

BMJ Best Practice

Visão geral da vertigem

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	7
Aviso legal	9

Introdução

Vertigem é a sensação de que o ambiente está girando ao redor da pessoa (vertigem objetiva) ou vice-versa (vertigem subjetiva). O termo é usado algumas vezes erroneamente para se referir a qualquer forma de tontura. A vertigem verdadeira é descrita como uma sensação de rotação do paciente ou do entorno, e geralmente tem origem vestibular. A vertigem pode ser resultado de doenças da orelha interna ou de distúrbios dos centros ou vias vestibulares no sistema nervoso central (por exemplo, doença de Ménière, arteriosclerose dos vasos cerebrais, lesão cerebral, traumatismo cranioencefálico, cinetose ou variações grandes e rápidas na pressão barométrica).^[1] Dependendo da causa/condição subjacente, pode estar associada a náuseas e vômitos, ou acompanhada por outros sintomas e sinais (por exemplo, cefaleias a sintomas visuais). A maioria das causas de vertigem é periférica e sem risco de vida. No entanto, essas poucas causas centrais (vasculares e neoplásicas) são emergências que não devem ser negligenciadas.

Doenças

◇ Avaliação da tontura

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação da tontura](#)

Pode ser categorizada em 4 subgrupos: vertigem, pré-síncope, desequilíbrio e tontura (ou tontura inespecífica). As causas mais comuns de tontura que se apresentam em unidades básicas de saúde são vertigem posicional paroxística benigna (vertigem causada pela presença de otólitos no aparelho vestibular), doença de Ménière e neurinite vestibular aguda. Todas elas se manifestam com sintomas de vertigem.[1]

◇ Vertigem posicional paroxística benigna

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Vertigem posicional paroxística benigna](#)

Um distúrbio vestibular periférico caracterizado por início súbito, ataques graves de vertigem geralmente com duração de <30 segundos e desencadeados por movimentos específicos da cabeça (por exemplo, olhar para cima ou se agachar, levantar, virar a cabeça ou virar de lado no leito).[2] O diagnóstico é clínico, e os principais fatores de diagnóstico incluem episódios de vertigem (ataques repetidos ao longo de dias, semanas ou meses), ausência de sintomas associados, exame neurológico normal, manobra de Dix-Hallpike positiva (vertigem posicional paroxística benigna [VPPB] de canal posterior) ou rotação lateral da cabeça na posição supina (VPPB de canal lateral) e exame otológico normal.

◇ Doença de Ménière

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Doença de Ménière](#)

Doença auditiva caracterizada por início súbito e episódico de vertigem; perda auditiva e zumbido com som de rugido; e sensação de pressão ou desconforto no ouvido afetado. A vertigem dura de minutos a horas e pode estar associada a náuseas e vômitos. Os fatores de risco para a doença de Ménière (DM) incluem idade (>40 anos), história familiar, doença viral recente e enfermidades autoimunes. Em pacientes com DM e sem causa sistêmica, acredita-se que a combinação de uma dieta pobre em sal e diuréticos (para reduzir a endolinfa) controle a vertigem em mais de 80% dos pacientes.[3] [4] [5] A terapia de reabilitação vestibular e do equilíbrio é recomendada para os pacientes que apresentam problemas de equilíbrio. O uso do aparelho Meniett 3 vezes por dia para proporcionar impulsos de pressão intermitente através do meato acústico externo pode reduzir significativamente a frequência das vertigens.[6] [7] A administração intratimpânica de corticosteroides ou gentamicina também é eficaz.

◇ Labirintite

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Labirintite](#)

Uma afecção inflamatória que afeta o labirinto na cóclea e o sistema vestibular da orelha interna. A labirintite viral geralmente está associada a uma infecção prévia do trato respiratório superior. Outros agentes virais etiológicos incluem vírus da varicela-zóster, citomegalovírus, caxumba, sarampo, rubéola e vírus da imunodeficiência humana (HIV). A labirintite bacteriana está associada à otite média aguda ou crônica, à meningite e ao colesteatoma. A labirintite também pode se manifestar em certas doenças autoimunes (por exemplo, síndrome de Cogan ou doença de Behçet).[8] Os sintomas incluem graus variados de perda auditiva, vertigem e desequilíbrio (problemas de equilíbrio) e pode haver zumbido associado. A maior parte dos episódios agudos é de curta duração e autolimitada, e o tratamento é sintomático e envolve principalmente o uso de supressores da função vestibular e antieméticos.

◇ Enxaqueca vestibular

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Enxaqueca vestibular](#)

Uma causa comum de vertigem e a causa mais comum de vertigem episódica espontânea.[1] [9] Afeta cerca de 10% dos pacientes com enxaqueca.[1] Os sintomas incluem vertigem posicional e espontânea, vertigem/tontura e ataxia por movimentos da cabeça, todos de duração variável, de segundos a dias, e independentes de cefaleia associada à enxaqueca.[1] [9] Fotofobia, fonofobia ou aura podem ser sintomas diagnósticos.[1] O tratamento é similar ao recomendado para cefaleia enxaquecosa e inclui modificações alimentares e no estilo de vida, bem como terapias profiláticas (betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio e antidepressivos tricíclicos).[9]

◇ Neurite vestibular

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Neurite vestibular](#)

A neurite vestibular (neuronite vestibular) é uma vestibulopatia periférica aguda decorrente da reativação de uma infecção viral, mais comumente infecção por vírus do herpes simples, que afeta o gânglio vestibular, o nervo vestibular, o labirinto ou uma combinação desses locais.[10] O diagnóstico precoce é importante, pois pode haver comprometimento funcional em longo prazo quando não tratada. O tratamento inicial com corticosteroides demonstrou acelerar a recuperação da função vestibular e, se realizado dentro de 3 dias do início dos sintomas, pode reduzir o ataque.[10]

◇ Vertigem pós-traumática

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Vertigem pós-traumática](#)

Geralmente ocorre como resultado de traumatismo contuso cranioencefálico, como queda, agressão ou acidente com veículo automotor. Os sintomas de apresentação podem ser os de uma fístula perilinfática traumática ou da doença de Ménière pós-traumática.[11] Os pacientes se queixam de vertigem, desequilíbrio, zumbido, pressão, cefaleia e diplopia. Outras causas são o pós-cirúrgico (cirurgia da orelha média, implante coclear) e mergulho.[12] [13] [14] A deiscência do canal semicircular superior deve ser diferenciada da vertigem pós-traumática; é caracterizada por episódios de vertigem associada a sons altos e/ou pressão alterada na orelha média.[15]

◇ Causas cerebrovasculares

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Causas cerebrovasculares](#)

A tontura é um sintoma de apresentação comum em eventos cerebrovasculares. O acidente vascular cerebelar (devido a infarto ou hemorragia) pode estar presente com um quadro semelhante às causas periféricas da vertigem, com vertigem intensa súbita, náuseas e vômitos. O nistagmo (bilateral ou vertical) pode sugerir a causa central da vertigem. Outros sinais neurológicos incluem ataxia dos membros e marcha comprometida. Os pacientes com acidente vascular cerebelar geralmente não conseguem ficar em pé sem apoio, mesmo com os olhos abertos, enquanto um paciente com neurite vestibular aguda ou labirintite costuma ser capaz de fazê-lo. Ao contrário das causas periféricas, o teste do impulso da cabeça é negativo (sem ajuste sacádico dos olhos ao girar subitamente a cabeça).[16] Uma ressonância nuclear magnética (RNM) urgente deve ser solicitada para todos os pacientes com vertigem aguda que apresentem fatores de risco significativos de acidente vascular cerebelar, como hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo e doença cardiovascular, pois é possível que os sinais centrais não estejam presentes no exame.

◇ Causas neoplásicas

» veja nossa abrangente cobertura sobre Causas neoplásicas

Tumores intracranianos e neuromas acústicos podem se manifestar com vertigem, assim como outros sintomas como sinais de pressão intracraniana (por exemplo, cefaleia, estado mental alterado, náuseas e/ou vômitos) e anormalidade da marcha. Deficits de nervos cranianos também podem se manifestar.^[16] Exames de neuroimagem com tomografia computadorizada (TC)/ressonância nuclear magnética (RNM) são essenciais.

Artigos principais

Referências

1. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician*. 2010;82:361-368.
[Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Parnes LS, Agrawal SK, Atlas J. Diagnosis and management of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV). *CMAJ*. 2003 Sep 30;169(7):681-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Brown JS. A ten year statistical follow-up of 245 consecutive cases of endolymphatic shunt and decompression with 328 consecutive cases of labyrinthectomy. *Laryngoscope*. 1983;93:1419-1424.
[Resumo](#)
4. Glasscock ME, Gulya AJ, Pensak ML, et al. Medical and surgical management of Meniere's disease. *Am J Otol*. 1984;5:536-542. [Resumo](#)
5. Santos PM, Hall RA, Snyder JM, et al. Diuretic and diet effect on Meniere's disease evaluated by the 1985 Committee on Hearing and Equilibrium guidelines. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1993;109:680-689. [Resumo](#)
6. Gates GA, Verrall A, Green JD, et al. Meniett clinical trial: long-term follow-up. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;132:1311-1316. [Resumo](#)
7. Thomsen J, Sass K, Odkvist L, et al. Local overpressure treatment reduces vestibular symptoms in patients with Meniere's disease: a clinical, randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *Otol Neurotol*. 2005;26:68-73. [Resumo](#)
8. Ryan AF, Harris JP, Keithley EM. Immune-mediated hearing loss: basic mechanisms and options for therapy. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2002;(548):38-43. [Resumo](#)
9. Bisdorff AR. Management of vestibular migraine. *Ther Adv Neurol Disord*. 2011;4:183-191. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Walker MF. Treatment of vestibular neuritis. *Curr Treat Options Neurol*. 2009;11:41-45. [Resumo](#)
11. Marzo SJ, Leonetti JP, Raffin MJ, et al. Diagnosis and management of post-traumatic vertigo. *Laryngoscope*. 2004;114:1720-1723. [Resumo](#)
12. Albera R, Canale A, Lacilla M, et al. Delayed vertigo after stapes surgery. *Laryngoscope*. 2004;114:860-862. [Resumo](#)
13. Fina M, Skinner M, Goebel JA, et al. Vestibular dysfunction after cochlear implantation. *Otol Neurotol*. 2003;24:234-242. [Resumo](#)
14. Al Felasi M, Pierre G, Mondain M, et al. Perilymphatic fistula of the round window. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011;128:139-141. [Resumo](#)

15. Banerjee A, Whyte A, Altas MD. Superior canal dehiscence: review of a new condition. Clin Otolaryngol. 2005;30:9-15. [Resumo](#)
16. Baloh RW. Differentiating between peripheral and central causes of vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998;119:55-59. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 04, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.