

ABORDAGEM DO SÍNDROME VERTIGINOSO

António MACEDO

RESUMO

Introdução: A tontura é um sintoma não-específico e incapacitante cujo diagnóstico é baseado na clínica. Sua classificação é baseada nas queixas do doente e é categorizada em pré-síncope, desequilíbrio, enturpecimento ou vertigem. Esta última é a causa de tontura mais prevalente. Este artigo consiste na apresentação de uma revisão clássica narrativa baseada na literatura onde se pretende abordar a avaliação do doente com vertigem, suas causas, diagnóstico diferencial e tratamento.

Métodos: O material consultado para fazer esta revisão foi obtido a partir de uma pesquisa na Medline com as palavras-chave *vertigo* e *dizziness*. Foram pesquisados artigos publicados nos últimos cinco anos em inglês, espanhol e português. Foram obtidos 157 artigos de revisão, dos quais foram consultados 17.

Discussão: A vertigem é a causa mais prevalente de tontura em cuidados primários. A vertigem é provocada por um envolvimento assimétrico da actividade basal das vias vestibulares centrais ou periféricas, ocorrendo por episódios, verificando-se uma diminuição da intensidade desta à medida que o factor precipitante se dissipa ou que a compensação ocorre. A sua avaliação é clínica baseando-se na história e exame objectivo, mas nalguns casos é útil a utilização de exames auxiliares de diagnóstico. Nos primeiros passos desta avaliação é necessária a distinção entre vertigem de causa central e vertigem de causa periférica. De seguida é preciso saber qual a duração típica dos sintomas, pesquisando factores precipitantes e sintomas associados. O exame físico é essencial devendo-se tomar especial atenção ao exame neurológico. As manobras provocadoras de Dix-Hallpike no diagnóstico de VPPB merecem especial destaque. Os meios complementares de diagnóstico não têm grande utilidade com excepção da audiometria no estudo da Doença de Menière e a RMN na pesquisa de lesões ocupando espaço. O tratamento da vertigem deve ser específico e dirigido à causa subjacente, estando a terapêutica sintomática reservada aos episódios agudos servindo como ponte para exercícios de reabilitação, o tratamento definitivo em muitos casos.

Conclusão: A vertigem é um diagnóstico essencialmente clínico cujo diagnóstico, abordagem e tratamento está ao alcance dos cuidados de saúde primários. O contacto com as especialidades deve ser reservado e incentivado para os casos mais urgentes e preocupantes.

A.M.: Serviço de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde da Senhora da Hora (ULS Matosinhos). Matosinhos

© 2010 CELOM

SUMMARY

MANAGEMENT OF VERTIGO

Introduction: Dizziness is a non specific and incapacitating symptom. Its classification is based on the patient complaints and categorized in pre-syncope, disequilibrium, light-headedness and vertigo. Vertigo is the most prevalent cause of dizziness. This article pretends to review the management of vertigo, its causes, differential diagnosis and treatment.

Methods: The articles used in this review were obtained from a Medline search with the keywords vertigo and dizziness, from publications from the past 5 years in the English, Spanish and Portuguese languages.

Discussion: Vertigo is the most prevalent cause of dizziness in primary care. It is caused by an asymmetric involvement in the basal activity of the central and peripheral vestibular pathways. It occurs in episodes and the intensity of this symptom diminishes as the causative factor dissipates or compensation occurs. The clinical evaluation is based on the clinical history and physical examination. The first step in the differential diagnosis is to differentiate central vertigo from peripheral vertigo. Knowing the duration of symptoms, precipitating factors and associated symptoms and performing the Dix-Hallpike manoeuvre is important in achieving this. The treatment of vertigo must be specific and oriented to the cause, and the use of symptomatic therapy must be reserved to the acute episodes. The definite treatment are rehabilitation exercises.

INTRODUÇÃO

A tontura é uma causa frequente de procura de ajuda médica e é um sintoma não específico e muitas vezes incapacitante cujo diagnóstico é baseado na clínica. No doente idoso está muitas vezes associado a doenças cardiovasculares ou neurológicas, disfunção multissensorial ou a iatrogenia. Por seu lado, no doente jovem é um sintoma que está muitas vezes associado a perturbações vestibulares (como labirintite ou doença posicional paroxística benigna), perturbações psiquiátricas e uso de certos grupos de fármacos como sedativos, antidepressivos ou tranquilizantes. A classificação da tontura foi realizada pela primeira vez por Drachman e Hart seguindo uma categorização orientada pelas queixas do doente. Definiram assim quatro categorias de tontura: pré-síncope (descrita como uma sensação eminente de perda de consciência), desequilíbrio (ou sensação de queda aparente, não exclusivamente associada com o movimento), enturpecimento (descrito na literatura anglo-saxónica com *light headedness* que não apresenta uma definição ou diagnóstico associado claros) e vertigem (definida como uma ilusão de movimento, geralmente com sensação de rotação). Esta última é a causa de tontura mais prevalente^{1,2}.

Este trabalho consiste numa revisão clássica narrativa baseada na literatura onde se pretende abordar a avaliação do doente com vertigem, as suas causas, diagnóstico diferencial e tratamento.

MÉTODOS

O material consultado para fazer esta revisão foi obtido a partir de uma pesquisa na Medline com as palavras-chave *vertigo* e *dizziness*. Foram pesquisados artigos de revisão publicados entre 1 de Janeiro de 2002 e 31 de Dezembro de 2006, na língua inglesa, castelhano e português. Foram obtidos 157 artigos de revisão, dos quais foram consultados 17, de acordo com os critérios pertinência do tema e disponibilidade do artigo completo.

DISCUSSÃO

A vertigem é a causa de tontura mais prevalente responsável por 54 por cento dos casos de tontura assistidos nos cuidados de saúde primários. Destes casos 90 por cento vão ser provocados por três patologias: Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), neuronite vestibular ou Doença de Ménière. Os restantes casos serão iatrogénicos ou provocados por causas centrais como a doença cerebrovascular, enxaqueca ou neoplasias intracranianas^{1,2}.

A vertigem é provocada por um envolvimento assimétrico da actividade basal das vias vestibulares centrais ou periféricas, ocorre em episódios e diminui de intensidade à medida que o factor precipitante da vertigem se dissipa ou que a compensação central ocorre. No seu diagnóstico a história clínica e o exame objectivo são primordiais verificando-se apenas em determinados casos a utilidade de meios auxiliares de diagnóstico²⁻⁴.

Quando se aborda um doente que recorre à consulta com queixas deste tipo é necessário distinguir de imediato se o doente tem uma verdadeira vertigem ou outro tipo de tontura. A distinção é possível através da realização de uma simples pergunta: *Quando refere estar tonto, sente nessa altura a cabeça leve ou o mundo a rodar à sua volta?* Uma resposta afirmativa ao segundo ponto da questão permite assegurar que o doente se queixa de facto de uma vertigem. De seguida é necessário distinguir se a vertigem é de causa periférica ou de causa central. Para tal o clínico pode verificar determinados sinais como a presença e qualidade do nistagmo que o doente apresenta, características do desequilíbrio, perda auditiva, acufenos ou presença de sintomas ou sinais neurológicos não auditivos cuja presença e características podem fazer essa distinção²⁻⁴. Numa vertigem de causa periférica o nistagmo é horizontal combinado e torsional, é inibido pela fixação do olhar, a direcção deste não se altera com o olhar dirigido para o lado contralateral e desaparece em dias. Nestes casos o desequilíbrio é grave e o doente pode mesmo ser

incapaz de se levantar ou andar, a sensação de náusea e vômitos pode ser grave e a presença de sinais neurológicos não auditivos é rara. Pode coexistir perda de audição ou acufenos. Por outro lado na vertigem de causa central o nistagmo é puramente vertical, horizontal ou torsional, não é inibido pela fixação do olhar e a sua direcção pode ser alterada com mudança da direcção do olhar. Este nistagmo pode durar semanas a meses. Nestes casos a sensação de desequilíbrio é leve a moderada e é rara a perda de audição ou acufenos. Os sinais neurológicos são comuns³.

Das causas periféricas a VPPB, Doença de Ménière e neuronite vestibular aguda são as principais patologias que o clínico deve ter em mente ao realizar o diagnóstico diferencial. A VPPB é uma vertigem transitória causada por estimulação dos órgãos sensoriais vestibulares por canalolitíase. É geralmente provocada por movimento súbitos da cabeça e um sintoma característico é a provocação de uma vertigem incapacitante quando o doente se mexe ou na cama ou se tenta levantar de manhã^{5,6}. A Doença de Ménière é supostamente provocada por um aumento da endolinfa nos canais semicirculares. É caracterizada por uma tríade diagnóstica constituída pela presença de vertigem, acufenos e perda de audição progressiva⁷. A neuronite vestibular aguda é provocada pela inflamação do nervo vestibular, geralmente associada a uma infecção viral do aparelho respiratório superior que a precede. Vão existir alterações do impulso nervoso do lado afectado que provocam a vertigem. Esta é inicialmente incapacitante mas, como a doença é autolimitada, com o tempo irá resolver espontaneamente⁸⁻¹⁰.

Outras causas periféricas a referir são o colesteatoma, a síndrome de Ramsay-Hunt (associado muitas vezes a imunossupressão que irá provocar a reactivação do vírus varicela-zoster) e a fistula perilinfática, que surge após um traumatismo físico ou bórico¹⁻³.

Quando o diagnóstico é muito sugestivo de uma causa central os tumores do ângulo cerebelopontino e os acidentes cerebrovasculares são os problemas que mais preocupam o médico e que motivam a maior parte das referências aos cuidados de saúde secundários para um diagnóstico definitivo e orientação atempados. A enxaqueca também aparece associada à vertigem, podendo esta surgir em cerca de 25 por cento dos doentes com queixas sugestivas de enxaqueca. De notar também que a vertigem pode, por si só, ser factor causal da enxaqueca^{1-3,8}.

Outras causas de vertigem que merecem referência são a vertigem de causa cervical, este é um diagnóstico cujo mecanismo causal ainda suscita algumas dúvidas havendo autores que consideram que a vertigem é causada por

aféncias somatosensoriais provocadas pelos movimentos da cabeça ou por insuficiência vertebrobasilar. A iatrogenia é sempre algo que o clínico deve estar atento e no primeiro contacto com o doente deve perguntar a sua medicação habitual para despistar o uso de fármacos ototóxicos ou cujo efeito lateral seja a vertigem. Muito importante é a vertigem de causa psicológica. De suspeitar quando se está perante um doente com uma vertigem de duração muito prolongada e que resiste às provas terapêuticas realizadas^{1-3,8}.

O diagnóstico diferencial deve ser depois realizado através da inquirição sobre a duração típica dos sintomas, factores provocantes e sintomas associados. Deste modo um episódio de vertigem que tenha um curto tempo de duração, na ordem dos segundos a minutos sugere uma causa periférica nomeadamente VPPB e fistula perilinfática. Não esquecer que o aparecimento súbito deste sintoma, especialmente quando acompanhado de sinais neurológicos focais é sugestivo de doença cerebrovascular merecendo referência imediata a um serviço de urgência para confirmação. Por seu lado episódios que tenham uma maior duração de acção geralmente apontam para uma causa central como enxaqueca, neurinoma do acústico, esclerose múltipla ou pós-AVC. De salientar que causas periféricas como a doença de Ménière a o estágio precoce da neuronite vestibular aguda podem também ter uma duração de horas a dias. A merecer especial atenção tem a vertigem de causa psicogénica que deve ser suspeitada quando um doente apresenta sintomatologia com semanas de duração. Factores provocantes como alteração na posição da cabeça, infecção viral recente do aparelho respiratório superior, imunossupressão, alterações na pressão do ouvido, trauma e ruídos altos bem como stress devem ser questionados assim como outros sintomas associados à vertigem (de salientar a dor auricular ou mastoidea, fraqueza facial, cefaleia, fono e fotofobia, perda de audição e acufenos e presença de achados neurológicos focais)¹⁻³.

Após a realização de uma história clínica cuidada o clínico deve efectuar um exame objectivo tomando atenção em certos pontos. É importante a realização de um exame neurológico sumário pois este vai permitir identificar sinais neurológicos focais e constatar a presença e características do nistagmo e avaliar uma eventual perda auditiva o que podem apontar para um determinado diagnóstico. O exame da cabeça e pescoço, nomeadamente a avaliação do ouvido e membranas timpânicas vai identificar a presença de alguma fistula, trauma ou vesículas que sugiram a reactivação do vírus varicela zoster. O exame cardiovascular toma particular importância no doente ido-



Fig. 1 – Manobra de Dix-Hallpike. Consiste numa série de duas manobras: A. Com o doente sentado na mesa de exame, olhando em frente e com olhos abertos, o médico roda a cabeça do doente 45° para a direita; B. De seguida, o médico suporta a cabeça do doente enquanto este se coloca rapidamente em posição supina terminando com a cabeça pendurada num ângulo de 20° em relação à mesa. O doente permanece nesta posição 30"; C. Depois o doente retorna à posição original e é observado por mais 30"; D. A manobra é repetida, desta vez rodando a cabeça do doente para o lado esquerdo; E. O teste é positivo quando qualquer uma destas manobras reproduz a vertigem com ou sem nistagmo.

so pela identificação de alterações hemodinâmicas ortostáticas que estejam a provocar os sintomas¹⁻³. Finalmente e de especial importância o clínico deve realizar manobras provocadoras, nomeadamente a manobra de Dix-Hallpike pela sua capacidade de despoletar os sintomas que trazem o doente à consulta e de fornecer um diagnóstico muito sugestivo de VPPB. Esta manobra está descrita na Figura 1.

Os achados nesta manobra também permitem fazer a distinção entre vertigem de causa periférica ou central. Na vertigem periférica existe um período de latência com segundos de duração entre a provocação e o nistagmo, a gravidade da vertigem é grave, muito sintomática e o nistagmo provocado dura menos de um minuto e sofre dos fenómenos de fatigabilidade e habituação. Pelo contrário na vertigem central não há período de latência e a gravidade da vertigem é ligeira. O nistagmo dura mais de um minuto e não apresenta os fenómenos de fatigabilidade ou habituação^{3,11,12}.

A realização de exames laboratoriais não está indicada na abordagem inicial da vertigem uma vez que o diagnóstico desta é predominantemente clínico. A realização de uma audiometria pode ser de alguma utilidade na suspeita de uma Doença de Ménière para a documentação de perda auditiva. Estudos radiológicos, nomeadamente a realização de Tomografia Computadorizada (TC), são de considerar em doentes com vertigem associada a sintomas ou sinais neurológicos focais (como afasia, disartria, parali-

sia facial ou outros), com factores de risco de doença cerebrovascular ou perda progressiva unilateral de audição. De notar que a Ressonância Magnética (RM) pode ter maior utilidade pois permite uma melhor visualização da fossa craniana posterior onde se registam o maior número de alterações do sistema nervoso central que provocam a vertigem¹⁻³.

O tratamento da vertigem tem três componentes: específico, sintomático e de reabilitação¹³. O tratamento específico é dirigido à causa subjacente e pode ser curativo. No doente com VPPB a realização da manobra de reposicionamento dos otolitos (manobra de Epley) é geralmente curativa, trazendo grande satisfação para o médico e o doente, e pode ser realizada no consultório^{13,14}. Esta está descrita na Figura 2.

Na neuronite vestibular aguda o tratamento consiste no alívio sintomático com medicamentos supressores vestibulares, podendo o médico utilizar corticosteróides ou aciclovir (no Síndrome de Ramsay-Hunt). Esta é uma doença auto-limitada que com o tempo vai diminuindo de intensidade até resolução completa da sintomatologia, podendo a realização de exercícios vestibulares diminuir o tempo de recuperação. Na Doença de Ménière não existe um tratamento cuja evidência esteja comprovada. Pela sugestiva patofisiologia uma dieta pobre em sal (um a dois gramas de sal por dia) e a utilização de diuréticos, geralmente a combinação de hidroclorotiazida com triamtereno,



Fig. 2 – Manobra de Epley. Consiste em: A. O doente senta-se na mesa de exame, com os olhos abertos e roda a cabeça 45° para o lado afectado (neste caso a direita); B. De seguida, o médico suporta a cabeça do doente enquanto este se coloca rapidamente em posição supina terminando com a cabeça pendurada num ângulo de 20° em relação à mesa; C. O médico roda a cabeça do doente 90° para o lado esquerdo e permanece nesta posição 30”; D. Depois o médico roda a cabeça do doente 90° adicionais para a esquerda enquanto o doente roda o seu corpo 90° na mesma direcção, ficando em decúbito lateral. Permanece 30” nesta posição; E. O doente senta-se no lado esquerdo da mesa de exame. O procedimento pode ser repetido até o doente sentir alívio dos sintomas.

pode diminuir o grau de progressão da doença. A descompressão cirúrgica está reservada para aqueles doentes com doença grave e refractária. No doente com vertigem por doença isquémica o tratamento passa essencialmente pela prevenção de futuros eventos trombóticos, nomeadamente o controlo de factores de risco cardiovascular como a redução da pressão arterial, diminuição da colesterolemia, cessação tabágica e inibição da função plaquetária. A vertigem aguda neste contexto é controlada com medicação de supressão vestibular e, logo que tolerado, exercícios de reabilitação vestibular. A intervenção cirúrgica nestes casos passa pela colocação de *stents* vertebrobasilares e descompressão neurocirúrgica se existe o risco de aumento da pressão intracraniana que provoque a compressão do tronco cerebral pelas amígdalas cerebelosas. No doente com enxaqueca a vertigem responde ao tratamento daquela. Assim são sugeridas alterações da dieta e estilo de vida de modo que o doente evite os factores precipitantes da enxaqueca. Os exercícios de reabilitação vestibular e medicação dirigida ao tratamento da enxaqueca são de grande utilidade. Na vertigem provocada por perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbações ansiosas, está demonstrado que os fármacos supressores vestibulares

têm um efeito transitório e o doente pode beneficiar mais com o uso de fármacos antidepressivos como os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (citalopram, fluoxetina, paroxetina ou sertralina)¹³.

O tratamento sintomático tem em vista tratar os sintomas de vertigem através do uso de fármacos supressores vestibulares. Ele tem maior utilidade na vertigem aguda com duração de algumas horas a dias. Aqui as moléculas que actuam no sistema dopaminérgico ou histaminérgico são as preferidas como a metoclopramida, dimenidrato, meclizina ou betahistina. Elas não devem ser usadas cronicamente, servindo apenas como uma ponte até o doente tolerar os sintomas vertiginosos para poder realizar exercícios de reabilitação vestibular que irão ser o tratamento definitivo^{13,15,16}.

Os exercícios de reabilitação vestibular são exercícios que modelam o cérebro a usar pistas visuais e proprioceptivas alternativas para manter o equilíbrio e a marcha. Devem ser iniciados após estabilização da vertigem aguda e paragem do uso de fármacos supressores vestibulares. Está demonstrado que melhoram o nistagmo, o controlo postural, tonturas bem como todos os outros sintomas vertiginosos tornando-se assim o tratamento definitivo para muitos doentes^{13,17}.

CONCLUSÃO

A vertigem é um diagnóstico essencialmente clínico cujo diagnóstico, abordagem e tratamento está ao alcance dos cuidados de saúde primários. É necessário seguir uma abordagem sistematizada para diagnosticar as causas mais urgentes e preocupantes como a doença cerebrovascular e neoplasias intracranianas. No entanto, é necessário insistir para a consciencialização que o tratamento sintomático da vertigem deve ser de curta duração servindo apenas como ponte para o doente tolerar os exercícios de reabilitação vestibular, que serão o tratamento definitivo. O contacto com as especialidade, como a Otorrinolaringologia ou Neurologia, deve ser reservado e incentivado para os casos mais urgentes, preocupantes ou que ultrapassem a capacidade de resolução do médico de família.

AGRADECIMENTOS

O autor deseja agradecer a Sofia Carvalho e Ricardo Gouveia pela colaboração na realização das fotografias que incluem este trabalho.

Conflito de interesses:

O autor declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. HANLEY K, O'DOWD T, CONSIDINE N: A systematic review of vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51:666-671
2. BALOH RW: Vertigo. *Lancet* 1998;352:1841-6
3. LABUGUEN RH: Initial evaluation of vertigo. *Am Fam Physician* 2006;73(2):244-251
4. TRACCIS S, ZORODDU GF, ZECCA MT, CAU T, SOLINAS MA, MASURI R: Evaluating patients with vertigo: bedside examination. *Neurol Sci* 2004;25(Suppl 1):S16-9
5. FURMAN JM, CASS SP: Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 1999;341(21):1590-6
6. VON BREVERN M, SEELIG T, NEUHAUSER H, LEMPERS T: Benign paroxysmal positional vertigo predominantly affects the right labyrinth. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75(10):1487-8
7. SAEED SR: Fortnightly review. Diagnosis and treatment of Ménière's disease. *BMJ* 1998;316(7128):368-372
8. HOTSON JR, BALOH RW: Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med* 1998;339(10):680-5
9. COOPER CW: Vestibular neuronitis: a review of a common cause of vertigo in general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43(369):164-7
10. BALOH RW. Clinical practice. Vestibular neuritis. *N Engl J Med* 2003;348(11):1027-32
11. KOELLIKER P, SUMMERS RL, HAWKINS B: Benign paroxysmal positional vertigo: diagnosis and treatment in the emergency department – a review of the literature and discussion of canalith-repositioning maneuvers. *Ann Emerg Med* 2001;37(4): 392-8
12. CRESPI V: Dizziness and vertigo: an epidemiological survey and patient management in the emergency room. *Neurol Sci*. 2004;25(Suppl 1):S24-5
13. SWARTZ R, LONGWELL P: Treatment of vertigo. *Am Fam Physician* 2005;71(6):1115-22
14. LEMPERS T, GRETTY MA, BRONSTEIN AM: Benign positional vertigo: recognition and treatment. *BMJ* 1995;311:489-491
15. FLAKE ZA, SCALLEY RD, BAILEY AG: Practical selection of antiemetics. *Am Fam Physician* 2004;69(5):1169-74
16. CESARANI A, ALPINI D, MONTI B, RAPONI G: The treatment of acute vertigo. *Neurol Sci* 2004;25(Suppl 1):S26-30
17. YARDLEY L, BEECH S, ZANDER L, EVANS T, WEINMAN J: A randomized controlled trial of exercise therapy for dizziness and vertigo in primary care. *Br J Gen Pract* 1998;48:1136-40