



Guías de Diagnósticos



Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco
Clínica Médica

TONTURA

R1 Bruna Lima

R2 Priscila Machado

Preceptor Flávio Pacheco

Recife, 17 de Junho de 2015



EPIDEMIOLOGIA

- Queixa bastante comum nos diversos níveis de atendimento em saúde
- Mais frequente em mulheres
- 3x mais comum em idosos em comparação à população jovem
- Importante fator associado a quedas no idoso, além de limitar as atividades diárias em qualquer idade



ETIOLOGIA

Vertigem

Desequilíbrio

Pré-síncope

Tontura
inespecífica



VERTIGEM

- Sensação de que o ambiente ou a própria pessoa está em movimento
- Descrito pelos pacientes como movimento rotacional ou sensação de queda
- Início abrupto e episódica
- É importante diferenciar a origem periférica da central



VERTIGEM

VERTIGEM	PERIFÉRICA	CENTRAL
Náuseas e vômitos	Intensos	Moderados
Nistagmo	Componente rápido apontando para o ouvido normal; direção horizontal podendo ter componente de torção; nistagmo é suprimido com a fixação do olhar	Direção variável; não suprimido com a fixação do olhar
Sintomas neurológicos (ataxia, diplopia, afasia...)	Ausentes	Comuns
Déficit auditivo ou zumbido	Comuns	Raros



VERTIGEM

- Principais causas periféricas:

- Vertigem paroxística posicional benigna (VPPB)

Causa mais comum de vertigem recorrente. Caracteriza-se por ter início súbito, duração de segundos a minutos e piorar à movimentação da cabeça. Quadro benigno



VERTIGEM

- Principais causas periféricas:

- Doença de Ménière:

Caracterizada pela tríade clássica: zumbido, déficit auditivo flutuante e vertigem. Em geral as crises duram de minutos até 1h. Pode ser uni ou bilateral.

Principal mecanismo é a hipertensão no sistema endolinfático

O tratamento baseia-se em restrição salina e uso de diuréticos



VERTIGEM

- Principais causas periféricas:

- Neuronite Vestibular ou Labirintite

Não é tão benigno quanto as demais, pois pode deixar sequelas.

Relacionada a uma infecção viral aguda ou inflamação pós viral da porção vestibular do 8º par craniano.

Duração dos sintomas maior que 24h. Geralmente não há sintomas auditivos



PRÉ-SÍNCOPE

- Sensação de redução da consciência frequentemente associado a escurecimento visual e palidez
- Principais causas:
 - Hipotensão postural
 - Arritmias
 - Hipoglicemia
 - Reflexo vasovagal
 - Anemia



DESEQUILÍBRIO

- Sensação de queda iminente que ocorre APENAS quando a pessoa está em pé ou deambulando, envolvendo tronco e/ou membros inferiores
- Principais causas:
 - AVC
 - Ataxia propioceptiva
 - Neuropatias periféricas



TONTURA INESPECÍFICA

- Termos vagos
- Sensação de “cabeça pesada”, “cabeça vazia”
- Não é possível classificar como uma vertigem, pré-síncope ou desequilíbrio
- Em geral é causada por distúrbio psicogênico



DIAGNÓSTICO

- ANAMNESE

- **Idade:** Idosos são mais acometidos
- **Características da tontura:** rotação do ambiente/pessoa, dificuldade de coordenar movimento na deambulação ou em pé, escurecimento visual, desfalecimento
- **Sintomas associados:** náuseas, vômitos, déficit auditivo, zumbido, quedas, palpitações
- **Tempo dos sintomas:** Início súbito x insidioso, tempo total dos sintomas, recidivas de sintomas prévios



DIAGNÓSTICO

- ANAMNESE

- **Fatores precipitantes:** Movimentação da cabeça, fechar os olhos, levantar-se rapidamente, nervosismo
- **Comorbidades:** Fatores de risco cardiovascular, doença aterosclerótica estabelecida arritmias, doenças neurológicas
- **Uso de medicações:** Hipotensores, hipoglicemiantes, antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores do humor, anticonvulsivantes



DIAGNÓSTICO

- Exame Físico
 - **Medida da PA:** Verificar hipotensão ortostática
 - **Otoscopia:** Sinais de otite média, perfuração da membrana timpânica
 - **Nistagmo:** Horizontal torsional esgotável x vertical continuo
 - **Teste de Rinne e Weber:** Diferenciar deficit auditivo sensorial de alteração de condução



DIAGNÓSTICO

- Exame Físico
 - **Exames dos pares cranianos:** Localizar topografia da lesão
 - **Testes cerebelares:** Pesquisa de causa central
 - **Teste de Romberg:** Diferenciar de ataxia vestibular e cerebelar
 - **Manobra de Dix Hallpike:** Diagnóstico de VPPB



DIAGNÓSTICO

- EXAMES COMPLEMENTARES

- **Laboratoriais:** Glicose, perfil lipídico, hormônios tireoidianos, função renal, hemograma
- **ECG:** Arritmias, bloqueios, sobrecargas
- **Eletronistagmografia:** Analisa tipos de nistagmo, auxiliando na topografia da lesão
- **Imagem:** TC, RNM, doppler de carótidas e vertebrais



DIAGNÓSTICO

- EXAMES COMPLEMENTARES

- **Tilt Test:** Diagnostico de disautonomia

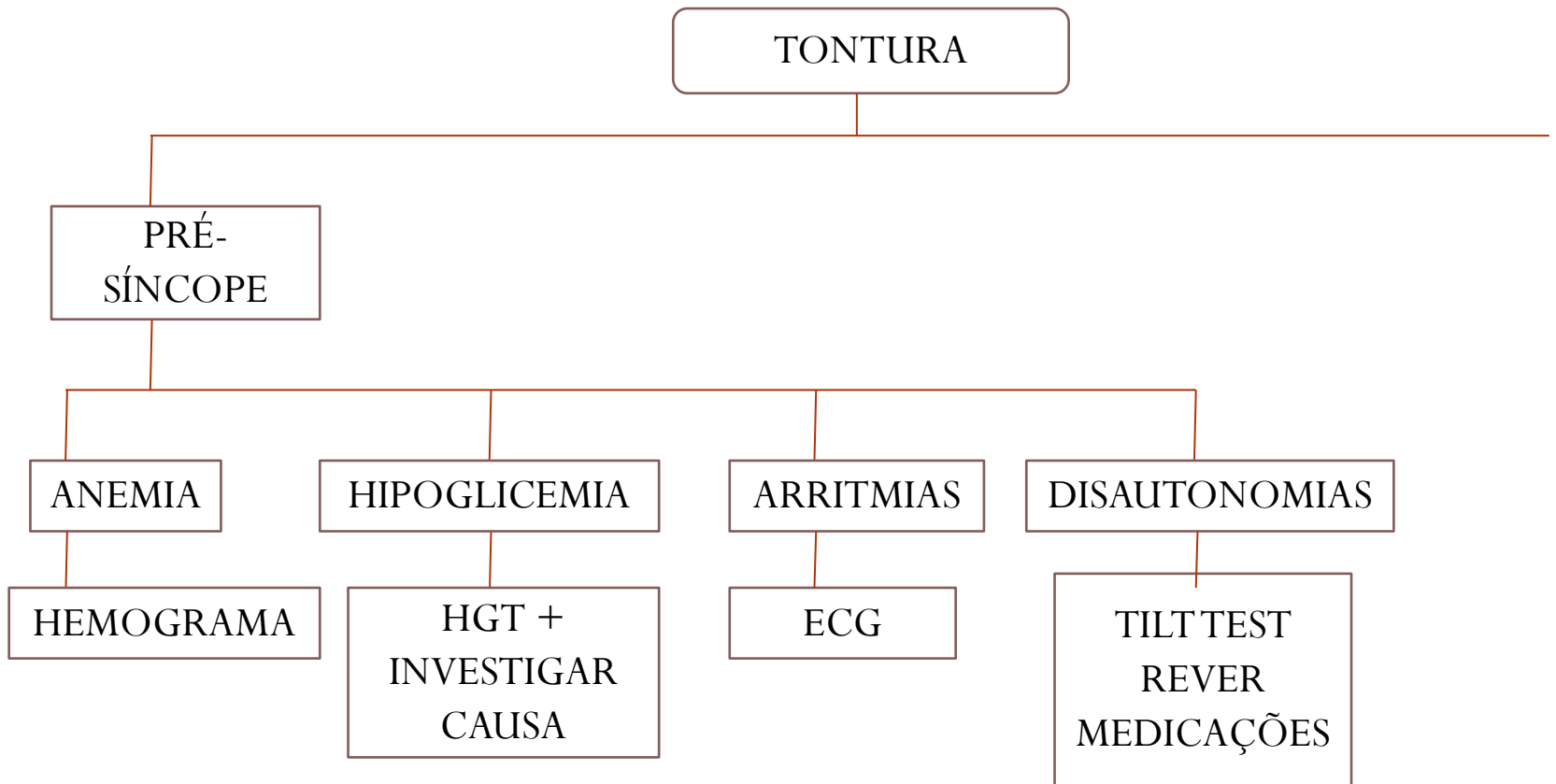
- **Eletroneuromiografia:** Diagnóstico de neuropatias periféricas

- **EEG:** Identifica potenciais focos epilépticos de crises parciais

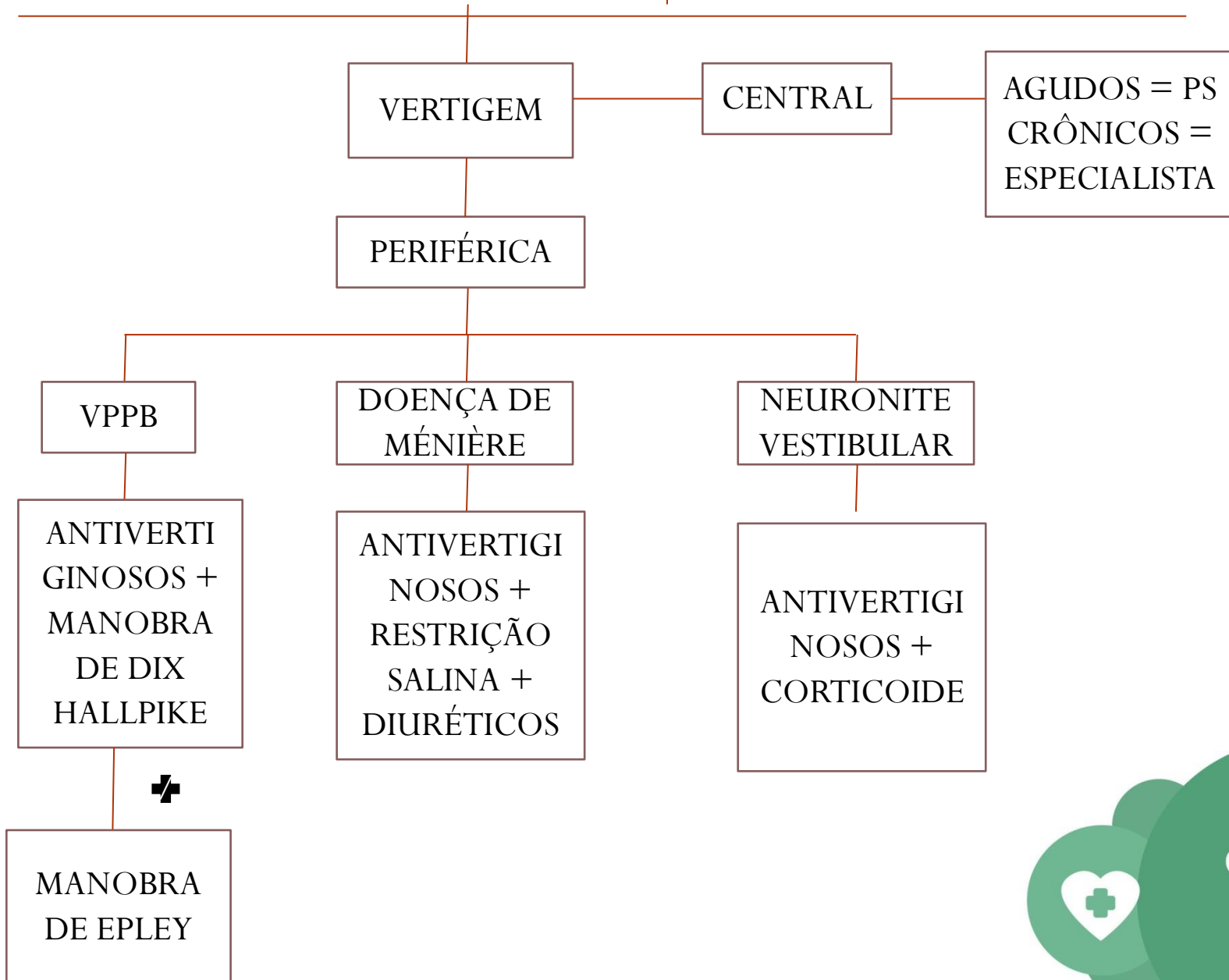


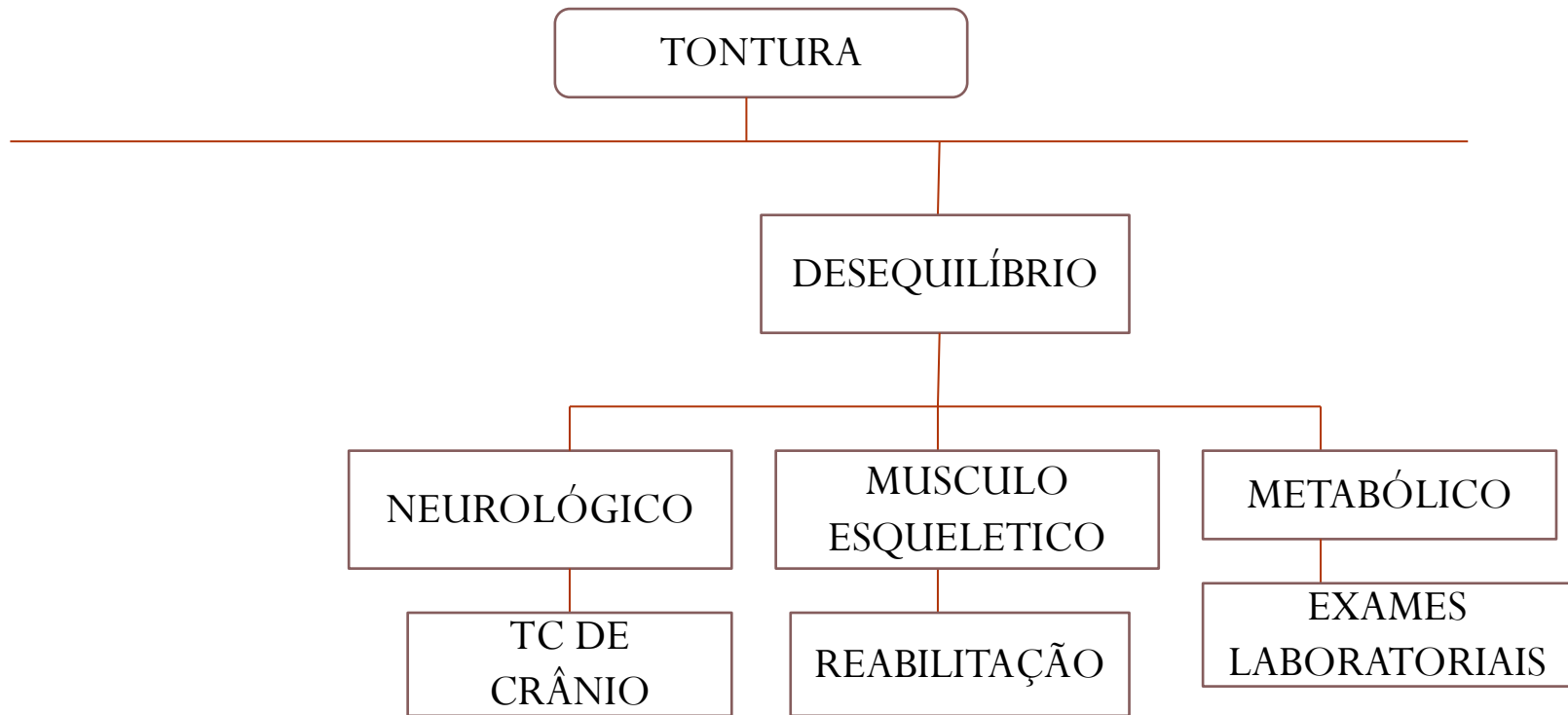
TONTURA





TONTURA





TONTURA

INESPECÍFICA

PESQUISAR
CAUSA
PSICOGÊNICA



Av. Portugal, 163 - Paissandu, Recife-PE

+55 (81) 3416.1090 | +55 (81) 3221.3468 | +55 (81) 97327.2237

