

## O NISTAGMO ESPONTÂNEO EM OTONEUROLOGIA

NELSON ALVARES CRUZ \*

Nistagmo espontâneo, de indiscutível interesse em Otoneurologia, é o que aparece no olhar direto ou até 45° da linha média no olhar lateral ou no olhar para cima e para baixo. Nistagmo pode ocorrer em lesões que atinjam o aparelho vestibular desde o labirinto até o córtex cerebral. Não o assinalamos com frequência das síndromes vestibulares intralabirínticas, a não ser nos casos de vertigem de posição paroxística benigna que exigem, para observação do nistagmo, posição especial da cabeça. As labirintites infecciosas são, hoje, de observação rara. Nas labirintotoxicoses o nistagmo é excepcional. Nas lesões traumáticas com fratura ou comoção labiríntica, o especialista o encontra esporadicamente. A grande maioria das síndromes intralabirínticas que vimos é representada pela doença de Ménière e pela falsa doença de Ménière, casos em que o otologista é consultado nos períodos intercríticos, isto é, quando o nistagmo espontâneo é excepcional.

Nas síndromes retrolabirínticas provocadas por lesões do 8.º nervo craniano entre sua origem aparente no sulco bulbo-protuberancial até o fundo do meato acústico interno, a ocorrência de nistagmo espontâneo não é obrigatória. Em geral, nas neurites infecciosas, tóxicas ou avitaminóticas não ocorre nistagmo vestibular e, em muitas delas, o nervo coclear é lesado isoladamente. Nas síndromes retrolabirínticas ocasionadas por aracnoidite e por tumores sediados no ângulo pontocerebelar o nistagmo aparece com mais regularidade, sendo menos freqüente nas aracnoidites que nos tumores. Dentre 22 casos de aracnoidite, Aubry assinalou que 7 apresentavam nistagmo; de dois casos que observamos, um apresentava nistagmo. Por outro lado, de 31 casos de tumores do ângulo pontocerebelar, encontramos nistagmo em 28, ou seja 90%.

Em um desses casos o diagnóstico otológico de tumor do ângulo pontocerebelar precedeu o diagnóstico do neurologista. O doente se recusou a ser operado e, assim, pudemos segui-lo durante alguns anos. A surdez, de tipo neuro-sensorial, datava de 11 anos e evoluiu sem remissão; só muito mais tarde surgiu nistagmo espontâneo. Com o agravamento da sintomatologia o paciente se dispôs a ser operado, tendo o neurocirurgião extirpado um neurinoma do acústico do tamanho de um limão galego.

---

Trabalho da Clínica Otorrinolaringológica da Escola Paulista de Medicina (Prof. Paulo Mangabeira Albernaz), apresentado ao XI Congresso de Medicina (Rio de Janeiro), promovido pela Academia Nacional de Medicina: \* Assistente.

Este caso incitou-nos a procurar saber se o nistagmo tinha sido observado, por outros especialistas, em casos de pequenos tumores. Encontramos referência ao assunto em trabalho de Aubry e col.<sup>2</sup> que assinalam ter visto nistagmo em dois casos de pequenos tumores. Posteriormente Aubry e Pia-loux<sup>3</sup>, baseados em casuística de 95 tumores do ângulo pontocerebelar, admitiram que nos pequenos tumores em geral não há nistagmo, embora este distúrbio possa ser observado se o doente tiver crises de vertigem labiríntica. Lundborg<sup>5</sup>, que estudou 300 casos, informa que em 8 daqueles com tumores pequenos, o nistagmo só apareceu uma vez; em 42 nos quais o tamanho do blastoma era comparável ao de uma noz, o nistagmo se apresentou em 83% dos casos e, naqueles cujo volume era maior que o de uma noz, em 97,8% dos casos. Assim, não devemos confiar na constância do nistagmo, na fase otoneurológica, para firmar o diagnóstico; no que concerne ao diagnóstico precoce correspondente à fase otológica, há pouca possibilidade da presença de nistagmo.

Pensamos que os distúrbios cocleares, presentes na maioria dos casos, constituem dados relativamente seguros para o diagnóstico das síndromes do ângulo pontocerebelar, determinadas preferencialmente pelos neurinomas do acústico. O exame audiométrico tonal ou vocal deve ser complementado com a avaliação da reflexia vestibular. O exame da audição mostrará discrasia neuro-sensorial em geral acentuada, sem alterações supraliminares de discriminação de intensidade tonal; mais raramente o audiograma tonal pode ser normal ou revelar pequenos déficits em desproporção com a falta de discriminação aos monossílabos.

Estes elementos cocleovestibulares constituem a base para o diagnóstico otoneurológico, podendo ser complementados por sintomas vestibulares (nistagmo espontâneo, desvio do index, distúrbios do equilíbrio, nistagmo de posição), sintomas neurológicos (comprometimento do V ou de outros nervos cranianos, distúrbios cerebelares, sintomas de hipertensão intracraniana) e sinais radiológicos (alargamento do orifício acústico e erosão da ponta do rochedo).

Tem sido afirmado que a direção do nistagmo tem valor indicativo quanto ao volume do tumor: se o nistagmo bate para o lado doente estaríamos em face de tumor volumoso, pois isto representaria inversão do nistagmo de destruição primitivo ocasionado pela compressão do tronco cerebral. Entretanto, como ocorreu com Jatho<sup>4</sup>, observamos 4 casos de tumores volumosos, em dois dos quais o nistagmo batia para o lado são, ao passo que nos dois restantes o nistagmo batia para o lado do tumor. Por isso, não nos baseamos neste achado para afirmar que o tumor seja volumoso.

Nas síndromes do ângulo pontocerebelar a forma do nistagmo foi variada. Em 31 casos (25 neurinomas do acústico, 2 meningeomas, 2 aracnoidites, uma neurifibromatose e um colesteatoma) observamos: nistagmo horizontal unilateral em 12, nistagmo horizontal bilateral em 6, nistagmo múltiplo em 7, nistagmo rotatório em dois e nistagmo horizonto-rotatório em um caso; três dos casos não apresentavam nistagmo.

Nas síndromes da linha média — tronco cerebral, IV ventrículo, verme cerebelar — as alterações decorrentes de lesão das vias vestibulo-oculomotoras constituem elementos fundamentais do exame otoneurológico, devendo ser pesquisados o nistagmo espontâneo e as alterações da resposta nistágmica às provas da função vestibular (excitabilidade, perversão do nistagmo, abolição da componente rápida, disritmia, abolição do nistagmo rotatório provocado, alterações do nistagmo vertical provocado).

Nas lesões do tronco cerebral o nistagmo apresenta certa sistematização que auxilia o diagnóstico topográfico: o nistagmo rotatório é atribuído a lesões bulbares; o nistagmo vertical ocorre principalmente em lesões pedunculares ou protuberanciais; o nistagmo múltiplo é devido a lesões difusas do tronco cerebral. Em 40 casos de afecções de diversa etiologia (neoplasias, afecções desmielinizantes, processos degenerativos, processo cérebro-vasculares), nas quais a sintomatologia indicava comprometimento do tronco cerebral e nos quais existia nistagmo espontâneo, registramos: nistagmo múltiplo em 12 casos; nistagmo horizontal bilateral em 9; nistagmo horizontal unilateral em 6; nistagmo rotatório em 8; nistagmo vertical em 5. Houve certa concordância entre a forma do nistagmo e a topografia da lesão. Na maioria dos casos em que havia nistagmo múltiplo, tratava-se de lesões difusas do tronco cerebral. Na maioria dos casos em que havia nistagmo rotatório, a lesão estava sediada na parte inferior do tronco cerebral (bulbo). No que concerne ao nistagmo vertical, nossas observações não permitem afirmar que a topografia da lesão era estritamente alta. O nistagmo horizontal apareceu em lesões não muito sistematizadas, embora em certo número de casos houvesse comprometimento da porção intermediária do tronco cerebral. Na prática, a sistematização topográfica do nistagmo espontâneo nas lesões do tronco cerebral tem valor, mas devemos ser prudentes quanto a sua interpretação.

De modo geral as lesões da linha média são de diagnóstico otoneurológico menos seguro que os processos sediados no ângulo pontocerebelar. Nas síndromes do ângulo pontocerebelar pudemos assegurar diagnóstico exato em 96,8% dos casos (em 32 diagnósticos estabelecidos, houve confirmação em 31); nas lesões da linha média, só em 82% dos casos (33/40) pudemos afirmar que a lesão era efetivamente troncular. É óbvio que enquanto as lesões do ângulo pontocerebelar tiveram controle neurocirúrgico na maioria dos casos, nas lesões do tronco cerebral o controle foi feito pela semiologia neurológica (apenas três casos tiveram controle operatório e dois por necropsia).

Nas síndromes dos hemisférios cerebelares, os dados neurológicos, mais ricos que os otoneurológicos, justificam a conduta de neurocirurgias prescindindo do exame otoneurológico na maioria das vezes. Observamos três casos de tumores de hemisfério cerebelar, encontrando nistagmo múltiplo em dois e nistagmo horizontal unilateral em um.

Nas lesões supratentoriais pode, ocasionalmente, aparecer nistagmo espontâneo pouco intenso; as provas otoneurológicas costumam ser normais ou apresentam alterações de pouco significação.

## CONCLUSÕES

Nos processos sediados no ângulo pontocerebelar, a presença de nistagmo espontâneo corrobora o diagnóstico, embora seja variável a sua forma e esta tenha valor secundário.

Nas lesões do tronco cerebral, a forma do nistagmo tem valor no diagnóstico topográfico da lesão, dentro de certas limitações.

Não sendo o nistagmo espontâneo constante nos tumores do ângulo pontocerebelar, não devemos contar sempre com este elemento para firmar o diagnóstico, em particular o diagnóstico precoce, pois o nistagmo parece ser extremamente raro na fase inicial de desenvolvimento destes tumores.

A direção do nistagmo horizontal ou rotatório, nos tumores do ângulo pontocerebelar, não tem valor indicativo quanto ao volume da neoplasia.

As possibilidades de diagnóstico correto são maiores nas síndromes do ângulo pontocerebelar que nas síndromes do tronco cerebral.

## RESUMO

O autor tece considerações sobre o nistagmo espontâneo baseado em 74 casos: 31 síndromes do ângulo pontocerebelar, 40 do tronco cerebral e 3 dos hemisférios cerebelares. São discutidas as possibilidades do diagnóstico otoneurológico, maiores nas síndromes do ângulo pontocerebelar que nas síndromes do tronco cerebral.

## SUMMARY

*The spontaneous nystagmus in Otoneurology.*

The author points out some considerations on the spontaneous nystagmus in Otoneurology, basing himself on 74 cases: 31 syndromes of the cerebellar pontine angle, 40 of the brain stem and 3 of the cerebellar hemispheres. The possibilities of otoneurological diagnosis, more important in the syndromes of cerebellar pontine angle than in the syndromes of the brain stem, are discussed.

## REFERENCIAS

1. AUBRY, M. — Otoneurologie. Masson et Cie., Paris, 1944.
2. AUBRY, M.; DARQUIER, J. & SCHMITE, P. — Les signes vestibulaires des tumeurs de l'acoustique. Rev. Neurol., 61:511-523, 1934.
3. AUBRY, M. & PIALOUX, P. — Maladies de l'Oreille Interne et Otoneurologie. Masson et Cie., Paris, 1957.
4. JATHO, K. — Cochlear and vestibular findings in diseases of cerebellar pontine angle. Arch. Ohren-Nasen U. Kehlkopfh., 169:276-278, 1956. Resumo in Year Book Publ., Chicago, 1958.
5. LUNDBORG, T. — Diagnostic problems concerning acoustic tumors. Acta oto-laryng. (Stockholm), Supl. 99, 1952.