

Correlação da VPPB com Doença de Menière, Migrânea Vestibular e Migrânea.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200012

Fernando Freitas Ganança¹, Raquel Mezzalira², Márcio Cavalcante Salmito³, Alessandra Ramos Venosa⁴, Mauricio Malavasi Ganança⁵, Roseli Saraiva Moreira Bittar⁶

¹ Professor Adjunto da Disciplina de Otologia e Otoneurologia da UNIFESP - EPM

² Médica Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia Cabeça e Pescoço – UNICAMP

³ Otorrinolaringologista, Especialização em Otoneurologia e Mestrado em Ciências – Medicina (Otorrinolaringologia) pela UNIFESP -EPM

⁴ Professor Titular de Otorrinolaringologia da UNIFESP - EPM

⁵ Professora adjunta da FM-UnB

⁶ Professora Assistente do Setor de Otoneurologia do HCFMUSP

Neste texto, abordaremos a possível associação entre a Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB), a Migrânea Vestibular (MV) e a Doença de Ménière (DM), entre si e com a enxaqueca (migrânea). A VPPB, a MV e a DM são consideradas doenças vestibulares das mais prevalentes¹.

Sabemos que não é tão raro encontrarmos mais de uma doença vestibular no mesmo paciente. A associação pode ocorrer somente entre doenças vestibulares periféricas ou centrais ou mistas, ou ainda, misturando afecções vestibulares com essas diferentes topografias. Para tornar ainda mais desafiador o diagnóstico dessas associações, é possível que essa somatória de doenças vestibulares no mesmo enfermo, também esteja associada a outros quadros clínicos que cursem com tontura de origem extravestibular.

Em estudo populacional que incluiu 2.079 pacientes de um centro Terciário de Otoneurologia, no Kansas (EUA), os autores verificaram que 82,9% dos pacientes apresentaram 1 doença vestibular, enquanto 15,6% dos pacientes 2 doenças vestibulares, 1,5% dos pacientes 3 doenças vestibulares e 0,05% dos pacientes 4 doenças vestibulares. Em números relativos, o índice parece não ser tão alto, mas numa população grande de pacientes como essa, 17,1% dos pacientes apresentou 2 ou mais doenças vestibulares, o correspondeu a mais de 350 pacientes, representando uma amostra grande. As combinações mais comuns foram: MV e VPPB (2,7%, n=56), MV e DM (1,3%, n=26)¹.

A VPPB e a DM podem aparecer no mesmo paciente, de forma concomitante ou não², e existem algumas hipóteses que corroborariam uma relação de causa e efeitos entre ambas as labirintopatias:

- Hipótese 1: Episódios repetidos de hidropisia poderiam resultar em degeneração sáculo-utricular e descolamento de otocônias;
- Hipótese 2: a degeneração de otocônias dentro do labirinto membranoso, poderia causar bloqueio do ducto endolinfático e causar hidropisia;
- Hipótese 3: Pacientes com perda auditiva unilateral geralmente preferem dormir deitados sobre o ouvido com a perda. Fragmentos de otocônias desalojados do utrículo cairiam nos canais semicirculares laterais ou posteriores deste lado, com maior facilidade, devido à força da gravidade e ao decúbito.

Yetiser² verificou que a incidência da DM em pacientes com VPPB variou de 0,5 a 31,0% e, que por sua vez, a incidência de VPPB em paciente com DM, variou de 5,5 a 44,0%, segundo a literatura científica pertinente. Comparando o grupo de pacientes com a associação VPPB e DM e um outro, somente com VPPB idiopática, verificou que a prevalência de mulheres foi maior para o grupo da associação VPPB e DM ($p < 0,05$), muito provavelmente pela influência exercida pela DM, que é mais comum em mulheres. Observou, também, maior prevalência de acometimento do canal semicircular (CSC) horizontal nos pacientes do grupo da Associação entre VPPB e DM ($p < 0,05$). Relatou que a VPPB estava presente no mesmo lado da DM em 75,0% dos pacientes e que a DM ocorreu previamente à VPPB em 82,3% dos casos. A taxa de abolição da vertigem e do nistagmo de posição à primeira manobra terapêutica foi maior no grupo da associação entre VPPB e DM ($p < 0,05$). Descreveu, ainda, que a VPPB quando secundária à doença do ouvido interno tem maior taxa de recorrência e necessita de mais manobras de reposição do que a VPPB primária².

Um trabalho nacional publicado no Brazilian Journal of Otolaryngology, em 2007, estudou a manobra de Epley em Pacientes com VPPB de CSC posterior e diagnóstico definido de DM. A VPPB foi diagnosticada associada à DM, em 72 (3,7%) pacientes. Dez pacientes com VPPB associada à DM foram excluídos da casuística por perda de acompanhamento. A amostra foi constituída por 39 (62,9%) mulheres e 23 (37,1%) homens, com idade variando entre 23 e 86 anos (média de 54,2 anos)³.

A VPPB começou antes da DM em um (1,6%) paciente, coincidiu com a DM em quatro (6,5%) e ocorreu depois da estabilização do quadro clínico da DM, em 57 (91,9%). A DM foi unilateral em 40 (64,5%) casos e bilateral em 22 (35,5%). A VPPB só esteve presente do lado oposto ao da DM em 1 caso³.

Quatro semanas após a extinção do nistagmo de posicionamento, os 62 pacientes estavam assintomáticos e não apresentaram vertigem de posicionamento à prova de Dix-Hallpike. Do total de paciente, 80,7% necessitaram de 1 Manobra de Epley para a abolição da vertigem e do nistagmo de posição, enquanto 16,1% necessitaram de 2 manobras e 3,2% de 3 manobras³.

No acompanhamento realizado durante 12 meses após a manobra que resultou na extinção do nistagmo de posicionamento, 12 (19,4%) casos apresentaram recorrência da VPPB, com vertigem e nistagmo de posicionamento à prova de Dix-Hallpike³.

Dois (3,2%) pacientes apresentaram recorrência da VPPB em dois meses; um (1,6%) em três meses; dois (3,2%) em seis meses; dois (3,2%) em oito meses; um (1,6%) em nove meses; um (1,6%) em 10 meses; dois (3,2%) em 11 meses; e um (1,6%) em 12 meses após a manobra que resultou na extinção do nistagmo de posicionamento³.

A recorrência da VPPB foi observada no mesmo labirinto que o acometido anteriormente em dez (83,3%) casos e, no labirinto oposto, em dois (16,7%). O canal semicircular acometido foi o posterior em oito pacientes, o anterior em um e o lateral em três³.

A associação entre VPPB e enxaqueca vem sendo mais estudada nos últimos anos⁴. Pacientes com enxaqueca podem ter 2,03 vezes aumento do risco de ter VPPB, enquanto pacientes com VPPB podem ter um risco 2,7 a 3 vezes maior de ter enxaqueca¹. A idade de acometimento da VPPB em pacientes com enxaqueca foi menor quando comparado a pacientes com somente VPPB ($p < 0,05$)⁵. E a taxa de bilateralidade e recorrência da VPPB também parecem ser mais prevalentes nos pacientes com VPPB e enxaqueca⁵.

Outra associação relativamente frequente é a da DM e a MV. Somente os pacientes que apresentarem os 2 diferentes tipos de crise vertiginosa, um preenchendo os critérios para MV e o outro para DM, devem ser diagnosticados com as duas afecções⁶.

A DM e a MV não raramente fazem parte do diagnóstico diferencial de uma doença vestibular, no mesmo paciente. Isso se deve ao fato de ambas as doenças se manifestarem clinicamente como Síndrome Vestibular episódica espontânea; não apresentarem nenhum exame padrão ouro que definam o diagnóstico, que é sempre clínico; pelo fato da MV também poder cursar com crises vertiginosas do tipo vertigem externa; pela possível presença de sintomas auditivos na MV (zumbido, sensação de orelhas tapadas e de diminuição da

audição) e pela presença aumentada de sintomas de enxaqueca em pacientes com DM⁷.

E quando devemos suspeitar de associação de doenças vestibulares? Quando o paciente apresenta sintomas vestibulares de categorias diferentes; O paciente apresenta síndromes (apresentações clínicas) diferentes; O paciente apresenta sintomas vestibulares da mesma categoria, porém com características diferentes (duração, fatores precipitantes, de melhora, de piora, sintomas associados, etc); Os resultados dos exames não estão compatíveis com a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) aventadas e O paciente não melhora com o tratamento proposto⁸.

Referências Bibliográficas

1. Muelleman T, Shew M, Subbarayan R, Shum A, Sykes K, Staecker H, Lin. [Epidemiology of Dizzy Patient Population in a Neurology Clinic and Predictors of Peripheral Etiology](#). J.Otol Neurotol 2017;38(6):870-5.
2. Yetiser S. [Co-existence of Benign Paroxysmal Positional Vertigo and Meniere's Syndrome](#). J Int Adv Otol. 2017;13(1):65-8.
3. Ganança CF, Caovilla HH, Gazzola JM, Ganança MM, Ganança FF. [Epley's maneuver in benign paroxysmal positional vertigo associated with Meniere's disease](#). Braz J Otorhinolaryngol. 2007;73(4):506-12.
4. Chu CH, Liu CJ, Lin LY, Chen TJ, Wang SJ. [Migraine is associated with an increased risk for benign paroxysmal positional vertigo: a nationwide population-based study](#). J Headache Pain. 2015;16:62.
5. Teixeira M, Baker A, Isildak H. [Migraine and benign paroxysmal positional vertigo: a single-institution review](#). J Laryngol Otol. 2017;131(6):508-13.
6. Neff BA, Staab JP, Eggers SD et al. Auditory and vestibular symptoms and chronic subjective dizziness in patients with Ménière's disease, vestibular migraine, and Ménière's disease with concomitant vestibular migraine. Otol Neurotol. 2012;33(7):1235-44.
7. Lopez-Escamez JA, Dlugaićzyk J, Jacobs J, Lempert T, Teggi R, von Brevern M, et al. Accompanying Symptoms Overlap during Attacks in Ménière's Disease and Vestibular Migraine. Front Neurol. 2014; 5:265.
8. Bisdorff A, Von Brevern M, Lempert T, Newman-Toker DE. Classification of vestibular symptoms: towards an international classification of vestibular disorders. J Vest Res, 2009;19(1-2):1-13.