

VERTIGEM POSTURAL PAROXÍSTICA BENIGNA

“TÍPICA”



INTRODUÇÃO

História

Anátomo-fisiologia dirigida

Diagnóstico

Tratamento

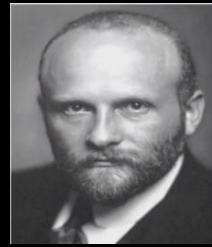
Imagens particulares e
de livros e artigos de
vários autores.

Décio Gomes de Souza
www.dgsotorrinolaringologia.med.br



HISTÓRIA

*

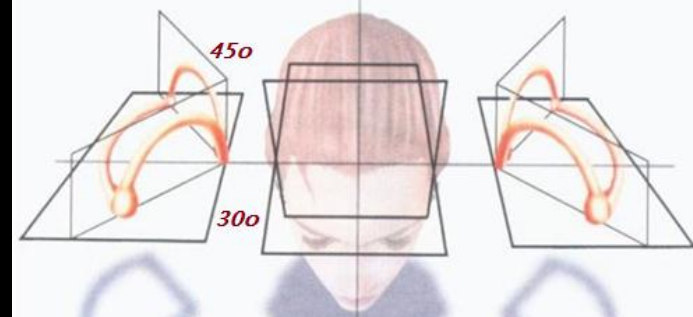


**



- 1897 – Adler descreve casos de vertigem posicional
- 1921 - Robert Bárány (prêmio nobel 1914) – 1ª descrição detalhada *
- 1950 – Nylen descreve a pesquisa do nistagmo posicional
- 1952 - Margaret R. Dix e Charles Skinner Hallpike: cunharam o termo e a manobra provocativa (100 casos) **
- 1969 - Harold Schuknecht: propôs a teoria da cupulolitíase - histopatologia
- 1979 - Hall SF, et al - sugeriu canaliculolitíase
- 1992 - Parnes and McClure – achado cirúrgico da canaliculolitíase
- 1980 - Brandt and Daroff - 1º exercício de posicionamento
- 1980 - Manobra de Epley
- 1976 - Livro Vertigem – Mangabeira e Ganança – cita cupulolitíase: vertigens posturais resistentes a tratamento clínico – sem sinais típicos
- 2005 - Lidando com a Vertigem Posicional Paroxística Benigna – ACTA ORL (18-25, 2005)
- 2016 - Francisco Zuma e Maia – manobra de Zuma

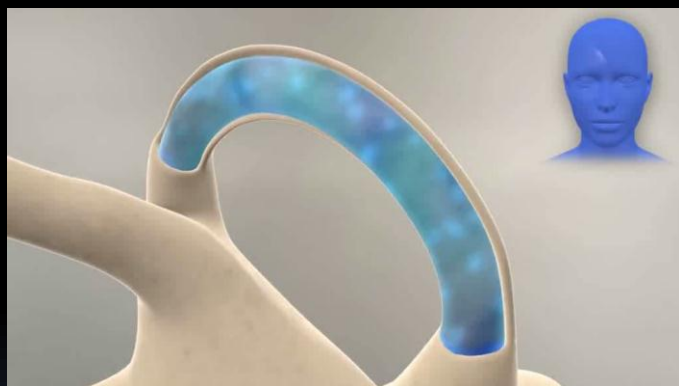
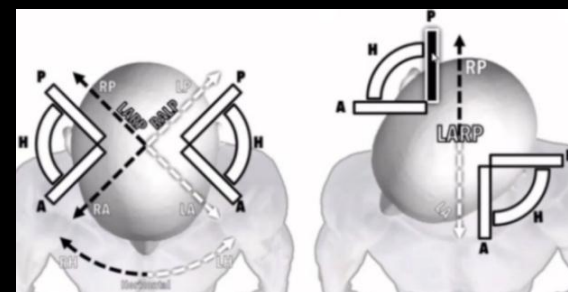
ANATOMO-FISIOLOGIA DOS CSC



MECÂNICA DO SISTEMA

Movimentos angulares da cabeça provocam correntes endolinfáticas ampulípetas de um lado e ampulífugas do outro no mesmo plano do movimento desencadeando deslocamento da cúpula

Sensor de movimentos angulares



ELETROFISIOLOGIA

Posição relativa dos cinocílios

Horizontal → utrículo

Verticais → ducto semicirc.

CSC Lateral

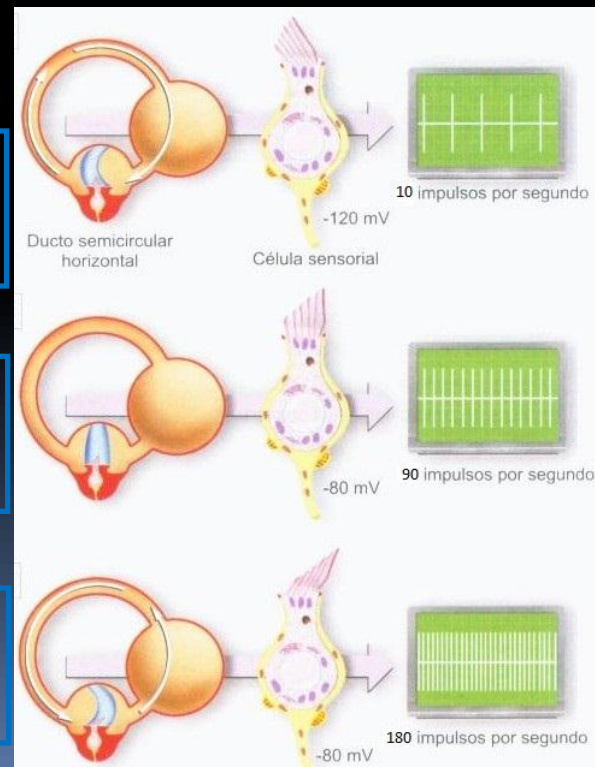
ampulípetas → excitatório

ampulífugas → inibitório

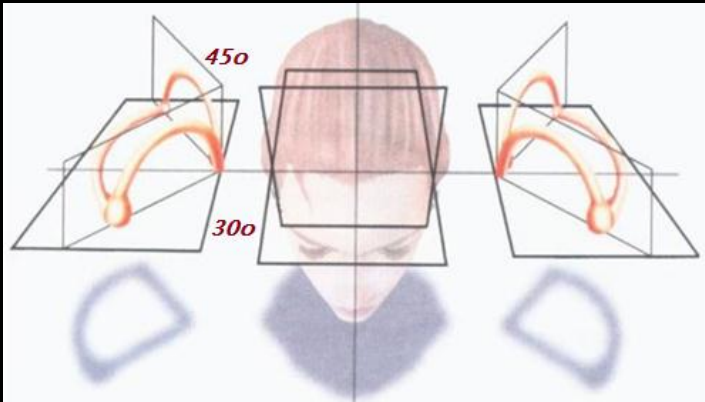
CSC Anterior e Posterior

ampulípetas → inibitório

ampulífugas → excitatório



ANATOMO-FISIOLOGIA DOS CSC

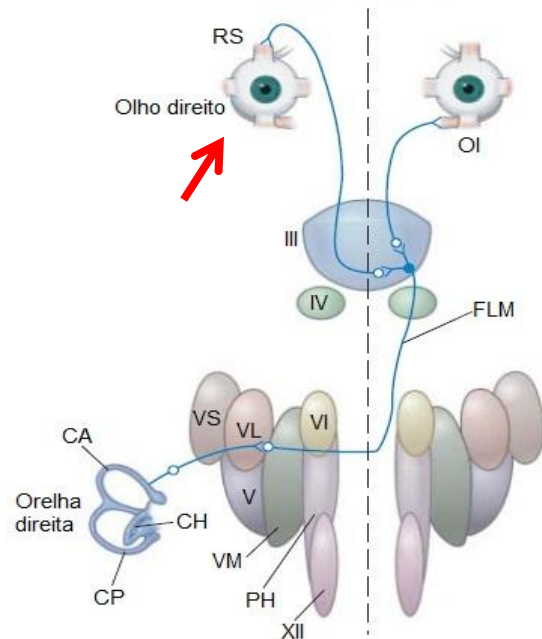


REFLEXO VESTÍBULO OCULAR

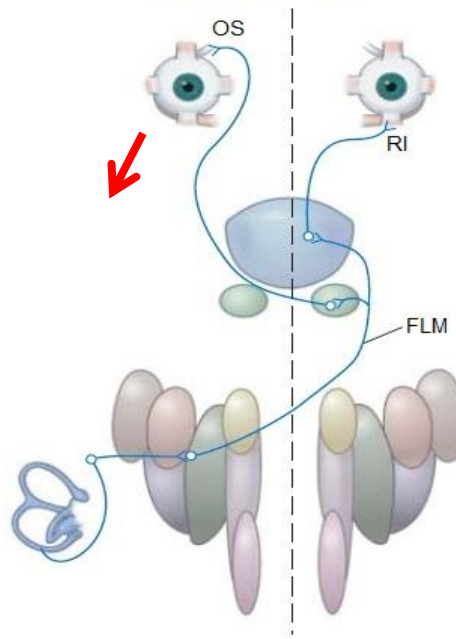
Movimenta os olhos no mesmo plano e em direção contrária à da da cabeça

Lembrar que a componente lenta do nistagmo é o movimento ativo mas a direção é dada pela componente rápida

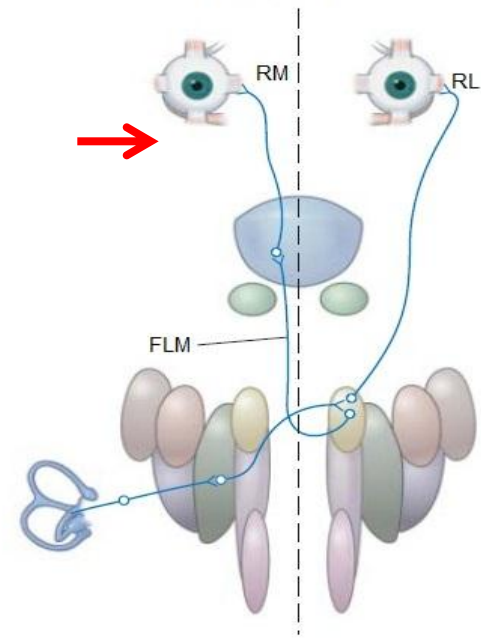
(a) Projeções excitatórias do canal anterior



(b) Projeções excitatórias do canal posterior



(c) Projeções excitatórias do canal horizontal



Vertigem Posicional Paroxística Benigna

Equipamento

Maca



Cadeira



Óculos de Frenzel



Video oculografia



Video é essencial ?

Cadeira Manual

Cadeira Automática

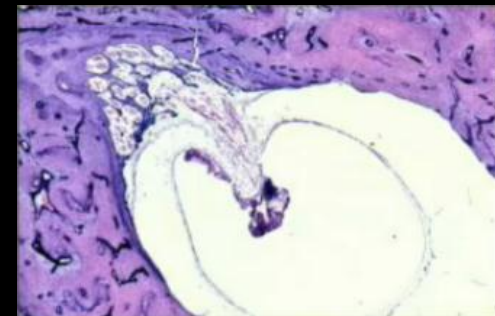
Videonistagmografia



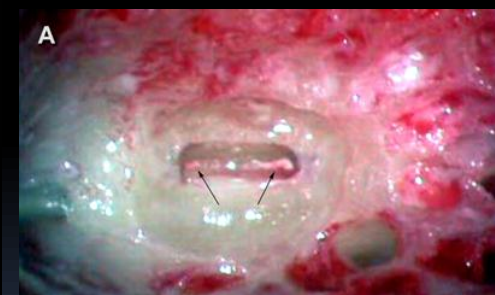
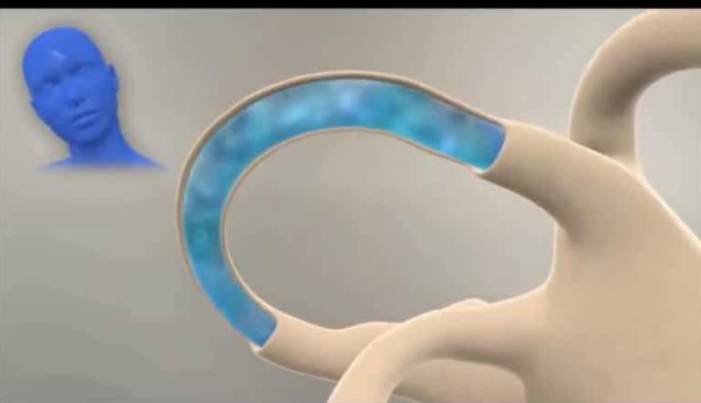
Vertigem Posicional Paroxística Benigna

- **INCIDÊNCIA** – prevalência entre 10.7 e 64.0 casos por 100,000 / 17,1% das tonturas / 35% das periféricas
- Frequente** – 88% posterior / 10% horizontal / 2% anterior
- **Clínica** - vertigem postural de curta duração (segundos - minutos), sem zumbido, DA ou plenitude auricular
- **Fisiopatologia** – liberação das otocônias do utrículo →
- **Etiopatogenia** – trauma, posição reclinada prolongada, vit. D, Cálcio, associada a outras vestibulopatias

Cupulolitíase



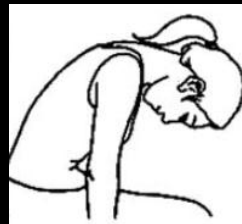
Ductolitíase + frequente



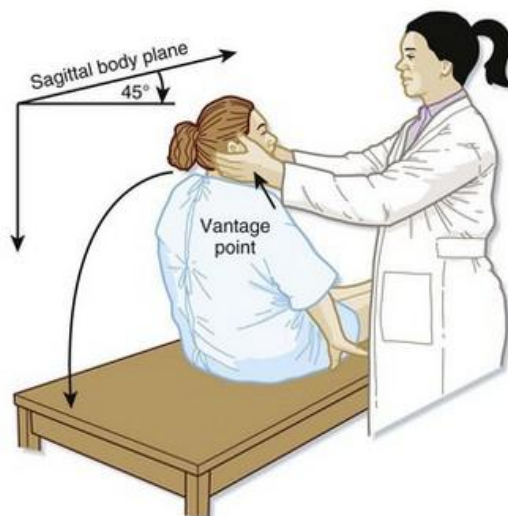
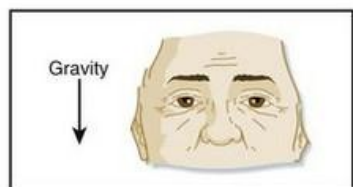
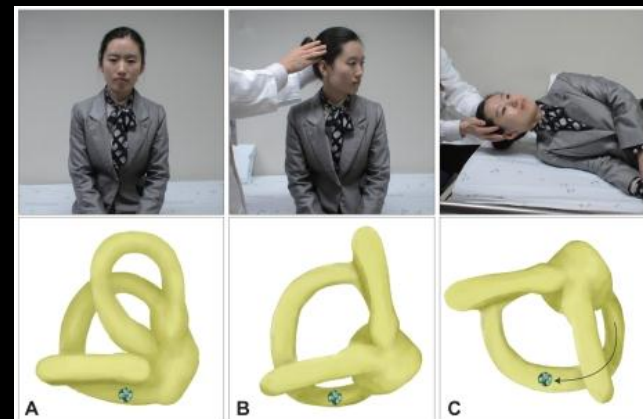
- **Sintomas** - tamanho, quantidade e qualidade das otocônias
- **Nistagmo** - posição, ponto de início e anatomia do canal

VPPB Diagnóstico

Bow and Lean ?



Side – Lyin test ?



- Testes de posicionamento

a) Dix-Halpike D e E

- iniciar pelo lado da queixa

Observar Sintomas e Nistagmo
Latência, Intensidade, Duração e Tipo

Resultados

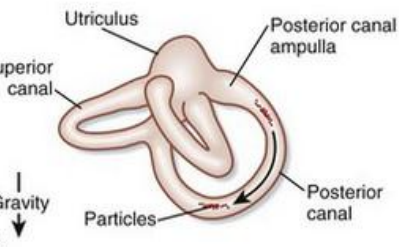
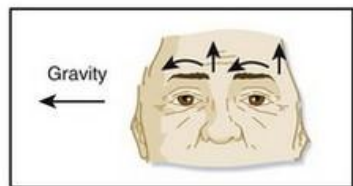
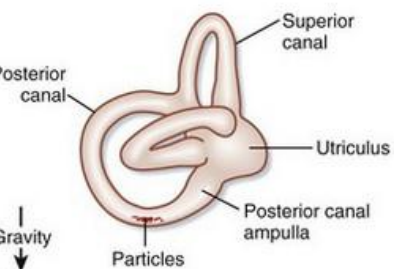
Negativo-Positivo subjetivo-Positivo objetivo

Diagnóstico Diferencial

S. Cervical-Migrânea vestibular-S. vascular
Paroxismia-Drogas (alcool)-S. Central

CENTRAL

- nistagmo intenso vertical puro sem tontura ou habituação
- vermis cerebelar inferior





VPPB - Diagnóstico

- Testes de posicionamento
a) Dix-Halpike

IDENTIFICAR

- 1) Canal / Lado afetado
- 2) Ductolitíase / Cupulolitíase

Tipo e duração do nistagmo
(independente da manobra diagnóstica)

Vertical Superior = Canal Posterior
Vertical Inferior = Canal Anterior
Rotatório Horário (Esquerda) = Canal Esquerdo
Rotatório Antihorário (Direita) = Canal Direito
< 1 minuto = Ductolitíase
> 1 minuto = Cupulolitíase

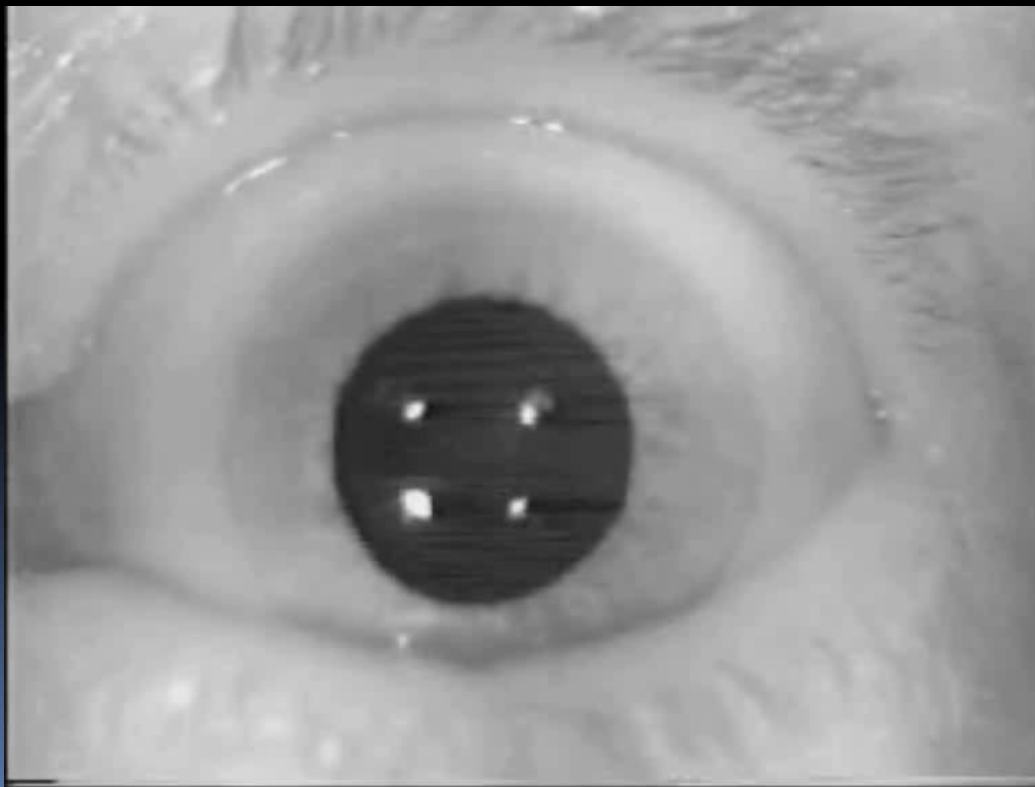
Horizontal = Canal Lateral
- Geotrópico = Ductolitíase
- mais intenso do lado da lesão com habituação
- Apogeotrópico = Cupulolitíase
- menos intenso do lado da lesão e persistente

Tipo de VPPB	Conceito fisiopatológico	Nistagmo de posicionamento
1	Ductotíase do CPD	Vertical para cima e rotatório anti-horário (< 1 minuto)
2	Ductotíase do CPE	Vertical para cima e rotatório horário (< 1 minuto)
3	Ductotíase do CAD	Vertical para baixo e rotatório anti-horário (< 1 minuto)
4	Ductotíase do CAE	Vertical para baixo e rotatório horário (< 1 minuto)
5	Ductotíase do CLD	Horizontal geotrópico mais intenso com a orelha direita para baixo
6	Ductotíase do CLE	Horizontal geotrópico mais intensocom a orelha esquerda para baixo
7	Cupulotíase do CPD	Vertical para cima e rotatório anti-horário (> 1 minuto)
8	Cupulotíase do CPE	Vertical para cima e rotatório horário (> 1 minuto)
9	Cupulotíase do CAD	Vertical para baixo e rotatório anti-horário (> 1 minuto)
10	Cupulotíase do CAE	Vertical para baixo e rotatório horário (> 1 minuto)
11	Cupulotíase do CLE	Horizontal ageotrópico mais intenso com a orelha direita para baixo
12	Cupulotíase do CLD	Horizontal ageotrópico mais intenso com a orelha esquerda para baixo

VPPB - Diagnóstico

- Testes de posicionamento - a) Dix-Halpike

- N. Vertical Superior = CSC Posterior
- Rotatório horário (para E) = Canal Esquerdo
- Duração menor que 1 minuto = Ductolitíase



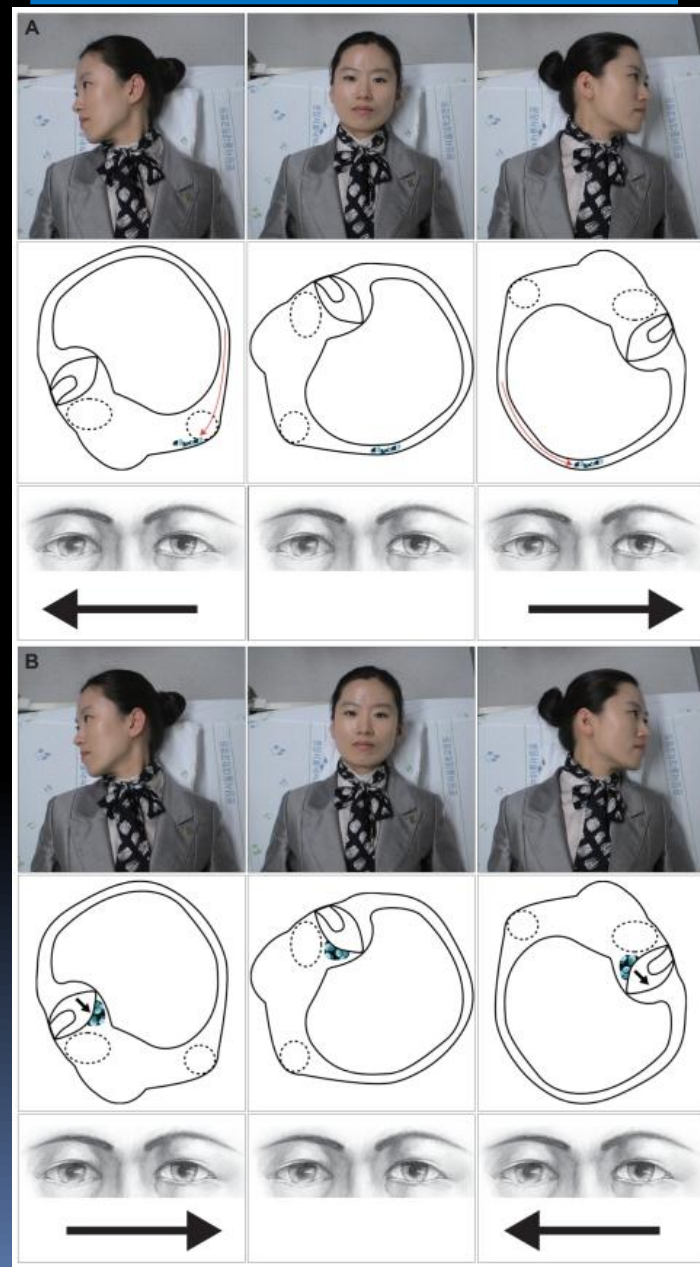
VPPB - Diagnóstico

- Testes de posicionamento
 - b) para canal lateral
 - c) para canal posterior

c) Straight head-hanging test
(Dix-Hallpike profundo)



b) Rool test (manobra de Pagnini-Macclure)



VPPB - Tratamento

MANOBRAS DE REPOSICIONAMENTO

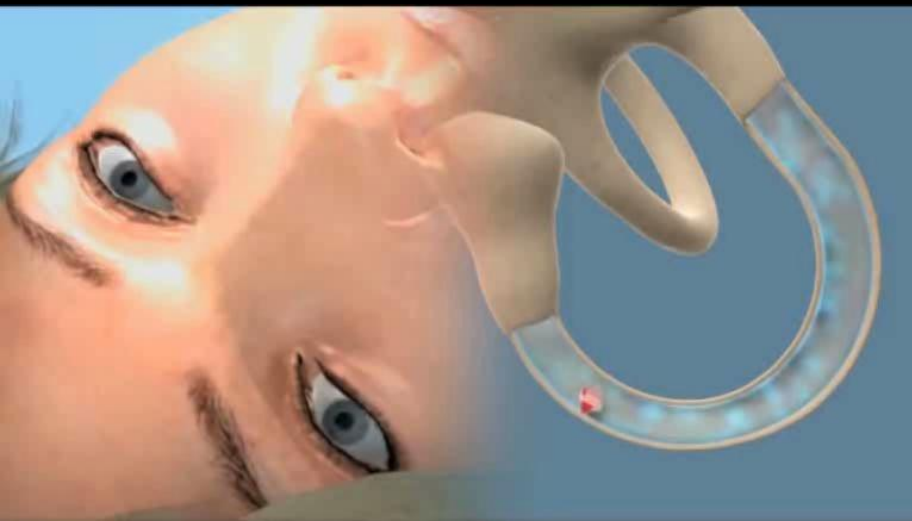
MEDICAMENTOSO ? – Pré testagem ?

- Ductolitíase do CP
 - **Epley** – inicia com o lado afetado para baixo (30-60 seg./posição)

- Cupulolitíase do CP
 - **Semon** – inicia a queda para o lado afetado (movimentos rápidos)

➤ Ductolitíase do CPD

➤ Cupulolitíase do CPE





VPPB - Tratamento

MANOBRAS DE REPOSICIONAMENTO

- Ductolitíase do CL (geotrópico)
 - **Gufoni**: inicia com o lado normal para baixo (3 min/posição)

- Canaliculolitíase do CLE

- Cupulolitíase do CL (apogeotrópico)

- 1 - **Gufoni** (variante apogeotrópica): inicia com o lado afetado para baixo com movimentos rápidos
- 2 - Roll-test verificando se passou para geotrópico
- 3 - **Gufoni** (variante geotrópica)
- 4 - Roll-test verificando se desapareceu a tontura e nistagmo
- 5 - Repetir a manobra de Gufoni até a resolução do quadro



VPPB - Tratamento

MANOBRAS DE REPOSICIONAMENTO

- Manobra de Zuma
 - Para ductolitíase e cupulolitíase
 - inicia a queda para o lado afetado - Girar para o lado normal – 3 min. em cada posição
 - Movimentos rápidos na cupulolitíase

➤ VPPB do CLD

- Manobra de Lempert modificada por Baloh (barbecue - 360°)
 - Para ductolitíase e cupulolitíase
 - inicia a queda para o lado afetado - Girar para o lado normal - 3 min. em cada posição
 - Movimentos rápidos na cupulolitíase

➤ VPPB do CLD



VPPB - Tratamento

MANOBRAS DE REPOSICIONAMENTO

➤ VPPB do Canal Anterior D ou E

- Epley
- Yacovino

Ductolitíase - 30 seg. em cada posição

Cupulolitíase - > que 30 seg. em cada posição

