

Caso Clínico

Tontura

Introdução Prevalência e abordagem antiga

Queixa que envolve mais de uma especialidade em termos de etiologias - neurologia, otorrinolaringologia, cardiologia, psiquiatria, etc.

5 a 10% das tonturas no pronto-socorro **podem ter duas etiologias** ao mesmo tempo.

Queixa muito frequente - 30% de prevalência na população em geral.

Abordagem antiga envolvia a **qualidade descritiva** da tontura:

- Vertiginosa
- Pré-síncope
- Desequilíbrio
- "Cabeça leve"

Esta abordagem apresenta dois problemas:

- Cada etiologia pode se manifestar com qualidades diferentes de tontura (por exemplo, pacientes com tontura de origem cardíaca podem se manifestar com vertigem em até 60%).
- A capacidade do paciente classificar sua tontura e a nossa capacidade de entender a queixa do paciente é inadequada, podendo, comprovadamente, gerar erro diagnóstico.

Abordagem da Tontura

Devemos fazer basicamente DUAS perguntas:

- Episódica/Intermitente ou Persistente?
- Provocada ou Não-Provocada?
- Formando então 4 blocos - Intermitente Provocada, Intermitente Não-Provocada, Persistente Provocada ou Persistente Não-Provocada.

Intermitente Provocada:

VPPB:

- Comumente taxada de labirintite de forma errada.
- Pacientes mais idosos.
- Desencadeada por movimento bruscos, mesmo que oculares.
- Paroxismos que duram menos de 1 minuto.
- Manobras diagnósticas como a Manobra de Dix-Halpike.

Hipotensão Postural:

- **3 Etiologias** - Medicamentos que causam hipovolemia, desidratação/sangramentos e disautonomia.
- Medir PA em decúbito e ortostase - Positivo se queda de 20 mmHg na PAS ou 10 mmHg na PAD após 3 minutos.



CUIDADO!

- **Provocada é diferente de exacerbada** - Pacientes com tontura contínua podem ter período de exacerbção.
- **O paciente com tontura provocada está assintomático**, e alguma coisa desencadeia a tontura.

Intermitente Não-Provocada:

Enxaqueca Vestibular:

- 5 a 10x mais comum que a Doença de Menière.
- Tem associação com Enxaqueca, mas nem sempre está acompanhada.
- Pacientes mais jovens, com histórico pessoal ou familiar de Enxaqueca.
- Crises que podem demorar minutos até horas.

Doença de Menière:

- **Tríade** - Vertigem, Zumbido e Plenitude Auricular.

Ansiedade

- Cuidados com rótulos, exclua o mais grave.

Outros - Perigosos!

- Hipoglicemia e Acidente Isquêmico Transitório (AIT).

Persistente Provocada:

Trauma:

- Pode ocorrer um tontura persistente após o episódio do trauma, que pode se resolver em dias a meses, mas também pode desencadear a VPPB.

Medicamentos:

- Principalmente anti-convulsivantes e aminoglicosídeos.
- Aminoglicosídeo pode fazer tontura após dias do uso e está mais associada à perda auditiva.

Medicamentos que Causam Tontura

Hipotensão, Hipotensão Postural e Arritmias

Diuréticos, Beta-bloqueadores, Inibidores da Acetilcolinesterase e Quinolonas

Efeito Anticolinérgico

Relaxante Muscular e Antiespasmódicos

Toxicidade Cerebelar

Benzodiazepínicos, Lítio e Anticonvulsivante

Hipoglicemia

Antidiabéticos

Ototoxicidade

Aminoglicosídeos, Cloroquina e Quimioterápicos

Persistente Não-Provocada:

Principal diagnóstico diferencial - AVC e Neurite Vestibular!

Outras etiologias centrais - Doenças Desmielinizantes e Neoplasias (Primárias ou Metástases).

Neurite Vestibular:

- Acometimento viral ou pós-viral do Nervo Vestibular.
- Labirintite - Dita como um quadro mais agudo, e que tende a ter acometimento auditivo. Preferir o uso da palavra neurite.

HINTS Na Tontura Persistente Não-Provocada

Ferramenta do exame físico para avaliar Tontura Persistente Não-Provocada em termos de diferenciação de causas centrais e periféricas.

Manobra que tem base no movimento ocular do paciente para realizar essa diferenciação - Sensibilidade de 98% e especificidade variável (a depender da experiência do examinador).

O **HINTS é mais adequado quando o paciente apresenta nistagmo espontâneo** e deve ser feito no paciente que tem tontura persistente e não na episódica.

	Central	Periférico
H.I. Head Impulse	Normal	Alterado
N Nistagmo	Multidirecional Vertical	Unidirecional, Horizontal ou Rotatório
T.S. Test of Skew	Alterado	Normal

[LINK PARA O VÍDEO DO HINTS - https://youtu.be/keqwC-36HmM](https://youtu.be/keqwC-36HmM)



QUALQUER um dos teste apontando para central, deve-se solicitar Ressonância Magnética para prosseguir investigação.

O que mais fala a favor de **etiologia central?**

- **Alteração da marcha**, principalmente o paciente incapaz de caminhar, com quedas associadas.
- **Sinais focais.**
- **Disartria, disфонia e disfagia.**
- **Cefaleia.**
- Risco cardiovascular alto e AVC prévio.

