



## **CEFALÉIAS** (Dor de cabeça)

### **Impacto da cefaléia na atualidade**

A enxaqueca é distúrbio comum que causa cefaléias severas e associação com náuseas, fotofobia, fonofobia e incapacidade temporária. Embora a dor e os sintomas de enxaqueca possam ser tratados efetivamente, a afecção continua subdiagnosticada e subtratada.

### **Efeitos psicossociais da doença**

A maioria das pessoas apresentam dor moderada a severa e incapacidade temporária com suas cefaléias. Estudos determinaram a prevalência de cefaléia por idade e sexo. A frequência das crises e a incapacidade relacionada foram examinadas para avaliar os efeitos psicossociais da doença. Os padrões de diagnóstico foram determinados para identificar as barreiras ao diagnóstico e, por implicação, as barreiras ao atendimento médico. Os padrões do uso de medicação também foram avaliados. Com base nos resultados do estudo, fazemos recomendações para melhora do diagnóstico e do tratamento da enxaqueca.

### **Prevalência de cefaléia por idade e sexo**

A prevalência variou com a idade, aumentando dos 12 aos 40 anos em ambos os sexos e depois caindo. A proporção feminina/masculina variou fortemente com a idade. Dados mostraram que, antes dos 12 anos, é mais comum em meninos do que em meninas. Depois da puberdade, torna-se cada vez mais comum no sexo feminino. Aos 20 anos, a proporção feminina/masculina é de aproximadamente 2:1. A proporção atinge um pico entre 42 e 44 anos, com 3:1. Daí em diante, diminui, mas a preponderância feminina persiste durante toda a idade adulta. Em outras palavras, a prevalência em mulheres aumenta durante os anos de menstruação, atinge um pico antes da idade média de menopausa e depois declina. A alta prevalência em mulheres não pode ser atribuída unicamente a fatores hormonais cíclicos, porque as diferenças de prevalência entre os sexos persistem muito além da menopausa. As razões para estas diferenças entre sexos na prevalência da enxaqueca ainda não estão bem compreendidas.

### **Dor e sintomas associados**



Cerca de um terço dos pacientes relatam que sua dor de cabeça é extremamente severa; outros 45% descreveram a dor como intensa. A dor foi relatada como pulsátil por 85% e unilateral por 59%. Os sintomas associados à enxaqueca incluíram fotofobia, fonofobia, náuseas e aura. Nenhuma dessas características ocorre em todos os pacientes que satisfazem uma definição rígida, não sendo necessário sintoma isolado para o diagnóstico. É importante reconhecer a cefaléia como um complexo de sintomas com perfis sintomáticos variáveis.

### **Frequência e incapacidade**

Verifica-se uma ampla faixa de frequências de crises. Durante um período de 3 meses, 22% experimentaram 10 ou mais dias de cefaléia intensa, 19% tiveram 5 a 9 e quase metade, 1 a 4. Os parâmetros do estudo definiram incapacidade pelo grau em que as cefaléias interferiam com o trabalho ou nas atividades diárias. No total, 92% relataram uma certa incapacidade em decorrência de suas cefaléias; 53% descreveram incapacidade severa ou a necessidade de repouso no leito. O impacto da enxaqueca sobre a produtividade 51% relataram pelo menos 1 dia em que a produtividade no trabalho ou na escola foi reduzida em 50%; 75% foram incapazes de fazer seu trabalho doméstico e 58% deixam participar de atividades familiares, sociais ou de lazer.

Mais de 95% das pessoas tomam medicação para suas cefaléias; dessa forma, são motivadas a usar medicação para buscar o alívio. No entanto, a maioria continua a usar medicação de venda livre, e não a prescrita. Somente 41% usaram medicamentos prescritos para suas cefaléias. Os medicamentos de venda livre aliviam a dor, no entanto, a dor severa e a incapacidade entre as pessoas jamais receberam diagnóstico adequado.

### **Classificação das dores de cabeça**

Classificamos as cefaléias em três categorias primárias: cefaléias vasculares (enxaqueca, em salvas), cefaléias tensionais (por contração muscular) e cefaléias orgânicas (por tração, inflamatórias).

### **Fisiopatologia**

Embora a fisiopatologia não tenha sido estabelecida firmemente, observa-se que a vasoconstrição cerebral inicial, seguida por vasodilatação extra e intracraniana, bem como, a reação inflamatória estéril que cerca o vaso afetado e que está presente na contração muscular secundária, são fatores desencadeantes. Certas substâncias vasoativas encontradas no tecido inflamado em torno dos vasos contêm catecolaminas, histamina, serotonina, peptídeos, prostaglandinas e a substância de reação lenta da anafilaxia, que é um lípido ácido. Os trabalhos confirmaram o papel da serotonina e de seus metabólitos durante todas as fases de uma crise. Essas investigações demonstraram que os agentes liberadores de serotonina podem induzir crises. Também foram propostas teorias neurológicas resultante de uma descarga anormal de um neurônio



cerebral. A depressão alastrante, parte da teoria neurológica, poderia explicar o pródromo ou a aura. Cogita-se o gânglio trigeminal como fator na indução de inflamação dural neurogênica e subsequente padrão vascular da crise. Outras investigações mais recentes sugeriram que a substância P, a calcitonina e o óxido nítrico sejam ativos na cascata inflamatória dural que ocorre com as alterações vasculares ou que as causa.

### **A fase de aviso**

É muito marcada pela aura que consiste em sintomas neurológicos focais localizados no córtex cerebral ou tronco encefálico e pode iniciar ou acompanhar a fase de cefaléia. Os sintomas se desenvolvem gradualmente no decorrer de 5 a 20 minutos e são atribuídos à vasoconstrição inicial. A aura tipicamente dura menos de uma hora. Outro sintoma ocasional de aviso é a dificuldade de fala, como a incapacidade de encontrar a palavra certa ou o uso errado de palavras. Ocorre, em raras ocasiões, uma incapacidade completa de falar. Alguns pacientes não conseguem compreender o que é dito. Igualmente, a cefaléia pode ser precedida por afasia motora.

Alguns pacientes têm sintomas premonitórios vagos que iniciam de 12 a 36 horas antes que ocorra a cefaléia real. Os sintomas geralmente começam imperceptivelmente e se desenvolvem lentamente. Os sintomas premonitórios variam e podem ir de um extremo a outro (da euforia à retração, da hiperatividade à morosidade, da fome extrema à anorexia, da diarreia à constipação, da micção freqüente à retenção hídrica). Outros sintomas premonitórios incluem bocejos e cansaço, dificuldade de atenção, alterações da personalidade, fala ininteligível, comprometimento da concentração, irritabilidade, agitação, sensibilidade à luz ou ao som, rigidez de nuca, fraqueza muscular geral, pele sensível e sede. Algumas pessoas têm uma sensação de bem-estar, ficam incomumente falantes e notam uma onda de energia. A face da pessoa pode ficar pálida, e os olhos podem parecer escuros, pesados ou fundos. Embora a vítima não esteja ciente desses sinais de aviso, amigos ou parentes podem notá-los.

Variações nos níveis hormonais desencadeiam cefaléias em muitas mulheres; cansaço, dormir demais ou saltar uma refeição podem ocasionar enxaqueca em algumas pessoas. Medicamentos também têm sido implicados em crises de enxaqueca, incluindo agentes tais como a nitroglicerina, a reserpina, a indometacina, os contraceptivos orais e os medicamentos cíclicos de reposição estrogênica. Fatores psicossociais, como ansiedade, depressão, hostilidade reprimida, raiva e medo podem também ter seu papel.

### **Aspectos sexuais da cefaléia**

A cefaléia do coito representa uma das cefaléias misteriosas que os médicos de atendimento primário poderiam encontrar na sua prática do dia-a-dia. Outra é a cefaléia do estimulante sexual. A função sexual está ligada às cefaléias, particularmente nos homens, há centenas de anos. A cefaléia causada pelo uso de estimulantes sexuais tem gerado interesse. Pensava-se originalmente que as cefaléias associadas à atividade sexual eram variação das cefaléias do esforço físico e da tosse, a análise mostrou que



suas variações mereciam investigação mais completa. A cefaléia do coito tem sido definida por alguns especialistas como cefaléia de curta duração, semelhante à hemicrânia paroxística crônica ou à chamada cefaléia do picador de gelo. Embora algumas cefaléias do coito tenham curta duração, a afecção varia, e algumas cefaléias podem, de fato, durar um tempo razoavelmente longo. A cefaléia durante o coito pode ser classificada em três tipos, dependendo do início:

- Cefalalgia inicial do coito, geralmente moderada e de curta duração.
- Cefalalgia orgásmica, que é abrupta, severa e dura 15 a 20 minutos.
- Cefalalgia tardia do coito, que tem longa duração (horas a dias) e ocorre depois da cefalalgia orgásmica.

As cefaléias do coito podem ser confundidas com as cefaléias que ocorrem durante o coito e sinalizam um súbito evento intracraniano, como uma hemorragia subaracnóide. Essa ligação é incomum, mas requer cuidadosa investigação. A cefalalgia do coito isolada geralmente é repetitiva, mas caprichosa e episódica. O prognóstico é bom. Como em outras formas de cefaléia vascular, o mecanismo envolvido é principalmente um efeito trigeminal-vascular, mas há componente muscular definido. Hipertensão arterial, enxaqueca preexistente e fatores psicológicos são todos significativos na evolução da cefalalgia do coito. Afetam predominantemente o sexo masculino, de meia-idade, em má forma física, leve a moderadamente acima do peso e leve a moderadamente hipertenso. A proporção masculina/feminina é 4:1. Nas mulheres que têm cefalalgia do coito, a contração muscular e fatores psicológicos costumam estar envolvidos.

## Tratamento

O tratamento pode ser dividido em quatro tipos:

⇒ **Medidas gerais:** um importante passo no tratamento é identificar e evitar desencadeantes de cefaléia. Como os pacientes com enxaqueca são particularmente sensíveis a alterações de rotina, sono regular e horários para as refeições devem ser mantidos. Embora o estresse não possa ser evitado, pode ser benéfico o treinamento em estratégias de convivência ou de tratamento do estresse. Semelhantemente, um número significativo de portadores parece ser obsessivo, compulsivo e rígido. Certas atividades costumam desencadear crises agudas, como olhar para luzes brilhantes ou para o Sol, bem como assistir a um programa ou filme televisão em ambiente escuro (com a luz da sala apagada) ou fora de foco. Recomendo o uso de lentes coloridas durante os momentos de exposição à luz brilhante para meus pacientes com enxaqueca. Ademais, voar ou estar em grandes altitudes, onde a tensão e a concentração de oxigênio geralmente fica abaixo do normal, pode precipitar crises. Alterações da pressão barométrica também são identificadas como desencadeante de crises, e os pacientes podem ser especialmente sensíveis às condições climáticas.

⇒ **Medidas de alívio da dor.** Analgésicos de venda livre podem ser eficazes. No entanto, o consumo exagerado desses analgésicos, particularmente os que contenham cafeína, pode produzir sérios efeitos colaterais. Portanto, esses



medicamentos devem ser evitados nos pacientes com crises freqüentes. Bolsas de gelo têm sido usadas por pacientes enxaquecosos há muitos anos. A aplicação de bolsas de gelo ou a comercialização de bolsas de gelo para aplicação no local da dor, juntamente com pressão delicada, pode reduzir a dor pulsátil associada às crises agudas de enxaqueca. As cefaléias podem ser tratadas com inúmeras medicações, cada uma delas com um perfil específico a cada tipo de situação; dentre os medicamentos se destacam: triptanos, derivados da ergotamina, mucato de isometepteno, ácido acetilsalicílico, AINEs, fenotiazínicos, lidocaína.

⇒ **Tratamento profilático:** o tratamento medicamentoso profilático deve ser considerado nos pacientes que tenham mais de duas crises agudas de enxaqueca por mês. Também deve ser considerado em pacientes que tenham crises que comprometam seriamente as atividades diárias ou que durem vários dias. Dentre os medicamentos destacam-se os betabloqueadores, anticonvulsivantes, AINEs, bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores alfa-adrenérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos e bloqueadores da serotonina, e metisergida.

⇒ **Terapêuticas Alternativas.** 1. Técnicas de relaxamento: os benefícios de aprender técnicas de relaxamento e *biofeedback* têm sido demonstrados. 2. Suspensão da nicotina: vários estudos têm mostrado que o fumo intensifica cefaléias e abandonar o tabagismo reduz sua intensidade. 3. Restrições alimentares: prescreve-se uma dieta de eliminação. Se, depois de um mês, as cefaléias não estiverem melhores, podem ser assegurados de que a dieta não é a culpada.

Os sintomas podem variar de uma crise para outra, e comórbida com outras afecções. As informações sobre os antecedentes familiares são importantes. A avaliação do paciente pode ser demorada e trabalhosa, requerendo orientação significativa do paciente com referência à conduta ótima desta afecção benigna. Os pacientes precisam ser orientados com relação a distúrbio genético e com base biológica, bem como distúrbio eminentemente tratável.

---

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: [dr\\_mauricioaranha@yahoo.com.br](mailto:dr_mauricioaranha@yahoo.com.br)