

AS MUITAS FACES DA MIGRÂNEA VESTIBULAR

Mauricio Malavasi Ganança

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM)

Heloisa Helena Caovilla

Professor Associado Livre Docente da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM)

A *Migrânea Vestibular*¹⁻¹¹, uma das causas mais comuns de vertigem ou tontura episódica recorrente, apesar da alta prevalência é ainda uma condição subdiagnosticada, com impacto relevante na utilização e custo dos cuidados na saúde.

As vestibulopatias *Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)*, *Doença de Menière*, *Cinetose* e *Mal de Desembarque* são mais encontradas em migranosos e migranosos vestibulares do que em não-migranosos. A *Tontura Postural-Perceptual Persistente* se associa eventualmente à *Migrânea Vestibular*.

Duas variantes migranosas são também potenciais agregações, a *Vertigem Paroxística Benigna Infantil* no passado do paciente, e a *Vertigem Migranosa Tardia*, em mulheres na menopausa, habitualmente decorridos vários anos após o desaparecimento ou minimização das crises de cefaleia.

A fisiopatologia ainda é obscura e o diagnóstico depende essencialmente dos sintomas clínicos. Diante da alta prevalência, é preciso pensar sempre na possível correlação entre as manifestações otoneurológicas e a enxaqueca em cada paciente, para lograr estabelecer a hipótese diagnóstica de *Migrânea Vestibular*.

Os exames da função vestibular nos períodos intercríticos são comumente normais ou difíceis de interpretar. No entanto, a posturografia estática, particularmente com realidade virtual, é capaz de identificar alterações da velocidade de oscilação e da área de deslocamento do centro de pressão, evidenciando a inabilidade para manter o controle postural com e sem privação da visão, em situações de conflito visual e interação vestibulovisual. De modo semelhante, o teste de organização sensorial (*SOT*) da posturografia dinâmica possibilita o reconhecimento de dificuldade no uso das pistas somatossensorial, visual e/ou vestibular, indicando disfunção sensorial isolada ou combinada destes sistemas. Quando o *SOT* não mostra anormalidades, a sensibilização das estimulações por meio de agitação cefálica (*head-shake*) propicia a caracterização de dificuldade na utilização de pistas vestibulares para manter o controle postural.

Nos ataques de *Migrânea Vestibular* encontram-se anormalidades não patognômicas com características periféricas ou centrais na videonistagmografia. Achados possíveis à avaliação otoneurológica: perda auditiva neurosensorial uni ou bilateral em frequências graves ou agudas; nistagmo espontâneo, semiespontâneo e/ou posicional e outras alterações vestibulo-oculomotoras; inabilidade para manter o equilíbrio

corporal na posturografia estática com e sem realidade virtual e à posturografia dinâmica.

Isolados ou combinados, vários possíveis sintomas se atrelam ao quadro clínico dos migranosos vestibulares.

A dor de cabeça habitualmente é pulsátil ou indistinta, unilateral, em área cefálica específica, de intensidade leve, moderada ou severa e duração variável de várias horas a alguns dias, com ou sem aura.

A aura, tipicamente premonitória e temporária, pode ser: 1) visual, em um dos olhos ou em ambos, como pontos luminosos cintilantes, “*flashes*” brilhantes ou em ziguezague, estacionários ou móveis no campo visual, além de perda parcial da visão e 2) não visual, como dificuldade em falar; sensação de perda auditiva, pressão ou zumbido no ouvido; vertigem, tontura, desequilíbrio corporal; formigamento na cabeça, lábios, língua, braços ou corpo; impressão de queda, de alteração do tamanho dos objetos; pré-síncope ou síncope.

Há também casos de enxaqueca sem cefaleia, mas que costumeiramente referem algum tipo de aura, geralmente visual.

Os episódios de vertigem ou tontura espontânea e/ou posicional não são necessariamente coincidentes com os de cefaleia migranosa e não preenchem os critérios para tipificar outras vestibulopatias. Há muitos casos em que os episódios de vertigem ou tontura nunca coincidem com as crises de cefaleia migranosa.

Os ataques periódicos de vertigem e/ou tontura (sensação de giro, flutuação, balançar, inclinar-se, perder o equilíbrio, embriaguez, sair de montanha-russa ou carrossel), com ou sem manifestações neurovegetativas profusas (sudorese, palidez, taquicardia, náusea e vômito) podem ser mais frequentes, intensos e extenuantes do que as crises de cefaleia.

Os sintomas vestibulares eventualmente persistem por horas ou dias, prejudicando ou impedindo as atividades cotidianas. Estes sintomas usualmente se desencadeiam ou são agravados por movimento próprio do corpo, por mudança da posição corporal e ainda por movimentação visual dentro do ambiente circundante.

Sintomas auditivos intermitentes, como sensação de pressão, de ouvido tapado e/ou ruído no(s) ouvido(s) podem advir nas crises e intercrises.

Entre os sintomas migranosos mais relatados, associados ou não no mesmo paciente, estão hipersensibilidade à luz, sons e/ou odores; mal-estar, tontura e enjoo em veículos, em brinquedos de parques de diversão, estimulações visuais em movimento; ansiedade e/ou depressão; hipersensibilidade do couro cabeludo e face; distúrbio da memória e concentração mental; fraqueza e fadiga.

A história familiar de enxaqueca no presente ou no passado, com ou sem aura, está presente na maioria dos casos. No entanto, há pacientes sem quaisquer sintomas migranosos, mas com episódios vertiginosos não atribuíveis a outras causas, em que a única pista para tentar configurar a hipótese de *Migrânea Vestibular* são os antecedentes familiares com vários parentes próximos consanguíneos que têm ou tiveram crises enxaquecosas típicas.

Entretanto há vários obstáculos diagnósticos. Os desafios diagnósticos incluem e salientam a definição ainda recente como entidade distinta, o amplo espectro dos sintomas migranosos, a ausência de cefaleia migranosa típica na maioria ou em todos dos episódios agudos de vertigem ou tontura e a grande variabilidade dos sintomas vestibulares e migranosos críticos e intercríticos. Outras dificuldades diagnósticas eventuais são os intervalos muito longos entre as crises migranosas e vertiginosas; crises vertiginosas surgindo depois de anos sem cefaleias migranosas; enxaqueca sem dor de cabeça (apenas com aura visual); vertigem somente como aura antecedendo a cefaleia migranosa; ausência de manifestações da enxaqueca, sendo vertigem ou tontura correlacionados apenas com os antecedentes familiares de enxaqueca; casos com traços migranosos isolados; ansiedade e depressão predominantes e encobrendo as manifestações da *Migrânea Vestibular*; vestibulopatias superpostas como *Doença de Menière* e *Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)* e causas neurológicas.

O tratamento da *Migrânea Vestibular* consiste fundamentalmente na combinação de:

1) **MUDANÇA DE HÁBITOS E ESTILO DE VIDA**, inclui ajuste dietético para **EVITAÇÃO DE EVENTUAIS GATILHOS** como açúcar refinado; álcool (*vinho tinto, cerveja*); cacau (*chocolate*); excesso de cafeína; queijos envelhecidos (*brie, camembert, cheddar, emental, gorgonzola, gouda, gruyere, parmesão, roquefort*); aspartame; embutidos (*presunto, salame, peito de peru, mortadela, salsicha, linguiça*), alimentos multiprocessados (*biscoitos, sorvetes, guloseimas; bolos; cereais matinais; barras de cereais; sopas, macarrão; salgadinhos de pacote; refrescos, refrigerantes, achocolatados; iogurtes, bebidas lácteas adoçadas e energéticas; caldos sabor carne, frango ou de legumes; molhos prontos (shoyu); produtos congelados (massas, pizzas, hambúrgueres, salsichas); pães de forma ou doces, produtos com gordura vegetal hidrogenada e outros aditivos químicos*), e **ATIVIDADE FÍSICA** regular (*caminhadas*) se não houver contraindicações.

2) **REABILITAÇÃO VESTIBULAR** e eventualmente **FISIOTERAPIA DE EQUILÍBRIO CORPORAL**, e

3) **MEDICAÇÃO ABORTIVA** para as crises de cefaleia ou vertigem/tontura e **PROFILÁTICA** para a migrânea, se necessário.

Uma visão não apenas holística como também singular em cada paciente favorece a construção de atitudes terapêuticas personalizadas. Os resultados terapêuticos costumam ser gratificantes e rápidos na maioria dos casos.

É preciso um cuidado especial com o uso de medicamentos, pois migranosos vestibulares costumam ser particularmente sensíveis a alguns remédios. Doses menores de diversas drogas, incluindo antivertiginosos, antieméticos e medicamentos de controle especial, podem ser mais eficientes e melhor toleradas do que as habitualmente recomendadas para não migranosos; doses maiores podem até exercer efeitos contrários.

Resultados terapêuticos eficazes têm sido relatados em migranosos vestibulares com os antivertiginosos e profiláticos de enxaqueca *flunarizina* (10 ou 20 gotas/dia, por no máximo 60 dias) e *clonazepam* (1, 2 ou 3 gotas à noite, equivalentes a 0,1, 0,2 ou 0,3 mg, respectivamente), de um inibidor seletivo de receptação da serotonina (ISRS) como

a *venlafaxina* (uma cápsula de 37,5 mg) ou a *vortioxetina* (1/2 ou um comprimido, correspondentes a 2,5 ou 5 mg, respectivamente), uso contínuo por no mínimo seis meses consecutivos. Quando o resultado favorável se torna consistente por cerca de 60 a 90 dias, o ISRS e o benzodiazepínico podem ser então descontinuados gradativamente em aproximadamente mais dois meses.

Novos estudos são necessários para desvendar os mecanismos fisiopatológicos e validar padrões terapêuticos eficazes e seguros.

REFERÊNCIAS

1. Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterston J, Seemungal B, Carey J et al. *Consensus document of the Bárány Society and the International Headache Society*. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vest Res*. 2012;22:167-72.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.
3. Furman JM, Balaban CD. Vestibular migraine. *Ann N Y Acad Sci*. 2015 Apr; 1343:90-6. doi: 10.1111/nyas.12645. Epub 2015 Feb 26. PMID: 25728541.
4. Huang T-C, Wang S-J, Kheradmand A. Vestibular migraine: an update on current understanding and future directions. *Cephalalgia*. 2020;40(1): 107-21. doi: 10.1177/0333102419869317.
5. Cesaroni S, Silva AM, Ganança MM, Caovilla HH. Postural control at posturography with virtual reality in the intercritical period of vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020, aprovado para publicação, *no prelo*.
6. Gorski LP, Silva AM, Cusin FS, Cesaroni S, Ganança MM, Caovilla HH. Body balance at static posturography in vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;85:183-92.
7. 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>.
8. 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>.
9. Ganança MM, Caovilla HH. Migrânea vestibular: achados otoneurológicos nos períodos crítico e intercrítico. Texto de Educação Médica Continuada, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial Disponível em: <http://www.aborlccf.org.br/>, 22/10/20.
10. 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>.
11. 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>.