

FACT SHEET: Disfunção Vestibular e Co-morbidades

Auteur : Lisa Farrell, PT, PhD, ATC

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



INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



A reabilitação vestibular tem demonstrado ser eficaz no tratamento de pacientes com tontura e/ou desequilíbrio devido a vestibulopatia.¹⁻³ Estes pacientes frequentemente apresentam-se com co-morbidades que complicam a resolução do seu problema(s). O (a) fisioterapeuta conhecedor(a) e experiente no tratamento de pacientes com disfunção vestibular, também pode avaliar e tratar deficiências e limitações de atividade devido a lesões ou doenças músculo-esqueléticas e neurológicas. Após uma avaliação detalhada, um programa personalizado é projetado para cada paciente, o que pode incluir modalidades físicas, técnicas manuais e estratégias com exercícios que utilizam o fortalecimento, alongamento, habituação, adaptação, substituição e/ou técnicas de controle motor.

Algumas doenças distintas que podem ocorrer associadas a uma vestibulopatia são:

- **Migrânea (enxaqueca) associada à vestibulopatia.** Tontura e desequilíbrio não são as únicas limitações da enxaqueca associada à vestibulopatia. Estudos têm mostrado que o tratamento com a fisioterapia podem impedir ou reduzir os efeitos da dor da enxaqueca quando ela está relacionada com limitações na coluna cervical.⁴ O tratamento pode incluir a utilização de exercício, terapia manual e modalidades físicas para promover fortalecimento muscular, reduzir a tensão muscular, melhorar o alinhamento postural, reduzir a disfunção do segmento da coluna vertebral, e promover o condicionamento físico.
- **Tontura cervicogênica.** Um diagnóstico dependente da presença de dor na região da coluna cervical correlacionada com os sintomas de tontura e desequilíbrio, é uma outra condição que tem sido amenizada através de uma combinação de tratamento ortopédico das limitações na coluna cervical e reabilitação vestibular.⁵⁻⁸ Desse modo a distribuição das lesões ocorrerem ao longo de qualquer trajeto da via vestibular. Tais prejuízos devido a essas condições têm sido demonstrado que melhoram com a reabilitação vestibular^{13, 14}.



- **Traumatismo crânio-encefálico (TCE).** Após um TCE, tonturas e dor de cabeça estão entre as principais queixas das múltiplas sequelas possíveis que podem ocorrer. A reabilitação vestibular tem demonstrado reduzir os sintomas de tonturas, incluindo a resolução de tontura devido à VPPB conhecida por acompanhar o TCE, melhorando, assim, a taxa de recuperação nestes pacientes^{9,10}. Quando ocorrer dor de cabeça devido a TCE, um programa de exercícios que, progressivamente aumenta a quantidade de esforço, pode ajudar a aumentar a tolerância à atividade. Além disso, se a dor de cabeça está relacionada com lesões da coluna cervical, como por exemplo, devido ao chicote (*whiplash injury*),^{11,12} a fisioterapia também é recomendada.
- **AVC e esclerose múltipla.** Em condições neurológicas devido a acidente vascular cerebral e esclerose múltipla, a reabilitação das deficiências e das limitações de atividade tem se mostrado fundamental para a recuperação ideal. Queixas de tontura e desequilíbrio podem estar presentes se a distribuição das lesões ocorrerem ao longo de qualquer trajeto da via vestibular. Tais prejuízos devido a essas condições têm sido demonstrado que melhoram com a reabilitação vestibular^{13, 14}.
- **Lesões músculo-esqueléticas.** Distúrbios da coluna vertebral, quadril, joelhos, tornozelos e/ou pés, que co-existam com a disfunção vestibular devem ser abordados. O tratamento da dor é fundamental, já que muitas das estratégias de exercícios utilizados na reabilitação vestibular pode ser limitado pela dor. A presença de dor músculo-esquelética pode, entretanto, reduzir as chances de sucesso global com a reabilitação vestibular.
- **Desequilíbrio do Envelhecimento.** Quando múltiplos sistemas fisiológicos são afetados, tais como desequilíbrio de envelhecimento (também chamado de presbiastasia), os pacientes podem reclamar de tontura e desequilíbrio, resultando em quedas. Em indivíduos residentes em comunidades com história de quedas, um programa de exercícios multimodal pode melhorar o equilíbrio e a mobilidade, bem como reduzir o risco de quedas.¹⁵

Promover bons resultados para pacientes com tontura e/ou desequilíbrio

Quando os pacientes procuram por assistência médica para a tontura e desequilíbrio devido à doença do sistema vestibular, com mais freqüência do que se imagina, vários sistemas fisiológicos podem contribuir para esta disfunção. Estes sistemas devem ser abordados para melhorar as chances de um bom resultado. A fisioterapia pode ser parte de uma abordagem multimodal, que pode somar ao uso de intervenção farmacológica, psicológica e intervenção cirúrgica, para ajudar a aumentar a possibilidade de melhora.



INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Referencias

1. Hillier SL, Holohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005397. DOI: 10.1002/14651858.CD005397.pub2.
2. Herdman SJ. Vestibular Rehabilitation. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology. Neurology.* 2006; 12(4):151-167.
3. Whitney SL, Rossi MM. Efficacy of vestibular rehabilitation. *Otolaryngol Clin North Am.* 2000;33(3):659-672.
4. Biondi DM. Cervicogenic headache: a review of diagnostic and treatment strategies. *J Am Osteopath Assoc.* 2005; 105(4):S16-S22.
5. Karlberg M, Magnusson M, Malmstrom EM, Melander A, Moritz U. Postural and symptomatic improvement after physiotherapy in patients with dizziness of suspected cervical origin. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996;77(9):874-882.
6. Reid SA, Rivett DA. Manual therapy treatment of cervicogenic dizziness: a systematic review. *Man Ther.* 2005;10:4-13.
7. Schenk R, Coons LB, Bennett SE. Cervicogenic dizziness: a case report illustrating orthopaedic manual and vestibular physical therapy comanagement. *J Man Manip Ther.* 2006;14(3):E56- E68.
8. Wrisley DM, Sparto PJ, Whitney SL. Cervicogenic dizziness: a review of diagnosis and treatment. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2000; 30(12):755-766.
9. Hoffer ME, Gottshall KR, Moore R, et al. Characterizing and treating dizziness after mild head trauma. *Otol Neurotol.* 2004; 25:135-138.
10. Herdman SJ. Treatment of Vestibular Disorders in Traumatically Brain-Injured Patients. *J Head Trauma Rehabil.* 1990; 5(4):63-76.
11. Fernandez-de-las-Penas C. Physical therapy and exercise in headache. *Cephalalgia* 2008; 28 (suppl. 1): 36-38.
12. Lew HL, Lin P-H, Fuh J-L, Wang S-J, et al. Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury: A focused review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:619-627.
13. Shepard NT, Telian SA. Programmatic Vestibular Rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 112:173-182.
14. Whitney SL, Rossi MM. Efficacy of Vestibular Rehabilitation. *Otolaryngol Clin North Am.* 2000; 33(3):659-672.
15. Herdman SJ, Schubert MC, Tusa RJ. Strategies for balance rehabilitation: fall risk and treatment. *Ann NY Acad Sci.* 2001; 942:394-412.