ORIENTAÇÃO DE RECURSOS

USP-SP

ANO: 2024

QUESTÃO: 53 - A1

A referida questão avaliou o conhecimento de diagnóstico diferencial entre vertigens de origem central e periférica, vindo como gabarito oficial a alternativa B que apontou como resposta tontura de origem central justificada pelo head impulse test normal.

Esse paciente apresentou no início do enunciado a tríade clássica dos sintomas relacionados a Síndrome de Menière que são tontura rotatória (vertigem) associado a sintomas auditivos como zumbido e hipoacusia, que não precisam ser desencadeados pela movimentação da cabeça (para diferenciar da VPPB e outras vertigens periféricas) mas podem ser piorados durante essas movimentações[1].

É causada por uma hidropsia da endolinfa com as crises decorrentes de aumento de pressão neste fluido, não exigindo a necessidade de movimentação da cabeça para estímulo do aparelho vestibular[1].

Ocorreu uma piora da audição que pode ser justificada por desgaste progressivo do órgão de corti na cóclear por recorrentes episódios de hidropsia nesta região.

O problema da questão veio na descrição do exame físico que mesclou características que podem ser compatíveis com vertigem de origem central com vertigem de origem periférica, e mesmo com mais fundamentos e anamnese indicando vertigem periférica por Menière foi optado no gabarito por vertigem de origem central.

Foi descrito o Head-impulse test sem sacada corretiva sendo este o argumento utilizado para justificar a vertigem de origem central sendo esta informação isolada coerente com a alternativa correta pois em casos periféricos este recurso semiológico mostra-se alterado[2].

Logo em seguida o enunciado descreve a ausência de nistagmo espontâneo ou evocado pelo olhar que é mais verificado em vertigens periféricas, sendo as vertigens de origem central frequentemente manifestadas com o nistagmo espontâneo, embora não obrigatório.

Por fim não foi verificado o desvio skew sendo esta uma característica das vertigens periféricas, pois este desvio skew é caracteristicamente verificado em vertigens de origem central[2].

Assim, considerando uma apresentação clínica bem sugestiva de Síndrome de Menière associado a ausência de desvio skew temos baseado na literatura uma probabilidade clínica bem maior de ocorrência da referida síndrome em contraposição a uma vertigem de origem central que foi embasada pela ausência de sintomas autonômicos nas crises e o head impulse test normal.

Melhor seria se fosse tomado o cuidado de não associar fatores tão característicos de ambas as origens de vertigem (central e periférica) para evitar essas possibilidades de interpretações errôneas sem uma coerência global entre a associação de todos os achados da anamnese e exame físico.

Referências:

1. Gürkov R, Pyykö I, Zou J, Kentala E. What is Menière's disease? A contemporary re-evaluation of endolymphatic hydrops. *J Neurol*. 2016 Apr. 263 Suppl 1:S71-81.
2. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. Stroke. 2009 Nov;40(11):3504-10. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.551234. Epub 2009 Sep 17. PMID: 19762709; PMCID: PMC4593511.