

VERTIGENS

Introdução

São doenças que afetam o labirinto (parte posterior da orelha interna): canais semicirculares, utrículo, sáculo, nervos vestibulares superiores e inferiores, vias vestibulares centrais até o córtex cerebral.

Também são chamadas de vestibulopatias ou síndromes vestibulares periféricas ou centrais.

DOENÇA DE MENIÈRE

Caracteriza-se por uma tríade de tontura, zumbido e surdez, podendo apresentar-se por náusea, vômitos, tremor de extremidades, sudorese, palidez e taquicardia.

A tontura costuma ser rotatória (vertigem), muito intensa, podendo durar de minutos a horas.

Durante a crise, aparece zumbido e o paciente sente diminuição da audição (com uma sensação de plenitude auricular).

Pode ser precedida da sensação de ouvido tapado ou pressão na orelha. A enfermidade é unilateral no início, podendo se tornar bilateral, posteriormente. É mais comum em mulheres, dos 40 aos 60 anos de idade.

Ocorre por hipertensão endolinfática (hidropsia endolinfática ou labiríntica).

Em 40-50% dos casos detecta-se possíveis fatores etimológicos: alteração na glicemia (hiperinsulinemia, hipoglicemia reativa), alergia alimentar, viroses (por exemplo a caxumba), hipotireoidismo, trauma acústico, sífilis, estreitamento do meato acústico interno, entre outras. Quando há uma ou mais causas, denomina-se síndrome de Ménière, quando não se identifica a eventual causa, estamos diante da doença de Ménière.

O exame otorrinolaringológico pode mostrar perda auditiva sensorioneural, hipofunção ou hiperfunção vestibular. Existe a possibilidade do exame estar normal, no período interintercrise.

LABIRINTOPATIA VASCULAR

O paciente refere tontura e apresenta comprometimento cardiovascular, como aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, *angina pectoris*, acidente vascular cerebral, arritmias, insuficiência cardíaca e insuficiência cardíaca e insuficiência vertebrobasilar.

O exame audiométrico pode mostrar perda auditiva em frequências isoladas eo exame vestibular é variável.

LABIRINTOPATIA METABÓLICA

É a ocorrência de tontura, zumbido ou surdez, associada a alteração glicemia ou distúrbios do metabolismo: hiper ou hipoinsulinemia, hiper ou hipoglicemia, dislipidemias ou alterações hormonais (principalmente dos hormônios da tireóide e sexuais femininos).

VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) caracteriza-se por tontura rotatória de curta duração, que surge em determinadas posições do corpo. É uma das causas mais comuns de vertigem rotatória no adulto. Está relacionada a deslocamento das otocônias dentro do labirinto membranoso. As otocônias localizam-se no utrículo e, por vários fatores, como traumatismo, infecções ou aumento depressão endolinfática, são levadas aos canais semicirculares, principalmente os posteriores, originando crises de vertigem. O diagnóstico é feito pela prova de Dix-Hallpike.

O tratamento consiste em manobras de reposicionamento ou em manobras liberatórias em que se movimenta a pessoa com o intuito de fazer as otocônias voltarem do canal semicircular para a mácula utricular.

NEURITE VESTIBULAR

Causa tontura de longa duração (mais de um mês), é de difícil tratamento e não há sintomas cocleares, como zumbido ou surdez. Costuma surgir após uma virose, como gripe.

O exame otoneurológico, há hipofunção labiríntica e audiometria normal.

SÍNDROME CERVICAL

É a ocorrência de tontura devido a alteração cervicais.

O labirinto está relacionado à coluna cervical de duas maneiras:

- * Vascular: a artéria vertebral(que se situa na coluna vertebral) origina a artéria basilar, que chega à cerebelosa ântero-inferior, da qual nasce a artéria labiríntica.
- * Neurológica: o trato vestibulo-espinhal conecta-se com o aparelho vestibular com a medula espinhal.

A pessoa queixa-se de tontura e dor homolateral na nuca ou cervical, formigamento na hemiface e no membro superior.

O exame por imagem mostra alterações de osteoartrose: osteófitos posteriores,

VIROSES

Há muitos vírus que possuem tropismo pelo labirinto, podendo causar sintomatologias.

Um tipo muito especial é o herpes vírus zoster, que afeta o VIII nervo craniano, causando tontura, zumbido e surdez, podendo acometer o VII ocasionando paralisia facial periférica, o que caracteriza a síndrome de Ransay Hunt.

Lesões herpéticas no pavilhão auricular correspondente são comumente encontradas.

O tratamento consiste no uso de corticóides, medicamentos antivirais e colírios substitutos da lágrima.

TRAUMA LABIRÍNTICO

Na concussão não há fraturas; é o golpe em chicote (*whiplash*) como o que ocorre quando um automóvel é atingido por outro, por trás, e a cabeça dos ocupantes movimentada-se intensamente e rapidamente.

Nas fraturas há ação direta sobre o bloco labiríntico. Elas podem ser longitudinais, transversais ou mistas. Convém ressaltar que na ocorrência de otorragia, pode haver fratura de base de crânio concomitante, o que logicamente inspira maiores cuidados no atendimento, devendo-se solicitar consulta a um neurocirurgião.

CINETOSE

Surge nas pessoas quando em movimento de embarcações, automóveis, ônibus, trens, metro, aviões, montanha russa, roda gigante, carrossel, provoca náuseas, vômitos, tontura, palidez e suores,

Há um conflito de funcionamento entre os aparelhos vestibulares e visuais

O exame otoneurológico pode ser normal ou não.

OTOTOXICIDADE

É o comprometimento do labirinto por substâncias ototóxicas. É o caso de antibióticos aminoglicosídeos (gentamicina) diuréticos, principalmente os de alça (furosemida, ácido etacrínico), anti-inflamatórios, quimioterápicos e mostarda nitrogenada.

A tontura costuma ser não-rotatória (sensação de atordoamento). O zumbido precede a perda auditiva.

Ao exame otoneurológico, pode ocorrer hipofunção vestibular (hiporreflexia) e perda auditiva, inicialmente em tons agudos, depois em graves e, posteriormente, perda auditiva horizontal.

VERTIGEM E/OU SURDEZ SÚBITAS

A pessoa está bem e repentinamente apresenta quadro vertiginoso acompanhado de náuseas, vômitos e mal-estar intenso. Pode vir acompanhada de perda auditiva unilateral.

Há muitas hipóteses diagnósticas, principalmente: viral, vascular, fístula perilinfática e schwannoma vestibular.

Trata-se de emergência em otorrinolaringologia, devendo iniciar-se tratamento com drogas vasodilatadoras (pentoxifilina, betastina, flunarizina, cinarizina, nicopaverina) associadas a corticosteróides (prednisona, prednisolona, dexametazona) ao passo que se procede aos exames para o esclarecimento diagnóstico. O tempo de tratamento varia de acordo com a melhora ou não da perda de audição.

PSEUDO-MÉNIÈRE

É a manifestação psicossomática também denominada distonia neurovegetativa.

A pessoa tem queixa semelhante a doença de Ménière : tontura, zumbido e surdez, porém o exame otoneurológico é normal. Durante a anamnese, percebe-se ansiedade e tensão emocional, muitas vezes chegando ao choro,

Um quadro mais grave é a síndrome do pânico, em que os sintomas são bem mais acentuados, frequentemente necessitando de tratamento especializado com psiquiatra.

SCHWANNOMA VESTIBULAR

É o tumor benigno que compromete o VIII par craniano, iniciando-se pelo nervo vestibular (superior ou inferior). É também chamado de neuroma ou neurinoma do acústico.

Há uma fase inicial, denominada otológica, com tontura, zumbidos surdez unilateral, com piora gradativa. Se houver crescimento tumoral importante, pode ocorrer comprometimento de outras estruturas, como nervos faciais, trigêmeo, abducente, tronco cerebral e cerebelo, sendo então denominada fase otoneurológica.

O exame vestibular revela hipofunção unilateral (hiporreflexia ou arreflexia); a parte auditiva mostra disacusia sensorineural grave, inicialmente em frequências agudas, podendo chegar à tanacusia. O melhor exame para confirmação do diagnóstico é a RNM (com contraste paramagnético endovenoso) que permite visualizar tumores pequenos e intracanaliculares.

LABIRINTITE

É o comprometimento infeccioso-inflamatório do labirinto. É uma doença aguda e grave. Pode, por exemplo, em casos de otite média crônica colesteatomatosa, com fístula do canal semicircular lateral, através do qual bactérias podem penetrar no labirinto.

Convém ressaltar que este termo é muito usado para designar tonturas de modo geral, o que deve ser evitado!

O tratamento é feito com antibióticos, anti-inflamatórios e se necessário, cirurgia.

SÍNDROMES VESTIBULARES CENTRAIS

São as afecções que podem atingir as vias labirínticas vestibulares, desde os núcleos no tronco cerebral (bulbo, assoalho do IV ventrículo) até o lobo temporal.

Podem ocorrer síndromes infra e supratentoriais, conforme estejam abaixo ou acima da tenda do cerebelo. Entre as síndromes infratentoriais, temos a síndromes do ângulo ponto-cerebelar e a síndrome da fossa posterior.

Entre as síndromes supratentoriais, incluem-se a epilepsia vestibular e outras síndromes (temporais, occipitais, frontais e parietais).

- * As lesões do ângulo pontocerebelar afetam o nervo vestibulo coclear, **causando tontura, zumbido e surdez lentamente progressivas e unilaterais**. A doença mais frequente é o schwannoma vestibular, podendo também ocorrer o meningioma, cisticercose cerebral, cisto aracnóide, aracnoidites, colesteatoma primário, herpes, paraglanlioma, doença de von Recklinghausen (neurofibromatose múltipla tipo II) e schwannoma facial.
- * As lesões da fossa posterior são decorrentes do comprometimento de estruturas do tronco cerebral e/ou cerebelo por tumores, doenças virais ou degenerativas (por exemplo, esclerose múltipla) entre outras.
- * A epilepsia vestibular caracteriza-se por crises com perda de consciência, sem convulsões, precedidas por sensações vertiginosas, (como aura). Zumbido e hipoacusia nem sempre estão presentes. O exame otoneurológico fora da crise não costuma apresentar alterações. O grande achado é a presença de foco irritativo no lobo temporal, no eletroencefalograma.
- * As outras síndromes supratentoriais com comprometimento temporal, occipital, frontal e parietal acarretam muitas alterações neurológicas, mas poucos são os achados otoneurológicos. Costuma-se dizer que as lesões supratentoriais mostram exame neurológico rico (em achados) e otoneurológico pobre, ao passo que afecções infratentoriais o contrário.

TRATAMENTO

Consiste em usar medicamentos, direta adequada, exercícios, mudança de estilo de vida e se necessário, cirurgia.

É muito importante ressaltar a necessidade e tratar as doenças de base como a hipertensão arterial, diabetes, etc., Na TABELA 1 encontramos um resumo dos principais fármacos utilizados na vestibulopatias.

REFERÊNCIA: PRISCILA BOUGART RAPAPORT – OTORRINOLARINGOLOGIA PARA O MÉDICO DA FAMÍLIA