

# Enxaqueca vestibular

## Migrainous vertigo

João Martins • Vítor Certal • Tiago Santos • Hugo Amorim • Carlos Carvalho

### RESUMO

A enxaqueca vestibular, considerada um sintoma vestibular da enxaqueca, é uma entidade clínica heterogénea cuja apresentação mais frequente é a crise vertiginosa recorrente. O diagnóstico baseia-se numa história clínica detalhada e num elevado índice de suspeição. Deve fazer parte do diagnóstico diferencial das síndromes vertiginosas recorrentes. Os tratamentos recomendados baseiam-se na identificação e evicção dos factores precipitantes e em fármacos usados na profilaxia da enxaqueca.

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino, com 43 anos de idade, com antecedentes de enxaqueca e uma história de crises de vertigem rotatória recorrente de longa data, desencadeadas e/ou exacerbadas por factores precipitantes e acompanhadas por outros sintomas somato-sensoriais. Foi tratada eficazmente com evicção de factores precipitantes e medicação profilática da enxaqueca.

Palavras-chave: vertigem; enxaqueca; disfunção vestibular

### ABSTRACTS

*Migrainous vertigo, assumed to be a migraine vestibular symptom, is a heterogeneous clinical entity which typically presents as recurrent vertigo attacks. Diagnosis is made with a careful history and examination and a high index of suspicion. It should be considered in the differential diagnosis of recurrent vertigo syndromes. Treatment recommendations are based on trigger identification and avoidance, and prophylactic migraine medications.*

*The authors report a case of a 43-year-old woman, with history of migraine headaches, and a prolonged history of recurrent rotational vertigo attacks, provoked or exacerbated by identifiable triggers and accompanied by other somato-sensorial symptoms. The patient was effectively treated with trigger avoidance and migraine prophylactic medication.*

*Keywords: vertigo; migraine; vestibular dysfunction*

### INTRODUÇÃO

A vertigem é uma queixa frequente na prática clínica. Segundo estudos epidemiológicos, aproximadamente 23% da população adulta, em algum momento da vida, sofrerá de algum tipo de perturbação do equilíbrio (vestibular ou não vestibular)<sup>1</sup>.

A enxaqueca é uma síndrome clínica caracterizada por cefaleias hemicranianas pulsáteis, episódicas, associadas a outros sintomas como náuseas, aumento da sensibilidade à luz, som e movimentos cefálicos. Geralmente encarada como um problema de cefaleias, nos últimos anos, tem-se tornado cada vez mais evidente que as cefaleias podem não ser o sintoma dominante, mas sim queixas de vertigem / desequilíbrio, otalgia, sensação de plenitude auricular, pressão facial ou hipoacusia flutuante<sup>2</sup>. Apresenta uma prevalência de 4-6,5% no sexo masculino e com uma prevalência aproximada de 20% em mulheres entre os 30 e 49 anos de idade.<sup>3-5</sup>

Diversos estudos demonstraram que existe uma associação frequente entre vertigem e enxaqueca, ou seja, as queixas de vertigem são comuns em doentes migranosos, e a enxaqueca é uma queixa frequente em doentes com vertigens<sup>6,7,8</sup>, principalmente entre doentes com vertigem não classificável<sup>8</sup>.

Apesar da frequente associação entre vertigem e

#### João Martins

Interno do Serviço de ORL do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

#### Vítor Certal

Interno do Serviço de ORL do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

#### Tiago Santos

Interno do Serviço de ORL do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

#### Hugo Amorim

Assistente Hospitalar do Serviço de ORL do CHEDV

#### Carlos Carvalho

Director de Serviço de ORL do CHEDV

#### Correspondência:

João Diogo Martins  
TIF: 965349916  
martins.jd@gmail.com

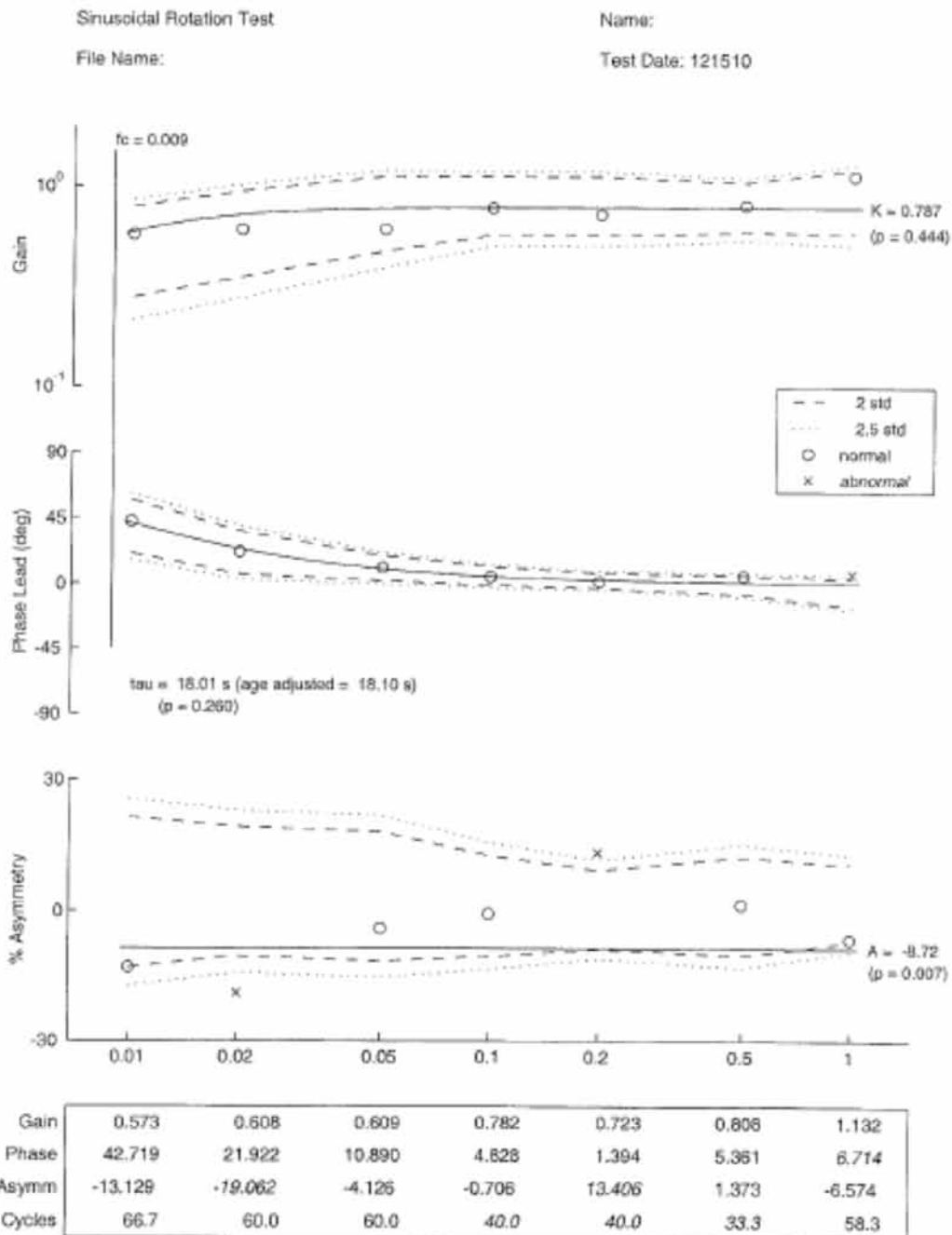
enxaqueca, ainda não existe uma nomenclatura uniforme para descrever esta entidade. Vertigem migranosa<sup>7</sup>, vestibulopatia relacionada com enxaqueca<sup>9</sup>, enxaqueca vestibular<sup>10</sup> e desequilíbrio associado a enxaqueca<sup>11</sup> são algumas das designações utilizadas.

O objectivo deste artigo é salientar uma entidade clínica que tem ganho relevo no diagnóstico diferencial das síndromes vertiginosas recorrentes, e apresentar um caso clínico exemplificativo.

### CASO CLÍNICO

H.V., sexo feminino, caucasiana, 43 anos de idade, encaminhada para a Consulta Externa de ORL por queixas de perturbações do equilíbrio desde há cerca de 15 anos com agravamento nos últimos 4 meses. A doente descreve uma variedade de sintomas, desde episódios de vertigem rotatória, desequilíbrio e sensação de “cabeça vazia”. Estes episódios são maioritariamente de vertigem rotatória, espontâneos, mas por vezes provocados ou exacerbados pelos movimentos cefálicos rápidos,

**FIGURA 1**  
Resultados das provas rotatórias pendulares



mudanças na posição da cabeça ou por fluxo intenso de estímulos visuais. Relaciona também o aparecimento dos sintomas com períodos de maior ansiedade, com o período menstrual e com a ingestão de certos alimentos (ex. pizza). Apresenta ainda uma sensação ilusória de movimento persistente após viagens de automóvel, barco e avião. Estes episódios apresentam duração variável, que pode ir desde dias a semanas, ou apresentar-se como queixas breves de vertigem posicional. Nega alterações na audição, plenitude auricular, acufenos ou otalgia.

Nos antecedentes pessoais refere cefaleias tipo enxaqueca desde a adolescência, que melhoraram com o passar dos anos. Actualmente refere episódios mais frequentes de auras do tipo visual, reversíveis, que duram cerca de 5-10 minutos, caracterizadas por visão em túnel que progride para cegueira com luzes cintilantes, e que frequentemente precedem os episódios vertiginosos, mas sem cefaleia acompanhante. Nega outros sintomas neurológicos ou sistémicos.

Antecedentes familiares irrelevantes.

Ao exame objectivo, apresentava um exame ORL sumário sem alterações. O exame neurológico e otoneurológico sumário também eram normais.

Foram realizados diversos exames complementares de diagnóstico que não mostraram alterações,

nomeadamente: audiograma tonal e vocal, impedanciometria, electronistagmografia com pesquisa de nistagmo espontâneo e do olhar descentrado, teste de agitação cefálica, testes de oculomotricidade (sacadas, perseguição ocular e nistagmo optocinético), pesquisa de nistagmo de posição (manobra de Dix-Hallpike) e provas calóricas; prova rotatória pendular; posturografia dinâmica computadorizada e RMN cerebral.

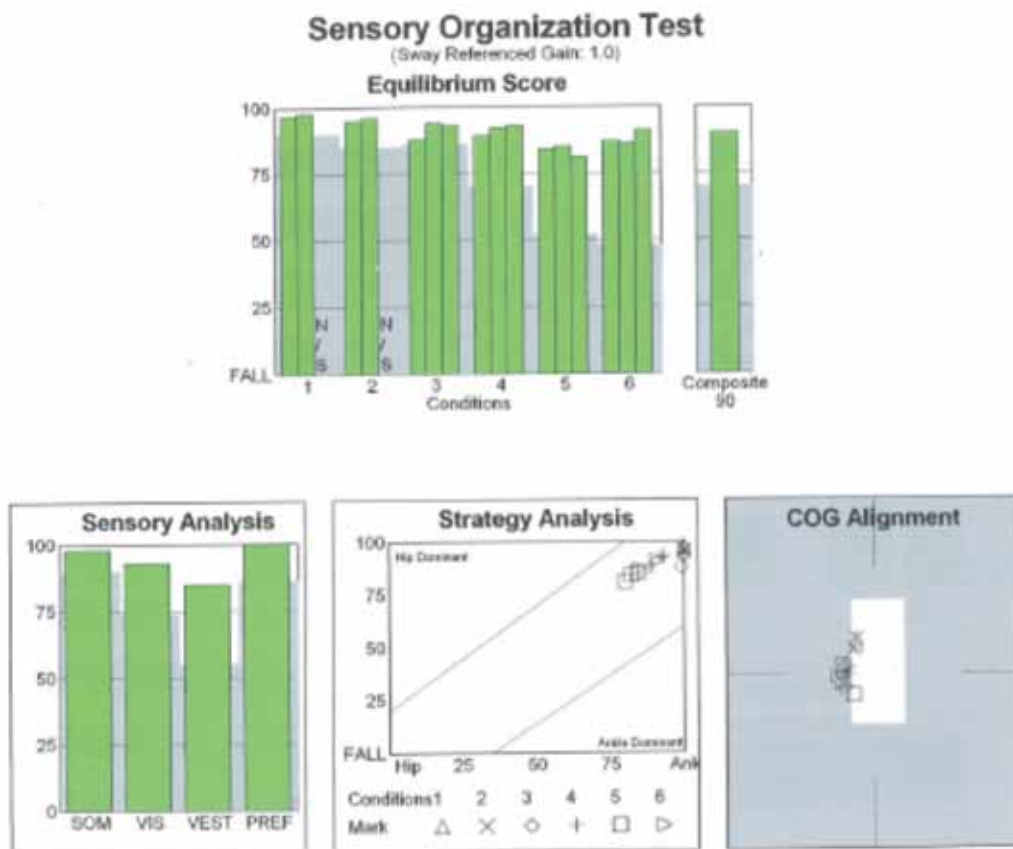
Perante o quadro clínico e o resultado dos exames complementares, foi assumido o diagnóstico de vertigem migranosa ou vertigem associada a enxaqueca.

A doente foi inicialmente tratada apenas com modificações dietéticas, com especial ênfase em evitar os alimentos classicamente associados a enxaqueca. Após dois meses sem melhoria, iniciou tratamento com nortriptilina 10mg/dia com aumento progressivo da dose. A doente não melhorou e abandonou medicação por não tolerar os efeitos secundários (sonolência). A medicação foi alterada para gabapentina 300mg/dia e aumentada progressivamente até uma dose de 200mg de 8/8h, com melhoria franca da sintomatologia.

Foi também aconselhada a tomar clonazepam 0,125mg antes de viagens e nas eventuais crises vertiginosas.

**FIGURA 2**

Resultados da posturografia computadorizada dinâmica



## DISCUSSÃO

A vertigem migranosa pode ter início em qualquer idade, apresentando um pico de incidência entre a terceira e quinta década<sup>10</sup>. Atinge mais frequentemente o sexo feminino (1,5-5:1)<sup>6,7,10</sup>. Na sua apresentação mais comum, as queixas de enxaqueca precedem em muitos anos as queixas de vertigem (normalmente têm início na adolescência). Por vezes, os doentes referem remissão prolongada das cefaleias antes de surgirem as queixas vertiginosas<sup>7,10</sup>.

Não raras vezes, as cefaleias são substituídas por vertigens nas mulheres perto da menopausa<sup>13</sup>. A vertigem pode também ser um sintoma inicial da enxaqueca, pode precedê-la ou ocorrer sem a cefaleia.

A história familiar de enxaqueca é frequente<sup>7</sup>.

A vertigem paroxística benigna da infância é uma manifestação precoce desta entidade. Muitas das crianças acabam por sofrer de enxaquecas anos após o desaparecimento dos episódios de vertigem<sup>14</sup>.

A apresentação clínica mais frequente é como episódios de vertigem rotatória espontânea ou posicional. Nalguns casos a vertigem espontânea transforma-se em vertigem posicional após algumas horas ou dias<sup>15</sup>. Esta vertigem posicional é distinguível da vertigem paroxística posicional benigna (VPPB) por se associar com frequência a outros sintomas migranosos, durar horas a dias com remissão completa sem tratamento, apresentar uma elevada taxa de recorrência e o nistagmo posicional ser atípico para VPPB<sup>15,16</sup>.

A intolerância a movimentos da cabeça, semelhante ao enjoo de movimento (desequilíbrio, ilusão de movimento e náuseas provocados ou agravados por movimentos da cabeça) é um sintoma adicional frequente<sup>9,10,17</sup>.

Outra característica proeminente nestes doentes é a vertigem visual, ou seja, desencadeada por estímulos visuais intensos (tráfego intenso de automóveis, multidões, corredores de supermercados)<sup>9,14</sup>.

As náuseas e o desequilíbrio são sintomas menos frequentes mas que também podem acompanhar um episódio agudo de vertigem migranosa<sup>18</sup>.

No que diz respeito à duração e frequência dos episódios apresenta uma grande variabilidade e pode modificar-se ao longo do tempo. A vertigem pode durar segundos (10%), minutos (30%), horas (30%) ou vários dias (30%) e alguns doentes podem levar semanas a recuperar de um episódio<sup>7,9,10,16</sup>, no entanto, a maioria dos doentes não apresenta sintomas entre as crises. A frequência das crises é variável, podendo variar de episódios mensais a anuais. Não raras vezes os episódios surgem no período pré-menstrual<sup>19</sup>.

Estudos clínicos realizados nas últimas décadas sugerem que estes episódios recorrentes de vertigem são um

sintoma migranoso independente e dissociado das cefaleias, e distintos de uma aura<sup>19</sup>.

Um dos desafios no diagnóstico é a frequente dissociação entre os episódios vertiginosos e as cefaleias. O quadro clínico mais frequente é a ocorrência simultânea dos dois sintomas, mas as vertigens podem ocorrer sem cefaleia ou preceder a mesma<sup>10,16</sup>. Estudos revelam que até 50% dos doentes nunca associam a cefaleia à vertigem<sup>20</sup>, e outros (até 48%) têm vertigem como o seu único sintoma de enxaqueca<sup>10</sup>.

Nos doentes em que a vertigem ocorre sem cefaleia, o diagnóstico deve basear-se na presença dos restantes sintomas da enxaqueca. Juntamente com a vertigem os doentes podem apresentar fofobia, fonofobia, sensibilidade aumentada a alterações de pressão e auras visuais ou outros tipos de aura<sup>18</sup>.

A hipoacúsia e os acufenos são queixas raras mas descritas por alguns doentes. A perda auditiva é, normalmente, ligeira, transitória, não progressiva, unilateral, bilateral ou alternante<sup>9,21</sup>. Por poder apresentar sintomas de hipoacúsia unilateral e acufenos durante a crise, é muitas vezes confundida com a Doença de Menière (DM), principalmente quando os sintomas somato-sensoriais, visuais ou a cefaleia estão ausentes na crise. Existem também relatos de uma elevada prevalência de enxaqueca em doentes com DM, assim como a ocorrência de enxaqueca durante uma crise de hidrópsia endolinfática<sup>22</sup>.

A fisiopatologia desta entidade ainda se mantém desconhecida, mas os sintomas sugerem que estruturas periféricas e centrais estejam envolvidas. Algumas teorias sustentam alterações da libertação de certos neurotransmissores<sup>23</sup>, vasoespasmo transitório de vasos que irrigam o ouvido interno<sup>24</sup> ou disfunção dos canais iónicos ao nível do cerebelo e tronco cerebral<sup>25</sup>.

Na maioria dos casos, o exame objectivo é normal entre as crises<sup>23</sup>. No entanto, alguns doentes podem apresentar alterações inespecíficas desta entidade nomeadamente, alterações da motricidade ocular de tipo central (perseguição ocular vertical alterada, nistagmo induzido pelo desviar do olhar) ou nistagmo posicional tipo central que persiste enquanto a posição da cabeça se mantenha<sup>10,18</sup>.

Durante as crises, os doentes podem apresentar desequilíbrio na prova de Romberg, alterações da perseguição ocular e nistagmo. O nistagmo pode ter diversas apresentações: nistagmo espontâneo periférico, nistagmo espontâneo central, nistagmo posicional central.

Em termos de exames complementares de diagnóstico, 10 a 20% dos doentes apresentam hiporreflexia unilateral nas provas calóricas e 10% apresentam preponderância

direcciona das respostas nistárgmicas<sup>10,17</sup>. No entanto estes achados são inespecíficos, podendo surgir em doentes com enxaqueca sem vertigem e noutras síndromes vertiginosas<sup>26</sup>.

A *International Society of Headache* não inclui a vertigem na definição de enxaqueca, com excepção da enxaqueca basilar. Por isso, os doentes com vertigem migranosa não preenchem nenhum dos critérios universalmente aceites de enxaqueca.

Em 2001 Neuhauser *et al* propuseram critérios de diagnóstico<sup>7</sup> (Tabela 1).

**TABELA 1**

Crítérios Diagnóstico de Enxaqueca Vestibular (adaptado de Neuhauser & Lempert 2001)<sup>12</sup>

**Crítérios Diagnóstico de Enxaqueca Vestibular**

*Diagnóstico Definitivo de Enxaqueca Vestibular*

- A.** Sintomas vestibulares episódicos de intensidade moderada a severa
- B.** História actual ou prévia de enxaqueca (de acordo com os critérios de 2004 da *International Headache Society* (IHS))
- C.** Pelo menos um dos seguintes sintomas durante 2 crises de vertigem: cefaleia tipo enxaqueca, fotofobia, auras visuais ou outras auras
- D.** Exclusão de outras causas através de investigação apropriada

Comentário:

Os sintomas vestibulares são vertigem rotatória ou outra ilusão de movimento. Podem ser espontâneos ou posicionais. Os sintomas vestibulares são moderados se interferem mas não impedem as actividades do dia-a-dia, e severos se impedem a realização das actividades diárias.

*Diagnóstico Provável de Enxaqueca Vestibular*

- A.** Sintomas vestibulares episódicos de intensidade moderada a severa
- B.** Um dos seguintes:
  1. História actual ou prévia de enxaqueca (de acordo com os critérios de 2004 da *IHS*)
  2. Sintomas migranosos durante os sintomas vestibulares
  3. Presença de factores precipitantes da enxaqueca em mais de 50% das crises: precipitantes alimentares, irregularidades do sono, alterações hormonais
  4. Melhoria dos sintomas com medicação usada para enxaqueca em mais de 50% das crises
- C.** Exclusão de outras causas através de investigação apropriada.

O diagnóstico de vertigem migranosa é feito através de uma história clínica detalhada, não existindo sinais objectivos, marcadores biológicos, alterações laboratoriais ou outros exames complementares de diagnóstico que sejam específicos desta entidade<sup>12</sup>.

A pesquisa de potenciais precipitantes das crises pode ser essencial para o diagnóstico, nomeadamente a relação com a menstruação, ansiedade, irregularidades do sono, estímulos sensoriais (luzes, sons ou cheiros

intensos) e ingestão de certos alimentos (ex. queijo, vinho, chocolate)<sup>12</sup>.

O diagnóstico diferencial é feito com as principais causas de vertigem recorrente: VPPB, doença de Menière, vertigem posicional central, isquémia vertebro-basilar transitória, schwannoma do VIII par craniano, insuficiência vestibular unilateral não compensada e fístula perilinfática<sup>27</sup>.

Os tratamentos propostos para estes doentes são a evicção de potenciais factores precipitantes, medicações profiláticas e o tratamento das crises.

Nos casos mais ligeiros, a evicção dos factores precipitantes pode ser suficiente para uma melhoria substancial das queixas.

Nos casos de crises mais frequente e severas, não controlados com medidas não farmacológicas, as medicações profiláticas têm um papel importante. As actuais recomendações baseiam-se na experiência clínica de alguns especialistas e não em estudos randomizados e controlados. Dada a sensibilidade aumentada desta população de doentes para os efeitos secundários das medicações, torna-se necessário iniciar os tratamentos com doses baixas, aumentando progressivamente ao longo de semanas ou meses, sendo recomendável a reavaliação da terapêutica após 3 meses<sup>19</sup>. Os fármacos mais utilizados são os usados na profilaxia da enxaqueca como os  $\beta$ -bloqueantes (propranolol, atenolol)<sup>10,28</sup>, bloqueadores dos canais de cálcio (verapamil, flunarizina)<sup>10</sup>, anti-depressivos tricíclicos (nortriptilina, amitriptilina)<sup>10,29</sup>, inibidores da anidrase carbónica (acetazolamida)<sup>30</sup> e anti-convulsivantes (gabapentina, topiramato)<sup>31</sup>.

Os depressores vestibulares (ex. clonazepam) e anti-eméticos (ex. metoclopramida) podem aliviar os sintomas nas crises<sup>15</sup>.

No que diz respeito ao caso clínico apresentado, diversos factores apontam para o diagnóstico: o facto de ser uma mulher de meia-idade, com antecedentes de cefaleias tipo enxaqueca e intolerância ao movimento, com queixas de vertigem rotatória espontânea ou desencadeada por estímulos visuais, alimentares, posicionais, alterações hormonais e ansiedade; por vezes as crises são precedidas por auras visuais típicas da enxaqueca; a duração das crises é variável (segundos, dias a semanas); o exame objectivo e os exames complementares de diagnóstico não revelaram alterações.

Após a presunção do diagnóstico de vertigem migranosa, a eficácia do tratamento com alterações comportamentais e alimentares e medicação profilática para enxaqueca confirmou o diagnóstico.

## CONCLUSÕES

A vertigem migranosa é uma entidade clínica em desenvolvimento que deve ser considerada no diagnóstico diferencial das vertigens recorrentes. Tem uma apresentação clínica variável em diversos aspectos e a associação a enxaqueca pode ser subtil. A chave para o diagnóstico é a ocorrência simultânea de vertigem com enxaqueca ou com sintomas migranosos, presença de factores precipitantes de enxaqueca e a resposta da sintomatologia a fármacos usados no tratamento da enxaqueca.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. Richard Lewis do Departamento de ORL do *Massachusetts Eye and Ear Infirmary* pela disponibilização do caso clínico.

## Referências Bibliográficas:

- 1.Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993, 153:2474-80
- 2.Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002, 346:257-270
- 3.Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991, 44:1147-57
- 4.Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002, 59:232-237
- 5.Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J et al. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002, 58:885-894
- 6.Savundra PA, Carroll JD, Davies RA, Luxon LM. Migraine-associated vertigo. *Cephalalgia* 1997, 17:505-510
- 7.Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, Arnold G et al. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology* 2001, 56:436-441
- 8.Lee H, Sohn SI, Jung DK, Yong WC et al. Migraine and isolated recurrent vertigo of unknown cause. *Neurol Res* 2002, 24:663-665
- 9.Cass SP, Furman JM, Ankerstjerne JP, Balaban C et al. Migraine-related vestibulopathy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997, 106:182-189
- 10.Dieterich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? *J Neurol* 1999, 246:883-892
- 11.Johnson GD. Medical Management of migraine-related dizziness and vertigo. *Laryngoscope* 1998, (Suppl 85):1-28
- 12.Lempert T, Neuhauser H. Migrainous Vertigo. *Neurol Clin* 2005, 23:715-730
- 13.Harker LA, Rassekh C. Migraine equivalent as a cause of episodic vertigo. *Laryngoscope* 1988, 98:160-164.
- 14.Waterston J. Chronic migrainous vertigo. *J Clin Neurosci* 2004, 11:384–388.
- 15.von Brevern M, Radtke A, Clarke AH, Lempert T. Migrainous vertigo presenting as episodic positional vertigo. *Neurology* 2004, 62:469-472.
- 16.von Brevern M, Zeise D, Neuhauser H, Clarke AH et al. Acute migrainous vertigo: clinical and oculographic findings. *Brain* 2005, 128(Pt 2):365-374
- 17.Cutrer FM, Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache* 1992, 32:300-304
- 18.Neuhauser H, Lempert T. Vestibular Migraine. *Neurol Clin* 27 (2009): 379-391
- 19.Eggers S. Migraine-related Vertigo: Diagnosis and Treatment. *Current Pain and Headache Reports* 2007, 11:217-226

- 20.Brantberg K, Trees N, Baloh RW. Migraine-associated vertigo. *Acta Otolaryngol* 2005, 1215:276-279.
- 21.Olsson JE. Neurotologic findings in basilar migraine. *Laryngoscope* 1991, 101(1 Pt2 Suppl 52):1-41.
- 22.Parker W. Menière's disease – Etiologic considerations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995, 121:377-382.
23. Weiller C, May A, Limmroth V, Jüptner M et al. Brain stem activation in spontaneous human migraine attacks. *Nat Med* 1995, 1:658-660
- 24.Radtke A, Lempert T, Grestby MA, Brookes GB et al. Migraine and Menière disease – is there a link? *Neurology* 2002, 59:1700-1704.
- 25.Baloh RW. Episodic vertigo: central nervous system causes. *Curr Opin Neurol* 2002, 15:17-21.
- 26.Toglia JU, Thomas D, Kuritzky A. Common migraine and vestibular function - Electronystagmographic study and pathogenesis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981;90(3 Pt 1):267–71.
- 27.Neuhauser H, Lempert T. Vertigo and dizziness related to migraine: a diagnostic challenge. *Cephalalgia* 2004, 24: 83-91.
- 28.Harker LA, Rassekh CH. Episodic vertigo in basilar artery migraine. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;96:239–50.
- 29.Reploeg MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness: patient characteristics and management options. *Otol Neurotol* 2002;23:364-371.
- 30.Baloh RW, Foster CA, Yue Q, Foster SF. Familial migraine with vertigo and essential tremor. *Neurology* 1996;46:458–60.
- 31.Mathew NT. Antiepileptic drugs in migraine prevention. *Headache* 2001; 41:18-24.