

Tentando Descomplicar a VPPB Atípica.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202400006

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

Introdução

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é uma vestibulopatia intrigante, com sintomas diversificados e variáveis entre os casos. Além disso, a VPPB pode ter achados clínicos diferentes dos habituais, considerados como atípias. Atipia é o estado daquilo que discorda de um determinado padrão.

As duas modalidades da VPPB, a típica e a atípica, são muito mais frequentes em pessoas com antecedentes pessoais e/ou familiares de enxaqueca, à semelhança do que ocorre com a Doença de Menière. Nestes casos, a resolução dos sintomas na VPPB e na Doença de Menière pode depender da profilaxia migranosa, que inclui evitação de gatilhos da enxaqueca e medicação antimigranosa.

Diversos autores emitiram explicações fisiopatológicas para os diferentes feitiços atípicos da VPPB¹⁻²². Explicações fantasiosas e improváveis para as atípias são comuns, mas o mesmo ocorre para as variantes típicas da VPPB. As manobras de reposicionamento dos otólitos costumam ser eficazes¹. A caracterização do substrato na VPPB atípica é desafiadora e dúbia, as teorias aparentam ser meramente especulativas.

Formas atípicas da VPPB surgem comumente às manobras de Dix-Hallpike e Semont diagnóstico para o canal semicircular posterior, de Pagnini-McClure e *Bow-and-lean* (flexão e extensão cefálica) para o canal lateral e de hiperextensão cefálica para o canal anterior¹⁻²².

Se ocorrer apenas a vertigem no Dix-Hallpike, ele deve ser repetido após a pesquisa de canais laterais: os otólitos podem se agrupar e formar massa suficiente para estimular a via oculomotora, desencadeando o nistagmo posicional².

VPPB típica e atípica podem gerar zumbido³ e perda auditiva (grumo de otólitos no *ductus reuniens* e cóclea) ou Doença de Menière (grumo em duto, saco endolinfático e cóclea). Ambas as formas de VPPB se associam habitualmente a Migrânea Vestibular, Doença de Menière, Cinetose, Mal de Desembarque, Tontura Postural Perceptual Persistente, Pré-diabetes ou Diabetes.

Para tratar as atípias da VPPB, as manobras que mais utilizamos são as de Epley, Semont ou Semont/Plus, para o canal semicircular posterior; em certos casos, ½ Dix-Hallpike (inclinação corporal lenta a partir da posição sentada) ou ½ Semont (inclinação corporal rápida a partir da posição sentada), ambas para o(s) lado(s) afetado(s). Para a VPPB de canal lateral, empregamos mais o Gufoni geotrópico ou apogeotrópico (se o nistagmo se converter em geotrópico após o Gufoni apogeotrópico, efetuamos em seguida o Gufoni geotrópico) ou o Lempert-Tiel-Wick. Para o canal anterior, usamos Yacovino, Epley ou Semont reversos.

A vertigem posicional forte na inclinação cefálica contralateral ao lado afetado nas manobras de Epley, Semont e Gufoni, é o indício mais importante e confiável de evolução favorável no tratamento das variantes típicas e atípicas de VPPB, indicando eficácia parcial ou total do reposicionamento de otólitos. Não ter vertigem posicional forte na inclinação cefálica contralateral ao lado afetado nessas manobras sugere a ineficácia parcial ou total das manobras.

Ao rever o paciente, se houver persistência dos sintomas após várias sessões consecutivas, a auto manobra diária (após treinamento) em casa pode ser útil, uma vez descartada uma lesão do sistema nervoso central.

Quanto à influência sobre as atividades cotidianas, os episódios leves não interferem, os moderados têm interferência sem impedi-las e os severos interferem, impedem e podem ser até incapacitantes

Se houver insucesso às manobras de reposicionamento, uma terapia conservadora pode ser eficaz, incluindo recomendações de mudança de hábitos e estilo de vida, reabilitação vestibular, controle de morbididades, inclinação de 45° da cabeça para cima ao deitar-se para dormir à noite e medicação antivertiginosa.

A profilaxia antimigranosa pode incluir uso diário de medicamentos como amitriptilina, clonazepam, flunarizina, venlafaxina ou vortioxetina, por vários meses.

A caracterização, o substrato presumido e a intervenção terapêutica sugerida para diferentes variantes atípicas da VPPB relatadas na literatura pertinente^{4-7,10,11,13-20,22} são apresentadas sucintamente a seguir.

VARIANTES ATÍPICAS DA VPPB

É preciso frisar que a história clínica da VPPB típica pode ser semelhante à da VPPB típica. A caracterização do quadro clínico permite reconhecer cada uma das variantes atípicas da VPPB e escolher o tratamento mais adequado.

VPPB ATÍPICA DE CANAL POSTERIOR

CUPULOLITÍASE / CÚPULA PESADA

Caracterização: Vertigem posicional sem nistagmo posiciobal ou vertigem posicional e nistagmo posicional vertical para baixo/torcional unilateral, mais intenso do lado sadio, prolongado. Quando há só vertigem posicional, pode haver reação neurovegetativa intensa e desproporcional, considerando a ausência do nistagmo, no retorno ao sentar à prova de Dix-Hallpike.

Substrato presumido: Grumo de otólitos aderente à cupula da crista ampular (Figura 1) ou aumento da densidade cupular.



Figura 1. Grumo de otólitos na cúpula da crista ampular do canal posterior

Intervenções: Epley e/ou Semont / Semont-Plus – eventual terapia conservadora.

CANALITÍASE DE CANAL POSTERIOR MIMETIZANDO CANALITÍASE DE CANAL ANTERIOR

Caracterização: Nistagmo posicional vertical para baixo e torcional para o lado afetado.

Substrato presumido: Grumo de otólitos na *crus commune*. No Dix-Hallpike do lado afetado, o estímulo ampulífero excitatório no canal anterior gera nistagmo vertical para baixo. Após hiperextensão cefálica, o Dix-Hallpike pode mostrar ou não um nistagmo vertical para cima, por estimulação ampulípeta inibitória no canal posterior (Figura 2).

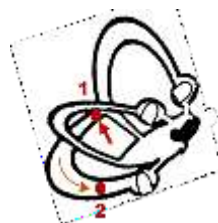


Figura 2. Grumo na *crus commune* (1); após hiperextensão cefálica, grumo no canal posterior (2)

Intervenções: Epley e/ou Semont / Semont-Plus, mesmo quando não houver reversão para um nistagmo vertical para cima.

CANALITÍASE DE BRAÇO CURTO DE CANAL SEMICIRCULAR POSTERIOR

Caracterização: Sem nistagmo posicional, com vertigem intensa no retorno à posição sentada (Figura 3) no Dix-Hallpike, bilateral, sudorese profusa, oscilação e retropulsão do tronco.

Substrato presumido: Grumo de otólitos no braço curto do canal posterior (figura 4).



Figura 3. Sem nistagmo posicional e vertigem posicional ao voltar a sentar no Dix-Hallpike



Figura 4. Grumo no braço curto de canal posterior

Intervenções: ½ Dix-Hallpike ou ½ Semont, 3 a 5 vezes; eventual auto manobra diariamente por 1 a 3 semanas. Profilaxia migranosa.

VERTIGEM POSICIONAL AO VOLTAR A SENTAR NO DIX-HALLPIKE BILATERAL

Caracterização: Sem nistagmo posicional e somente vertigem posicional no retorno à posição sentada (Figura 5), bilateral; sem sudorese, oscilação e retropulsão do tronco.

Substrato presumido: Migrânea vestibular (disfunção metabólica labiríntica).



Figura 5. Vertigem posicional sem nistagmo ao voltar a sentar no Dix-Hallpike

Intervenções: ½ Dix-Hallpike ou ½ Semont, 3 a 5 vezes; eventual auto manobra diariamente por 1 a 3 semanas. Profilaxia migranosa.

CÚPULA LEVE

Caracterização: Nistagmo posicional horizontal geotrópico bilateral persistente, mais intenso do lado afetado.

Substrato presumido: Debris leves (figura 6) ou aumento da densidade da endolinfa em um canal lateral.



Figura 6. Debris leves aderidos à cúpula da crista ampular do canal lateral

Intervenções: Gufoni geotrópico e/ou Lempert-Tiel-Wick na mesma sessão - terapia conservadora.

CUPULOLITÍASE / CÚPULA PESADA

Caracterização: Nistagmo posicional horizontal apogeotrópico bilateral persistente, mais intenso do lado sadio, prolongado.

Substrato presumido: Grumo de otólitos aderido à cúpula de um canal lateral (figura 7) ou aumento da densidade da endolinfa.



Figura 7. Cupulolitíase por grumo na cúpula da crista ampular de canal lateral

Intervenções: Gufoni apogeotrópico e/ou Lempert-Tiel-Wick na mesma sessão - terapia conservadora.

CANALITÍASE DE BRAÇO CURTO DE CANAL SEMICIRCULAR LATERAL

Caracterização: Nistagmo posicional horizontal apogeotrópico transitório.

Substrato presumido: Grumo de otólitos no braço curto de um canal lateral (Figura 8).



Figura 8. Grumo no braço curto do canal lateral

Intervenções: Gufoni apogeotrópico (Gufoni geotrópico adicional, se o nistagmo posicional ficar geotrópico) e /ou Lempert-Tiel-Wick.

VPPB ATÍPICA DE CANAL ANTERIOR

CANALITÍASE DE BRAÇO LONGO

Caracterização: Nistagmo vertical para baixo transitório, pode reverter a direção ao sentar-se.

Substrato presumido: Grumo de otólitos na endolinfa do braço longo do canal anterior (Figura 9).



Figura 9. Grumo no braço longo canal anterior

Intervenções: Yacovino, Epley ou Semont reversos - terapia conservadora

CUPULOLITÍASE / CÚPULA PESADA

Caracterização: Nistagmo vertical para baixo bilateral persistente e recorrente.

Substrato presumido: Grumo de otólitos aderente à cúpula (figura 10) ou aumento da densidade cupular no braço longo do canal anterior.



Figura 10. Grumo na cúpula da crista ampular do canal posterior

Intervenções: Yacovino, Epley ou Semont reversos - terapia conservadora.

CANALITÍASE DE BRAÇO CURTO DE CANAL SEMICIRCULAR ANTERIOR

Caracterização: Nistagmo posicional vertical para baixo eventualmente causado abruptamente pelo Dix-Hallpike

Substrato presumido: Grumo de otólitos no braço curto do canal anterior (figura 11).

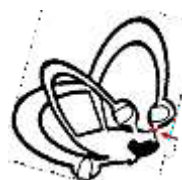


Figura 11. Grumo no braço curto do canal anterior

Intervenções: Yacovino, Epley ou Semont reversos - terapia conservadora

VPPB MULTICANAL

Caracterização: Nistagmo posicional de direção diferente nas provas diagnósticas para os canais posterior, lateral ou anterior, uni ou bilateralmente.

Substrato presumido: Grumo de otólitos no braço longo de mais de um canal do labirinto direito e/ou esquerdo (combinações mais frequentes, em ordem decrescente de prevalência: canais posterior e lateral (figura 12 A e B); posterior e anterior; posterior bilateral; lateral e anterior. O envolvimento simultâneo de três canais é raro.

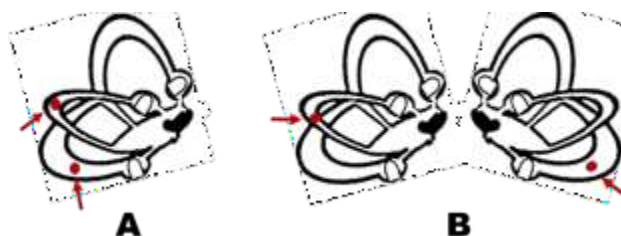


Figura 12. Grumo no braço longo dos canais posterior e lateral do labirinto direito (A); grumo no canal lateral no labirinto direito e no canal posterior do labirinto esquerdo (B)

Intervenções: Manobras de reposicionamento de otólitos consecutivas para os canais afetados.

PSEUDO-VPPB

Caracterização: Vertigem ou tontura posicional sem perfis diagnósticos definidos.

Substrato presumido: Mimetização da VPPB pela migrânea.

Intervenções: Manobras de reposicionamento podem e costumam ser eficazes (por mecanismo de habituação). Reabilitação vestibular e profilaxia da enxaqueca.

COMENTÁRIO

Há incertezas e ambiguidades quanto à caracterização e substrato fisiopatológico das formas atípicas emergentes e controversas da VPPB. Estas variantes surgem em cerca de 20% dos nossos clientes (praticamente em um de cada cinco casos novos consecutivos). Essa prevalência é apreciável e exige a nossa plena atenção para o cuidado adequado dos pacientes. As atípicas que mais temos encontrado na rotina clínica são vertigem posicional ao voltar a sentar no Dix-Hallpike, pseudoVPPB, canalitíase de canal posterior mimetizando canalitíase de canal anterior, canalitíase de braço curto de canal lateral, cúpula leve de canal lateral e cupulolitíase/cúpula pesada de canal lateral, em ordem decrescente de prevalência. Outras variantes atípicas têm sido menos comuns.

REFERÊNCIAS

1. Halmagyi GM. Downloaded from <http://jnnp.bjmi.com> on July 6, 2015 – Published by group.bjmi.com.
2. Virre 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.
3. Ganança MM, Caovilla HH. In: *Trabalhos Científicos: Zumbido na VPPB* (<http://otoneurologia.org.br>), Fundação Otorrinolaringologia & Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP, 20/10/20.
4. 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.
5. 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.
6. 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).
7. Ganança MM, Caovilla HH. Um tipo peculiar de vertigem posicional na migração vestibular. In: *Temas otoneurológicos, Tonturas posicionais. Update em Otoneurologia, Publicações, ABORL-CCF* (aborlccf.org.br).
8. Ganança MM, Caovilla HH. Doença de Menière: o que se sabe? In: *Temas otoneurológicos. Doença de Menière. Update em Otoneurologia, Publicações, ABORL-CCF* (aborlccf.org.br) doi: 10.5935/aborl-ccf.202200008
9. Mezzalana R, Bittar RSM. Doença de Menière são a mesma doença? In: *Temas otoneurológicos. Update em Otoneurologia, Publicações, ABORL-CCF* (aborlccf.org.br).
10. As muitas atípicas da VPPB. Ganança MM, Bittar RSM, Ganança FF, Mezzalana R, Salmito M, Venosa AR. In: *Temas otoneurológicos. VPPB. Update em Otoneurologia, Publicações, ABORL-CCF* (aborlccf.org.br) doi: 10.5935/aborl-ccf.202200002.
11. Tomaz A, Ganança MM, Ganança CF, Ganança FF, Caovilla HH, Harker L. Benign paroxysmal positional vertigo: concomitant involvement of different semicircular canals. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2009;118(2):113-7.
12. Ganança MM, Caovilla HH. Elos Entre Distúrbios Otoneurológicos, Pré-Diabetes e Diabetes. In: *Temas otoneurológicos. Labirintopatias Metabólicas. Update em Otoneurologia, Publicações, ABORL-CCF* (aborlccf.org.br)
13. Haynes DS, Resser JR, Labadie RF, Girasole CR, Kovach BT, Schecker LE, Walker DC. Treatment of benign positional vertigo using the Semont maneuver: efficacy in patients presenting without nystagmus. *Laryngoscope*. 2002;112(5):796-801.
14. 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.
15. Büki B. Benign paroxysmal positional vertigo—toward new definitions. *Otol Neurotol*. 2014 ;35(2):323-8. doi: 10.1097/MAO.0000000000000197.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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
21. Lempert T, von Brevern M. Vestibular Migraine. *Neurol Clin*. 2019 Nov;37(4):695-706. doi: 10.1016/j.ncl.2019.06.003.
22. Mahrous MM. Vestibular migraine and benign paroxysmal positional vertigo, close presentation dilemma. *Acta Otolaryngol*. 2020 Sep;140(9):741-744. doi: 10.1080/00016489.2020.1770857.