
ARTIGO DE REVISÃO

Nova abordagem das Vertigens: correlação clínica

Rosemeri Maurici da Silva¹, Maria Zélia Baldessar², Marcos Flávio Guizoni³,
Renata da Silva Bolan⁴, Jaqueline Locks Pereira⁵, Thiago Simiano Jung⁵

Resumo

Este artigo consiste em uma revisão ampla sobre vertigem e seu diagnóstico diferencial.

Descritores: 1. *Vertigem*;
2. *Diagnóstico diferencial*.

Abstract

This article consists on a comprehensive revision about vertigo and its differential diagnosis.

Key words: 1. *Vertigo*;
2. *Differential diagnosis*.

¹Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Doutora em Medicina/Pneumologia.

²Médica Hematologista, Professora do Curso de Medicina da Unisul

³Neurocirurgião, Professor do Curso de Medicina da Unisul

⁴Residente em Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão - SC

⁵Acadêmicos do Curso de Medicina da Unisul

Introdução

A tontura é uma das queixas mais frequentes no âmbito da atenção primária à saúde.⁽¹⁾ Dada sua inespecificidade, além do fato de estar presente tanto em doenças benignas quanto em potencialmente fatais, essa queixa comumente gera insegurança e frustração em pacientes e médicos.⁽²⁾

A fim de facilitar a abordagem desse sintoma, deve-se esclarecer a qual dos quatro tipos básicos de tontura refere-se a queixa do paciente: vertigem, pré-síncope, desequilíbrio ou sensação de “cabeça leve”^(1,3).

A vertigem é responsável por aproximadamente 54% dos casos onde a queixa do paciente é tontura. Caracteriza-se principalmente pela falsa sensação de movimento, usualmente rotacional, agravada pela movimentação da cabeça ou pela mudança de posição, associada a outros sintomas como náuseas, vômito, diaforese, instabilidade postural, zumbido, perda auditiva e sinais neurológicos focais.^(1,4) Uma vez determinado que o paciente tem vertigem, o próximo passo é esclarecer se a vertigem é central ou periférica. Uma causa central de vertigem aguda, como infarto ou hemorragia cerebelar pode ameaçar a vida, requerendo intervenção imediata. O conhecimento da apresentação clínica e da frequência das várias causas de vertigem auxilia nesse diagnóstico.^(1,5,6)

Estudo brasileiro realizado por Kanashiro e colaboradores, em 2004, para determinar a frequência das síndromes vestibulares e não vestibulares, encontrou que 53% dos casos correspondem a vertigem periférica, 12% vertigem postural fóbica, 10% vertigem central, 9% indefinidos, 6% enxaqueca, 6% causas clínicas e 5% correspondem a outras causas neurológicas.⁽⁵⁾

Com base nos aspectos acima citados, justifica-se a elaboração desse artigo que visará o diagnóstico diferencial de vertigem, enfatizando a diferenciação entre origem central e periférica, bem como as principais causas de origem periférica.

Distinção entre vertigem de origem periférica e central

A sensação rotatória que acompanha a vertigem pode ser atribuída a distúrbios na interação entre órgãos vestibulares da orelha interna, tronco cerebral e cerebelo, não sendo, portanto, exclusiva do sistema vestibular. Quando esta possui origem central, pode se apresentar de maneira bastante heterogênea, no entanto,

afortunadamente, a presença de sinais neurológicos permite a diferenciação.⁽²⁾

Informações facilmente obtidas à beira do leito, como duração do sintoma vertiginoso; o que o provoca e o que agrava; tipo de nistagmo; severidade da instabilidade postural; quais são os sintomas associados, especialmente sintomas neurológicos e perda auditiva, constituem o pivô do esclarecimento diagnóstico, (Tabela 1).^(1,6,7)

Acidente vascular cerebral envolvendo a circulação posterior raramente causa ataques isolados de vertigem. Quando ocorrem, são frequentes, breves, e acompanhados por alguns dos sinais e sintomas de doença vertebrobasilar: cefaléia, visão dupla, perda de visão, disartria, disfagia, ataxia, parestesia e perda de força envolvendo estruturas de ambos os lados do corpo.^(6,8,9,10,11) Neoplasias, por sua natureza expansiva, podem provocar episódios discretos de vertigem, mas de evolução progressiva e, na maioria das vezes, acompanhados de alteração no exame neurológico.^(2,11)

A grande dúvida diagnóstica envolve casos de vertigem aguda severa, durando dias, em que se deve excluir infarto cerebelar.^(6,8) Aproximadamente 25% dos pacientes com fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC) que procuram a emergência com vertigem aguda severa, nistagmo e instabilidade postural isolada, apresentam infarto da região cerebelar inferior. O reconhecimento de um AVC envolvendo a parte inferior do cerebelo é de extrema importância, pois o edema cerebelar resultante, a menos que haja uma intervenção neurocirúrgica, pode comprimir o tronco cerebral, levando a morte.^(6,8) Além disso, o reconhecimento desse diagnóstico comumente levanta a suspeita de uma causa cardíaca para o embolismo, levando a investigação e anticoagulação oral a longo prazo para prevenir novos episódios, caso a suspeita se confirme.⁽⁸⁾

Neurite Vestibular Aguda *versus* Infarto Cerebelar

Neurite vestibular tipicamente começa em poucas horas, atinge o pico no primeiro dia, e então melhora dentro de dias.⁽⁶⁾ Alguns pacientes apresentam por alguns meses tontura e desequilíbrio residuais.^(7,11) Essa condição decorre da perda unilateral isolada, súbita, total ou subtotal da função vestibular periférica. Usualmente é atribuída a uma infecção viral ou a um evento para-infeccioso, entretanto, há poucas evidências que confirmem sua etiologia.^(7,8,11)

Infarto e hemorragia do cerebelo inferior podem causar vertigem, nistagmo e instabilidade postural, com poucos sintomas adicionais que diferenciem essa condição de neurite vestibular. Um exame físico pormenorizado pode auxiliar no diagnóstico.⁽⁶⁾

Um teste bastante útil é o teste do impulso da cabeça, que, quando positivo, aponta para ausência de função no canal semicircular lateral no lado afetado. Dessa forma, se positivo, firma-se o diagnóstico de neurite vestibular, e se negativo, reforça a possibilidade de infarto cerebelar.^(7,8)

Nistagmo puramente vertical ou puramente torcional, na quase totalidade das vezes, é atribuído à causa central.⁽⁶⁾ Por outro lado, nistagmo horizontal-torcional freqüentemente se faz presente na neurite vestibular, podendo, no entanto, estar presente na vertigem de origem central.^(6,8) Na neurite vestibular, a intensidade do nistagmo muda com a direção do olhar, mas a direção predominante continua sempre a mesma, e o nistagmo é suprimido pela fixação do olhar.^(6,8) Isto pode levar a não visualização do nistagmo durante o exame clínico. Fazer o exame de um olho através de um oftalmoscópio enquanto o outro olho é mantido coberto ou com a utilização de óculos de Frenzel para se evitar a fixação do olhar, pode contornar o problema. No infarto cerebelar o nistagmo não é suprimido pela fixação do olhar, sendo observado com ou sem o uso de óculos de Frenzel.⁽⁸⁾

Outra característica útil para o diagnóstico é o grau de instabilidade postural. Pacientes com infarto cerebelar usualmente não permanecem em pé sem suporte, mesmo com os olhos abertos, enquanto na neurite vestibular o paciente permanece em pé e caminha sem auxílio, embora tenda a se inclinar e cair para uma direção.^(6,8)

Exames de imagem estão recomendados nas seguintes situações: exame clínico de paciente com síndrome vestibular aguda que não resulta em achados típicos de desordem vestibular periférica, início súbito de sintomas vertiginosos em paciente com fatores de risco proeminentes para AVC, paciente com cefaléia severa recente acompanhada de vertigem aguda, e vertigem associada à perda auditiva unilateral progressiva.^(1,2,3,6,7)

Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)

É a causa mais comum de vertigem nos serviços de atenção primária a saúde, onde dados demonstram que até 42% dos casos de vertigem são devidos a VPPB.

^(8,17)

A história clínica, na maioria das vezes, é suficiente para o seu diagnóstico. O relato dos pacientes referindo vertigem recorrente, com curto período de duração (até cinco minutos), desencadeada por mudança na posição da cabeça, como girar na cama à noite e elevar a cabeça para olhar para o alto, é muito sugestivo desta condição.^(2,6, 12,17)

Sua fisiopatologia consiste na mobilização de partículas sólidas e livres (otoconias) dentro dos canais semicirculares, sendo mais freqüentemente acometido o canal semicircular posterior. A mobilização das otoconias acaba por gerar assimetria na função vestibular direita e esquerda, provocando vertigem e nistagmo.^(2,12)

Embora a causa da VPPB seja pouco conhecida, observa-se relação desta com trauma craniano, neurite vestibular, infecção e cirurgia.^(12,17)

Além da história clínica, o exame físico, através de manobras específicas como o teste de Dix-Hallpike, é capaz de desencadear os sintomas, com o nistagmo tendo alto valor preditivo positivo para VPPB.⁽¹¹⁾ Antes de executar esta manobra, é importante que o médico informe seu paciente que o exame pode desencadear vertigem, de forma a causar menor desconforto. O teste consiste em mudar o paciente de uma posição sentada, com a cabeça em rotação de 45° para o lado que está sendo testado, para uma posição deitada com a cabeça levemente abaixo do plano horizontal.^(4,12) Considera-se um teste positivo se a manobra desencadear vertigem e nistagmo, que tipicamente tem um período de latência de cinco a vinte segundos, orientação horizontal/rotacional e diminui de intensidade com o fixar do olhar em um ponto e com a repetição sucessiva da manobra.^(12,17)

A VPPB raramente é acompanhada de sintomas como zumbido, perda auditiva e plenitude auricular, de forma que a presença destes justifica a investigação de outras doenças. Durante os momentos de vertigem o paciente pode referir náusea e menos freqüentemente vômito, contudo, o paciente permanece por longo período totalmente assintomático.^(16,17)

A evolução clínica da VPPB pode ser com a cura espontânea, ou exigir manobras como a de Epley, para retirar a otoconias do canal semicircular acometido.^(4,12,17)

Doença de Menière

Esta doença tem incidência de até 6 em cada 1000 pessoas em todo o mundo, existindo forte associação

familiar. Sua alteração base é o desequilíbrio hídrico no ouvido interno, gerando hipertensão no sistema endolinfático. Consiste na principal causa de vertigem nos serviços especializados.⁽¹³⁾

A história clínica é caracterizada por perda auditiva flutuante, principalmente para sons de baixa frequência, episódios recorrentes de vertigem que tem início e resolução espontânea com duração de horas a dias, e sintomas associados como zumbido e plenitude auricular.^(2,7)

A idade de início dos sintomas vai dos 20 aos 50 anos, tendo uma leve predominância de casos em homens. No início da doença, 80% dos casos tem acometimento unilateral, posteriormente, com a evolução da doença, existe acometimento bilateral.⁽¹⁴⁾

A história clínica desta doença pode ser dividida em três estágios. Na fase inicial, o sintoma predominante é a vertigem, e a função auditiva é normal nos períodos entre as crises. Em um segundo estágio, a vertigem atinge maiores proporções, e existe perda auditiva de caráter flutuante. Em estágios mais avançados, a intensidade da vertigem vai diminuindo, e a perda auditiva deixa de ser flutuante e passa a ser progressiva.^(8,14)

A audiometria se mostra um exame complementar útil na investigação da doença de Menière, mostrando perda auditiva sensorio-neural.⁽²⁾

Migrânea

A vertigem associada à migrânea pode ocorrer como um sintoma de aura ou como um sintoma associado à crise. Em alguns casos, pode apresentar-se como substituta às crises de cefaléia, como ocorre em alguns indivíduos que na adolescência apresentavam muita cefaléia e que na vida adulta passam a apresentar crises de vertigem.⁽¹⁶⁾

O padrão de apresentação da vertigem relacionada à migrânea, são crises de vertigem recorrente, de início súbito e espontâneo, com curto período de duração, sem sintomas associados de perda auditiva ou zumbido.^(8,16)

Os mecanismos fisiopatológicos são os mesmos que explicam a migrânea, sendo que as mesmas medidas para o tratamento desta, como cuidados com dieta, tratamento farmacológico de crise e profilático, também melhoram os sintomas vertiginosos.⁽⁴⁾

Vertigem Postural Fóbica

Tem como característica a combinação de sintomas subjetivos de vertigem oscilatória e desequilíbrio

(instabilidade postural), que iniciam subitamente na presença de situações específicas.⁽¹¹⁾ Existe íntima relação desta com doenças psiquiátricas, como ansiedade, depressão, pânico, personalidade obsessivo-compulsiva e labilidade emocional.⁽¹⁵⁾

O início das crises pode estar associado a algum evento estressante da vida, como doença grave, dentre outros.^(11,15)

Náusea, vômito, ou sintomas de lesão vestibular, não estão presentes. O exame físico é normal. O tratamento das condições psiquiátricas, bem como o esclarecimento do paciente são eficazes no controle da sintomatologia.⁽¹⁵⁾

Conclusão

Existem poucos trabalhos na literatura que ofereçam evidências da efetividade das intervenções na abordagem da vertigem. Particularmente no Brasil, não dispomos ainda de dados estatísticos.

Motivados por esse tipo de raciocínio, esta revisão tem por objetivo contribuir no sentido de estimular o estudo de um sintoma subjetivo e extremamente incômodo, que quando adequadamente compreendido e aliviado, pode deixar de comprometer consideravelmente a qualidade de vida do paciente.

Quadro 1 - Distinção entre vertigem periférica e central

Indício	Vertigem Periférica	Vertigem central
Latência dos sintomas e do nistagmo	2 a 40 segundos	Nenhum
Severidade da Vertigem	Severa	Moderada
Tipo de Nistagmo	Horizontal e torsional combinados; diminui ou é abolido com a fixação do olhar; não muda de direção com o olhar para o outro lado	Puramente vertical, horizontal, ou torsional; não inibidos pela fixação do olhar; pode durar de semanas a meses; pode mudar de direção com a fixação do olhar em direção a fase rápida do nistagmo
Duração do nistagmo	Usualmente menor que 1 minuto	Usualmente maior que 1 minuto
Fatigabilidade*	Sim	Não
Habituação†	Sim	Não
Instabilidade postural	Hábil para caminhar; instabilidade unidirecional	Incapaz de caminhar sem auxílio; instabilidade severa
Perda auditiva e zumbido	Podem estar presentes	Usualmente ausentes
Outros sintomas neurológicos	Ausentes	Usualmente presentes

*Resposta remite espontaneamente se a posição é mantida

†Resposta é atenuada se a posição é repetidamente assumida

Adaptado de Labugue e colaboradores e Swartz e colaboradores^(1,4)

Referências bibliográficas:

1. Labugue RH. Initial evaluation of vertigo. *Am Fam Physician*. 2006 Jan 15; 73(2): 244-51.
2. Gonzalez M, Pineda F, Pineda MV. Vertigo: una visión otorrinolaringológica para la medicina general. *Acta méd. costarric*, 2002 Mar 1;44: 10-18.
3. Drachman DA. A 69-Year-Old Man With Chronic Dizziness. *JAMA* 1998; 280: 2111-18.
4. Swartz R, Longwell P. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician* 2005 Mar 15; 71(6):1115-22.
5. Kanashiro AMK, Pereira CB, Melo ACP, Scaff M. Diagnosis and treatment of the most frequent vestibular syndromes. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2005 Mar; 63(1): 140-44.
6. Hotson JR, Baloh RW. Acute vestibular syndrome. *N Engl J Med* 1998; 339: 680-85.
7. Baloh RW. Vestibular neuritis. *N Engl J Med* 2003 Mar 13; 348(11):1027-32
8. Halmagyi GM. Diagnosis and management of vertigo. *Clin Méd* 2005 Mar-Apr;5(2):159-65.
9. Savitz SI, Caplan LR. Vertebrobasilar disease. *N Engl J Med* 2005 Jun 23; 352(25):2618-26.
10. Kanagalingam J, Hajioff D, Bennett S. **Vertigo**. *BMJ* 2005; 330: 523.
11. Hanley K; Dowd TO; Considine N. A systematic review of vertigo in primary care. *British Journal of General Practice* 2001 Aug 1; 51 (469): 666-71.
12. Furman JM, Cass SP. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med* 1999 Nov 18; 341(21):1590-6.
13. Hanley K, O'Dowd T. Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study. *British J of General Practice* 2002 Oct 1; 52 (483):809-812.
14. Kerr AG; Assessment of vertigo. *Ann Acad Med Singapore* 2005 May; 34(4):285-8.
15. Círiaco GM, Alexandre PL, Pereira CB, Wang YP, Scaff M. Phobic postural vertigo: clinical aspects and course of illness. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2004; 62(3a): 669-673.
16. Mukherjee A, Chatterjee SK, Chakravarty A. Vertigo and dizziness: a clinical approach. *J Assoc Physicians India*. 2003 Nov; 51:1095-101.
17. White J. Benign paroxysmal positional vertigo: How to diagnose and quickly treat it. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2004; 71(9): 722-728.

Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
Rua Moçambique, 852, Rio Vermelho
Florianópolis – SC
CEP 88060415
E-mail: rosemaurici@gmail.com