

VAMOS DIAGNOSTICAR CORRECTAMENTE AS VERTIGENS!

Tenho o maior respeito pelos colegas clínicos gerais. Eles têm de saber "um bom bocado de tudo" e estão na "linha da frente" de grande parte das doenças agudas.

Contudo, um dos aspectos que me parece continuar a ser uma falha nos conhecimentos de alguns deles, apesar das acções de formação levadas a cabo, entre outras iniciativas, pela APO, diz respeito às vertigens.

Dizia-me há tempos um amigo clínico geral: "Apareceu-me o doente com a cabeça a andar à roda e a vomitar, e lá lhe tive que lhe dar "Cholipin" para a figadeira".

Vamos ver se nos entendemos.

Primeiro, é preciso ter o mais possível a certeza de que se trata de uma vertigem e não de um conjunto de sintomas mais ou menos inespecíficos, relatados de maneira muito diferente pelos doentes (cabeça zozna, sensação de pisar algodão, sensação de estar num barco a baloiçar, etc.), que correspondem a tonturas, e que não têm um substrato anatómico e patológico preciso.

Na grande maioria das vezes, com uma história cuidada, é possível fazer essa distinção.

A vertigem, por outro lado, é a sensação ilusória da cabeça a rodar ou a deslocar-se numa direcção em relação aos objectivos que nos rodeiam, ou vice-versa, ou então, a sensação de pulsão do corpo, qualquer que seja o lado da mesma.

Feito o diagnóstico de vertigem, é fundamental ter a noção de que ela tem obrigatoriamente de provir de uma disfunção (qualquer que seja a causa da mesma) da via vestibular, a qual se inicia no ouvido interno (labirinto), entra no tronco cerebral depois de ter atravessado o espaço sub-aracnoideu numa zona crítica (pela frequente patologia expansiva da mesma) denominada ângulo ponto-cerebeloso, e termina numa área particular do cerebelo, não sem antes se correlacionar intimamente com os núcleos de origem dos pares cranianos que presidem aos movimentos oculares, no tronco cerebral, e com a medula espinhal.



Se a vertigem é aguda, (as que ocorrem mais frequentemente), muito intensa, recorrente ou não, acompanhada de perturbações autonómicas e de sinais que habitualmente ajudam o diagnóstico (p.e., presença de nistagmo sacádico com características particulares), em regra ela é de origem periférica, labiríntica, do foro do otorinolaringologista portanto, e o doente a esta especialidade deverá ser enviado a fim de que, se necessário recorrendo a exames complementares específicos (exame vestibular), se possa chegar a um diagnóstico etiológico.

É, no entanto, fundamental ter presente que alguns casos de acidentes vasculares do tronco cerebral ou do cerebelo, mais frequentemente, ou outras patologias do foro neurológico (p.e., esclerose em placas, enxaquecas) podem ter esta forma de apresentação.

Se, por outro lado, a vertigem é sub-aguda ou crónica (mais rara), o caso pode ser um pouco mais complicado, a sua distinção com as tonturas mais difícil, e o grau de suspeição de patologia neurológica indolente ser elevado.

Termino com um pedido, que o doente agradece de bom grado. Quando os colegas clínicos gerais observarem um doente na urgência com uma vertigem aguda, deem-no numa maca, se possível numa zona sossegada, canalizem-lhe uma veia a fim de poder ser feita terapêutica sintomática (antieméticos e sedativa, esta quanto bastar!) parentérica, e vigiem-no durante algumas horas a fim de verificarem a evolução da situação: melhoria (como acontece na grande maioria das situações do foro da ORL) ou evolução de quadro clínico, com aparecimento de outros sintomas e sinais, nomeadamente neurológicos.

Espero ter ajudado os colegas clínicos gerais com estes conceitos simples mas importantes. Até à próxima.

JOSÉ PIMENTEL

Professor de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
Vice-Presidente da Associação Portuguesa de Otoneurologia