

Vertigem central e vertigem periférica

Central vertigo and peripheral vertigo

Dárley Ferreira Procópio¹, Diene Almeida Seixas¹, Flávia Carvalho Botelho¹, Gustavo Henrique Silva¹, Hellen de Andrade Bianchi¹, Kleyton Willian Pereira Tomaz¹, Moara Lins Filgueiras¹, Natália de Paula Lopes e Silva¹, Saulo Luiz Carvalho Silva²

¹Acadêmicos do 10º período da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
²Médico Plantonista da Clínica Médica do Hospital Risoleta Tolentino Neves (orientador).

RESUMO

A vertigem é um sintoma inespecífico de sensação de movimento rotacional transitório, descrita pela maioria dos pacientes como tontura. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, diferenciando-a de outras formas de tontura e definindo sua origem como central ou periférica. Esta abordagem permite a identificação de pacientes cuja vertigem é manifestação de doença potencialmente grave e que merecem tratamento hospitalar imediato. Para diagnóstico etiológico exames complementares podem ser necessários. O tratamento é direcionado para a causa da vertigem e inclui tratamento definitivo, quando disponível, tratamento sintomático e terapia de reabilitação vestibular.

Palavras-chave: Vertigem; Tontura; Labirinto; Vestíbulo do Labirinto.

ABSTRACT

Vertigo is an unspecific sensation of transitory spinning, usually described by patients as dizziness. It's diagnosis is clinical, including other types of dizziness and differences between central and peripheral origin. This approach allows identify those patients whose vertigo is a symptom of serious disease. They must be referenced immediately for treatment in a hospital. A laboratorial approach can be necessary to find the etiology diagnosis. The treatment is defined by vertigo's etiology and includes vestibular exercises, specific treatment, if it is available, and symptomatic one.

Key words: Vertigo; Dizziness; Labyrinth; Vestibule Labyrinth..

INTRODUÇÃO

A vertigem é a sensação que o paciente tem de estar girando em torno do ambiente, ou vice-versa. Na maioria das vezes, decorre de lesão ou disfunção unilateral do aparelho vestibular ou da porção vestibular do VIII nervo craniano.¹

A subvalorização da importância da queixa de vertigem é frequente, entretanto, pode ser associada desde à causa benigna até o acidente vascular encefálico e à neoplasia do ângulo ponto-cerebelar.² A sua abordagem, por isso mesmo, pode ser feita inadequadamente, como sinônimo de “labirintite”, tratando-a com flunarizina ou cinarizina.¹

Esta discussão procura refletir sobre a necessidade do manejo da vertigem por meio de visão generalista e alertar sobre a sua importância.

Instituição:
Hospital Risoleta Tolentino Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Kleyton Willian Pereira Tomaz
Rua: Camões, 390, apartamento 601
Bairro: São Lucas
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30240-270
Email: kleyton_tomaz@yahoo.com.br

FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A tontura é sintoma incapacitante e inespecífico, comum na prática clínica. Pode ser definida como ilusão de movimento, sendo classificada (Drachman e Hart) em quatro categorias de acordo com as queixas do paciente: pré-síncope (sensação iminente de perda de consciência); desequilíbrio (sensação de queda aparente); vertigem (ilusão de movimento, geralmente com sensação rotacional); e *light headness* (forma inespecífica, sem definição e diagnóstico claros).³

A vertigem é a forma mais comum de tontura. Na maioria dos casos, o paciente descreve sensação de rotação do seu próprio corpo ou do ambiente ao redor. É consequência de dano ou disfunção no labirinto, nervo vestibular ou estruturas centrais do sistema vestibular.⁴

O labirinto é constituído pelos canais semicirculares e órgãos otolíticos responsáveis, respectivamente, pela sensação de movimento angular e pela sensação de movimento linear. O sistema nervoso central recebe impulsos de ambos os labirintos e os compara. As descargas aferentes são exatamente balanceadas quando a cabeça está em repouso. Durante o movimento, os impulsos provenientes dos labirintos direito e esquerdo são ora excitados, ora inibidos, gerando diferenças na atividade do oitavo nervo, que são reconhecidas como movimento. A supressão da alternância direita-esquerda é interpretada pelo sistema nervoso como vertigem e traduzida sob a forma de manifestações visuais. O acometimento dos canais semicirculares gera a sensação de movimento rotacional, enquanto do sistema otolítico de flutuação ou inclinação.

O sistema vestibular faz conexões com o cerebelo, os núcleos que controlam a motricidade ocular, a medula espinhal e o córtex cerebral. As conexões vestibulo-oculares são responsáveis pela coordenação dos movimentos oculares durante a movimentação da cabeça, enquanto o trato vestibulo-espinhal auxilia na manutenção da postura ereta. As conexões cerebelares modulam essas atividades.

As causas de vertigem são classificadas genericamente como centrais e periféricas (Tabela 1), sendo as causas periféricas responsáveis por 80% dos casos. Esses grandes grupos apresentam sinais e sintomas distintos, porém com algumas sobreposições.

O diagnóstico da causa de vertigem, central ou periférica, é eminentemente clínico. Na anamnese, os principais elementos são a duração e a gravidade da sintomatologia. É fundamental a realização do exame neurológico, incluindo a pesquisa de nistagmo e, eventualmente, a avaliação da acuidade auditiva.⁵

Tabela 1 - Causas da vertigem central e periférica

Causes of vertigo
Peripheral causes
Benign paroxysmal positional vertigo
Vestibular neuritis
Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome)
Meniere's disease
Labyrinthine concussion
Perilymphatic fistula
Semicircular canal dehiscence syndrome
Cogan's syndrome
Recurrent vestibulopathy
Acoustic neuroma
Aminoglycoside toxicity
Otitis media
Central causes
Migrainous vertigo
Brainstem ischemia
Cerebellar infarction and hemorrhage
Chiari malformation
Multiple sclerosis
Episodic ataxia type 2

Fonte: Causas de vertigem central e periférica (extraído de Furman JM, Barton J. Approach to the patient with vertigo [Cited 2011 Jan] <<http://www.uptodate.com>>)

A vertigem nunca é sintoma permanente e contínuo. As lesões permanentes promovem a adaptação do sistema nervoso central (SNC) com seu desaparecimento em dias ou semanas. Pode haver eventualmente a recorrência da sintomatologia. É sempre desencadeada ou agravada por movimentos da cabeça. Náuseas e vômitos são queixas comuns em casos agudos, principalmente de vertigem de origem periférica, estando ausentes em manifestações leves e em episódios muito breves.

A vertigem recorrente, com duração inferior a um minuto, sugere vertigem posicional paroxística benigna (VPPB). É caracterizada por episódio único, com duração de minutos a poucas horas. Os episódios recorrentes com duração de horas sugerem doença

de Menière. Um episódio prolongado e grave ocorre na neurite vestibular, esclerose múltipla, infarto cerebral, cerebelar ou de tronco encefálico.

A história de trauma crânio-encefálico (TCE), barotrauma e cirurgia da orelha média deve ser investigada como causa de fístula perilinfática. O TCE também pode ser causa de VPPB pós-traumática e de dissecação da artéria vertebral com isquemia da fossa posterior. Deve ser pesquisado o uso de medicamentos que causam toxicidade vestibular (cisplatina, aminoglicosídeos) ou cerebelar (fenitoína). É indispensável avaliar a presença de fatores de risco para acidente vascular encefálico (AVE), principalmente em idosos, nos quais a vertigem pode ser decorrente de isquemia vértebro-basilar.

A pesquisa de nistagmo auxilia na distinção de causas centrais e periféricas de vertigem. Na vertigem periférica, o nistagmo pode ser horizontal ou horizontal-rotacional, mas nunca exclusivamente rotacional ou vertical. Pode surgir espontaneamente ou ser desencadeado por movimentos da cabeça, tipicamente na manobra de Dix-Hallpike (Figura 1).

O nistagmo, quando induzido, em geral tem latência inferior a 30 segundos. A fadigabilidade é característica e pode ser confirmada com as lentes de Frenzel.

O nistagmo que acompanha a vertigem de origem central geralmente tem intensidade significativamente superior à intensidade da vertigem e, quando induzido, não apresenta latência e fadigabilidade. Pode ser exclusivamente rotacional ou vertical e sua direção pode mudar de acordo com a movimentação dos olhos.

No exame neurológico deve-se procurar sinais focais, como: alterações da sensibilidade e da força, diplopia, disfagia, disartria, que sugerem origem central. Deve ser dada ênfase à avaliação do equilíbrio estático e dinâmico. Nos distúrbios periféricos unilaterais, o paciente é capaz de deambular e, no teste de Romberg, ele se inclina ou cai para o lado da lesão. Nas lesões de origem central, o paciente é incapaz de deambular e o teste de Romberg é positivo, com direção variável da queda.

A avaliação da acuidade auditiva é necessária quando há suspeita de síndrome de Menière e outras doenças que cursam com lesão da orelha interna.

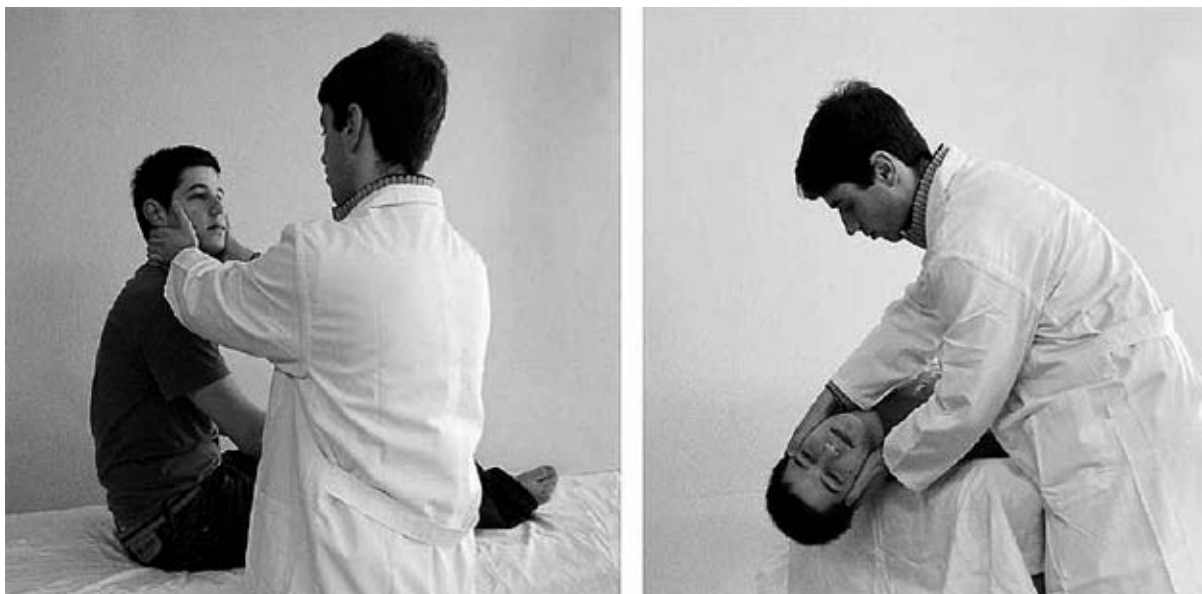


Figura 1 – Manobra de Dix-Hallpike: A. Com o paciente sentado na mesa de exame, olhando para frente com os olhos abertos, o médico roda a cabeça do paciente 45° para a direita; B. em seguida, o médico segura a cabeça do paciente enquanto este se coloca rapidamente em posição supina, terminando com a cabeça pendente em ângulo de 20° em relação à mesa. O paciente permanece nessa posição 30”; C. Depois, o paciente retorna a posição inicial 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 induz a vertigem com ou sem nistagmo (extraída de Macedo A. Abordagem do síndrome vertiginoso. Acta Med Port. 2010; 23: 095-100)

Os testes de Rinne e Weber permitem diagnóstico diferencial entre distúrbios de condução e neurosensoriais. A confirmação diagnóstica requer a realização de audiometria.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL _____

Os exames complementares são dispensáveis na maior parte dos casos de vertigem. Podem, entretanto, ser úteis diante da suspeita de lesões centrais de pior prognóstico ou em casos duvidosos. A ressonância nuclear magnética (RNM) é útil quando há suspeita de vertigem de origem central. A angiografia pode ser utilizada na suspeita de infarto do SNC. A tomografia computadorizada (TC) é utilizada quando a RNM e a angiografia não estiverem disponíveis.

A eletronistagmografia (ENG) e videonistagmografia (VNG) são úteis para auxiliar no diagnóstico diferencial entre nistagmo central e periférico, associados aos testes de impulso da cabeça, posicional, calórico, rotacional. O potencial de evocação miogênica vestibular (VEMPs) permite avaliar a função otolítica.

TRATAMENTO _____

O tratamento da vertigem pode ser dividido em três categorias distintas: a) busca de alívio dos sintomas vertiginosos; b) reabilitação vestibular; c) específico para doenças subjacentes ao sistema vestibular.⁶

A terapêutica farmacológica é mais utilizada para aliviar os episódios agudos que possuem duração de algumas horas a dias e constitui-se de anti-histamínicos, antieméticos fenotiazínicos e benzodiazepínicos. A resposta à terapêutica instituída é, em geral, dose-dependente, constituindo-se a sedação o seu principal efeito colateral. Seu uso deve ser interrompido imediatamente após o desaparecimento dos sintomas.

O objetivo da reabilitação vestibular é o desenvolvimento de compensação pelo SNC. Sua eficácia depende do início precoce da terapia. A reabilitação promove a recuperação de pacientes com hipofunção periférica permanente, uni ou bilateral. O tratamento específico nem sempre está disponível.

CONCLUSÃO _____

A vertigem é sintoma multicausal, que pode ser de origem periférica ou central. Seu diagnóstico, essencialmente clínico, permite definir casos potencialmente graves de vertigem central, cujo tratamento demanda medidas urgentes em ambiente hospitalar. Nos demais casos, o tratamento é ambulatorial, com manobras de reabilitação vestibular, fármacos para alívio sintomático e tratamento definitivo para a causa de base, quando disponível. Exames de imagem têm valor limitado, sendo úteis, principalmente, quando a vertigem tem origem central.

REFERÊNCIAS _____

1. Fernandes JG. Vertigens e tonturas. In: Duncan BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.1174-80.
2. Fortini I. Urgências Neurológicas: Síndromes Vertiginosas Agudas. In: Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p.376-8
3. Macedo A. Abordagem do síndrome vertiginoso. Acta Med Port. 2010; 23:95-100.
4. Furman JM. Pathophysiology, etiology, and differential diagnosis of vertigo. [Cited 2011 Jan 10]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
5. Furman JM, Barton J. Approach to the patient with vertigo. [Cited 2011 Jan 10]. <http://www.uptodate.com>.
6. Furman JM, Barton J. Treatment of vertigo. [Cited 2014 Jan 11]. <http://www.uptodate.com>.