

Tratamento da Paroxismia Vestibular.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200015

Raquel Mezzalira

No tratamento medicamentoso da paroxismia vestibular, a droga de escolha é a carbamazepina ou a oxcarbazepina. Essas medicações reduzem a frequência, intensidade e duração dos ataques. Além disso, a resposta positiva confirma o diagnóstico definitivo. A dose usual da carbamazepina é 200-800 mg/d e da oxcarbazepina é 300-900 mg/d.^{1,2,3,4,5}

Entretanto, iniciar com dosagens menores de carbamazepina ou oxcarbazepina pode ser uma opção viável uma vez que tem se observado resposta a baixas doses destes medicamentos.

Como mencionado acima, uma resposta positiva apóia fortemente o diagnóstico. Por outro lado, se esses medicamentos não forem efetivos, é recomendada uma nova investigação com olhar atento aos diagnósticos diferenciais da paroxismia vestibular.

Nos indivíduos com intolerância a essas drogas, outros bloqueadores dos canais de sódio, como fenitoína, gabapentina ou ácido valpróico são possíveis alternativas de tratamento. Nosso grupo tem tido boa experiência com a gabapentina que é bem tolerada pelos pacientes. A dose inicial é de 300 mg ao dia, podendo aumentar até 900 mg/d. Em pacientes idosos geralmente iniciamos com doses mais baixas e temos observado resposta com doses iniciais de 100 mg ao dia.^{3,6}

Não existe um consenso sobre o tempo de tratamento. Na nossa prática geralmente iniciamos a retirada gradual da medicação após o paciente estar pelo menos três meses assintomático.

É preciso considerar os vários efeitos colaterais e interações medicamentosas. Além de sintomas mais comuns como sonolência e cefaléia, estes medicamentos podem causar alterações cardiológicas, hematológicas e hepáticas. Embora raras, podem comprometer seriamente o estado de saúde do paciente portanto deve ser feita monitoração destes sistemas durante o tratamento.³

A descompressão microvascular cirúrgica deve ser reservada para pacientes que respondem porém não toleram o tratamento com os medicamentos mencionados acima. Se por um lado existe o risco de um infarto do tronco cerebral devido ao vasoespasma intra ou pós-operatório (3-5%), por outro lado é difícil determinar o lado afetado com absoluta certeza. Deste modo, existe ainda muita dificuldade e várias incertezas na indicação do tratamento cirúrgico da paroxysmia vestibular. No entanto, se houver causas adicionais, como o cisto aracnóide no ângulo pontocerebelar, a operação é recomendada uma vez que a terapia medicamentosa raramente leva à resolução dos sintomas.^{7,8}

Referências

1. Strupp M, Lopez-Escamez JA, Kim JS, Straumann D, Jen JC, Carey J, Bisdorff A, Brandt T. Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2016;26(5-6):409-15
2. Brandt T, Zwergal A, Strupp M. Medical treatment of vestibular disorders. *Expert Opin Pharmacother.* 2009;10(10):1537-48
3. Strupp M, Dieterich M, Brandt T, Feil K. Therapy of Vestibular Paroxysmia, Superior Oblique Myokymia, and Ocular Neuromyotonia. *Curr Treat Options Neurol.* 2016, 18:34
4. Hufner K, Barresi D, Glaser M, Linn J, Adrion C, Mansmann U, Brandt T, Strupp M. Vestibular paroxysmia: Diagnostic features and medical treatment. *Neurology.* 2008, 71: 1006–14
5. Strupp M, Długaiczek J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M. Vestibular Disorders. *Dtsch Arztebl Int.* 2020; 24;117(17):300-310
6. Kanashiro AM, Alexandre PL, Pereira CB, Melo AC, Scaff M. Vestibular paroxysmia: clinical study and treatment of eight patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(3A):643-7
7. Moller MB, Moller AR, Jannetta PJ, Sekhar L. Diagnosis and surgical treatment of disabling positional vertigo. *J Neurosurg.* 1986, 64:21-8
8. Brandt T, Strupp M, Dieterich M. Vestibular paroxysmia: a treatable neurovascular cross-compression syndrome. *J Neurol.* 2016; 263 Suppl 1:S90-6