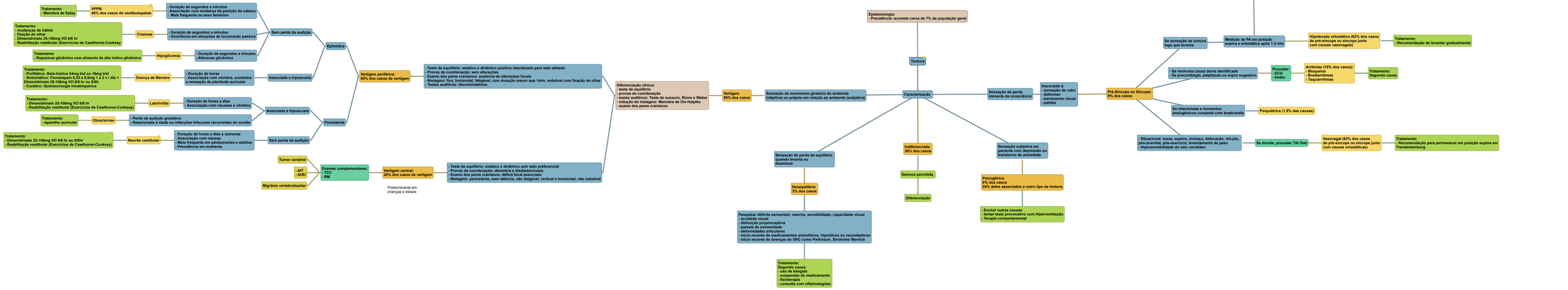
Epidemiologia:
- Prevalência: acomete cerca de 7% da população geral
Tontura
Caracterização
Vertigem
50% dos casos
Sensação de movimento giratório do ambiente (objetiva) ou próprio em relação ao ambiente (subjetiva)
Diferenciação clínica:
- teste de equilíbrio
- provas de coordenação
- testes auditivos: Teste do sussuro, Rinne e Weber
- indução do nistagmo: Manobra de Dix-Hatpike
- exame dos pares cranianos
Vertigem periférica:
80% dos casos de vertigem
- Teste de equilíbrio: estático e dinâmico positivo lateralizado para lado afetado
- Provas de coordenação: sem alterações
- Exame dos pares cranianos: ausência de alterações focais
- Nistagmo: fixo, horizontal, fatigável, com duração menor que 1min, redutível com fixação do olhar
- Testes auditivos: discriminatórios
Episódica
Sem perda da audição
VPPB:
40% dos casos de vestibulopatias
Tratamento:
- Manobra de Epley
- Duração de segundos a minutos
- Associação com mudança da posição da cabeça
- Mais frequente no sexo feminino
Cinetose
Tratamento:
- mudanças de hábito
- Duação do olhar
- Dimenidrinato 25-100mg VO 6/6 hr
- Reabilitação vestibular (Exercícios de Cawthorne-Cooksey
- Duração de segundos a minutos
- Ocorrência em situações de locomoção passiva
Hipoglicemia
Tratamento
- Repoisicao glicêmica com alimento de alto indice glicêmico
- Duração de segundos a minutos
- Alteracao glicêmica
Associada a hipoacusia
Doença de Meniere
Tratamento:
- Profilático: Beta-histina 24mg bid ou 16mg trid
- Sintomático: Clonazepam 0,25 a 0,5mg 1 a 2 x / dia +
Dimenidrinato 25-100mg VO 6/6 hr ou 8/8h
- Curativo: Quimiocirurgia intratimpanica
- Duração de horas
- Associação com vômitos, zumbidos e sensação de plenitude auricular
Persistente
Associada a hipoacusia
Labirintite
Tratamento:
- Dimenidrinato 25-100mg VO 6/6 hr
- Reabilitação vestibular (Exercícios de Cawthorne-Cooksey)
- Duração de horas a dias
- Associação com náuseas e vômitos
Otosclerose
Tratamento:
- Aparelho auricular
- Perda de audição gradativa
- Relacionada à idade ou infecções Infecçoes recorrentes do ouvido
Sem perda da audição
Neurite vestibular
Tratamento:
- Dimenidrinato 25-100mg VO 6/6 hr ou 8/8hr
- Reabilitação vestibular (Exercícios de Cawthorne-Cooksey)
- Duração de horas a dias a semanas
- Associação com náusea
- Mais frequente em adolescentes e adultos
- Prevalência em mulheres
Exames complementares:
- TCC
- RM
Tumor cerebral
- AIT
- AVEI
Migrânia vertebrobasilar
Vertigem central:
20% dos casos de vertigem
Predominante em crianças e idosos
- Teste de equilíbrio: estático e dinâmico sem lado preferencial
- Provas de coordenação: dismetria e disdiadocinesia
- Exame dos pares cranianos: déficit focal associado
- Nistagmo: persistente, sem latência, não fatigável, vertical e horizontal, não redutível
Indiferenciada
30% dos casos
Demora permitida
Diferenciação
Sensação de perda de equilíbrio quando levanta ou deambula
Desequilíbrio
3% dos casos
Pesquisar déficits sensoriais: marcha, sensibilidade, capacidade visual
- acuidade visual
- disfunção proprioceptiva
- paresia de extremidade
- deformidades articulares
- Início recente de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos ou neurolépticos
- Início recente de doenças do SNC como Parkinson, Síndrome Wernick
Tratamento:
Segundo causa:
- uso de bengala
- suspensão de medicamento
- fisioterapia
- consulta com oftalmologista
Sensação de perda iminente da consciência
Sensação subjetiva em paciente com depressão ou transtorno de ansiedade
Psicogênica
8% dos casos
24% deles associados a outro tipo de tontura
- Excluir outras causas
- tentar teste provocativo com Hiperventilação
- Terapia comportamental
Associada à:
- sensação de calor
- diaforese
- barramento visual
- palidez
Pré-Síncope ou Síncope:
9% dos casos
Se sensação de tontura logo que levanta
Medição de PA em posição supina e ortostática após 1-2 min
Hipotensão ortostática (62% dos casos de pré-síncope ou síncope junto com causas vasovagais)
Tratamento:
- Recomendação de levantar gradualmente
- Se nenhuma causa óbvia identificada
- Se precordialgia, palpitacao ou sopro sugestivo
Proceder:
- ECG
- Holter
Arritmias (10% dos casos):
- Bloqueios
- Bradiarrítmias
- Taquiarrítmias
Tratamento:
Segundo causa
Se relacionada a momentos ansiogênicos cursando com bradicardia
Psiquiátrica (1,5% das causas)
- Situacional: tossa, espirro, inchaço, defecação, micção, pós-prandial, pós-exercício, levantamento de peso
- Hipersensibilidade do seio carotídeo
Se dúvida, proceder Tilt-Test
Vasovagal (62% dos casos de pré-síncope ou síncope junto com causas ortostáticas)
Tratamento:
- Recomendação para permanecer em posição supina em Trendenlemburg
Fatores predisponentes:
- medicamentos que afetam função autonômica
- idade
- pos-repouso prolongado
- tempo prolongado em posição ortostatica
- volume intravascular reduzido
- neuropatia autonômica
Etiologia medicamentosa:
- agentes antiarrítmicos, provocando efeitos pró-arrítmicos
- agentes anti-hipertensivos, provocando hipotensão ortostática
- álcool
- antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase.
- anti-histamínicos
- L-dopa
Etiologia hipovolêmica:
- diarreia
- hemorragia
- doença de Addison
Etiologia anatômica:
- síndrome do roubo da subclávia
Etiologia disautonômica
Distúrbios de catecolamina:
- insuficiência baroreflexa
- deficiência de dopamina-beta-hidroxilase
- feocromocitoma
- neuroblastoma
- síndrome paraganglioma família
- deficiência da tetraindobiopterina
Transtorno autônomo central:
- atrofia de múltiplos sistemas (síndrome de Shy-Drager)
- doença de Parkinson com insuficiência autonômica
Síndrome de intolerância ortostática:
- síndrome de taquicardia postura
- prolapso da valva mitral
- hipovolemia idiopática
Distúrbios autônomos periféricos:
- polineuropatia idiopática aguda (síndrome de Guillain-Barré)
- doença de Chagas
- insuficiência autonômica diabética
- disautonomia familiar
- insuficiência autonômica pura (síndrome de Bradbury-Egglestón)