



## Teste seu conhecimento

30

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, solteira, bióloga, pós-graduanda (nível mestrado), residindo em Ribeirão Preto.

Refere ter cefaléia desde quando se mudou para Ribeirão Preto, há três anos. Ocorre em geral três dias antes da menstruação e acorda com ela pela manhã. As crises são severas e duram três dias, ou seja, até o início do fluxo menstrual. Em alguns ciclos chegam a prolongar-se por cinco dias. A paciente fica pelo menos dois dias de cama e nos demais vai à faculdade, mas fica impossibilitada de executar as tarefas do dia. A cefaléia ocorre sempre do lado esquerdo, na região temporal, propagando-se para a região nucal. Sente também "ardência" no olho esquerdo. Nos dias de dor, tem náuseas e maior sensibilidade à luz e ao som. A cefaléia é em pressão, não-latejante. Analgésicos e antieméticos não têm proporcionado qualquer alívio. Referiu que teve cefaléia também na adolescência, de leve intensidade, mas necessitava ficar na cama para não piorar — qualquer

movimento aumentava muito a dor, que se tornava pulsátil. Nessa época também tinha maior sensibilidade à luz e ao som — desapareceu quando entrou na faculdade. A mãe da paciente tinha crises semelhantes à dela, que só desapareciam nas gravidezes, e não mais a incomodaram depois da menopausa.

A paciente procurou um ginecologista, que descartou distúrbios hormonais e aconselhou a interrupção do anticoncepcional hormonal oral. Não obteve melhora. Prescreveu então vitaminas indicadas para tensão pré-menstrual. A paciente estranhou, pois acha que não tem tensão pré-menstrual. Procurou esse serviço por ter ouvido falar num estudo sobre cefaléia menstrual que está sendo realizado. Referiu que concordaria com uma menopausa precoce provocada, se isso resolvesse seu problema. O exame clínico-neurológico não revelou anormalidade.

### 1. Diagnóstico:

- migrânea relacionada com a menstruação;
- migrânea menstrual;
- cefaléia tipo tensional menstrual;
- síndrome de tensão pré-menstrual.

### 2. Cefaléia que pode surgir ou agravar-se no período menstrual:

- migrânea sem aura;
- cefaléia tipo tensional;
- cefaléia cervicogênica;
- qualquer das anteriores.

### 3. Causa da migrânea menstrual:

- retenção hídrica;
- diminuição fisiológica dos níveis de progesterona;
- níveis anormais de estrógenos e progesterona;
- diminuição fisiológica dos níveis de estrógenos.



## Teste seu conhecimento

### 4. A migrânea menstrual em geral é:

- a. migrânea sem aura que melhora nas gravidezes e desaparece na menopausa;
- b. migrânea com aura que melhora nas gravidezes e desaparece na menopausa;
- c. migrânea sem aura que surge na primeira gravidez e desaparece na menopausa;
- d. migrânea sem aura que melhora nas gravidezes e piora na menopausa.

### 5. As crises de migrânea desta paciente são sempre do lado esquerdo. Portanto:

- a. há indicação de exames de imagem;
- b. há maior probabilidade de ser cefaléia secundária;
- c. são fatores de risco para acidente vascular encefálico (AVE);
- d. nenhuma das alternativas anteriores.

### 6. Melhor opção de tratamento:

- a. tratamento profilático contínuo com betabloqueadores;
- b. tratamento profilático medicamentoso intermitente, de oito a 10 dias de duração em cada ciclo menstrual;
- c. tratamento da cefaléia durante as crises;
- d. acupuntura e psicanálise.

### 7. Tratamento inicial preferencial:

- a. profilaxia intermitente, de oito a 10 dias de duração em cada ciclo, com magnésio e vitamina B<sub>6</sub>;
- b. profilaxia intermitente, de oito a 10 dias de duração em cada ciclo, com antiinflamatórios não-hormonais;
- c. bromocriptina na segunda metade do ciclo;
- d. profilaxia com benzodiazepínicos, triptanos e/ou diuréticos por oito a 10 dias em cada ciclo.

### 8. Tratamento mais indicado nas crises de cefaléia:

- a. (suma)triptano e/ou antiinflamatórios não-hormonais;
- b. sedação;
- c. opióides;
- d. corticosteróides parenterais.

### 9. O desejo da paciente de ter menopausa precoce tem respaldo na literatura?

- a. não;
- b. sim, pacientes ooforectomizadas melhoram muito da cefaléia menstrual;
- c. sim, pacientes que tomam inibidores do fator liberador de gonadotrofinas melhoram da cefaléia menstrual;
- d. sim, desde que seja realizada histerectomia, preservando os ovários.

### 10. O tratamento mais estudado na literatura nos últimos quatro ou cinco anos é:

- a. administração contínua de estrógenos;
- b. adesivos com estrógenos nos períodos pré e menstrual;
- c. valproato de sódio;
- d. utilização de DIU e interrupção dos anticoncepcionais hormonais orais.