

REABILITAÇÃO VESTIBULAR EM IDOSOS COM VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA (VPPB)

**Tais Ribeiro de Rossi¹, Felipe de Oliveira Marzola², Camila Contin Diniz de Almeida Francia³,
Luís Alberto Domingo Francia Farje⁴**

¹ Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru (FIB) – taisflrossi@gmail.com

² Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru (FIB).

³ Professora do Departamento de Biologia Estrutural e Funcional, Setor de Anatomia do Instituto de Biociências, UNESP Botucatu,

⁴ Professor dos cursos da Saúde das Faculdades Integradas de Bauru (FIB).

RESUMO

Atualmente é relatado altos índices de Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) na população idosa e com maior prevalência em mulheres. Está entre umas das principais causas de atendimento de emergência e comumente são diagnosticados desacertadamente portanto, recebem tratamento incorreto. Apresenta causa idiopática, mas pode ser resultado de outros processos patológicos pré-existentes. As manifestações clínicas podem ser muito variadas e isso pode dificultar ainda mais diagnóstico e tratamento adequados para o idoso. Muitos indivíduos sofrem com quedas devido as vestibulopatias comuns na terceira idade, e a fisioterapia apresenta técnicas de reabilitação vestibular que são capazes de fornecer tratamento eficaz, de forma prática, segura, não invasiva e sem efeitos colaterais derivados dos fármacos. O objetivo do presente trabalho é mostrar a importância do fisioterapeuta na prevenção, diagnóstico e tratamento adequado da Vertigem Posicional Paroxística Benigna em idosos. Conclui-se que há eficácia na atuação da fisioterapia na Vertigem Posicional Paroxística Benigna e torna-se necessário enfatizar a necessidade de divulgação dos possíveis recursos que podem ser aplicados a população que sofre com tonturas decorrentes de uma vestibulopatia.

Palavras-chave: Idoso. Reabilitação vestibular. Vertigem Posicional Paroxística Benigna.

1 INTRODUÇÃO

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é uma doença de elevada incidência mundial. A tontura é de interesse fundamental na prática clínica, em especial entre neurologistas e otorrinolaringologistas, pois o sintoma representa uma das 10 principais causas de visitas a serviço de emergência, sendo mais comum entre a quinta e a sétima décadas de vida e tem predominância de 2:1 no sexo feminino. Sua etiologia precisa ainda é desconhecida, porém podem ser classificadas como primária ou idiopática e secundária (SOCHER *et al.*, 2012; BITTAR *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2020).

Apesar de sua periodicidade e a intervenção terapêutica, muitas vezes os pacientes são diagnosticados de maneira incorreta e consequentemente são mal orientados em relação ao tratamento correto. Embora a causa seja idiopática na maior parte dos casos, a VPPB também pode ser causada a partir de outros processos patológicos pré-existentes, como: traumatismo crânio encefálico (TCE), neurite vestibular, insuficiência vertebro-basilar, pós-operatório de cirurgia otológica, hidropisia endolinfática, neurite vestibular, doença do ouvido médio, assim como outras condições clínicas. Os sinais e sintomas são determinados pela presença indevida de

partículas de carbonato de cálcio resultantes do fracionamento de otólitos da mácula utricular (ALVARENGA *et al.*, 2020).

Devido ao número significativo de ocorrências de vestibulopatias em idosos é importante que estudos direcionados para prevenção e tratamento sejam realizados de maneira individualizada e precisa, visto que as manifestações clínicas são variadas e podem atrapalhar o diagnóstico e tratamento (LAGOS *et al.*, 2021).

Técnicas mecânicas de reabilitação vestibular são utilizadas como opções terapêuticas para o tratamento da VPPB por proporcionar o reposicionamento dos otólitos de volta ao utrículo, por meio de uma sequência lógica de movimentos cefálicos realizados no paciente. A reabilitação vestibular (RV) é uma opção terapêutica que se destaca pela utilização de mecanismos fisiológicos estimulantes do sistema vestibular, de forma prática, segura, não invasiva e sem efeitos colaterais comuns oferecidos pelos fármacos (MELO NETO *et al.*, 2013).

Entre a população, os idosos sofrem frequentemente com quedas que determinam complicações impactando negativamente sua qualidade de vida. As quedas podem ser consideradas como um marcador inicial do declínio funcional, ou um sintoma de uma nova patologia. Entretanto as quedas podem ser evitadas com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência. Uma das alternativas terapêuticas para o tratamento do idoso vertiginoso é a reabilitação vestibular. Esta ferramenta tem se mostrado importante no tratamento do paciente com distúrbios do equilíbrio, melhorando a competência e o bem-estar na realização de atividades cotidianas e sua qualidade de vida (ROCHA JUNIOR *et al.*, 2014).

Portanto, este estudo visa apresentar a importância da fisioterapia no diagnóstico preciso, na prevenção e tratamento de pacientes idosos que apresentam a VPPB sem meios invasivos ou farmacológicos para minimizar ou evitar sintomas de tontura e manter a qualidade de vida desses indivíduos.

2 DESENVOLVIMENTO DO ASSUNTO

De acordo com Webster *et al.* (2013), a tontura é um fator limitante para o dia a dia da população em geral, entretanto, em idosos, devido ao quadro limitante de movimentos, ocorre maior interferência nas atividades domésticas e sociais, limitando a autonomia, tornando-os dependentes e prejudicando a qualidade de vida.

A tontura é um importante fator desencadeante de quedas, principalmente em indivíduos com mais de 60 anos, nos quais os efeitos são ainda mais graves, sendo considerada um problema de saúde pública. Pode ser considerada intensa quando se apresenta rotatória, objetiva ou subjetiva, comumente tem duração de segundos e episódios esporádicos desencadeados pela movimentação cefálica. Em crise, é comum o surgimento de vômitos, náuseas, cefaleia e desequilíbrio e/ou quedas (VAZ *et al.*, 2013).

Ainda segundo Vaz *et al.* (2013), a VPPB é relatada como a mais comum das vertigens, sendo considerada uma síndrome geriátrica. A fisiopatologia refere o desprendimento de estatocônios da mácula utricular que podem ficar presos na cúpula, denominando a cupulolitíase, ou circular livremente na endolinfa nos ductos dos canais semicirculares, denominado de ductolitíase. A ductolitíase ou canalitíase é a forma mais frequente de VPPB, onde os otólitos circulam livremente na endolinfa do canal semicircular (CSC) posterior, lateral ou superior e esse deslocamento atípico de otólitos, pode ser desencadeado por qualquer fator precipitante e a sintomatologia é caracterizada por vertigem (SALES *et al.*, 2014).

Si *et al.* (2020) ilustram as possíveis VPPB que envolvem um canal único, chamada de VPPB de canal simples (VPPB-CS) e pode ser classificada de acordo com os canais envolvidos em três tipos: VPPB de canal semicircular posterior (VPPB-CP), VPPB de canal semicircular lateral (VPPB-CL), VPPB do canal semicircular anterior (VPPB-CA). A VPPB também pode envolver múltiplos canais, a chamada VPPB-multicanal (VPPB-MC). Devido ao envolvimento de diferentes canais em lados diferentes nos pacientes com VPPB-MC, as formas de nistagmo são mais complicadas ou atípicas e geralmente têm componentes verticais e horizontais. Compreende-se que o diagnóstico e o tratamento precisos da VPPB-MC são difíceis.

Para o diagnóstico preciso da VPPB são utilizadas manobras provocativas de vertigem e coleta da história clínica. Diferentes manobras podem ser utilizadas pelo fisioterapeuta para provocar o nistagmo e vertigem. A prova de Dix-Hallpike é realizada com o paciente sentado na maca, com a cervical rodada a 45 graus para o lado a ser avaliado e posteriormente, rapidamente passa para o decúbito dorsal para o mesmo lado, de forma que sua cervical fique em extensão e rotação para fora da maca de 20 a 30 segundos. Então, os olhos são analisados para que o terapeuta observe a presença ou ausência de movimentos oculares involuntários (nistagmo) que podem ser associados aos sintomas relatados. Ao retornar à posição sentada, o nistagmo deverá ser analisado quanto à duração e direção. O mesmo teste é realizado com a cervical com rotação contralateral ao lado testado. O teste pode ser positivo (presença de nistagmo), negativo (ausência do nistagmo) ou positivo subjetivo (ausência de nistagmo e presença de vertigem) (SALES *et al.*, 2014).

Além disso, a avaliação do fisioterapeuta das estruturas musculoesqueléticas pode ser visualizada pela posição de Romberg, que pode ser aplicada aos pacientes de forma individualizada, com graus de dificuldade alterados desde a base sustentação (com ou sem espuma) e estímulo visual alterado, com olhos abertos, olhos fechados e lanterna japonesa para dificultar. O teste de força muscular em membros inferiores também é avaliado usando atividades que demandem força durante a rotina diária do idoso (ANDRÉ *et al.* 2010; VAZ *et al.* 2020).

Existem inúmeras manobras eficazes com resolução rápida e sustentada dos sintomas. É possível tratar o indivíduo com alteração nos canais posterior e anterior por meio da manobra de Epley. Enquanto no VPPB do canal lateral, a manobra do “barbecue” ou de Lempert, que consiste na rotação completa (360°) em posição supina. A maioria das pessoas precisa de pelo menos uma

ou duas sessões para resolução dos sintomas. Porém, pacientes com VPPB do canal semicircular lateral (CSL) com envolvimento dos múltiplos canais precisam de mais sessões de tratamento. Os pacientes com hipertensão, precisam de um maior número de sessões para obterem resultados benéficos, devido ao problema vascular que pode atenuar a perfusão para o órgão vestibular (KORKMAZ, 2015).

A realidade virtual é uma forma de imersão artificial, em ambiente seguro e controlado, que apresenta capacidade de expor o indivíduo aos mais distintos estímulos sensoriais em diferentes níveis de dificuldade. Na realidade virtual a percepção do ambiente é modificada com a repetição de estímulos visuais e proprioceptivos, oferecendo conflitos sensoriais que atuam sobre os reflexos vestibulo-ocular e vestibulo-espinhal, envolvidos no controle postural e nas estratégias de equilíbrio corporal (CESARONI, 2021).

A compensação será realizada através de alterações da atividade neural do cerebelo e tronco encefálico em resposta ao conflito sensorial produzido pela alteração na atividade vestibular tanto periférica como central. Na fase aguda das labirintopatias periféricas, após cessar náuseas e vômitos, o paciente será estimulado a realizar os exercícios de reabilitação vestibulares específicos e de acordo com sua capacidade física, sob orientação de um profissional habilitado (ALBERTINO *et al.*, 2012).

Assim, a Terapia de Reabilitação Vestibular (TRV) é um tratamento fisioterapêutico complementar, não invasivo, baseado em exercícios individualizados que em conjunto do uso de medicamentos prescritos se necessário e associados a hábitos alimentares adequados, poderá beneficiar a curto e longo prazo no controle postural. A TRV deverá ser iniciada o mais precocemente possível visando restabelecer os mecanismos de compensação vestibular central, que é a capacidade do SNC de compensar a assimetria das atividades aferentes do sistema vestibular periférico (ALBERTINO *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado no estudo, a VPPB afeta em grande massa a população idosa, principalmente mulheres. Os agravantes que acompanham essa patologia podem ocasionar riscos e consequentemente afetar na qualidade de vida. Cabe ressaltar a importância do profissional fisioterapeuta que possui capacidade para diagnosticar através de manobras cefálicas e identificar qual canal foi afetado, e assim realizar tratamento e/ou prevenção adequado, sem uso fármacos ou procedimentos invasivos, apresentando grandes resultados.

REFERÊNCIAS

- ALBERTINO, S. *et al.* Reabilitação Vestibular. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, São Paulo 2012.
- ALVARENGA, G. A. *et al.* Benign Paroxysmal Positional Vertigo Without nystagmus: diagnosis and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Goiás, v. 77, n.6, p. 799-804, ago/ 2011.
- ANDRÉ, A. P. R. *et al.* Conduct Epley's Maneuver In Elderly With Posterior Canal BPPV In The Posterior Canal. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. Ribeirão Preto, v.76, n.3, p.300-5, fev/ 2010.
- BITTAR, R.S.M. *et al.* Population Epidemiological study On the Prevalence Of Dizzines In The city of São Paulo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v.79, n.6, p.688-98, abr/ 2013.
- CESARONI, S. *et al.* Controle Postural à posturografia com realidade virtual no período intercrítico da migrânea vestibular. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**. São Paulo, n.87 p.35-81, fev/2021.
- LAGOS, A. E. *et al.* Conversão da Direção geotrópica para apogeotrópica mudando o nistagmo posicional resultando em Vertigem Posicional de cúpula Pesada: relato de caso. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Santiago, v.87, n.5 p. 87, 29 out. 2021.
- KORKMAZ, M. *et al.* Cases Requiring Increased Number of Repositioning Maneuvers in Bening Paroxysmal Positional Vertigo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. Ordu, v.82, n.4, p.452-457, ago/2015.
- MELO NETO, J. S. *et al.* Reabilitação Vestibular em Portadores de Vertigem Posicional Paroxística Benigna. **Rev. CEFAC**, São José do Rio Preto, v.15, n.3, p.510-520, jun/ 2013.
- RAMOS, P. *et al.* Vertigem Posicional Paroxística Benigna: Fatores de Risco Associados e Eficácia das Manobras de Reposicionamento. **Revista de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. Santiago, v.80, p.19-27, ago/ 2020.
- RIBEIRO, K. F. *et al.* Effeciveness of Otolith Repositioning Maneuvers and Vestibular Rehabilitation exercises in elderly people with benign Paroxysmal Positional Vertigo: A systematic review. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. Rio Grande do Norte, v.84, n.1, p. 109-118, out/2018.
- ROCHA JUNIOR, P. R. *et al.* Reabilitação Vestibular na Qualidade de vida e sintomatologia de tontura em Idosos. **Ciência e Saúde coletiva**, Adamantina, v.19, n.8, p.335-337, 2013.
- SALES, A. C. C. A. *et al.* Avaliação e Tratamento da Vertigem Postural Paroxística Benigna: O que tem sido realizado nos últimos anos. **Distúrbios Comun.** São Paulo, v.26, n.4, p. 714-724, dez/ 2014.
- SOCHER, *et al.* Evaluation of Quality of life Pre-and Post-vestibular rehabilitation in patients With Benign paroxysmal Positional Vertigo associated With Meniere's Disease. **Int. Arch. Otorhinolaryngology**. Blumenau, v.16, n.4, p.430-436, nov/2012.
- SI, L. *et al.* Características Clínicas de Pacientes com Vertigem Posicional Paroxística Benigna Multicanal. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. China, v.88, n.1, p.89-100, mai/ 2020.

VAZ, D. P. *et al.* Clinical and Functional Aspects of Body Balance in Elderly Subjects with Bening Paroxysmal Positional Vertigo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, v.79, n.2, p.150-7, mar/ 2013.

WEBSTER, G. *et al.* Hyperinsulinemia and Hyperglycemia: Risk Factors for Recurrence of Benign paroxysmal positional Vertigo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, v.81, n.4, p. 347-351, ago/ 2014.