Caliman e Gurgel, João Daniel; Teixeira da Costa, Klinger Vagner; Nepel Cutini, Flavia; de Araújo Sarmento Júnior, Krishnamurti Matos; Mezzasalma, Marco André; Villar Ramalho Cavalcanti, Heráclio

Tontura associada a distúrbio pânico e agorafobia: relato de caso e revisão da literatura

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 73, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 569-572

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

São Paulo, Brasil

Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437775018
Dizziness associated with panic disorder and agoraphobia: case report and literature review

**Resumo** / **Summary**

Tontura é uma das queixas mais freqüentes no consultório médico tanto primário quanto especializado. Muitos dos pacientes que se apresentam com tontura sem causa orgânica aparente, portanto considerados como portadores de tontura idiopática, podem ter um distúrbio psiquiátrico. Além disso, mesmo a tontura de causa orgânica pode desencadear ou exacerbar alterações psiquiátricas “latentes”. Um dos distúrbios mais comumente associados à tontura é o Distúrbio do Pânico, com ou sem Agorafobia. O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma paciente com essa associação e realizar uma revisão da literatura relacionada ao assunto.

Dizziness is one of the most frequent complaints in both primary and specialized medical care facilities. Many dizzy patients, without a known organic cause, considered as having idiopathic dizziness, may have a psychiatric disorder. Besides, even organic dizziness may cause or exacerbate latent psychiatric alterations. One of the most common disorders associated with dizziness is Panic Disorder with or without Agoraphobia. The aim of this paper is to report a patient’s case and make a literature review on the subject.

**Palavras-chave:** agorafobia, tontura, transtorno do pânico.

**Keywords:** agoraphobia, dizziness, panic disorder.
INTRODUÇÃO

Tontura é uma das queixas mais frequentes no consultório médico tanto primário quanto especializado e continua a representar um desafio ao raciocínio clínico. Pode ser causada por mais de duas mil condições primárias e continua a representar um desafio ao raciocínio clínico. Consultório médico tanto primário quanto especializado detectáveis ao exame físico e otoneurológico. Estes pa

A otoscopia e as provas vestibulares e cerebelares foram normais. Nistagmos espontâneos e semi-espontâneos ausentes.

Quadro 1. Critérios diagnósticos do ataque do pânico.

1. Palpitações, taquicardia
2. Sudorese
3. Tremor ou abalos
4. Dispnéia ou sensação de sufocação
5. Dor ou desconforto precordial
6. Náuseas ou desconforto abdominal
7. Tonteira, desequilíbrio ou sincope
8. Desrealização ou despersonalização
9. Medo de perder o controle ou enlouquecer
10. Medo de morrer
11. Parestesias
12. Calafrios ou ondas de calor
13. Sensação de estrangulamento

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.
sintomas. Encaminhamos a paciente ao psicólogo.

Após 6 meses de tratamento, paciente mantém-se assintomática com uso de Fluoxetina 10mg/dia (em doses decrescentes) e em terapia cognitivo-comportamental, orientada por psicólogo em sessões semanais.

**DISCUSSÃO**

Os distúrbios da ansiedade constituem as doenças psiquiátricas mais prevalentes na comunidade geral e são observados em 15 a 20% dos pacientes no ambulatório de clínica médica. A ansiedade pode por si só representar um distúrbio psiquiátrico primário, ser um componente de uma doença clínica de base, ou secundária a ela.9

O distúrbio do pânico, a expressão máxima dos distúrbios da ansiedade, consiste na presença de ataques de pânico recorrentes e sem fatores desencadeantes, que se iniciam subitamente, desenvolvem-se em geral em 10 min e evoluem para resolução em 1 hora, de forma inesperada. O ataque de pânico é definido como período discreto, de intenso medo e desconforto, durante o qual surgem de modo abrupto quatro ou mais sintomas referidos no quadro 1.9

Em alguns pacientes, ocorre ansiedade antecipada, resultando em medo generalizado e comportamento progressivo de evitar locais ou situações em que poderia haver recorrência do ataque do pânico. Isto acaba por instituir um medo irracional adquirido de estar em lugares onde um indivíduo se sente prisioneiro ou incapaz de escapar, o que caracteriza a agorafobia.9

Vários estudos avaliaram a presença de sintomas psiquiátricos em pacientes com desordens vestibulares. Assim como visto na nossa paciente, as taxas de sintomas de ansiedade e comportamentos de evitação são consideravelmente altas (22% e 67%); também são altas as taxas de anomalias vestibulares em pacientes com pânico (39% e 88%).9 A nossa paciente por sua vez teve o exame otoneurológico normal. Yardley et al.9 estudaram a prevalência de sintomas de distúrbio do pânico em uma amostra de pacientes com tontura, e como isto os afeta do ponto de vista psicossocial. Pacientes com tontura associada a pânico tiveram maiores taxas de vertigem e comportamento agorafóbico do que aqueles com pânico ou tontura isolados. Além disso, entre os pacientes com essa associação e que estavam empregados, metade deixou seus trabalhos, o que representa aproximadamente 10 vezes a proporção encontrada naqueles com tontura isolada e 2 vezes naqueles com pânico apenas. A duração da tontura não diferiu entre estes três grupos estudados.

A restrição comportamental devido a medo de tontura em pacientes com disfunção vestibular é similar à evitação fóbica de pacientes com distúrbio do pânico.10

Em um estudo não-randomizado com 17 pacientes com “tontura psicogênica” 76% tiveram distúrbio do pânico e/ou agorafobia, comparado a 8% de uma amostra de 24 pacientes com zumbido severo, que está mais relacionado aos distúrbios do humor, como distimia e depressão maior.11 Um outro estudo com 75 pacientes com tontura revelou que aqueles sem disfunção vestibular tiveram uma taxa significativamente maior de distúrbio do pânico durante suas vidas.12

Jacob et al.13 relataram que sintomas vestibulares durante ataques de pânico não são necessariamente relacionados à presença de disfunção vestibular objetivamente identificável; entretanto, pacientes com distúrbio do pânico associado a agorafobia têm disfunção vestibular significativamente maior que nos outros grupos.

Clark14 et al. analisaram um grupo de auto-ajuda para tontura com 103 pacientes. Destes, 20,4% foram diagnosticados com síndrome do pânico, com ou sem agorafobia, e 8,7% tinham apenas agorafobia, totalizando quase 30% com distúrbios de ansiedade. Não foram feitos testes otoneurológicos neste estudo.

O tratamento atualmente é feito através de orientação do paciente sobre a doença, uso de antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina), benzodiazepínicos (alprazolam, clonazepam), reabilitação vestibular e psicoterapia cognitivo-comportamental, com excelentes resultados.5 Na nossa paciente, devido à boa resposta com a terapêutica inicial, não foi necessário proceder à reabilitação vestibular. Mantivemos apenas a psicoterapia e o uso da fluoxetina, já em doses decrescentes.

A psicoterapia cognitivo-comportamental tem um papel muito importante principalmente na manutenção do paciente livre dos comportamentos agorafóbicos. Em vários ensaios clínicos, a terapia cognitiva mostrou-se tão eficaz quanto o tratamento medicamentoso para distúrbios da ansiedade leves e moderados. Ela consiste basicamente em ensinar o paciente a reconhecer parâmetros de pensamento ou situações que podem iniciar, magnificar e sustentar ansiedade, comportamentos fóbicos, depressão e somatização. A terapia comportamental é feita em associação à cognitiva, através da exposição do paciente de forma hierarquizada aos estímulos reconhecidos como nocivos, objetivando a dessensibilização. A terapia comportamental assume considerável importância no tratamento de agorafobia e de fobias simples ou sociais.5

Devido à grande quantidade de diagnósticos diferenciais, as queixas vestibulares são de difícil manejo clínico e necessitam de uma abordagem ampla e cuidadosa. Dada a prevalência de distúrbios psiquiátricos, o otorrinolaringologista tem que estar preparado para identificar os mesmos em seus pacientes, tratando-os para o acompanhamento psiquiátrico. Apenas o acompanhamento psiquiátrico não é suficiente. Não se deve rotular o paciente como portador de “tontura psicogênica” ou distúrbio de conversão uma vez que condições psiquiátricas podem agravar ou mesmo serem geradas pelos sintomas.
labirínticos. É necessário o acompanhamento conjunto, e
verter como objetivo final a melhoria da qualidade de vida
do paciente.

Os inibidores seletivos da recaptação da serotoni
na têm demonstrado boa eficácia no tratamento do
Distúrbio do Pânico, com ou sem disfunção vestibular
concomitante.

Mais estudos são necessários para se estabelecer a
relação entre distúrbios psiquiátricos e tontura, tais como
a prevalência de demais condições psiquiátricas e tontura,
o papel dos depressores labirínticos e dos inibidores da
recaptação da serotonina nos pacientes com condições
associadas, o acompanhamento a longo prazo destes
pacientes, entre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kroenke K, Lucas C, Rosenberg ML, Scherokman B, Herbers JE Jr,
Wehrle PA, Boggi JO. Causes of persistent dizziness: A prospective
study of 100 patients in primary care. Ann Intern Med 1992;177:898-
904.

2. Ganança FF, Caovilla HH, Ganança MM. Diagnóstico diferencial da
vertigem. In: Campos CAH, Costa HOO. Tratado de Otorrinolarin
gologia 2002; São Paulo: Roca, cap. 46, p. 505-20.

3. Kroenke K, Mangelsdorf D. Common symptoms in ambulatory care:
incidence, evaluation, therapy and outcome. Am J Med 1989;86:262-
6.

4. Simon NM, Pollack MH, Tuby KS, Stern TA. Dizziness and panic
disorder: a review of the association between vestibular dysfunction
and anxiety. Ann Clin Psychiatric 1998; 10(2):75-80.

5. Staab JP. Practical issues in the management of the dizzy and balance
disorder patient. Otol Clin North Am 2000;33(3):1-14.

6. Yardley L, Owen N, Nazareth I, Luxon L. Panic disorder with agoro
phobia associated with dizziness: Characteristic symptoms and
psychosocial sequelae. J Nerv Ment Dis 2001; 189(5):321-7.

7. Katon W. Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. Am
J Med 1984; 77:101-6.

8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric
Association; 1994.

9. Yardley L, Luxon L, Lear S, et al. Vestibular and posturographic test
results in people with symptoms of panic and agoraphobia. J Audio
Med 1994;3:38.

10. Yardley L. Prediction of handicap and emotional distress in patients
with recurrent vertigo: Symptoms, coping strategies, control beliefs
and reciprocal causation. Soc Sci Med 1994;39:573-81.

11. Simpson RB, Nedzelki JM, Barber HO, Thomas MR. Psychiatric
diagnoses in patients with psychogenic dizziness or severe tinnitus. J
Otolaryngol 1988;17:325-30.

12. Sullivan M, Clark MR, Katon WJ, Fischl M, Russo J, Dob R. Psychiatric
and otologic diagnoses in patients complaining of dizziness. Arch
Intern Med 1993;153:1479-84.

13. Jacob RG, Furman JM, Durrant JD, Turner FM. Panic, agoraphobia
and vestibular dysfunction. Am J Psychiat 1996;153:503-12.

14. Clark DB, Leslie MI, Jacob RG. Balance complaints and panic disorder:
a clinical study of panic symptoms in members of a self-help group
for balance disorders. J Anxiety Dis 1992;6:47-53.