



VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA: UMA REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA

Congresso On-line de Neurocirurgia e Neurologia, 2ª edição, de 16/08/2021 a 20/08/2021
ISBN dos Anais: 978-65-89908-52-4

COSTA; Cassiana de Moura e ¹, COSTA; Dalton Luiz de Moura e ²

RESUMO

Introdução: A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é considerada a maior causa de tontura atribuída a uma disfunção da orelha interna. A queixa característica é a vertigem relacionada a mudança de posição da cabeça, com duração de segundos ou minutos e instabilidade postural à deambulação. As principais causas da VPPB são relacionadas a um distúrbio biomecânico do labirinto vestibular, em que um ou mais canais semicirculares são estimulados de forma inadequada, em determinadas posições da cabeça. **Objetivos:** O objetivo geral do estudo foi extrair e sintetizar os principais conhecimentos publicados em estudos primários sobre vertigem posicional paroxística benigna. **Metodologia:** A metodologia empregada neste trabalho foi uma revisão de literatura narrativa. Os dados foram retirados do Manual de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), dos Princípios de Neurologia – Adams e Victor e das bases SCIELO e PubMed. **Resultados:** A VPPB é a causa mais comum de vertigem secundária a uma lesão vestibular periférica. Representa cerca de 20% das causas de tontura. Acomete principalmente adultos a partir da quarta década de vida e há predomínio no sexo feminino. A VPPB acomete mais frequentemente um único canal semicircular, em geral o posterior. A vertigem e os demais sintomas da enfermidade são atribuídos ao deslocamento anormal das partículas de estatocônios provenientes da mácula do utrículo, que excitam a ampola de um ou mais canais semicirculares, transformando-os em órgãos sensíveis à gravidade. Essa afecção ocorre de forma idiopática na maioria dos pacientes. A vertigem é a principal queixa da VPPB. Ela é desencadeada pela mudança na posição da cabeça, possui curta duração, é de intensidade variável e acompanhada por sintomas neurovegetativos. A maioria dos pacientes a descreve com duração de segundos, intensidade acentuada e com frequência diária, ocorrendo sobretudo no período matinal. A VPPB pode ser autolimitada, recorrente ou persistente. O diagnóstico é feito através da anamnese e confirmado por meio da observação do nistagmo e da vertigem característicos às manobras de posicionamento. Na prática diária, utilizam-se as manobras diagnósticas: Dix-Hilpike, a de deitar de lado e a manobra de girar a cabeça, a qual é mais específica para diagnóstico de acometimento do canal semicircular lateral. A manobra conhecida como deitar de lado é mais sensível aos canais semicirculares verticais. A manobra de Dix-Hilpike é mais utilizada para o diagnóstico dos canais verticais anterior e posterior. As opções terapêuticas na VPPB são variadas e podem ser utilizados supressores da função vestibular, cirurgia e exercícios de reabilitação vestibular. A

¹ Estudante de medicina do quinto ano - Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), cassianamouracosta@hotmail.com

² Médico pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), daltonluizmcosta@outlook.com

manobra de Epley modificada e a de Semont são utilizadas para reabilitação do canal posterior. Lempert-Wilck é utilizada para reabilitação do canal lateral, e Epley modificada e posição prolongada forçada são as utilizadas para reabilitar a VPPB de canal anterior. **Conclusão:** A VPPB possui alta prevalência em mulheres da quarta década de vida e, apesar de benigna, pode perturbar a qualidade de vida do(a) paciente. Seu diagnóstico é essencialmente clínico e as características do nistagmo indicam o canal semicircular acometido. As manobras de reposicionamento são consideradas bem efetivas para VPPB autolimitadas e recorrentes.

PALAVRAS-CHAVE: Vertigem;, Nistagmo;, Epley;, Dix-Hilpike;