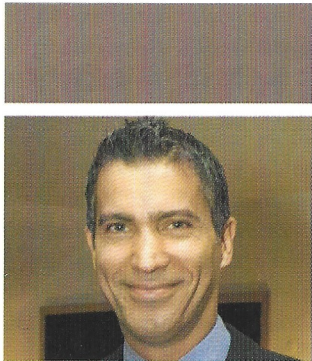


# Vertigens



**Armin Bidarian-Moniri**

Diretor hospitalar ad.  
 Department of Clinical Sciences,  
 S. Gonçalo Academy,  
 Hospital S. Gonçalo, Lagos,  
 Portugal.  
 Regenerative Medicine Program,  
 Department of Biomedical  
 Sciences  
 and Medicine, University of  
 Algarve, Faro, Portugal.  
 Department of  
 Otorhinolaryngology, Institute  
 of Clinical Sciences, Sahlgrenska  
 Academy at the University of  
 Gothenburg, Sahlgrenska University  
 Hospital, Gothenburg, Sweden

Uma das primeiras descrições adequadas e ainda hoje utilizada para os sintomas de vertigem foi a do livro *Canon of Medicine*, escrito no século XI na Pérsia (Irão) por Avicenna, que é reconhecido

como o pai da Medicina moderna. Ele relata uma sensação de movimento dentro da cabeça do indivíduo, apesar de este estar quieto. Este sintoma é muitas vezes associado às náuseas e/ou vômitos.

Vertigem é um dos sintomas mais frequentemente encontrados e contribui com 3-5% de todas as consultas realizadas com o médico generalista. É comum confundir o sintoma de vertigem com tonturas e dificuldades no sistema motor, o que pode levar a um atraso no diagnóstico. Numa população idosa na Noruega, com queixas de “tonturas”, encontrou-se ataxia em 80%, hipotensão em 60% e vertigem em 25% dos casos (alguns com vários sintomas em simultâneo). Um tratamento adequado tem como base um diagnóstico correto da causa, o que muitas vezes poderá necessitar de uma colaboração multidisciplinar.

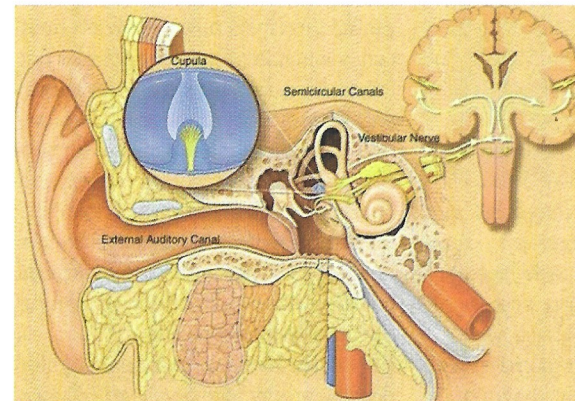
O controlo do equilíbrio depende do sistema vestibular no ouvido interno, do sistema proprioceptivo e da visão, dos quais o ouvido interno é o mais importante, contribuindo com mais de 60%.

Tradicionalmente, divide-se a vertigem em central ou periférica. Esta divisão é incompleta para categorizar todos os doentes, contudo, esta terminologia é ainda utilizada numa primeira abordagem clínica.

Os elementos fundamentais para um correto diagnóstico são uma história clínica completa e um exame clínico valorizando a avaliação otoneurológica. A necessidade dos exames complementares deve ser

dirigida pela história e pelo exame clínico, uma vez que a probabilidade de encontrar outra patologia “em passant” sem correlação com os sintomas atuais é elevada.

Os exames vestibulares mais importantes incluem Video Head Impulse Teste (VHIT) e Vestíbulo Nistagmografia (VNG). Estes exames são baseados na avaliação dos movimentos voluntários e involuntá-



**Fig. 1** | Controlo de equilíbrio

rios dos olhos sob estimulação do sistema vestibular ou sistema nervoso central. O VNG inclui também testes calóricos para provocação de nistagmo, com introdução de água fria ou quente no canal auditivo externo. Exames imagiológicos incluem tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) para deteção de distúrbios vasculares e neoplasia.

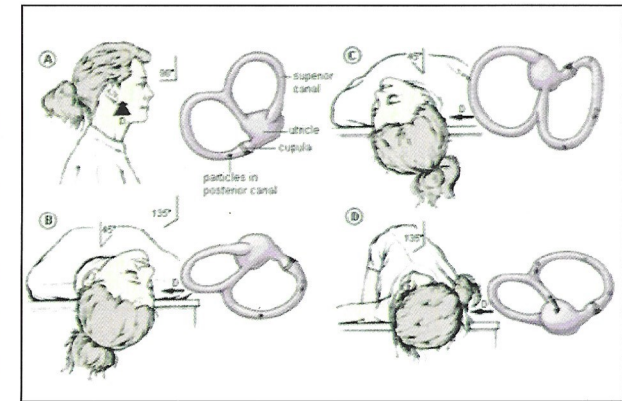
Vertigem de origem vestibular inclui vertigem paroxística posicional benigna (VPPB), neurite vestibular, doença de

Ménière e infeções como, por exemplo, labirintite. O diagnóstico diferencial é, por norma, possível através de uma abordagem clínica.

VPPB é a patologia mais frequente e contribui com > 30% de vertigens. É causada pela deslocação dos otólitos e é caracterizada por episódios de vertigem com duração de minutos, sempre associa-

da a hipoacusia e tinitus, que é chamada a *Triada de Ménière*.

Vertigem e tonturas de origem central inclui ataque vascular isquémico transitório, ataque vascular cerebral, cuja diagnóstico poderá necessitar de exames complementares. Causas comuns para tonturas incluem também hipotensão ortostática, arritmia, ataxia e medicamentos.



**Fig. 2** | Manobra de Epley

dos aos movimentos da cabeça, sobretudo ao deitar-se. Neurite vestibular é a nomenclatura utilizada para descrever uma perda ou redução unilateral súbita na função do sistema vestibular. A vertigem é forte e persistente, muitas vezes acompanhada com vômitos e sensação de mal estar geral, o que poderá ser confundido com uma vertigem de origem central. Doença de Ménière é uma condição rara, caracterizada por crises de vertigem forte, por norma, com uma duração > 30 min asso-

O tratamento de vertigem é causal e dependente da origem. Por exemplo, o tratamento com a manobra de Epley para VPPB tem uma taxa de sucesso superior a 90%. Terapia medicamentosa (antieméticos, antivertiginosos etc.) causa, por norma, um atraso no processo de habituação e, consequentemente, um atraso na reabilitação. Independentemente da patologia, a fisioterapia de habituação ou movimento é sempre eficaz e deve acompanhar a terapia específica.