

## **USO DE SUMATRIPTAN EM PACIENTES COM MIGRÂNIA E EPILEPSIA CONCOMITANTES.**

CP.Czapinski, A.Terczinski.  
*Cephalalgia* 16:385, 1996.

Sumatriptan foi usado em 38 pacientes com epilepsia com crises parciais. Vinte e cinco pacientes tinham migrânea sem aura, 10 migrânea com aura e três migrânea com e sem aura. Vinte pacientes receberam sumatriptan 100 mg VO e 18 pacientes, 6 mg SC. O total de comprimidos e injeções utilizados foi respectivamente 84 e 36. Em 8 casos, foi realizado EEG após sumatriptan SC. O uso desse fármaco tanto VO como SC não afetou a frequência de crises nem os achados eletrencefalográficos. Concluiu-se então, que sumatriptan é uma droga segura para pacientes epiléticos.

**Carlos Alberto Bordini**

## **TONTURA ASSOCIADA À MIGRÂNIA.**

F. Michael Cutrer, MD and Robert W. Baloh, MD  
*Headache* 32:300-304, 1992

Foram estudados 91 pacientes, dos quais 41 apresentavam migrânea com aura, 40 migrânea sem aura e 10 pacientes demonstraram aura migranosa sem cefaléia, todos com tonturas sem etiologia. Em 69,2% dos casos, predominava a vertigem, uma ilusão de movimento do meio ou do paciente em relação ao meio. Tonturas não vertiginosas, acompanhadas de desequilíbrio severo, náuseas e sensibilidade ao movimento, ocorreram e 30,8%. Em 31,9% dos casos estudados, verificaram-se tonturas de ambos os tipos (vertiginosas e não vertiginosas).

A idade média de início das tonturas foi de 35 anos, variando de 6 a 67 anos. A frequência dos episódios de tonturas variou de múltiplos episódios ao dia até episódios mensais ou anuais. Em 31% dos pacientes, a tontura durava de minutos até 2 horas, enquanto que 48,8% a tontura persistia por mais de 24 horas.

Dos 91 pacientes interrogados, apenas 5 descreveram um padrão temporal consistentemente recorrente entre cefaléia e tontura. Três pacientes experimentavam tonturas exclusivamente nos minutos que precediam a cefaléia, enquanto que 2 pacientes as tinham somente durante a cefaléia. No restante dos casos, muitos dos episódios de tonturas eram independentes da cefaléia.

Entre todos os pacientes, apenas 4,4% tinham exame neurológico anormal: 2 pacientes com perda auditiva bilateral estática, (1 com perda auditiva congênita e outro com perda auditiva familiar progressiva). Um terceiro paciente apresentava hemiparesia e dismetria à esquerda, interpretadas como migrânea complicada. Num outro paciente, detectou-se assimetria de pupila, subseqüentemente atribuída ao uso de escopolamina.

Dezenove pacientes (20,9) tinham hipoexcitabilidade à estimulação calórica o que representa um risco discretamente aumentado de dano ao aparelho vestibular periférico.

Os autores propõem dois mecanismos fisiopatológicos independentes para explicar a ocorrência de tonturas associadas à migrânea: as vertigens de curta duração (minutos a 2 horas) e temporalmente relacionadas à cefaléia, seriam decorrentes dos mesmos mecanismos produtores da aura (depressão alastrante e/ou vasoespasmo); as tonturas de duração mais longa, vertiginosas ou não, com ou sem

cefaléia, resultariam da liberação de peptídeos neuroativos nas estruturas vestibulares central e periférica, levando a um maior disparo de neurônios aferentes e sensibilidade aumentada ao movimento.

Este estudo traz importante contribuição ao estudo da migrânea, uma vez que é tão freqüente a queixa de tonturas nos migranosos. As especulações concernentes à fisiopatologia estão de acordo com as mais recentes teorias descritas na literatura, abrindo perspectivas novas para o tratamento das tonturas associadas à migrânea.

**Lineu Domingos Miziara**

## **ARE THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY CRITERIA FOR HEADACHE USEFUL?**

JMS Pearce

## **THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY CLASSIFICATION AND DIAGNOSTIC CRITERIA ARE VALID AND EXTREMELY USEFUL**

J Olesen

## **THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY CLASSIFICATION: TO USE OR NOT TO USE?**

GE Tietjen

*Cephalalgia* 16:289-96, 1996.

Nesses artigos sobre "controvérsias", são examinadas, de forma bastante construtiva, as vantagens e desvantagens do atual sistema de classificação da Sociedade Internacional de Cefaléia (formulado em 1988). Seriam os critérios propostos realmente úteis na prática clínica diária? Ou representariam apenas uma relíquia de pesquisadores, uma estrutura complexa e vagamente estratosférica, assaz distante da rotina dos ambulatórios de neurologia?

De acordo com o Dr. Pearce, a classificação é longa e por demais minuciosa, o que certamente limita o seu uso no dia-a-dia, onde uma lista simplificada de diagnósticos bastaria na maioria dos casos. Quando uma entidade clínica mais rara se fizesse perceber, o médico deveria recorrer à literatura para chegar às suas próprias conclusões. O Dr. Pearce também critica a terminologia usada ao se classificarem as cefaléias do tipo tensão: 2.1.1, cefaléia do tipo tensão episódica associada a distúrbio dos músculos pericranianos. Quão freqüentemente é possível demonstrar objetivamente a tensão muscular em consultório?

Outro ponto refere-se à não inclusão, no sistema classificatório, da "migrânea transformada", da "cefaléia persistente diária de novo" e da "hemicrânia contínua". O Dr. Pearce, todavia, acredita que a "migrânea transformada" representa quase sempre, cefaléia do tipo tensão e/ou por abuso de analgésicos. Cita a classificação, quanto esta pede que se coloque quando o paciente tem migrânea e cefaléia do tipo tensão, o número de dias de cefaléia por ano entre parêntesis, após cada diagnóstico, sugestão muito pouco pragmática, certamente.

O Dr. Pearce discorre sobre critérios que lhe parecem obscuros. Refere-se ao fato de que critérios objetivos devem focalizar a doença e não o paciente individualmente (e, portanto, não são objetivos os critérios que exigem "pelo menos cinco ataques" para o diagnóstico de migrânea sem