

VERTIGEM POSTURAL FÓBICA

Aspectos clínicos e evolutivos

Jovana G.M. Ciríaco¹, Paula L. Alexandre¹,
Cristiana B. Pereira², Yuan P. Wang³, Milberto Scaff⁴

RESUMO - A vertigem postural fóbica (VPF), o segundo diagnóstico mais freqüente em ambulatório de distúrbios vestibulares, é síndrome somatoforme caracterizada por desequilíbrio subjetivo e ataques breves de vertigem em situações específicas. Em período de 18 meses, a VPF foi observada em 41 pacientes, de 251 atendidos. Vinte e seis apresentavam VPF primária; em 65% havia distúrbios de ansiedade ou depressão, e 15 pacientes tiveram diagnóstico de VPF secundária. O exame neurológico e a avaliação complementar foram normais na maioria dos casos. Observou-se resposta favorável ao tratamento (antidepressivos, benzodiazepínicos, psicoterapia e/ou orientações) em 62% dos pacientes, sem diferença entre os grupos de VPF primária e VPF secundária. Apesar da alta prevalência, a VPF é subdiagnosticada. Entretanto, seu reconhecimento é importante para o tratamento adequado, evitando recorrência e incapacitação.

PALAVRAS-CHAVE: vertigem postural fóbica, diagnóstico, tratamento.

Phobic postural vertigo: clinical aspects and course of illness

ABSTRACT - Phobic postural vertigo (PPV) is the second most common diagnosis on a dizziness unit. It is a somatoform syndrome characterized as a chronic and incapacitating condition with subjective imbalance and short attacks of dizziness. During a period of 18 months, PPV was observed in 41 patients among 251 of a dizziness unit. Twenty-six had primary PPV, among whom 65% had depressive or anxiety disorders, and 15 patients were diagnosed at secondary PPV. Normal neurological examination and diagnostic tests were observed in most cases. A favorable response to treatment (antidepressants, benzodiazepines, psychotherapy and/or orientation) was observed in 62% of all patients, without difference between both groups - primary and secondary PPV. Despite the high prevalence, PPV is misdiagnosed. Therefore one must attempt to recognize it, since its appropriate treatment prevents recurrence and incapacitation.

KEY WORDS: phobic postural vertigo, diagnosis, treatment.

A vertigem postural fóbica (VPF) caracteriza-se por uma combinação de sintomas subjetivos de vertigem oscilatória, com instabilidade postural e queixas de desequilíbrio que ocorrem sob forma de ataques em situações específicas¹⁻³. Trata-se de distúrbio somatoforme e seu diagnóstico pode ser estabelecido com base em critérios positivos^{3,4}. Considerando apenas o aspecto vestibular, a vertigem postural fóbica pode ser primária, quando não está associada a outros distúrbios vestibulares orgânicos (sejam periféricos ou centrais) ou secundária, quando deflagrada por distúrbios vestibulares orgânicos que podem ou não persistir após o início do quadro somatoforme⁴.

A relação entre VPF e transtornos psiquiátricos pode ser considerada da seguinte maneira: (1) existe associação de VPF com ansiedade, depressão, pânico e agorafobia^{4,5}. Embora esta associação seja freqüente, a VPF, por si só, não preenche os critérios para estes distúrbios segundo o DSM-IV⁶; (2) sintomas importantes como tontura e desequilíbrio estão também presentes e são considerados critérios diagnósticos para estas doenças psiquiátricas. Em seu tratamento e evolução recomenda-se, além do diagnóstico precoce, informar ao paciente sobre a doença e seus mecanismos³⁻⁵. O paciente é orientado quanto à dessensibilização através de terapia comportamental e de exercícios físicos leves; medi-

Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) São Paulo SP, Brasil: ¹Residente da Divisão de Clínica Neurológica do HC-FMUSP; ²Pós-Graduanda do Departamento de Neurologia da FMUSP e responsável pelo ambulatório de Distúrbios Vestibulares do HC-FMUSP; ³Professor adjunto da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro e Médico-assistente do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP; ⁴Professor-titular do Departamento de Neurologia da FMUSP.

Recebido 27 Dezembro 2002, recebido na forma final 1 Março 2004. Aceito 1 Abril 2004.

Dra. Cristiana Borges Pereira - Rua Borges Lagoa 1231/1111 - 04038-032 São Paulo SP - Brasil. E-mail: cbpereira@uol.com.br

cações antidepressivas ou ansiolíticas podem ser utilizadas³⁻⁵. Quando tratada adequadamente, tem bom prognóstico, daí a importância do seu reconhecimento para impedir cronificação e posterior incapacitação do indivíduo nas atividades diárias^{4,5,7}.

O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos clínicos e evolutivos desta síndrome e delinear o perfil destes pacientes.

MÉTODO

Foram avaliados retrospectivamente 41 pacientes com diagnóstico de VPF, entre 251 acompanhados no ambulatório de Distúrbios Vestibulares do HC-FMUSP, de novembro de 1999 até abril de 2002. Todos os pacientes apresentavam-se com bom aspecto clínico geral, com suas patologias associadas adequadamente tratadas. Nenhum deles apresentou hipotensão arterial postural ao exame físico geral.

Na análise dos dados de história, deu-se atenção especial aos aspectos que constituem os critérios clínicos para a doença (Tabela 1). O exame neurológico, realizado em todos os doentes, incluía: avaliação dos movimentos oculares de seguimento, sacadas e nistagmo optocinético horizontais e verticais; pesquisa de nistagmo espontâneo, de provocação e posicional; pesquisa do reflexo vestibulo-ocular (VOR) e da fixação-supressão do VOR.

Exames complementares, como eletroneistagmografia,

tomografia e/ou ressonância magnética de encéfalo, foram solicitados nas seguintes ocasiões: (1) naqueles pacientes em que havia alguma dúvida diagnóstica quanto à possibilidade de tratar-se de processos vestibulares orgânicos primários; (2) nos pacientes com dados sugestivos de comprometimento vestibular central. Não foram sistematicamente submetidos a exames complementares os pacientes, cuja história e exame neurológico: (1) não sugeriam nenhuma lesão vestibular; (2) eram compatíveis com lesão vestibular periférica prévia como, por exemplo, neurite vestibular; (3) apresentavam diagnóstico de VPPB definido pela presença de nistagmo típico.

A proposta terapêutica seguiu aquela descrita na literatura^{1,3,4}, sem interesse em comparar os diferentes tratamentos. Todos os pacientes receberam orientações quanto aos mecanismos da doença e foram encorajados a realizar exercícios físicos leves para dessensibilização (p.ex., caminhadas, natação, hidroginástica). A terapia medicamentosa foi indicada conforme as comorbidades (depressão e ansiedade) e o grau de incapacidade causado pelos sintomas da VPF. As medicações utilizadas foram os antidepressivos (amitriptilina 25 a 50 mg/d, sertralina 50 a 100 mg/d, fluoxetina 20 mg/d) e/ou ansiolíticos (clonazepam 2 mg/d) por 1 a 6 meses. Os dados de evolução foram divididos, conforme avaliação até o terceiro retorno em: (1) boa resposta, nos pacientes que se apresentavam assintomáticos, com melhora clínica significativa e sem limitações nas atividades da vida diária; (2) pouca

Tabela 1. Critérios para diagnóstico de vertigem postural fóbica e percentuais de positividade encontrados neste estudo para cada critério conforme proposta por Brandt e col.³.

Critérios para diagnóstico de vertigem postural fóbica	% de Ocorrência
1. A vertigem e a sensação subjetiva de desequilíbrio, presentes durante a posição ortostática ou na marcha não estão associados a alterações nos testes de equilíbrio estático e dinâmico.	82,9%
2. A vertigem postural é descrita como instabilidade ou flutuação, frequentemente em forma de ataques com duração de segundos a minutos, ou às vezes como impressão momentânea e ilusória de perturbação do próprio corpo.	80,5%
3. Os ataques de vertigem podem ocorrer espontaneamente ou estar associados a alguns estímulos (por exemplo: pontes, escadas, locais amplos, ruas, dirigindo um veículo), ou a situações específicas (lojas, restaurantes, cinema, concertos, reuniões, recepções), das quais o paciente pode sentir dificuldade em se retirar ou que são reconhecidas como desencadeantes. Há tendência para desenvolver condicionamento, generalização e comportamento de esquiva.	75,6%
4. Ansiedade e sintomas vegetativos frequentemente, mas nem sempre, acompanham os ataques de vertigem. Estes sintomas são relatados com questionamento específico. Muitos pacientes podem ter ataques com ou sem ansiedade concomitante.	41,5%
5. Tipicamente, o paciente apresenta traços de personalidade obsessivo-compulsiva, labilidade afetiva e depressão leve.	53,6%
6. Frequentemente, a vertigem fóbica se inicia após evento emocional estressante, doença grave ou distúrbio vestibular orgânico.	53,6%

resposta, naqueles ainda oligoassintomáticos com poucas limitações da vida cotidiana; (3) sem resposta, naqueles sem nenhuma mudança no padrão das queixas. A reavaliação foi efetuada com intervalo mínimo de 15 e máximo de 45 dias.

Todos os dados obtidos de anamnese, exame neurológico, exames complementares e resposta ao tratamento foram analisados separadamente para VPF primária e secundária.

RESULTADOS

A VPF é a segunda síndrome mais freqüentemente diagnosticada no ambulatório de Distúrbios Vestibulares do HC-FMUSP, correspondendo a 16,3% dos casos.

A faixa etária variou de 30 a 84 anos, com média de 53,7 anos: 53,6 anos para as mulheres e 54 anos para homens. A relação mulher/homem foi 2:1, com 28 mulheres e 13 homens. Vinte e seis pacientes tiveram diagnóstico de VPF primária; destes, 65% apresentavam associação com patologias psiquiátricas. Entre os 15 pacientes com VPF secundária, 66,7% apresentavam distúrbios vestibulares periféricos e apenas 33,3% patologias vestibulares centrais (Gráfico 1).

Pacientes com um ou mais retornos e intervalo mínimo de observação de 30 dias foram incluídos na análise evolutiva, o que correspondeu a 68,3%

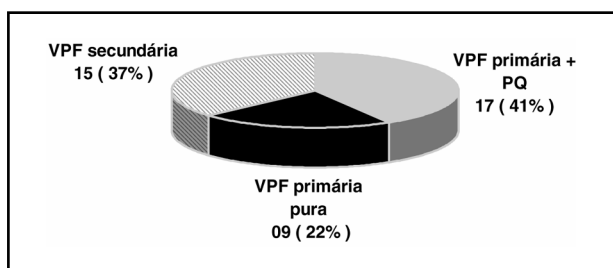


Gráfico 1. Distribuição de frequências da vertigem postural fóbica (VPF) de acordo com a classificação em primária e secundária. Os casos de VPF primária foram subdivididos entre aqueles sem (VPF primária pura) ou com associação com transtornos psiquiátricos (VPF primária + PQ).

dos casos. A positividade para cada critério diagnóstico está descrita na Tabela 1. Noventa por cento dos pacientes apresentaram 3 ou mais critérios positivos, e 68,3% tiveram 4 ou mais.

Ao exame físico geral, não foi observada nenhuma alteração e não havia hipotensão postural em nenhum paciente. O exame neurológico foi normal em 75% dos pacientes, sendo este percentual maior entre os pacientes com VPF primária (96% dos casos) que naqueles com VPF secundária (apenas 40% dos casos). Alterações sugestivas de lesão periférica foram: nistagmo nas manobras de Dix-Hallpike (VPPB), reflexo vestibulo-ocular patológico e nistagmo de provocação (neurite vestibular). Alterações compatíveis com lesão central foram: seguimento fragmentado, sacadas lentas (hipo ou hipermetrias), alteração da fixação-supressão do VOR e nistagmo posicional puramente central.

Quanto às alterações do exame neurológico e exames complementares, apenas um paciente com VPF primária apresentava alteração ao exame neurológico decorrente de nistagmo de provocação para a direita, ou seja, um discreto desbalanço dinâmico do tônus vestibular, que não justificava suas queixas (Tabela 2). Entre os pacientes com VPF secundária, o exame neurológico estava alterado em 60% dos casos e correspondia a alteração seqüelar de distúrbios vestibulares prévios, sendo discrepante ou incapaz de explicar completamente as queixas dos pacientes. As alterações evidenciadas à eletronistagmografia relacionavam-se com aquelas dos distúrbios vestibulares precedentes. Nos exames de imagem, que incluíram TC de crânio e/ou RM de encéfalo, encontrou-se área de gliose em substância branca frontal direita inespecífica não compatível com o quadro clínico em um paciente com VPF primária. Em três pacientes com VPF secundária houve confirmação das lesões responsáveis pelos distúrbios vestibulares centrais.

Dentre os 34 pacientes reavaliados, 21 (62%) tiveram boa resposta ao tratamento, ou seja, estavam

Tabela 2. Resultado do exame neurológico e avaliação complementar na VPF.

	VPF primária (n=26)			VPF secundária (n=15)		
	Normal	Alterado	Não efetuado	Normal	Alterado	Não efetuado
Exame neurológico	25 (96%)	1 (04%)	-	6 (40%)	9 (60%)	-
Eletronistagmografia	7 (27%)	1 (04%)*	18 (69%)	-	6 (40%)	9 (60%)
TC crânio/RNM encéfalo	8 (31%)	1 (04%)**	17 (65%)	5 (33%)	3 (20%)	7 (47%)

*resultado inconclusivo; **gliose em substância branca frontal direita.

Tabela 3. Dados da evolução clínica após o tratamento dos pacientes com VPF.

	VPF primária (22/26)			VPF secundária (12/15)		
	Boa resposta	Pouca Resposta	Sem Resposta	Boa Resposta	Pouca Resposta	Sem Resposta
Orientações gerais	5	1	-	2	-	-
Terapia medicamentosa	10	4	2	4	5	1
Evolução global	68%	23%	09%	50%	42%	08%

Boa resposta: pacientes assintomáticos, sem limitações na vida cotidiana; pouca resposta: pacientes oligoassintomáticos com poucas limitações na vida cotidiana; sem resposta: pacientes sem nenhuma melhora clínica.

assintomáticos no retorno. Houve pouca melhora (pacientes oligossintomáticos) e ausência de resposta em 29% e 9% dos casos, respectivamente. Nenhum paciente apresentou piora clínica. Na comparação entre os dois grupos, pacientes com VPF primária e VPF secundária, em relação à resposta terapêutica, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A VPF se manifesta de forma crônica, com períodos de piora ou em episódios, descrita como desequilíbrio, sensação de flutuação, como se o indivíduo andasse nas nuvens ou em uma superfície instável. Os episódios ou os períodos de piora são muitas vezes desencadeados em lugares ou situações específicas, como locais amplos e abertos ou com aglomerado de pessoas, e em momentos de estresse. Tipicamente há melhora em ambiente doméstico e piora ao sair de casa; muitos pacientes se recusam a sair sozinhos. Embora a queixa de desequilíbrio predomine, há discrepância entre sua intensidade e a incapacidade objetiva: os pacientes referem ser difícil andar ou se sustentar em pé, mas muitas vezes são capazes de realizar alguns esportes leves ou atividades que requerem boa manutenção do equilíbrio como, por exemplo, andar de bicicleta. Sintomas autonômicos de ansiedade como palpitação e sudorese costumam acompanhar os ataques de vertigem ou os períodos de piora. Como há forte associação entre sintomas ansiosos e de vertigem, o uso de medicações ansiolíticas ou de bebida alcoólica pode levar a uma diminuição das queixas. Não há náuseas, vômitos, ou outros sintomas sugestivos de comprometimento de tronco encefálico ou de ouvido interno e apesar da queixa de desequilíbrio intenso não há quedas¹⁻³.

Em se tratando de desordem postural, deve-se fazer diagnóstico diferencial com outras patologias comuns como vertigem posicional paroxística benigna

(VPPB) e vertigem posicional central. Outros diagnósticos diferenciais mais raros são: ataxia episódica familiar, enxaqueca basilar, paroxismia vestibular, vestibulopatia bilateral, distúrbios de marcha senis. De modo especial, é possível encontrar pacientes com diagnóstico de VPPB confirmado pela presença de nistagmo característico na manobra de Dix-Hallpike, que se queixam de vertigem não rotatória com duração de minutos a horas e que não ocorrem apenas com movimentos da cabeça mas também em situações específicas como em locais abertos ou fechados com aglomerados de pessoas. Estes desencadeantes, a característica não rotatória da vertigem, assim como a duração prolongada são características incompatíveis apenas com VPPB, portanto é possível fazer o diagnóstico de VPF secundária. Importante notar que alguns destes pacientes permanecem com os sintomas típicos de vertigem fóbica mesmo após resolução da VPPB. Em outro diagnóstico diferencial importante, os quadros posicionais centrais, a vertigem e/ou nistagmo surgem quando o paciente mantém determinadas posições da cabeça, o que os distingue daqueles com VPF.

Para se estabelecer o mecanismo fisiopatológico da VPF, deve-se lembrar que três sistemas são responsáveis pela manutenção do equilíbrio: a propriocepção, a visão e o sistema vestibular, incluindo suas conexões cerebelares. Pode surgir vertigem se houver desacordo entre as aferências recebidas durante o movimento e um padrão preestabelecido ou se o indivíduo assumir como real um deslocamento do ambiente durante seu próprio movimento, e vice-versa⁴.

Admite-se que o indivíduo com VPF apresenta sensibilidade aumentada a pequenas variações no seu padrão de aferências e também a pequenos deslocamentos, que podem ser supervelocizados. Por estes motivos e/ou devido a um desajuste, surge discrepância entre o deslocamento realizado e o percebido, isto é, pequenos movimentos da cabeça e osci-

lações posturais são percebidas como perturbações externas, criando vertigem subjetiva⁸.

Nos casos de VPF primária observam-se fatores predisponentes, como traços de personalidade obsessivo-compulsiva^{4,5}. Nos casos de VPF secundária, os pacientes já possuem desacordos decorrentes de seus distúrbios vestibulares e podem apresentar supervalorização ou má adaptação a estes desacordos, o que pode gerar vertigem com caráter constante e consequente ansiedade⁴.

Naqueles pacientes em que foram observadas alterações ao exame neurológico ou aos exames complementares, o diagnóstico de VPF também pôde ser estabelecido com base nos critérios clínicos, e no fato de haver forte discrepância entre as alterações observadas e as queixas dos pacientes. Além disso, muitas dessas alterações são permanentes e secundárias a distúrbios vestibulares orgânicos, enquanto as queixas dos pacientes são transitórias ou desencadeadas em situações específicas, portanto incompatíveis com estas alterações.

Pôde-se observar que, embora o diagnóstico de VPF seja controverso, e sua validade questionada por alguns autores⁹, a aplicação dos critérios clínicos aumentou a confiabilidade de seu diagnóstico, que deixou de se basear apenas em aspectos subjetivos ou de exclusão. A alta positividade destes critérios, principalmente em relação às características da vertigem, como verificado nos pacientes deste estudo, fortaleceu o valor de sua aplicação.

A resposta terapêutica nos pacientes com VPF é muito favorável, tendo sido observada em 91% dos pacientes, que se apresentavam assintomáticos (62%) ou oligossintomáticos (29%) nos primeiros retornos, independentemente da terapia proposta. Dados semelhantes, de 79% de melhora em um grupo de 42 pacientes, foram relatados previamente⁵. Ao se comparar os dados de pacientes com VPF primária e secundária, não houve diferença em relação à resposta terapêutica. Esta observação mostra que alterações detectadas ao exame neurológico não são as únicas responsáveis pelas queixas dos pa-

cientes com VPF secundária, pois estas alterações persistiram, enquanto os pacientes melhoram em relação às suas limitações após o tratamento para VPF. Em todos os pacientes com VPF secundária notou-se desde o início discrepância entre as alterações encontradas e os sintomas apresentados. Portanto, suas queixas podem ser explicadas pela somatória de um desbalanço do tônus vestibular e ocorrência de desacordos mais a existência de uma personalidade obsessivo-compulsiva e/ou presença de distúrbios psiquiátricos, como depressão e ansiedade.

Com base nos dados expostos, pode-se concluir que: (1) A VPF é freqüente, apesar de subdiagnosticada e subvalorizada. Deve-se estar atento a este diagnóstico, pois a terapêutica adequada, quer seja orientação sobre a patologia ou terapia medicamentosa, permite, na maioria dos pacientes, evolução com bom prognóstico e redução da incapacitação na vida diária; (2) Pacientes com desbalanço vestibular de origem periférica ou central podem ter VPF secundária. Estes pacientes têm resposta terapêutica semelhante àqueles com VPF primária; (3) Existe associação entre VPF e distúrbios psiquiátricos. O tratamento de tais distúrbios aumenta a chance de melhora. É necessária avaliação psiquiátrica detalhada para definir melhor o perfil destes pacientes, assim como a discriminação das principais doenças associadas.

REFERÊNCIAS

1. Brandt T, Dieterich M. Phobischer Attacken-Schwankschwindel, eine neues Syndrom? *Münch Med Wschr* 1986;128:247-250.
2. Brandt T. Vertigo, its multisensory syndromes. 2.Ed. London: Springer Verlag, 1999.
3. Brandt T, Huppert D, Dieterich M. Phobic postural vertigo: a first follow-up. *J Neurol* 1994;241:191-195.
4. Brandt T. Phobic postural vertigo. *Neurology* 1996;46:1515-1519.
5. Kapfhammer HP, Mayer C, Hock U, Huppert D, Dieterich M, Brandt T. Course of illness in phobic postural vertigo. *Acta Neurol Scand* 1997;95:23-28.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.Ed. Washington, DC: 1994.
7. Eckhardt-Henn AV. Psychogener schwindel legt patienten länger lahm, welche seelischen erkrankungen hinter schwindel stecken können. *MMW-Fortschr Med* 2000;142:26-28.
8. Furman JM, Jacob RG. Psychiatric dizziness. *Neurology* 1997;48:1161-1166.
9. Bronstein AM, Gresty MA, Luxon LM, Ron MA, Rudge P, Yardley L. Phobic postural vertigo. *Neurology* 1997;49:1480.