



Enxaqueca

curso • **Neurologia**

ENXAQUECA

DEFINIÇÃO

Enxaqueca é uma das causas mais comuns no mundo de cefaleia. Ela se caracteriza por gerar quadros de cefaleia intensa, unilateral, de característica pulsátil, que pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, fono e/ou fotofobia. Além disso, ela possui muitas variações em modos de apresentação e possui diversos subtipos que devem ser reconhecidos pelo clínico.

EPIDEMIOLOGIA

A enxaqueca acomete **12%** da população e sua prevalência é **3x** mais comuns em **mulheres** do que homens. Em 2010 foi eleita: Top3 das doenças mais comuns e Top 7 em causa específica de incapacidade. A faixa etária mais comum é de **30 a 39 anos**. Não é uma doença fatal, porém **mórbida**.

É muito comum a presença de história familiar em pacientes com enxaqueca.

FISIOPATOLOGIA

Sua fisiologia ainda é um campo sob muito estudo, com diversas perguntas ainda a serem respondidas. Postula-se que “ocorre uma disfunção neuronal primária que acarreta em uma sequência de mudanças intra e extracranianas, levando às 4 fases da enxaqueca: Prodrômica, Aura, Cefaleia e Resolução”.

A principal teoria conhecida é a **Depressão Alastrante** de Leão, que diz sobre a “onda auto-propagadora de despolarização neuronal e glial que se espalha pelo córtex cerebral”, causando: Aura da enxaqueca; Ativação dos aferentes do nervo trigêmeo, que resulta em inflamação das meninges sensíveis a dor e ativação prolongada da nocicepção trigeminal; e Alteração da permeabilidade da barreira hematoencefálica.

Embora não seja uma cefaleia trigemino-autônômica, se reconhece a **Ativação do Sistema Trigeminovascular** como estimulante da liberação de peptídeos vasoativos associados a inflamação neurogênica, importante no prolongamento e intensificação da cefaleia e que pode resultar em sensibilização neuronal.

Acredita-se que essa **Sensibilização Neuronal Exagerada** torna os neurônios mais responsivos à estimulação e, provavelmente, tem como efeito as características da dor da enxaqueca, os sintomas da 4ª fase (*Postdrome*), a hiperalgesia e alodínia.

Além disso, existem teorias relacionadas a algumas substâncias, como os baixos níveis de **Serotonina** que levam a um déficit no controle inibitório da via descendente de modulação da dor, facilitando ativação nociceptiva. Como também, sobre o **Peptídeo Relacionado ao Gene ao Calcitonina**, que está associado a transmissão da dor trigeminovascular para SNC e inflamação neurogênica (fazendo vasodilatação).

Alguns estudos demonstraram a associação da enxaqueca com o **shunt cardíaco direita-esquerda**, mas as evidências ainda são conflitantes.

É importante ressaltar que, a **teoria da vasodilatação e vasoconstrição já não é mais aceita**. Atualmente, a vasodilatação que ocorre durante a enxaqueca é considerada consequência da instabilidade do controle neurovascular central.

Em resumo, temos geralmente uma pessoa geneticamente susceptível que sofre um gatilho (ainda pouco desconhecido) que leva a um processo de depressão alastrante (onda de despolarização neuronal) que quando ocorre em áreas silenciosas não leva a sintomas, mas que quando ocorre em determinadas áreas pode levar a sinais focais (auras) transitórios. Isso acarreta em ativação do sistema trigeminovascular, que por sua vez aumenta a permeabilidade da barreira hematocefálica à mediadores inflamatórios. Os impulsos seguem para os núcleos trigeminais no tronco, aonde um estado de baixa de serotonina permite perpetuação de estímulos dolorosos.

GATILHOS

Alguns conceitos importantes devem ser mencionados como, a grande maioria dos pacientes com enxaqueca, cerca de **75%, apresentam gatilho**. E que **obesidade**, apesar de não ser um gatilho, é um fator que **piora a frequência e intensidade** da enxaqueca. Esses gatilhos são:

- Estresse emocional (80%)
- Hormônios em mulheres (65%)
- Ficar sem comer (57%)
- Mudanças do tempo (53%)
- Distúrbios do sono (50%)
- Odores (44%)
- Dor no pescoço (38%)
- Luzes (38%)
- Álcool (38%)
- Fumar (36%)
- Dormir tarde (32%)
- Calor (30%)
- Comida (27%)
- Exercício (22%)
- Atividade sexual (5%)

Mas lembrar – isso não é uma regra! Pacientes podem ter gatilhos muito individuais, e não devemos pedir para o paciente evitar um gatilho que nunca tenha o provocado dores. Ainda, a abordagem atual de gatilhos é de manejá-los sem evitação completa, pois evitar completamente pode levar a aumento da sensibilização paradoxal ao gatilho.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da enxaqueca pode ser dividido em 4 fases – Pródromo, Aura, Cefaleia e Pós-dromo.

A primeira fase da enxaqueca é chamada de **Prodômica**. Cerca de 77% dos pacientes apresentam sintomas em 1 a 2 dias antes da cefaleia. Ela é caracterizada por um **mal-estar indefinido**, associado a Euforia ou Depressão; Incômodo abdominal ou torácico; Rigidez em nuca; Fome; Constipação; Cansaço; ou Bocejos repetitivos, este último ocorre principalmente em crianças.

A segunda fase é a **Aura**. A apresentação de aura é a forma mais clássica da enxaqueca, porém **não** é a mais comum! Vale ressaltar que, quando está presente é muito sugestivo de que o diagnóstico é enxaqueca! Ela é definida como **sintomas neurológicos focais que antecedem a dor** e duram entre **5 minutos a 1 hora** e tem evolução **gradual**. O fato de sua evolução ser gradual é um ponto que a diferencia do AVC, que tem início súbito. É composta por sintomas **negativos** (resultado da ausência ou perda de função neuronal) e **positivos** (que refletem a exacerbação ou hiperfunção específica do neurônio). Após 1 hora, o quadro é **revertido totalmente**.

Existem alguns tipos de aura, sendo que mais comum (70%) é a **aura visual**, que começa – classicamente - com uma pequena perda visual no centro, podendo se apresentar também como ponto brilhante. Posteriormente, vai se expandindo para periferia. É comum a formação da imagem chamada “Espectro Fortificante”, pois se assemelha a uma fortaleza medieval vista de cima. A segunda aura mais comum, e que pode estar associada a aura visual, é a **aura sensitiva**, geralmente iniciada com um formigamento em um membro ou hemiface que migra, deixando dormência em seu rastro. É bastante característica da aura da enxaqueca. Outros tipos de aura são mais incomuns, como a **aura de linguagem**, que se apresenta com níveis variados de afasia, e **aura motora**, que estabelece uma paresia em membros e face de um hemicorpo. Atualmente, é classificada como enxaqueca hemiplégica. Existe também, porém bastante raro, ataques de aura sem cefaleia associada, e podem ser confundidos com ataque isquêmico transitório (AIT).



Imagem do Espectro Fortificante da aura visual

Na terceira fase, tem-se a **cefaleia**, que é a dor de cabeça propriamente dita. O padrão mais comumente encontrado na enxaqueca é uma dor com intensidade **moderada a grave**, de característica **pulsátil** e **unilateral** (paciente refere dor latejante), que **piora com atividade física** habitual e melhora após vomitar ou dormir, podendo durar **até 72 horas**. Os principais sintomas associados são: náuseas e vômito; Foto e fonofobia; Haptofobia, que é o medo de ser tocado, no caso, é secundário a alodínia cutânea; Osmofobia, caracterizada pela intolerância e hipersensibilidade a odores, muito associado com as náuseas; e própria Alodínia Cutânea, definida pela percepção de dor produzida por um estímulo que normalmente não é doloroso, como pentear o cabelo. Pode ser explicado pela sensibilização das vias centrais de dor causada pela enxaqueca.

Na fase 4, **Resolução ou Postdrome**, a cefaleia é resolvida, porém movimentos súbitos da cabeça geram dor no local onde havia cefaleia. O paciente apresenta exaustão física, embora alguns relatem exaltação.

DIAGNÓSTICO

ENXAQUECA SEM AURA:

- A. Pelo menos 5 episódios preenchendo critérios B e C
- B. Episódios de cefaleia durando 4 a 72 horas (quando não tratada ou tratada sem sucesso)
- C. A cefaleia tem, pelo menos, 2 das 4 características:
 - a. Localização unilateral
 - b. Qualidade pulsátil
 - c. Intensidade moderada a grave
 - d. Agravada por atividade física rotineira (ou precisou evitar aquilo)
- D. Durante a cefaleia, pelo menos 1 dos seguintes:
 - a. Náusea e/ou vômito
 - b. Foto e/ou fonofobia
- E. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 (International Classification of Headache Disorders – 3º edição)

ENXAQUECA COM AURA:

- A. Pelo menos 2 episódios preenchendo critérios B e C
- B. Pelo menos 1 sintoma de aura 100% reversível: Exemplos: visual, sensitivo, fala/linguagem, motor, de tronco, retiniano.
- C. Pelo menos 2 dos 4 seguintes:

- a. Pelo menos um sintoma de aura alastra gradualmente por 5 ou mais minutos e/ou dois ou mais sintomas aparecem sucessivamente
 - b. Cada sintoma de aura dura entre 5 e 60 minutos
 - c. Pelo menos 1 sintoma de aura é unilateral
 - d. Aura é acompanhada ou seguida (60 minutos depois) de cefaleia
- D. Não melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD3 e excluído ataque isquêmico transitório (AIT)

TRATAMENTO

O tratamento se divide em 2 tipos – o tratamento abortivo (para as crises agudas) e o tratamento profilático (para pacientes que possuam indicações de usar drogas para evitar que a cefaleia venha).

TIPOS DE TRATAMENTO	
<u>Abortivo</u>	<u>Profilático</u>
Trata a crise	Evita crises

ABORTIVO

Para abortar uma crise aguda, temos diversas opções, desde AINEs (cetoprofeno, Diclofenaco, Ibuprofeno), analgésicos simples (Dipirona e Paracetamol), opioides, ergotaminas, antieméticos até o uso de medicamentos mais específicos como os Triptanos.

No geral, os tratamentos abortivos são mais efetivos quando tomados logo no início da dor, e uma dose maior única tende a dar respostas melhores do que várias doses menores. Nos pacientes que tem estase gástrica induzida pela enxaqueca, agentes orais podem não ser eficazes.

No geral, usamos AINEs ou analgésicos simples em combinação para crises mais leves, e começamos a usar os agentes mais específicos (como triptanos e dihidroergotamina) em pacientes com enxaquecas mais severas e que não respondem bem a eles. Podemos também dispor mão de uso de drogas por via não oral para pacientes que tenham náuseas ou vômitos significativos (como Sumatriptano nasal). No geral, os melhores resultados são obtidos com uso precoce de agentes específicos para enxaqueca.

Sempre devemos atentar para evitar o desenvolvimento de cefaleia por abuso de analgésicos – então limitar uso de triptanos para 9 dias por mês e o uso de AINEs para 14 dias no mês.

PROFILAXIA

Indicações para início de tratamento profilático:

1. Frequência > 4 crises por mês ou crises que duram mais de 12h
2. Crises incapacitantes
3. Ineficácia ou contra indicações do tratamento abortivo
4. Intolerância ao tratamento abortivo
5. Abuso de drogas abortivas
6. Crises programadas (exemplo: menstrual)
7. Auras frequentes ou prolongadas
8. Tipo hemiplégica familiar, basilar, retiniana...
9. Abranger comorbidades
10. Preferência do paciente

Os medicamentos que podem ser usadas para esse intuito são: Propranolol (melhor betabloqueador para profilaxia), Venlafaxina, Topiramato, Amitriptilina, Valproato de sódio e Flunarizina.

SUBTIPOS DE ENXAQUECA

ENXAQUECA COM AURA DE TRONCO:

É mais comum em **mulheres** e, geralmente, é iniciada entre **7 a 20 anos**. Os sinais e sintomas são oriundos do tronco cerebral, como disartria, vertigem, zumbido, surdez, diplopia, ataxia, redução do nível de consciência e sintomas sensitivos bilaterais. Importante notar que fraqueza NÃO pode ser um sintoma de aura. Era antigamente chamada de Enxaqueca Basilar, mas não há evidencia de que a artéria Basilar tenha relação com o quadro, e o nome foi alterado.

ENXAQUECA HEMIPLÉGICA:

É uma doença esporádica ou familiar, caracterizada por **o paciente em algumas auras apresentar fraqueza dimidiada, que pode durar por até 72 horas**. Normalmente eles tem outras auras como visuais e sensitivas ou de tronco, mas em algumas crises podem ter hemiparesia. Importante notar que apesar da fraqueza ser considerada aura aqui, ela não tem os mesmos critérios de precisar melhorar em 60 minutos, e toleramos até 72 horas. Cerca de 20% dos pacientes apresentam ataxia. Posteriormente, muitos pacientes desenvolvem enxaqueca sem aura.

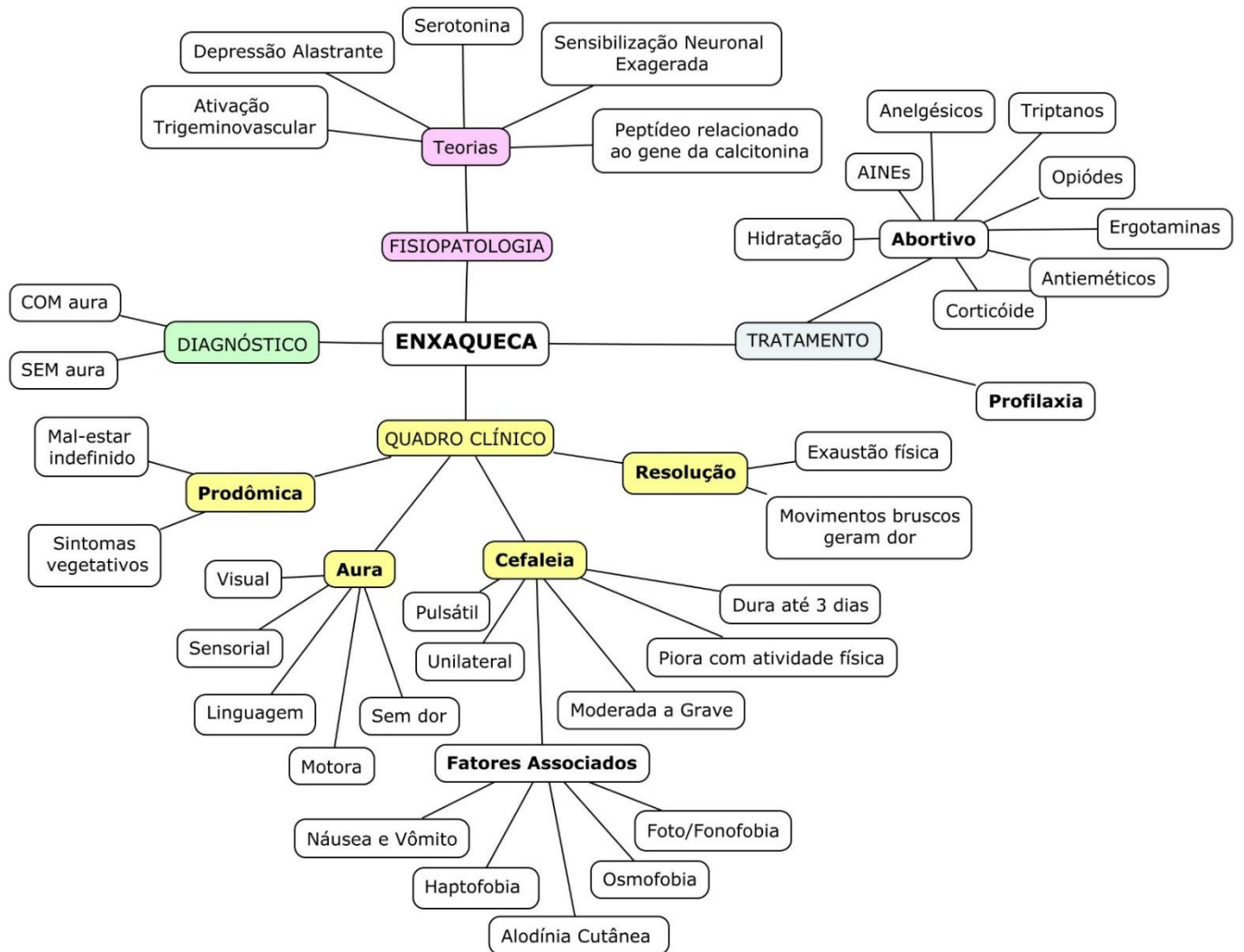
ENXAQUECA RETINIANA:

É rara na prática clínica, se apresenta como **aura visual monocular (ou cegueira)** com enxaqueca associada ou posterior. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com ataque isquêmico transitório (AIT) e descolamento de retina.

SÍNDROME PERIÓDICA NA INFÂNCIA:

Doença caracterizada por **vômitos cíclicos** com **dor abdominal** recorrente, **vertigem paroxística** e **torcicolo espasmódico**. É mais comum em crianças e constitui-se como um fator de risco para desenvolvimento de enxaqueca no futuro.

QUADRO DE CONCEITOS



REFERÊNCIAS:

1. **Curso de Neurologia – Jaleko Acadêmicos.** Disponível em: <<https://www.Jaleko.com.br>>. Acesso em: 17 jul. 2020.
2. **Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults - UpToDate.** Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults?search=migraine&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H203275055>. Acesso em: 17 jul. 2020.
3. VELASCO, I. T. et al. **Medicina de emergência: abordagem prática** [13.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.