

Tontura e Vertigem



André Gonçalves da Silva

UFPI - NOVAFAPI

Cenário Clínico



⌘ Pronto-Socorro. Você é o plantonista, e às 15 horas é chamado porque “chegou uma fichinha” para atendimento. Você pega a ficha de admissão, onde a enfermeira já anotou: “Tontura”, PA 148/86. Você já vai pensando no que o espera...

Diagnóstico Diferencial



⌘ 40% Disfunção Vestibular Periférica

⌘ 10% Lesão vestibular central

⌘ 25% Pré-síncope

⌘ 15% Distúrbio psiquiátrico

⌘ 10% Desconhecida

O caso continua...



⌘ Você rapidamente revê a ficha e vê que o paciente é um senhor de 47 anos sem antecedentes patológicos significativos, sem uso de medicações; você entra na sala.

O caso continua...



⌘ O paciente relata que na última semana apresentou episódios de tontura, com “o quarto rodando ao redor” – às vezes logo ao levantar-se, outras vezes ao deitar-se. Relatou também duração média de 1 ou 2 minutos, com pronta melhora.

Disfunção vestibular...

⌘ Causas periféricas

- ☒ canalitíase (VPPB) -- 50%
- ☒ Neuronite vestibular (labirintite) -- 25%
- ☒ Doença de Meniere -- 10%
- ☒ trauma
- ☒ Drogas (aminoglicosídeos)

⌘ Causas centrais

- ☒ vascular (Insuf. vertebrobasilar) -- 50%
- ☒ Desmielinizante (esclerose múltipla)
- ☒ Drogas (anticonvulsivantes, álcool, hipnóticos)

CAUSAS DE VERTIGEM

	Tempo	Clínica	Nistagmo	Sintomas Neurológicos	Sintomas auditivos	Aspectos diagnósticos
VPPB	Recorrente, breve (seg)	Sintomas qdo movimento da cabeça	Periférico	-	-	Dix-Hallpike
Neurite vestibular	Episódio isolado, início agudo,	Quadro viral precedente	Periférico	Queda p/ o lado da lesão	-	
Meniere	Recorrente; minutos a horas	Início espontâneo	Periférico	-	Ouvido cheio, tinido, perda auditiva ipsilateral,	Audiometria: perda auditiva (bx frequência) unilateral
“Migrainous vertigo”	Recorrente; minutos a horas	História de migrânea	Central ou periférica	Crise de migrânea associada	-	Exames normais
AIT Verebrobasilar	Isolado ou recorrente; minutos a horas	Idoso, vasculopata, HAS	Central c	Sinais de tronco encefálico	-	RNM
AVC tronco	Súbito; sintomas persistentes	idem	Central	Sintomas de tronco e medulares	-	RNM
AVC cerebelar	Início subitito, sintomas persistentes	Idem	Central	Cefaléia, distúrbios importantes de marcha	-	Urgente: MRI,

Vertigem vs. outros tipos de tontura

- ⌘ Curso de tempo— vertigem nunca é constante
- ⌘ Desencadeantes— espontaneamente ou com alterações posicionais
- ⌘ Fatores agravantes— vertigem piora ao movimentar a cabeça

Causas



⌘ Curso de tempo

- ☑ VPPB: dura menos que 1 min, auto-limitada, responde mal a drogas
- ☑ Vascular: episódio isolado dura minutos a horas; migrânea ou isquemia transitória do labirinto ou troco; ocasionalmente Menière.
- ☑ Início recente de episódios mais prolongados característica de neuronite vestibular, esclerose múltipla, isquemia vertebro-basilar

Causas

⌘ Sintomas associados

- ☑ Isquemia vertebrobasilar: diplopia, disartria, paresia, parestesias
- ☑ Menière: “ouvido cheio”, surdez, tinnitus
- ☑ Psíquico/Pânico: palpitações, diaforese
- ☑ Esclerose Múltipla: vertigem precedida por outras disfunções neurológicas

Causas



⌘ Fatores de risco

- ☑ Migrânea

- ☑ HAS, DM, tabagismo, DAOP

- ☑ Distúrbio psiquiátrico

Exame físico



⌘ Exame vestibular

⌘ Exame Neurológico

⌘ Severidade da Instabilidade postural

⌘ Testes auditivos

Exame Físico



Manobras indutoras de tontura:

- ⌘ Hipotensão ortostática
- ⌘ Valsalva
- ⌘ Estimulação seio carotídeo (não no idoso)
- ⌘ Mudança abrupta de direção
- ⌘ Giro do pescoço
- ⌘ Hiperventilação
- ⌘ Manobra Dix-Hallpike

Vertigem central vs periférica

Clinical Distinction between Central and Peripheral Vertigo

	Peripheral	Central
Nystagmus		
Direction	Unidirectional, fast phase toward the normal ear; never reverses direction	Sometimes reverses direction when patient looks in the direction of slow phase
Type	Horizontal with a torsional component, never purely torsional or vertical	Can be any direction
Effect of visual fixation	Suppressed	Not suppressed
Other neurologic signs	Absent	Often present
Postural instability	Unidirectional instability, walking preserved	Severe instability, patient often falls when walking
Deafness or tinnitus	May be present	Absent

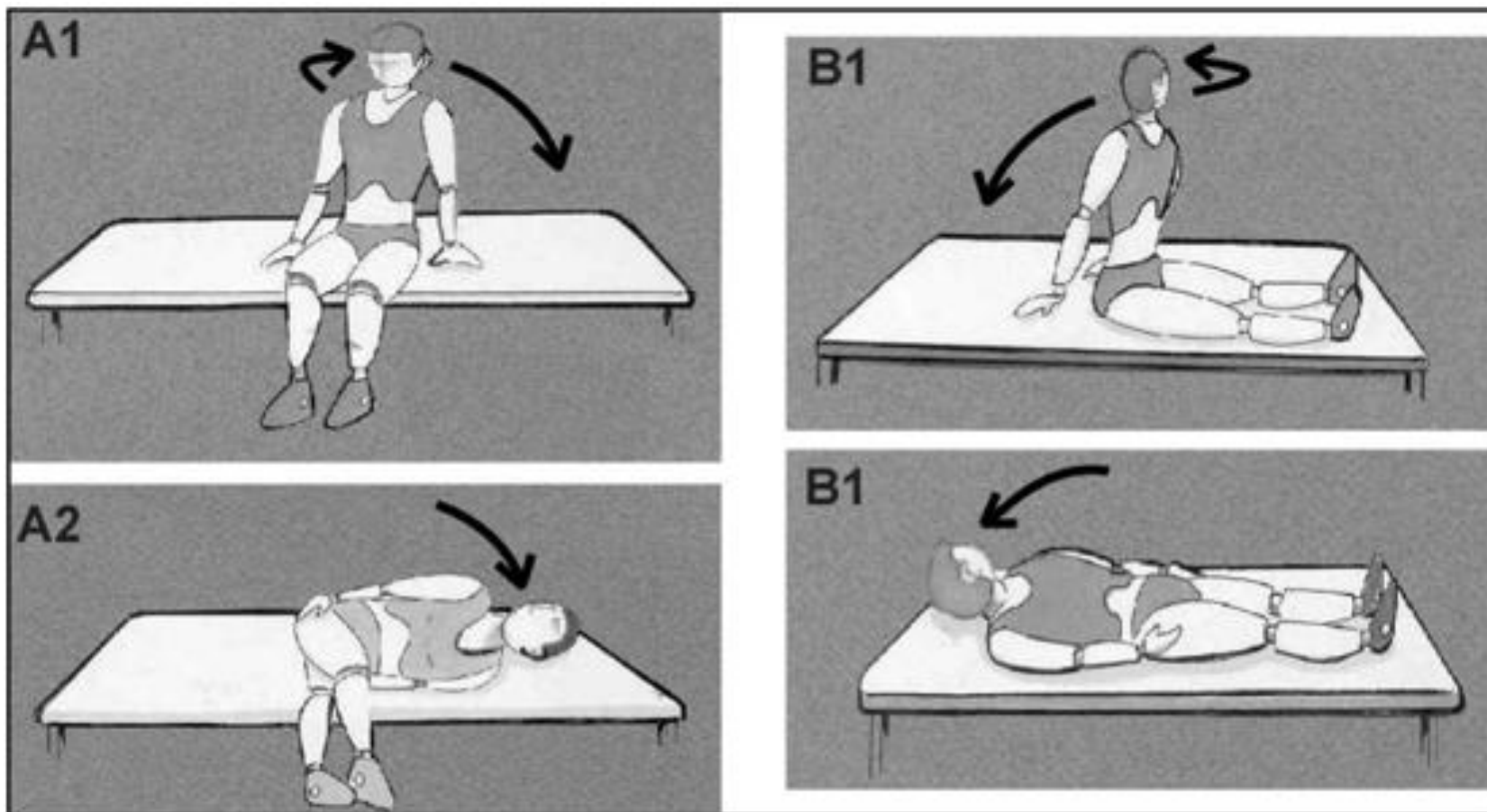


Fig 1. (A) Manobra de Dix-Hallpike: a cabeça do paciente é rodada 45° para o lado que se quer examinar (A1) e em seguida o paciente é rapidamente colocado em decúbito dorsal, permanecendo com a cabeça rodada e inclinada para trás(A2). (B) Manobra de posicionamento lateral: a cabeça do paciente é rodada 45° para o lado oposto àquele que se deseja examinar (B1) e em seguida o paciente é rapidamente colocado em decúbito lateral, do lado examinado. A cabeça permanece rodada e o paciente olha ligeiramente para cima (B2).

Nistagmo central vs. periférico

Dix-Hallpike Maneuver for Positional Nystagmus

	Peripheral disorder	Central disorder
Latent period before onset of positional nystagmus	2 to 20 seconds	None
Duration of nystagmus	Less than 1 minute	Greater than 1 minute
Fatiguability	Fatiguing with repetition	Nonfatiguing
Direction of nystagmus	Only one type, usually upbeat and torsional	May change direction with a given head position
Intensity of vertigo	Severe	Less severe, sometimes none

Estudos adicionais



⌘ RNM—distinção de causas centrais

⌘ Audiometria – distinção de causas periféricas

☑ Potencial evocado de tronco-- 90-95% sens para deetecção de neurinoma do acústico

Manejo da vertigem



⌘ Tratar a causa subjacente

☑ Migrânea, isquemia vertebro-basilar

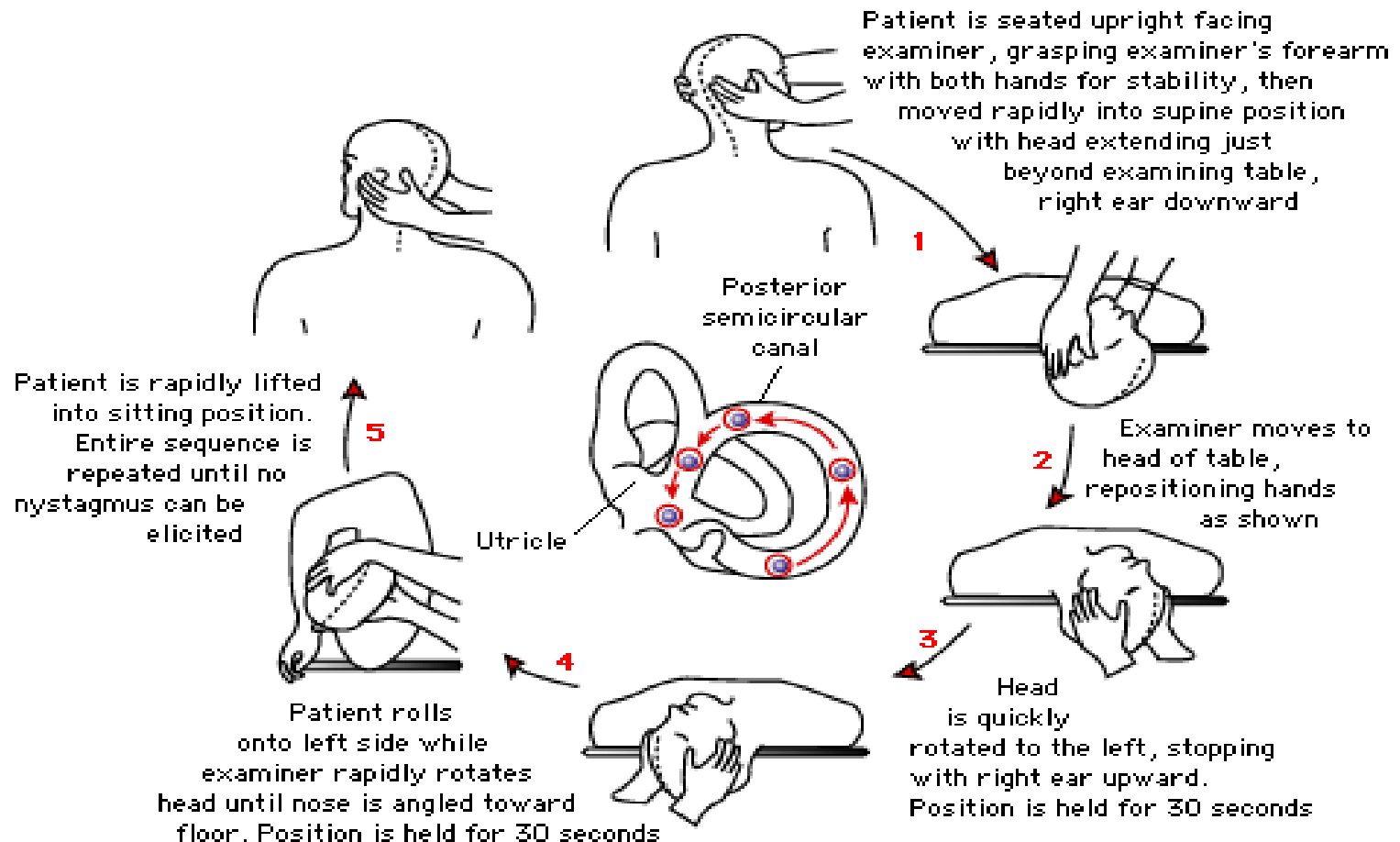
☑ Esclerose múltipla tumores cerebelares

⌘ Meniere: diurético, dieta pobre em sal

⌘ Neuronite vestibular

⌘ Manobras de reposicionamento

Manobra de reposicionamento



Manejo da vertigem

- ⌘ Reposicionamento: melhora 90% dos pct; reduz recidiva
- ⌘ Esclerose múltipla: Corticóides/interferon
- ⌘ Labirintite: drogas para alívio do quadro agudo.
 - ☑ Anticolinérgicos, anti-histamínicos, BZD.
 - ☑ Se suspeita de lesão permanente: **suspender drogas** tão logo possível: permitir adaptação a longo prazo

Outra possibilidade para o caso...

⌘ Você vê a ficha e vê que a paciente é uma mulher de 30 anos, com várias passagens pelo PS por dorsalgias, cefaléia, alergias, e dores em joelhos.

⌘.

⌘ “Eu estou me sentindo tonta”. Refere quadro esporádico, com duração de 20 minutos e resolução espontânea. Sem quadro vertiginoso.

Tontura não específica



⌘ Distúrbios psiquiátricos

- ☑ Depressão maior 25%

- ☑ Transtorno de ansiedade ou pânico 25%

- ☑ Somatização

- ☑ Álcool

- ☑ Dist. personalidade

⌘ Hiperventilação

⌘ Pré-síncope: DAC, ICC, TEP, arritmias

Tontura não específica



⌘ Sem sinais ao exame físico

⌘ Observar hiperventilação; orientar ao paciente sobre como abortar as crises

Outra possibilidade...



⌘ O paciente na verdade é um sr. de 72 anos que se sente tonto nos últimos meses. Ocorre durante o dia, mas é pior à noite e habitualmente ao levantar.

Desequilíbrio



⌘ Possíveis etiologias:

☑ Neuropatia autonômica (hipotensão postural)

☑ Déficit visual

☑ Distúrbios de marcha

☑ Espondilose cervical

Desequilíbrio



⌘ Obs: Parkinson: predisposição a
desequilíbrio

⌘ Déficit visual + Hipotensão postural em
diabetes: PREVENÇÃO DE QUEDAS

Abordagem



- ⌘ Pesquisar distúrbios de marcha
- ⌘ Medicações, em especial antidepressivos, anticolinérgicos, e diuréticos
- ⌘ Prevenção de quedas é fundamental!!!

Lipotímia, pré-síncope



- ⌘ “Vista escureceu”
- ⌘ Segundos a minutos
- ⌘ Hipotensão ortostática
- ⌘ Taquiarritmias
- ⌘ Vasovagal

Common Causes of Syncope

Noncardiovascular

Reflex mechanisms

Vasovagal and vasodepressor syncope (neurocardiogenic syncope)

Micturition

Deglutition

Cough

Orthostatic hypotension

Dysautonomias

Fluid depletion

Illness, bedrest, deconditioning

Drugs – antidepressants, sympathetic blockers

Psychogenic

Hysterical

Panic disorder

Anxiety disorder

Undiagnosed seizures

Improperly diagnosed syncope – confusional states, eg, due to hypoglycemia, stroke

Drug-induced loss of consciousness (consider alcohol, illicit drugs)

Cardiovascular disease

Arrhythmic causes

AV block with bradycardia (structural changes, drugs)

Sinus pauses/bradycardia (vagal causes, sick sinus syndrome, negative chronotropic drugs such as beta blockers and calcium channel blockers)

Ventricular tachycardia due to structural heart disease

Nonarrhythmic causes

Hypertrophic cardiomyopathy

Aortic stenosis

Syncope of unknown origin – about 50 percent of patients presenting to the hospital

Resumo



- ⌘ Fundamental Anamnese e ex físico
- ⌘ Principal causa é vertigem, seguida por tontura inespecífica e desequilíbrio
- ⌘ Maioria: benigna, auto-limitada
- ⌘ Pistas para maior gravidade: surdez, alterações no exame neurológico, evidências de vertigem de causa central.



OBRIGADO!

Andre.goncalves@superig.com.br