

---

# Análise do tempo de profilaxia da migrânea

Raimundo P. Silva-Néto<sup>1</sup>, K.J. Almeida<sup>1</sup>, Marcelo Moraes Valença<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Neurologia e Cefaleia do Piauí, Teresina, PI, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

---

Silva-Néto RP, Almeida KJ, Valença MM. Análise do tempo de profilaxia da migrânea. *Headache Medicine*. 2012;3(4):211-3

---

## INTRODUÇÃO

Atualmente, existe consenso sobre o tratamento profilático da migrânea respaldado em evidências clínicas e na experiência pessoal de quem o prescreve.<sup>(1)</sup> Para diminuir a frequência e intensidade das crises, os medicamentos profiláticos são administrados, diariamente, por meses ou anos.<sup>(2)</sup> Comumente, são utilizados bloque-

adores beta-adrenérgicos, antidepressivos tricíclicos, antagonistas dos canais de cálcio, antagonistas da serotonina e anti-epilépticos.<sup>(1)</sup>

Apesar do conhecimento das medicações profiláticas, ainda permanece a incerteza sobre a duração desse tratamento.<sup>(3)</sup> Há divergência de condutas. Contudo, há um estudo que preconiza a manutenção da profilaxia por 8 a 12 meses após diminuição dos parâmetros de

dor superior a 50%.<sup>(4)</sup> Por outro lado, há também recomendação de se manter tal tratamento por, no mínimo, seis meses após alcançar uma melhora da frequência e intensidade das crises superior a 75%,<sup>(1)</sup> a qual é observada através do diário da cefaleia e, a seguir, descontinuar gradativamente. Porém, se houver recidiva, prolongar o tratamento pelo tempo que for necessário, considerando as limitações de cada medicação.<sup>(1)</sup>

## OBJETIVO

Determinar o tempo de maior eficácia para suspensão da profilaxia da migrânea após desaparecimento da cefaleia.

## MÉTODO

Foi um estudo prospectivo, com comparação de grupos, em uma população de 1.600 pacientes migranosos atendidos em uma clínica de cefaleia no período de março de 2004 a março de 2007. Todos preencheram os critérios diagnósticos da *International Classification of Headache Disorders - second edition*; usavam profilaxia estandarizada com atenolol, nortriptilina e flunarizina e não apresentavam cefaleia por, no mínimo, três meses.

Empregou-se amostra aleatória constituída de 50 pacientes, os quais foram distribuídos em dois grupos iguais: grupo A manteve profilaxia por mais 12 meses, e grupo B por mais 24 meses. Determinou-se a frequência de crises de cefaleia antes da profilaxia e decorridos um, dois e três anos após suspensão do tratamento, utilizando-se o diário da cefaleia padronizado para este estudo e previamente testado.

No seguimento foram definidas como variáveis de estudo o tempo livre de cefaleia e o número de episódios de recidiva de cefaleia por ano.

A análise estatística foi realizada pelos testes de Kruskal-Wallis para diferença de médias e do qui-quadrado com correção de Yates para prova de contingência, ambos com nível de significância de 0,05.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisas e todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

## RESULTADOS

Na Tabela 1 observam-se as distribuições por sexo, idade, frequência inicial da cefaleia e seu tempo de desa-

parecimento, segundo grupos de profilaxia. Identificou-se que os grupos A e B não diferiram significativamente na fase terapêutica, embora o tempo médio de desaparecimento das crises tenha sido maior no grupo A que no grupo B.

Tabela 1 - Características clínicas dos 50 pacientes com migrânea, segundo grupos de profilaxia de crises

Características clínicas	Grupos		Valor p
	A (n=25)	B (n=25)	
Sexo			0,735*
Feminino (n; %)	20 (80,0)	19 (76,0)	
Masculino (n; %)	5 (20,0)	6 (24,0)	
Idade			0,299†
Média (anos; dp)	34,16 (10,4)	37,80 (11,4)	
Variação	19-57	19-57	
Frequência média inicial (dias/mês; dp)	16,32 (12,8)	16,40 (11,8)	0,769†
Tempo médio de desaparecimento da cefaleia (meses; dp)	21,36 (11,2)	16,84 (9,9)	0,161†

\*teste de qui-quadrado; † teste de Kruskal-Wallis

Constatou-se que 11 (44,0%) pacientes do grupo A e 19 (76,0%) do grupo B permaneceram assintomáticos (número de crises igual a zero), durante os três anos sem profilaxia (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da frequência de cefaleia em 50 pacientes com migrânea antes e após tratamento profilático

Intervalos do número de dias de cefaleia	Grupos		Valor p
	A (n=25)	B (n=25)	
Antes da profilaxia (dias/mês)			0,769
0	-	-	
< 15	13 (52,0)	14 (56,0)	
≥ 15	12 (48,0)	11 (44,0)	
Após 1 ano (dias/ano)			0,001
0	11 (44,0)	19 (76,0)	
1 - 4	-	6 (24,0)	
5 - 9	6 (24,0)	-	
10 - 14	8 (32,0)	-	
≥ 15	-	-	
Após 2 anos (dias/ano)			0,002
0	11 (44,0)	19 (76,0)	
1 - 4	-	4 (16,0)	
5 - 9	2 (8,0)	2 (8,0)	
10 - 14	10 (40,0)	-	
≥ 15	2 (8,0)	-	
Após 3 anos (dias/ano)			0,004
0	11 (44,0)	19 (76,0)	
1 - 4	1 (4,0)	-	
5 - 9	-	5 (20,0)	
10 - 14	5 (20,0)	1 (4,0)	
≥ 15	8 (32,0)	-	

Em ambos os grupos, identificou-se tendência de aumento da frequência de crises ao longo dos três anos sem profilaxia, tendo o grupo B mantido uma frequência média significativamente menor que o do grupo A (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência anual de cefaleia em 50 pacientes com migrânea após suspensão da profilaxia

Frequência média de cefaleia	Grupos		Valor p
	A (n=25)	B (n=25)	
Após um ano (dias/ano; dp)	5,1 (5,0)	0,4 (0,8)	0,001
Após dois anos (dias/ano; dp)	6,5 (6,0)	1,1 (2,1)	0,002
Após três anos (dias/ano; dp)	8,6 (8,8)	2,1 (3,9)	0,004

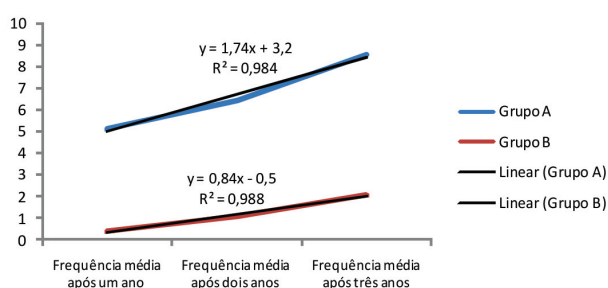


Figura 1 – Comportamento temporal da frequência média de cefaleia por ano após suspensão da profilaxia em 50 pacientes com migrânea

Na Figura 1, observa-se o comportamento temporal da frequência média de cefaleia em cada grupo de profilaxia, identificando-se forte correlação do aumento dessa frequência com o tempo, após suspensão da profilaxia, mantendo o grupo B tendência de aumento do número de dias igual a 0,5 por ano, menor que a do grupo A que se iguala a 3,2 por ano.

## CONCLUSÃO

O tempo de profilaxia da migrânea por 24 meses, após desaparecimento da cefaleia, apresentou maior eficácia.

## REFERÊNCIAS

1. Comitê Ad Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da migrânea. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(1):159-69.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Migraine: diagnosis and treatment. In: Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice.* Oxford: Isis Medical Media 1998, chap. 6, p. 61-90.
3. Dodick, D.W. Acute and prophylactic management of migraine. *Clin Cornerstone.* 2001;4(3):36-52.
4. Dodick DW. Preventing migraine pharmacologically. *Manag Care Interface.* 2004;17(Suppl D):14-7.