

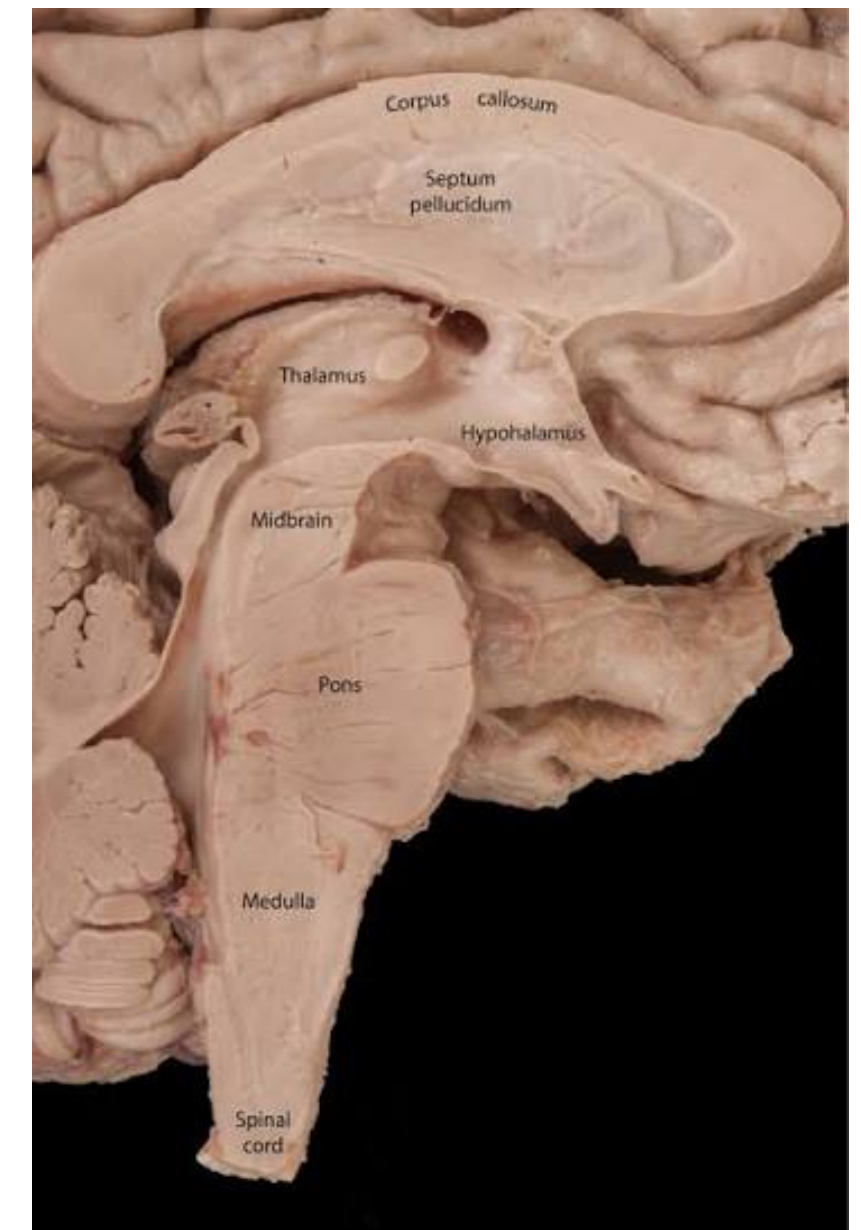
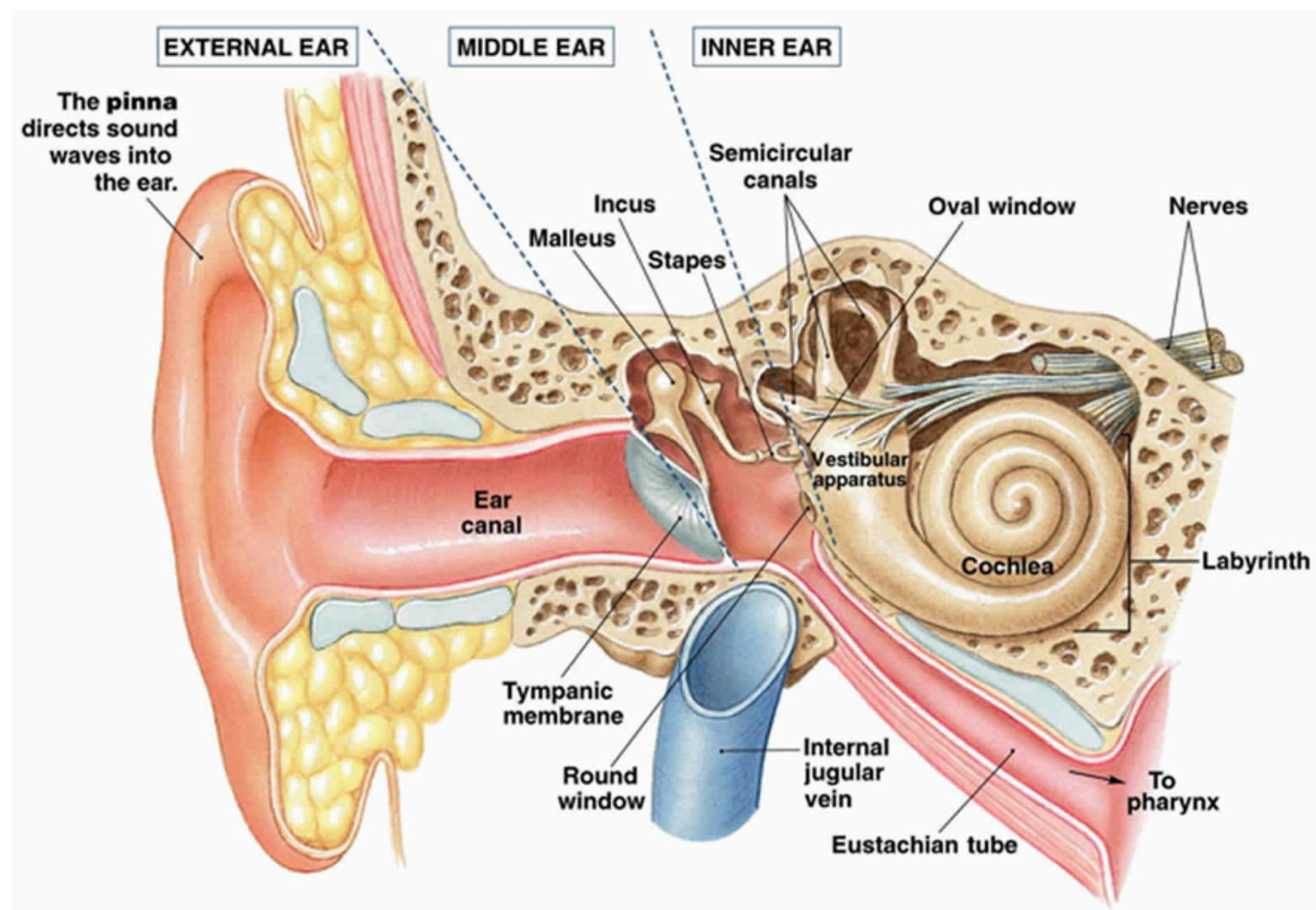
Vertigem

Roberto Caron
Neurologia



Definição

O refinamento da Síndrome Vertiginosa é o processo clínico essencial para diferenciar uma vertigem de origem **periférica** (geralmente benigna e ligada ao ouvido interno) de uma **central** (potencialmente grave e ligada ao sistema nervoso central, como um AVC de fossa posterior).

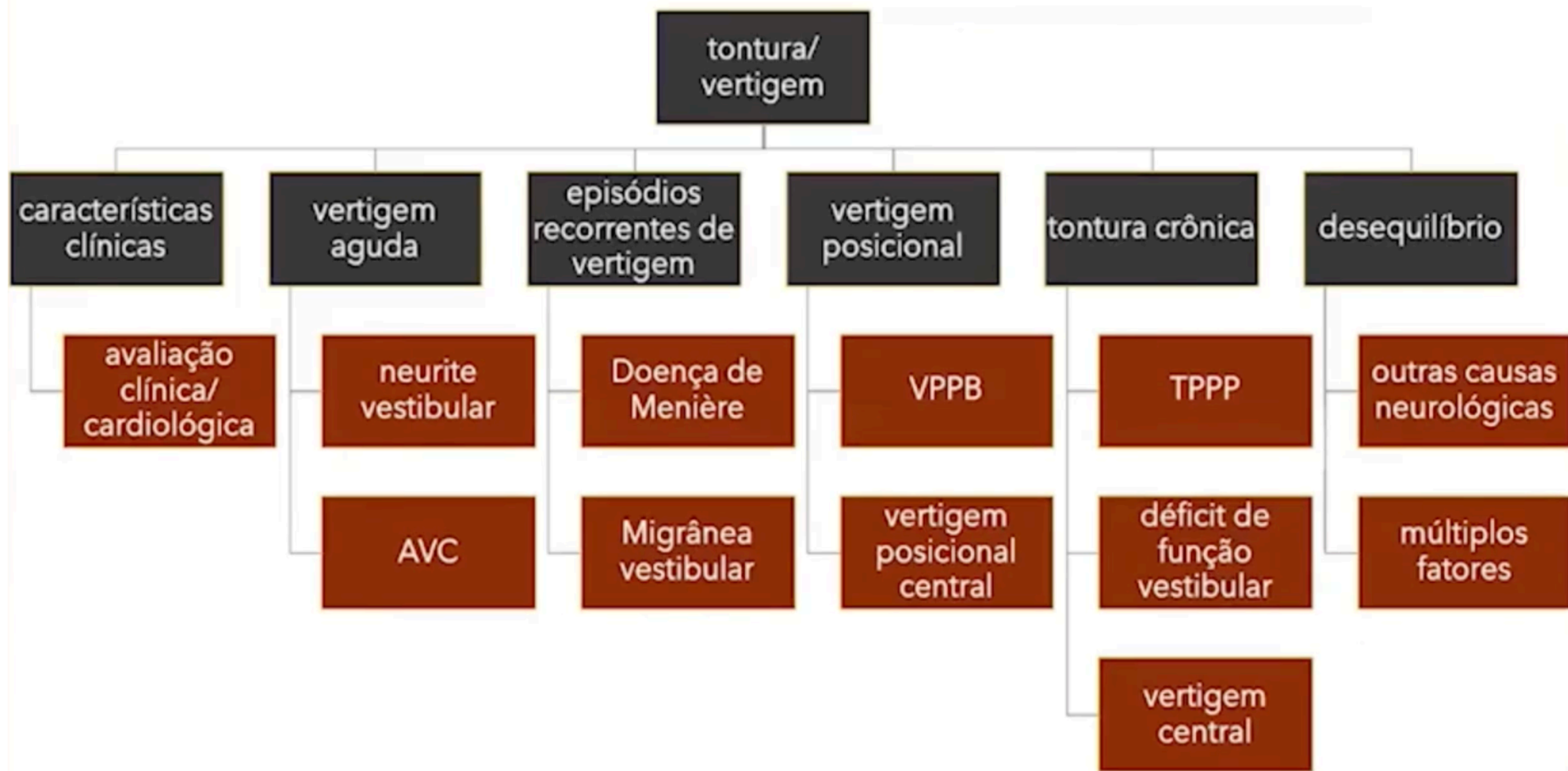


Protocolo TiTrATE

Timing, Triggers, Target Exam

Timing (Tempo) e Triggers (Gatilhos)

- **Episódica Desencadeada:** Dura segundos a minutos; surge ao mudar a posição da cabeça na cama ou olhar para cima. O principal diagnóstico é a VPPB (Vertigem Posicional Paroxística Benigna).
- **Episódica Espontânea:** Dura minutos a horas; sem gatilho aparente. Sugere Doença de Ménière (se houver sintomas auditivos) ou Migrânea Vestibular (associada à enxaqueca).
- **Aguda Contínua:** Início súbito, dura dias, associada a náuseas intensas e nistagmo persistente. Exige diferenciar Neurite Vestibular (periférica) de um AVC Isquêmico (central)



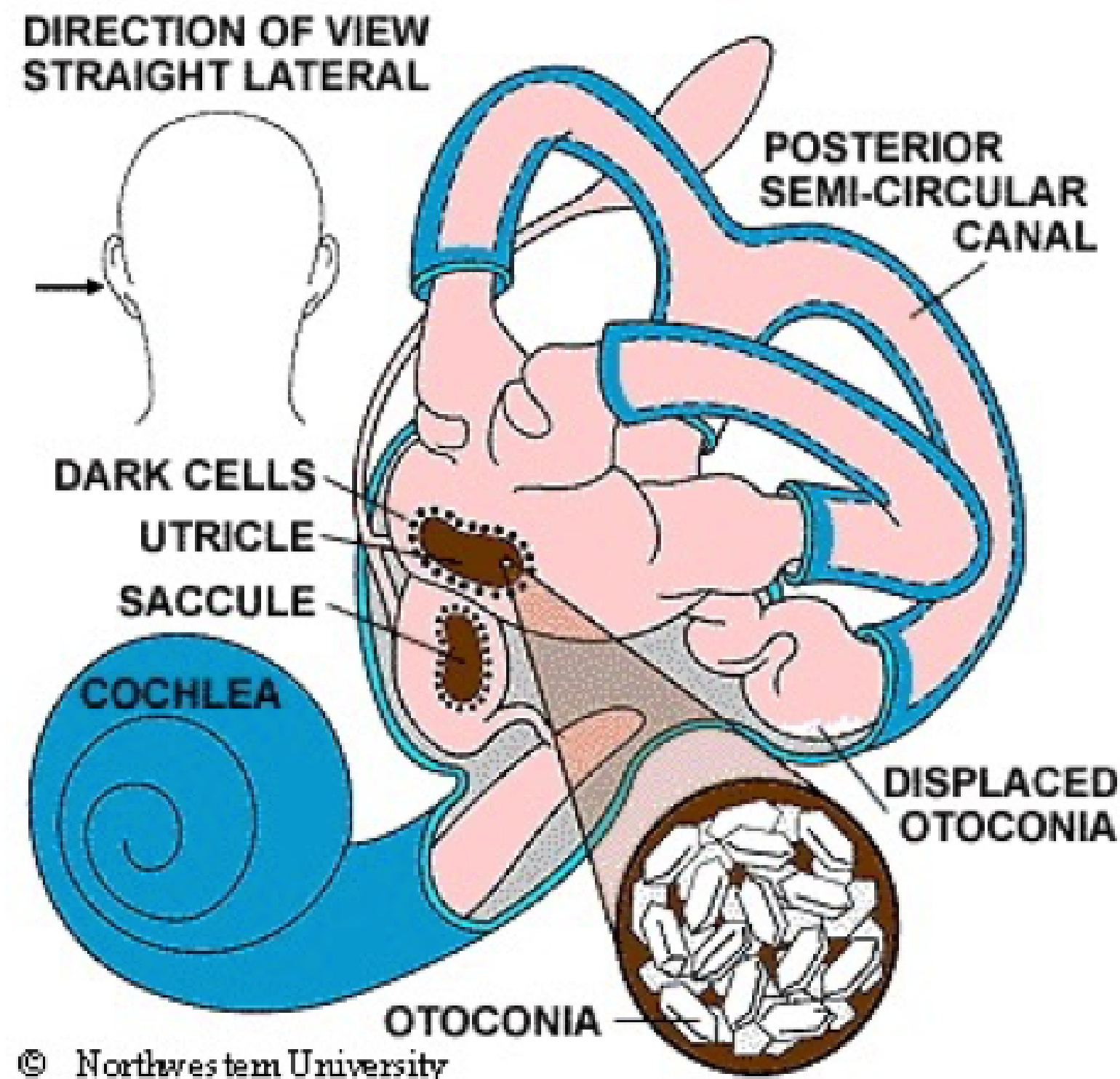
Vertigem Paroxística Posicional Benigna

Barany, 1921.

É a causa mais comum de vertigem no paciente adulto (25% de todas as vertigens e 90% das vertigens recorrentes de curta duração).

Distúrbio mecânico do labirinto, cursando com crises intensas de vertigem rotatória, recorrente e de curta duração.

A vertigem é sempre desencadeada por mudanças de posição da cabeça (olhar para cima).

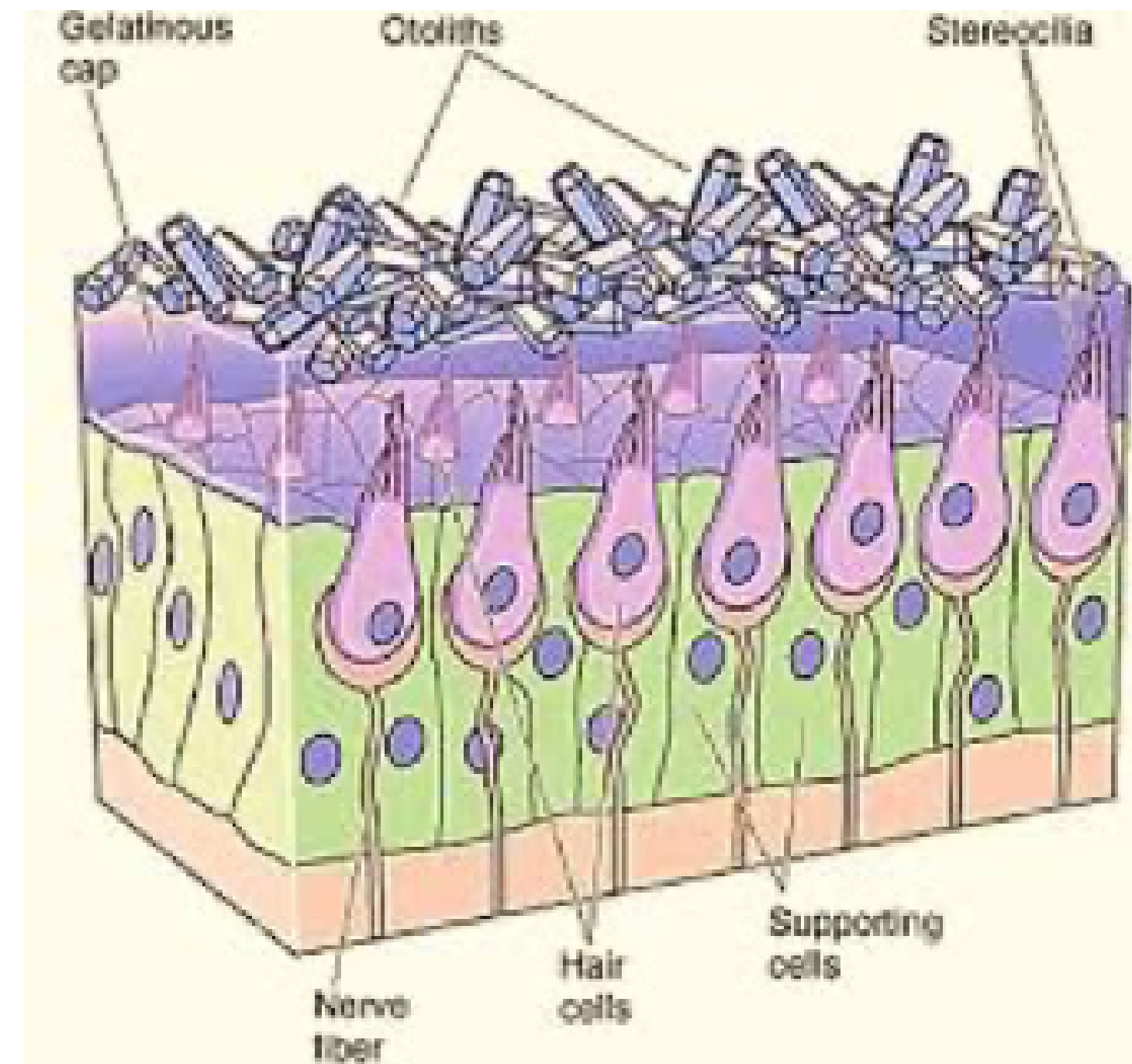


Vertigem Paroxística Posicional Benigna

Os **otólitos** ou **otocônias** (cristais de carbonato de cálcio) normalmente se encontram aderidos no gel das estruturas maculares do sáculo e utrículo.

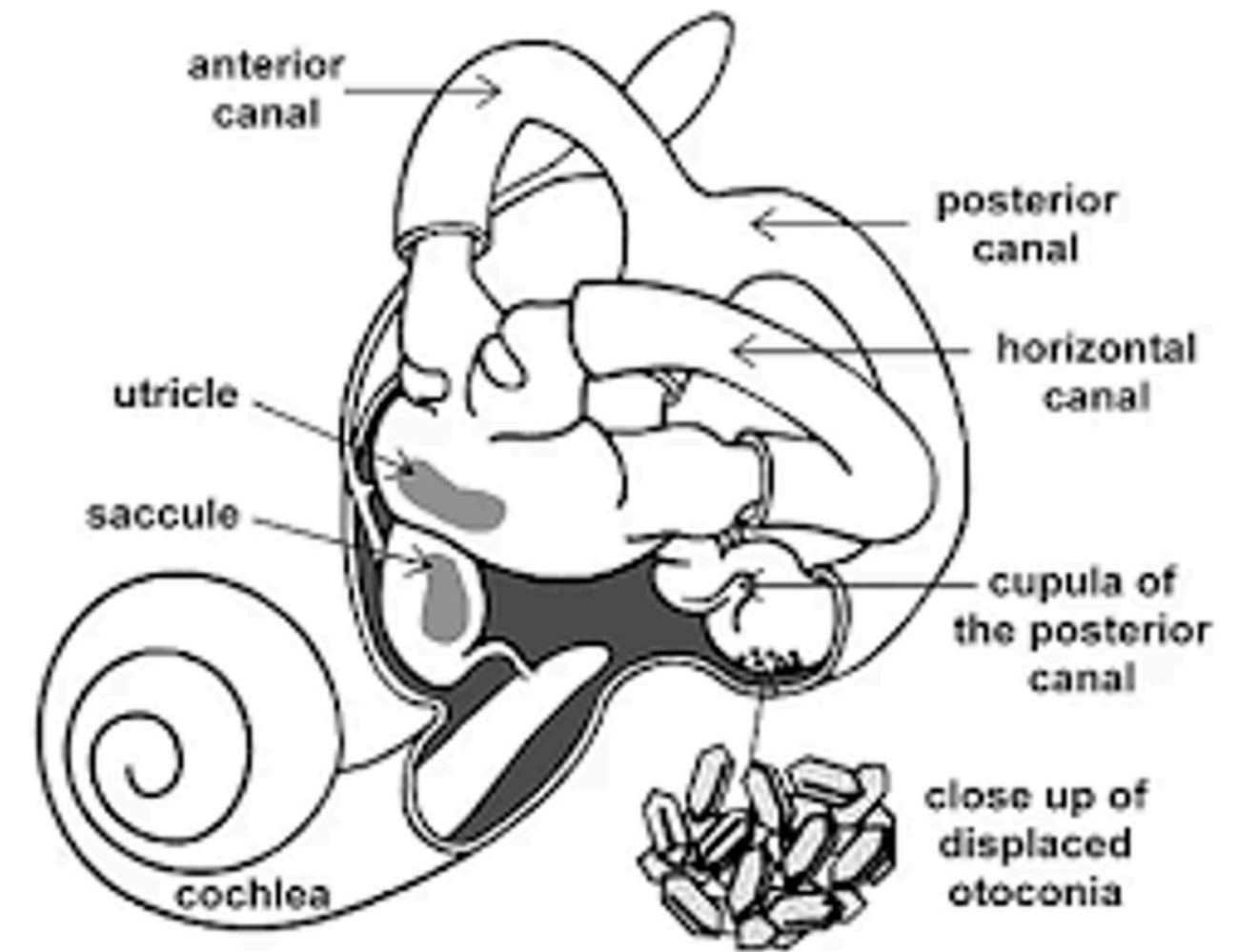
Em decorrência de trauma, infecção ou degeneração, os otólitos são deslocados e agrupadas na endolinfa de um canal semicircular (geralmente no braço longo do canal semicircular posterior), caracterizando canalolitíase ou na cúpula (cupulolitíase).

Mudanças na posição da cabeça fazem com que as otocônias livres gravitem longitudinalmente através do canal, causando um efeito semelhante ao de um pistão, que traciona a região cupular, causando nistágmo e vertigem.



Vertigem Paroxística Posicional Benigna

Manobra de Dix-Hallpike

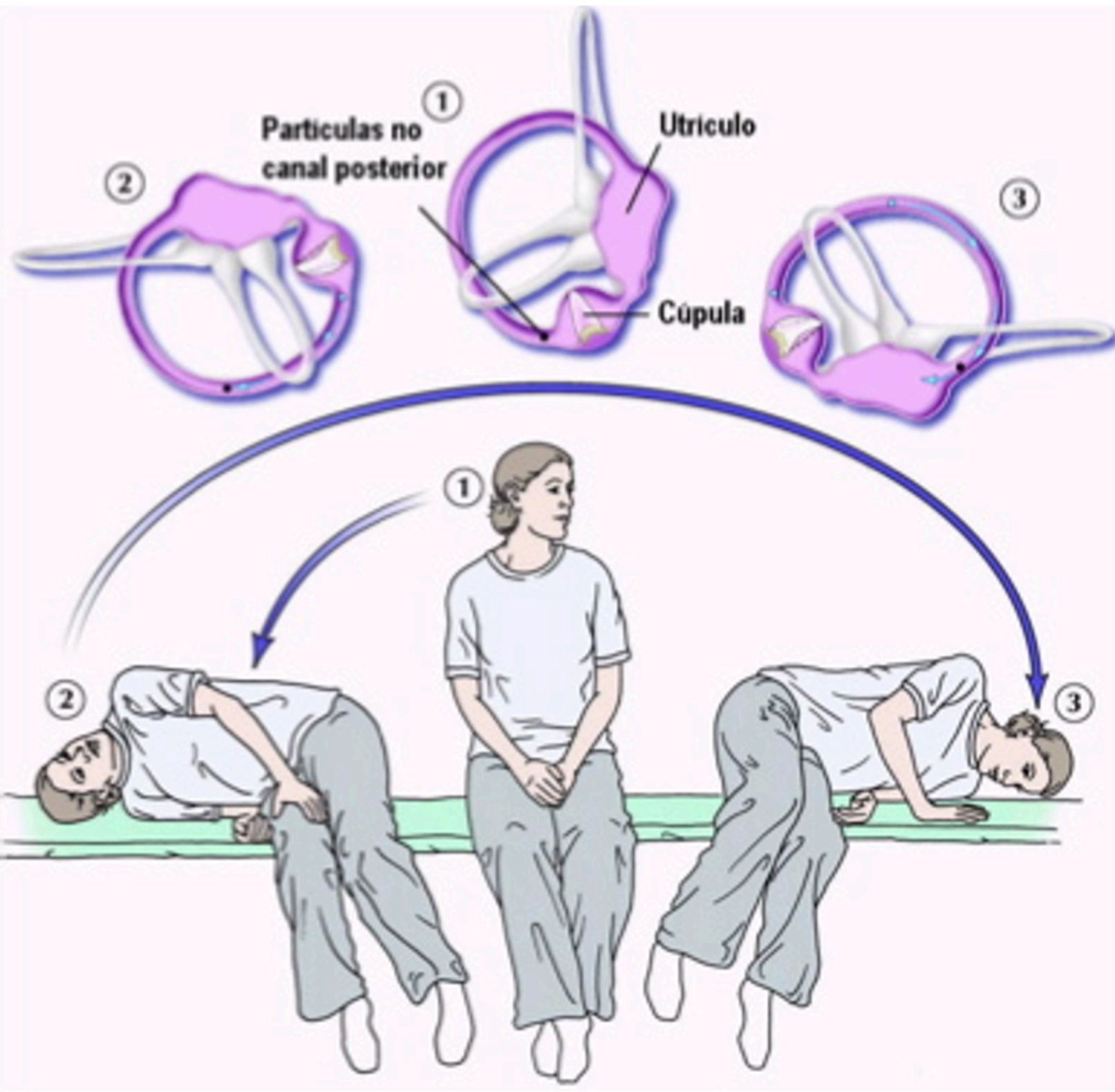


Dix-Hallpike

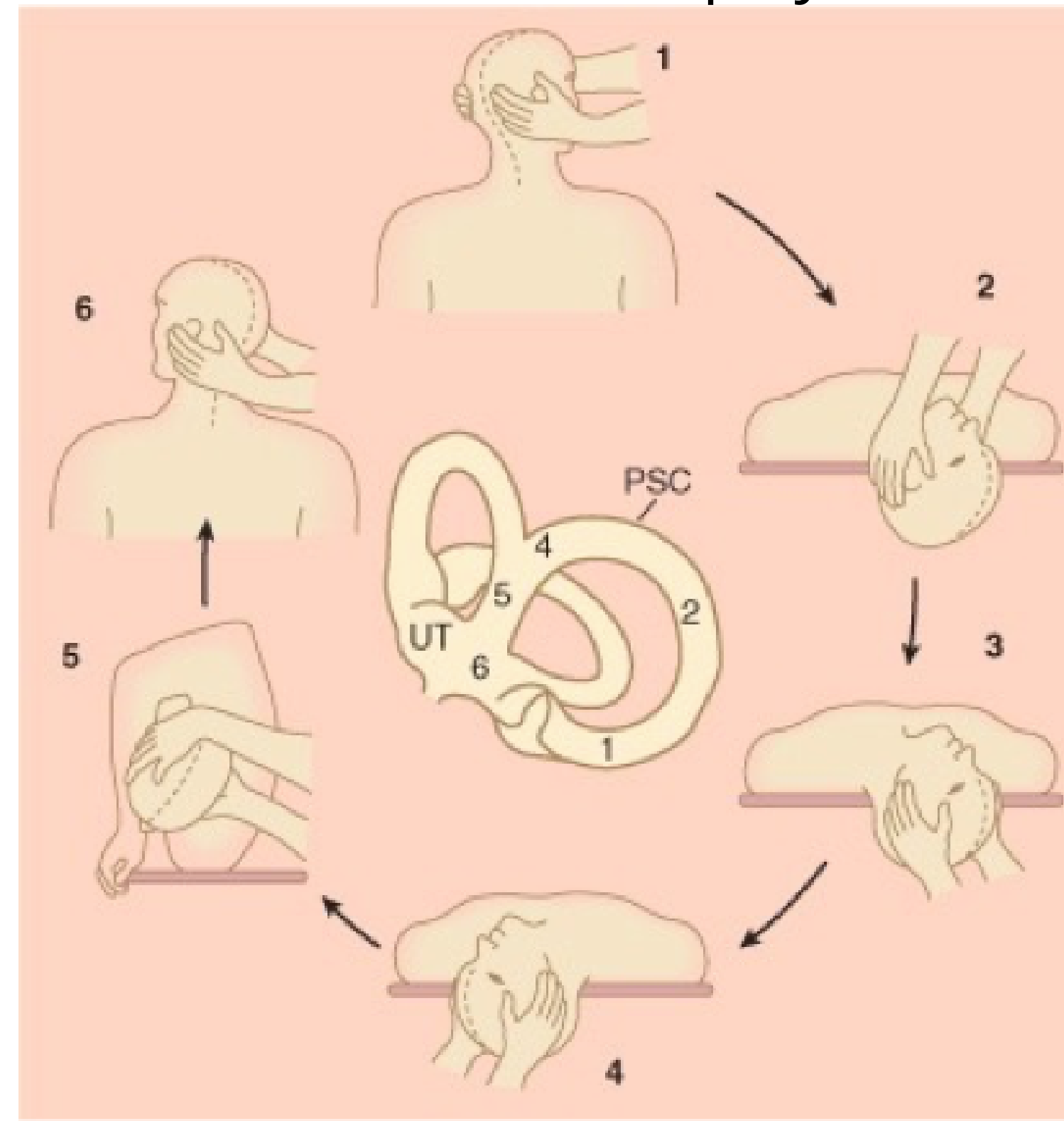
Nistágmo	Direção	Latência	Duração	Fatigabilidade
Vertigem Central	Vertical puro (upbeat/downbeat) Rotatório puro Muda direção sem mudar posição da cabeça	Ausência	> 1 minuto	Ausente
VPPB	Componente vertical para cima e rotatório para a orelha de baixo (geotrópico com inversão)	1 a 15 s	< 1 minuto	Presente

Vertigem Paroxística Posicional Benigna

Manobra de Semont



Manobra de Epley



Labirintite e Neuronite Vestibular

Desordem inflamatória viral ou pós-viral.

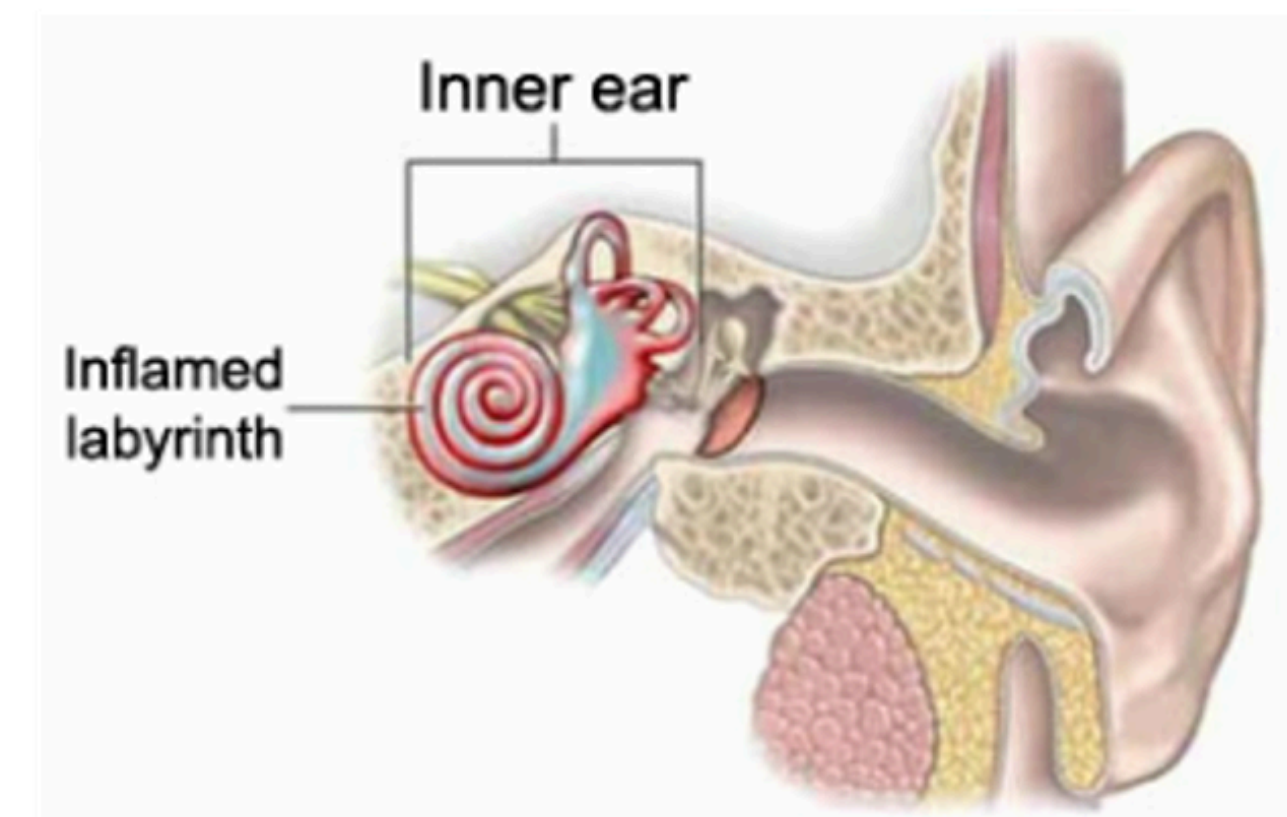
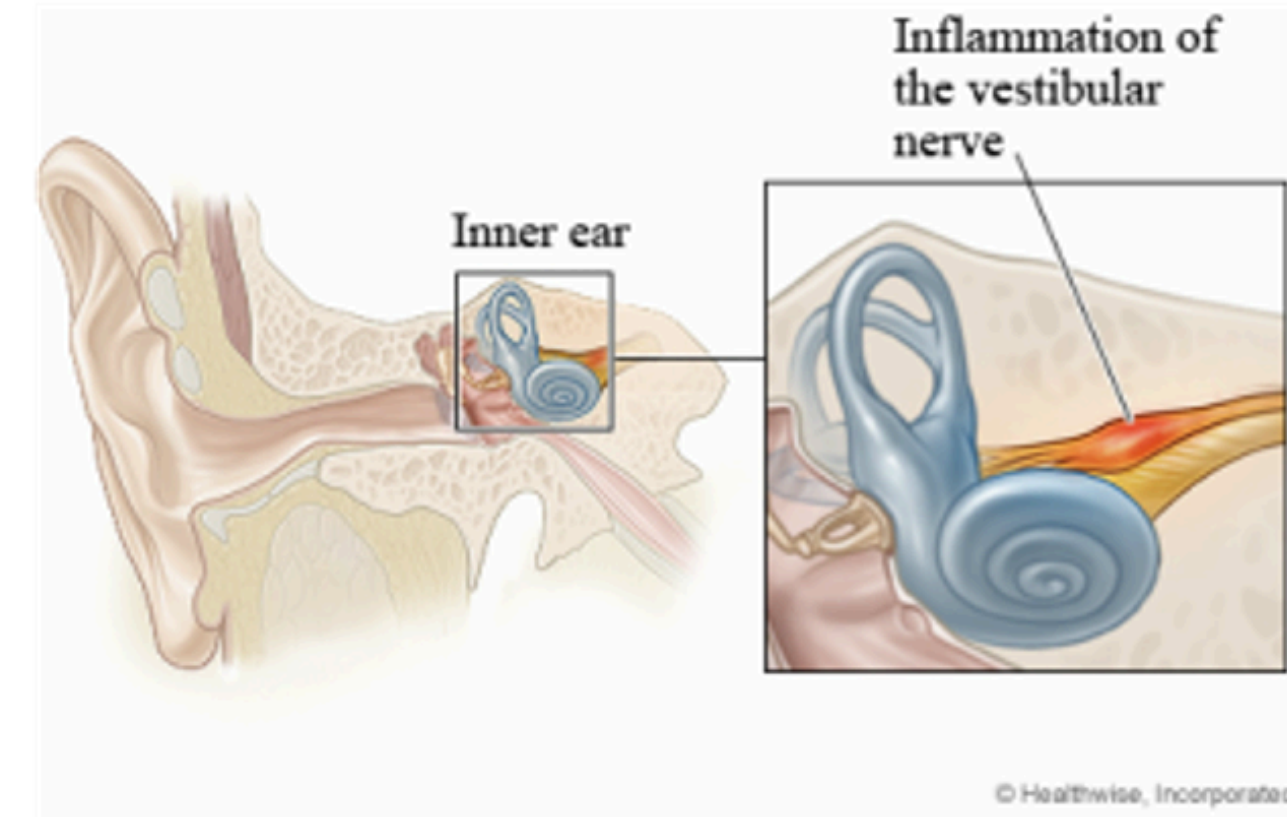
Neuronite vestibular → audição preservada.

Labirintite → hipoacusia e acúfenos ipsilaterais.

Em ambas existe nistágmo espontâneo, ao contrário da VPPB.

Tendência de queda para o lado lesado com nistágmo horizonto-rotatório para o lado hígido.

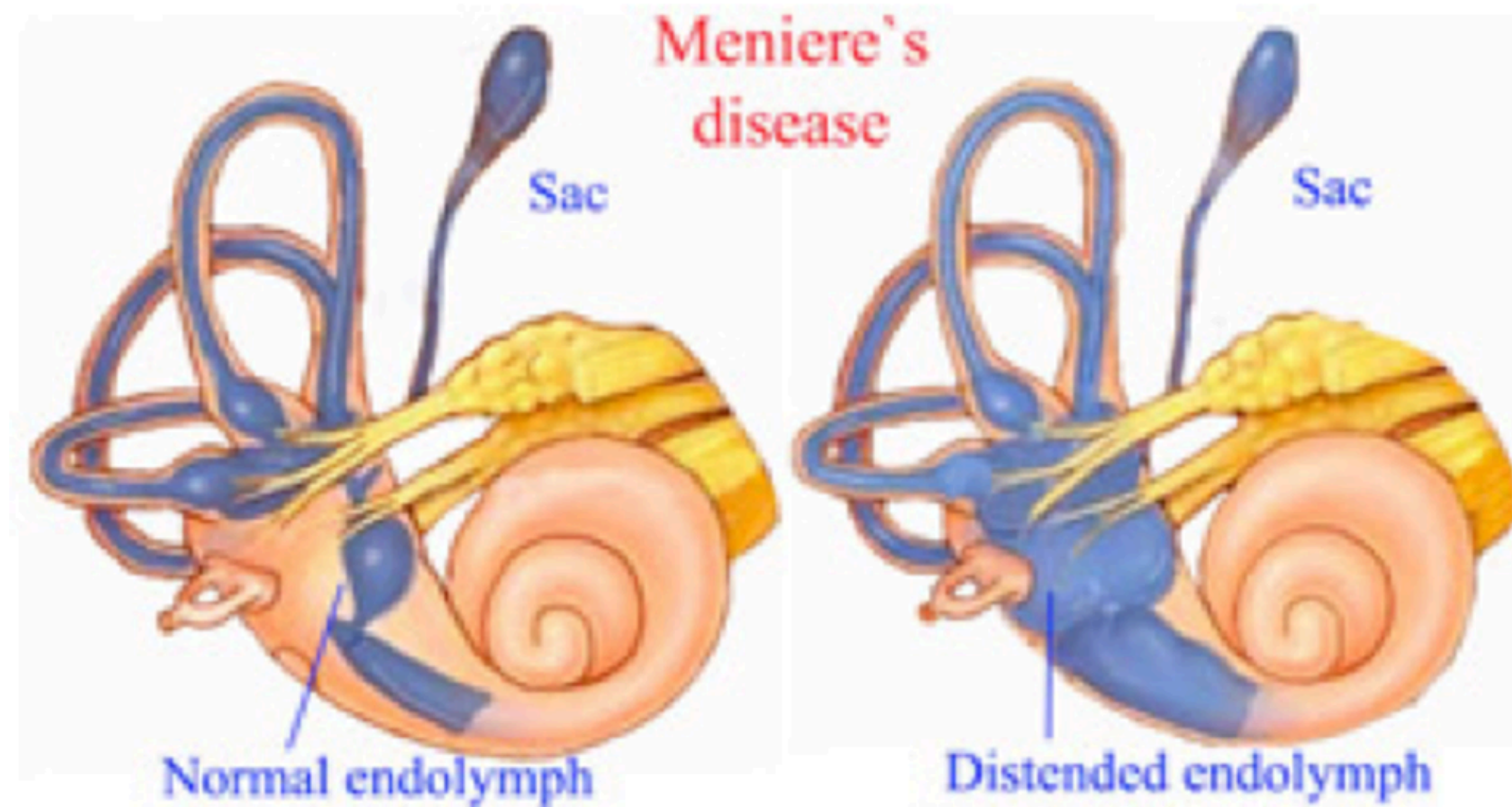
Corticóide facilita a recuperação.



Doença de Menière

Ocorre hidropisia endolinfática do sistema labiríntico (genética, autoimunidade, alergia, idiopática). Os ataques vertiginosos são recorrentes e auto limitados (duram entre minutos a horas).

Ocorre tinnitus, hiperacusia, sensação de plenitude auricular (como se houvesse água dentro do ouvido) e hipoacusia no lado comprometido.



Exame Físico Alvo

Protocolo HINTS

Para pacientes com Síndrome Vestibular Aguda contínua, o exame de escolha para o refinamento clínico é o **HINTS (Head Impulse Nystagmus Test of Skew)**. Ele possui maior sensibilidade para detectar AVC nas primeiras 48 horas do que a própria Ressonância Magnética.

HINTS			
	Head Impulse	Nystagmus	Test of Skew
	Vertigem periférica Nevrite vestibular	unidireccional	-
Vertigem central AVC vertebrobasilar	-	multidireccional	+

Head Impulse

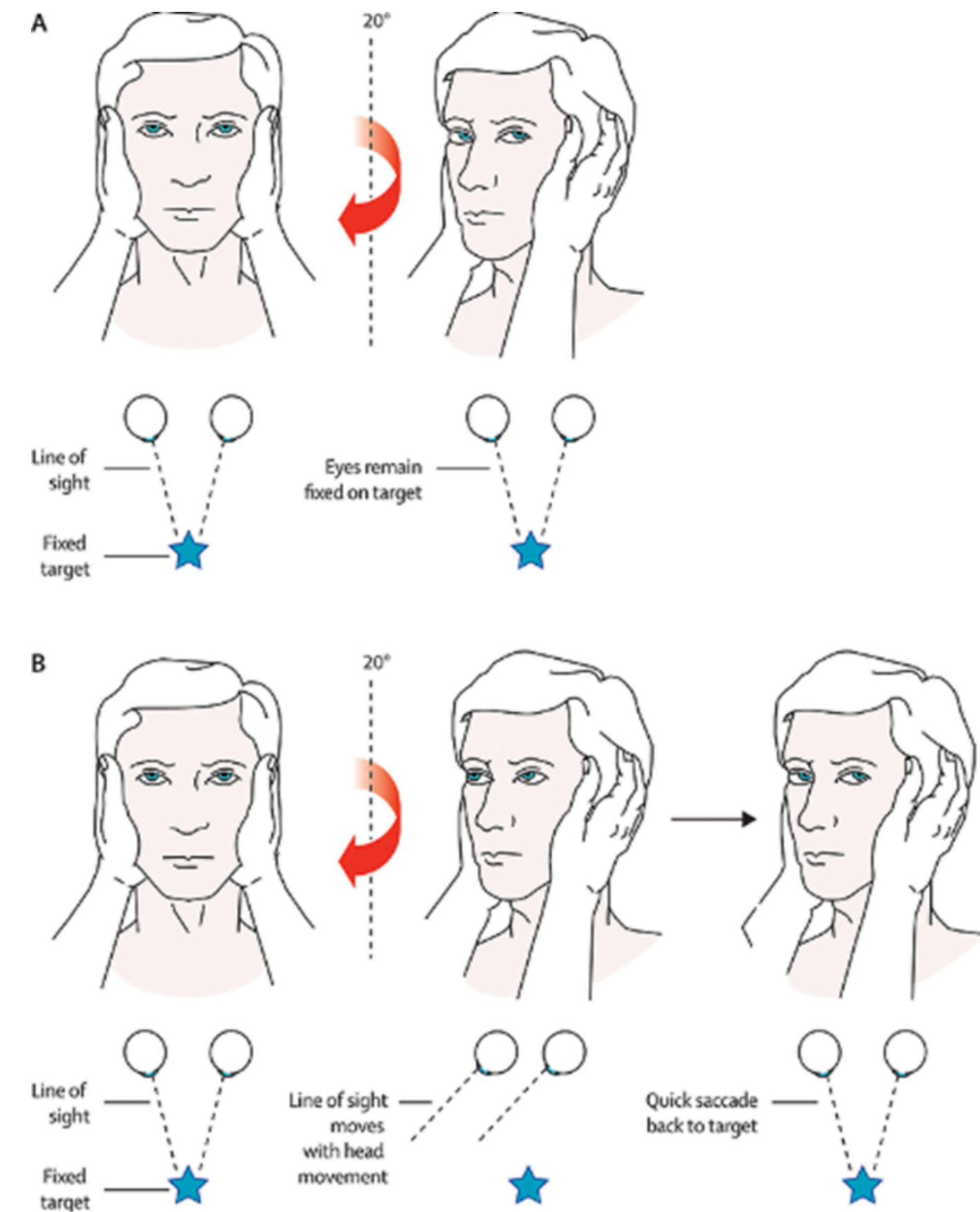
O examinador gira a cabeça do paciente rapidamente para um lado e para o outro enquanto solicita a ele que fixe em seu rosto.

Se uma re-fixação (sacada) ocorrer após girar rapidamente a cabeça do paciente, a paresia do canal está presente no lado para o qual a cabeça foi girada.

A positividade do teste sugere comprometimento vestibular do lado que gerou a sacada corretiva, portanto sugere causa periférica.

VOR normal indica lesão central.

Sensibilidade maior do que RNM - (Kattah, 2009).



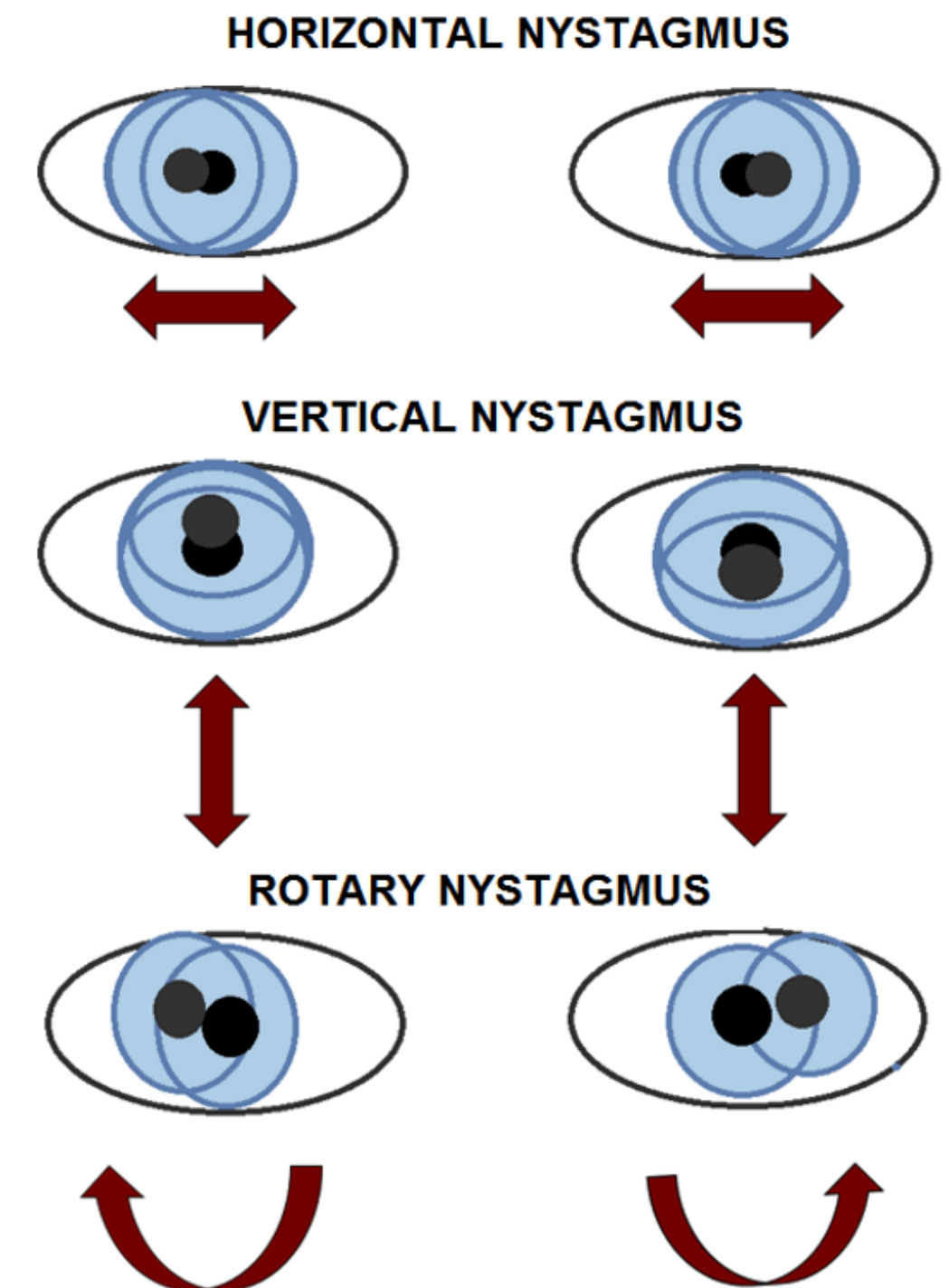
Nistágmo

O paciente é solicitado a desviar o olhar 30 graus para a esquerda e para a direita; para cima e para baixo (não usar o dedo!).

Síndromes vestibulares periféricas estão associadas a nistágmo horizontal, que bate em uma única direção.

Lei de Alexander: Nistagmo unidirecional na posição primária do olhar, que piora ao olhar para o lado da fase rápida e diminuiu com o olhar para o lado da fase lenta, sugere acometimento periférico.

Nistágmo vertical, bidirecional ou multidirecional – muda de direção → sugere comprometimento de cerebelo ou tronco cerebral.

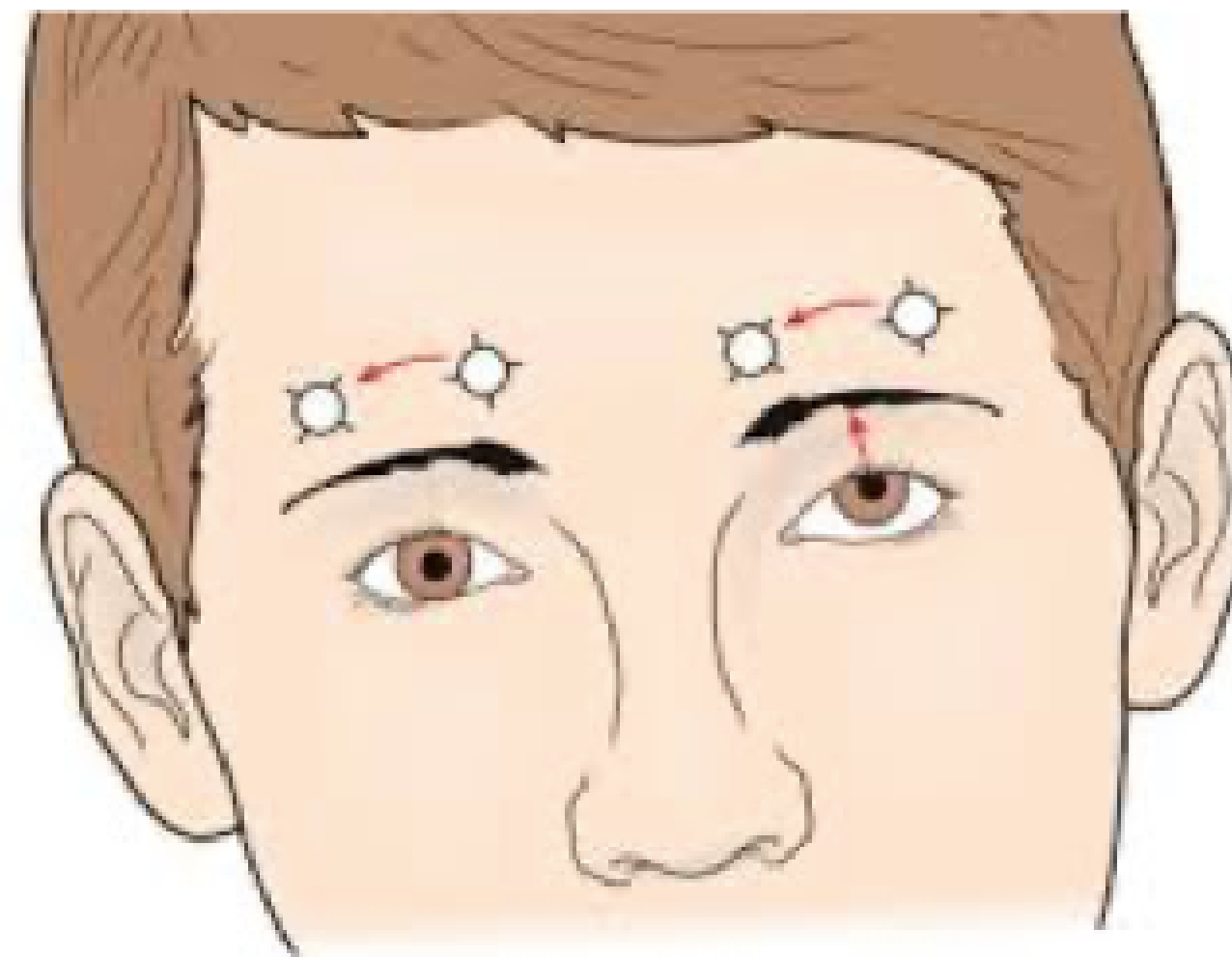
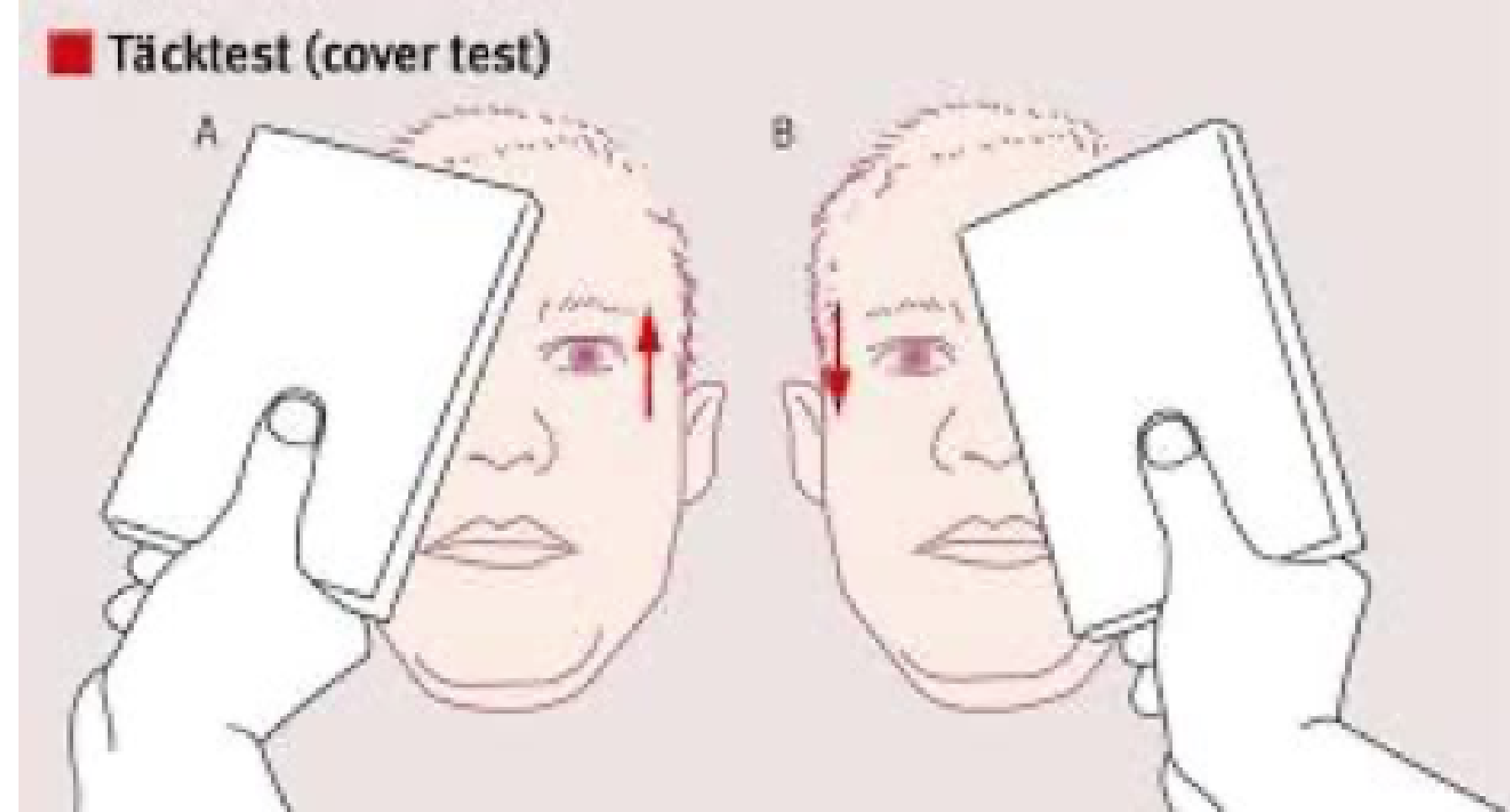


Test of Skew

O paciente olha para um ponto na face do examinador e este oclui rápida e alternadamente o olho direito e esquerdo, observando se há ou não correção do olhar verticalmente (Cover – Uncover).

O olhar desalinhado verticalmente sugere comprometimento central (olho hipométrico e hipermétrico).

O olho hipométrico caracteriza o Test of Skew → Bulbo ipsilateral ou mesencéfalo contralateral.



HINTS to **INFARCT**

HI

- *horizontal Head Impulse test*
- *Impulse **N**ormal*

N

- **N**ystagmus
- ***F**ast-phase **A**lternating*

TS

- **T**est of **S**kew
- ***R**efixation in (alternate) **C**over **T**est.*

Fontes Consultadas

- STUDART-NETO, A. et al. **A Neurologia que Todo Médico Deve Saber**. 4. ed. Editora Atheneu, 2025.
- BARSOTTINI, O. G. P; NITRINI, R; OLIVEIRA FILHO, J. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 3. ed. Editora GEN Guanabara-Koogan, 2025.
- ROPPER, A. H. et al. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 12. ed. McGraw-Hill, 2023.
- JANKOVIC, J; NEWMAN, N.J; MAZZIOTTA, J. C. **Bradley and Daroff's Neurology in Clinical Practice**. 9. ed. Elsevier, 2026.