

Crise e intercrise da migrânea vestibular: achados otoneurológicos.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200001

Mauricio Malavasi Ganança

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Heloisa Helena Caovilla

Professor Associado Livre Docente da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

INTRODUÇÃO

A hipótese diagnóstica de Migrânea Vestibular (MV)¹⁻⁷ deve ser alicerçada na história clínica, perante sintomas migranosos e vertiginosos, associados ou não a perturbações auditivas.

Vários são os empecilhos para dificultar o diagnóstico da MV: 1) episódios vestibulares frequentemente não coincidentes com as crises de migrânea 2) intervalos intercríticos eventualmente muito longos; 3) quadro clínico vestibular surgindo anos após terem cessado as crises migranosas; 4) enxaqueca sem dor de cabeça (cerca de 30% dos casos), cuja constatação depende de outros sintomas migranosos como aura visual; 5) a vertigem sendo apenas a aura que antecede a crise de migrânea; 6) casos apenas com traços migranosos isolados; 7) ausência de manifestações migranosas, sendo os sintomas vestibulares relacionados unicamente com possível influência hereditária de parentes consanguíneos próximos; 8) ansiedade e depressão comuns em vertiginosos-migranosos predominam e ocasionalmente encobrem as manifestações da MV; 9) outras afecções com características similares, incluindo Doença de Menière, Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) e distúrbios do sistema nervos central.

A presença de sintomas migranosos deve ser pesquisada no histórico presente ou passado do paciente e também de seus familiares consanguíneos de primeiro e segundo grau, se não forem referidos espontaneamente. A suspeição de MV se estabelece em casos sem vestígios pessoais sugestivos, mas que informam um ou mais parentes próximos com enxaqueca. Precursores de enxaqueca⁶, como Torcicolo Paroxístico Espasmódico, Vertigem Paroxística Benigna, Vômitos Cíclicos e Dor Abdominal na infância e Vertigem Recorrente na adolescência, observados nos antecedentes pessoais também constituem pistas valiosas para a pressuposição da MV.

Os episódios vertiginosos agudos recorrentes da MV instalam-se gradualmente ou repentinamente, duram minutos a várias horas ou dias, em raros casos até semanas ou meses. Os sintomas vertigem/tontura espontânea e posicional, visualmente induzida, vertigem externa e instabilidade postural prevalecem nas crises vestibulares da MV. Estes sintomas surgem isoladamente ou em combinações, com intensidade moderada (interferindo nas atividades cotidianas, mas não as impedindo) ou severa (interferindo e impedindo).

A combinação mais encontrada é da vertigem espontânea com a posicional. Também pode advir náusea, vômito e sudorese excessiva. Zumbido e plenitude aural são os sintomas auditivos mais frequentes, em geral concatenados a perda auditiva flutuante e fonofobia, transitórias ou persistentes, unilaterais ou bilaterais^{2,3}. Hipersensibilidade ao mover a cabeça e Cinetose ou Mal de Desembarque são usuais nas crises e entre elas.

Vertigem/tontura espontânea, vertigem externa e instabilidade postural, habitualmente se apresentam com menor intensidade e frequência no decurso da fase intercrítica. Nesta fase, a vertigem posicional migranosa de tipo periférico ou central e a VPPB, rotineiramente recorrente, exteriorizam-se com menor expressividade.

A lista de potenciais sintomas migranosos nas crises e intercrises da MV¹ é extensa: cefaleia pulsátil ou indistinta, unilateral, por quatro a 72 horas; sensação de cabeça pesada ou leve; dor ocular, cervical, facial ou frontal; visão de flashes luminosos, pontos pretos ou cintilantes; distorção ou embaçamento visual; hipersensibilidade à luz, sons e/ou odores; dificuldade de concentração e memória; cansaço e mal-estar; ansiedade, depressão e medo; fadiga; fraqueza; mal-estar em veículo em movimento; sonolência e bocejos; enjoo; hipersensibilidade do couro cabeludo; tensão e dor na nuca, ombros e costas.

Menos encontrados são desequilíbrio corporal e quedas; disartria e disfagia; perda de visão periférica; agressividade; mau humor; euforia; inchaço ao redor dos olhos; vômito; diurese profusa; diarreia, e dores

VPPB, Doença de Menière, Cinetose, Mal de Desembarque e Tontura Postural Perceptual Persistente se associam frequentemente à MV²⁻⁵ e adicionam suas características peculiares ao quadro clínico vestibular-migranoso. O mecanismo fisiopatológico dessas associações ainda permanece obscuro.

AVALIAÇÃO OTONEUROLÓGICA NA CRISE E INTERCRISE DA MV

Os resultados aos testes otoneurológicos não possibilitam o diagnóstico da MV.

A vertigem/tontura posicional e a vertigem espontânea são os sintomas mais mencionados nas intercrises. Os achados aos vários testes otoneurológicos estão habitualmente dentro dos padrões da normalidade ou são muito menos intensos entre as crises.

Quadro I. Possíveis achados otoneurológicos anômalos na Migrânea Vestibular *.

Hipoacusia neurossensorial leve à AUDIOMETRIA , predominante em frequências agudas (mais comum) ou graves, unilateral ou bilateral, flutuante, transitória ou permanente
Hidropisia coclear/vestibular em casos com sintomas auditivos e vestibulares à ressonância magnética de orelhas internas, sequência 3D-FLAIR, campo magnético de 3 Teslas, com gadolínio
Latência da onda V prolongada e/ou aumento do intervalo entre os picos I-V no PEATE
Relação SP/AP anormal à ELECTROCOCLEOGRAFIA
Instabilidade postural às provas de ROMBERG , ROMBERG-BARRÉ E UNTERBERGER-FUKUDA
Nistagmo induzido por AGITAÇÃO CEFÁLICA (HEAD SHAKING TEST)
Nistagmo induzido por VIBRAÇÃO
Nistagmo induzido por HIPERVENTILAÇÃO
Redução da amplitude das respostas no VEMP CERVICAL e/ou OCULAR *
Nistagmo espontâneo horizontal ou vertical de baixa velocidade, nistagmo semiespontâneo e ausência do efeito inibidor da fixação visual à VNG *
Vertigem e/ou nistagmo posicional com/sem latência, paroxismo e fatigabilidade com/sem VNG *
Ganho, velocidade e precisão anormais dos MOVIMENTOS SACÁDICOS à VNG *
Ganho anormal e traçados tipos III ou IV no RASTREIO PENDULAR à VNG
Nistagmo optocinético anormal, com vertigem optocinética à VNG *
Hiperexcitabilidade ou hipofunção unilateral na PROVA CALÓRICA à VNG
Preponderância direcional na PROVA ROTATÓRIA COMPUTADORIZADA
ACUIDADE VISUAL DINÂMICA anormal com e sem AGITAÇÃO CEFÁLICA
Velocidade de oscilação e área de deslocamento do centro de pressão anormais, caracterizando a incapacidade de manter o controle postural com e sem privação visual em situações de conflito visual e interação vestibulovisual à POSTUROGRAFIA ESTÁTICA COM REALIDADE VIRTUAL
SOT SENSIBILIZADO À MOVIMENTAÇÃO CEFÁLICA (H-SOT ou HEAD SHAKE SOT) anormal, caracterizando dificuldade no controle postural quando informações precisas do sistema vestibular são requeridas *

* = achados mais frequentes

Nos episódios críticos, os sinais clínicos anômalos são identificáveis em diversos procedimentos otoneurológicos. A análise dos achados anormais conduz à conclusão de disfunção vestibular central, periférica, mista ou indeterminada. O quadro I mostra possíveis achados otoneurológicos na MV, isolados ou em diferentes combinações, de acordo com a literatura pertinente¹⁻²⁴ e/ou experiência pessoal.

Duas variedades distintas de vertigem/tontura são encontradas na crise e intercrises às provas de Dix-Hallpike (e/ou Semont diagnóstico), Pagnini-McClure e hiperextensão cefálica com VNG: 1) transitória ou persistente, com nistagmo posicional exibindo latência, paroxismo e fadigabilidade típicas da VPPB definida, provável e possível ou de suas formas atípicas; 2) persistente, com nistagmo posicional vertical para cima ou para baixo, usualmente sem componente torcional e torcional puro, sem latência, paroxismo ou fadigabilidade.

A prova calórica não deve ser efetuada no período vertiginoso ou migranoso agudo da MV, porque provoca acentuado desconforto ao paciente. A primeira estimulação térmica geralmente induz forte vertigem e nistagmo com latência muito curta, além de hiperexcitabilidade nistágmica precoce, gerando intenso mal-estar e náusea, que impedem a continuação do procedimento. Ao perceber nistagmo pós-calórico mais intenso do que se poderia esperar logo no começo da estimulação é aconselhável interrompê-la. Se as condições do paciente permitirem, é possível prosseguir, mantendo-se a mesma duração reduzida da estimulação inicial para as provas subsequentes, tentando somente visualizar a simetria ou assimetria das respostas, sem preocupação com cálculos quantitativos.

Procedimentos como pesquisa de vertigem e nistagmo posicional, teste optocinético, prova rotatória, autorrotação cefálica, vídeo teste do impulso cefálico, prova calórica, posturografia estática e dinâmica correntemente suscitam sintomas migranosos durante, imediatamente após, mais tarde no mesmo dia ou no dia seguinte à sua realização.

COROLÁRIO

A história clínica minuciosa do paciente vertiginoso é a ferramenta fundamental para o diagnóstico da MV. As provas otoneurológicas são importantes porque identificam achados auditivos e vestibulares anormais de localização periférica e/ou central.

A identificação de anormalidades otoneurológicas auxilia na obtenção do diagnóstico diferencial com outras vestibulopatias ou afecções do sistema nervoso central e também na orientação terapêutica de cada caso.

Os achados anômalos predominam no episódio agudo vertiginoso ou vertiginoso-migranoso. Entre os episódios agudos, a avaliação otoneurológica exibe a ausência de anormalidades ou alterações isoladas em um ou mais procedimentos.

REFERÊNCIAS

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalgia. 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. O
2. Ganança MM. Enigmas da migrânea vestibular. In: Textos da Equipe. Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP, 03/10/18. Disponível em <http://otoneurologia.org.br>.
3. Ganança MM, Caovilla HH. Vertigem migranosa tardia. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Associação - Comitês/ Comissões / Departamentos - Otoneurologia. 06/07/ 2020. Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br>.
4. Ganança FF, Mezzalira R, Salmito MC, Venosa AR, Ganança MM, Bittar RSM. Correlação da VPPB com doença de Menière, migrânea vestibular e migrânea. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Associação - Comitês/ Comissões / Departamentos - Otoneurologia. 13/08/ 2019. Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br>.
5. Ganança MM. In: Textos da Equipe: Decifrando a cinetose e o mal de desembarque, Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP, 18/07/19. Disponível em <http://otoneurologia.org.br>.
6. Mezzalira R. Migrânea e seus variantes na infância. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Associação - Comitês/ Comissões / Departamentos - Otoneurologia. 01/08/ 2020. Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br>.
7. Hain T, Cherchi M. Migraine associated vertigo/central vestibular disorders: diagnosis and treatment. In: Lea J, Pothier D (eds): Vestibular Disorders. Adv Otorhinolaryngol. Basel, Karger, 2019;82:119–26. doi: 10.1159/000490280.

8. Salmito MC, Ganança FF. Video head impulse test in vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2020; S1808-8694(20)30023-9. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.12.009.
9. Morganti LOG, Salmito MC, Duarte JA, Karina Cavalcanti Bezerra KC, Simões JC, Ganança FF. Vestibular migraine: clinical and epidemiological aspects. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82:397-402. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.06.003.
10. Takeuti AA, Fávero ML, Zaia EH, Ganança FF. Auditory brainstem function in women with vestibular migraine: a controlled study. *BMC Neurol.* 2019;19(1):144. doi: 10.1186/s12883-019-1368-5.
11. Gorski LP, Silva AMD, Cusin FS, Cesaroni S, Ganança MM, Caovilla HH. Body balance at static posturography in vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019;85(2):183-92. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.12.001.
12. Cesaroni S, Silva AMD, Ganança MM, Caovilla HH. Postural control at posturography with virtual reality in the intercritical period of vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019;S1808-8694(19)30084-9. doi: 10.1016/j.bjorl.2019.06.015.
13. Xue J, Ma X, Lin Y, Shan H, Yu L. Audiological findings in patients with vestibular migraine and migraine: history of migraine may be a cause of low-tone sudden sensorineural hearing loss. *Audiol Neurotol.* 2020;25(4):209-14. doi: 10.1159/000506147.
14. Battista RA. Audiometric findings of patients with migraine-associated dizziness. *Otol Neurotol.* 2004;25:987-92.
15. Mordin L, Premachandra P, Davies R. Sensory dysmodulation in vestibular migraine: An otoacoustic emission suppression study. *Laryngoscope.* 2010;120(8):1632-6. doi: 10.1002/lary.21013.
16. Takeuti AA, Fávero ML, Zaia EH, Ganança FF. Auditory brainstem function in women with vestibular migraine: a controlled study. *BMC Neurol.* 2019. 27;19(1):144. doi: 10.1186/s12883-019-1368-5.
17. Gurkov R, Kantner C, Strupp M, Flatz W, Krause E, Ertl-Wagner B. Endolymphatic hydrops in patients with vestibular migraine and auditory symptoms. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Oct;271(10):2661-7. doi: 10.1007/s00405-013-2751-2.
18. Changab C-H, Youngab Y-H. Caloric and vestibular evoked myogenic potential tests in evaluating children with benign paroxysmal vertigo. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007;71(3):495-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.12.001>.
19. Dash AK, Panda N, Khandelwal G, Lal V, Mann SS. Migraine and audiovestibular dysfunction: is there a correlation? *Am J Otolaryngol.* 2008;29(5):295-9. doi: 10.1016/j.amjoto.2007.09.004.

20. Olsson JE. Neurotologic findings in basilar migraine. Laryngoscope. 1991;101(1 Pt 2 Suppl 52):1-41. doi: 10.1002/lary.1991.101.s52.1.
21. Zhang Y, Kong Q, Chen J, Li L, Wang D and Zhou J. International Classification of Headache Disorders. 3rd edition beta-based field testing of vestibular migraine in China: demographic, clinical characteristics, audiometric findings and diagnosis statues. Cephalalgia. 2016;36(3):240-8. doi: 10.1177/0333102415587704.
22. Huang TC, Wang SJ, Kheradmand A. Vestibular migraine: An update on current understanding and future directions. Cephalalgia. 2020;40(1):107-121. doi: 10.1177/0333102419869317.
23. Sohn JH. Recent advances in the understanding of vestibular migraine. Behav Neurol. Volume 2016, Article ID 1801845, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1801845>.
24. Beh SC, Masrour S, Smith SV, Friedman DI. The spectrum of vestibular migraine: clinical features, triggers, and examination findings. Headache. 2019;59(5):727-40. doi: 10.1111/head.13484.