

Frequência de migrânea entre os pacientes acompanhados no Ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Frequency of migraine among patients followed at the Epilepsy Clinic of the Hospital das Clinicas, Universidade Federal de Minas Gerais

Bruno Engler Faleiros¹, Sílvio Roberto de Sousa-Pereira², Bernardo Cardoso Pinto Coelho¹, Marilis Tissot Lara², Eduardo Jardel Portela², Antônio Lúcio Teixeira^{2,3}

¹Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; ²Neurologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais; ³Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Faleiros BE, Sousa-Pereira SR, Coelho BCP, Lara MT, Portela EJ, Teixeira AL. *Frequência de migrânea entre os pacientes acompanhados no Ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Headache Medicine. 2010;1(1):21-24*

RESUMO

A relação entre migrânea e epilepsia é reconhecida há anos. Ambas as condições são crônicas, ocorrem em crises paroxísticas e apresentam aspectos semiológicos, fisiopatológicos e terapêuticos em comum. O objetivo deste trabalho foi determinar a frequência de migrânea entre os pacientes epiléticos acompanhados no Ambulatório de Epilepsia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo transversal baseado na análise de 554 prontuários médicos de pacientes atendidos consecutivamente em um ano. O diagnóstico de migrânea foi registrado no prontuário de 3,1% dos pacientes. Comparando-se variáveis clínicas entre os pacientes epiléticos com e sem migrânea, houve diferença apenas no sexo. A frequência de migrânea encontrada é menor que a relatada na literatura. Possivelmente, essa divergência decorre da metodologia utilizada no estudo e/ou fatores como a negligência da queixa de cefaléia e o emprego de drogas como ácido valpróico e topiramato, também eficazes na profilaxia da migrânea. É importante realizar investigação ativa de migrânea em pacientes epiléticos no sentido de proporcionar melhor tratamento clínico e qualidade de vida para os mesmos.

Palavras-chave: Migrânea; epilepsia; frequência, epidemiologia

ABSTRACT

The relationship between migraine and epilepsy is well known for many years. Both conditions are chronic neurologic disorders, occur in paroxistic attacks and present a series of clinical features in common. The objective of the present study was to determine the frequency of migraine among epileptic patients seen in the Epilepsy Clinic of University Hospital of the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil. This is a transversal descriptive study based on the analysis of 554 medical charts from patients evaluated consecutively in one year period. The diagnosis of migraine was recorded in 3.1% of the medical charts. Only gender differed between epileptic patients with and without migraine. The frequency of migraine found in this study is lower than the reported in the literature. Possibly this finding result from the methodology used and/or other factors such as the relative negligence of headache complaint and the use of anti-epileptic drugs, such as valproic acid or topiramate, also effective for migraine prophylaxis. It is relevant to actively search for the diagnosis of migraine in epileptic patients in order to provide them better clinical treatment and quality of life.

Key words: Migraine; epilepsy; frequency; epidemiology.

INTRODUÇÃO

A relação entre migrânea e epilepsia já é classicamente reconhecida.¹⁻⁷ A prevalência de migrânea na população geral é de 10%-15%,⁸⁻¹⁰ enquanto a epilepsia, de 1%-2%.¹¹⁻¹⁵ Ambas são condições neurológicas crônicas que ocorrem em crises paroxísticas, sendo frequentemente acompanhadas por sintomas gastrointestinais, autonômicos e psíquicos.^{1,2}

Alguns estudos sugerem hiperexcitabilidade cerebral, disfunções de neurotransmissores no sistema nervoso central e fatores genéticos como alterações fisiopatológicas comuns às duas entidades.^{1,3,4} Algumas drogas, como o ácido valproico e o topiramato, podem ser utilizadas para tratar ambas as condições com bons resultados.¹⁶⁻¹⁸

A presença de uma delas torna o indivíduo cerca de duas vezes mais suscetível à outra e, mais raramente, a migrânea pode desencadear crises epiléticas.^{2,5} Em alguns casos, o diagnóstico diferencial de migrânea e crise epilética pode representar um desafio para o clínico.¹

O objetivo deste trabalho é determinar a frequência de migrânea entre os pacientes epiléticos acompanhados no Ambulatório de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo transversal baseado na análise dos prontuários dos pacientes acompanhados no Ambulatório de Epilepsia do HC-UFMG. Foram analisados 554 prontuários de indivíduos a partir de 18 anos de idade atendidos consecutivamente no serviço no período de um ano. Foi pesquisado o diagnóstico de migrânea explicitado no prontuário pelo médico neurologista responsável pelo atendimento.

Os dados foram compilados e analisados através do programa SPSS® 17.0.

RESULTADOS

O diagnóstico de migrânea foi

explicitado em 3,1% (n=17) dos 554 pacientes (280 mulheres) estudados. Entre os 17 pacientes com migrânea, 10 (76,5%) eram do sexo feminino. Em relação à síndrome epilética, 64,7% (n=11) apresentavam síndrome sintomática; 11,8% (n=2) idiopática e em 23,5% (n=4) não foi possível classificá-la. Quanto ao tipo de crise, 58,8% (n=10) dos pacientes apresentavam crises focais, 23,5% (n=4) generalizadas ou secundariamente generalizadas e 17,7% (n=3) crises não classificáveis.

A monoterapia com droga antiepilética (DAE) foi empregada em 67,9% dos 554 pacientes. A associação de drogas antiepiléticas (DAEs) ocorreu em 32,1% sendo que 29,5% usavam duas DAEs e 2,6% usavam três ou mais DAEs. Entre as DAEs, a carbamazepina foi a mais empregada, 55,6% do total de pacientes; seguido de fenitoína 21,1%; ácido valproico 18,9%; lamotrigina 15,3%; fenobarbital 13,6% e topiramato 8,2%. Dos pacientes migranosos, 64,7% estavam em monoterapia. A carbamazepina também foi a mais utilizada (53,3%), seguida do fenobarbital, topiramato e lamotrigina (20% cada).

Tabela. Comparação de variáveis clínicas entre pacientes epiléticos migranosos (n=17) e não migranosos (n=537)

		Migranosos		Não migranosos		χ^2
		N	%	n	%	
Sexo	M	4	23,5	270	50,3	
	F	13	76,5	267	49,7	
Total		17	100	537	100	0,030
Síndrome	Sintomática	11	64,7	323	60,1	
	Idiopática	2	11,8	94	17,5	
	Criptogênica	0	0	23	4,3	
	Indeterminadas	4	23,5	97	18,1	
Total		17	100	537	100	0,713
Crise	Focais	10	58,8	269	50,1	
	Secundariamente generalizadas	2	11,8	73	13,6	
	Generalizadas	2	11,8	82	15,3	
	Indeterminadas	3	17,6	123	22,0	
Total		17	100	537	100	0,957
DAEs	Nenhuma	0	0	50	9,3	
	1 droga	11	64,7	330	61,5	
	2 drogas	4	23,5	144	26,8	
	3 drogas	0	0	11	2,0	
	4 drogas	0	0	2	0,4	
	Indeterminado	2	11,8	0	0	
Total		17	100	537	100	0,962

Comparando-se o grupo de pacientes epiléticos com e sem migrânea, quanto às variáveis 'sexo', 'tipo de síndrome', 'tipo de crise' e 'número de DAEs', houve diferença apenas no item 'sexo' ($p=0,03$) (Tabela).

DISCUSSÃO

A frequência de migrânea em pacientes epiléticos encontrada em nosso estudo foi inferior à relatada na literatura, que varia de 8%-25%.^{1,2,5,6} Ao compararmos o grupo de pacientes migranosos com o de não migranosos, observamos diferença apenas no item 'sexo', evidenciando, como na população geral, a maior prevalência de migrânea entre as mulheres.

Frente à divergência de frequência de migrânea em epiléticos entre o presente estudo e a literatura, elaboramos algumas hipóteses para explicá-la. Primeiro, trata-se de um estudo fundamentado em análise retrospectiva da anotação em prontuários, sendo que o relato de cefaleia fora feito provavelmente de forma espontânea pelo paciente e não como resultado de uma investigação sistemática. Desse modo, podemos supor que a casuística encontrada refere-se a cefaleias clinicamente significativas e com considerável grau de incapacidade, o que motivaria a queixa do paciente e o subsequente registro em prontuário.

Segundo, é possível que a cefaleia relatada por um indivíduo epilético possivelmente seja negligenciada, ora pelo fato de a epilepsia ser considerada clinicamente mais relevante, ora pelo sintoma de dor de cabeça ser atribuído a fenômenos ictais ou pós-ictais.^{1,2} Nesse sentido, alguns estudos relatam uma frequência de até 50% de cefaleia na epilepsia, que pode ou não estar relacionada às crises, incluindo migrânea, cefaleia do tipo tensional ou mesmo as cefaleias exclusivamente interictais ou periictais, o que torna o diagnóstico diferencial complexo.⁵ De nota, Lipton e colaboradores² demonstraram que, de todos os indivíduos com epilepsia em que se diagnosticou migrânea por busca ativa, apenas 44% haviam recebido o diagnóstico prévia de migrânea.

Finalmente, as DAEs utilizadas para tratamento de pacientes epiléticos podem também ser eficazes na profilaxia da migrânea, dificultando o reconhecimento desta condição.^{1,2} Observamos, nos 554 prontuários analisados, uma frequência de 18,9% de prescrição do ácido valproico e 8,2% de topiramato, drogas reconhecidamente eficazes na profilaxia das crises de migrânea.¹⁶⁻¹⁸

O reconhecimento da associação epilepsia e migrânea é importante na condução clínica do paciente. Velioglu

e colaboradores,⁷ em um estudo longitudinal, no qual acompanhou pacientes epiléticos com migrânea e sem migrânea, observaram que os pacientes migranosos apresentavam pior prognóstico. Pacientes epiléticos com migrânea têm menor chance de remissão das crises, maior incidência de refratariedade ao tratamento, maior duração das crises, apresentando resposta terapêutica mais lenta e dependente de politerapia.⁷ Essas evidências demonstram inequivocamente a relevância de se realizar busca ativa de migrânea no paciente epilético e, desse modo, otimizar o tratamento de ambas as condições e, assim, alcançar melhores resultados terapêuticos e prognósticos.

REFERÊNCIAS

1. Bigal ME, Lipton RB, Cohen J, Silberstein SD. Epilepsy and migraine. *Epilepsy Behav.* 2003;4:S13-24.
2. Lipton RB, Ottman R, Ehrenberg BL, Hauser WA. Comorbidity of migraine: The connection between migraine and epilepsy. *Neurology* 1994;44(suppl 7):S28-S32.
3. Rogawski MA. Common pathophysiologic mechanisms in migraine and epilepsy. *Arch Neurol*, 2008;65(6):709-14.
4. Winawer MR, Hesdorffer DC. Migraine, epilepsy, and psychiatric comorbidity: partners in crime. *Neurology* 2010;74:1166-8.
5. Kwan P, Man CBL, Leung H, Yu E, Wong KS. Headache in patients with epilepsy: a prospective incidence study. *Epilepsia* 2008;49(6):1099-102.
6. Babu CS, Satishchandra P, Sinha S, Subbakrishna DK. Comorbidities in people living with epilepsy: hospital based case-control study from a resource-poor setting. *Epilepsy Research* 2009;86:146-52.
7. Velioglu SK, Boz C, Özmenoglu M. The impact of migraine on epilepsy: a prospective prognosis study. *Cephalalgia* 2005;25:528-35.
8. Queiroz LP, Peres MFP, Piovesan EJ, Kowacs F, Ciciarelli MC, Souza JA, Zukerman E. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia.* 2009;29(6):642-9.
9. Pahim LS, Menezes AM, Lima R. Prevalence and factors associated to migraine in adult population, Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2006;40(4):692-8.
10. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ, Zwart J-A. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia.* 2007; 27:193-210.
11. Gomes MM, Zeitoune RG, Kropf LA, Beeck EC. A house-to-house survey of epileptic seizures in an urban community of Rio de Janeiro, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(3-B):708-11.
12. Marino Júnior R, Cukiert A, Pinho E. Epidemiological aspects of epilepsy in São Paulo: a prevalence study. *Arq Neuropsiquiatr.* 1986;44(3):243-54.
13. Brodtkorb E, Sjaastad O. Epilepsy prevalence by individual interview in a Norwegian community. *Seizure*, 2008; 17(7):646-50.

14. Birbeck GL, Kalichi EM. Epilepsy prevalence in rural Zambia: a door-to-door survey. *Trop Med Int Health*, 2004;9(1):92-5.
15. Onal AE, Tumerdem Y, Ozturk MK, Gurses C, Baykan B, Gokyigit A, Ozel S. Epilepsy prevalence in a rural area in Istanbul. *Seizure*, 2002;11(6):397-401.
16. D'Amico D. Pharmacological prophylaxis of chronic migraine: a review of double-blind placebo-controlled trials. *Neurol Sci*, 2010; 31 (Suppl 1):S23-S28.
17. Shaygannejad V, Janghorbani M, Ghorbani A, Ashtary F, Zakizade N, Nasr V. Comparison of the effect of topiramate and sodium valporate in migraine prevention: a randomized blinded crossover study. *Headache*. 2006;46(4):642-8.
18. Yurekli VA, Akhan G, Kutluhan S, Uzar E, Koyuncuoglu HR, Gultekin F. The effect of sodium valproate on chronic daily headache and its subgroups. *J Headache Pain*. 2008;9(1):37-41.

Correspondência

Dr. Antonio Lucio Teixeira

Departamento de Clínica Médica,

Faculdade de Medicina, UFMG.

Av. Alfredo Balena, 190. Santa Efigênia,

30130-100 – Belo Horizonte, MG.

E-mail: altextr@gmail.com