

# MIGRÂNEA MENSTRUAL MIGRÂNEA MENSTRUAL MIGRÂNEA MENSTRUAL MIGRÂNEA MENSTRUAL MIGRÂNEA MENSTRUAL

**N**ão há, ainda, um consenso universalmente estabelecido sobre o que quer dizer **migrânea menstrual**. Parece-nos apropriado adotar esse termo para a migrânea que ocorre tão somente no período compreendido entre dois

dias antes e três dias após o período menstrual. Todavia, várias outras definições têm sido utilizadas, como a migrânea que acontece de uma semana antes a uma semana após a menstruação, três dias antes a três dias após, ou mesmo entre dois dias antes até o último dia da menstruação. Usando o primeiro critério, encontrou-se migrânea menstrual em 7,2% de uma população de mulheres migranosas<sup>6</sup>. Por outro lado, existem mulheres que, além de apresentarem ataques de migrânea fora do período menstrual, referem piora na frequência desses ataques durante a menstruação. A essa migrânea, podemos aplicar o termo **migrânea relacionada à menstruação**.

A migrânea menstrual é, geralmente, severa, prolongando-se por dois a três dias, amíude com náuseas e vômitos proeminentes<sup>2</sup>. Predomina a migrânea sem aura, mas outras variedades foram descritas, como migrânea com aura típica, migrânea basilar, migrânea hemiplégica. Algumas mulheres sofrem os seus ataques todos os meses, outras apenas em alguns ciclos.

A queda abrupta dos níveis de estradiol pouco antes da menstruação deve ser o fator desencadeante da migrânea menstrual<sup>11</sup>. Na gravidez, os níveis persistentemente elevados desse hormônio resultam, com frequência, na diminuição da dor. O estrogênio produz mudanças nas

20



**Dr. Lineu Domingos Miziara**  
(pós-graduando de Neurologia da Faculdade  
Medicina de Ribeirão Preto)

migrâneas & **Cefaléias**

prostaglandinas, opióides hipotalâmicos, secreção de prolactina, que podem em parte contribuir para a gênese da cefaléia<sup>9</sup>.

Outras alterações bioquímicas, de significado ainda impreciso, têm sido descritas na cefaléia menstrual, como uma possível redução da biodisponibilidade de 5-hidroxitriptamina, talvez decorrente de um aumento do seu catabolismo e/ou diminuição de sua síntese, predispondo às crises<sup>5</sup>. Níveis diminuídos de magnésio foram detectados nos leucócitos de pacientes com migrânea menstrual<sup>4</sup>. A estimulação cortical eletromagnética de pacientes com migrânea menstrual sem aura, durante o período ictal e interictal, demonstrou diminuição significativa no limiar de excitabilidade nos dois hemisférios<sup>1</sup>. Várias propostas terapêuticas têm sido feitas<sup>2</sup>. Para a migrânea relacionada à menstruação, as mesmas drogas antimigranosas profiláticas usuais podem ser utilizadas. Segundo alguns autores, deve-se fazer um aumento da sua dosagem no período perimenstrual. O tratamento abortivo da migrânea menstrual verdadeira pode ser realizado com antiinflamatórios não-hormonais (AINH), derivados do ergot, ou com sumatriptano<sup>10</sup>. Estudos duplo-cegos demonstram eficácia do sumatriptano subcutâneo na cefaléia e sintomas associados da migrânea menstrual. A eficácia é comparável à obtida na migrânea não-menstrual. A recorrência das cefaléias também ocorre, como nas crises fora da menstruação. Estudos recentes estão sendo iniciados também com o naratriptano, visando um tratamento abortivo específico, com melhor perfil de tolerabilidade e menor índice de recorrência.

Se a migrânea menstrual se mostra suficientemente severa ou constante, o tratamento profilático pode se fazer necessário. Para isso, os mesmos profiláticos já citados

(betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, etc.) podem ser administrados. Entretanto, carecem ainda estudos controlados. Drogas abortivas podem ser usadas "profilaticamente" no período perimenstrual, sobretudo naproxeno e ergotamina (sempre tendo em mente os possíveis eventos adversos inerentes a cada agente), a partir de quatro dias antes do ataque esperado, até o término da menstruação<sup>7</sup>.

Vários tratamentos hormonais já foram utilizados. A progesterona administrada isoladamente se mostrou ineficaz. Bromoergocriptina, danazol, tamoxifeno, podem ser úteis, mas a sua eficácia ainda carece de maior embasamento científico. Estradiol oral se mostrou ineficaz. Adesivos de estradiol transdérmico mostraram benefício, mas faltam estudos controlados. Em um estudo duplo-cego controlado por placebo, o tratamento com estradiol percutâneo aplicado através de gel se iniciou dois dias antes do ataque antecipado e se continuou diariamente pelos próximos sete dias<sup>3</sup>. Dezoito mulheres completaram o estudo. Houve uma redução significativa na frequência da migrânea e na quantidade de analgésicos usados como resgate, durante o emprego de estradiol percutâneo. As mulheres expressaram uma preferência significativa pela continuidade desse tratamento.

Recentemente, Newman e col 1998, publicaram um esquema de profilaxia de curta duração com sumatriptano: administração de 25 mg de sumatriptano, 3 vezes ao dia, administrado via oral, iniciando 2 dias antes do período menstrual, e mantido por 5 dias. Resultados favoráveis foram registados em 63,5 % das mulheres (melhora superior a 75% e desaparecimento da enxaqueca em 52,4 %). Todos os pacientes haviam utilizado outros tratamentos anteriormente, sem melhora significativa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bettucci D, Cantello R, Gianelli M, Naldi P, Mutani R. Menstrual migraine without aura: cortical excitability to magnetic stimulation. *Headache* 32(7):345-347;1992.
2. Bousser MG, Massion H. Migraine in the reproductive cycle. In J. Olesen, P Tfelt-Hansen, KMA Welch. *The Headaches*. New York 58:413-420;1993.
3. Dennerstein C, Morse C, Burrows G, Oats J, Brown J, Smith M. Menstrual migraine: a double-blind trial of percutaneous estradiol. *Gynecol Endocrinol* 2(2):113-120;1988.
4. Facchinetti F, Sances G, Sorella P, Genazzani AR, Nappi G. Magnesium prophylaxis of menstrual migraine. Effects of intracellular magnesium. *Headache* 31:298-301;1991.
5. Fioroni L, Andrea GD, Alecci M, Cananzi A, Facchinetti F. Platelet serotonin pathway in menstrual migraine. *Cephalalgia* 16(6):427-430;1996.
6. Mac Gregor EA, Chia H, Vohrah RC, Wilkinson M. Migraine and menstruation: a pilot study. *Cephalalgia* 10(6):305-310;1990.
7. Mathew NT. Cyclical prophylactic treatment of menstrual migraine using naproxen and ergotamin. 26:314;1986.
8. Newman LC, Lipton RB, Lay CL, Salomon S. A pilot study, of oral sumatriptan as intermittent prophylaxis of menstruation-related migraine. *Neurology*,1998; 51:307-309
9. Silberstein SD. The role of sex hormones in headache. *Neurology* 42(3):2:37-42;1992.
10. Solbach MP, Waymer RS. Treatment of menstruation associated migraine headache with subcutaneous sumatriptan. *Obstet Gynecol* 82(5):769-772;1993.
11. Somerville BW. The role of estradiol withdrawal in the etiology of menstrual migraine. *Neurology* 22:355-365;1972.