

# CEFALEIAS: MANEJO CLÍNICO

Rodrigo S. Spohr  
Luis Henrique A. Halmenschlager  
Bruno M. Piffero  
Luiz Carlos P. Marrone

## UNITERMOS

CEFALEIA/terapia; CEFACLEIA/classificação.

## KEYWORDS

HEADACHE/therapy; HEADACHE/classification.

## SUMÁRIO

Este artigo aborda o tratamento medicamentoso dos subtipos clínicos mais prevalentes de cefaleia, considerando tanto o tratamento da crise aguda quanto o profilático, com indicação de dose usual, dose máxima e efeitos adversos mais importantes.

## SUMMARY

*This article discusses about the drug treatment of the most prevalent subtypes of headache, considering as much as the acute pain treatment as the profilatic one, with the usual dose indication, maximum dose and the most important side effects.*

## INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma dos problemas mais prevalentes na prática clínica, as cefaleias costumam ser tratadas de uma mesma maneira, sem ser levado em conta seus subtipos, o que costuma ser, muitas vezes, insuficiente, não aliviando a dor do paciente e trazendo a tona efeitos adversos medicamentosos.

Cabe então ao médico identificar, primeiro, se é uma cefaleia primária (tensional, migrânea, cluster, hemicraniana, por exemplo) ou secundária (hipertensão intracraniana, emergência hipertensiva, acidente vascular hemorrágico, por exemplo), para só então iniciar o manejo terapêutico.

Este capítulo visa abordar o tratamento das cefaleias primárias mais comuns, pois as secundárias muitas vezes requerem tratamento cirúrgico.

### **Cefaleia do tipo Tensional (também conhecida como cefaleia do estresse, cefaleia da contração muscular)**

Representa a cefaleia mais prevalente na prática médica: de 30% a 78% da população terá ao menos uma crise em sua vida. Costuma ser do tipo aguda, mas pode se apresentar de forma crônica.<sup>1,6</sup>

**Tratamento da Crise (tratamento abortivo):** em geral há uma boa resposta com uso de AINES (antiinflamatórios não esteróides). Não há uma “droga ideal”: a escolha deve ser baseada nas comorbidades do paciente, nos efeitos colaterais mais comuns ou graves e na experiência prévia do paciente com os medicamentos em questão.<sup>2</sup>

**Tabela 1 – Tratamento da Crise**

Medicação	Dose Inicial (mg)	Dose após 1 -2 horas e Máxima(mg)	Efeitos Adversos
AAS	1000	1000/4000	Sangramento gastrointestinal, hemorragias, broncoespasmo <sup>1</sup> .
Acetaminofeno	1000	1000/4000	Insuficiência hepática, náusea, vômito.
Ibuprofeno	800	400/3200	Desconforto gastrointestinal, edema.
Naproxeno sódico	500-825	275/1250	Edema, desconforto gastrointestinal, tontura.
Indometacina	50	50/200	Fechamento precoce do ductus arterioso <sup>2</sup> , cefaleia frontal, neutropenia, anorexia.

<sup>1</sup>Em pacientes previamente asmáticos.

<sup>2</sup>Em gestantes.

**Tratamento profilático:** considerar o uso de profilaxia em pacientes com cefaleia tensional crônica (>15 crises/mês nos últimos três meses), em cefaleias constantes, de grande intensidade, duração, incapacitação ou quando há história prévia de abuso de analgésicos. Os fármacos de escolha são os antidepressivos e anticonvulsionantes, em doses semelhantes aos usados na profilaxia para migrânea listados na tabela no item 3.2.1.

### **Cefaleia do tipo Migrânea (também conhecida como Enxaqueca):**

Uma das cefaleias primárias mais prevalentes (cerca de 10% de nossa população), principalmente no sexo feminino (em torno de 16%).<sup>3,6</sup>

Não costuma ser acompanhada por aura (apenas 10-15% dos pacientes).<sup>5</sup>

Seu padrão costuma ser uma cefaleia de média-forte intensidade, latejante, unilateral, com impacto nas atividades diárias, associado a fotofobia, fonofobia, náusea e/ou vômitos, de forma variada.<sup>1</sup>

**Tratamento da Crise (tratamento abortivo):** divide-se em medicações inespecíficas, coadjuvantes, específicas não seletivas e seletivas. O uso das mesmas deve ser sempre baseado na presença de comorbidades, náuseas e/ou vômitos, nos efeitos colaterais mais comuns ou graves e na experiência prévia do paciente com os medicamentos em questão.

**Tabela 2 - Medicções Inespecíficas (podem ser repetidas em mesma dose 1-2 horas se a dor persistir)**

Medicção	Dose Inicial (mg)	Dose máxima (24h; mg)	Efeitos Adversos
AAS	900-1000	4000	Sangramento gastrointestinal, hemorragias, broncoespasmo.
Dipirona	500-1000	4000	Hipotensão <sup>1</sup> , pancitopenia, anemia hemolítica e/ou aplásica.
Naproxeno	500-1100	1250	Edema, desconforto gastrointestinal, tontura.
Diclofenaco	50-100	150	Desconforto abdominal, edema, alteração da função renal.
Acetaminofeno	1000	4000	Insuficiência hepática, náusea, vômito.
Ácido Tolfenâmico	200	600	Desconforto gastrointestinal, disúria.
Meloxicam	7,5-15	15	Desconforto gastrointestinal, edema, disúria.
Celecoxib	100-200	400	Desconforto gastrointestinal, edema, atralgia.

<sup>1</sup>Principalmente se aplicação parenteral.

**Tabela 3 - Medicções coadjuvantes.**

Medicção	Dose Inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Efeitos Adversos
Metoclopramida	10	60	Sonolência, Síndrome Extra-Piramidal, fadiga, ansiedade.
Bromoprida	10	240	Sonolência, espasmos musculares, distúrbio de acomodação.
Domperidona	20-30	40	Xerostomia, cefaleia.

**Tabela 4 - Medicções específicas não seletivas (devem ser usados precocemente)**

Medicção	Dose Inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Efeitos Adversos
Ergotamina	1-2	4	Alterações cardíacas (isquemia, alterações de condução), vertigem, parestesia
Dihidroergotamina <sup>1</sup>	0,5-1	3	Rinite, náusea, alterações gustativas.

<sup>1</sup>Sob forma subcutânea, intravenosa ou intramuscular.

**Tabela 5 - Medicções específicas seletivas (devem ser usadas precocemente e podem ser repetidas em duas horas se persistência da dor)**

Medicção	Dose Inicial (mg)	Dose máxima (mg)	Efeitos Adversos
Sumatriptano	25-100 (VO)/10-20 (spray nasal)/ 6 (SC)	200	Tontura, parestesia, rubor, eritema no local da aplicação.
Zolmitriptano	2,5	10	Tontura, sonolência, náusea, xerostomia, parestesia, fraqueza, rubor, dor cervical/mandibular.
Naratriptano	1- 2,5	5	Dor torácica, náusea, parestesia.
Rizatriptano	5-10	30	Fadiga, xerostomia, dor torácica, tontura, sonolência, fraqueza.

**Tratamento profilático:** considerar quando migrânea for crônica (>15 crises/mês nos últimos três meses),<sup>1</sup> quando for periódica (por exemplo, associada a ciclo menstrual), quando o tratamento abortivo for ineficiente, em certos subtipos (auras frequentes e prolongadas, enxaqueca hemiplégica familiar, basilar, retiniana, infarto migrâneo) ou se o paciente assim preferir.

O ideal é iniciar o tratamento em baixa dosagem, aumentando-o gradativamente conforme a resposta do paciente, avaliando o esquema terapêutico por pelo menos dois meses. Deve-se ter em mente os efeitos adversos de cada medicação, bem como as comorbidades do paciente e a possibilidade de gestação.<sup>5,6</sup>

**Tabela 6 - Tratamento profilático.**

Medicação e Dose diária	Classe	Efeitos adversos	Contraindicações
Propranolol (40-240mg/ dia)	Beta-bloqueador	Fadiga, depressão, náusea, tontura, hipotensão ortostática, bradicardia, impotência	Insuficiência cardíaca descompensada, asma, diabete melitus insulino-dependente
Atenolol (50-200 mg/dia)	Beta-bloqueador	Idem.	Idem.
Verapamil (80-640mg/dia)	Antagonista do Canal de Cálcio	Constipação, tontura, náusea, hipotensão, edema, distúrbios de condução.	Hipotensão arterial, cardiopatias, depressão, Parkinson
Funarizina (5-10mg/dia)	Antagonista do Canal de Cálcio	Aumento de peso, adinamia, sonolência, xerostomia, tontura, hipotensão, reações extrapiramidais, depressão	Idem
Amitriptilina (12,5-75mg/dia)	Antidepressivo Tricíclico	Sonolência/inquietação, retenção urinária/constipação, aumento de peso, mania.	Glaucoma, coronariopatias, uso de IMAO.
Nortriptilina (10-75mg/dia)	Antidepressivo Tricíclico	Idem	Idem.
Fluoxetina (10-20mg/dia)	IRSS	Ansiedade, insônia, fadiga, tremor, sudorese, mania	Idem
Divalproato de Sódio (250-1500mg/dia)	Anticonvulsionante	Tremor, aumento de peso, queda de cabelo, astenia, sonolência	Pancreatite prévia, doenças hepáticas.
Topiramato (25-100mg/dia)	Anticonvulsionante	Parestesia, alterações cognitivas, perda de peso, litíase renal, acidose metabólica	Glaucoma, nefrolitíase(?)

### **Cefaleia em Salvas (Cefaleia do tipo Cluster):**

A mais prevalente da ordem das cefaleias trigemino-autonômicas; acomete mais homens, principalmente no turno da noite, sendo crises com duração de 15 a 180 minutos, e de intensidade muito forte. Ainda há resposta autonômica clara em hemiface (ptose, sudorese, coriza unilateral, congestão ocular).<sup>1,6</sup>

**Tratamento da Crise (tratamento abortivo):** O<sub>2</sub> a 100% de saturação, via máscara nasal, com volume corrente de 7 l/min durante 10-15 minutos costuma ter uma ótima resposta. Sumatriptano 6mg SC pode ser necessário caso não haja melhora total ao uso do oxigênio.

**Tabela 7 - Tratamento Profilático**

Medicação	Dose	Dose Máxima	Efeitos Adversos
Verapamil	80-720mg/dia em 3 doses diárias	480	Hiperplasia gengival, constipação, cefaleia, edema, hipotensão.
Prednisona	60mg/dia	60 <sup>1</sup>	Insuficiência adrenal, síndrome de Cushing, retenção hídrica, intolerância à insulina, psicose.
Lítio	600-1200mg/dia (0,8 a 1,2 mEq/plasma)	2400	Arritmia, confusão, letargia, alopecia, desconforto gastrointestinal, ataxia.

<sup>1</sup>Para uso em cefaleia do tipo cluster.

## CONCLUSÃO

As cefaleias representam uma doença de amplo espectro, com grande diversidade em sintomatologia e resposta ao tratamento. Em todos os casos é necessário individualizar a escolha dos fármacos para tratamento da crise, bem como a necessidade ou não de profilaxia para cefaleias muito freqüentes ou debilitantes, e levar em consideração o quadro clínico e comorbidades de seus pacientes e possíveis efeitos adversos das drogas mais utilizadas.

## REFERÊNCIAS

1. International Headache Society (IHS), Headache Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders [internet]. 2nd ed. Edinburgh: Blackwell Science; 2004 [capturado 2012 mar 10]:[232 p.]. Disponível em: [http://www.ihsheadache.org/frame\\_non\\_members.asp](http://www.ihsheadache.org/frame_non_members.asp)
2. Taylor FR, Swanson JW, Dashe JF. Tension-type headache in adults: Acute treatment. UpToDate. Online 20.3; 2012 mar [updated 2011 jun 13]. [13 p.] [acesso 2012 ago].
3. Pahim LS, Menezes AMB, Lima, R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. Rev Saúde Pública. 2006;40:1-7.
4. 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 American Academy of Neurology and the American Headache Society. Neurology. 2012;78:1337-45.
5. Bajwa ZH, Sabahat A, Swanson JW, et al. Acute treatment of migraine in adults. UpToDate. Online 20.3; 2012 mar [updated 2011 jun 13]. [23 p] [acesso 28 ago 2013].
6. McPhee SJ, Papadakis MA, Rabow MW, et al. Current Medical Diagnosis & Treatment 2011. 15<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2011.