

OLIVER SACKS

ENXAQUECA

Tradução

Laura Teixeira Motta



COMPANHIA DE BOLSO

Copyright © 1992 by Oliver Sacks
Primeira publicação em 1970 e revista em 1985
Proibida a venda em Portugal

*Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
que entrou em vigor no Brasil em 2009.*

Título original

Migraine

Revised and Expanded

Capa

Jeff Fisher

Preparação

Marcos Luiz Fernandez

Índice remissivo

Mariana Cruz

Revisão

Larissa Lino Barbosa

Renato Potenza Rodrigues

Atualização ortográfica

Verba Editorial

A tradutora agradece a atenção e os preciosos esclarecimentos do dr. Julius Weinberg

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Sacks, Oliver

Enxaqueca / Oliver Sacks. — São Paulo : Companhia de Bolso,
2015.

Título original: Migraine.

ISBN 978-85-359-2521-0

1. Enxaqueca I. Título.

CDD-616.857

NLM-WL 344

14-11934

Índice para catálogo sistemático:

1. Enxaqueca : Medicina 616.857

2015

Todos os direitos desta edição reservados à

EDITORA SCHWARCZ S.A.

Rua Bandeira Paulista, 702, cj. 32

04532-002 — São Paulo — SP

Telefone: (11) 3707-3500

Fax: (11) 3707-3501

www.companhiadasletras.com.br

www.blogdacompanhia.com.br

SUMÁRIO

Prefácio à edição revista (de 1992)	15
Prefácio à edição original (de 1970)	18
Agradecimentos	21
Prefácio de William Gooddy	23
Introdução histórica	26

Parte I

A EXPERIÊNCIA DA ENXAQUECA

Introdução 36

1. Enxaqueca comum 38

Comentários introdutórios • Dor de cabeça • Náusea e sintomas associados • Aparência facial • Sintomas oculares • Sintomas nasais • Sintomas abdominais e ação anormal do intestino • Letargia e sonolência • Tontura, vertigem, desmaio e síncope • Alterações do equilíbrio hídrico • Febre • Sintomas e sinais secundários: anormalidades das pupilas, síndrome de Horner, bradicardia, equimoses múltiplas, embranquecimento dos cabelos etc. • Irritabilidade orgânica e fotofobia • Alterações de humor • Constelações de sintomas na enxaqueca comum • A sequência de uma enxaqueca comum: sintomas prodrômicos, modos de resolução, rebote pós-enxaqueca • Comentários conclusivos • Pós-escrito (1992)

2. Equivalentes de enxaqueca 65

Comentários introdutórios • Vômitos cíclicos e acessos biliosos • Enxaqueca abdominal • Diarreia periódica • Febre periódica • Enxaqueca precordial • Estados periódicos de sono e transe • Alterações periódicas de humor • Síndromes

menstruais • Alternações e transformações da enxaqueca • Fronteiras da enxaqueca: ataques vagais, desmaios, reações ao calor, exaustão, movimento passivo, álcool etc. • Alternações e concomitâncias com outros distúrbios: asma, angina, laringospasmo, distúrbios do sono, úlcera péptica, colite ulcerativa, doença de Crohn, psoríase etc. • Diagnóstico diferencial de equivalentes de enxaqueca • Comentários conclusivos

3. Aura de enxaqueca e enxaqueca clássica 89

Comentários introdutórios: descrições históricas de aura de enxaqueca • Alucinações visuais específicas: fosfenos e alucinações elementares, variedades dos espectros de enxaqueca, características de escotomas cintilantes e negativos • Alucinações táteis específicas: parestesia, anestesia • Outras alucinações sensoriais: auditivas, olfativas, do paladar, epigástricas, motoras, vertiginosas etc. • Pseudo-objetividade das alucinações de enxaqueca • Alterações gerais do limiar sensorial • Alterações da consciência e tono postural • Distúrbios motores específicos: fraqueza, paralisias, espasmos, convulsões • Alterações de tono emocional e humor • Alterações da função integrativa superior: distorções visuais complexas (micropsia e macropsia, visão em mosaico e cinematográfica, metamorfopsias, agnosias visuais etc.) • Apraxias, agnosias e distorções da imagem corporal complexas • Afasias • Distorções de tempo, *déjà vu* e reminiscência forçada • Estados oníricos • Delírios e psicoses enxaquecosas • Descrições de casos ilustrativas • Comentários sobre a estrutura geral da aura de enxaqueca: seu diagnóstico diferencial e distinção de epilepsias • Enxaqueca clássica • Pós-escrito (1992): a *angst* do escotoma

4. Nevralgia migranosa (*Enxaqueca em salvas*) — Enxaqueca hemiplégica — Enxaqueca oftalmoplégica — Pseudoenxaqueca 151

• Nevralgia migranosa: sinônimos, características típicas, descrições de caso ilustrativas • Enxaqueca hemiplégica e

facioplégica: características típicas, possíveis mecanismos do acesso, descrições de caso • Enxaqueca oftalmoplégica • Pseudoenxaqueca: lesões orgânicas que simulam enxaqueca • Dano neurológico ou vascular permanente devido à enxaqueca

5. A estrutura da enxaqueca 165

Comentários introdutórios, componentes e níveis funcionais da enxaqueca, estágios psicofisiológicos da enxaqueca, características gerais da enxaqueca: relação com o sono, epilepsia etc.

Parte II

A OCORRÊNCIA DA ENXAQUECA

Introdução 174

6. A predisposição à enxaqueca 176

Comentários introdutórios • A incidência global da enxaqueca • Ocorrência na família e enxaqueca herdada • Sinais da constituição enxaquecosa • Diátese enxaquecosa em relação a outros distúrbios • A enxaqueca em relação à idade • Comentários gerais e conclusões

7. Enxaquecas periódicas e paroxísmicas 194

Enxaqueca e outros ciclos biológicos • Tempo decorrido entre acessos: relação entre frequência e severidade dos acessos • Imunidade entre acessos • Sinais de aproximação de um acesso • Determinantes intrínsecos e extrínsecos de periodicidade • Conclusões: a noção de idiopatia • Pós-escrito (1992)

8. Enxaqueca circunstancial 203

Classificação das circunstâncias provocativas • Enxaquecas de excitação: como reação a luz, ruído, odores, clima, exercício, excitação, emoções violentas, dor, drogas etc. • Enxaquecas de “extenuação”: em relação a comer, jejuar, calor, febre, movimento passivo, exaustão, drogas (álcool, reserpina etc.) • Enxaquecas noturnas e relação dos acessos com sonhos e pesadelos • Aura de enxaqueca como reação a

luz tremulante, estímulos padronizados e visualização de escotomas • Determinantes diversos: alimentos, constipação, ciclos menstruais, hormônios, alergias etc. • Auto-perpetuação de enxaquecas • Desencadeamento de acessos em relação a “sintonia” e limites homeostáticos no sistema nervoso

9. Enxaqueca “situacional” 234

Enxaqueca em relação a tensão emocional intolerável • Comentários preliminares sobre “personalidade enxaquecosa” e relação dos acessos com hostilidade reprimida • Descrições de caso ilustrando diversas situações e tipos de personalidades que podem apresentar ocorrência de enxaquecas repetidas

Parte III

A BASE DA ENXAQUECA

Introdução 248

Elucidação do termo “causa” em relação à enxaqueca • Necessidade de considerar a enxaqueca sob três ângulos: como um processo no sistema nervoso, como uma reação a determinados estímulos e como uma forma específica de experiência

10. Mecanismos fisiológicos da enxaqueca 251

Introdução histórica: teorias clássicas (humorais e simpáticas), teorias vasculares e vasomotoras do século XIX • Críticas a estas teorias • A teoria das “tempestades nervosas” de Liveing • Teorias atuais sobre os mecanismos da enxaqueca e os dados que as fundamentam • Teorias vasomotoras (Latham-Wolff) consideradas e debatidas • Teorias químicas da enxaqueca, com especial referência à acetilcolina, histamina e serotonina: crítica a essas teorias • Descobertas eletroencefalográficas sobre a enxaqueca: noção de “enxaqueca disrítica” e “depressão de propagação” em relação à enxaqueca • Limitações da teoria e dados atuais

11. A organização fisiológica das enxaquecas 271

Comentários introdutórios • As enxaquecas como eventos parassimpáticos ou trofotrópicos polimórficos • A enxaqueca como uma forma lenta de ataque centrencefálico • Consideração sobre as alucinações visuais na enxaqueca e sua base cortical • Organização hierárquica das enxaquecas e sua relação com outros eventos paroxísmicos • A enxaqueca considerada como uma “tarefa neural” com objetivos fixos e meios variáveis

12. Abordagens biológicas da enxaqueca 286

A enxaqueca considerada como uma forma especial de comportamento protetor • Suas afinidades com outras reações passivas à ameaça (medo passivo, “congelamento”, morte simulada, sono patológico, desmaio etc.) • Contraste dessas reações com as de fuga-luta • Conceito do arquétipo da enxaqueca e sua diferenciação em resposta a necessidades humanas e sistemas nervosos humanos

13. Abordagens psicológicas da enxaqueca 294

Necessidade de considerar as enxaquecas como experiências às quais estão associados valores emocionais • Usos comuns das enxaquecas: recuperação, regressão, encapsulação, dissociação, agressão, acessos autopunitivos • Mecanismos de doença psicossomática em relação à enxaqueca • A enxaqueca considerada como uma “neurose vegetativa” e uma forma especial de reação de conversão • Atribuição de valor simbólico a sintomas específicos de enxaqueca • A enxaqueca considerada como uma forma arcaica de linguagem corporal • Conclusões

Parte IV

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DA ENXAQUECA

Introdução 316

14. Medidas gerais para o tratamento da enxaqueca 317

Comentários introdutórios: abordagem do paciente e papel do médico • Medidas gerais de saúde e afastamento de cir-

cunståncias provocativas • Formas e usos de psicoterapia • Definição de objetivos terapêuticos • Razões do sucesso e fracasso no tratamento da enxaqueca

15. Medidas específicas durante e entre os acessos 328

Comentários introdutórios e históricos • Drogas de emprego específico durante acessos agudos: ergotamina, seus usos e contraindicações, cafeína, bloqueadores parassimpáticos (beladona etc.), drogas simpatomiméticas (anfetaminas etc.) • Drogas sintomáticas: analgésicos, antieméticos etc. • Drogas diversas: medidas válidas e outras medidas gerais no acesso agudo • Tratamento do “estado enxaquecoso” • Drogas empregadas na prevenção dos acessos de enxaqueca: metisergrida (Sansert, Deseril), seus usos e riscos • Uso profilático da ergotamina • Papel dos sedativos, tranquilizantes, antidepressivos etc. • Outras formas de medicação • Usos de placebos • “Dessensibilização” à histamina • “Dessensibilização” alérgica • Preparações de hormônio, abusos e riscos • Papel dos procedimentos cirúrgicos • Conclusões

16. Avanços recentes no tratamento da enxaqueca 351

Parte v

A ENXAQUECA COMO UM UNIVERSAL

17. Aura de enxaqueca e constantes alucinatórias (em coautoria com Ralph M. Siegel, Ph.D.) 370

Introdução • Tipos ou níveis de alucinações • Constantes alucinatórias • Mecanismos da alucinação • Sistemas auto-organizadores • Um novo modelo de aura de enxaqueca

Apêndice I. As visões de Hildegarda 403

Apêndice II. Visões de Cardano (1570) 407

Apêndice III. Remédios recomendados por Willis (1672), Heberden (1801) e Gowers (1892) 409

Notas	413
Glossário das descrições de caso	430
Glossário de termos	436
Bibliografia	446
Lista de ilustrações	456
Índice remissivo	457
Sobre o autor	471

Parte I
A EXPERIÊNCIA DA
ENXAQUECA

1. ENXAQUECA COMUM

Desde meus vinte anos mais ou menos, ainda que, afora isto, goze de boa saúde, eu sofro de enxaqueca. A cada três ou quatro semanas tende a acometer-me um acesso [...]. Acordo com uma sensação generalizada de desordem e uma leve dor na região da têmpora direita que, sem ultrapassar a linha média, atinge a intensidade máxima ao meio-dia; chegando a noite, ela geralmente passa. Em repouso, a dor é suportável, mas se torna muito violenta com o movimento [...]. Ela responde a cada pulsar da artéria temporal. Esta, do lado afetado, parece um cordão rijo, enquanto a esquerda está na sua condição normal. A fisionomia é pálida e encovada, o olho direito, pequeno e avermelhado. Chegando ao auge o acesso, quando violento, há náusea [...]. Pode remanescer um leve desarranjo gástrico; com frequência, também, o couro cabeludo permanece sensível em um local na manhã seguinte [...]. Por certo tempo em seguida ao acesso, posso expor-me impunemente a influências que antes teriam decerto provocado um acesso.

Du Bois Reymond, 1860

OS PRINCIPAIS SINTOMAS DA ENXAQUECA comum são dor de cabeça e náusea. Complementando-os, pode haver uma notável variedade de outros sintomas importantes, em adição a pequenos desarranjos e alterações fisiológicas que podem passar despercebidos pelo paciente. Governando todo o acesso existe, nas palavras de Du Bois Reymond, “uma sensação generalizada de desordem”, que pode ser sentida física ou emocionalmente e prejudicar ou frustrar os poderes de descrição do paciente. A grande variabilidade dos sintomas é característica

não só dos acessos em diferentes pacientes mas também de sucessivos acessos em um mesmo paciente.

Esses são, portanto, os *ingredientes* de uma enxaqueca comum. Nós os mencionaremos e descreveremos um por um, tendo em mente que os sintomas da enxaqueca nunca ocorrem em um isolamento tão esquemático, mas são, isso sim, ligados uns aos outros de várias maneiras. Alguns sintomas conjugam-se formando *constelações* características, enquanto outros apresentam-se em uma ordem definida e com uma frequência marcante, a tal ponto que fica possível reconhecer uma *sequência* básica dos acessos.

DOR DE CABEÇA

O caráter das dores variava muito; o mais das vezes, elas eram do tipo que martela, lateja ou golpeia [...] [em outros casos], uma dor vaga, que faz pressão [...] que perfura, com a sensação de que vai romper [...] de ferroadas ardidas [...] de dilaceramento [...] de estiramento [...] de penetração [...] de irradiação [...] em alguns casos, parecia que uma cunha era pressionada contra a cabeça, ou lembrava uma úlcera, ou era como se o cérebro se rompesse, ou fosse empurrado para fora.

Peters, 1853

A dor de cabeça de enxaqueca é tradicionalmente descrita como uma dor violenta e latejante em uma têmpera, e não raro assume essa forma. Porém não se pode especificar um local, uma qualidade ou uma intensidade constante, pois um especialista no decorrer de sua carreira encontrará todas as variedades concebíveis de dor de cabeça no contexto da enxaqueca. Wolff, cuja experiência na área não tem paralelos, afirmou (1963):

Notavelmente, os locais da dor de cabeça de enxaqueca são: temporal, supraorbital, frontal, retrobulbar, parietal, pós-auricular e occipital [...]. Ela pode ocorrer também na região malar, nos dentes superiores e inferiores, na base do nariz, na parede mediana da órbita, no pescoço e na região das artérias carótidas comuns, e mais para baixo, até a extremidade do ombro.

Pode-se afirmar, porém, que na maioria das vezes a dor de cabeça de enxaqueca é unilateral no *início*, embora tenda a tornar-se difusa em sua distribuição com o prosseguimento do acesso. Em geral, um dos lados é acometido preferencialmente, e alguns pacientes podem apresentar invariavelmente a dor no lado esquerdo ou direito durante toda a vida. É mais comum haver apenas uma preferência relativa, muitas vezes associada à intensidade da dor: forte e frequente hemicrania de um lado com branda e ocasional hemicrania do lado oposto. Alguns pacientes queixam-se de uma alternância da hemicrania de um lado para o outro em acessos sucessivos, ou até mesmo durante um mesmo acesso. Pelo menos um terço de todos os pacientes sente uma dor de cabeça bilateral ou difusa (holocrania) desde o começo do acesso.

A *qualidade* da cefaleia na enxaqueca é, do mesmo modo, variável. O latejo ocorre em menos da metade dos casos, e nestes pode caracterizar a dor de cabeça apenas no início, logo dando lugar a uma dor constante. O latejo contínuo durante todo o acesso é incomum, verificando-se sobretudo nas pessoas que se forçam a uma atividade física ininterrupta apesar da enxaqueca. O latejo, quando ocorre, é sincronizado com a pulsação arterial, podendo ser acompanhado de pulsação visível das artérias extracranianas.

Sua intensidade é proporcional à crescente amplitude de tais pulsos arteriais (Wolff), e a dor pode ser interrompida pressionando-se a artéria afetada ou a artéria carótida comum, ou, às vezes, o globo ocular do lado onde a dor é sentida. Ime-

diatamente após cessar a pressão, essa oclusão é seguida de um violento reaparecimento do pulso arterial e da dor de cabeça. Entretanto, o latejo não é uma condição *sine qua non* da dor de cabeça vascular, e sua ausência não é tão significativa quanto sua ocorrência. Pode-se dizer, porém, que quase todas as dores de cabeça vasculares são agravadas pelo movimento ativo ou passivo da cabeça ou pelo impulso transmitido da tosse, espirro ou vômito. Portanto, a dor é minimizada pelo repouso ou pelo apoio da cabeça em uma posição. Também pode ser atenuada pela contrapressão; muitas vítimas da enxaqueca pressionam a têmpora afetada contra o travesseiro ou seguram o lado atingido com a mão.

A *duração* da dor de cabeça na enxaqueca é muito variável. Em acessos extremamente agudos (“nevralgia migranosa”), a dor pode durar apenas alguns minutos. Em uma enxaqueca comum, a duração raramente é inferior a três horas, sendo mais usuais os acessos de oito a 24 horas, e ocasionalmente os de vários dias e mesmo de mais de uma semana. Em acessos muito prolongados evidenciam-se alterações em tecidos. A artéria (ou artérias) temporal superficial pode tornar-se inusitadamente sensível ao toque e visivelmente endurecida. A pele ao redor também pode ficar sensível e permanecer nesse estado por mais de um dia depois de cessar a dor de cabeça. Muito raramente, pode formar-se de modo espontâneo um higroma ou hematoma perto do vaso atingido.

A *intensidade* da dor de cabeça de enxaqueca é extremamente variável. Pode ser de uma violência incapacitadora ou tão branda que sua presença apenas é detectada pela dor transitória que se segue a um solavanco da cabeça ou à tosse.¹ Além disso, essa intensidade não necessariamente permanece constante ao longo de todo o acesso; é comum pacientes mencionarem que ela aumenta e diminui lentamente no espaço de alguns minutos, podendo ainda ocorrer abrandamentos e exacerbações bem mais prolongados, sobretudo nas demoradas enxaquecas mens-
tuais.

A dor de cabeça de enxaqueca com frequência é complicada

pela ocorrência simultânea ou prévia de outros tipos de dor de cabeça. A característica “cefaleia de tensão”, localizada especialmente nas regiões cervical e occipital posterior, pode dar início a uma dor de cabeça de enxaqueca ou acompanhá-la, particularmente se o acesso for marcado pela irritabilidade, ansiedade ou atividade ininterrupta ao longo de sua duração. Essa cefaleia de tensão não deve ser interpretada como um elemento integrante da enxaqueca, mas como uma reação secundária a ela.

NÁUSEA E SINTOMAS ASSOCIADOS

Ocorrem eructações, ora inodoras e insípidas, ora de insuportável asquerosidade; afluem à boca abundantes mucosidades e fluidos salivares, entremeados por vezes aos de gosto amargo, bilioso; há uma aversão extrema à comida; mal-estar generalizado [...] distensões paroxísmicas do estômago com gases, seguidas de arrotos, com alívio transitório; ou pode ocorrer vômito [...].

Peters, 1853

A náusea é invariável no decorrer de uma enxaqueca comum, podendo ser insignificante e intermitente ou contínua e assoberbante. O termo *náusea* é empregado, como sempre tem sido, tanto no sentido literal como no figurativo, para designar não apenas uma sensação específica (ainda que não localizável), mas também um estado de espírito e um padrão de comportamento — afastar-se da comida, de tudo, e voltar-se para dentro. Mesmo na ausência de uma náusea patente, a grande maioria dos pacientes de enxaqueca torna-se avessa a comer durante os acessos, sabendo que o ato de comer, a visão, o cheiro, ou até a própria ideia de comida podem acarretar náuseas fortíssimas. Nesse sentido, quase poderíamos falar em uma náusea *latente*.

Diversos outros sintomas, locais e sistêmicos, tendem a ocorrer associados à náusea. Crescente salivação e refluxo de

conteúdo estomacal amargo (“azia”), com a necessidade de engolir ou cuspir, podem não só acompanhar a sensação de náusea, mas precedê-la em vários minutos. Não raro os pacientes são alertados da iminência de uma forte cefaleia do enfermo quando suas bocas enchem-se de saliva ou sentem azia, podendo então, com esse sinal oportuno, tomar a medicação apropriada e prevenir outros sintomas que sobreviriam.

A náusea, ao ocorrer, provoca várias formas de ejaculações viscerais: soluço, arroto, ânsia de vômito e vômito. Se o paciente tiver sorte, o vômito pode fazer cessar não só a náusea, mas todo o acesso de enxaqueca; mais comumente, ele não obterá alívio ao vomitar, sofrendo, em vez disso, um excruciante agravamento da dor de cabeça vascular simultânea. A náusea, quando é forte, é muito menos tolerável que a dor de cabeça ou outras formas de dor e, em muitos pacientes, sobretudo os jovens, a náusea e o vômito dominam o quadro clínico e constituem o pior sofrimento de uma enxaqueca comum.

Os vômitos repetidos primeiro esvaziam o conteúdo existente no estômago; vem em seguida o vômito de bile regurgitada e, por fim, sobrevém uma repetida ânsia de vômito “seca”. Essa é a principal causa (juntamente com o suor em profusão e a diarreia) da grave perda de líquidos e eletrólitos que pode prostrar os pacientes que sofrem de acessos demorados.

APARÊNCIA FACIAL

Os pitorescos termos *enxaqueca vermelha* e *enxaqueca branca* foram introduzidos por Du Bois Reymond, e guardam ainda certo valor descritivo. Na enxaqueca vermelha, o rosto é escuro e avermelhado; segundo um antigo relato, é

congestionado, com afluxos e estrondos na cabeça, intumescimento, afogueamento e brilho no rosto, com protrusão dos olhos [...] muito calor na cabeça e no rosto [...] latejo das artérias carótida e temporais. [...] (Peters, 1853)

Uma aparência pletórica, com todas essas características descritas por Peters, é bastante rara, ocorrendo em menos de um décimo dos casos de enxaqueca comum. Os pacientes predispostos à enxaqueca vermelha com frequência têm marcada propensão a ficar vermelhos de raiva ou enrubescer de vergonha; o eritema facial, pode-se dizer, é seu “estilo”:

Caso 40 Um homem de sessenta anos, de temperamento irascível, sujeito a enxaquecas comuns desde os dezoito anos e a acessos biliosos e fortes cinesias na infância. Seu rosto é de um vermelho carnosos, com minúsculas arteríolas dilatadas no nariz e nos olhos. Fica afoqueado nas muitas vezes em que se enfurece, e de fato seu rosto sempre parece brilhar com um fogo vermelho que arde latente, sendo essa precisamente a contrapartida fisiológica de sua crônica irritabilidade latente. Seu rosto torna-se rubro poucos minutos antes do início de uma dor de cabeça de enxaqueca, permanecendo vermelho durante todo o acesso.

Muito mais familiar é o quadro da enxaqueca branca, no qual o rosto se torna pálido ou mesmo cinzento, emagrecido, tenso e desfigurado, os olhos parecem pequenos, fundos e com olheiras. Essas alterações podem ser tão marcantes a ponto de lembrar o quadro de um choque cirúrgico. A palidez intensa evidencia-se toda vez que ocorre náusea forte. Por vezes, o rosto avermelha-se nos primeiros minutos de um acesso, e depois, abruptamente, empalidece, como se, nas palavras de Peters, “todo o sangue passasse subitamente da cabeça para as pernas”.

Pode ocorrer edema na face e couro cabeludo, seja como característica isolada, seja no contexto de uma retenção hídrica e edema muito generalizados (ver p. 51). O rosto, a língua e os lábios de alguns pacientes podem tornar-se inchados no início do acesso, lembrando um edema angioneurótico. Em um desses pacientes, que tive a oportunidade de observar no começo de um acesso, desenvolveu-se um grande edema periorbital de um lado poucos minutos antes de sobrevir a dor de cabeça.

Mais comumente, desenvolvem-se os edemas na face e no couro cabeludo *depois* de prolongada dilatação dos vasos extracranianos, e eles estão associados, como demonstraram Wolff e outros, à transudação de fluidos e à inflamação estéril nas proximidades dos vasos envolvidos. A pele edematosa apresenta-se sempre sensível e com limiar da dor baixo.

SINTOMAS OCULARES

Quase sempre podemos detectar alterações na aparência dos *olhos* no decorrer ou antes de um acesso de dor de cabeça de enxaqueca, muito embora o próprio paciente possa não mencionar sintomas visuais ou oculares. Em geral ocorre certa sufusão de pequenos vasos no globo, e em acessos particularmente severos os olhos podem tornar-se excessivamente injetados (esta característica é típica dos acessos de nevralgia migranosa). Os olhos podem parecer úmidos (quemóticos) devido a um aumento da lacrimação — analogamente à crescente salivação, e muitas vezes sincronizado com ela — ou turvos em razão de inflamação exsudativa do leito vascular. Alternativamente, os olhos podem parecer sem brilho e fundos; pode ocorrer uma verdadeira enoftalmia.

Essas alterações no globo ocular, quando graves, podem estar associadas a diversos sintomas: coceira e ardor no olho (ou olhos) afetado, dolorosa sensibilidade à luz e visão anuviada. O turvamento da visão pode ser grave a ponto de incapacitar o paciente (“cefaleia cega”), e por vezes é impossível visualizar os vasos da retina com clareza em tais ocasiões, devido ao espessamento exsudativo da córnea.

SINTOMAS NASAIS

As descrições de enxaqueca raramente dão muita ênfase a sintomas nasais, mas, se questionarmos cuidadosamente os pa-

cientes, constataremos que pelo menos um quarto deles desenvolve certo “entupimento” do nariz no decorrer de um acesso. Em tais ocasiões, o exame revelará turbinatos ingurgitados e arroxeados. Tais sintomas e constatações, quando presentes, podem iludir o paciente e o médico, levando-os ao diagnóstico de dor de cabeça “alérgica” ou “cefaleia dos seios da face”.

Outro sintoma nasal, que pode ocorrer no início ou no final do acesso, é uma profusa secreção catarral. É fácil compreender que a combinação de coriza com a sensação de mal-estar e dor de cabeça pode fazer-se passar por um “resfriado” ou outra infecção virótica, e sem dúvida várias dessas enxaquecas são diagnosticadas erroneamente como tal. Contudo, quando o “resfriado” mostra certa propensão a ocorrer todo fim de semana ou depois de distúrbios emocionais agudos, o verdadeiro diagnóstico pode ficar evidente.

A descrição de caso a seguir ilustra a importância que podem assumir as secreções nasais e outras no decorrer de uma enxaqueca, bem como o significado de outros sintomas premonitórios que mencionaremos adiante:

Caso 20 Uma senhora de 53 anos, que tem sofrido de enxaqueca comum de um formato singularmente complexo por quase trinta anos. Em determinada época, ela costumava experimentar “uma sensação de extremo bem-estar” na noite anterior aos acessos. Mais recentemente, vem se tornando propensa a sentir intensa sonolência na noite precedente, acompanhada de bocejos repetidos e incontroláveis. Ela ressalta as qualidades “antinaturais [...] irresistíveis [...] ominosas” dessa sonolência. Vai para a cama cedo, e seu sono é incomumente prolongado e profundo.

Acorda na manhã seguinte com o que denomina “uma sensação de agitação [...]”. Todo o meu sistema é desencadeado de alguma forma, e tudo dentro de mim começa a mover-se [...]”. Essa sensação de agitação e movimentação interna resulta em uma difusa atividade secretória, com muito catarro, salivação, lacrimação, suor, diurese aquosa,

vômito e diarreia. Após duas ou três horas dessa intensa atividade interna, ela passa a sofrer uma forte dor de cabeça latejante do lado esquerdo.

SINTOMAS ABDOMINAIS E AÇÃO ANORMAL DO INTESTINO

Cerca de um décimo dos adultos que sofrem de enxaqueca comum queixa-se de dor abdominal ou de uma ação anormal do intestino no decorrer dos acessos. A proporção é notavelmente maior em pacientes mais jovens, e os sintomas abdominais aqui descritos como componentes secundários de uma enxaqueca comum podem constituir os sintomas predominantes ou únicos das chamadas “enxaquecas abdominais” (ver capítulo 2).

São descritos com certa frequência dois tipos de dor abdominal: a primeira é uma dor intensa, constante, perfurante, “nevrálgica”, sentida comumente na parte superior do abdômen e por vezes irradiando-se para as costas — pode assemelhar-se à dor de uma úlcera perfurada, colecistite ou pancreatite. Com frequência um pouco maior, o paciente descreve uma dor abdominal semelhante à cólica no quadrante inferior direito, não raro interpretada como apendicite.

A distensão abdominal, o silêncio visceral e a constipação tendem a ocorrer nas fases prodrômicas ou iniciais de uma enxaqueca, e estudos de contrastes realizados nesse estágio confirmam que ocorre estase e dilatação em todo o trato gastrointestinal. A isso sucede, nas fases posteriores ou finais do acesso, crescente atividade peristáltica em todo o intestino, manifestando-se clinicamente como cólica, diarreia e regurgitação gástrica.