

Manobra de Semont para cupulolitíase após neurite vestibular: relato de caso

Semont maneuver for cupulolithiasis after vestibular neuritis: a case related

HUMBERTO G. REIS*

RESUMO

Objetivo: Apresenta-se um caso clínico de cupulolitíase após neurite vestibular. O conjunto de sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente foi compatível com o diagnóstico de síndrome da vertigem posicional, para a qual se instituiu a terapêutica recomendada pela literatura médica atual.

Resultados: O insucesso terapêutico obrigou o autor a alterações no tratamento proposto, trocando a manobra de reposicionamento de otólitos pela manobra liberadora de Semont.

Conclusão: O resultado comprovou a necessidade de ajustes terapêuticos, de acordo com a severidade e tipo de vertigem apresentada pelo paciente.

UNITERMOS: NEURONITE VESTIBULAR; VERTIGEM; TONTURA; LITÍASE; OUVIDO.

ABSTRACT

Objective: The article presents a case of cupulolithiasis after vestibular neuritis. The symptoms and clinical signs presented by the patient were compatible with positional vertigo syndrome and recommended therapeutically by the actual literature was implemented.

Results: The failure therapeutical compelled alterations in the treatment, changing the canalith repositioning maneuver for the Semont's maneuver.

Conclusion: The result proved the necessity of therapeutical adjustments, in accordance with the severity and type of vertigo presented for the patient.

KEY WORDS: VESTIBULAR NEURONITIS; VERTIGO; DIZZINESS; LITHIASIS; EAR.

INTRODUÇÃO

Vertigem é um dos mais freqüentes motivos de consulta médica. Alguns autores⁽¹⁾ sugerem forte associação entre alguns tipos de vertigem e patologias psiquiátricas. Por outro lado, estudos realizados ao longo dos últimos anos^(2,3,4) comprovam não apenas o fenômeno da ductolitíase, mas a eficácia de seu tratamento com manobra

de reposicionamento de otólitos (MRO) em pacientes com sintomas compatíveis com vertigem de tipo posicional^(5,6,7,8,9,10,11). Algumas variantes à manobra tradicional têm sido propostas^(3,12,13), com o intuito de favorecer a abordagem dos casos de otolitíase menos freqüentemente encontrados, como os do canal lateral, do canal superior e, ainda, os casos de cupulolitíase.

* Doutor em Otorrinolaringologia pela Universidad Complutense de Madrid, Espanha. Serviço de Otorrinolaringologia da Policlínica e Maternidade Guanambi, Guanambi-BA, Brasil.

O conhecimento prévio das diversas apresentações para o quadro vertiginoso e seus sinais clínicos contribui para a correta manipulação do paciente vertiginoso. A identificação de sintomas e sinais compatíveis com otolitíase conduzirá a terapêutica eficaz. Diante do insucesso terapêutico, a convicção quanto ao diagnóstico correto exigirá do examinador pequenos ajustes na manobra executada, a fim de eliminar o quadro apresentado pelo paciente. Por outro lado, a incerteza diagnóstica poderá confundir o examinador diante da falha terapêutica. Este poderá alterar seu foco de ação e tratamento inicialmente proposto, o que o conduzirá a novo fracasso e manutenção dos sintomas vertiginosos.

O quadro clínico que se apresenta no presente artigo corresponde ao de um paciente adulto de sexo masculino. Seus sintomas e sinais clínicos conduziam para o diagnóstico definitivo de vertigem posicional, mas a terapêutica utilizada não apresentou inicialmente o resultado esperado. O fato de haver apresentado previamente um quadro de neurite vestibular introduzia alguns elementos clínicos ao diagnóstico atual, o que poderia conduzir a alterações na suspeita diagnóstica e conseqüentemente no tratamento proposto. A persistência na conduta adotada e a colaboração do paciente foram fundamentais para a correção da patologia

CASO CLÍNICO

Em 02 de fevereiro de 2005, Homem de 42 anos busca atendimento médico de emergência no Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Osório, por crise vertiginosa aguda. O sintoma teve início súbito, acompanhado de acúfeno na orelha direita, náuseas e vômitos. O paciente permaneceu internado por 4 dias naquele hospital, período em que apresentou redução gradual dos sintomas iniciais e iniciou com otalgia na orelha direita. No quarto dia, obteve o diagnóstico de neurite vestibular e recebeu alta clínica, por remissão do quadro vertiginoso. O paciente foi orientado a fazer uso de medicação antivertiginosa por via oral e buscar atendimento especializado.

Em 18 de fevereiro de 2005, o paciente consulta com médico neurologista. O especialista mantém o diagnóstico de neurite vestibular e lhe recomenda: manter o fármaco antivertiginoso; realizar exame complementar de tomografia computadorizada de crânio; realizar avaliação complementar com médico otorrinolaringologista.

Dia 25 de fevereiro de 2005, o paciente realiza consulta médica especializada em otorrinolaringologia no Hospital Santa Luzia, na cidade de Capão da Canoa, com sensação de instabilidade corporal, sem vertigem. Dos sintomas otológicos, seguia com acúfeno na orelha direita, mas sem otalgia. O exame clínico revelou otoscopia normal e testes otoneurológicos sem alterações. Recomendou-se a realização de exercícios de reabilitação vestibular, abandono da medicação antivertiginosa e retorno quando necessário.

Em 09 de março de 2005, o paciente retorna com queixa de instabilidade corporal constante, manutenção do acúfeno e sensação intensa de tontura ao deitar-se. Traz TC de crânio, cujo resultado não indicou alterações. Na avaliação clínica observou-se presença de nistagmo ao exame de Dix-Hallpike para o lado direito. Com o diagnóstico clínico de ductolitíase do canal semicircular posterior direito, realizou-se a MRO, segundo técnica descrita por Epley⁽¹²⁾. Recomendou-se ao paciente não usar medicação antivertiginosa e não inclinar a cabeça ou deitar por 48h.

Na revisão clínica, realizada em 16 de março de 2005, o paciente não referia melhora do quadro anterior. A manobra de Dix-Hallpike confirmou nistagmo de tipo, intensidade e direção idênticos ao apresentado na consulta anterior. Repetiram-se a MRO e as orientações recomendadas na avaliação anterior. Solicitou-se exame complementar de audiometria tonal, audiometria vocal e imitancimetria acústica.

Dia 19 de março de 2005 o paciente procura atendimento por manutenção dos sintomas. O exame clínico demonstrou mesmo quadro clínico observado nas consultas anteriores. Realizou-se a mesma MRO das consultas anteriores e orientou-se ao paciente sobre o processo fisiopatológico da doença.

Em 23 de março de 2005, a história clínica do paciente permanecia inalterada. A audiometria realizada não revelou alterações auditivas e o exame clínico confirmava a patologia inicial. O nistagmo apresentado pelo paciente continuava com as mesmas características anteriores: torsional, ageotrópico e direção superior. Após 3 fracassos terapêuticos com a manobra de reposicionamento de otólitos, optou-se pela manobra liberadora de Semont. Realizada a manobra, as orientações ao paciente foram: não deitar por 48h, não usar medicação antivertiginosa e retornar à consulta em 7 dias.

A revisão clínica, realizada em 30 de março de 2005 revelou um paciente livre da sensação de instabilidade e da sensação de tontura ao deitar. Ao exame clínico não identificou-se a presença de nistagmo posicional. Das queixas iniciais, o paciente persistia somente com o acúfeno na orelha direita. Nova revisão realizada após 60 dias comprovou a remissão plena dos sintomas vertiginosos.

COMENTÁRIOS

A MRO para o tratamento da síndrome da vertigem posicional (SVP) foram descritas e aperfeiçoadas por Epley⁽¹⁴⁾. Trata-se de uma seqüência de movimentos executados em ordem previamente estabelecida e que complementam a manobra diagnóstica de Dix-Hallpike. Os resultados obtidos com tal método terapêutico variam de acordo com o canal semicircular (CSC) estudado e com as manobras utilizadas pelos diferentes serviços de referência^(3,4,7,8,9,15).

O CSC posterior é o mais comumente afetado pelos fenômenos otolíticos. Os relatos da literatura indicam a afetação deste canal ou ducto em aproximadamente 95% do total de casos de vertigem posicional^(5,6). A manobra terapêutica mais difundida para o reposicionamento otolítico visa, não por coincidência, a resolução das lesões otolíticas para o CSC posterior^(2,14,16,17).

Em estudo prévio⁽²⁾, o autor deste artigo utilizou-se da manobra de Epley para os casos de ductolitíase do CSC posterior e uma variante da mesma para patologia dos demais ductos labirínticos. Os resultados indicaram 88,2% de remissão dos sintomas vertiginosos. Do total de pacientes avaliados, 76,5% obtiveram a cura das crises vertiginosas na primeira tentativa e, dentre estes pacientes, nenhum referiu retorno de sintomas no primeiro mês pós-tratamento.

Variantes da manobra terapêutica proposta por Epley são utilizadas por centros de estudo da vertigem à procura de refinamento no processo de reposicionamento otolítico e, conseqüentemente, de aumento no percentual de resolução terapêutica. Da mesma forma, modificações na MRO foram necessárias para o melhor tratamento dos casos de otolitíase de outros canais semicirculares, que não o posterior. O CSC lateral é o segundo mais afetado pela ductolitíase, com aproximadamente 5% dos casos relatados^(3,6,7,12,13,18).

O tratamento com a MRO para a SVP tem como base fisiopatológica a formação de otólitos nos CSC. Tais otólitos representam a precipitação de cristais de oxalato de cálcio no interior dos canais ou ductos semicirculares, de onde surgiu a aceitação do termo ductolitíase. Tais cristais podem, ainda, aderir à gelatina da cúpula ampular, com o que o termo mais apropriado talvez seja cupulolitíase. Em ambos os casos, há o processo de precipitação de cristais no CSC e a estimulação patológica do sistema vestibular com a movimentação dos mesmos. A cupulolitíase, entretanto, pode ser entendida como um estágio mais severo ou avançado da ductolitíase, uma vez que define o mesmo processo fisiopatológico com o requisito adicional da adesão dos cristais à cúpula.

Ao representar estágio mais avançado de doença otolítica, a cupulolitíase pode exigir um tratamento mais agressivo em relação ao praticado nos casos de ductolitíase. No caso apresentado, observou-se resolução de sintomas somente quando trocou-se a manobra de reposicionamento padrão pela manobra liberadora de Semont. Esta manobra, mais violenta, desencadeia maior sensação vertiginosa durante sua execução, mas pode ser a única solução para os casos difíceis de otolitíase.

REFERÊNCIAS

1. Godemann F, Koffroth C, Neu P, et al. Why does vertigo become chronic after neuropathia vestibularis? *Psychosom Med.* 2004;66:783-7.
2. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG, et al. Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69:34-8.
3. Wolf JS, Boyev KP, Manokay BJ, et al. Success of the modified Epley maneuver in treating benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope.* 1999; 109:900-3.
4. Yimtae K, Srirompotong S, Kraitrakul S. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo by canalith repositioning procedure: experience from Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2000;83:1478-85.
5. Reis HG, Moussalle SK, Garcia DC, et al. Eficácia terapêutica da manobra de reposicionamento otolítico na síndrome da vertigem posicional. *Rev Med PUCRS.* 2002;12:124-6.
6. Honrubia V, Baloh RW, Harris MR, et al. Paroxysmal positional vertigo syndrome. *Am J Otol.* 1999;20:465-70.
7. Aranda-Moreno C, Jauregui-Renaud K. Maniobras de Epley y Semont en el tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno. *Gac Med Mex.* 2000;136:433-9.
8. Valenzuela V, Neira P, Viada J. Procedimiento de reposición canalítica para el tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno. *Rev Med Chil.* 2000; 128:619-26.

9. Sukuki AR, Herdman SJ, Tusa RJ. Diagnóstico y opciones terapéuticas del VPPB. *Acta Otorrinol Esp.* 1999;50:106-17.
10. Dal T, Ozluoglu LN, Ergin NT. The canalith repositioning maneuver in patients with benign positional vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257:133-6.
11. Frazza MM, Caovilla HH, Ganança MM, et al. Da direção do nistagmo de posicionamento na vertigem posicional paroxística benigna. *Acta AWHO.* 2001;20:147-52.
12. Von Brevern M, Clarke AH, Lempert T. Continuous vertigo and spontaneous nystagmus due to canalolithiasis of the horizontal canal. *Neurology.* 2001;56:684-6.
13. Mosca F. La vertigine parossistica da canale laterale. proposta di un metodo di trattamento. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 1999;19:144-9.
14. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;107:399-404.
15. Sznifer J, Bittar RMS, Pedalini MEB, et al. Distúrbios do equilíbrio de origem vascular: medicação ou reabilitação vestibular? *Arq Otorrinolaringol.* 2004;8:134-41.
16. Bittar RSM, Bottino MA, Zerati FE, et al. Prevalência das alterações metabólicas em pacientes portadores de queixas vestibulares. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69:64-8.
17. Boaglio M, Soares LCA, Ibrahim CSMN, et al. Doença de Ménière e vertigem postural. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69:69-72.
18. Di Girolamo S, Ottaviani F, Scarano E, et al. Postural control in horizontal benign paroxysmal positional vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257:372-5.

Endereço para correspondência:
HUMBERTO GONÇALVES REIS
Rua 13 de Maio, 170
CEP 46430-000, Guanambi, BA, Brasil
Fone: (+5577) 9193-2871 - Fax: (+5577)3451-1404
E-mail: humbertoreis@humbertoreis.med.br