

FACT SHEET: ALÉM DA VPPB DE CANAL POSTERIOR

Auteur : Lexi Miles, MPT

Traduction : André Santos, D.Sc,PT ; Camilla Alves,PT.



INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é a causa mais comum de vertigem.¹ É caracterizada por breves episódios de vertigem ocasionados por mudanças na posição da cabeça. Isto pode causar limitações significativas na qualidade de vida do paciente e interromper sua participação no trabalho e nas atividades de vida diária.² A VPPB também pode contribuir para um aumento no risco de queda em pacientes idosos,³ o que aumenta a probabilidade de complicações secundárias como fraturas e traumas na cabeça.

Canalítise *versus* Cupulolítise

Existe duas formas de VPPB, canalítise e cupulolítise. Canalítise é a mais comum e ocorre quando as otocônias estão se movendo dentro do canal semicircular, causando vertigem e nistagmo que duram menos de 60 segundos. Cupulolítise ocorre quando as otocônias estão aderidas a cúpula causando vertigem e nistagmo, que persistem por um período de tempo maior.⁴

VPPB de Canal Anterior e Lateral

A VPPB afeta mais comumente o canal posterior. Entretanto, qualquer canal semicircular pode ser afetado, e existem casos que afetam múltiplos canais simultaneamente.⁵ A VPPB de múltiplos canais é mais comumente encontrada após trauma na cabeça.⁵ VPPB de canal anterior (CA) é incomum, ocorrendo menos que 5% das vezes e provoca nistagmo torsional batendo para baixo.⁴ O envolvimento do CA é avaliado através do teste de Dix Hallpike, sendo que após este, o teste de rolar deve ser realizado para avaliar VPPB de canal lateral (CL).⁷ A VPPB de CL corresponde a 10-15% dos casos de VPPB.⁷ A manobra de rolar é comumente utilizada para tratar a VPPB de CL.⁷ Quando o paciente relata vertigem posicional que não é acompanhada por nistagmo ou quando o nistagmo não se encaixa nos padrões esperados, outra causa, que não seja VPPB, deve ser considerada e o médico deverá ser contactado.

O sucesso do tratamento da VPPB depende de um diagnóstico acurado baseado em características específicas do nistagmo. O encaminhamento à um fisioterapeuta com experiência no tratamento da VPPB pode levar a uma resolução rápida dos sintomas, reduzir significativamente complicações



INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



secundárias como ansiedade, quedas e redução da qualidade de vida e reduzir tempo de espera e custos embutidos com encaminhamento a outras especialidades.

Referências:

1. Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign baroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:710-715.
2. Fife D, Fitzgerald JE. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice. *Int J Audiol*. 2005;44: 50-57.
3. Oghalai JS, Manolidis S, Barth JL, et al. Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;122:630-4.
4. Aw ST, Todd MJ, Aw GE, McGarvie LA, Halmagyi GM. Benign positional nystagmus: A study of its three-dimensional spatio-temporal characteristics. *Neurology*. 2005;64:1897-1905.
5. Tomaz A, Ganança MM, Ganança CF, et al. Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Concomitant Involvement of Different Semicircular Canals. *Ann Oto Rhinol Laryn*. 2009;118: 113-117.
6. Herdman SJ. Advances in the treatment of vestibular disorders. *Phys Ther*. 1997;77:602-618.
7. Battacharyya N, et al. Clinical practice guideline: benign positional vertigo. *Otolaryn Head Neck Surg*. 2008;139:S47-S81.