C. Cefaleia preenche ao menos duas das seguintes características:
 - 1. localização unilateral;
 - 2. caráter pulsátil;
 - 3. intensidade moderada ou forte (incapacitante);
 - 4. exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras (por exemplo, caminhar ou subir escada).
 - D. Durante cefaleia, pelo menos um dos seguintes sintomas:
 - 1. náusea e/ou vômitos;
 - 2. fotofobia e fonofobia.
 - E. Não atribuída a outro transtorno
- **1.2. Enxaqueca ou migrânea com aura**
 - A. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios B a D
 - B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes sintomas, mas nenhuma paresia:
 - 1. Sintomas visuais completamente reversíveis, incluindo características positivas (luzes tremulantes, manchas ou linhas) e/ou características negativas (perda de visão);
 - 2. Sintomas sensitivos completamente reversíveis, incluindo características positivas (formigamento) e/ou características negativas (dormência);
 - 3. Disfasia completamente reversível.
 - C. Pelo menos dois dos seguintes sintomas:
 - 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais;
 - 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos;
 - 3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos.
 - D. Cefaleia preenchendo critérios de B a D para 1.1 Migrânea sem aura começa durante a aura ou a sucede com intervalo de até 60 minutos
 - E. Não atribuída a outro transtorno

A anamnese é o instrumento sempre atual para diagnosticar e muito importante em toda medicina, sem qualquer dúvida. Em cefaleia, essa importância da anamnese adquire uma dimensão fundamental, uma vez que, sendo “dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões (ou disfunções) teciduais”, não se pode, portanto, valer-se de exames que a caracterizem melhor.

Dados mínimos do atendimento do paciente com cefaleia (ficha padrão do ambulatório de cefaleia da EPM-Unifesp):

INÍCIO HÁ: _____ **LOCAL:** _____
FREQ. (período): _____
CARÁTER: _____ **DURAÇÃO:** _____
PERÍODO PREDOMINANTE (do dia): _____
INTENSIDADE da DOR (EM %): LEVE _____ MOD. _____ INCAPACITANTE _____
FENÔMENOS PRECEDENTES: _____

FENÔMENOS ACOMPANHANTES: _____

FATORES DE PIORA: _____

FATORES DE MELHORA: _____

FATORES DESENCADEANTES: _____

FATORES DE RISCO (crianças): CINETOSE () DOR ABDOM. RECORRENTE () PSEUDOANGINA ()
 DORES DO CRESCIMENTO () DIST DE SONO () VÔMITOS CÍCLICOS () VERTIGEM () HIPERATIVIDADE ()
MEDICAÇÕES (droga, dose, momento que toma, efeito obtido, em quanto tempo, dias que toma por mês):

ANTEC. PESSOAIS: _____
ANTEC. FAMILIARES: _____
EXAME CLÍNICO E NEUROLÓGICO: _____
DIAGNÓSTICO(S): _____

INVESTIGAÇÃO: _____
TRATAMENTO AGUDO: _____
TRATAMENTO PREVENTIVO: _____

OUTROS TRATAMENTOS: _____

RETORNO PARA: _____

Um complemento da anamnese, muito enaltecido para caracterizar, diagnosticar e acompanhar melhor os sofredores de dor de cabeça, é a anotação no diário ou calendário da dor.

A grande maioria dos compêndios sobre cefaleia afirma que se deve encorajar o paciente a preencher um diário. Esse diário pode ser composto de vários aspectos a serem anotados, podendo, por vezes, se tornar complexo demais, exigindo uma verdadeira obsessão dos pacientes, outras vezes simples demais, perdendo utilidade. Sugere-se que se devam incluir a frequência, a intensidade, a duração, os sintomas associados, as medicações tomadas e seus efeitos na dor, bem como os possíveis desencadeantes observados.

Nos adultos analfabetos, bem como nas crianças e adolescentes, o calendário de anotação de dor também deve ser implementado, porém essa anotação deve contar com a colaboração de parentes, pais ou responsáveis.

Apesar dos diversos modelos de diário existentes na literatura e daqueles distribuídos por clínicas, associações e empresas interessadas, muitas vezes, cada profissional ou centro especializado que assiste pacientes com cefaleia cria seu próprio diário, indicando inexistência de um padrão de consenso, o que tem levado a uma falta de uniformidade.

Os diários permitem a anotação, no cabeçalho, das medicações preventivas propostas para a cefaleia do paciente e das outras eventuais medicações tomadas por outros motivos. Há local para anotar o efeito do tratamento medicamentoso das diversas crises ao longo do dia e dos desencadeantes.

Nem sempre os livros trazem uma figura ou modelo do diário a ser empregado. Alguns apresentam figuras com variações no formato e nos aspectos considerados. O site da Sociedade Brasileira de Cefaleia disponibiliza um diário (vide em: <<http://www.sbce.med.br>>).

Há alguns anos, no Setor de Investigação e Tratamento das Cefaleias (SITC), disciplina de Neurologia, da Escola Paulista de Medicina-Unifesp, têm sido usados os diários com disponibilidade pela internet (vide em http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r002&id_edicao=314).

Tratamento da enxaqueca

Tem-se o tratamento farmacológico agudo da crise e preventivo. Tanto para a crise como para a prevenção são também muito importantes o uso de calendário de dor, aspectos educacionais e orientações não medicamentosas, tais como:

- a) Manter ciclo regular de sono (higiene do sono);
- b) Atividade física regular;
- c) Manter horário constante para as refeições;
- d) Evitar fatores desencadeantes;
- e) Alimentos que seguramente desencadeiam crises;
- f) Limitar ingestão de cafeína (três cafés/dia);
- g) Limitar o uso de analgésicos (máximo dois dias/semana);
- h) Medidas controladoras do estresse;
- i) Técnicas de relaxamento.

Estratégias do tratamento farmacológico da crise de enxaqueca:

Avaliando objetivamente a intensidade da dor no atendimento inicial

No passado, a avaliação da intensidade da dor e do ganho terapêutico (abolição ou alívio da dor) foi aceita de forma muito subjetiva. A utilização da escala categórica e a analógica visual de 100 milímetros trouxeram certa objetividade. No entanto, nos “*guidelines*” recentes, tem sido proposta a utilização da escala debilitante funcional que, sem dúvida, confere mais objetividade para medir a eficácia de um tratamento agudo. Pela escala debilitante funcional, a intensidade é medida pela interferência da dor na capacidade funcional do paciente. Assim sendo, nessa escala temos a ausência da dor, a dor leve (não interfere na atividade), a dor moderada (interfere, mas não impede) e a dor forte, ou grave, ou incapacitante (impede as atividades). A maior objetividade está no fato de que o paciente e o investigador podem especificar claramente a intensidade pela competência da dor em interferir na atividade funcional. Uma medicação promove ganho terapêutico ao abolir ou aliviar completamente a dor, ou aliviando a dor de incapacitante para moderada, leve ou ausente, ou de moderada para leve ou ausente. Não tem significado o ganho na forma de alívio da dor leve para ausente.

Sobre o tratamento passo a passo *versus* estratificado

Há duas estratégias para selecionar e sequenciar os tratamentos agudos, principalmente da enxaqueca: passo a passo e estratificada. Na estratégia passo a passo, cada paciente começa na base da pirâmide do tratamento, com a droga mais simples, em geral um analgésico. Depois de um determinado tempo, se não houve sucesso, a terapia vai subindo na escala até que se atinja o tratamento de que o paciente necessita. Esta estratégia assume que as diferentes necessidades do tratamento não podem ser identificadas no início da crise. Uma variação dessa estratégia é quando se sugere ao paciente que selecione a droga segundo sua utilidade em crises anteriores, por exemplo, se um analgésico simples falhou, o paciente deve iniciar com um analgésico combinado e assim por diante. Outra versão seria o paciente escalonar seu tratamento em cada crise, por exemplo, se usou um analgésico e o benefício foi insatisfatório, ele lança mão de um triptano (agonista de receptor 5HT_{1B/1D}). Para o paciente que responde a um analgésico simples (terapia de baixa exigência), a estratégia passo a passo é suficiente. Entretanto, num paciente com crises

incapacitantes, refratárias a tratamentos prévios, com vômitos e prostração, é improvável que venha a responder a um analgésico simples. A insistência na estratégia passo a passo pode levar a uma série de limitações. Primeiro, coloca o médico e o paciente em possíveis novas e frustrantes falhas. Segundo, o paciente pode se desencorajar em procurar por ajuda médica antes mesmo de chegar a um tratamento mais eficaz. Terceiro, contatar vários médicos, se submeter a vários medicamentos antes de ser atingido o esquema adequado, indo contra a premissa de redução de custos, pode inclusive levar inadvertidamente ao esbanjamento de recursos.

A estratégia estratificada começa se assumindo que haja grupos de pacientes cujas diferentes necessidades de tratamento para suas dores de cabeça podem ser identificadas na consulta inicial ou no acompanhamento. Conceituando melhor, a estratégia estratificada proporciona métodos sistemáticos que possibilitam adequar as necessidades do paciente com a intensidade do tratamento. Os pacientes com possibilidade de responder à terapia de baixa exigência começam na base da pirâmide terapêutica. Pacientes com quadros mais graves devem receber terapia de alta exigência, por exemplo, triptanos desde o início. Como certos pacientes com quadros graves podem também apresentar, algumas vezes, crises leves, mais de um esquema deve ser prescrito desde a consulta inicial. Obviamente todos os pacientes recebem também as intervenções educacionais, comportamentais e prevenção medicamentosa segundo a necessidade de cada um.

Tem-se postulado que os aspectos resumidos na dor e na incapacitação durante certo período predizem as necessidades do tratamento. Como se prescreve medicamento para o paciente e não para cada uma das crises, o perfil da dor e o da incapacitação observados por uns 3 meses, em geral, já são suficientemente úteis.

Olhando-se pelo lado de custo-benefício, o paciente que apresente maior incapacitação é aquele que demanda maiores custos diretos e indiretos. Consequentemente, a terapia de alta exigência tem possibilidade de melhor custo-efetividade no grupo de pacientes que apresente crises mais incapacitantes. Os benefícios da estratégia estratificada devem ser instituídos no seguimento, para determinar se as características do paciente conseguem prever o melhor esquema e medir também esses benefícios da estratégia estratificada *versus* a passo a passo em termos clínicos e econômicos.

Propostas para o tratamento agudo

As melhores propostas são as obtidas por protocolos de tratamento randomizados e controlados com placebo. Tais estudos deveriam existir para cada cefaleia, mas isso ainda não é uma realidade.

A eficácia de alívio parcial e total da dor de cabeça em duas horas, a manutenção da resposta em 24 horas, a utilização de medicação resgate, a avaliação dos eventos adversos (tolerabilidade) e a comparação com placebo são os parâmetros de consenso nos modernos “guidelines”.

Um controle com placebo é necessário na grande maioria dos estudos em dor. Em cefaleias em geral, o efeito placebo propicia alívio da ordem de 50%. É observado que a idade do paciente influi de modo a facilitar o efeito placebo nos mais jovens. Aventa-se que os adolescentes são mais vulneráveis aos efeitos benéficos da atenção recebida na participação em pesquisa e da expectativa do benefício do tratamento.

A eficácia significativa de um tratamento deve vir da dedução desse efeito placebo observado, dos efeitos benéficos do procedimento ou da droga ativa.

O efeito placebo pode aliviar sintomas associados às dores de cabeça e pode também levar a eventos adversos como a própria dor de cabeça, em 10% a 30% dos pacientes, embora seja admitido que a ligação do evento adverso ao placebo esteja mais relacionada ao fato da atribuição dos efeitos adversos serem do pesquisador, ainda na fase cega do estudo.

Situações como as cefaleias crônicas diárias, sem uso excessivo de medicação, mesmo que refratárias a tratamentos, respondem a terapias inespecíficas, ao placebo e à *SHAM* acupuntura.

O melhor meio de se apreciar a eficácia de uma droga ou procedimento no tratamento agudo ou profilático de cefaleia é obtido com estudo controlado com placebo e randomizado.

Utilizando-se a escala debilitante funcional, os analgésicos comuns como o paracetamol e a dipirona em adultos nas doses de um grama podem ser eficazes em dores leves e moderadas. Diversas formulações de associações de analgésicos podem melhorar a rapidez de ação, diminuir efeitos adversos e combater sintomas acompanhantes. Como a dor de cabeça nas crises de enxaqueca em geral é de intensidade moderada (interfere nas atividades) a forte (incapacitante), são necessários os medicamentos mais eficazes que os analgésicos comuns. Os anti-inflamatórios não esteroidais (naproxeno, ibuprofeno etc.) podem ser adequados para dores leves a moderadas, porém, para dores incapacitantes, podem ser pouco eficaz e levar à maior utilização de doses. Em períodos curtos de até 10 dias, podem ser seguros. O uso reiterado por meses tem levado à cefaleia rebote, advinda desse uso excessivo e persistente.



SAIBA MAIS...

Saiba mais sobre o tema em “Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento da crise migranosa”. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 58, n. 2A, p. 371-389, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/anp>. Acesso em: ago. 2011.

Estratégias do tratamento farmacológico preventivo da enxaqueca

Para o tratamento preventivo ou profilático, além daquelas mesmas medidas não farmacológicas, temos diversas classes de drogas, como os antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio e, modernamente, as drogas antiepilépticas neuromoduladoras como o topiramato e o divalproato, sendo que este último, na formulação de liberação controlada (ER), tem comprovada eficácia em dose única diária e em baixa dose, consequentemente melhor aderência e tolerabilidade. A posologia e o resultado do tratamento profilático devem ser revistos a cada dois meses e monitorados com o diário das crises. Sem levar em conta a eventual comorbidade do paciente, que também deve balizar a escolha. O resumo do consenso nacional para prevenção da enxaqueca é apresentado no quadro da página seguinte (vide em Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaléia. *Recomendações para o tratamento profilático da migrânea*. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 1, p. 159-169, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/anp>. Acesso em: ago. 2001):

Eficácia, efeitos adversos, classe de evidência, dose e número de tomadas dos fármacos mais utilizados na profilaxia da enxaqueca.

FÁRMACO	EFICÁCIA	EFEITOS ADVERSOS	CLASSE de EVIDÊNCIA	DOSE em mg (TOMADAS)
Betabloqueadores				
Propranolol	++++	++	Classe I	40-240 (2 a 3)
Atenolol				25-150 (1 a 2)
Nadolol				40-120 (1 a 2)
Metoprolol				100-200 (1 a 2)
Amitriptilina	++++	++	Classe I	12,5-75 (1 a 3)
Nortriptilina	+++	++	Classe II	10-75 (1 a 3)
Flunarizina	+++	+++	Classe I	05-10 (1)
Metisergida	++++	++++	Classe I	02-06 (3)
Pizotifeno	++	+++	Classe II	1,5-03 (1 a 3)
Ácido Valpróico	+++	+++	Classe I	500-1500 (2 a 3)
Divalproato	+++	++	Classe I	500-1500 (1 a 2)
Gabapentina	++	+	Classe I	300-2400 (1 a 3)
Topiramato	++	++	Classe II	25-200 (1 a 3)

Classes de evidências:

Classe I - Evidência proporcionada por pelo menos um ensaio clínico bem desenhado, randomizado, com grupo controle.

Classe II - Evidência proporcionada por pelo menos um estudo clínico do tipo caso controle ou estudos coorte.

Classe III - Evidência proporcionada por *experts* ou estudos não randomizados ou relato de casos.

Referências

CLASSIFICATION and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. **Cephalalgia**, n. 8, Suppl 7, p. 1-96, 1988.

HEADACHE Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. **Cephalalgia**, n. 24, Suppl 1, p. 9-160, 2004.

Bibliografia consultada

SUN-EDELSTEIN, C.; BIGAL, M.; RAPOPORT, A. Chronic Migraine and Medication Overuse Headache: Clarifying the Current International Headache Society Classification Criteria. **Cephalalgia**, n. 29, p. 445-452, April 2009.