

Migrânea e cefaleia do tipo tensional: alguns aspectos históricos

Migraine and tension-type headache: a few historical aspects

Michelly Cauás¹, Murilo Costa Lima¹, Carlos Augusto Pereira do Lago², Elizabeth Arruda Carneiro Ponzi¹, Daniella Araujo de Oliveira¹, Marcelo M. Valença¹

¹Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco

Cauás M, Lima MC, Lago CAP, Ponzi EAC, Oliveira DA, Valença MM. Migrânea e cefaleia do tipo tensional: alguns aspectos históricos. *Headache Medicine*. 2010;1(1):29-33

RESUMO

As cefaleias primárias estão presentes corriqueiramente na sociedade atual, entre elas as principais representantes são a cefaleia do tipo tensional (CTT) e a migrânea. Fazemos uma breve revisão dos aspectos históricos relacionados com o estudo das cefaleias.

Palavras-chave: Epidemiologia; migrânea; cefaleia do tipo tensional.

ABSTRACT

The primary headaches are routinely present in today's society, among the main representatives are tension-type headache (TTH) and migraine. We reviewed a few historical aspects about primary headaches.

Key words: Epidemiology; migraine; tension-type headache.

INTRODUÇÃO

Em 1903 discutia-se uma classificação para as dores de cabeça. Dizia-se que a cefaleia era um sintoma que ocorria no curso de uma grande variedade de doenças; doença cerebral de origem orgânica,

isquêmicas ou hemorrágicas, desordens neurológicas, toxicemias, distúrbios no aparelho digestivo bem como útero e ovário; que o caráter da dor era muito variável, podendo ser superficial ou profundo, constante ou paroxístico, generalizado ou local, maçante ou em peso, perfurante ou latejante.¹

Na década de 1930, Tilney já relacionava a migrânea com a capacidade de produzir todo um complexo de sintomas. A periodicidade e caráter paroxístico das crises, a presença de náuseas e vômitos, calafrios e suor, embasamento visual antes das crises, perda visual, visão dupla, distúrbio de sensibilidade, hemiparesia e ptose da pálpebra superior constituíam definitivamente componentes das crises de migrânea. Não sendo necessário ocorrer todos ao mesmo tempo, e ainda variar no tempo, intensidade e duração.²

Já a cefaleia do tipo tensional (CTT) estava relacionada a sensibilização central como sendo um possível mecanismo fisiológico. Dividia-se em um mecanismo central onde consiste de estresse psicológico e da supressão exteroceptiva e outro bioquímico onde encontra-se o mecanismo serotoninérgico.³ Ou ainda uma predisposição genética, hiperestesia cutânea e muscular e fatores ambientais. Tendo como principais aspectos clínicos a dor tipo peso, moedeira, aperto; intensidade leve a moderada; bilateral; com exame neurológico normal.⁴

ANO	HISTÓRICO
Século IDC	Aretaeus, o Capadócio classifica cefaleia em cefalalgia, cefaleia e migrânea. ⁵
Século II DC	Galeno de Pergamon, fez conexão entre estômago e o cérebro, devido a náusea e vômito presentes nas crises, usou o termo hemicrania. ⁵
Século X DC	Inicia-se a pesquisa sobre tratamento da migrânea por Abulcasis, sugerindo a aplicação de ferro quente na cabeça ou inserção de alho em uma incisão feita nas têmporas. ⁵
Século XII DC	Surgiram os pródomos, Abess Hildergard de Bingen relatou que as visões podem ser uma descrição inicial da migrânea. ⁵
Século XVII	Charles Le Pois descreveu sintomas premonitórios e a migrânea com aura. ⁵
1712	A biblioteca Anatomica Medic Chirurgica publicada em Londres, caracterizando cinco tipos de cefaleias, incluindo a "Megrim". ⁵
1780	Tissot sugeriu que a migrânea se origina no estômago devido a um estado de irritação que se irradia para os nervos supraorbitários e desencadeia a crise. Na lista de sintomas precedendo ou acompanhando o episódio incluía a náusea e o vômito. ⁵
1860	Dubois-Reymond e Mellendorf ressuscitaram o papel vascular na gênese das crises de migrânea. Para Duboi-Reymond, a crise decorria de um fenômeno vasoespástico relacionado com uma hipertonia simpática, enquanto para Mellendorf se correlacionava com uma dilatação das artérias na decorrência de uma paralisia transitória do nervo simpático cervical.
1873	Latham propõe um déficit da irrigação sanguínea em um lado da cabeça como fator causal da crise de migrânea. ⁵
1878 e 1894	Eulenberg na Aleamnhã e Thomson nos Estados Unidos respectivamente, passaram a usar extratos fluidos de esporão de centeio (ergotamina) no tratamento das crises de migrânea. ⁶
1918	Stoll isola a ergotamina. ⁶
1925	Rothlin demonstrava que a ergotamina possuía ação inibidora sobre o simpático ⁶
1926	Maier utilizou pela primeira vez o tertrato de ergotamina no tratamento das crises de migrânea. ⁶
1909	Tinha-se em mente que pouco se sabia do verdadeiro mecanismo da cefaleia. O próprio tecido cerebral parecia ser insensível a estímulos táteis e dolorosos ordinários. A doença do tecido cerebral podia existir sem dor (abscesso, etc.), porém o revestimento do cérebro e os seus vasos liberavam elementos neuronais para o trigêmeo, ramos cervicais superiores e ramos sensitivos do vago, os quais transmitiam sensibilidade para o órgão central. Esses mesmos nervos supriam estruturas extracranianas, de forma superficial e profunda, encontrando assim uma variedade de dores de cabeça. ⁷
1909	Relato na literatura da primeira classificação de cefaleia proposta por JW Shields dividida em três partes funcional, orgânica e circulatória. ⁸
1929	Briggs ressalta que a migrânea é uma doença estritamente familiar, raramente se disfarça, apresenta-se como uma entidade clínica exata, com tempo de episódio definido. Ocasionalmente, apresenta manifestações gastrointestinais, porém uma boa história poderá cancelar qualquer dúvida. ⁹
1930	Tilney relaciona as características das crises de migrânea utilizada até os dias atuais. ²
1957	Friedman dividia a crise de migrânea em três distintas alterações vasculares. A fase prodrômica ou aura está associada com vasoconstrição das artérias intracranianas e com fenômenos clínicos, como escotomas, hemianopsia, parestesia e depressão. A segunda fase está associada com vasodilatação, momento em que os vasos cranianos alteram a sensibilidade e aumenta a amplitude de pulsação. A dor, nesta fase, geralmente é latejante e agravada por tudo o que aumenta a pressão venosa tais como inclinar-se ou levantar-se. Na terceira fase há edema nos vasos afetados, que se tornam edemaciados e duros. A cefaleia nesta fase é constante. ¹⁰
1959	É fundada The American Association for the Study of Headache. ¹¹
1961	Lançada a revista Headache. ¹¹
1965	Formação do Migraine Trust de Londres. ¹¹
1976	No Brasil Edgard Raffaelli Jr. juntamente com Wilson Farias da Silva e Gilberto Rebello de Mattos, articularam a criação de uma entidade que congregasse profissionais com interesse voltado ao estudo das cefaleias. ¹²
1978	Nasce a Sociedade Brasileira de Cefaleia e Migrânea. ¹²

- 1979 Primeiro Congresso Brasileiro de Cefaleia sob os auspícios da sociedade recém criada.¹²
- 1994 Edgard Raffaelli Júnior criou e batizou a revista Migrânea & Cefaleias da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe), que teve seu primeiro exemplar publicado em março de 1994.¹³
- 1997 Publicado o primeiro artigo original da revista pelo Prof. Dr. Wilson Farias da Silva: Cefaleia em Salvas: Algumas Considerações. Onde através de quatro casos clínicos teceu algum comentários a respeito de aspectos clínicos da cefaleia em salvas.¹⁴

Em 1999 publica-se que

"No universo das dores de cabeça, algumas são resolvidas com um simples analgésico ou afastando o fator causal; outras exigem tratamento cirúrgico ou terapêutico direcionada ao fator etiológico, enquanto que outras, as mais freqüentes, necessitam de acompanhamento prolongado e medicamentos indicados para cada uma delas",¹⁵

Onde o autor mostra a necessidade de uma visão multifacetária diante do estudo das cefaleias.

As cefaleias primárias são entidades nosológicas que ocorrem sem etiologia demonstrável pelos exames clínicos ou laboratoriais usuais. Tendo como principais exemplos a migrânea, a cefaleia do tipo tensional. Tais desordens seriam herdadas e sobre tal susceptibilidade endógena, atuariam fatores ambientais. Em 1988, a criação da Classificação Internacional das Cefaleias foi de extrema importância para uniformizar os diagnósticos, dando maior homogeneidade aos trabalhos oriundos dos mais diversos centros de estudo das cefaleias, porém se ela é excelente para excluir, torna-se falha quando o que está em jogo é a inclusão.¹⁶⁻¹⁸

PREVALÊNCIA

Qual a diferença entre prevalência e incidência de doença? Ambas são medidas de freqüência de ocorrência de doença. Prevalência mede quantas pessoas estão doentes, incidência mede quantas pessoas tornaram-se doentes. Ambos os conceitos envolvem espaço e tempo - quem está ou ficou doente num determinado lugar numa dada época.¹⁹

Em 1991, Ramussen e col. estabeleceram, entre 1.000 participantes com idade entre 25-64 anos, uma prevalência de migrânea e CTT de 93,8% e 69,0% em homens e 99,25% e 88,0% em mulheres, respectivamente, ao longo da vida do indivíduo, havendo um decréscimo da CTT com o aumento da idade. Entre os migranosos, a dor era pulsátil em 78%, grave em 85%, unilateral em 62% e agravada com esforço físico em 96%. Para a CTT, o caráter de pressão foi encontrado em 78%, de intensidade leve a moderada em 99%, bilateral em 90% e em 72% a dor piorava com atividade física.²⁰ A prevalência de migrânea manteve-se em 1995 com 54,9% dos 719 pacientes com cefaleia; com relação aos sintomas, 55,7% era pulsátil, porém grave em apenas 57,8%

e apresentando prevalência abaixo de 50% para a lateralidade e agravamento pela atividade física. Para a CTT não foi diferente mantendo as porcentagens elevadas para as principais características, porém as náuseas, fonofobia e fotofobia estiveram presentes em pelo menos metade dos pacientes com migrânea e em um terço dos pacientes com cefaleia tipo tensional.²¹

Dentre os fatores precipitantes, Ulrich, em 1996, encontrou, entre 4.000 pessoas, uma prevalência de CTT de 83%, não sendo diferente da migrânea sem aura, onde os fatores precipitantes para a CTT estava presente o estresse mental e o cansaço, porém, apenas migranosos tiveram episódios de CTT precipitada pelo álcool, excesso de ingestão de queijo, chocolate e atividade física.²² Para Niczyporuk (1997), entre os 116 pacientes (60 migranosos e 24 com CTT), o estresse foi o mais frequente representando 58% na migrânea e 53% na CTT.²³ Para Leira e col. (1998), os principais fatores precipitantes de uma forma em geral para estas entidades foi o estresse (80%), alimentos (68%), drogas (34%), álcool (20%) e menstruação (8%).²⁴ Porém, em 2003, Ho e Org encontraram, entre 2.096 indivíduos, entre os fatores precipitantes tanto para migrânea sem aura como para cefaleia do tipo tensional, a privação do sono apresentou-se com alta prevalência – 60,9%/71,8% respectivamente, seguida de estresse – 64,9%/56,0%;²⁵ e Fragoso e col. (2003) encontraram, entre 163 pessoas, o choro representando 55,2% do fator precipitante de CTT e migrânea.²⁶

Na correlação do sexo e idade com a ocorrência de migrânea e CTT existem algumas variações. Em 1998, na Coréia do Sul, entre 2.500 indivíduos, a prevalência foi de 22,3% para a migrânea (20,2%, sexo masculino e 24,3% feminino) e 16,2% de cefaleia do tipo tensional (sexo masculino de 17,8% e 14,7% do sexo feminino).²⁷ No mesmo ano, Zétola e col., após entrevistarem no

ambiente de trabalho, aleatoriamente, 1.006 funcionários de um hospital, encontraram 380 indivíduos com cefaleia, 65,5% foram classificados como portadores de migrânea; 27,6% como CTT e 6,8% em outros grupos. O sexo feminino foi o predominante para todos os tipos de cefaleia, não havendo diferença significativa entre as médias de idade nos diferentes tipos de cefaleia.²⁸

Para Lavados e Tenhamm (2001), a prevalência foi maior; entre 1.385 encontraram 101 que apresentavam migrânea e 373 cefaleia do tipo tensional, havendo uma predominância do sexo feminino de 87,1% e 68,9%, respectivamente.²⁹ Para Deleu e col. (2001), entre 403 estudantes de medicina, 62,5% mulheres com média de idade de 21,9 anos, a taxa de prevalência de migrânea e cefaleia do tipo tensional encontrada foi a mesma (12,2%), com uma diferença na distribuição entre os sexos, 6,6% dos homens e 15,5% do mulheres tinham migrânea, enquanto 13,9% dos homens e 11,1% das mulheres foram identificadas como sofrendo de cefaleia do tipo tensional.³⁰ Em 2002, para estes mesmos autores não houve muita diferença onde, entre 1.158 pessoas (57,1% eram mulheres com média de idade de 25,9 anos) a prevalência de migrânea e cefaleia do tipo tensional foi o ano anterior de 10,1% e 11,2%, respectivamente³¹ onde esta prevalência para o sexo feminino se mantém em vários relatos na literatura.³²⁻³⁴

Vê-se na literatura uma alta prevalência de cefaleia primária na população,³⁵ sendo responsável por um impacto social e econômico significativo,³⁶ com crises de duração de minutos a horas,³⁷ que podem causar importante impacto na vida entre os portadores de migrânea³⁸⁻³⁹ ou de CTT,⁴⁰⁻⁴¹ que, segundo Stovner e col. (2007), estudando 107 publicações relacionadas a prevalência mundial de cefaleia, encontraram uma tendência global para migrânea de 10% e CTT de 38%,⁴² podendo haver, como alguns dos fatores de risco, uma baixa condição socioeconômica,⁴³ nível educacional,⁴⁴ hábito de tomar café e fumar.⁴⁵

Contudo, para Raffaelli Junior e col. (1997), a migrânea e a cefaleia do tipo tensional frequentemente coexistem em um mesmo paciente, variando desde os que têm migrânea pura até aqueles com migrânea e moderada quantidade de cefaleia do tipo tensional, e chegando àqueles com cefaleia do tipo tensional.⁴⁶ Pois no conjunto das cefaleias primárias e secundárias são computadas cerca de duas centenas de modalidades. Dentro deste universo, a cefaleia do tipo tensional é a de maior prevalência. Porém, isto não se reflete no cotidiano

dos consultórios e ambulatórios médicos, por ser sua forma clínica predominante e chamada episódica, de aparecimento esporádico; e sendo uma de pouca ou de moderada intensidade, os pacientes são levados a não procurar médicos, e se automedicar.⁴⁷

CONCLUSÃO

Nas últimas duas décadas observamos uma maior incidência de migrânea em relação as CTT, com predominância do sexo feminino, e por ser uma afecção que causa uma dor crônica, influencia na qualidade de vida do indivíduo, bem como no aspecto social ou econômico.

REFERENCIAS

1. Ellis HB. Headache as a Symptom. *Cal State J Med.* 1903;1(10):303-5.
2. Tilney F. Headache and Migrane. *Bull NY Acad Med.* 1930;6(2):69-88.
3. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache-possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia.* 2000; 20:486-508.
4. Monteiro JMP. Cefaléia tipo tensão. *Sinapse.* 2002;2(1):18-20.
5. MSD Brazil. História da migrânea. Home page. Disponível em: http://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/sua_saude/migranea/historia.htm. Acesso em 06 dez. 2009.
6. Farias da Silva W. *Algias Craniofaciais.* São Paulo: Ed Lemos; 1998.
7. Miller FW. Headache- A symptom and its significance. *Cal State J Med.* 1909;7(11):395-400.
8. Shields JW. The medical side of headache. *Cal State J Med.* 1909;7(11):400-5.
9. Briggs LH. Headache. *Cal West Med.* 1929;31(2):143-4.
10. Friedman AP. Migraine and tension headache. *Calif Med.* 1957;87(1):15-8.
11. Migranêas e Cefaleias. Editorial. *Migranêas Cefaleias.* 1994;2(1):1-8.
12. Costa J. Professor Wilson Farias da Silva. *Neurobiologia.* 2009;72(1):145-52.
13. Silva Neto RP. A revista Migranêas & Cefaleias: quinze anos de história. *Migranêas Cefaleias.* 2009;12(2):44-9.
14. Farias da Silva W. Cefaleia em salvas: algumas considerações. *Rev Migranêas Cefaleias,* 1997;4(1):11-2.
15. Farias da Silva W. Tratamento das cefaleias. *Drogas e esquemas terapêuticos.* *Rev Migranêas Cefaleias.* 1999;2(1):3-4.
16. Speciali JG. Classificação das cefaléias. *Medicina Ribeirão Preto.* 1997;30:421-7.
17. Farias da Silva W. *Cefaleias primárias: teoria e prática: tópicos seletos/ Wilson Farias da Silva.* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaleia; 2006.

18. Neely ET, Midgette LA, Sicher AI. Clinical review and epidemiology of headache disorders in US service members: with emphasis on post-traumatic headache. *Headache*. 2009; 1089-96.
19. Pereira JCR, Paes AT, Okano V. Espaço aberto: Questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática. *Rev IDPC*. 2000;7(1):12-7.
20. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population—a prevalence study. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(11):1147-57.
21. Gallai V, Sarchielli P, Carboni F, Benedetti P, Mastropaolo C, Puca F. Applicability of the 1988 IHS criteria to headache patients under the age of 18 years attending 21 Italian headache clinics. *Juvenile Headache Collaborative Study Group*. *Headache*. 1995;35(3):146-53.
22. Ulrich V, Russell MB, Jensen R, Olesen J. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non-migraineurs: a population-based study. *Pain*. 1996;67(2-3):501-6.
23. Niczyporuk-Turek A. Factors contributing to so-called idiopathic headaches. *Nerol Neurochir Pol*. 1997;31(5):895-904.
24. Leira R, Láinez JM, Pascual J, Díez-Tejedor E, Morales F, Titus F, Alberca R, García de Polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine (I). Profile of the patient with migraine attending neurology clinics. *Neurologia*. 1998;13(6):287-91.
25. Ho KH, Ong BK. A community-based study of headache diagnosis and prevalence in Singapore. *Cephalalgia*. 2003;23(1):6-13.
26. Fragoso YD, Carvalho R, Ferrero F, Lourenço DM, Paulino ER. Crying a precipitating factor for migraine and tension-type headache. *Rev Paul Med*. 2003;121(1):31-3.
27. Roh JK, Kim JS, Ahm YO. Epidemiologic and clinical characteristics of migraine and tension-type headache in Korea. *Headache*. 1998;38(5):356-65.
28. Zétola VHF, Novak EM, Luiz A, Branco BOS, Sato BK, Nita CS, Bubna MH, Prado RdeA, Werneck LC. Incidência de cefaleia em uma comunidade hospitalar. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3-B):559-64.
29. Lavados PM, Tenhamm E. Consulting behaviour in migraine and tension-type headache sufferers: a population survey in Santiago, Chile. *Cephalalgia*. 2001;21(7):733-7.
30. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al Mantheri Z, Al Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. *Headache*. 2001;41(8):798-804.
31. Deleu D, Khan MA, Al Shehab TA. Prevalence and clinical characteristics of headache in a rural community in Oman. *Headache*. 2002;42(10):963-73.
32. Zivadinov R, Willheim K, Sepic-Grahovac D, Jurjevic A, Bucuk M, Brnabic-Razmilic O, Relja G, Zorzon M. Migraine and tension-type headache in Croatia: a population-based survey of precipitating factors. *Cephalalgia*. 2003;23(5):336-43.
33. Farias da Silva W. Diagnóstico das cefaleias. São Paulo: Ed Lemos; 2003. p.225-38.
34. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos JG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(3-A):588-91.
35. Turkdogan D, Cagirici S, Soylemez D, Sur H, Bilge C, Turk U. Characteristic and overlapping features of migraine and tension-type headache. *Headache*. 2006;46(3):461-8.
36. Volcy-Gómez M. Impacto social, econômico y em El sistema de salud de La migraña y otras cefaleas primarias. *Rev Neurol*. 2006;43(4):228-35.
37. Matta APC, Moreira Filho PF. Cefaleia do tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2006;64(1):95-9.
38. Domingues RB, Aquino CC, Santos JG, da Silva AL, Kuster GW. Prevalence and impact of headache and migraine among Pomeranians in Espírito Santo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(4):954-7.
39. Helseth EK, Erickson JC. The prevalence and impact of migraine on military officer trainees. *Headache*. 2008;48(6):883-9.
40. Pop PHM, Gierveld CM, Karis HAM, Tiedink HGM. Epidemiological aspects of headache in a workplace setting and the impact on the economic loss. *Eur J Neurol*. 2002;9(2):171-4.
41. Silva Junior HM, Garbelini RP, Teixeira SO, Bordini CA, Speciali JG. Effect of episodic tension-type headache on the health-related quality of life in employees of a Brazilian public hospital. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(3-B):769-73.
42. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher AI, Steiner T, Zwart JA. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
43. Katsarava Z, Dzagnidze A, Kukava M, Mirvelashvili E, Djibuti M, Janelidze M, Jensen R, Stovner LJ, Steiner TJ. Primary headache disorders in the Republic of Georgia: prevalence and risk factors. *Neurology*. 2009;73(21):1796-803.
44. Köseoglu E, Naçar M, Talaslioglu A, Cetinkaya F. Epidemiological and clinical characteristics of migraine and tension type headache in 1146 females in Kayseri, Turkey. *Cephalalgia*. 2003;23(5):381-8.
45. Bicakci S, Over F, Aslant K, Bozdemir N, Saatci E, Sarica Y. Headache characteristics in senior medical students in Turkey. *Tohoku J Exp Med*. 2007;213(3):277-82.
46. Raffaelli Jr, E, Silva WF, Martins OJ. Classificação e Critérios Diagnósticos para Cefaleia e Dor Facial/ Organizado pelo Comitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia. 1ªed. São Paulo: Ed. Lemos; 1997.
47. Farias da Silva W, Moreira Filho PF. Cefaleia do tipo tensional e outras cefaleias primárias. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cefaleias; 2005.

Correspondência

Dr. Michelly Cauás

Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento - Departamento de Neuropsiquiatria,
Universidade Federal de Pernambuco, Cidade Universitária
50670-420 - Recife, PE, Brasil
Fone/Fax: (55 81) 2126-8539 - E-mail:
michellycauas@yahoo.com.br