

# Uma variante frequente de Migrânea Vestibular: Vertigem Migranosa Tardia.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200023

## 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

Vertigem Migranosa Tardia (VMT)<sup>1</sup> foi o termo proposto para definir esta afecção como um "distúrbio vestibular recorrente que ocorre em indivíduos com enxaqueca, aparecendo tardiamente em suas vidas, substituindo períodos de dor de cabeça quando estes desaparecem ou diminuem consideravelmente em frequência e força, quando os pacientes (para mulheres) ainda estão em idade fértil ou, às vezes, na menopausa".

Em nossa experiência pessoal a VMT é uma variante comum de Migrânea Vestibular, incluindo episódios de vertigem (ou tontura) espontânea e/ou posicional, com ou sem instabilidade postural, que se iniciam na fase adulta tardia ou em idosos com sintomas enxaquecosos pré-existentes ou coexistentes não explicados melhor por outra doença ou distúrbio.

São afetados pela VMT os pacientes adultos ou idosos do sexo feminino ou masculino que têm ou tiveram cefaleia migranosa ou Migrânea sem dor de cabeça (com aura visual). A VMT é mais frequente em mulheres, perto ou depois da menopausa.

A VMT pode ser considerada leve (não interfere e não impede as atividades cotidianas), moderada (interfere, mas não impede) ou severa (interfere e impede), de acordo com a intensidade e frequência dos sintomas.

A flutuação hormonal de estrogênio e progesterona na menopausa aumentaria a tendência de desenvolver Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)<sup>2</sup>. Seguindo a mesma linha de raciocínio, a variação hormonal no período da menopausa também poderia estar correlacionada com o surgimento da VMT. A VMT e a VPPB típica ou atípica podem inclusive ser concomitantes. O mesmo pode ocorrer na andropausa devido à variação hormonal da

da testosterona no sexo masculino.

Os episódios de cefaleia, habitualmente decrescentes em frequência e intensidade, podem desaparecer, reaparecer ou subsistir ao começarem a surgir os episódios vertiginosos tardios. O intervalo entre a cessação ou redução da cefaleia e o início dos surtos vertiginosos pode ser de vários meses ou anos.

Os testes de função vestibular geralmente são normais na maioria dos casos leves, tanto nos períodos críticos como nos intercíticos. Nos casos moderados ou severos pode surgir nistagmo espontâneo, semiespontâneo e/ou posicional com características periféricas ou centrais, além de hiporreflexia vestibular ou hiper-reflexia (uni ou bilaterais) ou preponderância direcional do nistagmo pós-calórico à videonistagmografia (VNG).

A hipersensibilidade sensorial típica na enxaqueca pode redundar em episódio vertiginoso, náusea, vômito, pré-síncope, síncope, cefaleia ou aura (na Migrânea sem dor de cabeça) no vídeo teste do impulso cefálico e na pesquisa de movimentos sacádicos, rastreo pendular, nistagmo optocinético, prova rotatória e/ou prova calórica à VNG<sup>3</sup>. Muitos migranosos não toleram a realização completa da primeira estimulação calórica e não querem efetuar as demais. É recomendável monitorar a intensidade da vertigem e do nistagmo desde o início do primeiro estímulo calórico. Vertigem e enjoo costumam ser geralmente toleráveis até os primeiros 20-40 segundos. A prova pode ser interrompida no exato momento do início dos sintomas, desde que a intensidade do nistagmo seja suficiente para uma análise comparativa com a das outras excitações calóricas. Estas precisariam ter a mesma duração, para ser possível vislumbrar a simetria ou não das respostas dos dois labirintos<sup>3</sup>.

O vídeo teste de impulso cefálico (vHIT) pode apresentar alterações uni ou bilaterais à estimulação de um ou mais canais semicirculares na VMT. Na maioria dos casos de VMT o vHIT é melhor suportado do que a prova calórica.

Anormalidades posturográficas, habitualmente acompanhadas de vertigem e náusea, são comuns em pacientes com VMT durante a fase vertiginosa aguda ou no intervalo entre as crises vertiginosas, principalmente ao teste de organização sensorial com agitação cefálica (*head shake sensory organization test*) à posturografia dinâmica computadorizada.

Pacientes com VMT podem ter sintomas enxaquecosos durante ou logo após cada procedimento de avaliação funcional do sistema vestibular, bem como posteriormente no

mesmo dia ou ainda no dia seguinte pela manhã, como acontece em outros quadros clínicos de Migrânea e Migrânea Vestibular.

O tratamento da VMT é similar ao costumeiramente prescrito nas outras variantes de Migrânea Vestibular: orientação de mudança de hábitos e do estilo de vida, evitação de gatilhos, exercícios de reabilitação vestibular e/ou fisioterapia de equilíbrio corporal e medicação profilática para a enxaqueca.

Em relação aos medicamentos, é importante utilizar doses menores das costumeiramente recomendadas para pacientes sem enxaqueca, devido à hipersensibilidade dos migranosos. Resultados terapêuticos favoráveis têm sido observados em migranosos vestibulares com o uso dos antivertiginosos e profiláticos de enxaqueca flunarizina<sup>1</sup> e clonazepam<sup>3</sup>, do inibidor seletivo de receptação da serotonina e noradrenalina venlafaxina<sup>3,4</sup> ou da vortioxetina, antidepressivo com atividade multimodal, combinando mais de um modo farmacológico de ação.

Temos utilizado habitualmente na VMT a associação de doses pequenas de clonazepam (uma ou duas gotas, equivalentes a 0,1 mg e 0,2 mg, respectivamente) com doses também diminutas de venlafaxina (37,5 mg) ou de vortioxetina (5 mg), por período mínimo de seis meses consecutivos. Eventualmente reforçamos em casos moderados e severos o efeito da associação do benzodiazepínico com um dos antidepressivos, acrescentando dose mínima de flunarizina (10 gotas, equivalentes a 2,5 mg), uma a duas vezes ao dia, no início do tratamento e por um prazo curto (geralmente um mês).

## Referências

1. Pagnini P, Vannucchi P, Giannoni B, Pecci R. Epigone Migraine Vertigo (EMV): A Late Migraine Equivalent. Case Reports. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2014;34(1):62-70.
2. Oluwaseye AO, Büki B, Cohn ES, Kristen LJ, Lundberg YW. Menopause and benign paroxysmal positional vertigo. Menopause. 2014;21(8):886-9.
3. Ganança MM. Enigmas da migrânea vestibular. In: Textos da Equipe, Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da FMUSP. Disponível em <http://otoneurologia.org.br>, 03/10/2018.
4. Salmito MC, Duarte JA, Morganti LOG, Brandão PVC, Nakao BH, Villa TR, Ganança FF. Prophylactic treatment of vestibular migraine. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83(4):404-10.