

Mal de desembarque.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200009

Sergio Albertino

O Mal de Desembarque (MD) é uma percepção subjetiva do automovimento após a exposição ao movimento passivo como os que ocorrem em viagem em veículos terrestres, navios ou aviões¹. Trata-se de uma resistência a readaptação a condições estáveis do ambiente com desenvolvimento de sensação de balanço corporal que pode perdurar por longo tempo.

Características Clínicas

O quadro 1 resume os principais sintomas relacionados ao MD^{2,3}

Tontura não rotatória, sensação de oscilação e balanço contínuo
Ocorre 48 horas após a exposição ao movimento passivo
Sintomas persistem por mais de 48 horas
Os sintomas diminuem temporariamente com a exposição a movimentos passivos como dirigir carros
Sem sintomas auditivos
Náusea não é um sintoma frequente
Sem incoordenação motora ou fraqueza muscular
Exame neurológico normal

Quadro 1: principais sintomas do mal do desembarque

É importante ressaltar que a sensação de oscilação ou balanço corporal pode ocorrer em indivíduos saudáveis após viagem de barco, aeronaves e veículos terrestres. Também após caminhar em esteira ergométrica. Os sintomas desaparecem de modo espontâneo em menos de 48 horas⁴.

Quando os sintomas duram de 48 horas a quatro semanas é denominado MD transitório. Duração maior que este período e o MD persistente⁵.

Importante avaliar na anamnese a presença de sintomas secundários, como intolerância a estímulos visuais complexos que exacerbam a sensação de oscilação, vertigem e instabilidade corporal⁵. Indivíduos com MD persistente são menos tolerantes à exposição a movimentos visuais ou mudanças rápidas no ambiente visual.

Fisiopatologia

Há duas hipóteses para o MD:

- Dificuldade de integração de múltiplas fontes de informação sensorial
- Má adaptação do reflexo vestibulo ocular (RVO), resultando em um mecanismo alterado de armazenamento de velocidade

A adaptação do RVO depende de mecanismos de integração central do sistema vestibular. A velocidade estocada mantém a resposta do órgão efector mesmo após cessado o estímulo e integra a atividade dos canais semicirculares e do sistema visual. Portanto, é a responsável pela constante de tempo do RVO e está sob controle do nódulo cerebelar. A mal adaptação do RVO ocorre quando o indivíduo tem uma constante de tempo do RVO aumentada que não coincide com a constante de tempo da cúpula. Alguns neurotransmissores como o ácido gama-aminobutírico (GABA) e o peptídeo relacionado com o gene da calcitonina (CGRP) estão elevados em pacientes com MD e atuam sob as vias da velocidade estocada, podendo causar a sensação de balanço⁶.

Diagnóstico diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais do MD são com doenças que possuem características clínicas semelhantes como a Migrânea Vestibular (MV) e a Tontura Postural Perceptual Persistente (TPPP). Quadro 2

	MD	MV	TPPP
Início	Gatilho: viagem de barco, carro, avião	Gatilho: estresse, dieta, hormonal	Gatilho: doença física ou emocional
Tipos de tontura	Oscilação, balanço, desequilíbrio	Vertigem ou flutuação	Instabilidade: balanço persistente
Testes vestibulares	Normal	Normal	Normal
Tratamento medicamentoso	Benzodiazepínicos, antidepressivos	Medicação preventiva, controle de gatilhos, alteração no estilo de vida	Antidepressivos, reabilitação vestibular

Quadro 2: diagnósticos diferenciais do mal de desembarque

Tratamento^{7,8}

Os antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina) e os benzodiazepínicos em especial o clonazepam devido à meia vida longa são os medicamentos mais utilizados reduzindo o sintoma de oscilação, porém não ocorre a remissão dos sintomas.

Medicamentos como topiramato, verapamil e nortriptilina podem trazer benefícios na redução do estresse e oscilação, mesmo em paciente sem migraña ou migrânea vestibular.

A decisão de iniciar o tratamento e qual medicação utilizar dependerá do curso natural da evolução e da intensidade dos sintomas e comorbidades existentes.

A reabilitação vestibular pode ser empregada com o objetivo de melhorar a adaptação do RVO.

Outras técnicas que vem surgindo é a neuromodulação e a estimulação magnética transcraniana repetitiva.

Tratamento^{7,8}

Os antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina) e os benzodiazepínicos em especial o clonazepam devido à meia vida longa são os medicamentos mais utilizados reduzindo o sintoma de oscilação, porém não ocorre a remissão dos sintomas.

Medicamentos como topiramato, verapamil e nortriptilina podem trazer benefícios na redução do estresse e oscilação, mesmo em paciente sem migração ou migração vestibular.

A decisão de iniciar o tratamento e qual medicação utilizar dependerá do curso natural da evolução e da intensidade dos sintomas e comorbidades existentes.

A reabilitação vestibular pode ser empregada com o objetivo de melhorar a adaptação do RVO.

Outras técnicas que vem surgindo é a neuromodulação e a estimulação magnética transcraniana repetitiva.

Referências

1. Van Ombergen A, Van Rompaey V, Meas LK, Van de Heyning PH, Wuyts FL. Mal de Debarquement syndrome: a systematic review. *J Neurol*. 2016; 263(5):843–54. doi:10.1007/s00415-015-7962-6.
2. Saha K, Cha YH. Mal de Debarquement Syndrome. *Semin Neurol*. 2020; 40(1):160-4. doi: 10.1055/s-0039-3402740. Epub 2020 Jan 27. PMID: 31986543.
3. [Cha](#) YH, [Baloh](#) RW, [Cho](#) C, [Magnusson](#) M, [Song](#) JJ, [Strupp](#) M, [Wuyts](#) F, [Staab](#) JP. Mal de débarquement syndrome diagnostic criteria: Consensus document of the Classification Committee of the Bárány Society. *J Vestib Res*. 2020;30(5):285-93. doi: 10.3233/VES-200714.
4. Hain TC, Cherchi M. Mal de débarquement syndrome. *Handb Clin Neurol* 2016;137:391–5.
5. Cha YH, Brodsky J, Ishiyama G, Sabatti C, Baloh RW. Clinical features and associated syndromes of mal de débarquement. *J Neurol* 2008;255(07):1038–44.

6. Dai M, Cohen B, Smouha E, Cho C. Readaptation of the vestibulo-ocular reflex relieves the Mal De Debarquement syndrome. *Front Neurol*. 2014; 5:124. doi:10.3389/fneur.2014.00124.
7. Ghavami Y, Haidar YM, Ziai KN, et al. Management of mal de debarquement syndrome as vestibular migraines. *Laryngoscope* 2017;127(07):1670–75.
8. Dai M, Cohen B, Cho c et al. Treatment of the Mal de Debarquement syndrome: a 1-year follow-up. *Front Neurol*, 2017;8:175.