

## Síncope Cardíaca Reflexa por “Neuralgia” do Glossofaríngeo: Rara Apresentação dessa Doença

*Cardiac Syncope Induced by Glossopharyngeal “Neuralgia”: a Rare Presentation*

*Helio Korkes, Eduardo Mesquita de Oliveira, Luigi Brollo, Denise Tessariol Hachul, José Carlos da Silva Andrade, Mario Fernando Prieto Peres, Victor Schubsky*

*Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP*

A primeira descrição de dor severa no trajeto do nervo glossofaríngeo foi realizada por Weisenberg, em 1910<sup>1</sup>, em um paciente com tumor do ângulo ponto cerebelar. Entretanto, coube a Harris, em 1926<sup>2</sup>, nomear como neuralgia do nervo glossofaríngeo esse raro quadro clínico, caracterizado por paroxismos de dor intensa, unilaterais, na região posterior da língua, no palato mole, na garganta e na região lateral e posterior da faringe, irradiando para o ouvido. A dor pode ser desencadeada por deglutição, tosse, bocejo ou mastigação e normalmente dura de segundos a minutos.

A associação de neuralgia do glossofaríngeo e síncope é muito rara e se deve a breves períodos de bradicardia, assistolia ou hipotensão, sendo a primeira descrição dessa associação, com essa fisiopatologia, realizada por Riley e cols., em 1942<sup>3</sup>.

Paciente com episódios de desmaio há vários meses, relacionados à ingestão de líquidos, sem dor à deglutição. Realizou gravação eletrocardiográfica de eventos, que demonstrou, em um desses episódios, pausa sinusal prolongada com assistolia, justificando, por baixo fluxo cerebral durante a alimentação, os episódios sincopais apresentados, devidos à estimulação do nervo glossofaríngeo, mesmo na ausência da dor característica dessa doença. Sugere-se, nos casos de “neuralgia” do glossofaríngeo sem dor importante, o implante de marcapasso definitivo como tratamento inicial. Até onde pudemos pesquisar, esse é o primeiro caso da literatura nacional com tais características.

### Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 71 anos, branco, com queixa de episódios sincopais esporádicos, durando alguns segundos, associados a deglutição de líquidos. Nesses episódios, quando interrogado, o paciente referiu apresentar sensação de “espasmos” leves na garganta, mal caracterizados, à deglutição de líquidos.

Em um dos episódios de perda da consciência, teve queda com fratura de vértebra lombar.

Vinha fazendo uso de antiparkinsonianos em doses usuais.

### Palavra-chave

Síncope do Glossofaríngeo.

The first description of severe pain in the distribution of the glossopharyngeal nerve is credited to Weisenberg, in 1910<sup>1</sup>, in a patient with cerebellopontine angle tumor. However, it was Harris, in 1926<sup>2</sup>, who coined the term glossopharyngeal neuralgia to describe this rare condition characterized by paroxysms of excruciating pain located laterally at the back of the tongue, soft palate, throat, and lateral and posterior pharynx, radiating to the ear. Swallowing, coughing, yawning or chewing may trigger pain, which usually lasts from seconds to minutes.

The association between glossopharyngeal neuralgia and syncope is very rare, being identified by brief episodes of bradycardia, asystole, and hypotension. Such an association, with this same pathophysiology, was first described by Riley et al<sup>3</sup> in 1942.

• *Exame físico*: PA -140 x 80 mmHg; FC-72 bpm; Coração - BRNF; Pulmões – limpos; Pulsos – simétricos. S.N. – sem alterações.

• *Exames subsidiários*: ECG – Hemi bloqueio anterior esquerdo; Endoscopia Digestiva – esofagite distal e gastrite erosiva; Videodeglutograma – fase faríngea da deglutição imprecisa, com estase de resíduo alimentar na região da valécua.

• *Gravação cardíaca de eventos (“Loop Event Recorder”)* – parada sinusal e assistolia de 4,4 segundos, associados ao relato de pré-síncope durante o almoço (Fig.1).

Com o diagnóstico de síncope relacionada à deglutição, com assistolia, foi indicado implante de marcapasso definitivo, tendo o paciente evoluído sem episódios sincopais até a atualidade (dois anos e onze meses de seguimento).

### Discussão

A neuralgia do glossofaríngeo é uma rara forma de dor (0,2 a 1,3% dos casos de dor facial)<sup>4</sup>, sendo aproximadamente cem vezes menos freqüente do que a neuralgia do trigêmeo<sup>5</sup>.

Quanto à etiologia da neuralgia, apesar do grande contingente de pacientes apresentar a forma idiopática, pode ser manifestação de compressão vascular intracraniana, tumores

Correspondência: Helio Korkes •

Rua Pirapora, 167 - 04008-060 – São Paulo, SP

E-mail: clinimed@ig.com.br

Recebido em 20/09/05; revisado recebido em 29/11/05; aceito em 08/12/05.

## Relato de Caso

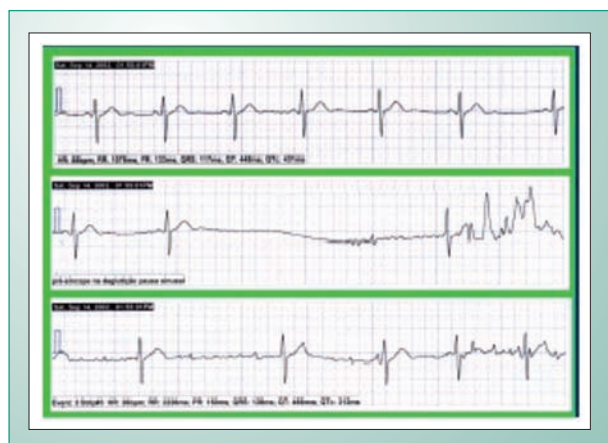


Fig. 1 - Gravação cardíaca de eventos (“Loop Event Recorder”).

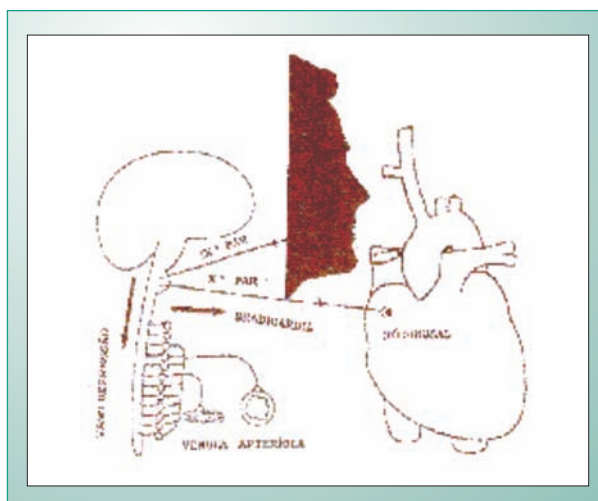


Fig. 2 - Síncope do glossofaríngeo arco reflexo.

do ângulo ponto cerebelar, tumores de laringe e nasofaringe, trauma, punção carotídea, entre outras causas<sup>6-9</sup>.

É doença prevalente em pacientes com mais de cinquenta anos, sem existir consenso quanto ao sexo mais acometido<sup>10,11</sup>. O início é súbito e geralmente caracterizado por paroxismos de dor muito intensa, unilateral, acompanhando o trajeto da distribuição do nervo glossofaríngeo.

Os fatores desencadeantes mais comuns dos episódios dolorosos são a deglutição, principalmente de líquidos, como no presente relato, bem como mastigação, tosse e fala<sup>12</sup>. A associação entre a neuralgia do glossofaríngeo e síncope é ainda mais rara, tendo sido Harris, em 1921<sup>2</sup>, o primeiro a relatar essa associação.

Revisão realizada em 1981, na “Mayo Clinic”, abrangeu 217 pacientes com essa neuralgia e, desses, apenas quatro tinham síncope associada; certeza dessa associação só foi encontrada em um paciente, no qual a dor foi o primeiro sintoma<sup>10</sup>.

O mecanismo da síncope tem sido objeto de especulação considerável, sendo a teoria mais aceita a proposta por Gardner, em 1963<sup>13</sup>, segundo a qual sinapses formadas entre o nervo glossofaríngeo e o nervo vago, na região de seus gânglios, se tornariam ativadas na presença de fenômeno sensorial irritativo, o que resultaria em decréscimo da frequência cardíaca, bem como da resistência vascular periférica, possivelmente mediados pelo nervo vago e pelos barorreceptores carotídeos respectivamente (Fig.2).

Tem sido sugerido que apenas a dor nevrálgica intensa poderia ativar o reflexo glossofaríngeo vagal, resultando em bradicardia, hipotensão e síncope, ocorrendo latência entre o início da neuralgia e a síncope encontrada nesses pacientes<sup>14</sup>.

Segundo essa teoria, considerada a mais provável, fica difícil explicar a síncope encontrada no paciente do presente relato, bem como no único relato encontrado na literatura de neuralgia do glossofaríngeo sem dor<sup>15</sup>, apesar de existirem outros autores que também reconheçam a possibilidade de existir tal neuralgia sem a dor característica<sup>11</sup>.

Cumprido salientar, no presente relato, a utilização de recurso diagnóstico atual, qual seja, a gravação de eventos (“Loop Recorder”), que nesses casos se mostra mais sensível e prática do que a tradicional gravação eletrocardiográfica pelo sistema Holter, por possibilitar a gravação durante vários dias

consecutivos, aumentando muito a chance de identificar essas alterações que costumam ser esporádicas e efêmeras.

É interessante observar que não encontramos, na literatura, a utilização desse método (gravação cardíaca de eventos) no diagnóstico de síncope do glossofaríngeo e mesmo da deglutição.

Quanto ao tratamento, o que se preconiza na literatura é a utilização de Carbamazepina para a abordagem da neuralgia idiopática<sup>5,10,14</sup>. A utilização do marcapasso temporário para o tratamento da síncope cardíaca reflexa, até que se atingem níveis terapêuticos de Carbamazepina, foi inicialmente utilizada por Khero em 1971<sup>16</sup>.

Em relação à utilização de marcapasso definitivo, existe bastante controvérsia na literatura<sup>12</sup>, e a abordagem química, nos casos de neuralgia idiopáticas, e cirúrgica, em outros, evolutivamente dispensam a utilização de marcapasso por, controlando os episódios dolorosos, controlarem, ou abolirem também, os episódios sincopais.

Cabe, como diagnóstico diferencial nesse paciente, a Síncope da Deglutição (“Swallow Syncope”), que tem quadro semelhante a esse e que é decorrente de reflexo vasovagal, freqüentemente com hipotensão arterial, que pode até preceder o efeito cronotrópico e mesmo ser desencadeada por distensão ou espasmos do esôfago (como referido de maneira característica pelo paciente)<sup>17</sup>. Entretanto, nessa também rara etiologia de síncope neurocardiogênica, os pacientes freqüentemente têm alterações esofágicas, como divertículos e eventuais alterações cardíacas estruturais graves ou de ritmo cardíaco<sup>18</sup>, porém sem dor ou alterações sensitivas à deglutição.

No presente relato, pela inexistência da característica dor da neuralgia do glossofaríngeo e pela gravidade dos quadros sincopais – quando, em uma oportunidade ocorreu, inclusive, fratura de vértebras, o que incapacitou o paciente por meses –, optou-se primariamente pelo implante do marcapasso definitivo, mesmo sem o tratamento químico progressivo. Essa conduta também foi assumida no único relato de síncope do nervo glossofaríngeo sem dor, encontrado na literatura<sup>15</sup>, e é a indicação formal nos casos de síncope da deglutição.

O paciente ora relatado encontra-se em evolução de 35 meses pós-implante do marcapasso definitivo, sem episódios sincopais.

## Referências

1. Weisenberg TH. Cerebellopontile tumor diagnosed for six years as tic douloureux: The symptoms of irritation of the 9th and 12th nerves. *JAMA* 1910; 54: 1600-4.
2. Harris W. *Neuritis and Neuraglia*. New York: Oxford University Press; 1926.
3. Riley HA, Greenan WJ, Wortis H. Glossopharyngeal neuralgia initiating or associated with cardiac arrest. *Trans Am Neurol Assoc* 1942; 18: 28-9.
4. Chawla JC, Falconer MA. Glossopharyngeal and vagal neuralgia. *Br Med J* 1967; 3: 529-31.
5. Cowley AW, Liard JF, Guyton AC. Role of the baroreceptor reflex in daily control of arterial blood pressure and other variables in the dog. *Circ Res* 1973; 32: 564-76.
6. Brihaye J, Perier O, Smulders J, Franken L. Glossopharyngeal neuralgia caused by compression of the nerve by an atheromatous vertebral artery. *J Neurol Surg* 1956; 13: 299-302.
7. Jannetta PJ. Cranial nerve vascular compression syndromes (other than tic douloureux and hemifacial spasm). *Clin Neurosurg* 1980; 28: 445-56.
8. Waga S, Kojima T. Glossopharyngeal neuralgia of traumatic origin. *Surg Neurol* 1982; 17: 77-9.
9. Weinstein RE, Herec D, Friedman JH. Hypotension due to glossopharyngeal neuralgia. *Arch Neurol* 1986; 43: 90-2.
10. Rushton JG, Stevens C, Miller RH. Glossopharyngeal (Vagoglossopharyngeal) neuralgia. *Arch Neurol* 1981; 38: 201-5.
11. Ferrante L, Artico M, Nardacci B, Fraioli B, Consentino F, Fortuna A. Glossopharyngeal neuralgia with cardiac syncope. *Neurosurgery* 1995; 36: 58-63.
12. Elias J, Kuniyoshi R, Valadão W, Carloni H, Borges MR, Peixoto CA, et al. Neuralgia do Glossofaringeo associada à síncope cardíaca reflexa. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78: 510-14.
13. Gardner WJ. Concerning the mechanism of trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. *J Neurosurg* 1963; 19: 947-58.
14. Johnston RT, Redding VJ. Glossopharyngeal neuralgia associated with cardiac syncope: long term treatment with permanent pacing and carbamazepine. *Br Heart J* 1990; 60: 403-5.
15. Reddy K, Hobson DE, Gomori A, Sutherland GR. Painless glossopharyngeal “Neuralgia” with syncope: A case report and literature review. *Neurosurgery* 1987; 21: 916-19.
16. Khero BA, Mullins CB. Cardiac syncope due to glossopharyngeal neuralgia – treatment with transvenous pacemaker. *Arch Intern Med* 1971; 128: 806-8.
17. Deguchi K, Mathias CJ. Continuous hemodynamic monitoring in an unusual case of swallow induced syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67: 220-2.
18. Levin B, Posner JB. Swallow syncope. *Neurology* 1972; 22: 1086-93.