



MIGRÂNEA E ALTERAÇÕES HORMONAIS

Migraine and Hormonal Changes

Prevalência da migrânea em mulheres

A migrânea é uma desordem que afeta uma em cada cinco mulheres e um em cada treze homens, em sua idade reprodutiva. Durante e a infância, meninos e meninas são afetados igualmente. Na puberdade, a incidência de migrânea sem aura aumenta nas mulheres, sendo que 10 a 20 % das mulheres apresentam migrânea no seu primeiro ano de menstruação. A menstruação é um dos fatores de risco mais importantes para a migrânea sem aura e o período pós-menopausa corresponde ao momento de diminuição das crises migranosas.

Impacto

A Organização Mundial de Saúde reconhece a migrânea como em 12º lugar para as mulheres e 19º lugar para os homens em termos de incapacidade e causa de perda de anos de vida. Migrânea moderada e grave é aproximadamente duas vezes mais freqüente em mulheres que em homens, diminuindo sua produtividade na escola, trabalho, em casa e atividades sociais.

Migrânea menstrual

Entre 50 e 60% das mulheres migranosas apresentam cefaléia menstrual. O risco de migrânea sem aura aumenta durante cinco dias peri-menstruais, iniciando dois dias antes da menstruação e continuando por três dias depois do primeiro dia de menstruação. Mulheres estão 70% mais predispostas a apresentarem dor nos dois dias que antecedem a menstruação que nos outros dias do ciclo e 50% mais predispostas durante o primeiro dia de menstruação.

A International Headache Society (IHS) reconhece dois tipos de migrânea menstrual:

- * Migrânea relacionada à menstruação: migrânea sem aura que ocorre regularmente entre dois dias antes e três dias depois do primeiro dia do ciclo menstrual, com crises adicionais com e sem aura em outros períodos do ciclo.
- * Migrânea menstrual pura: ocorre apenas entre dois dias antes e três dias depois do primeiro dia do ciclo menstrual.

Diagnóstico:

Para confirmar o diagnóstico, migrânea sem aura que ocorre entre dois dias antes e três dias depois do primeiro dia do ciclo menstrual deve ocorrer pelo menos em dois de três ciclos menstruais. Dados da história devem ser bem avaliados através de um diário de dor por três meses, relatando-se características das crises que podem auxiliar no diagnóstico.

Diferenças entre crises de migrânea menstrual e não-menstrual:

As crises menstruais são de longa duração e grave intensidade, com maior chance de rebote e maior resistência ao tratamento, gerando maior incapacidade que as crises não-menstruais.

Fisiopatologia

A migrânea menstrual está associada ao período de queda do estrogênio que ocorre dias antes da menstruação. O aumento de prostaglandinas também está implicado com o desencadear de crises.

Manejo

O tratamento agudo das crises, quando efetivo, é a terapia de escolha. Existem evidências de eficácia, segurança e tolerabilidade com sumatriptano 50 mg e 100 mg, ácido mefenâmico 500 mg, rizatriptano 10 mg e uma combinação de sumatriptano 85 mg + naproxeno 500mg ainda não disponível no Brasil. Profilaxia reduz a frequência e intensidade das crises, melhorando a eficácia do tratamento abortivo. Pode ser realizada com estradiol subcutâneo 1,5 mg, frovatriptano 2,5 mg duas vezes ao dia ou naratriptano 1 mg duas vezes ao dia. Contraceptivos também podem ser utilizados em mulheres que requerem este tipo de medicação.

Gravidez e amamentação

Mais de 80% das mulheres com migrânea apresentam menos crises durante a gravidez, especialmente quando as crises eram de predomínio menstrual. Em 20% das mulheres a cefaléia desaparece. A migrânea em si não gera prejuízo à gravidez, mas mulheres com cefaléia durante a gravidez devem ser avaliadas quanto à possibilidade de trombose de seio venoso, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional. Na amamentação as crises geralmente permanecem diminuídas.

Menopausa e terapia de reposição hormonal

Migrânea é um problema comum no período perimenopausa, quando os níveis de estrogênio estão flutuantes. Mulheres com sintomas de calores e “flushes” se beneficiam de terapia de reposição hormonal. As formulações não orais são menos propensas a desencadear migrânea que os compostos de reposição oral de estrogênio. Terapia contínua de reposição hormonal parece ser mais bem tolerada que terapia cíclica.

Referências:

- [1] Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1–160.
- [2] MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin; in press.
- [3] MacGregor EA. Progress in the pharmacotherapy of menstrual migraine. Clin Med Insights Therapeutics 2011;3:245–73.
- [4] MacGregor EA. Migraine headache in perimenopausal and menopausal women. Curr Pain Headache Rep 2009;13:399–403.
- [5] MacGregor EA. Migraine and use of combined hormonal contraceptives: a clinical review. J Fam Plann Reprod Health Care 2007;33:159–69.

Tradução: Dr. José Geraldo Speciali / Dra. Fabíola Dach / Dr. Roberto Setlin / Dra. Karen Ferreira.
