

Um Tipo Peculiar de Vertigem Posicional na Migrânea Vestibular.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202400009

Maurício Malavasi Ganança

Professor Titular de Otorrinolaringologia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina

Heloisa Helena Caovilla

Professor Associado Livre-Docente da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina

A migrânea pode causar episódios vertiginosos e/ou de tontura, incluindo vertigem posicional.

A vertigem posicional migranosa pode diferir da Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) por ter episódios de curta duração, recorrências frequentes, eventuais manifestações precoces na vida, como Migrânea Vestibular da Infância, Vertigem Recorrente da Infância e Cinetose. Os sintomas migranosos podem aparecer nos episódios vertiginosos ou somente fora deles.

Tipos diferentes de vertigem posicional são comuns na Migrânea Vestibular, sem ou com nistagmo posicional típico ou atípico. A associação com a VPPB definida ou provável é mais comum na Migrânea Vestibular do que em qualquer outra vestibulopatia. A VPPB é mais encontrada em migranosos, sugerindo fortíssima correlação entre ambas as afecções¹⁻⁴.

Na rotina clínica, é comum observar pacientes com sintomas muito sugestivos de VPPB, mas que durante as manobras posicionais diagnósticas de Dix-Hallpike ou Pagnini McClure apresentam apenas sintomas vertiginosos, sem nistagmo visível⁵⁻⁷. O termo VPPB subjetiva (VPPBs) foi cunhado em 2002 para descrever esse fenômeno. A ocorrência de VPPBs é maior em pacientes com Migrânea Vestibular do que em outras vestibulopatias.

A VPPBs, também denominada VPPB tipo2, pode ser incluída na categoria de VPPB provável da Bárány Society. A ausência de nistagmo seria atribuível à fadiga do nistagmo após repetidas manobras diagnósticas ou a um sinal neural intenso o suficiente para causar vertigem, mas não suficientemente forte para atingir o limiar necessário para estimular a via vestibulo-ocular⁶.

Um tipo de vertigem posicional ao sentar, sem nistagmo posicional, é característico da VPPBs por canalitíase do braço curto do canal posterior, às vezes acompanhada de forte oscilação, retropulsão anormal do tronco, náusea e sudorese intensas. No movimento de arremesso para frente, vindo da posição deitada do Dix-Hallpike, a cúpula, liberada de sua carga otolítica, pode ser hiperresponsiva ao movimento inercial de endolinfa na direção cupular; a sensação ilusória de ser arremessado para a frente, à qual o paciente resiste inclinando-se para trás, é demonstrada em avaliação posturográfica⁸.

A explicação pode ser demasiado fantasiosa e não diretamente demonstrável, mas o mesmo acontece também com as muitas explicações dadas para as diversas variedades de VPPB¹¹. Não obstante o diagnóstico e tratamento eficazes da maioria dos casos de VPPB, as explicações fisiopatológicas da doença são meramente especulativas. São recomendadas sessões de exercícios repetitivos da prova de Dix-Hallpike para liberar os otólitos do braço curto do canal posterior; a manobra de Epley também pode ser útil⁸⁻¹⁵.

O quadro clínico da vertigem posicional sem nistagmo posicional ao sentar ao final da prova de Dix-Hallpike em casos de canalitíase de braço curto de canal posterior é muito semelhante ao da vertigem posicional migranosa ao sentar no fim dessa prova diagnóstica para a VPPB de canais verticais, também sem nistagmo posicional.

Apesar de ser extremamente comum em nossa casuística de Migrânea Vestibular, não encontramos na literatura referências sobre este tipo de vertigem posicional em migranosos, só ao sentar, sem nistagmo posicional, em ambos os lados da prova de Dix-Hallpike.

Na Migrânea Vestibular, o quadro clínico não costuma incluir oscilação corporal e retropulsão corporal; habitualmente a vertigem posicional é referida em ambos os lados na prova diagnóstica de Dix-Hallpike e comumente também na prova de Pagnini-McClure, ao contrário do que se observa na VPPBs de braço curto de canal posterior, em que a vertigem ao sentar costuma ser relatada só do lado do canal semicircular posterior afetado, não sendo referida à investigação dos canais semicirculares laterais. Por outro lado, a canalitíase de braço curto de canal posterior é relativamente rara enquanto que a vertigem posicional só ao sentar no término do Dix-Hallpike ocorre em cerca de 80% dos nossos casos de Migrânea Vestibular.

No entanto, devido à semelhança entre os dois tipos de vertigem posicional ao sentar, sem nistagmo, pode ficar a dúvida se ambos não seriam originados pela canalitíase de braço curto de canal posterior. Outra possível explanação seria o aumento da densidade da endolinfa ou da cúpula ampular, causado por alterações metabólicas migranosas intralabirínticas.

A figuras 1 ilustra este tipo peculiar de vertigem posicional ao sentar à manobra diagnóstica na Migrânea Vestibular. Assumindo a posição A do Dix-Hallpike direito, o paciente não relata vertigem ou tem nistagmo, *mas ao sentar-se refere vertigem posicional com ou sem enjoo*; o mesmo costuma ocorrer após voltar da posição B, na pesquisa diagnóstica do lado esquerdo.

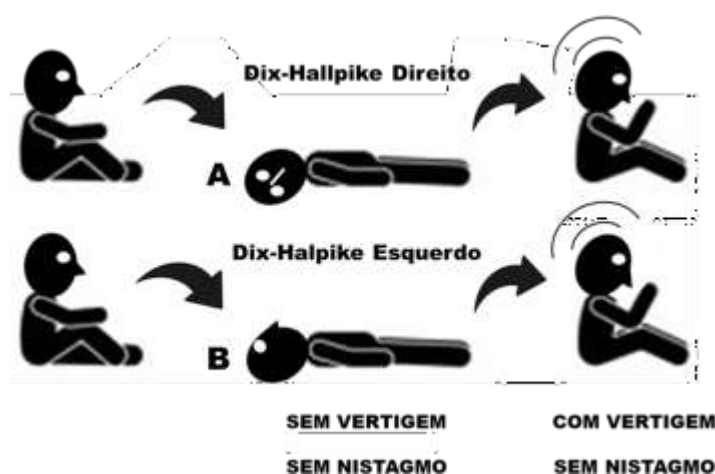


Figura 1. Ilustração de vertigem posicional sem nistagmo posicional em pacientes com Migrânea Vestibular ao sentar-se após posicionamento A e B à manobra diagnóstica de Dix-Hallpike.

A vertigem posicional apenas no retorno à posição sentada sem vertigem e nistagmo nos outros posicionamentos habitualmente tem a duração de 20-40 segundos em migranosos; o mal-estar geralmente começa a surgir no terço final do movimento corporal ao sentar e piora ao sentar durante as provas diagnósticas de Dix-Hallpike, Pagnini-McClure e hiperextensão cefálica.

A vertigem posicional somente ao sentar, sem nistagmo posicional, aparenta ser um achado peculiar com relevância diagnóstica na Migrânea vestibular.

Este achado singular costuma ser referido ao sentar de ambos os lados na prova diagnóstica de Dix-Hallpike. A vertigem posicional ao sentar da Migrânea Vestibular e da canalitíase de braço curto costumam ser resistentes às manobras de reposicionamento de otólitos, mas pode ser resolvida com a manobra terapêutica de $\frac{1}{2}$ Dix-Hallpike⁸⁻¹¹, repetidas três a cinco vezes na mesma sessão ou, se necessário, em sessões sequenciais a cada três ou sete dias. Para realizar o $\frac{1}{2}$ Dix-Hallpike do lado direito, o paciente é sentado na mesa de exame com as pernas esticadas, cumprindo as seguintes etapas:

1) gira a cabeça 45° para a esquerda; 2) o examinador, segurando a sua cabeça de ambos os lados e mantendo a posição cefálica inclinada, deita o paciente de tal maneira que ele fique com a cabeça pendente abaixo do nível da maca aproximadamente 30°; e, 3) repete o procedimento 3 a 5 vezes. Em seguida, realiza os mesmos passos para o lado esquerdo, da mesma forma, apenas invertendo o giro inicial da cabeça do paciente, que deve ser de cerca de 45° para a direita.

A adição do tratamento profilático da Migrânea Vestibular pode ser necessária¹⁻⁵, incluindo recomendações de mudança de hábitos e de estilo de vida, evitação de gatilhos de enxaqueca, reabilitação vestibular e medicação antimigranosa.

Referências

1. Ganança MM. VPPB atípica. Texto de Educação Médica Continuada, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br/>, 22/06/20.
2. Ganança MM. Vertigem posicional paroxística benigna: sinopse de fatos relevantes. Dia da tontura, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, 2020. Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br/>, 22/06/20.
3. Ganança MM. In: Textos da Equipe: Cenários na VPPB atípica* (<http://otoneurologia.org.br>), Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP, 03/02/20.
4. Ganança MM. In: Textos da Equipe: Lidando com as facetas atípicas da VPPB (<http://otoneurologia.org.br>), Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP, 18/07/20.
5. Ganança MM. Se à manobra de Dix-Hallpike o paciente só apresenta tontura e sem nistagmo quando volta à posição sentada, devo considerar como positivo para VPPB? Acta AWHO. 2002;21(2).
6. Viirre E, Purcell I, Baloh RW. The Dix-Hallpike test and the canalith repositioning maneuver. Laryngoscope. 2005;115(1):184-7. doi: 10.1097/01.mlg.0000150707.66569.d4. /19.
7. Haynes DS, Resser JR, Labadie RF, Girasole CR, Kovach BT, Scheker LE, Walker DC. Treatment of benign positional vertigo using the Semont maneuver: efficacy in patients presenting without nystagmus. Laryngoscope. 2002;112(5):796-801.
8. Büki B, Simon L, Garab S, Lundberg YW, Jünger H, Straumann D. Sitting-up vertigo and trunk retropulsion in patients with benign positional vertigo but without positional nystagmus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011 Jan;82(1):98-104. doi: 10.1136/jnnp.2009.199208. doi: 10.1097/00005537-200205000-00006.
9. Büki B. Benign paroxysmal positional vertigo--toward new definitions. Otol Neurotol. 2014 ;35(2):323-8. doi: 10.1097/MAO.0000000000000197.
10. Büki B, Mandalà M, Nuti D. Typical and atypical benign paroxysmal positional vertigo: literature review and new theoretical considerations. J Vestib Res. 2014;24(5-6):415-23. doi: 10.3233/VES-140535.
11. Halmagyi GM. A new type of positional nystagmus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011;82: 3. doi 10.1136/jnnp2010.229260.
12. Califano L, Mazzone S, Salafia F, Melillo MG, Manna G. Less common forms of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2021;41(3):255-262. doi: 10.14639/0392-100X-N1032.
13. Kim JM, Lee SH, Kim HJ, Kim JS. Less talked variants of benign paroxysmal positional vertigo. J Neurol Sci. 2022 15; 442:120440. doi: 10.1016/j.jns.2022.120440.
14. Ping L, Yi-Fei Z, Shu-Zhi W, Yan-Yan Z, Xiao-Kai Y. Diagnosis and treatment of the short-arm type posterior semicircular canal BPPV. Braz J Otorhinolaryngol. 2022;88(5):733-739. doi: 10.1016/j.bjorl.2020.10.012.
15. Scocco DH, Barreiro MA, García IE. "Sitting-up vertigo as an expression of posterior semicircular canal heavy cupula and posterior semicircular canal short arm canalolithiasis". J Otol. 2022;17(2):101-106. doi: 10.1016/j.joto.2022.02.001.