

FACT SHEET: Neurite Vestibular

Auteur : Rene' Crumley, PT, DPT, NCS

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



INPA Translations

Developed by the



Translated by the
vestibular special
interest group of INPA



Neurite vestibular (NV) é a terceira causa mais comum de vertigem periférica.¹ A incidência relatada é de 3,5 por 100.000 habitantes e é responsável por 7% dos pacientes atendidos em clínicas especializadas em vertigem.¹ O diagnóstico é de exclusão. Os principais sinais e sintomas são início agudo ou subagudo de:

- Tontura rotatória (vertigem) sustentada
- Nistagmo espontâneo horizontal em direção a orelha não afetada, com componente torsional
- Oscilopsia - visão turva ou movimento do ambiente ao redor
- Marcha e desequilíbrio postural - cai para o lado da orelha afetada - teste de Romberg positivo
- Náusea e vômitos

A intensidade do nistagmo espontâneo descrito acima deve ser reforçada pelo fechamento dos olhos (aumento pode ser visto ou sentido através das pálpebras), Lentes de Frenzel e convergência. Se não há diferença significativa na intensidade do nistagmo com fechamento do olho ou quando usa lentes de Frenzel, o diagnóstico de neurite vestibular é excluída. Isso indica uma lesão central. A suspeita do diagnóstico de NV é suportado pelo teste de impulso cefálico positivo, o qual representa um defeito unilateral do reflexo vestibulo-ocular.

Esteróides devem ser utilizados para tratar neurite vestibular? Os estudos sugerem que os esteróides aceleraram a recuperação rápida da função vestibular medido pela paresia (fraqueza) do canal, mas não podem melhorar o prognóstico de longo prazo de NV. A corticoterapia foi recomendada como o tratamento farmacológico de escolha para neurite vestibular em uma revisão feita sobre o tratamento médico de distúrbios vestibulares, com recomendação de que deve ser iniciado nos primeiros dias, mas não depois de uma semana do início.^{2,3,4} Os dois regimes de dosagens que têm sido estudados são apresentados na tabela abaixo, retirada de Walker,2009.



Droga	Dose Diária	Droga	Dose Diária
Metilprednisona		Prednisona	
100 mg	1-3	1 mg/kg	1-5
80 mg	4-6	1 mg/kg menos 20 mg	6-8
60 mg	7-9	1 mg/kg menos 40 mg	9-11
40 mg	10-12	1 mg/kg menos 60 mg (dose mínima 10-20 mg)	12-14
20 mg	13-15	1 mg/kg menos 80 mg (dose mínima 5-10 mg)	15-17
10 mg	16-18, 20, 22	5 mg/kg (apenas se dose anterior > 7.5 mg)	18-20

Quais são as taxas de melhora e recorrência da NV? A maioria dos pacientes preferem ficar na cama por 1 a 3 dias, e depois de 1-6 semanas estão livres de sintomas durante os movimentos lentos. A recuperação é dependente da recuperação do nervo vestibular por meio de restituição funcional, da compensação central, e da atividade física. A compensação central é melhorada pela fisioterapia vestibular. Brandt *et al.* relataram recuperação da função periférica entre 40-63% e uma taxa de recorrência de 2% dentro de 10 anos sem recidiva observada no orelha afetada inicialmente.⁶ A recuperação pode ser complicada pela presença de vertigem posicional paroxística benigna que se desenvolve dentro de algumas semanas em cerca de 10 a 15% de pacientes com NV.⁶ Recomenda-se que os pacientes sejam orientados para esta possibilidade, e que eles podem ser tratados com os tratamentos de reposicionamento, se necessário. Outra complicação da NV é a forma somática da tontura postural fóbica somatoforme.⁷

Por que alguns pacientes possuem desequilíbrio persistente? Problemas de equilíbrio persistentes podem ser devido à compensação central insuficiente ou à uma recuperação periférica incompleta, sendo que ambas respondem à reabilitação vestibular.^{1,8} A chave para o tratamento bem sucedido é iniciar precocemente e continuar por pelo menos um mês.⁸



Onde os pacientes com neurite vestibular podem realizar a Fisioterapia Vestibular? Um fisioterapeuta com formação avançada em reabilitação vestibular pode fornecer cuidados eficazes. Uma relação de fisioterapeutas com experiência no tratamento de pacientes com distúrbios vestibulares pode ser encontrada em http://www.neuropt.org/map_Vestibular/map.htm

Referências:

1. Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis. *Semin Neurol.* 2009;29(5):509-519.
2. Brandt T, Zwergal A, Strupp M. Medical treatment of vestibular disorders. *Expert Opin Pharmacother.* 2009;10(10):1537-1548.
3. Shupak A, Issa A, Golz A, Margalit K, Braverman I. Prednisone treatment for vestibular neuritis. *Otol Neurotol.* 2008;29(3):368-374.
4. Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med.* 2004;351(4):354-361.
5. Walker MF. Treatment of vestibular neuritis. *Curr Treat Options Neurol.* 2009;11(1):41-45.
6. Brandt T, Huppert T, Hufner K, Zingler VC, Dieterich M, Strupp M. Long-term course and relapses of vestibular and balance disorders. *Restor Neurol Neurosci.* 2010;28(1):69-82.
7. Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis. *Semin Neurol.* 2009;29(5):509-519.
8. Halmagyi GM, Weber KP, Curthoys IS. Vestibular function after acute vestibular neuritis. *Restor Neurol Neurosci.* 2010;28(1):37-46.