

Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB): Revisão Integrativa**Benign Paroxysmal Postural Vertigo (BPPV): Review Integrative**

DOI:10.34117/bjdv6n9-218

Recebimento dos originais:08/08/2020

Aceitação para publicação:10/09/2020

Marcus Vinícius Gomes de Oliveira

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Unifacig

Instituição: Centro Universitário Unifacig

Endereço: Rua Sebastião Alves de Almeida, 398, Bairro Lajinha - Manhuaçu, Minas Gerais, CEP:
36906-159

E-mail: marcusvgo.med@gmail.com

Giovanna dos Santos Flora

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Unifacig

Instituição: Centro Universitário Unifacig

Endereço: Rua Virgílio Rodrigues de Oliveira, 140, Bairro Nossa Senhora Aparecida –
Manhumirim, Minas Gerais, CEP: 36970-000

E-mail: giovannaflora36@gmail.com

Letícia Araújo Machado

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Unifacig

Instituição: Centro Universitário Unifacig

Endereço: Rua Copacabana, 1159, Bairro Giovanini – Coronel Fabriciano, Minas Gerais, CEP:
35170-098

E-mail: leticiaam.med@gmail.com

Rebeca Muniz Gomes da Costa Silva

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Unifacig

Instituição: Centro Universitário Unifacig

Endereço: Rua Dona Tina, 91, Bairro Bom Pastor - Manhuaçu, Minas Gerais, CEP: 36902-254

E-mail: rebecamunizmed@gmail.com

Samantha Oliveira Brum

Acadêmica de Medicina pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior - IMES

Instituição: IMES

Endereço: Rua Alfa, 1127, Bairro Castelo - Ipatinga, Minas Gerais, CEP: 35160-068

E-mail: samanthaobrum@outlook.com

Henrique Carvalho Zanoteli

Médico pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Instituição: Prefeitura de Lajinha - MG

Endereço: Avenida Jerônimo Monteiro, 1126, Bairro Jaburuna – Vila Velha, Espírito Santo, CEP:
29100-600

E-mail: hczanoteli@gmail.com

Heytor dos Santos Flora

Médico pelo Centro Universitário Unifacig

Instituição: Hospital César Leite

Endereço: Rua Virgílio Rodrigues de Oliveira, 140, Bairro Nossa Senhora Aparecida -
Manhumirim, Minas Gerais, CEP: 36970-000

E-mail: heytorflora@hotmail.com

Gustavo Henrique de Melo da Silva

Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM -ES

Instituição: Centro Universitário Unifacig

Endereço: Rua Darcy César de Oliveira Leite, 600, Bairro Alfa Sul - Manhuaçu, Minas Gerais,
CEP: 36904-219

E-mail: gustavohenrique@sempre.unifacig.edu.br

RESUMO

A VPPB é uma vestibulopatia cujo sintoma típico é o surgimento de vertigem rotatória, desencadeada em determinadas posições assumidas pela cabeça que pode levar a episódios de desequilíbrios e quedas. Existem duas teorias que procuram explicar os mecanismos fisiopatológicos da VPPB: a cupulolitíase e a canalolitíase. A VPPB pode atingir um ou mais canais semicirculares, resultando em vários tipos de nistagmo de posição. Embora idiopática na maioria dos casos, a VPPB também pode ser ocasionada a partir de processos patológicos pré-existentes. Este trabalho consiste em uma revisão sistemática de bibliografias sobre a temática abordada. Em um estudo epidemiológico realizado por Caldas et al. (2009) foram realizadas pesquisas de vertigem e nistagmo posicional a fim de se conhecer o labirinto e o CSC afetado, e a diferenciação entre ductolitíase ou cupulolitíase. Foi observada predominância de acometimento do CSC esquerdo e unilateral. O acometimento do sistema vestibular pode ser avaliado através de exames otoneurológicos; e podem ser realizadas manobras diagnósticas, além de manobras de reposicionamento que visam induzir a movimentação do cálculo para que este seja retirado do CSC e prossiga até o utrículo. Fica evidente, portanto, que o próprio nome da VPPB já é sugestivo de sua benignidade, tendo em vista os bons prognósticos apresentados pela maioria dos pacientes tratados.

Palavras-chave: Vertigem, Otorrinolaringologia, Otoneurologia.

ABSTRACT

BPPV is a vestibulopathy whose typical symptom is the appearance of rotational vertigo, triggered in positions assumed by the head that can lead to episodes of imbalances and falls. There are two theories that seek to explain the pathophysiological mechanisms of BPPV: a cupulolithiasis and a canalolithiasis. A BPPV can reach one or more semicircular canals, and can be used in various types of position nystagmus. Although idiopathic in most cases, BPPV can also be caused by pre-existing pathological processes. This work consists of a systematic review of bibliographies on the subject addressed. In an epidemiological study by Caldas et al. (2009) studies of vertigo and positional nystagmus were carried out in order to know the labyrinth and the affected CSC, and the differentiation between ductolithiasis or cupolithiasis. There was a predominance of left and unilateral CSC involvement. The involvement of the vestibular system can be assessed through otoneurological exams; and diagnostic maneuvers can be performed, in addition to repositioning maneuvers that aim to induce the movement of the stone so that it is removed from the CSC and

proceeds to the utricle. It is evident, therefore, that the name of BPPV itself is already suggestive of its benignity, in view of the good prognosis needed by the majority of treated patients.

Keywords: Vertigo, Otorhinolaryngology, Otoneurology.

1 INTRODUÇÃO

A vertigem postural paroxística benigna (VPPB), também referida como vertigem posicional benigna, é uma vestibulopatia, descrita na literatura pela primeira vez em 1921, por Bárány, e posteriormente, em 1952, definida por Dix e Hallpike. O sintoma típico da VPPB é o surgimento de vertigem rotatória, desencadeada em determinadas posições assumidas pela cabeça, durante a movimentação, sobretudo a hiperextensão cervical e lateralização, que permanece por alguns segundos, o que conseqüentemente, pode levar a episódios de desequilíbrios e aumentar o risco quedas (JUNIOR et al., 2018). O quadro sintomático, pode ainda ser complementado com náuseas e vômitos, além de sintomas atípicos como por exemplo, mal-estar indefinido, calafrios, sensação de “estomago vazio”, enjoos posicionais e pré-síncope (GANANÇA et al., 2010).

Segundo Ganança et al. (2010), a VPPB é a patologia labiríntica mais frequente em adultos e idosos na prática clínica, e é raramente encontrada em crianças, sendo que a prevalência em adolescentes é muito maior quando se comparada em crianças, e muito menor do que em adultos e idosos.

O padrão recorrente das manifestações clínicas da VPPB frequentemente resulta em limitação dos movimentos cefálicos de pacientes acometidos, com o objetivo de diminuir o surgimento e reduzir a intensidade da perturbação causada nas crises vertiginosas. O desconforto causado pelo desequilíbrio corporal somado a esta atitude de restrição dos movimentos podem trazer sérios transtornos e prejuízos à qualidade de vida destes indivíduos, como limitação das atividades rotineiras, comprometimento do desenvolvimento escolar e profissional, além de dificultar as relações sociais e pessoais, dentre outros. (HANDA et. al., 2005).

Existem duas teorias que procuram explicar os mecanismos fisiopatológicos da VPPB: a cupulolitíase e a canalolitíase. De acordo com a teoria da cupulolitíase, proposta por Schuknecht em 1969, a patologia seria causada pelo desprendimento de cristais de carbonato de cálcio, conhecidos como otocônias, da mácula utricular que, por ação da gravidade, seguiriam para um canal semicircular, ficando aderidos à sua cúpula. Em contrapartida, a teoria da canalolitíase, embora de maneira semelhante à cupulolitíase, admita o desprendimento de otocônias da macula utricular que caem nos canais semicirculares, se baseia no princípio de que esses cristais circulam livremente na endolinfa, em vez de aderidos a cúpula. Em certas posições, ou sob mudanças de posição cefálica,

a ação gravitacional sobre as otocônias no ducto semicircular ou na cúpula informa erroneamente ao sistema nervoso central que a cabeça está girando, ao passo que outros sensores de equilíbrio corporal informam que o indivíduo e a cabeça não se movem, gerando conflitos de mensagem, que levam a vertigem, a qual o sistema nervoso central tenta erradicar o mais rápido possível. A VPPB pode atingir um ou mais canais semicirculares, resultando em vários tipos de nistagmo de posição com diversas implicações terapêuticas, o que exige uma crítica avaliação otoneurológica para identificar de forma precisa o tipo, e os procedimentos de reabilitação ideais para cada paciente (GANANÇA et al., 2009).

Embora seja idiopática na maioria dos casos, a VPPB também pode ser ocasionada a partir de outros processos patológicos pré-existentes como traumatismo crânio encefálico (TCE), insuficiência vértebro-basilar, neurite vestibular, pós operatório de cirurgia otológica, e outros. Além disso, existe associação da VPPB com a doença de Ménière (CALDAS et al., 2009).

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão sistemática de bibliografias sobre a temática abordada. Realizou-se um levantamento de dados, através de pesquisa por artigos em plataformas como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, cujos dados coletados se somaram com as informações obtidas pela leitura da literatura base, o Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvicofacial da ABORL-CCF.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um estudo epidemiológico realizado por Caldas et al., em 2009, foram examinados os prontuários de pacientes, que entre 2004 e 2005 receberam a hipótese diagnóstica de VPPB pelo otorrinolaringologista. Na pesquisa foram inclusos pacientes que apresentavam súbitos episódios de tontura rotatória mediante à mudança de posição da cabeça, ao assumir a posição de decúbito lateral para um dos lados, ao olhar para cima, ou ao se levantar, acompanhado ou não de ou outros tipos de tontura, e com ou sem náuseas e vômitos; e excluídos aqueles pacientes que apresentavam clínica compatível com comprometimento do sistema nervoso central. Foram realizadas pesquisas de vertigem e nistagmo posicional a fim de se conhecer o labirinto afetado, o canal semicircular acometido, e a diferenciação entre ductolitíase ou cupololitíase, a fim de se identificar a variante de VPPB em cada um dos casos. Foram analisados 1271 prontuários de pacientes com hipótese diagnóstica de VPPB. Os resultados apresentados foram que 81,3% (1033 casos) dos casos apresentaram vertigem e nistagmo posicional, sendo que dentro deste número, em 97,5% (1007 casos) foi identificada ductolitíase, e em 2,5% (26 casos) a cupololitíase; em contraste, a VPPB com

vertigem, porém sem nistagmo posicional foi observada em 18,7% (238 pacientes) do número total de avaliados.

O estudo de Caldas demonstrou, ainda, maior predominância de casos em que o canal semicircular posterior foi afetado, se comparada sobre os demais, e maior prevalência de acometimento do canal semicircular lateral sobre o anterior. Além disso, o acometimento foi unilateral em aproximadamente 92% dos casos e bilateral em aproximadamente 8%, sendo que não houveram casos de acometimento bilateral dos canais anterior e lateral. Essas frequências podem ser justificadas pela relação anatômica dos canais semicirculares com o utrículo, tendo em vista que a posição do canal semicircular posterior facilita a deposição de cristais soltos em seu interior, ao passo que a entrada de partículas no canal semicircular anterior é dificultada e conseqüentemente incomum. (PEREIRA; SCAFF, 2001). Os resultados apresentados pela pesquisa são esquematizados na tabela 1.

Tabela 1 – Comprometimento unilateral ou bilateral dos canais semicirculares em pacientes portadores de VPPB.

Canal	Unilateral	Bilateral	Total
Posterior	814	85	899
Lateral	89	0	89
Anterior	45	0	45
Total	948	85	1033

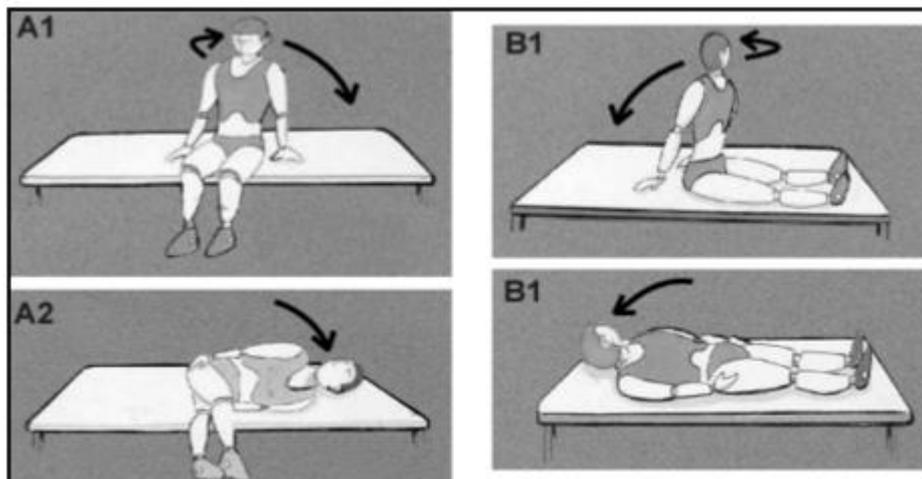
Fonte: CALDAS, 2009, p. 504.

O diagnóstico é realizado através da anamnese detalhada e do exame físico, sendo geralmente pouco necessária a realização de exames complementares. Entretanto, é recomendada maior investigação das funções vestibulares nos casos recorrentes e persistentes, além dos casos em que existem nistagmos atípicos, sugestivos de lesões centrais, como no vérmis do cerebelo e no tronco encefálico (JUNIOR et al., 2018).

Em todos os pacientes que apresentam episódios vertiginosos, o acometimento do sistema vestibular pode ser avaliado através de exames otoneurológicos; incluindo audiometria tonal e vocal; imitanciometria; audiometria do tronco encefálico; nistagmofragia, mais especificamente a electronistagmofragia (ENG), a vectoelectronistagmografia (VENG), e também a videonistagmografia infravermelha (VNG); além do video head impulse test (vHIT), um método recentemente lançado que permite chegar a conclusões rápidas e com alto nível de especificidade; visando-se identificar o lado da lesão, estimar a intensidade, presumir prognóstico, além de orientar de forma adequada o tratamento e observar a evolução terapêutica (GANANÇA et al., 2005) (AFFELD, 2016).

Existem duas manobras que podem ser realizadas utilizadas para se diagnosticar a VPPB: manobra de Dix-Hallpike; e manobra de posicionamento lateral (head roll test), também chamada de manobra de Pagnini McClure (JUNIOR et al., 2018). Na manobra de Dix-Hallpike, o paciente em posição sentada tem sua cabeça rodada em 45° para o lado ao qual se deseja avaliar, e na sequência o examinador o auxilia a deitar-se com a cabeça voltada para fora da maca num ângulo de 30°, voltando-se a orelha a ser testada para o chão; já na manobra de Pagnini McClure, o paciente, que inicialmente em decúbito dorsal, tem sua cabeça flexionada a 30° apoiada pelo examinador, que rapidamente a gira em 90° para um dos lados, posicionando a orelha a ser testada para baixo. A finalidade principal de cada uma das manobras é fazer um movimento cefálico no plano do canal semicircular posterior, a fim de deslocar o cálculo e induzir o nistagmo e vertigem característicos da patologia (PEREIRA; SCAFF, 2001). A figura 1 ilustra a realização das manobras anteriormente citadas, sendo que A1 e A2 se referem à manobra de Dix-Hallpike, e B1 e B2 se referem à manobra de posicionamento lateral.

Figura 1- Principais manobras realizadas no diagnóstico de VPPB.



Fonte: PEREIRA; SCAFF, 2001, p. 468

Segundo Pereira e Scaff (2001), como principais diagnósticos diferenciais podemos citar o nistagmo posicional vestibular central, que deve ser uma opção a se pensar em casos de nistagmo posicional e ausência de vertigem; e a vertigem posicional central. Em ambas as condições o nistagmo não é interrompido com a manutenção da posição da cabeça e não desaparece com manobras repetidas. O principal critério a ser considerado para se diferenciar a VPPB de outras patologias de caráter central, é a direção do nistagmo, que deve ser compatível com a estimulação de um dos canais semicirculares (BÜTTNER et al., 1999). Como o próprio nome diz, a VPPB apresenta evolução benigna, sendo que em alguns pacientes pode ocorrer até resolução espontânea,

em contrapartida, em outros pode subsistir entre meses a anos, sem o tratamento correto (PEREIRA; SCAFF, 2001).

Por se tratar de uma labirintopatia mecânica, a VPPB deve ser tratada como tal. A literatura descreve varias manobras de reposicionamento que visam induzir a movimentação do cálculo para que este seja retirado do canal semicircular e prossiga até atingir o utrículo. Dentre as manobras conhecidas, a de Brand-Daroff foi a primeira a ser proposta, e consiste e, em movimentos sequencias, iniciando-se do paciente em posição sentada, assemelhando-se a manobra de Pagnini McClure realizada no diagnóstico da VPPB; recomenda-se ao paciente deitar-se alternadamente em decúbito lateral, para direita e esquerda, e manter a posição por um período de 40 segundos a um minuto, ou enquanto a vertigem persistir (PEREIRA; SCAFF, 2001).

As manobras de liberação são eficientes na maiorias dos casos, sendo que nas poucas ocasiões em que não ocorre melhora clínica mediante realização adequada das mesmas, há indicação de tratamento cirúrgico, podendo ser cogitada a secção do nervo vestibular, ou a secção do nervo ampular posterior, ou ainda, a eliminação do canal semicircular posterior (PEREIRA; SCAFF, 2001) (GANANÇA et al., 2010).

4 CONCLUSÃO

Fica evidente, portanto, diante do exposto, que o próprio nome da vertigem posicional paroxística benigna já é sugestivo de sua benignidade, tendo em vista os bons prognósticos apresentados pela maioria dos pacientes adequadamente tratados, sem grande necessidade de métodos de diagnóstico e terapêuticas de caráter invasivo. Entretanto, por se tratar de uma doença de grande prevalência na prática clínica, é de extrema importância o conhecimento aprofundado da mesma, sobretudo para médicos em formação, devido à sintomatologia diversa, e aos altos índices de diagnósticos errôneos e precipitados para episódios vertiginosos.

REFERÊNCIAS

- AFFELD, C. N. Video Head Impulse Test: resultados em crianças, adolescentes e adultos portadores de otite média crônica não colesteatomatosa. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/143349>. Acesso em: 10 out.2019.
- BÜTTNER, U.; HELMCHEN, C. H.; BRANDT, T. H. Diagnostic criteria for central versus peripheral positioning nystagmus and vertigo: a review. *Acta oto-laryngologica*, v. 119, n. 1, p. 1-5, 1999. . Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00016489950181855>. Acesso em: 9 out.2019.
- CALDAS, M.A.; et al. Vertigem posicional paroxística benigna: caracterização clínica. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 75, n. 4, p. 502-506, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3924/392437887006.pdf>. Acesso em: 9 out.2019.
- GANANÇA, F.F.; et al. Da rotação cefálica ativa na vertigem posicional paroxística benigna. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 75, n. 4, p. 586-592, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3924/392437887019.pdf>. Acesso em: 9 out.2019.
- GANANÇA, F.F.; CAOVILO, HH; GANANÇA, MM. Diagnóstico diferencial da vertigem. In: Campos CAH, Costa HOO. *Tratado de otorrinolaringologia*. Vol. 2. Doenças/ Otologia – Base do crânio. São Paulo: Roca; 2003. p. 505-20. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Mauricio_Gananca/publication/237402346_Lidando_com_a_Vertigem_Posicional_Paroxistica_Benigna/links/00b7d5315dcf32a000000.pdf. Acesso em: 9 out.2019.
- GANANÇA, M.M.; et al. Lidando com a vertigem posicional paroxística benigna. *Acta OrL*, v. 23, n. 1, p. 18-25, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Mauricio_Gananca/publication/237402346_Lidando_com_a_Vertigem_Posicional_Paroxistica_Benigna/links/00b7d5315dcf32a000000.pdf. Acesso em: 9 out.2019.
- HANDA, P.R.; et al. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 71, n. 6, p. 776-783, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rboto/v71n6/a15v71n6.pdf>. Acesso em: 9 out.2019.
- JUNIOR, B.F.; et al. Vestibulopatias Periféricas e Tonturas de Origem Cervical. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. *Tratado de otorrinolaringologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018., 35., Disponível em: <https://evolution.com.br/epubreader/9788535289039> Acesso em: 9 out.2019.
- PEREIRA, C.B.; SCAFF, M. Vertigem de posicionamento paroxística benigna. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 59, n. 2-B, p. 466-70, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n2B/a31v592b>. Acesso em: 9 out.2019.