

CEFALÉIA ENXAQUECOSA E SÍNDROME DO PROLAPSO DA VÁLVULA MITRAL

A PROPÓSITO DE 50 CASOS

CARLOS EDUARDO CAVALCANTI*, ADELMAN NOGUEIRA DE CASTRO JÚNIOR**

RESUMO - São analisados 50 pacientes com prolapso da válvula mitral e diagnóstico clínico de enxaqueca. Todos foram submetidos a avaliação cardiocirculatória para garantir adequada correlação clínica entre ambas as enfermidades. Realizamos comparação entre idade, duração e frequência dos ataques cefalálgicos, relacionando-os ao prolapso da válvula mitral. São comentados os benefícios terapêuticos proporcionados a estes pacientes. A análise dos dados apresentados sugere frequência usual de enxaquecosos entre portadores de degeneração mixomatosa valvular mitral.

PALAVRAS-CHAVE: enxaqueca, prolapso de válvula mitral, cefaléia.

Migraine headache and the syndrome of prolapse of the mitral valve: study on 50 cases

SUMMARY - Fifty patients with prolapse of the mitral valve and clinical diagnosis of migraine are analyzed, all being given a cardio-circulatory examination for an adequate clinical correlation between both illnesses. In this study we show a comparison of the patient's age, the duration and frequency of cephalic attacks, and their relationship to prolapse of the mitral valve, commenting on the therapeutic benefits for these patients. An analysis of the data which are presented suggests a common frequency of migraine among those patients who have mitral valve degeneration.

KEY WORDS: migraine, mitral valve prolapse, headache.

A síndrome do prolapso da válvula mitral (PVM) é devida a degeneração mixomatosa, com consequente colapso, do folheto posterior da válvula na aurícula correspondente. Ocorre em aproximadamente 6% das mulheres jovens e entre 24% a 29% da população feminina em geral. Relatos desta síndrome consideram, entre suas manifestações clínicas mais comuns, sintomas relacionados a dor torácica atípica, dispnéia e palpitações. Estudo retrospectivo permitiu correlacionar os sintomas cardíacos e distúrbios neurológicos como sensações vertiginosas, síncope e queixas psiconeuróticas; entretanto, somente avaliando a PVM e cefaléia enxaquecosa foi possível estabelecer correlação clínico-patológica entre as entidades descritas¹². Os pacientes estudados por Litman e Friedman tinham, como características, escotomas visuais, dor pulsátil e déficits neurológicos transitórios¹², sendo classificados, quanto à cefaléia, de acordo com os critérios do comitê AD HOC do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas de Bethesda². Alguns autores descrevem síndrome cefalálgica, uniforme e estereotipada associada a PVM não havendo, entretanto, sistematização quanto a sua descrição, o que impede o diagnóstico diferencial com outros tipos de cefaléia.

Estudo realizado no CINNE, Centro Integrado de Neurologia e Neurocirurgia do Centro Médico Maranhense e Hospital Universitário Tarquino Lopes Filho, São Luís: *Neurocirurgião; **Neurologista. Aceite: 3-fevereiro-1994.

Dr. Carlos Eduardo Cavalcanti- Rua das Jaqueiras, Quadra 55, Casa 01 - 62025-220 São Luís MA - Brasil.

Neste estudo apresentamos o relato de 50 casos de cefaléia enxaquecosa associada a PVM, discutindo aspectos clínicos, fisiopatológicos e metodologia de tratamento. A totalidade dos pacientes que fazem parte deste estudo foram catalogados entre 1985 e 1990 em ambulatórios de hospitais do Estado e em consultório particular, não havendo distinção quanto à metodologia aplicada.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente 50 pacientes com cefaléia enxaquecosa e PVM, no período compreendido entre janeiro-1985 e dezembro-1990. Dos pacientes, 40 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idade variando ente 15 e 45 anos e provenientes da capital e interior; 35 pacientes são de clínica privada dos autores e os demais, pertencentes a hospitais da rede estadual da cidade.

Em todos os nossos pacientes foi feito diagnóstico diferencial com outras síndromes cefalálgicas, para não prejudicar a análise a que se propõe o presente estudo: analisar o quadro clínico-neurológico apresentado pelos pacientes, considerando os dados fornecidos pela avaliação cardiológica e exames complementares, principalmente ecocardiograma.

RESULTADOS

Houve variação no que se refere à idade em relação ao sexo e início da sintomatologia (Fig 1). Observou-se um pico máximo aos 30 anos de idade, havendo nítido predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias, excetuando-se entre 25 e 30 anos.

Quanto à média de duração da cefaléia enxaquecosa (Fig 2), observamos ser, na maioria dos pacientes, menor que 15 minutos, em 15 pacientes, a duração máxima estava situada entre 15 e 30 minutos. No gráfico nos referimos a duração usual, em relação a flutuação dos picos enxaquecosos; com finalidade estatística, ao período de duração máxima da cefaléia.

Quanto à frequência dos ataques de cefaléia, constatamos haver maior número de pacientes apresentando, como variação máxima, entre 3 e 4 ataques ao dia (Fig 3).

A relevância dos benefícios terapêuticos foi atingida com o uso de bloqueadores beta-adrenérgicos e de canais de cálcio associado a ergotamina (Fig 4).

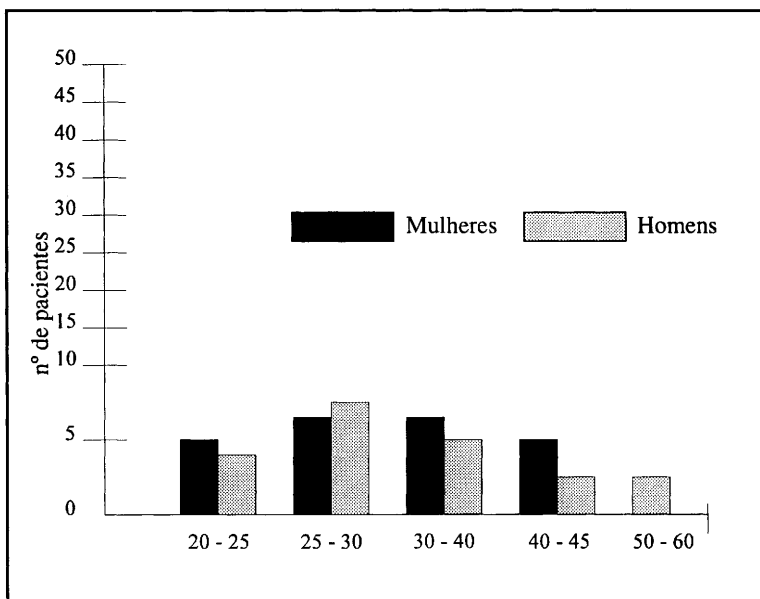


Fig 1. Idade de início da sintomatologia.

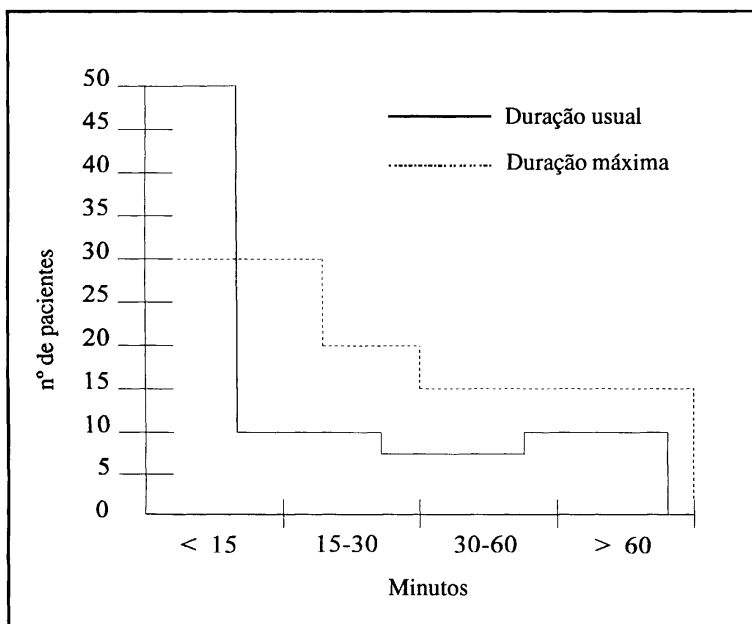


Fig 2. Duração da cefaléia. Frequência do ataque de cefaléia por minuto.

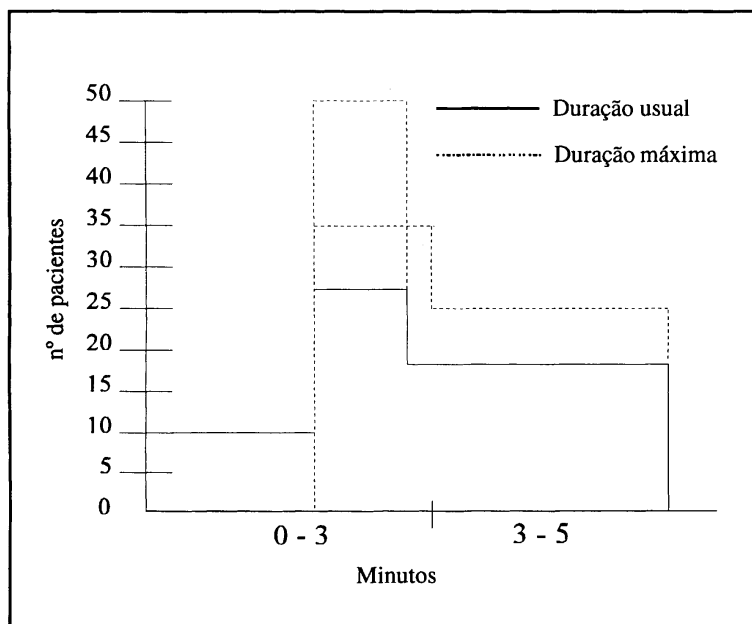


Fig 3. Ataque ao dia. Frequência do ataque de cefaléia em 50 pacientes.

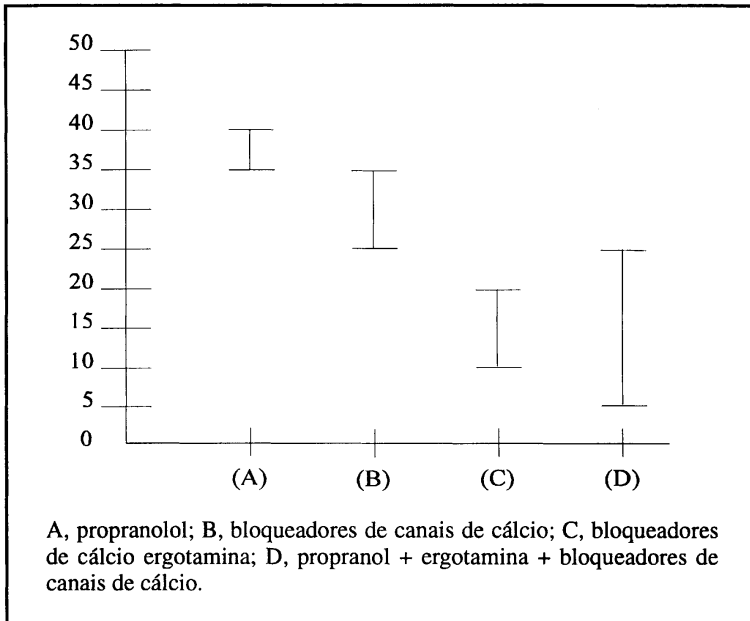


Fig 4. Pacientes beneficiados com diversas terapêuticas.

COMENTÁRIOS

A ocorrência de sinais clínicos da síndrome enxaquecosa, de natureza vascular (espasmo arterial, edema de parede do vaso) ou de discrasia sanguínea (como hipercoagulabilidade, hiperagregação plaquetária e alentecimento de fluxo sanguíneo) pode justificar quadros vasculares em pacientes jovens, sem vasculopatias, porém com prolapso de válvula mitral¹¹. A possibilidade de ocorrência de patologias associadas, como isquemia cerebral, deverá ser considerada, haja visto o aumento da agregação plaquetária que é mecanismo fisiopatológico comum às enfermidades cerebrovasculares^{4,6}. Os primeiros estudos a respeito dos distúrbios circulatórios cerebrais em pacientes com PVM foram realizados por Barnett e col.⁴ em 1975, que descreveram 4 pacientes que tinham distúrbios enxaquecosos, em todos associados a eventos isquêmicos encefálicos. Exaustivos exames clínicos e laboratoriais foram realizados, que permitiram considerar o PVM como a causa principal.

A síndrome do prolapso de válvula mitral ocorre em aproximadamente 6% das mulheres jovens^{1,12}. Certos aspectos clínicos sugerem haver relação entre enxaqueca e PVM, principalmente taquicardia paroxística, síncope, fotofobia, vertigens e dor torácica^{5,7,14}. Relatos mostram aumento na incidência de processos isquêmicos encefálicos em pacientes com enxaqueca, principalmente devidos a distúrbios da coagulação sanguínea^{3,11}. Alguns aspectos da síndrome enxaquecosa podem, de fato, ser resultado de embolia repetitiva a partir da válvula mitral, motivo pelo qual devemos sempre considerá-la no diagnóstico diferencial. Bases conceituais a respeito dessa teoria surgiram com os estudos de Barnett e col.⁴, que descreveram síndrome enxaquecosa após inserção de prótese de valva cardíaca. Estes autores estudaram exaustivamente essa relação, considerando a elevada frequência de PVM na população geral e a ocorrência de casos de morte súbita atribuída a esta síndrome^{3,8,16}. Devereux⁷ relata, como complicações principais da PVM, morte súbita, endocardite, ruptura espontânea da corda tentídea e regurgitação mitral progressiva.

Os critérios para o diagnóstico diferencial deverão ser cuidadosos em pacientes com cefaléia persistente ou isquemia cerebral, principalmente em relação a doença vascular extracraniana, doença

vascular cardíaca com arritmia, infarto do miocárdio com trombotomural, anemia ou policitemia^{1,7,12}. Se nenhuma dessas entidades estiverem presentes e não pertencendo os pacientes a grupos de risco, como o do uso de contraceptivos orais, intercorrências neurológicas serão consideradas idiopáticas ou equivalentes enxaquecosos^{7,12}. O postulado de Amat e Loisy procura estabelecer relação fisiopatológica entre síndrome enxaquecosa e PVM, associando-as a uma displasia neuroectodermal congênita. Marcam época para os pesquisadores aprofundarem suas pesquisas entre cefaléia, doença vascular intracraniana e doença cardíaca^{1,10}.

Acreditamos em uma associação dessa natureza e sugerimos que todos os pacientes com suspeita da síndrome de PVM devam ser avaliados, apesar de nossa casuística ainda ser inexpressiva para permitir conclusões finais.

REFERENCES

1. Amat G, Loisy C. Migraine et prolapsus valvulaire mitral. *Lyon Med* 1981, p 243-265.
2. Ad Hoc Committee. Classification of headache *JAMA* 1962, 179: 717-718.
3. Barlow JB, Pocock WA. Mitral valve prolapse: the specific billowing mitral leaflet syndrome or an insignificant non ejectional systolic click. *Am Heart J* 1982, 97: 277.
4. Barnett HJM, Boughner RD, Taylor DW, Cooper PE, Roster WJ, Nichol PM. Further evidence relating mitral valve prolapse and cerebral ischemic events. *N Engl J Med* 1979, 302: 139-144.
5. Blumenthal LS. Introduction In Vinken PJ, Bruyn GW (eds): *Handbook of clinical Neurology*. Amsterdam: North-Holland, 1980, Vol 5, p 6-7.
6. Barnett HJM, Jones MW, Boughner DR, Kostuk WJ. Cerebral ischemic events associated with prolapsing mitral valve. *Arch Neurol* 1976, 33: 777.
7. Devereux RB. Mitral valve prolapse. *Circulation* 1976, 54: 13-14.
8. Dillon JC, Haine CL, Chang S, Feiginbaum H. Use of echocardiography in patients with prolapse mitral valve. *Circulation* 1971, 43: 503.
9. Hancock EW, Cohn K. The syndrome associated with midsystolic click and late systolic murmur. *Am J Med* 1966, 41: 183-196.
10. Jean Louis P. Mitral valve prolapse: possible manifestation of a congenital neuroectomesodermal histo displasia. Communication American College of Cardiology. Houston: Texas 1980, p 9-13.
11. Jeresaty RM. Mitral valve prolapse. New York: Raven Press 1989.
12. Litman GI, Friedman HM. Migraine and the mitral valve prolapse syndrome. *Am Heart J* 1978, 96: 610-613.
13. O'Rourke RA, Crawford MH. The systolic click-murmur syndrome: clinical recognition and management. *Curr Probl Cardiol* 1976, p 1-9.
14. Procacci PM, Saurou SV, Schreiter SL, Bryson AL. Prevalence of clinical mitral-valve prolapse in 1169 young women. *N Engl J Med* 1976, 294: 1086-1088.
15. Pomerance A. Ballooning deformity (mucoid degeneration) of atrio ventricular valves. *Br Heart J* 1969, 31: 343-369.
16. Silver M. Rheumatic carditis: acute and chronic atrio ventricular valve disease. In Edwards SJ, Abel M (eds). *The Heart*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1974, p 87-109.