

AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DO EQUILÍBRIO NOS H.P.P.

Rosmaninho Seabra

Nos H.P.P., os doentes com perturbações do equilíbrio e/ou vertigem que careçam de estudo mais aprofundado da patologia vertiginosa são canalizados para uma consulta específica de vertigem.

Nesta consulta, os doentes são observados começando pela colheita da história clínica, pedido de exames subsidiários e após o estabelecimento do diagnóstico é proposto e efectuada o tratamento adequado para a patologia em questão.

A colheita de uma história clínica detalhada é essencial para o estabelecimento de um diagnóstico. Assim, pela história clínica devemos conseguir responder às seguintes questões:

1. Qual o tipo (s) de vertigem/instabilidade referido pelo doente.

Vertigem rotatória recorrente

Crise única de vertigem

Instabilidade persistente

Instabilidade recorrente

2. Início dos sintomas, ou quando foi a primeira crise no caso de recorrência. Atenção a algum caso em que a 1ª crise pode ter sido vários anos antes.

3. Duração do sintoma: segundos; alguns minutos; horas; dias.

4. Mecanismos desencadeantes – aparecimento do sintoma após execução de determinado movimento; são as vertigens posicionais; por exemplo o aparecimento de vertigem após virar na cama para o lado direito, ou quando vai estender roupa ou quando se baixa e põe a cabeça em determinada posição.

5. Factores agravantes de crise e/ou do sintoma – movimentos com a cabeça ou com o corpo, stress, menstruação.

6. Existência (ou não) de sintomas cocleares durante a crise de vertigem, aparecendo ou agravando na altura da crise.

7. O mesmo para sintomas neurovegetativos, náuseas e vómitos fundamentalmente.

8. Outros sintomas relevantes – cefaleias.

9. Circunstância do aparecimento – acidentes ou traumatismos. Pós TCE, pós traumatismo de chicote. Tipo de traumatismo e tempo decorrido entre acidente e o aparecimento dos sintomas.

E aqui há uma questão a que temos de dar muita importância para o futuro da relação médico – doente e que é se existe ou não algum interesse secundário envolvido, nomeadamente a busca de compensação monetária (porventura legítima mas que vai condicionar de algum modo a evolução e a resposta ao tratamento).

A colheita da história clínica pode ser estandardizada, existindo vários questionários para o efeito, de que mostramos um exemplo em anexo 1, com vantagens óbvias na investigação mas com desvantagens de ser sempre demasiado rígido para uma questão tão vaga e fluida como a vertigem ou desequilíbrio.

De seguida passamos ao exame clínico objectivo, O.R.L., neurológico sumário e vestibular. Vamos deter-nos apenas naquilo que consideramos mais importante.

- Otoscopia – procurar existência de perfuração ou sinais de otopatia crónica.
- Pesquisa de nistagmos espontâneos nas várias posições do olhar com e sem fixação visual. Importante a classificação do nistagmo. Habitualmente, utilizamos a classificação de Alexander em três graus.

- “Head shaking test” – que fazemos “abanando” rapidamente a cabeça do doente com os olhos fechados. Pedimos ao doente para abrir os olhos e pesquisamos a existência de nistagmos. A existir este nistagmo é sempre patológico e revela uma hipovalência unilateral.

- Head Thrust Test – Pedimos ao doente para fixar um ponto (por exemplo o canto externo do olho do observador), rodamos a cabeça do doente horizontalmente para um lado voltando em seguida ao ponto de partida e observamos se o doente é capaz de manter os olhos fixos no mesmo ponto durante todo o tempo ou se executa movimentos sacádicos de refixação. Neste caso, estamos também perante uma lesão vestibular.

Aproveitamos a cadeira rotatória de observação em O.R.L. para efectuar algumas provas simples mas que achamos interessantes e compensadoras.

- Pedindo ao doente para conservar o olhar na posição mediana sem fixar qualquer objecto rodamos a cadeira para a esquerda e para a direita cerca de 180°, durante cerca de 9 segundos procurando assimetrias no nistagmos optocinético assim gerado.

- Em seguida pedimos ao doente para colocar o seu dedo a cerca de 50 cm dos olhos e rodamos a cadeira da mesma forma, para comprovar a inibição dos nistagmos pela fixação visual. Em seguida, efectuamos a Prova de Romberg e a Prova de Unterberger da forma usual.

Procedemos então a uma avaliação rápida das dificuldades do doente na marcha.

- Pedimos ao doente para andar sobre uma linha marcada no solo, primeiro sem qualquer instrução e depois pondo um pé à frente do outro encostados tipo calcanhar / dedos

- Em seguida pedimos-lhe que venha até nós e gire bruscamente sobre si próprio 180° com paragem súbita no final. Fazemos isto para esquerda e direita.
- Em seguida pedimos para andar movendo a cabeça para a esquerda e direita
- Para finalizar este exame no consultório pedimos ao doente para permanecer de pé em apoio unipodal e fazemos isto para os dois membros inferiores.

O exame clínico procede então numa sala com marquesa para a pesquisa de nistagmos de posição e de posicionamento. O ideal é ter a possibilidade de executar este exame com óculos de Frenzel na obscuridade ou sob videonistagmoscopia.

Colocamos o doente na posição de Rose e depois suavemente deslocamos a cabeça 90° para a esquerda e direita observando existência de nistagmos.

Em seguida fazemos por rotina as manobras clássicas de Dix-Hallpike, tentando identificar a existência e tipo de nistagmos. Fazemos esta prova em todos os doentes, mesmo que a história clínica não tenha apontado para esse diagnóstico.

Caso a prova seja positiva procedemos de imediato à manobra adequada, que tratando-se de uma VPPB do CSC Posterior é a manobra de Semont.

Chegamos assim ao fim de uma consulta que naturalmente não dura apenas os 20 ou 30 minutos habituais. E temos agora que definir quais os diagnósticos mais prováveis e pedir os exames subsidiários que julgamos pertinentes.

Naturalmente que o pedido destes exames depende das hipóteses diagnósticas mas, basicamente, a maior parte das vestibulopatias exige um estudo de audiovestibulometria mínimo, que na nossa opinião deve incluir:

- Estudo Audiométrico – audiometria tonal e vocal; impedancimetria. Se necessário pedir provas supraliminares (L.D.L.) e acufenometria.
- Electro/videonistagmografia que inclua provas da oculomotricidade às quais damos cada vez mais valor, e as provas calóricas.
- Posturografia Dinâmica Computorizada – que para além do papel diagnóstico tem um papel crucial no delinear de terapêutica – estamos a falar na Reabilitação Vestibular.
- Os Potenciais Evocados Auditivos e a Electrocoeleografia, as quais, por uma questão de custos, não incluímos por sistema no exame básico de rotina, ficando reservado para os casos específicos em que são fundamentais.

Todos os exames subsidiários efectuados são objecto de um relatório. Este aspecto é muito importante. É como um E.C.G. ou uma radiografia não deve, não pode, sair para o exterior nenhum exame subsidiário de O.R.L. que não seja relatado por um médico especialista de O.R.L., integrando-o se possível, na clínica ou propondo uma terapêutica ou um diagnóstico. É essencial, que esta regra seja “obrigatória” para todos os hospitais, públicos ou privados.

Apenas por curiosidade e para dar uma noção da dimensão dos H.P.P. gostaria de partilhar convosco o movimento das videonistagmografias e posturografias desde 2004. É com agrado que saliento o crescimento, lento mas sustentado do nosso serviço. Os números referentes ao ano de 2006 referem-se apenas ao movimento efectuado até ao fim do mês de Maio.

	ENG	PD
		C
2004	110	81
2005	135	10
		3
2006	101	67

Vamos agora falar um pouco da orientação terapêutica e, na medida do possível dos resultados que obtivemos com essa orientação.

Em relação à terapêutica médica obedece aos critérios estabelecidos na prática habitual Utilizamos com frequência a betahistina que consideramos um fármaco com muito potencial, o sulpiride nas situações em que desejamos um efeito vestibuloplégico mais marcado, a cinarizina e a flunarizina, como vestibuloplégicos em doentes novos, mas especialmente nas situações que diagnosticamos como “migraine vestibular” uma associação de piracetam com vincamina perante uma hiperreflexia vestibular bilateral, e ainda fármacos como o extracto Ginkgo Biloba nas hiporreflexias vestibulares. No entanto, e em relação a este item muito mais poderia ser dito, e sê-lo-á decerto no futuro.

Gostaríamos no entanto de nos determos um pouco mais na **Terapia de Reabilitação Vestibular**.

Em termos institucionais e por razões logísticas não foi fácil por este serviço em funcionamento. Somos dos que pensam que sendo a indicação para reabilitação vestibular e as formas que ela deve assumir da inteira responsabilidade do médico Otorrinolaringologista, a sua execução na prática deve ser supervisionada por um terapeuta habilitado de Medicina Física e Reabilitação.

Apenas por curiosidade e para demonstrar essas dificuldades mostramos a seguir um quadro que representa o número de doentes por ano, que foram sujeitos a tratamento de reabilitação vestibular em plataforma da posturografia – SMART BALANCE MASTER.

ANO	Nº DOENTES
2002	16
2003	18

2004	7
2005	28 (+10)
2006	37 (+10)

Como podem ver após um início conturbado tivemos um ano praticamente parados e só em meados de 2005 conseguimos estabilizar a situação. Actualmente, utilizamos como técnicas de base para a Reabilitação Vestibular, a plataforma dinâmica Smart Balance Master® e um aparelho planetarium para a estimulação optocinética. Penso que nunca é de mais lembrar que a Reabilitação Vestibular não se esgota com as plataformas; há muitas outras formas de atingir os mesmos objectivos. A Reabilitação Vestibular começa muitas vezes com o doente ainda acamado a fazer exercícios de fixação ocular, movimentos oculares com fixação nos extremos, movimentos de cabeça com fixação ocular nos extremos etc..... Continua com a mobilização precoce independência, na execução das tarefas básicas de higiene e outras do dia, enfim, um imenso rol de pequenas/ grandes medidas fundamentais para uma recuperação precoce e tão completa quanto possível.

Gostava de vos mostrar um pouco da nossa experiência com a Reabilitação Vestibular nos H.P.P.

Considerando os doentes que foram submetidos a reabilitação vestibular – em plataforma ou com estimulação optocinética ou ambas – com indicação estabelecida após consulta de vertigem nos H.P.P., ficamos com uma amostra de 106 doentes, sendo 49 do sexo feminino e 57 do sexo masculino. As idades extremas são de 15 e 85 anos.

Para avaliação dos resultados obtidos e por razões que são óbvias e me escuso de comentar separamos esta amostra em dois subgrupos: “sinistrados” (que tinham ou poderiam ter, um ganho secundário com a manutenção do sintoma) e “não-sinistrados”

Sinistrados 53

Não sinistrados 53

Em termos de diagnóstico topográfico, baseado na clínica e na V.N.G., classificamos os doentes em três grupos: lesão vestibular periférica; lesão central e lesão combinada (periférica e central). No quadro seguinte, podemos observar o perfil dos três grupos – amostra global, sinistrados e não-sinistrados – em relação à topografia da lesão.

	L.V.P.	L.Central	L.Comb.
AMOSTRA GLOBAL	45 (42%)	51 (48%)	10 (9%)
SINISTRADOS (n=53)	19 (35%)	30 (56%)	4 (7%)

NÃO SINISTRADOS (n=53)	26 (49%)	21 (39%)	6 (11%)
------------------------	----------	----------	---------

Em relação à amostra global realçamos o facto mais de 50% da população ter sido diagnosticada como portadora de lesão central (pura ou combinada com outra lesão periférica)

No subgrupo “sinistrados” essa percentagem foi ainda maior. De facto, entre as patologias mais comuns neste subgrupo estão os TCE e os desequilíbrios pós-traumáticos, e ainda lesões secundárias a traumatismo de chicote. Os processos de lesão vestibular Periférica (L.V.P.) são devidos na sua maioria a fracturas do rochedo, labirintites e vestibulopatia pós-V.P.P.B.

As V.P.P.B. puras, controladas com manobras libertadoras ou de reposicionamento, não foram consideradas para esta amostra uma vez que não entram no programa de reabilitação em plataforma ou estimulação optocinética.

Em relação ao grupo Não Sinistrados temos 26 doentes com L.V.P. pura 21 com lesão central e em 6 que classificamos como sofrendo de uma lesão combinada, periférica e central.

Para análise dos resultados poderíamos considerar apenas o grau de satisfação subjectiva do doente recolhido no decurso das diversas consultas, mas para uma análise mais científica da questão resolvemos considerar apenas aqueles doentes nos quais podíamos dispor de um Teste de Organização Sensorial antes e outro após a terapia, considerando para avaliação dos resultados os valores do score composto de equilíbrio e também os resultados percentuais de análise sensorial – somestésico, visual, vestibular e preferência visual.

Para esta análise e por razões de fiabilidade e exequibilidade de obtenção de dados consideramos apenas uma amostra de 39 doentes. Esta amostra tem uma distribuição por sexo de 14 para o sexo masculino e 25 para o sexo feminino. A idade média é 52 anos com um desvio padrão 14,7 e idades extremas de 15 e 85 anos.

No quadro seguinte podemos apreciar a análise dos dados do Teste de Organização Sensorial antes e depois da Reabilitação Vestibular.

SCORE EQUILIBRIO GLOBAL		ANÁLISE SENSORIAL							
		SOMESTÉSICO		VISUAL		VESTIBULAR		PREFERENCIA VISUAL	
ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS
63.5	77.2	94.9	98.3	71.2	86.0	47.8	72.0	92.7	96.7

Como podemos constatar há uma melhoria significativa em todos os parâmetros analisados.

Consideramos também a normalização do traçado. Isto é, considerando os valores que eram anormais antes do tratamento e que depois de efectuado o tratamento o seu valo ficou normal. É o que podemos analisar no quadro seguinte.

NORMALIZAÇÃO DO PARÂMETRO

SCORE GLOBAL	75%
SOMESTÉSICO	75%
VISUAL	71%
VESTIBULAR	85%
PREFERÊNCIA VISUAL	60%

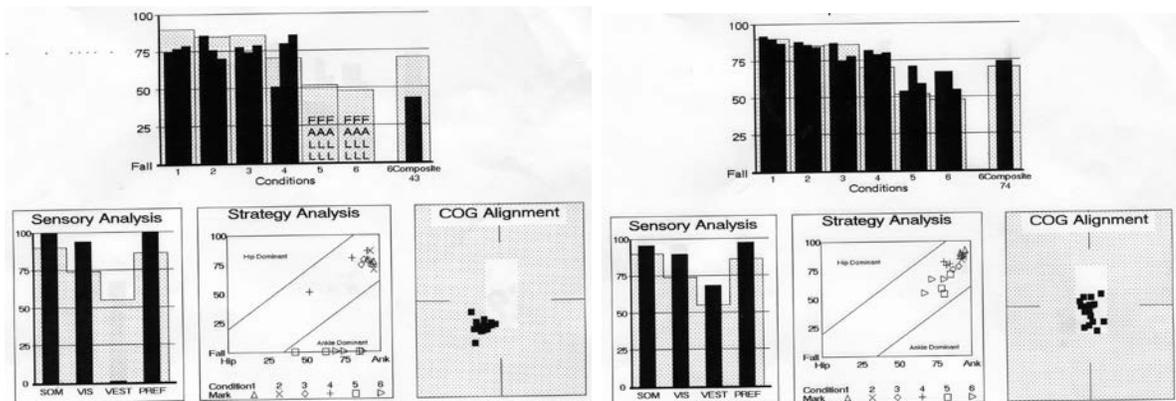
Caso clínico 1

M.L.P.T., fem., 57 a., crise única de vertigem que obrigou a recorrer ao S.U; E.N.G. com hipovalência unilateral esquerda.

Reabilitação vestibular: 10 sessões de reabilitação em plataforma de posturografia.

T.O.S. antes de iniciar R.V.

T.O.S. após terminar R.V



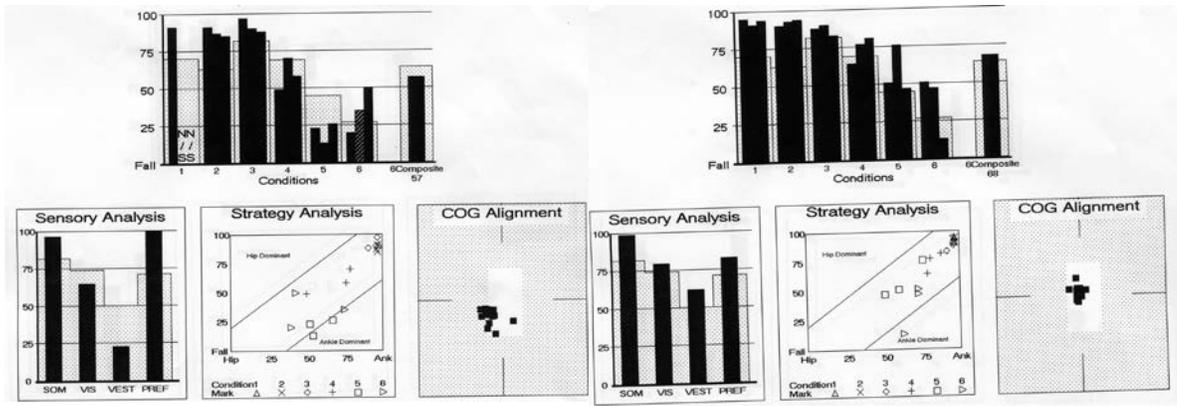
Caso clínico 2

F.C.M., masc., 75 a., instabilidade persistente; marcha com alargamento considerável da base de sustentação; E.N.G. com diagnóstico de lesão central.

Reabilitação vestibular: 6 sessões de estimulação optocinética seguida de treino em plataforma (5 sessões)

T.O.S. antes de iniciar R.V.

T.O.S. após terminar R.V

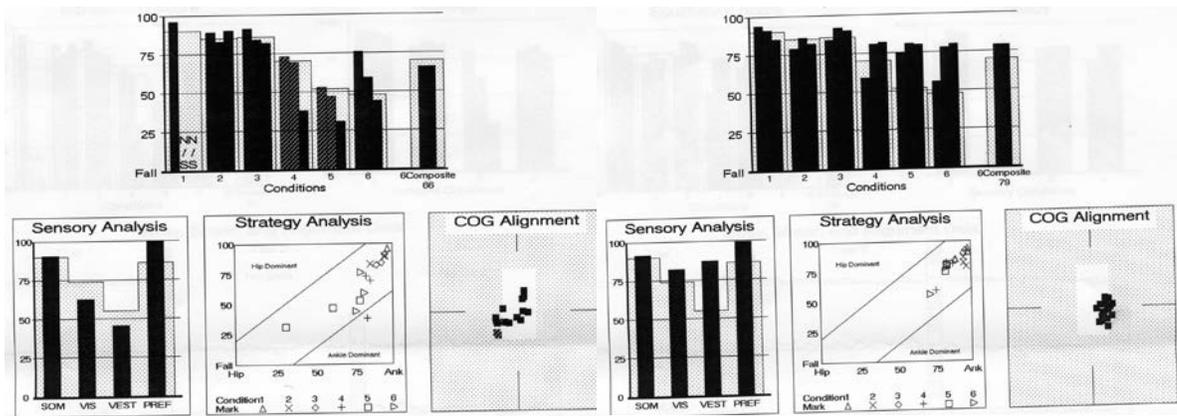


Caso clínico 3

O.M.L.C., fem., 50 a., instabilidade recorrente agravada pelos movimentos da cabeça;
 V.N.G. com actividade nistágmica espontânea e sinais de lesão central.
 Reabilitação vestibular: 6 sessões de estimulação optocinética

T.O.S. antes de iniciar R.V.

T.O.S. após terminar R.V



EM CONCLUSÃO:

A REABILITAÇÃO VESTIBULAR (R. V.) é extremamente eficaz no tratamento da maioria das vestibulopatias crónicas ou recorrentes.

Na generalidade as vestibulopatias periféricas com hipovalência unilateral respondem muito bem à reabilitação vestibular, nomeadamente com sessões de estimulação optocinética. A doença de Meniere é de todas as vestibulopatias periféricas a que pior responde à reabilitação vestibular. No entanto, mesmo neste caso, a R. V. pode ter algum interesse no reforço das estratégias para lidar com a crise bem assim como na melhoria da estabilidade nos períodos intercrise.

As disfunções multisensoriais, nomeadamente a presbivertigo, melhoram imenso com reabilitação vestibular. Neste caso, está indicado um primeiro ciclo de tratamento com estimulação optocinética fazendo a seguir um reforço do controlo motor e das estratégias de equilíbrio com a plataforma de posturografia.

As lesões centrais pós-TCE e/ou desequilíbrio pós-traumático são as de mais difícil resolução. Pensamos, no entanto, que estes resultados podem ser um pouco afectados pelo eventual ganho secundário do doente.

A estimulação optocinética tem resultados que consideramos espectaculares no reforço sensorial e estabilização do olhar, diminuindo o deslizamento do alvo na retina e melhorando a estabilidade do doente. A reabilitação vestibular em plataforma de posturografia treina o controle motor e ensina o doente a criar estratégias para lidar com as suas dificuldades. Estas duas técnicas não são alternativas mas sim complementares.

EM CONCLUSÃO DIRIA QUE AS TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR DEVEM SER CONSIDERADAS COMO O TRATAMENTO DE ELEIÇÃO PARA A GRANDE MAIORIA DAS PERTURBAÇÕES DO EQUILIBRIO

ANEXO 1

1. Sintoma vertigem				9. Alterações do gosto	
Oscilação		()		Ageusia	()
Elevação		()		Parageusia	()
Rotação	Dir. ()	Esq. ()		10. Sinais do trigémio	
Sens. lateralização	Dir. ()	Esq. ()		Direitos	()
"Black out"		()		Esquerdos	()
Instabilidade		()		11. Paralisia facial	
2. Sintomas vegetativos				Periférica	Dir. () Esq. ()
Suores frios		()		Central	Dir. () Esq. ()
Náuseas		()		12. Traumatismos craneanos	
Vómitos		()		De trânsito	()
Colapso		()		Laborais	()
3. Mecanismos desencadeantes				Desportivos	()
Cinetose		()		Domésticos	()
Rotação da cabeça		()		13. Afecções neurológicas	()
Abaixar		()		14. Afecções cardio-circulat.	
Levantar		()		Hipertensão	()
Lateralização do olhar		()		Hipotensão	()
4. Início dos sintomas				Aterosclerose	()
Horas		()		Insuf. cardíaca	()
Dias		()		Infarto do miocárdio	()
Semanas		()		15. Diabetes	()
Meses		()		16. Doenças renais	()
Anos		()		17. Medicamentos e tóxicos	
Décadas		()		Álcool	()
5. Duração dos ataques				Nicotina	()
Segundos		()		Cafeína	()
Minutos		()		Salicilatos	()
Horas		()		Estreptomicina	()
Dias		()		Gentamicina	()
Semanas		()		Contraceptivos	()
Meses		()		Sedativos	()
Longos períodos		()		Antivertiginosos	()
Períodos irregulares		()		Outros	()
6. Alterações do olfacto				18. Evolução do tratamento	
Anosmia		()		Igual	()
Parosmia		()		Ligeiramente melhor	()
7. Alterações visuais				Muito melhor	()
Visão turva		()		Ligeiramente pior	()
Diplopia		()		Muito pior	()
Oscilopsias		()		19. Outras	
Cegueira	Dir. ()	Esq. ()			
Cefaleias		()			
8. Sintomas auditivos					
Acufenos	Dir. ()	Esq. ()			
Hipoacusia	Dir. ()	Esq. ()			
Cofose	Dir. ()	Esq. ()			
Cir. ouvido	Dir. ()	Esq. ()			