A watercolor illustration of a person from the back, holding their head with both hands, suggesting a headache or migraine. The colors are soft and blended, with shades of purple, pink, and blue. The person's hair is dark and messy. The background is a light, hazy blue and white.

**CONHEÇA A  
DOR DA  
CEFALEIA E DA  
ENXAQUECA**

# Comitê de desenvolvimento do módulo de enxaqueca

---

**Dr. Işin Ünal-Çevik, PhD**

Neurologista, neurocientista e especialista em dor  
Ankara, Turquia

**Dr. Peter Goadsby, PhD**

Neurologista  
Reino Unido/EUA

**Dr. Michel Lanteri-Minet, PhD**

Neurologista  
Nice, França

**Dr. Raymond L. Rosales, PhD**

Neurologista  
Manila, Filipinas

**Dr. Stewart Tepper, PhD**

Neurologista  
Cleveland, EUA

# Objetivos de aprendizagem

---

Após concluir este módulo, os participantes serão capazes de:

- Entender a fisiopatologia da enxaqueca
- Discutir a prevalência da enxaqueca
- Reconhecer os sinais e sintomas de enxaqueca
- Avaliar o impacto da enxaqueca na qualidade de vida e na capacidade de trabalho dos pacientes
- Aplicar os critérios de diagnóstico no momento adequado
- Entender as metas do tratamento da enxaqueca
- Entender o impacto da enxaqueca e comorbidades
- Selecionar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas para o controle da enxaqueca

# Classificação de cefaleias

---

- 1988: Sociedade Internacional de Cefaleias (International Headache Society, IHS)
- 2003: Classificação Internacional de Cefaleias II (International Classification of Headache Disorders-II, ICHD-II)
- **2013: ICHD-III-beta: Comissão de Classificação de Cefaleias da IHS: Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição (versão beta)**

Acesse a classificação atual da IHS:



[ICHD-3, Classificação Internacional de Cefaleias – 3ª edição, beta](#)

Os alunos deverão consultar a *classificação* e as *observações explicativas* para informações completas

# ICHD-3, Classificação Internacional de Cefaleias (3.<sup>a</sup> edição, versão beta)

## Parte um: As cefaleias primárias

1. Enxaqueca
2. Cefaleia tipo tensão
3. Cefaleias trigêmeino-autonômicas
4. Outras cefaleias primárias

## Parte dois: As cefaleias secundárias

5. Cefaleia atribuída a traumatismo da cabeça e/ou pescoço
6. Cefaleia atribuída à perturbação vascular craniana ou cervical
7. Cefaleia atribuída à perturbação intracraniana não vascular
8. Cefaleia atribuída a substâncias ou a sua privação
9. Cefaleia atribuída à infecção
10. Cefaleia atribuída à perturbação da homeostasia
11. Cefaleia ou dor facial atribuída à perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios perinasais, dentes, boca ou outras estruturas faciais ou cervicais
12. Cefaleia atribuída à perturbação psiquiátrica

## Parte três: Neuropatias cranianas dolorosas, outras dores faciais e outras cefaleias

13. Neuropatias cranianas dolorosas e outras dores faciais
14. Outras cefaleias

# Cefaleias

---

- Entre as disfunções mais comuns do sistema nervoso
- Associada a:
  - Sobrecarga pessoal de dor
    - Impacto negativo da dor
    - Qualidade de vida reduzida
    - Deficiência
  - Sobrecarga social da dor
    - Custos diretos
    - Custos indiretos
- Uma minoria de pessoas com cefaleias é diagnosticada adequadamente

**Mundialmente, a cefaleia é subestimada, sub-reconhecida e menos tratada do que deveria.**

# O que é a enxaqueca?

---

- Disfunção do sistema nervoso central
- Síndrome clínica comum
- Caracterizada por crises episódicas recidivantes de cefaleia, de qualidade pulsátil e intensidade moderada a grave, *sem fins protetores*
- A enxaqueca pode ser acompanhada pelos seguintes sintomas
- Aura
- Náusea/vômito
- Sensibilidade à luz (fotofobia)
- Sensibilidade ao som (fonofobia)
- Sensibilidade ao movimento da cabeça
- A vulnerabilidade à enxaqueca é herdada em muitas pessoas

# Classificação da enxaqueca

---

## Enxaqueca sem aura

- Crises recidivantes
- Crises e sintomas associados de enxaqueca nas últimas 4 a 72 horas

## Enxaqueca com aura (enxaqueca sem aura típica, enxaqueca com aura do tronco cerebral, enxaqueca hemiplérgica, enxaqueca retiniana)

- Sintomas visuais e/ou sensoriais e/ou da fala/linguagem e/ou fraqueza motora
- Desenvolvimento gradual da aura
  - No mínimo um sintoma propaga-se gradualmente durante  $\geq 5$  minutos
  - Os sintomas têm duração  $\geq 5$  e  $\leq 60$  minutos
- Podem ser sintomas positivos ou negativos ou uma mistura
- Reversibilidade completa

## Enxaqueca crônica

- Em um paciente com enxaqueca episódica prévia
- Cefaleia em  $\geq 15$  dias/mês durante  $> 3$  meses
- A cefaleia tem características de enxaqueca em  $\geq 8$  dias/mês





---

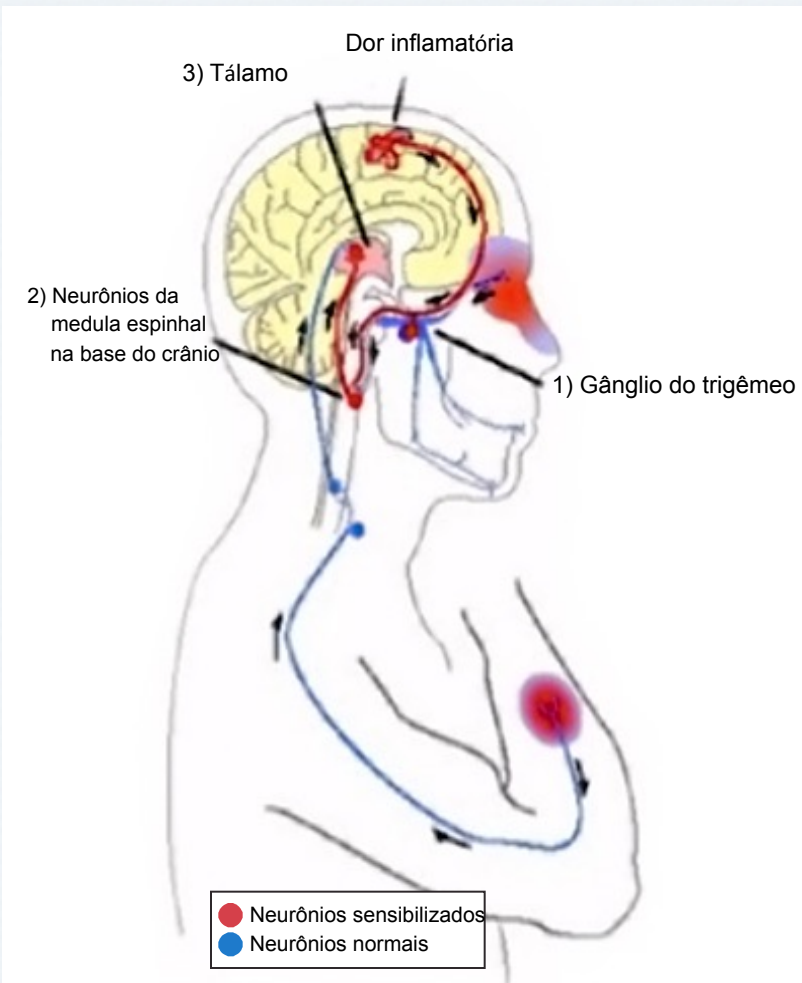
**QUAIS SÃO OS TIPOS MAIS  
COMUNS DE CEFALEIA  
OBSERVADOS EM SUA  
PRÁTICA CLÍNICA?**

---

# **Fisiopatologia da enxaqueca**

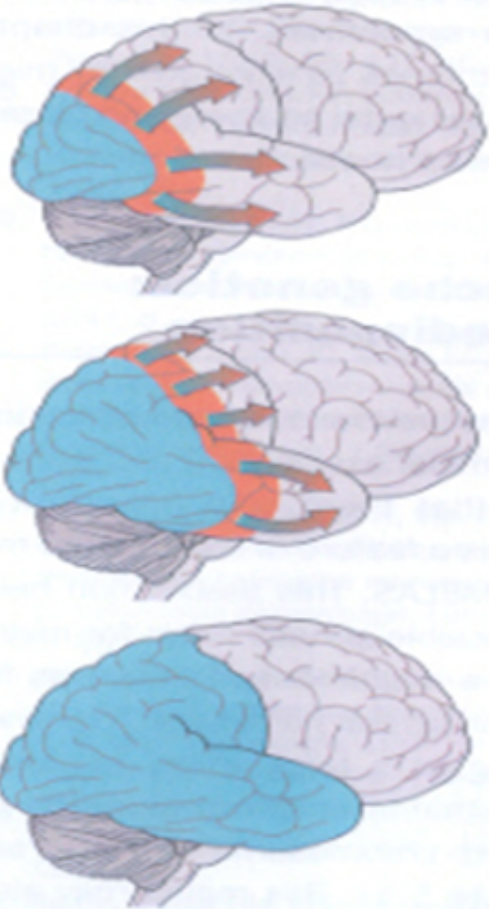


# Sensibilização central/alodinia na enxaqueca

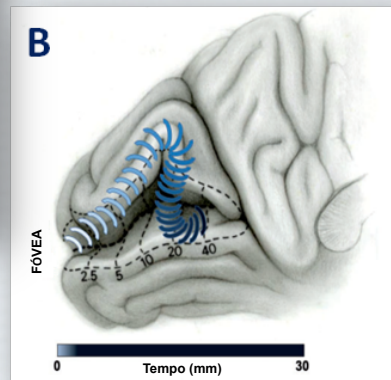
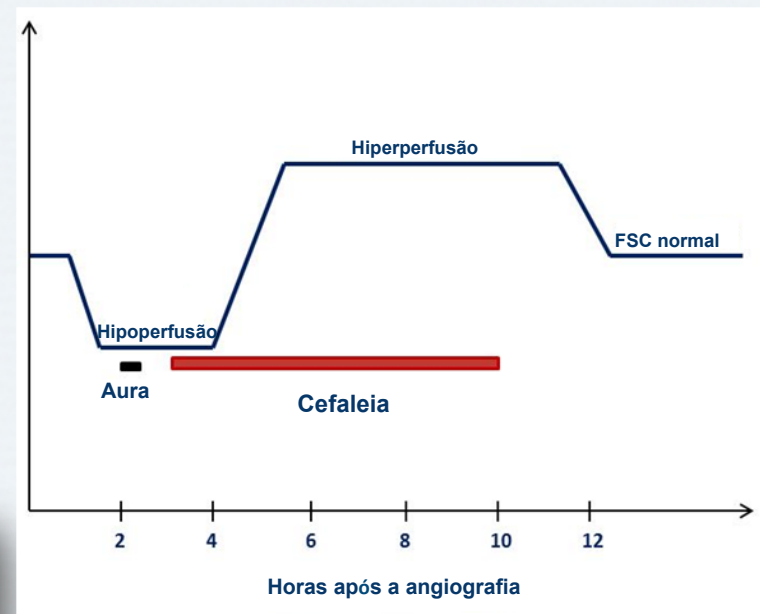


- A sensibilidade sensorial aumenta durante uma crise de enxaqueca
- Os sintomas são regulados por mecanismos **centrais** ou **periféricos**
  - A sensibilização periférica resulta na sensação latejante e exacerbação da dor após movimento
  - A sensibilização central resulta em alodinia cutânea

# Aura da enxaqueca



## Tempo relativo do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), aura e cefaleia\*



FSC = fluxo sanguíneo cerebral

\*Estudo original refutando a hipótese vascular de enxaqueca  
Olesen J *et al. Ann Neurol.* 1990;28(6):791-8.

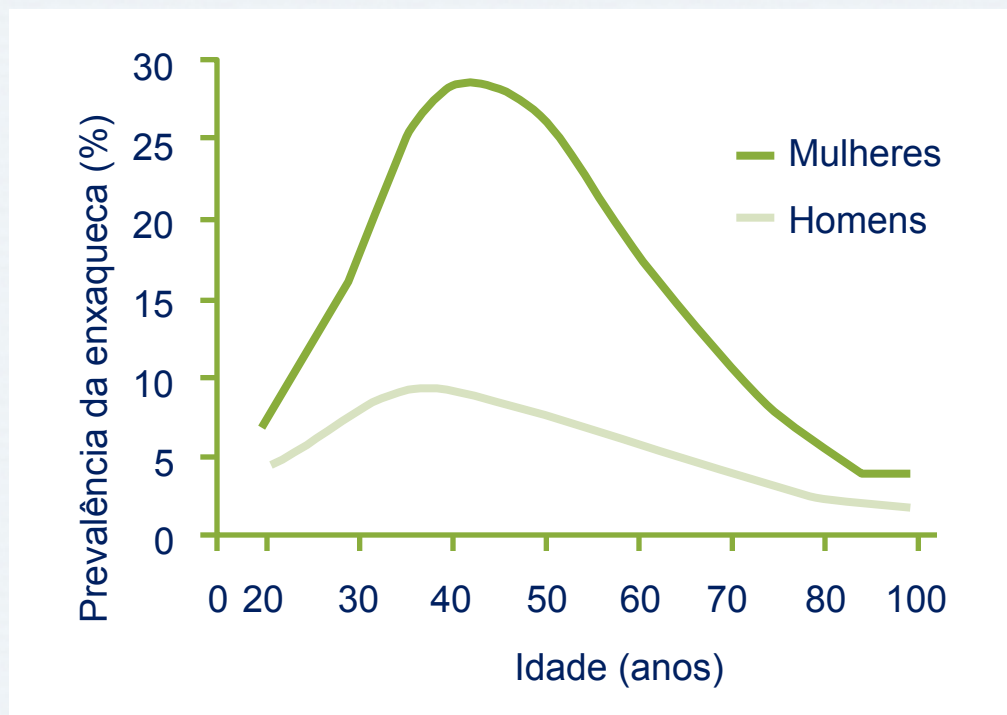
---

# **Prevalência de enxaqueca**



# Prevalência de enxaqueca

- A prevalência de enxaqueca na população geral é de 10 a 12%
  - A prevalência de enxaqueca crônica é de 2 a 4%



\*Sintomática no mínimo uma vez no ano anterior

1. WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed 20 May, 2015; 2. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. *Headache*. 2001;41:646-57.

# Herança da enxaqueca:

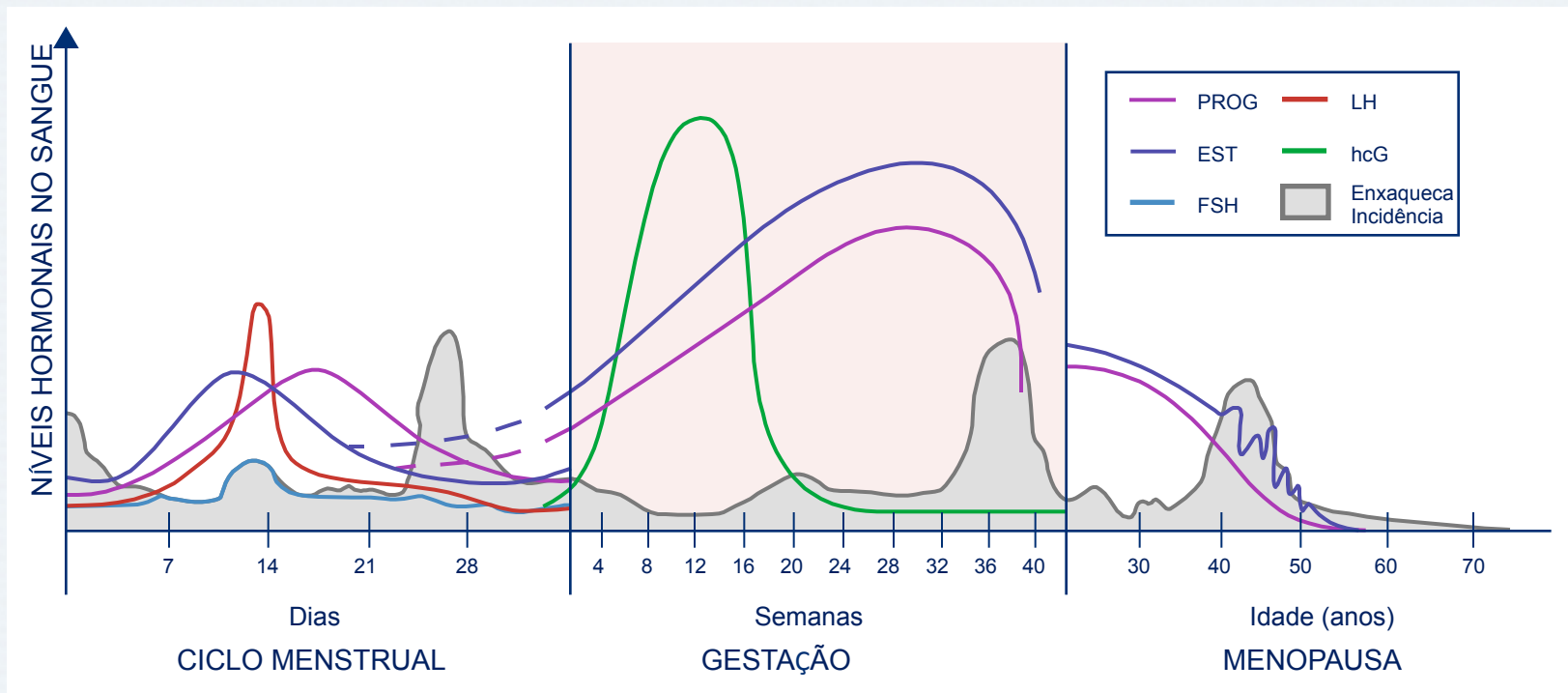
## Quando os pacientes se questionam “Por que eu?”

---

- Estudos identificaram 13 variantes associadas a enxaqueca que indicam genes que se agrupam em vias de neurotransmissão glutamatérgica, função sináptica, sensação de dor, metaloproteinases e vasculatura
- A contribuição patogênica individual de cada variante genética é de difícil acesso
  - Tamanhos de efeitos pequenos e interações complexas
- Seis genes com tamanhos de efeitos grandes identificados em pacientes com síndromes raras de enxaqueca monogênica, nas quais enxaqueca hemiplégica e enxaqueca não hemiplégica com ou sem aura fazem parte de um espectro clínico mais amplo
- Modelos de camundongos transgênicos com mutações genéticas da síndrome humana de enxaqueca monogênica mostraram características semelhantes a enxaqueca e aumento na suscetibilidade para depressão cortical que se propaga



# Hormonal Changes and Incidence of Migraine without Aura in Women





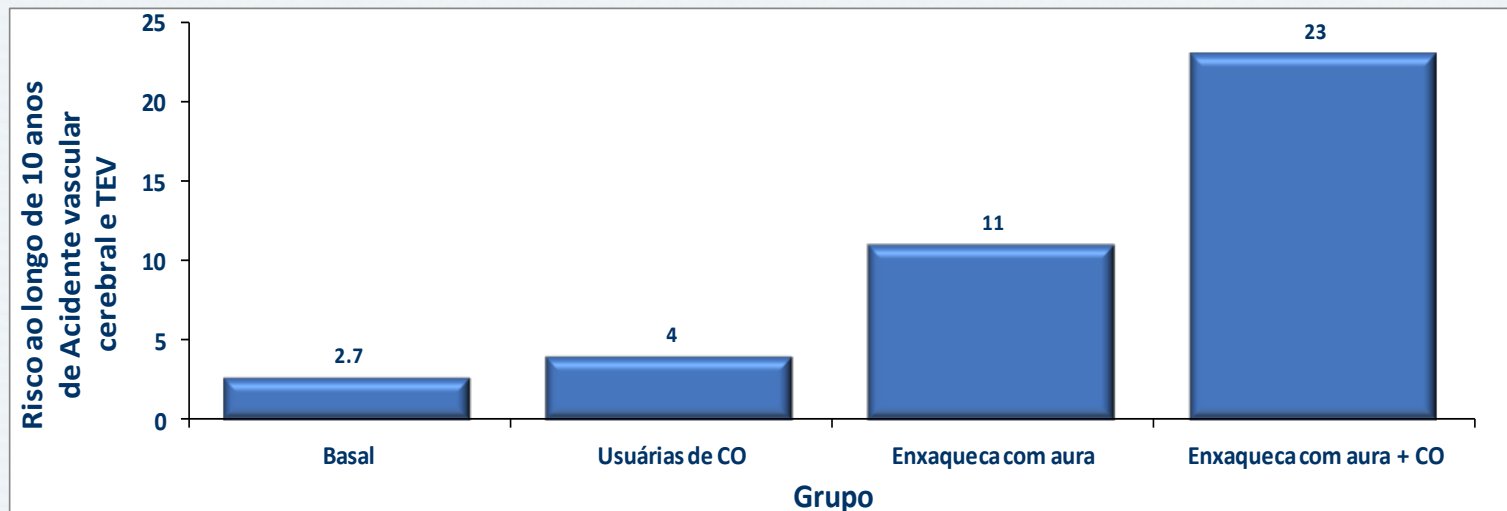
# Gestação e enxaquecas

---

- A maioria das mulheres com enxaqueca (até 80%) observa aumento notável da melhora de suas crises durante a gestação
  - Menos crises
  - A melhora tem maior probabilidade de ocorrer em mulheres com enxaqueca menstrual
- Se a enxaqueca não melhorar em torno do final do primeiro trimestre, é provável que continue durante toda a gestação
- Em algumas mulheres, a enxaqueca piora durante a gestação
  - Envolve mulheres com enxaqueca sem aura
- Algumas mulheres desenvolvem enxaqueca de novo durante a gestação
  - Principalmente enxaqueca sem aura
- As crises de enxaqueca retornam após o parto em quase todas as mulheres

# Enxaqueca e contraceptivos orais

- Deve-se considerar o risco de acidente vascular cerebral e tromboembolismo venoso [TEV] na enxaqueca
  - Contraceptivos orais (COs) combinados aumentam o risco
- O risco é semelhante em mulheres com enxaqueca sem aura e mulheres sem enxaqueca



- A OMS recomenda que as mulheres com enxaqueca com aura evitem COs combinados

OMS = Organização Mundial de Saúde

Hutchinson S. Use of oral contraceptives in women with migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan\\_Hutchinson\\_-\\_Use\\_of\\_Oral\\_Contraceptives\\_in\\_Women\\_with\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan_Hutchinson_-_Use_of_Oral_Contraceptives_in_Women_with_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.

---

# **Sinais e sintomas de enxaqueca**



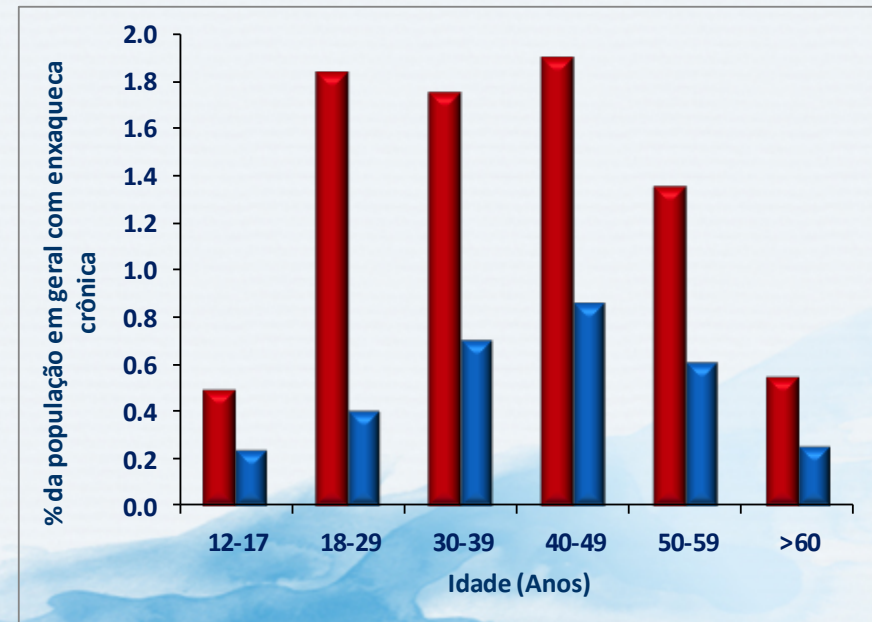
# Principais sintomas de enxaqueca

---

- Duração: 4 a 72 horas quando não tratados/tratados sem sucesso
  - Duração de 2 a 72 horas em pacientes com idade < 18 anos
- Dor:
  - Cefaleia latejante ou pulsátil
  - Moderada a grave; é intensificada com movimentos/atividade física
  - Dor unilateral em 60%, bilateral em 40%
  - A dor pode ser sentida em qualquer local em torno da cabeça ou pescoço e o local não determina o diagnóstico
  - A dor pode ter início rápido ou ser mais indolente
- Náusea (80%) e vômito (50%)
  - Pode ter anorexia, intolerância alimentar, tontura, náusea evidente ou aversão a luz e barulhos durante a fase premonitória ou durante a própria crise de enxaqueca

# Enxaqueca crônica (EC)

- Geralmente, desenvolve-se após um aumento lento da frequência de cefaleia em anos a meses (“transformação da enxaqueca”)
  - De 2 a 4% das pessoas com enxaqueca episódica passam pela transformação em enxaqueca crônica anualmente
- Estudos populacionais indicam uma prevalência de 1,4% a 2,2%
- $\geq 50\%$  dos pacientes com EC possuem cefaleia devido ao uso excessivo de medicação
- Os pacientes com EC frequentemente reverterem para enxaqueca episódica com o tratamento



# Fatores associados à transformação e reversão de enxaqueca crônica (EC)

## Transformação em EC

- Frequência basal de cefaleia elevada
- Uso excessivo de medicamentos agudos para enxaqueca
- Tratamento ineficaz para enxaqueca aguda
- Náusea
- Obesidade
- Ronco
- Distúrbios do sono
- Ingestão excessiva de cafeína
- Doença psiquiátrica
- Alterações de grande porte na vida
- Lesão na cabeça ou pescoço
- Alodinia cutânea
- Sexo feminino
- Disfunções de dor comórbidas
- Situação socioeconômica inferior

## Reversão da EC

- Aderência a medicamentos profiláticos para enxaqueca
- Frequência de cefaleia basal reduzida
- Ausência de alodinia cutânea
- Exercício físico
- Retirada de medicamentos abortivos para enxaqueca usados excessivamente

# Cefaleia devido ao uso excessivo de medicação (*Medication Overuse Headache, MOH*)

---

- Cefaleia que ocorre em  $> 15$  dias/mês
- É desenvolvida como consequência do uso excessivo regular de medicação para cefaleia aguda ou sintomática (em  $\geq 10$  ou  $\geq 15$  dias por mês, dependendo da medicação) por  $> 3$  meses
- Geralmente, mas não invariavelmente, é resolvida após a interrupção do uso excessivo da medicação
- Cerca de 50% dos pacientes com enxaqueca crônica reverterem-na para o subtipo de enxaqueca episódica após a descontinuação do medicamento



# Subtipos de cefaleia devido ao uso excessivo de medicação (MOH)

---

- Uso em  $\geq 10$  dias/mês regularmente por  $> 3$  meses:



- Cefaleia devido ao uso excessivo de ergotamina
- Cefaleia devido ao uso excessivo de triptano
- Cefaleia devido ao uso excessivo de opioide
- Cefaleia devido ao uso excessivo de analgésicos combinados



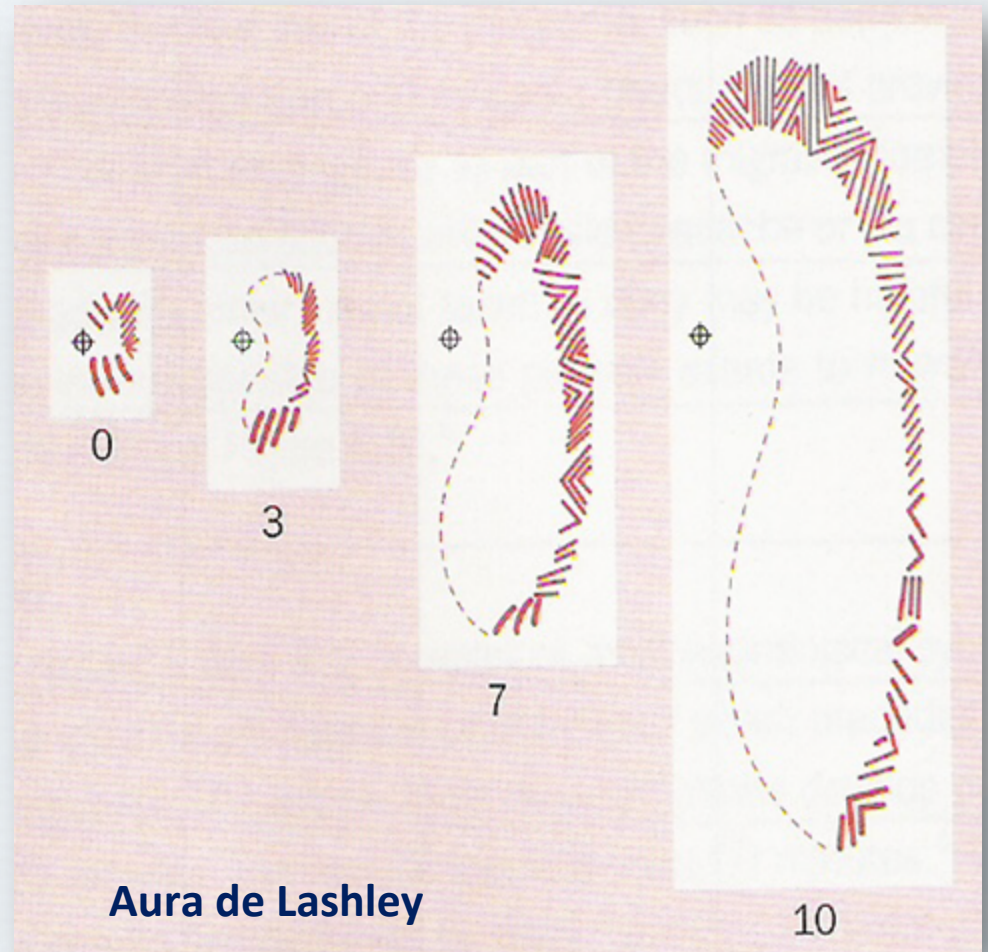
# Características típicas da aura da enxaqueca

- Pode preceder ou acompanhar a fase de cefaleia ou pode ocorrer isoladamente
- Geralmente é desenvolvida durante 5 minutos e dura < 1 hora
- A aura típica é mais comumente visual, mas pode ser sensorial ou relacionada à fala/linguagem ou uma combinação
- Os sintomas visuais podem ser positivos ou negativos
- O fenômeno visual positivo mais comum é o escotoma cintilante – um arco ou faixa de visão ausente com bordas em zigue-zague com luz difusa ou brilhante



Fig. 1 Uso de página impressa para revelar a uniformidade dos escotomas da enxaqueca. Da esquerda para a direita: Jolly (1902); de Gowers (1904); exposição da primeira exibição de arte relacionada a enxaqueca, de Wilkinson e Robinson, 1985, reproduzida com a permissão da Migraine Action Association [Associação de Ações Relacionadas à Enxaqueca] e Boehringer Ingelheim UK Limited.

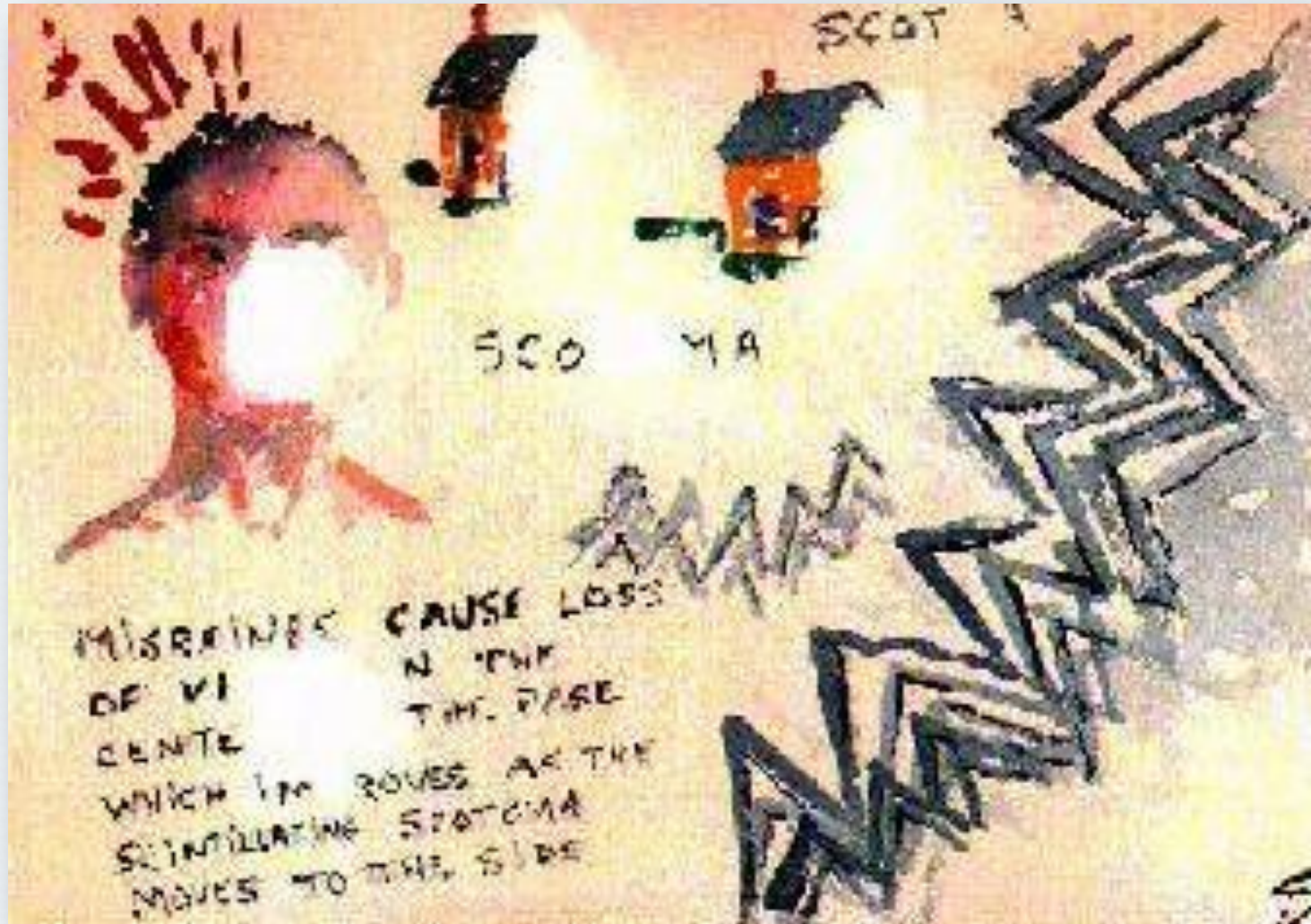
# Aura visual da enxaqueca



Aura de Lashley

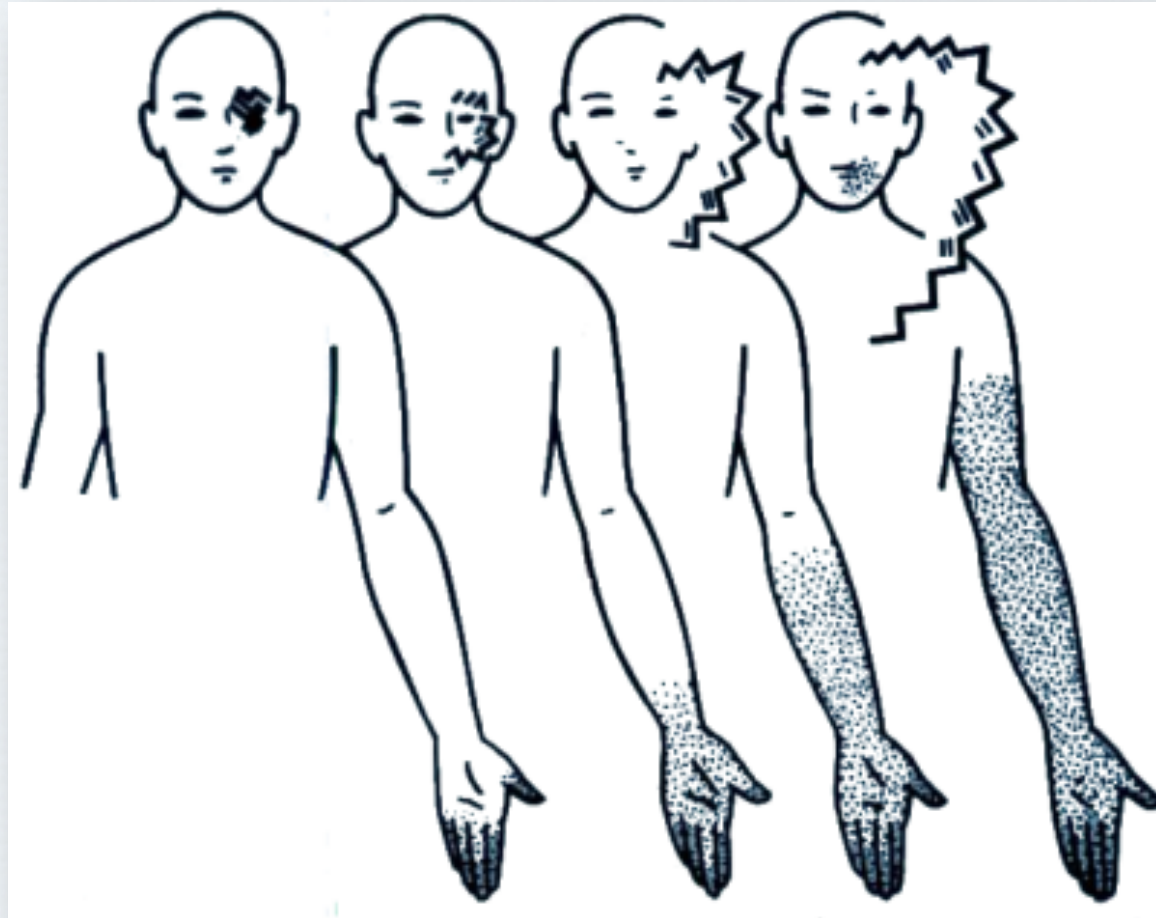
10

# Aura da enxaqueca




# Sintomas somatossensoriais na enxaqueca (Parestesia-hipoestesia)

---



---

# **Avaliação e diagnóstico de enxaqueca**



# Questão para discussão

---

**COMO VOCÊ AVALIA A  
ENXAQUECA EM SUA PRÁTICA  
CLÍNICA?**

# Importância do diagnóstico de enxaqueca

---

- **Improved** quality of life
- **Reduced**
  - Disability
  - Patient dependence on opioids
  - Overuse of analgesic medications or opioids
  - Risk of complications or medication overuse headaches
  - Chance of progressing to chronic daily headache (CDH)

**As consequências da ausência de diagnóstico incluem doença incapacitante, redução da qualidade de vida e perda de oportunidades de intervenção precoce**

# Cefaleia e histórico do paciente:

## Perguntas essenciais a serem feitas aos pacientes

---

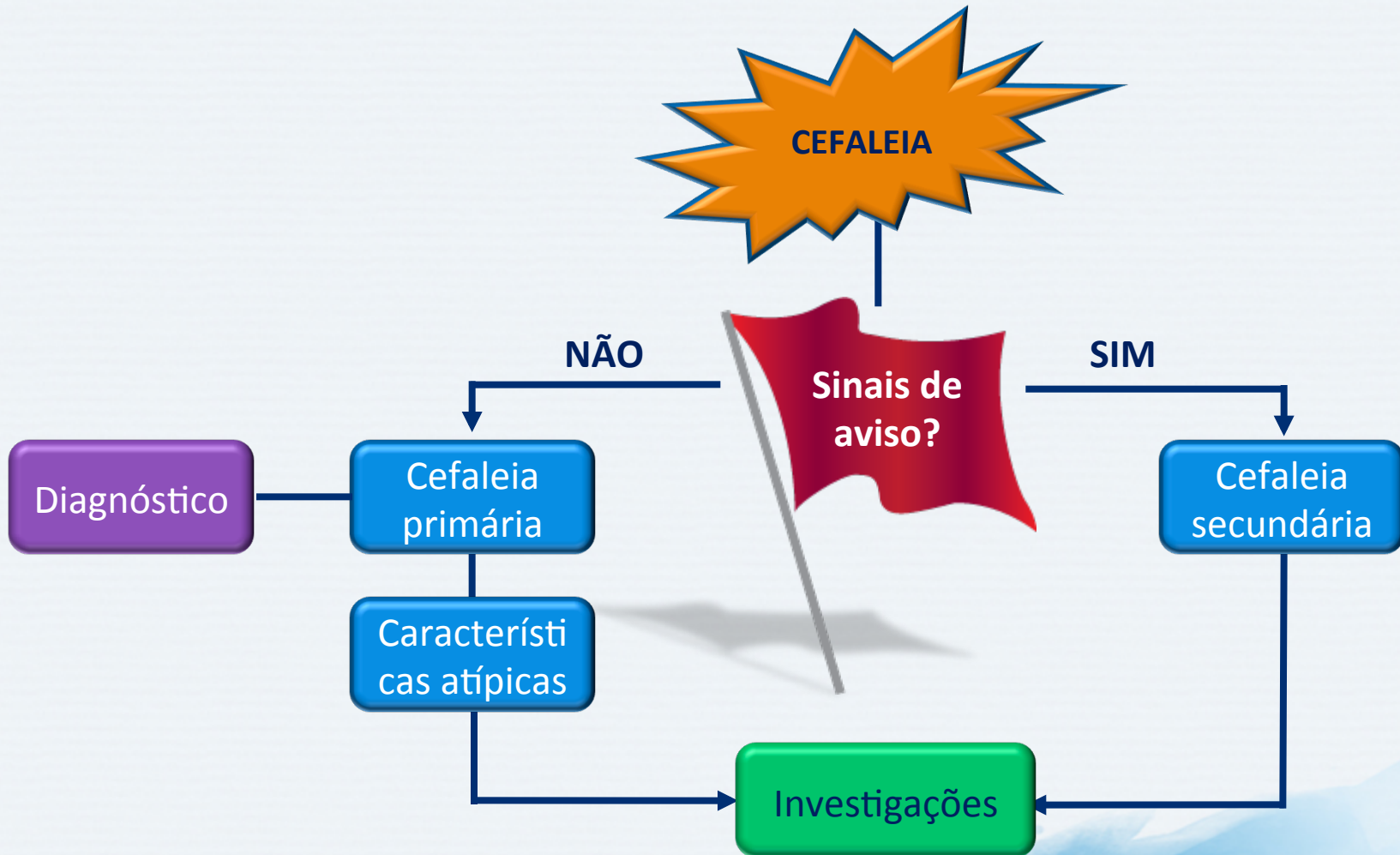
- **Surgimento:** Abrupto? Gradual?
- **Frequência/duração:**
  - Quantas vezes por semana/mês/ano?
  - Duração aproximada (duas horas, 12 horas, dois dias etc.)
- **Local\*:** Uni ou bilateral? Frontal, temporal ou fronto-têmporo-occipital?
- **Gravidade da dor:** Pior cefaleia que já teve? Leve, moderada, grave?
- **Características e outros sintomas associados**
- **Uso de medicação:** Relação direta com determinada medicação?
- **Histórico familiar de enxaqueca?**
- **O que faz a cefaleia melhorar ou piorar?**
- **Qualquer alteração recente no padrão de cefaleias?**
- **Grau de incapacidade?**
- **Condições comórbidas?**



\*Em caso de cefaleia episódica

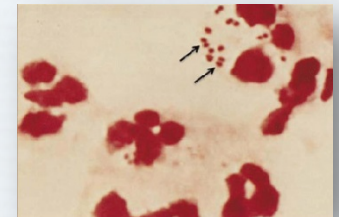


# Avaliação diagnóstica de enxaqueca



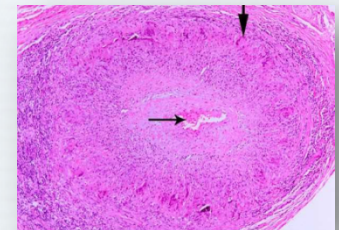
# Indicadores no diagnóstico de cefaleia

Indicador	Diagnóstico diferencial
Cefaleia com doença sistêmica (febre, pescoço enrijecido, erupção cutânea)	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Meningite</b></li><li>• Encefalite</li><li>• Doença de Lyme</li><li>• Infecção sistêmica</li><li>• Doença vascular relacionada a colágeno</li></ul>
Indicador	Diagnóstico diferencial
Novo surgimento de cefaleia em um paciente com HIV ou câncer	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Meningite</b></li><li>• Abscesso cerebral</li><li>• Metástase</li></ul>
Indicador	Diagnóstico diferencial
Presença de déficits neurológicos, <b>papiledema</b> ou alteração da cognição	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesão em massa</li><li>• Acidente vascular cerebral</li><li>• Hipertensão hipercraniana</li></ul>



# Indicadores no diagnóstico de cefaleia

Indicador	Diagnóstico diferencial
Cefaleia de surgimento repentino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hemorragia subaracnoidea</b></li> <li>• Síndrome de vasoconstricção cerebral reversível</li> <li>• Dissecção de artéria cervical</li> <li>• Trombose venosa cerebral</li> <li>• Apoplexia hipofisária</li> <li>• Sangramento em uma massa ou malformação arteriovenosa</li> <li>• Lesão em massa</li> </ul>
Indicador	Diagnóstico diferencial
Cefaleia com início em um paciente com idade > 50 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arterite de células gigantes (arterite temporal)</b></li> <li>• Lesão em massa</li> </ul>
Indicador	Diagnóstico diferencial
Padrão acelerado de cefaleias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão em massa</li> <li>• <b>Hematoma subdural</b></li> <li>• Uso excessivo de medicação</li> </ul>



# Critérios de diagnóstico da ICHD-3 para enxaqueca sem aura

---

- A. No mínimo cinco crises que atendam aos critérios B a D
- B. Crises de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso)
- C. A cefaleia tem  $\geq 2$  das características a seguir
  1. Localização unilateral
  2. Qualidade pulsátil
  3. Intensidade da dor moderada ou grave
  4. Agravamento devido à atividade física de rotina ou causa aversão à atividade física de rotina\*
- D. Durante a cefaleia,  $\geq 1$  dos itens a seguir
  1. Náusea e/ou vômito
  2. Fotofobia e fonofobia
  3. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

**[Link para o diagnóstico da ICHD-3 de enxaqueca sem aura](#)**

\*Por exemplo, andar ou subir escadas

ICHD = Classificação Internacional de Cefaleias [International Classification of Headache Disorders]

Comissão de Classificação de Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias (IHS). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.

# Critérios de diagnóstico da ICHD-3 para enxaqueca com aura

---

- A. No mínimo duas crises que atendam aos critérios B e C
- B. Um ou mais dos seguintes sintomas de aura completamente reversível:
  - 1. Visual
  - 2. Sensorial
  - 3. Fala e/ou linguagem
  - 4. Motor
  - 5. Tronco cerebral
  - 6. Retiniano
- C. No mínimo dois dos itens a seguir:
  - 1. No mínimo um sintoma de aura propaga-se gradualmente durante  $\geq 5$  minutos e/ou dois ou mais sintomas ocorrem sucessivamente
  - 2. Cada sintoma individual de aura tem duração de 5 a 60 minutos
  - 3. No mínimo um sintoma de aura é unilateral
  - 4. A aura é acompanhada, ou seguida durante até 60 minutos, por cefaleia
- D. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3 e crise isquêmica temporária foi descartada

**[Link para o diagnóstico da ICHD-3 de enxaqueca com aura](#)**

# Critérios de diagnóstico da ICHD-3 para enxaqueca crônica


---

- A. Cefaleia (semelhante ao tipo tensional e/ou semelhante a enxaqueca) em  $\geq 15$  dias/mês durante  $> 3$  meses e atendendo aos critérios B e C
- B. Ocorrência em um paciente que teve  $\geq 5$  crises que atendem aos critérios B e D de *enxaqueca sem aura* e/ou critérios B e C de *enxaqueca com aura*
- C. Em  $\geq 8$  dias/mês durante  $> 3$  meses, atendendo a qualquer um dos itens a seguir:
  1. Critérios C e D de *enxaqueca sem aura*
  2. Critérios B e C de *enxaqueca com aura*
  3. O paciente acredita que seja enxaqueca no surgimento e obtém alívio com triptano ou derivado de ergotamina
- D. Não é melhor explicada por outro diagnóstico da ICHD-3

[Link para o diagnóstico da ICHD-3 de enxaqueca crônica](#)

---

**Ferramentas para avaliação,  
tratamento e obtenção de imagens  
da enxaqueca**



# Diário de cefaleia

*Weekly Headache Diary* (year: 2004)  
 Dates: 15 Feb - 21 Feb

*SAMPLE*

Day	Time	Frequency	Duration	Symptoms	Triggers	Treatment	Notes
S	0						
	9						started new diet
M	0						
	3						
T	6	0		Nausea sensitive to light	Dropping temperature pressure		
	8	0					
W	2	0				Chiropractor	
	0						
T	0						
	0						
F	3	0			Chocolate		
	3	0					
	2	0					
S	0						
	0						
	0						

## Os pacientes devem registrar:

- Data, horário de surgimento e término
- Sintomas precedentes
- Intensidade em uma escala
- Desencadeadores suspeitos
- QUALQUER medicação tomada, incluindo medicação sem receita médica – anotar a dosagem tomada, quantos comprimidos o paciente tomou naquele dia
- Alívio (completo/parcial/nenhum)
- Relação com o ciclo menstrual



# Ferramentas breves para triagem de enxaqueca, impacto da enxaqueca e resposta ao tratamento

	Teste	Comentários
<b>Triagem e diagnóstico</b>	Questionário de identificação de enxaqueca crônica [ID Chronic Migraine] <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doze itens; identifica pacientes com enxaqueca crônica</li> <li>• Pode ser usado por pacientes ou médicos</li> </ul>
	Questionário de identificação de enxaqueca [ID-Migraine] <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta de três itens</li> <li>• Simples e confiável; uso em cuidados primários</li> </ul>
<b>Avalia o impacto da enxaqueca</b>	Questionário de avaliação de incapacidade por enxaqueca (Migraine Disability Assessment, MIDAS) <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta de cinco itens para pontuar o número de dias com redução significativa da atividade devido à enxaqueca nos três meses anteriores</li> </ul>
	Headache Impact Test™-6 (HIT-6) <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrange seis categorias</li> <li>• Útil na prática clínica e pesquisa</li> </ul>
<b>Avalia a resposta à terapia</b>	Questionário de avaliação da terapia para enxaqueca (Migraine Therapy Assessment Questionnaire, MTAQ®) <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário de cinco itens adequado para ser usado por clínicos gerais</li> <li>• Identifica o tratamento subótimo para enxaqueca</li> </ul>
	Questionário de Avaliação da terapia atual para enxaqueca (Migraine Assessment of Current Therapy, Migraine-ACT) <sup>6,7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário de quatro itens</li> <li>• Identifica pacientes cuja terapia aguda deve ser alterada</li> </ul>

1. Lipton RB *et al. Neurology*. 2003;61:375-82; 2. Maizels M, Burchette R. *Headache*. 2003;43(5):441-50; 3. Stewart WF *et al. Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8; 4. Kosinski M *et al. Qual Life Res*. 2003;12(8):963-74; 5. Lipton RB *et al. Cephalalgia*. 2009;29(7):751-9; 6. Dowson AJ *et al. Curr Med Res Opin*. 2004;20(7):1125-35; 7. Kilminster SG *et al. Headache*. 2006;46(4):553-62.

# Exame de imagem para enxaqueca

---

## **Academia Americana de Neurologia**

- Considera apenas em pacientes com enxaqueca com padrões atípicos de cefaleia ou sinais neurológicos


## **Consórcio para Cefaleia dos EUA**

- Considera em pacientes com cefaleia não aguda ou achados inexplicados no exame neurológico
- Geralmente não são justificáveis em pacientes com exame neurológico normal
  - Um limiar mais inferior pode ser aplicável se a cefaleia apresentar características atípicas ou não atender à definição rigorosa de enxaqueca

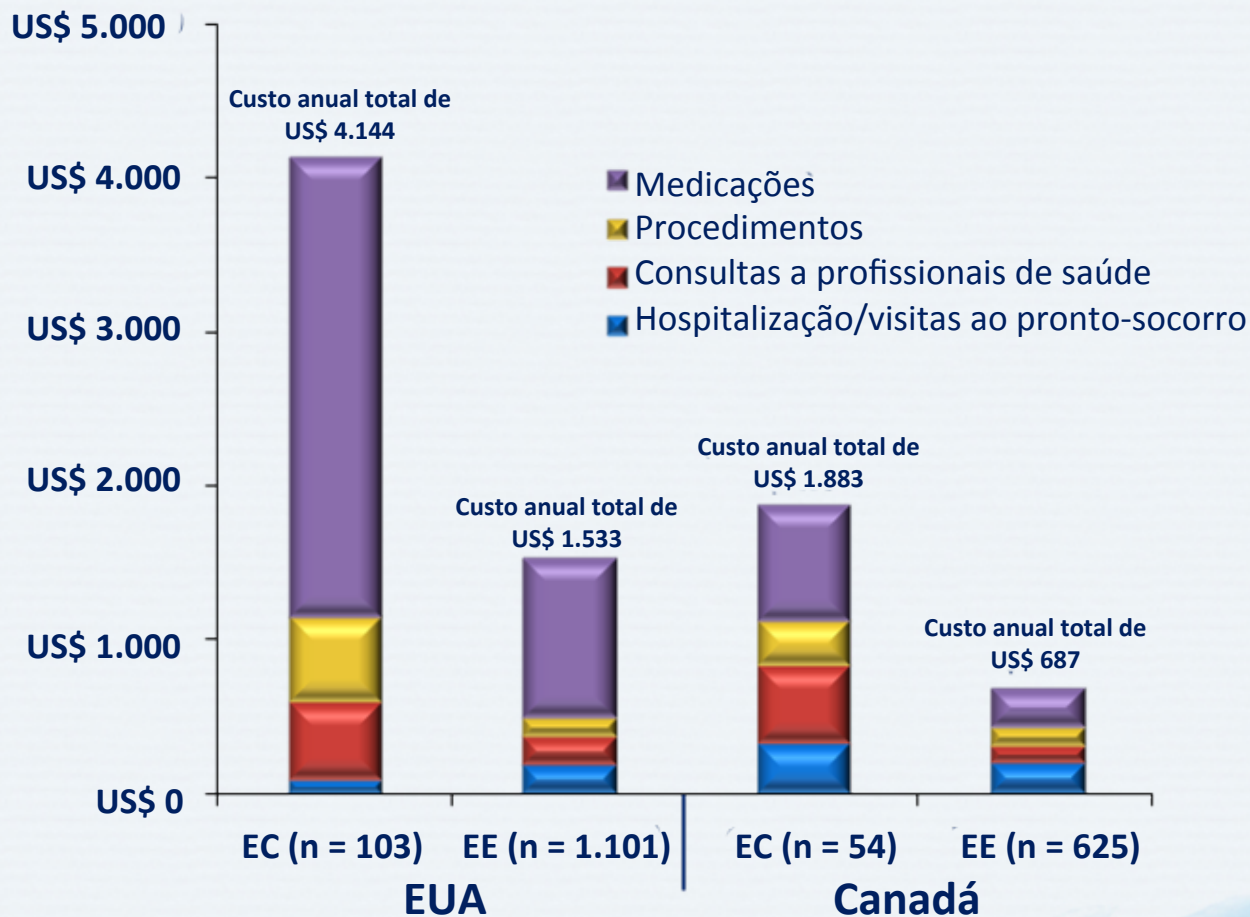
- **Não realizar exames de imagem em pacientes com cefaleias estáveis que atendem aos critérios de enxaqueca**
- **Se houver uma ressonância magnética (RM) disponível, não se deve realizar tomografia computadorizada (TC), exceto em contextos de emergência**

---

# **Sobrecarga da enxaqueca ao paciente**



# Impacto econômico da enxaqueca – América do Norte

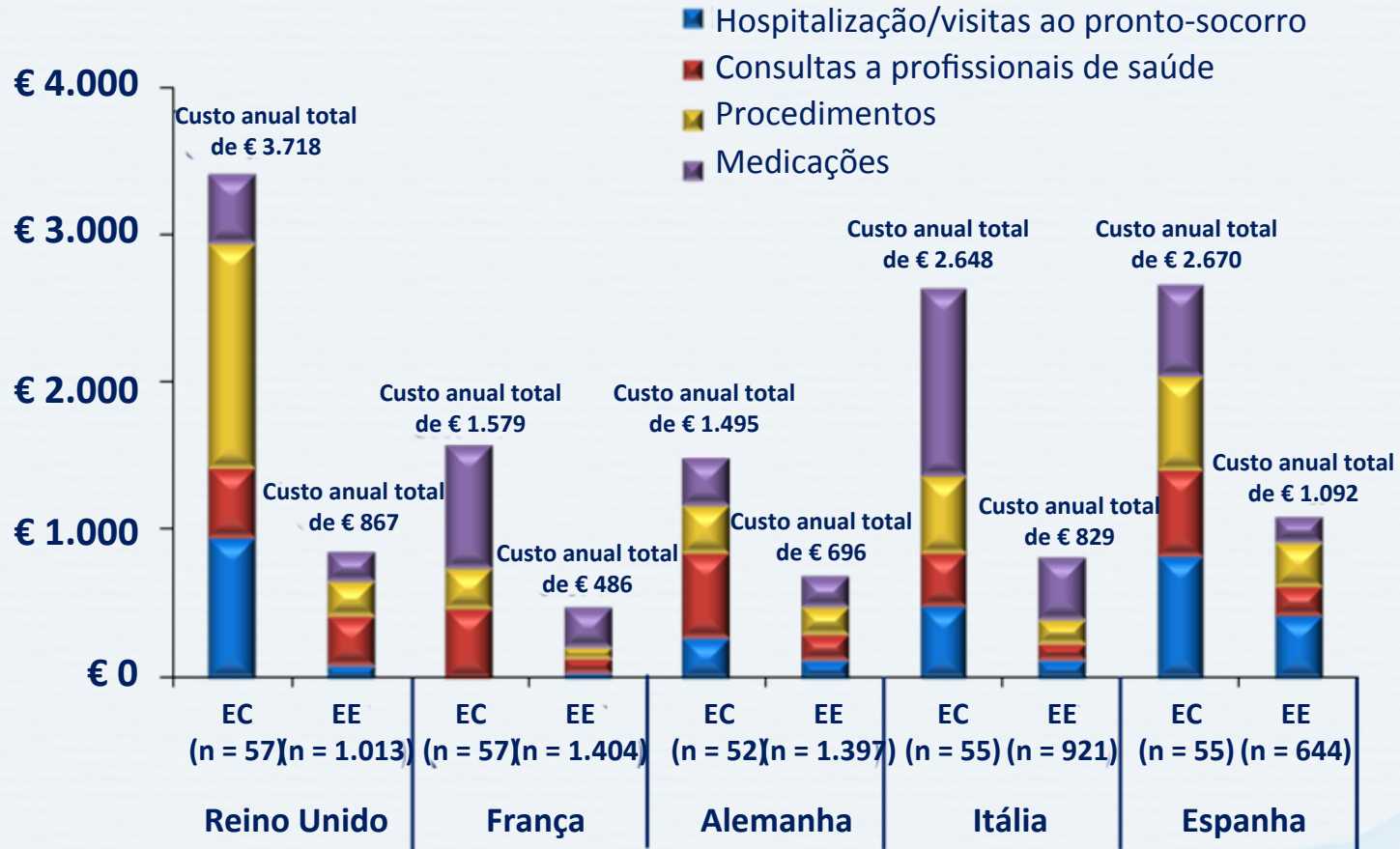


\*Sujeito com enxaqueca com acompanhamento médico

EC = enxaqueca crônica; EE = enxaqueca episódica

1. WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed December 1, 2014; 2. Harwood RH et al. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(4): 251-8; 3. Steiner TJ et al. *J Headache Pain.* 2013;14(1):1; 4. Stokes M et al. *Headache.* 2011;51(7):1058-77; 5. Bloudek LM et al. *J Headache Pain.* 2012;13(5):361-78.

# Impacto econômico da enxaqueca – Europa



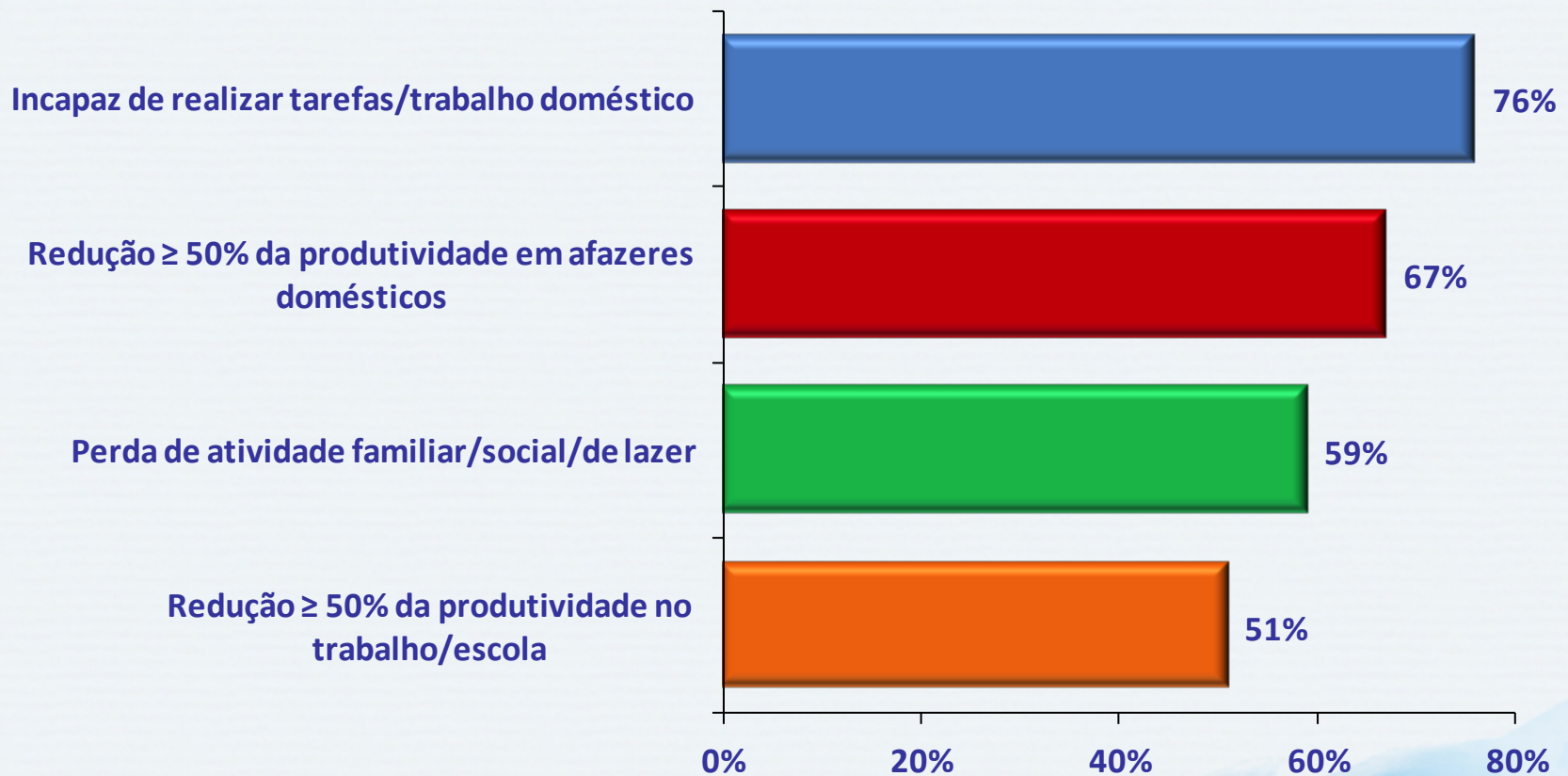
\*Sujeito com enxaqueca com acompanhamento médico

EC = enxaqueca crônica; EE = enxaqueca episódica

1. WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed December 1, 2014; 2. Harwood RH et al. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(4): 251-8; 3. Steiner TJ et al. *J Headache Pain.* 2013;14(1):1; 4. Stokes M et al. *Headache.* 2011;51(7):1058-77; 5. Bloudek LM et al. *J Headache Pain.* 2012;13(5):361-78.

# Impacto da enxaqueca nas vidas cotidianas dos pacientes

---



# Comorbidades da enxaqueca

---

- Forte associação com<sup>1</sup>
    - Ansiedade
    - Depressão
    - Distúrbios do sono
    - Disfunções de dor crônica (fibromialgia, lombalgia crônica, síndrome do intestino irritável)
    - Epilepsia
    - Vertigem
  - Enxaqueca com aura, mas não enxaqueca sem aura, é um fator de risco para acidente vascular cerebral isquêmico e lesões cerebrais silenciosas visíveis por RM<sup>2</sup>
    - Especialmente em mulheres com crises frequentes
  - Ansiedade na infância<sup>3</sup>
  - Histórico de abuso na infância<sup>4,5</sup>
  - Histórico de enjoo de movimento na infância<sup>6,7</sup>
- Associadas ao desenvolvimento de cefaleia na fase adulta

---

# **Tratamento da enxaqueca**





# Questão para discussão

---

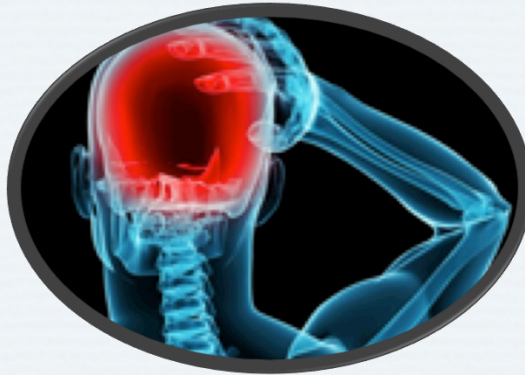
**COMO VOCÊ TRATA A  
ENXAQUECA?**

# Tratamento da enxaqueca

---

**Estratégias antecipadas**  
Usadas quando existe  
um desencadeador de  
cefaleia conhecido

**Estratégias agudas**  
Para interromper as crises



**Estratégias preventivas**  
Para evitar recidiva das  
crises

# Avaliação dos desencadeadores de enxaqueca

---

- Os desencadeadores não devem ser confundidos com a causa da cefaleia
- Nem todos os desencadeadores atuam igualmente provocando cefaleia
- Desencadeadores múltiplos ou combinações dos desencadeadores podem ser necessários para provocar a cefaleia
- Tipos de desencadeadores:
  - Menstruação
  - Estresse
  - Ambientais
  - Hormonais
  - Dietéticos (*por exemplo*, cafeína, jejum/pular refeições, álcool)
  - Comportamentais (sono)

**Deve-se aconselhar aos pacientes evitar os desencadeadores conhecidos, se possível, e sobre o estilo de vida e controle do estresse**

# Desencadeadores de cefaleia comumente relatados

## DIETA

Fome  
Álcool  
Aditivos  
Vinho tinto  
Adoçantes artificiais  
Glutamato monossódico  
Frutas cítricas  
Alimentos contendo tiramina (por exemplo, queijo envelhecido)  
Carnes com nitritos  
Cafeína/retirada de cafeína

## AMBIENTAIS

Ofuscamento/estímulos visuais  
Odores  
Altitude  
Mudança meteorológica  
Tabagismo  
Enjoo de movimento

## HORMONAIS

Menstruação  
Menopausa  
Gestação

## ESTRESSE E ANSIEDADE

## DOR NA CABEÇA OU PESCOÇO

Traumatismo  
Outras causas

## CRONBIOLÓGICAS

Sono (muito pouco/excessivo)  
Alteração dos horários

## MEDICAÇÕES

Vasodilatadores  
Contraceptivos orais

## ESFORÇO FÍSICO

Exercícios  
Sexo

# Objetivos do tratamento agudo de enxaqueca

---

- Tratar as crises rapidamente e de maneira uniforme e evitar a recidiva
- Restaurar a função do paciente nos domínios pessoal, social e de trabalho
- Minimizar o uso de medicamentos de suporte e resgate
- Eliminar ou minimizar os eventos adversos
- Otimizar os cuidados próprios e reduzir a necessidade de uso de recursos
- Fornecer cuidados rentáveis

# O que é um tratamento bem-sucedido de uma crise de enxaqueca?

**Resposta sem dor de 2 horas e resposta sem dor mantida (isto é, livrar-se da dor sem recidiva ou uso de medicamento de resgate ou medicamento do estudo 2 a 24 horas pós-dose)**

Sim	Não	Item
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Na maioria das vezes, tenho alívio dos sintomas da minha enxaqueca em até 2 horas após tomar meu medicamento para enxaqueca.</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes, posso voltar ao que estava fazendo em até 2 horas após tomar meu medicamento para enxaqueca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na maioria dos meses, tenho 3 ou mais enxaquecas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomo medicamentos diariamente para diminuir a frequência de aparecimento da enxaqueca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eu sei o que pode provocar minhas enxaquecas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes, tento não tomar meus medicamentos para enxaqueca imediatamente.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No mês passado, faltei à escola, ao trabalho ou outra atividade devido a uma enxaqueca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nos últimos 6 meses, precisei ir ao pronto-socorro ou atendimento de emergência devido à enxaqueca.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estou satisfeito(a) com meu tratamento da enxaqueca.

**Questionário para avaliação de terapia para enxaqueca (MTAQ®)**

# Consórcio para Cefaleia dos EUA – Objetivos para o tratamento de enxaqueca

---

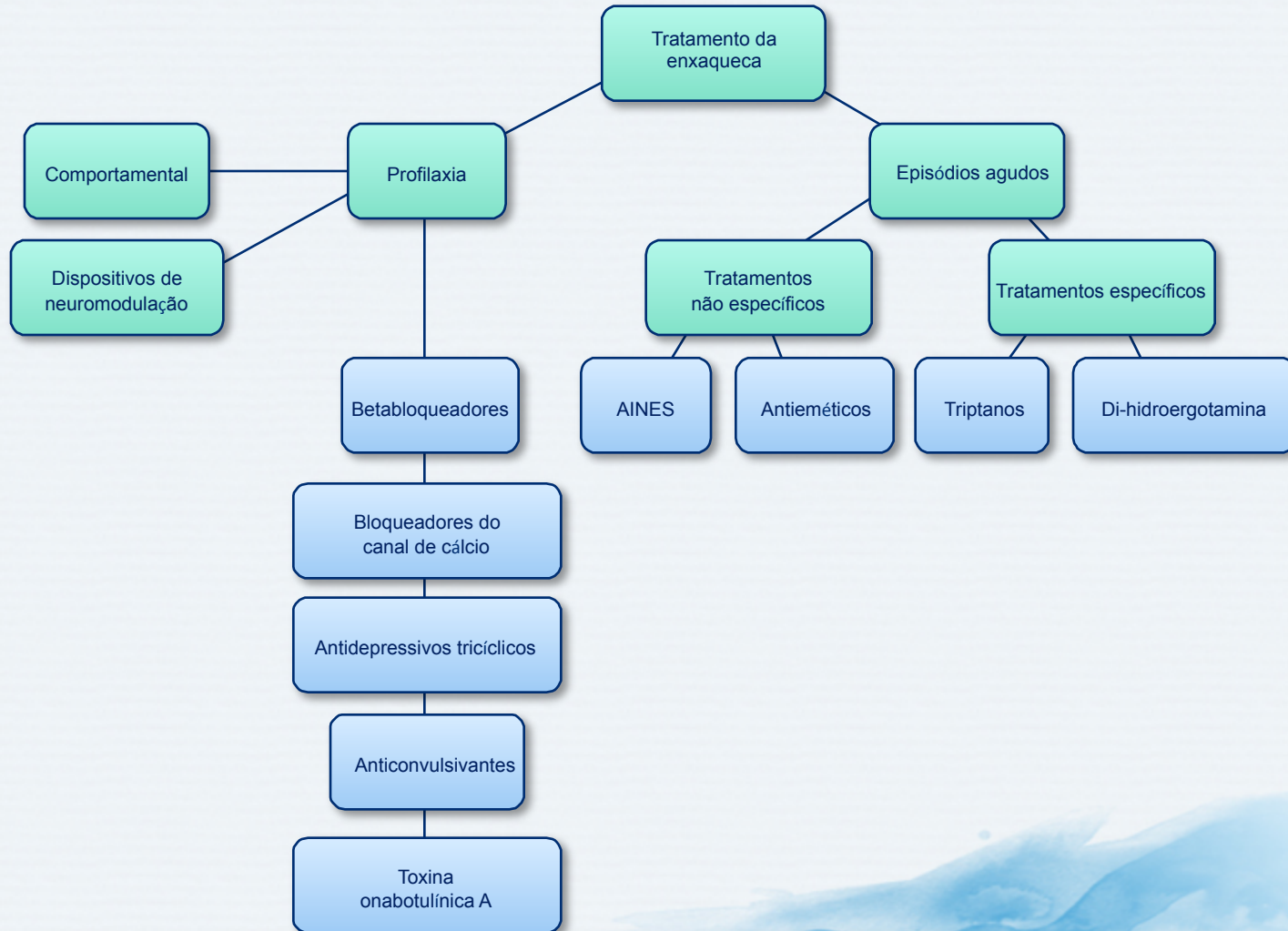
## Objetivos para o tratamento de enxaqueca a longo prazo

- Reduzir a frequência e a gravidade da enxaqueca
- Reduzir a incapacidade
- Melhorar a qualidade de vida
- Evitar a cefaleia
- Evitar o aumento do uso excessivo de medicação
- Instruir e permitir que os pacientes controlem sua doença

## Objetivos para o tratamento bem-sucedido de crises agudas de enxaqueca

- Tratar as crises rapidamente e de maneira uniforme sem recidiva
- Restaurar a capacidade de funcionamento do paciente
- Minimizar o uso de medicações de suporte/resgate
- Otimizar os cuidados próprios para o tratamento geral
- Ser rentável no tratamento geral
- Causar efeitos adversos mínimos ou nenhum

# Visão geral do tratamento de enxaqueca





---

# **Tratamento não farmacológico da enxaqueca**


Procedimento  
Comportamental

# Terapia não farmacológica para enxaqueca

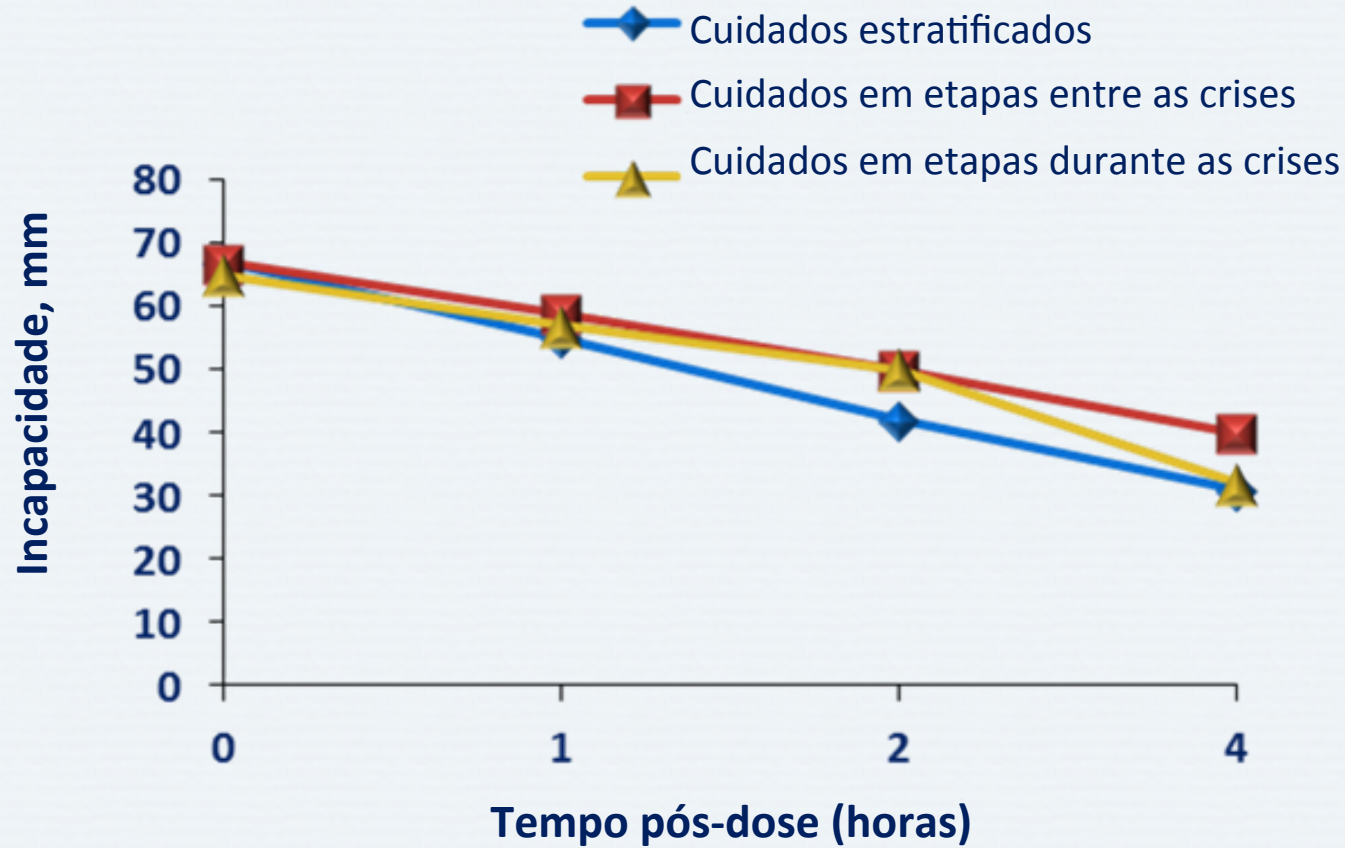
Terapia	Comentários
Massagem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Graus variáveis de eficácia</li></ul>
loga	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduz a frequência de enxaqueca e características clínicas associadas</li></ul>
Relaxamento, resposta biológica e terapia comportamental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduzir a frequência e a gravidade da enxaqueca</li><li>• Reduzir o risco de transformação da enxaqueca episódica em crônica</li></ul>
Acupuntura/ Procedimentos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dados conflitantes</li><li>• Um estudo mostrou que a acupuntura foi mais eficaz que topiramato na profilaxia para enxaqueca crônica</li></ul>

---

# **Tratamento farmacológico de crises de enxaqueca**



# Cuidados estratificados para enxaqueca



**Tempo de incapacidade para  $\leq 6$  crises**

# Considerações para selecionar uma medicação para tratamento agudo da enxaqueca

---

- Frequência das cefaleias
  - Gravidade das cefaleias
  - Em quanto tempo a cefaleia se estabelece
  - Duração da cefaleia
  - Tendência de recidiva da cefaleia
  - Incapacidade causada pelas cefaleias
  - Sintomas associados (*por exemplo*, náusea)
  - Resposta anterior à terapia
  - Eventos adversos associados às medicações
  - Preferência do paciente
- **Medicação de suporte adequada deve ser oferecida aos pacientes se suas medicações agudas iniciais não proporcionarem alívio**
  - **Os pacientes devem ter um medicamento de resgate para uso domiciliar em caso de insucesso total do tratamento**

# Medicações para o tratamento agudo da enxaqueca

Nível A de evidência		Nível B de evidência		Nível C de evidência	
<b>Analgésico</b> Acetaminofeno		<b>Antieméticos</b> Clorpromazina Droperidol Metoclopramida Proclorperazina		<b>Antiepiléticos</b> Valproato IV	
<b>Ergotamina</b> Di-hidroergotamina (DHE)		<b>Ergotaminas</b> Di-hidroergotamina (DHE) Ergotamina/cafeína •Ergotamina <b>não</b> é recomendada para uso de rotina		<b>Ergotamina:</b> Ergotamina • <b>Não</b> recomendada para uso de rotina	
<b>AINEs</b> Ácido acetilsalicílico (AAS) Diclofenaco	Ibuprofeno Naproxeno	<b>AINEs</b> Flurbiprofeno Cetoprofeno Cetorolaco		<b>AINEs:</b> Fenazona	
<b>Opioides</b> Butorfanol (nasal) •Forte recomendação para <b>evitar</b> o uso de butorfanol		<b>Outros</b> Sulfato de magnésio (MgSO <sub>4</sub> ) IV Isometepteno		<b>Opioides</b> Butorfanol IM Codeína Meperidina IM	Metadona IM Tramadol IV
<b>Triptanos</b> Almotriptano Eletriptano Frovatriptano		<b>Combinações</b> Codeína ou tramadol + acetaminofeno Forte recomendação para evitar o uso de butorfanol •As combinações de codeína e tramadol <b>não</b> são recomendadas para uso de rotina		• Fortes recomendações para <b>evitar</b> o uso de butorfanol e medicações opioides	
				<b>Esteroides:</b> Dexametasona IV	
<b>Combinações</b> Acetaminofeno/AAS/cafeína Sumatriptano/naproxeno				<b>Outros</b> Lidocaína intranasal Butalbital •Fortes recomendações para <b>evitar</b> o uso de medicações contendo butorfanol	
				<b>Combinações</b> Butalbital/acetaminofeno/cafeína/codeína Butalbital/acetaminofeno/cafeína •Fortes recomendações para <b>evitar</b> o uso de butorfanol e medicações opioides	

AINE = anti-inflamatório não esteroide;  
 IM = intramuscular; IV = intravenoso  
 Marmura MJ *et al. Headache.* 2015;55(1):3-20.;  
 Worthington I *et al. Can J Neurol Sci.* 2013;40(5  
 Suppl 3):S1-S80.

# Tratamento agudo da enxaqueca durante a gestação

- Abordagens não farmacológicas (relaxamento, resposta biológica, fisioterapia) são seguras e podem ser eficazes
- Acetaminofeno (paracetamol) é o medicamento de escolha para dor leve a moderada durante toda a gestação
- Ácido acetilsalicílico (Aspirin®) é seguro no primeiro e segundo trimestres, mas deve ser evitado próximo ao parto
- Se nenhum outro tratamento for eficaz, sumatriptano é o triptano de escolha
- Antieméticos (domperidona, metoclopramida) podem ser usados



**Ergotamina e di-hidroergotamina são contraindicados durante a gestação**

# Profilaxia para enxaqueca durante a gestação

- Abordagens não farmacológicas (relaxamento, resposta biológica, fisioterapia) são seguras e podem ser eficazes
- Usar a profilaxia para enxaqueca quando os pacientes tiverem  $\geq 3$  crises graves prolongadas por mês que sejam incapacitantes ou não respondam à terapia sintomática ou provavelmente resultem em complicações
- Menor dose eficaz de propranolol (10 a 20 mg duas vezes ao dia) é o medicamento de escolha
  - Se forem usados betabloqueadores no terceiro semestre, o tratamento deve ser interrompido dois a três dias antes do parto
- Amitriptilina em dose baixa (10 a 25 mg diariamente) é uma opção



**Valproato de sódio, topiramato e metisergida são contraindicados durante a gestação**



# Enxaqueca pediátrica

---

- Enxaquecas são comuns em crianças
- Aumento da frequência conforme o aumento da idade
- Aproximadamente 6% dos adolescentes apresentam enxaqueca
- Idade média de surgimento: meninas = 10,9 anos; meninos = 7,2 anos
- O diagnóstico é desafiador, pois os sintomas podem variar de maneira significativa durante toda a infância
- Nem todos os adolescentes apresentarão cefaleias ao longo da vida
  - Até 70% apresentarão certa continuação de enxaquecas persistentes ou episódicas



# Principais características para o diagnóstico de enxaqueca pediátrica

---

- A duração tende a ser menor que em adultos
- Pode ter duração de até mesmo 1 hora, mas pode durar 72 horas
- Frequentemente bifrontal ou bitemporal em vez de dor unilateral
- As crianças frequentemente têm dificuldade de descrever a dor latejante ou os níveis de gravidade
- Usar uma escala com rostos ou numérica pode ser útil
- As crianças frequentemente têm dificuldade de descrever os sintomas
  - Os sintomas precisam geralmente ser deduzidos a partir do comportamento da criança
- Considerar os sintomas associados (dificuldade de pensamento, fadiga, tontura)





# Indicadores no diagnóstico de enxaqueca pediátrica

- Aumento da frequência e/ou gravidade durante várias semanas (< 4 meses) em uma criança com idade < 12 anos
  - Ainda mais importante em crianças com idade < 7 anos
- Uma alteração da frequência e gravidade do padrão de cefaleia em crianças jovens
- Febre não é um componente associado à enxaqueca em nenhum estágio – especialmente em crianças
- Cefaleias acompanhadas por convulsões
- Alteração das percepções sensoriais pode ocorrer em determinadas formas de enxaqueca, mas não é a regra
  - Precisa de atenção para determinar a avaliação e intervenção adequadas



# Farmacoterapias para enxaqueca pediátrica e adolescente

---

- Terapias agudas devem ser usadas assim que estiver claro que a cefaleia é enxaqueca
  - Ibuprofeno e spray nasal de sumatriptano são eficazes
  - Acetaminofeno é provavelmente eficaz
- Almotriptano é o único triptano atualmente aprovado pela Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (Food and Drug Administration, FDA) para o tratamento de enxaqueca em pacientes com idade  $\geq 12$  anos
- Analgésicos ou medicações agudas não devem ser usados  $> 2$  vezes por semana, exceto se o paciente estiver sob supervisão médica
- Suplementação com magnésio, riboflavina e coenzima Q10 pode ser útil
- Nenhuma medicação aprovada atualmente pela FDA para profilaxia para enxaqueca em crianças
  - Alguns estudos demonstraram eficácia do topiramato

---

***Tratamento farmacológico preventivo de  
enxaqueca***



# Diretrizes da EFNS para iniciar a terapia profilática de enxaqueca

---

Considerar e discutir medicamentos profiláticos quando:

- Houver grave comprometimento da qualidade de vida, deveres de negócios, participação escolar
- O paciente apresentar  $\geq 2$  crises por mês
- As crises de enxaqueca não responderem ao tratamento farmacológico agudo
- Ocorrerem auras frequentes, muito longas ou desconfortáveis

As diretrizes da EFNS excluem o uso regular ( $\geq 2$  dias/semana) de medicação, que é uma indicação frequente para profilaxia, independentemente do nível de qualidade de vida

**A profilaxia para enxaqueca é considerada bem-sucedida se a frequência das crises de enxaqueca por mês diminuir  $\geq 50\%$  em até 3 meses**

# Terapias profiláticas na enxaqueca

---

- Antiepiléticos
- Antidepressivos
- Anti-hipertensivos
- Vitaminas/minerais/fitoterápicos
- Toxina onabotulínica A
- Triptanos (apenas na enxaqueca menstrual – limitar a 3 a 4 dias)
- Anti-histamínicos
- AINEs (apenas na enxaqueca menstrual – limitar a 3 a 4 dias)

# Tratamentos profiláticos de enxaqueca

Medicamentos	Comentários
Betabloqueadores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos mais amplamente usados para profilaxia para enxaqueca</li><li>• Com eficácia de 60 a 80% na diminuição da frequência de enxaqueca em &gt; 50%</li><li>• Eficácia semelhante à do topiramato</li><li>• Boa tolerabilidade</li><li>• Excelente escolha para pacientes com hipertensão, DAC</li></ul>
Antidepressivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATCs mais estudados</li><li>• Amitriptilina diminui o número e a intensidade das enxaquecas em 50 a 70%</li></ul>
Topiramato	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rápido início de ação (no primeiro mês)</li><li>• Demonstrou diminuir os períodos mensais médios de enxaqueca</li><li>• Boa tolerabilidade na maioria dos pacientes</li></ul>
Valproato, divalproato	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agentes de primeira linha</li><li>• Divalproato é aprovado pela FDA</li><li>• Diversos modos de liberação</li><li>• A formulação IV de divalproato permite o rápido alcance de níveis terapêuticos</li></ul>
Toxina onabotulínica A	<ul style="list-style-type: none"><li>• Terapia aprovada pela FDA para enxaqueca</li><li>• Reduz significativamente os dias/meses de enxaqueca versus placebo</li><li>• Poucos eventos adversos associados</li></ul>

ATC = antidepressivo tricíclico; DAC = doença arterial coronariana; IV = intravenoso

Demaagd G. *P T*. 2008;33(7):480-7; Arulmozhi DK *et al. Vascul Pharmacol*. 2005;43(3):176-87; Silberstein SD. *Adv Stud Med*. 2005;5(6E):S666-S675; Garza I, Swanson JW. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(3): 281-91; Demagad G. *P T*. 2008;33(7):480-7; Dodick DW *et al. Headache*. 2010 Jun;50(6):921-36; Allergan. Allergan Inc., Markham ON. BOTOX® (toxina onabotulínica A) para injeção. Monografia do produto. Date of approval: July 7, 2014; Mathew NT *et al. Headache*. 2001 Feb;41(2):119-28; Gallagher RM *et al. J Am Osteopath Assoc*. 2002;102:92-4; Freitag FG. *Psychopharmacol Bull*. 2003;3(Suppl 2):98-115; Parsekyan D. *West J Med*. 2000;173:341-5.



# Questão para discussão

---

**QUAIS ABORDAGENS  
FARMACOLÓGICAS PARA O  
TRATAMENTO DE ENXAQUECA  
VOCÊ INCORPORA EM  
SUA PRÁTICA CLÍNICA?**

---

## ***Diretrizes para o tratamento farmacológico de enxaqueca***

- [Diretrizes da Academia Americana de Neurologia \(American Academy of Neurology, AAN\)/Sociedade Americana de Cefaleia \(American Headache Society, AHS\)](#)
- [Diretrizes da Sociedade Canadense de Cefaleias \(Canadian Headache Society, CHS\) para terapia aguda de enxaqueca](#)
- [Diretrizes da CHS – Estratégias de tratamento farmacológico profilático](#)
  - [Diretrizes da CHS – Profilaxia para enxaqueca](#)
  - [Diretrizes consensuais latinoamericanas para enxaqueca crônica](#)
    - [Diretrizes da EFNS sobre o tratamento agudo de enxaqueca](#)
    - [Diretrizes da EFNS sobre o tratamento profilático de enxaqueca](#)

# Diretrizes da AAN/AHS para prevenção de enxaqueca episódica em adultos

<b>Nível A de medicações</b>
Medicamentos antiepiléticos (divalproato de sódio, valproato de sódio, topiramato)
Betabloqueadores (metoprolol, propranolol, timolol)
Triptanos (Frovatriptano)
<b>Nível B de medicações</b>
Antidepressivos (amitriptilina, venlafaxina)
Betabloqueadores (atenolol, nadolol)
Triptanos (naratriptano, zolmitriptano)
<b>Terceira linha (nível C)</b>
Inibidores de ACE (lisinopril)
Bloqueadores do receptor de angiotensina (candesartana)
Alfa-agonistas (clonidina, guanfacina)
Medicamentos antiepiléticos (carbamazepina)
Betabloqueadores (nebivolol, pindolol)
Anti-histamínicos (ciproheptadina)

[Acessar as diretrizes da AAN/AHS completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)

ACE = enzima conversora de angiotensina; AHS = Sociedade Americana de Cefaleia; AN = Academia Americana de Neurologia; ATC = antidepressivo tricíclico; ISRS = inibidor seletivo de recaptção de serotonina; ISRSN = inibidor seletivo de recaptção de serotonina-noradrenalina; MRM = enxaqueca relacionada à menstruação [Menstrually-Related Migraine]

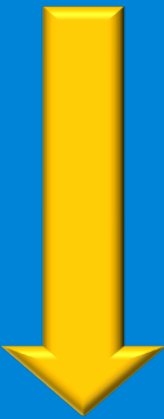
<sup>a</sup>Classificação baseada nas diretrizes originais e novas evidências não encontradas para esse relatório

<sup>b</sup>Para profilaxia de curto prazo de enxaqueca relacionada à menstruação

Silberstein SD *et al.* *Neurology*. 2012;78(17):1337-45.

# Diretrizes da Sociedade Canadense de Cefaleias (*Canadian Headache Society, CHS*) para terapia aguda de enxaqueca

## Estratégias para o tratamento agudo de enxaqueca e resumo de medicações: Estratégias gerais

<b>Aumento da gravidade da enxaqueca – Resposta refratária à terapia</b> 	<b>Fenótipo clínico</b>	<b>Estratégia</b>
	Estratégias para crises leves a moderadas	a. Acetaminofeno b. AINE
	Crise moderada a grave/ Estratégias para insucesso de AINE	a. AINE com resgate com triptano b. Triptano
	Estratégias para enxaqueca refratária	a. Combinação de triptano-AINE b. Combinação de triptano-AINE com resgate c. Di-hidroergotamina

[Acessar as diretrizes da CHS completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)

# Diretrizes da CHS para profilaxia para enxaqueca

Contexto clínico	Estratégia
Estratégia pela primeira vez	a. Betabloqueador (propranolol, nadolol, metoprolol) b. Antidepressivo tricíclico
Poucos efeitos colaterais	a. Candesartana, lisinopril b. Fitoterápicos/vitaminas/minerais ( <i>por exemplo</i> , planta do gênero “Petasites”, riboflavina, magnésio)
Aumento da massa corporal	Topiramato
Hipertensão	Propranolol, nadolol, metoprolol, candesartana, lisinopril
Depressão/ansiedade	Amitriptilina, venlafaxina
Monoterapia adicional	Topiramato, divalproato, gabapentina, pizotifeno, flunarizina, verapamil
Gestação	Evitar medicamentos, se possível Quando necessário, magnésio, propranolol, metoprolol, amitriptilina
Lactação	Evitar medicamentos, se possível Quando necessário, magnésio, propranolol, metoprolol, amitriptilina, valproato

[Acessar as diretrizes da CHS completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)

# Diretrizes da CHS para profilaxia para enxaqueca

Classe farmacológica	Medicamentos
Antiepiléticos	Divalproato de sódio, ácido valproico, valproato de sódio, topiramato, gabapentina
Antidepressivos	Amitriptilina, venlafaxina de liberação prolongada
Betabloqueadores	Propranolol, nadolol, metoprolol
Bloqueadores do canal de cálcio	Flunarizina, verapamil (uso de rotina não recomendado)
ACEIs/ARBs	Candesartana, lisinopril
Agonistas de serotonina	Pizotifeno
Vitaminas/minerais/ fitoterápicos	Riboflavina, coenzime Q10, citrato de magnésio, planta do gênero “Petasites”

2x/dia = duas vezes ao dia; ACEI = inibidor da enzima conversora de angiotensina [Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor]; ARB = bloqueador do receptor de angiotensina [Angiotensin Receptor Blocker]; ATC = antidepressivo tricíclico; AV = atrioventricular; CHS = Sociedade Canadense de Cefaleias; CV = cardiovascular; GI = gastrointestinal; ICC = insuficiência cardíaca congestiva; IM = infarto do miocárdio; IRSN = inibidor de recaptção de serotonina-noradrenalina; LA = de ação prolongada [Long Acting]; SNC = sistema nervoso central; SR = liberação prolongada [Sustained Release]; 3x/dia = três vezes ao dia  
Worthington I *et al. Can J Neurol Sci.* 2013;40(5 Suppl 3):S33-S62.

# Diretrizes consensuais latinoamericanas para o tratamento de enxaqueca crônica

Medicamentos	Comentários	
Topiramato	Uso profilático é baseado em estudos de classe I com nível A de evidência	
Valproato de sódio, divalproato	Recomendados na profilaxia de enxaqueca episódica (estudos de classe I com nível A de evidência)	
Amitriptilina Gabapentina	Pregabalina Tizanidina	Estudados para cefaleia diária crônica por meio da revelação de eficácia (níveis I a III de evidência); não pesquisados especificamente para enxaqueca
Toxina botulínica do tipo A	Para profilaxia de enxaqueca crônica em pacientes com 18 a 65 anos de idade	
Medidas não farmacológicas/ terapias complementares	O uso é limitado devido à ausência de estudos. Exceção = acupuntura (resultados promissores)	

**Medicamentos comprovadamente preventivos para enxaqueca episódica podem ser usados isoladamente ou em combinação, mesmo sem qualquer evidência de sua eficácia para enxaqueca crônica**

[Acessar as diretrizes latinoamericanas completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)

# Diretrizes da EFNS sobre o tratamento de enxaqueca – Terapias agudas

Medicamentos	Comentários
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de primeira escolha para crises leves ou moderadas</li><li>• Restringir a ingestão de analgésicos simples para 15 dias/mês</li><li>• Restringir a ingestão de analgésicos combinados para 10 dias/mês</li></ul>
Antieméticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendados para náusea e possível vômito</li><li>• Presume-se que melhora a reabsorção de analgésicos</li></ul>
Alcaloides de ergotamina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restritos a pacientes com crises de enxaqueca muito longas ou de ocorrência regular</li><li>• Limitar o uso para 10 dias/mês</li></ul>
Triptanos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eficácia comprovada em estudos amplos controlados por placebo e metanálises</li><li>• Uso restrito a no máximo 9 dias/mês pelos critérios da IHS</li><li>• Não devem ser tomados durante a aura</li></ul>
Opioides Tranquilizantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não devem ser usados no tratamento agudo de enxaqueca</li></ul>

[Acessar as diretrizes da EFNS completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)



# Diretrizes da EFNS sobre o tratamento de enxaqueca – Terapias profiláticas

Primeira linha (Nível A)	
Betabloqueadores (metoprolol, propranolol)	
Bloqueadores do canal de cálcio (flunarizina)	
Medicamentos antiepiléticos (ácido valproico, topiramato)	
Segunda linha (Nível B)	
Amitriptilina Venlafaxina Naproxeno	Planta do gênero “Petasites” Bisoprolol
Terceira linha (nível C)	
Ácido acetilsalicílico (AAS) Gabapentina Magnésio Tanacetum parthenium Riboflavina	Coenzima Q10 Candesartana Lisinopril Metisergida

[Acessar as diretrizes da EFNS completas](#)

[Voltar para a lista de diretrizes](#)

# Mensagens principais

---

- Cefaleia é extremamente comum
  - Enxaqueca e cefaleia tensional são as apresentações mais comuns em cuidados primários
- Os médicos devem manter um alto grau de consciência quanto a “indicadores” de possíveis disfunções sérias
  - Se possível, os médicos devem tratar a causa subjacente da cefaleia
- Os mecanismos de dor na enxaqueca incluem vasodilatação meníngea, inflamação neurogênica e sensibilização neuronal periférica e central e processamento da dor
  - Esses mecanismos podem ser modificados usando tratamentos para enxaqueca
- O tratamento em tempo hábil e adequado pode ajudar a evitar a transformação de enxaqueca episódica em enxaqueca crônica e cefaleia devido ao uso excessivo de medicação

# Referências

---

- Allergan. BOTOX® (onabotulinumtoxinA) Prescribing Information, February 2014.
- American Headache Society. Brainstorm. 2004. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Book\\_-\\_Brainstorm\\_Syllabus.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Book_-_Brainstorm_Syllabus.pdf). Accessed 04 December, 2014.
- Antonaci F Nappi G, Galli F *et al.* Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain.* 2011;12:115-25.
- Arulmozhi DK, Veeranjanyulu A, Bodhankar SL. Migraine: current concepts and emerging therapies. *Vascul Pharmacol.* 2005;43(3):176-87.
- Aukerman G, Knutson D, Miser WF. Management of the acute migraine headache. *Am Fam Physician.* 2002;66(11):2123-30.
- Bigal ME, Serrano D, Buse D *et al.* Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache.* 2008;48:1157-68.
- Bloudek LM, Stokes M, Buse DC *et al.* Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain.* 2012;13(5):361-78.
- Braccili T, Montebello D, Verdecchia P *et al.* Evaluation of anxiety and depression in childhood migraine. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 1999;3:37-9.
- Cassina M, Di Gianantonio E, Toldo I *et al.* Migraine therapy during pregnancy and lactation. *Expert Opin Drug Saf.* 2010;9:937-48.
- Chatterton ML, Lofland JH, Shechter A *et al.* Reliability and validity of the migraine therapy assessment questionnaire. *Headache.* 2002;42(10):1006-15.
- Chawla J. 2014. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/1142556-overview>. Accessed 05 January 2014.
- Cuomo-Granston A, Drummond PD. Migraine and motion sickness: what is the link? *Prog Neurobiol.* 2010;91:300-12.
- Demaagd G. The pharmacological management of migraine, part 2: preventative therapy. *P T.* 2008;33(7):480-7.
- Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE *et al.* OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. *Headache.* 2010 Jun;50(6):921-36.
- Dowson AJ, Tepper SJ, Baos V *et al.* Identifying patients who require a change in their current acute migraine treatment: the Migraine Assessment of Current Therapy (Migraine-ACT) questionnaire. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(7):1125-35.
- Evers S, Afra J, Frese A *et al.* EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2009;16(9):968-81.
- Ferrari MD, Klever RR, Terwindt GM *et al.* Migraine pathophysiology: lessons from mouse models and human genetics. *Lancet Neurol.* 2015;14:65-80.
- Freitag FG. Divalproex in the treatment of migraine. *Psychopharmacol Bull.* 2003;37 Suppl 2:98-115.
- Fumal A, Schoenen J. Current migraine management - patient acceptability and future approaches. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(6):1043-57.

# Referências

---

- Gallagher RM, Mueller LL, Freitag FG. Divalproex sodium in the treatment of migraine and cluster headaches. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;102:92-4.
- Garza I, Swanson JW. Prophylaxis of migraine. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(3):281-91.
- Giacomozzi AR, Vindas AP, Silva AA Jr *et al*. Latin American consensus on guidelines for chronic migraine treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(7):478-86.
- Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. *N Engl J Med*. 2002;346:257-70
- Goodwin RD, Hoven CW, Murison R, Hotopf M. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*. 2003;93:1065-7.
- Guyuron B, Kriegler JS, Davis J, Amini SB. Five-year outcome of surgical treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(2):603-8.
- Guyuron B, Reed D, Kriegler JS *et al*. A placebo-controlled surgical trial of the treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):461-8.
- Hansen JM, Baca SM, Vanvalkenburgh P, Charles A. Distinctive anatomical and physiological features of migraine aura revealed by 18 years of recording. *Brain*. 2013;136(Pt 12):3589-95.
- Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(4): 251-8.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
- Holland S, Silberstein SD, Freitag F *et al*. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78:1346-53.
- Hutchinson S. Use of oral contraceptives in women with migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan\\_Hutchinson\\_-\\_Use\\_of\\_Oral\\_Contraceptives\\_in\\_Women\\_with\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan_Hutchinson_-_Use_of_Oral_Contraceptives_in_Women_with_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.
- John PJ, Sharma N, Sharma CM, Kankane A. Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial. *Headache*. 2007;47(5):654-61.
- Kilminster SG, Dowson AJ, Tepper SJ *et al*. Reliability, validity, and clinical utility of the Migraine-ACT questionnaire. *Headache*. 2006;46(4):553-62.
- Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB *et al*. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*. 2003;12(8):963-74.

# Referências

---

- Lance JW, Goadsby PJ. Mechanism and Management of Headache. London, England: Butterworth-Heinemann; 1998.
- Lauritzen M, Dreier JP, Fabricius M *et al.* Clinical relevance of cortical spreading depression in neurological disorders: migraine, malignant stroke, subarachnoid and intracranial hemorrhage, and traumatic brain injury. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2011;31:17-35.
- Lauritzen M. Cortical spreading depression as a putative migraine mechanism. *Trends Neurosci.* 1987;10:8-13.
- Lester M. 2012. Headaches and complementary health approaches. Available at: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D462.pdf>. Accessed 14 December, 2014.
- Lewis D, Ashwal S, Hershey A *et al.* Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2004;63:2215-24.
- Linde K, Streng A, Jürgens S *et al.* Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(17):2118-25.
- Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R *et al.* A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine™ validation study. *Neurology.* 2003;61:375-82.
- Lipton RB, Fanning KM, Serrano D *et al.* Ineffective acute treatment of episodic migraine is associated with new-onset chronic migraine. *Neurology.* 2015;84:688-95.
- Lipton RB, Kolodner K, Bigal ME *et al.* Validity and reliability of the Migraine-Treatment Optimization Questionnaire. *Cephalalgia.* 2009;29(7):751-9.
- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S *et al.* Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache.* 2001;41(7):646-57.
- Lipton RB, Stewart WF, Stone AM *et al.* Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized trial. *JAMA.* 2000;284(20):2599-605.
- Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. *Neurology.* 1993;43 (suppl 3):S6-S10.
- MacGregor A. Management of migraine during pregnancy. *Progress Neurol Psychiatry.* 2009;13:21-24.
- Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache.* 2003;43(5):441-50.
- Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache.* 2015;55(1):3-20.

# Referências

---

- Matchar DB, Young WB, Rosenberg JH *et al.* Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks. U.S. Headache Consortium. Available at: <http://tools.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0087.pdf>. Accessed 27 November, 2014.
- Mathew NT, Rapoport A, Saper J *et al.* Efficacy of gabapentin in migraine prophylaxis. *Headache*. 2001 Feb;41(2):119-28.
- Mauskop A. Nonmedication, alternative, and complementary treatments for migraine. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2012;18(4):796-806.
- Mullally WJ, Hall K, Goldstein R. Efficacy of biofeedback in the treatment of migraine and tension type headaches. *Pain Physician*. 2009;12:1005-11.
- National Institute for Health and Care Excellence . Diagnosis and management of headache in young people and adults. CG150. London: NICE; 2012. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/resources/guidance-headaches-pdf>. Accessed 20 May, 2015.
- Olesen J, Friberg L, Olsen TS *et al.* Timing and topography of cerebral blood flow, aura, and headache during migraine attacks. *Ann Neurol*. 1990;28(6):791-8.
- Parsekian D. Migraine prophylaxis in adult patients. *West J Med*. 2000;173:341-45.
- Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4:386-98.
- Pistoia F, Sacco S, Carolei A. Behavioral therapy for chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17:304.
- Pringsheim T, Davenport W, Mackie G *et al.* Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci*. 2012;39(2 Suppl 2):S1-59.
- Reed ML, Fanning KM, Serrano D *et al.* Persistent frequent nausea is associated with progression to chronic migraine: AMPP study results. *Headache*. 2015;55:76-87.
- Sacco S, Ricci S, Degan D, Carolei A. Migraine in women: the role of hormones and their impact on vascular diseases. *J Headache Pain*. 2012;13: 177-89.
- Schwedt TJ. Chronic migraine. *BMJ*. 2014;348:g1416.
- Silberstein SD, Holland S, Freitag F *et al.* Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78:1337-45.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. 2nd ed. London, England: Martin Dunitz; 2002.
- Silberstein SD, Newman LC, Marmura MJ *et al.* Efficacy endpoints in migraine clinical trials: the importance of assessing freedom from pain. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(7):861-7.
- Silberstein SD. An update on migraine treatment. *Adv Stud Med*. 2005;5(6E):S666-S675.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain*. 2013;14(1):1.

# Referências

---

- Stewart WF, Linet MS, Celantano DD *et al.* Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura. *Am J Epidemiology*. 1991;134:1111-20.
- Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8.
- Stokes M, Becker WJ, Lipton RB *et al.* Cost of health care among patients with chronic and episodic migraine in Canada and the USA: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Headache*. 2011;51(7):1058-77.
- Tepper SJ, Tepper DE. Diagnosis of Migraine and Tension-type Headache. In: Tepper SJ, Tepper DE, eds. *The Cleveland Clinic Manual of Headache Therapy*. 2nd Edition. NY: Springer, 2014. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).
- Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL *et al.* Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache*. 2010;50:20-31.
- Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL *et al.* Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2010;50:32-41.
- Winner P. Pediatric and Adolescent Migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Paul\\_Winner\\_-\\_pediatric\\_and\\_Adolescent\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Paul_Winner_-_pediatric_and_Adolescent_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.
- Woods RP, Iacoboni M, Mazziotta JC. Brief report: bilateral spreading cerebral hypoperfusion during spontaneous migraine headache. *N Engl J Med*. 1994;331(25):1689-92.
- World Health Organization. Headache disorders. Fact sheet number 277. 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ *et al.* Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci*. 2013;40(5 Suppl 3):S1-S80.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ *et al.* Pharmacological acute migraine treatment strategies: choosing the right drug for a specific patient. *Can J Neurol Sci*. 2013;40(5 Suppl 3):S33-S62.
- Yang CP, Chang MH, Liu PE *et al.* Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *Cephalalgia*. 2011;31(15):1510-21.