

Manobra de Epley na Vertigem Posicional Paroxística Benigna: Relato de Série de Casos

Epley's Maneuver in Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Series of Cases Reports

*Luciana Lozza de Moraes Marchiori**, *Juliana Jandre Melo***, *Caroline Ravaghani Romagnoli****,
*Thaís Butieri de Oliveira****.

* Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde – UEL. Professor Pesquisador.

** Mestre em Fonoaudiologia - PUC - São Paulo. Professor pesquisador.

*** Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Norte do Paraná, UNOPAR. Fonoaudióloga Clínica.

Instituição: Universidade Norte do Paraná - UNOPAR.
Londrina / PR - Brasil.

Endereço para correspondência: Campus Universitário de Londrina - Clínica Integrada - Avenida Paris, 675 - Londrina / PR - Brasil - CEP: 86041-140 - Cx. P. 401 - Telefone: (+55 43) 3371-7775 - (+55 43) 3371-7775 - E-mail - luciana.marchiori@unopar.br

Suporte financeiro: Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular - Funadesp Bolsa de Iniciação Científica.

Artigo recebido em 18 de Outubro de 2010. Artigo aprovado em 5 de Fevereiro de 2011.

RESUMO

- Introdução:** A Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é provavelmente a causa mais comum de vertigem em mulheres.
- Objetivo:** Relatar o resultado da manobra de Epley no tratamento de pacientes com VPPB.
- Método:** Estudo de série de casos longitudinal de nove meses de cinco indivíduos do gênero feminino com idade entre 46 e 64 anos, com VPPB, submetidas à Manobra de Epley, em clínica escola, tendo como critério de inclusão a manobra de Dix-Hallpike positiva na primeira seção sendo reavaliada no prazo de seis e nove meses.
- Resultados:** Apenas uma manobra de Epley, como único procedimento terapêutico, foi suficiente para abolir o nistagmo e a vertigem de posicionamento em 4 pacientes, que não apresentaram a manobra de Dix-Hallpike positiva nas duas reavaliações efetuadas. Apenas um paciente voltou a apresentar VPPB na primeira reavaliação do período de estudo, tendo a recidiva do nistagmo apenas na segunda avaliação.
- Conclusão:** A manobra de reposicionamento de Epley demonstrou ser um método de tratamento da VPPB simples e eficaz, a longo prazo nas pacientes do estudo.
- Palavras-chave:** vertigem, qualidade de vida, mulheres.

SUMMARY

- Introduction:** Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is probably the most common cause of vertigo in women.
- Objective:** To report the result of Epley's maneuver when treating BPPV patients.
- Method:** Study of a series of 9-month-long cases of five female individuals aged between 46 and 64 with BPPV, who were submitted to Epley's maneuver at a scholar clinics, having the positive Dix-Hallpike maneuver at the first consultation as an inclusion criterion, and evaluations were repeated in a six and nine-month term.
- Results:** Only one Epley's maneuver, as the only therapeutic procedure, was enough to eliminate nystagmus and positional vertigo in 4 patients, who did not show a positive Dix-Hallpike maneuver in the two reevaluations performed. Only one patient showed BPPV in the first reevaluation of the study term, and nystagmus reoccurred in the second evaluation only.
- Conclusion:** Epley's repositioning maneuver proved to be a simple and effective BPPV treatment method for this study's patients at length.
- Keywords:** vertigo, quality of life, women.

INTRODUÇÃO

Sempre que existe um conflito na integração de informações sensoriais responsáveis pelo controle postural, surge a tontura como sintoma de uma disfunção do equilíbrio (1).

Quando rotatória, a tontura é denominada vertigem, que é uma sensação de perturbação do equilíbrio corporal, presente em uma infinidade de doenças, acometendo principalmente indivíduos idosos. Sua origem está correlacionada em 85% dos casos com distúrbios do sistema vestibular, ocorrendo a sua sintomatologia em geral, durante a movimentação da cabeça ou mudanças posturais (2-4).

A Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) é uma das mais frequentes alterações do sistema vestibular, e acomete grande parte da população idosa (2-3). A característica clínica habitual da VPPB é uma crise vertiginosa súbita, algumas vezes grave, de curta duração, com desaparecimento completo do sintoma em menos de 45 segundos, tendo como movimentos tipicamente desencadeantes, os de deitar; levantar da cama, virar de lado quando deitado, movimentar a cabeça para olhar para cima (5).

De modo geral, os indivíduos conseguem identificar a posição que desencadeia a crise e passam a evitá-la constantemente, levando as alterações e/ou distúrbios posturais que pioram o quadro e aumentam a incapacidade funcional (4,5). Dentre as intervenções realizadas em pacientes com VPPB estão os exercícios de habituação vestibular, os medicamentos sedativos labirínticos que atenuam a sintomatologia enquanto se aguarda uma regressão natural do quadro de VPPB; a ablação cirúrgica do canal semicircular posterior e as manobras de reposicionamento, tais como: a manobra liberadora de Semont e o reposicionamento canalicular de Epley (6).

A pesquisa diagnóstica da VPPB é realizada pela manobra de Dix-Hallpike (6) que consiste na movimentação da cabeça do paciente de forma a promover um deslocamento da endolinfa e, conseqüentemente, da cúpula do canal semicircular posterior.

A manobra de reposicionamento de Epley (*canalith repositioning maneuver*), que apresenta grande índice de melhora ou cura e é a mais utilizada no tratamento da VPPB que acomete o canal semicircular posterior ou anterior, é composta por uma série de movimentos da cabeça que proporciona a volta dos fragmentos de otólitos para o utrículo, onde serão absorvidos ou eliminados pelo saco endolinfático (7).

Estudos mostram grande importância na reposição canalítica (8-12). Em estudo que com 40 sujeitos, sendo 20 submetidos à manobra de reposicionamento de Epley e 20 submetidos a placebo, verificou-se após uma semana que todos os pacientes apresentaram negatividade na manobra de Dix-Hallpike enquanto apenas 30% do grupo controle apresentou negatividade durante a citada manobra de avaliação (11).

Em revisão sistemática da literatura para avaliar a eficácia das manobras liberatórias em pacientes com este diagnóstico de VPPB, concluíram que a cinesioterapia, através da manobra de Epley, é eficaz para o tratamento da VPPB quando comparado a placebo e/ou tratamento medicamentoso isolado e/ou não-intervenção (4).

A partir destas colocações o objetivo deste estudo foi relatar o resultado da manobra de Epley no tratamento de pacientes com vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB).

MÉTODO

Participaram desse estudo, cinco pacientes com queixa de vertigem, encaminhadas por médicos do Sistema Único de Saúde (SUS), que fizeram a primeira avaliação entre setembro e outubro de 2008 no projeto de extensão universitária de atendimento a pacientes com vertigem na clínica de Fonoaudiologia do Centro de Ciências da Saúde da UNOPAR-Pr. Todos os sujeitos estudados eram do gênero feminino, e apresentaram idade entre 46 a 64 anos. Além de assinarem previamente o termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa.

Foi realizado um estudo com delineamento do tipo série de casos, de caráter longitudinal, que teve como critério de inclusão a queixa de vertigem com posterior confirmação do diagnóstico através da realização manobra de Dix-Hallpike onde foi verificada a presença de vertigem de posicionamento e nistagmo com duração limitada, latência e fatigabilidade à repetição do teste de Dix-Hallpike, como descrita a seguir.

Na manobra de Dix-Hallpike, o paciente está inicialmente em posição sentada, com a cabeça rodada lateralmente (direita ou esquerda, conforme o lado a ser testado), em aproximadamente 45 graus. Com o examinador segurando a cabeça do paciente, promove-se um brusco e rápido movimento de deitar, em decúbito dorsal horizontal. Ao ser deitado, por não haver uma fixação horizontal da cabeça, esta fica pendente para trás, em aproximadamente 30 graus. O paciente fica imobilizado nessa posição, com os olhos abertos e olhar fixo. Nos portadores de VPPB, ocorre um evidente nistagmo, alguns segundos após o

estímulo (com latência), que dura menos de 45 segundos (esgotável) (6).

O registro do nistagmo de posição e de posicionamento obtidos por meio da manobra de Dix-Hallpike foram captados pelo equipamento vídeo-frenzel (Neurograff Eletromedicina - Brasil). As imagens dos movimentos oculares para análise de alterações do Sistema Vestibular foram coletadas por meio de micro câmera com infravermelho, conectada a uma máscara com vedação total de à entrada de luz, que aumentou a sensibilidade para a detecção do nistagmo rotatório.

Pacientes com outros distúrbios otoneurológicos não participaram desta pesquisa.

Todas as pacientes avaliadas tinham em comum, a presença de nistagmo posicional com latência e duração de ± 20 segundos, além de fadigabilidade, uma vez que a repetição da manobra fez desaparecer o nistagmo e a vertigem.

O tratamento fonoaudiológico realizado com os pacientes consistiu da manobra de Epley, como único procedimento terapêutico (4), a saber.

A manobra consiste em fazer uma série de modificações posturais cervicais que reposicionam os cristais nos canais semicirculares. Inicialmente o paciente fica sentado em uma maca, em seguida deita-se em decúbito dorsal, torce a cabeça para o lado onde a prova de Dix-Hallpike é positiva, em seguida roda a cabeça para o lado oposto e vira o decúbito para a mesma lateral e, finalmente volta a posição sentada (13). Com a recomendação de após a realização da manobra de reposicionamento dormir com a cabeça mais elevada usando travesseiros e de supino, não efetuar movimentos bruscos de cabeça, principalmente para os lados, para cima e para baixo.

Caso 1 - Paciente E.V.O. com 64 anos de idade, do gênero feminino. Durante anamnese relatou queixa de vertigem, principalmente ao levantar, há mais de um ano. Citou fazer uso tratamento medicamentoso para vertigem, ansiedade e hipotireoidismo. Presença de nistagmo rotatório, vertical para cima, horário, menor de 1 minuto, acompanhado de vertigem, ao levantar à esquerda.

Caso 2 - Paciente M.L.G. com 58 anos de idade, do sexo feminino. Durante anamnese relatou diabetes, queixa de vertigem, principalmente ao mudar de posição, nos últimos 6 meses, além da presença de zumbido. E citou estar fazendo tratamento medicamentoso para diabetes e vertigem. Presença de nistagmo rotatório, vertical para cima, anti-horário, com duração menor de 1 minuto, acompanhado de vertigem, à direita.

Caso 3 - Paciente M.M. com 61 anos de idade, do sexo feminino. Durante anamnese relatou, diabetes, hipercolesterolemia primária, hipertensão arterial e queixa de vertigem, principalmente ao mudar de posição, há vários anos. Citou estar fazendo uso de medicamentos para reduzir os níveis plasmáticos elevados de colesterol total, LDL-colesterol, além de medicamentos para tratamento de diabetes e hipertensão arterial. Presença de nistagmo rotatório, vertical para cima, horário, menor de 1 minuto, acompanhado de vertigem, bilateralmente.

Caso 4 - Paciente S.F. com 46 anos de idade, do sexo feminino. Durante anamnese relatou queixa de vertigem, principalmente quando fica nervosa, que ocorria há mais de um ano além da presença de zumbido. E citou estar fazendo uso de medicamento para cefaleia. Presença de nistagmo rotatório, vertical, no sentido horário, menor de 1 minuto, acompanhado de vertigem, à esquerda.

Caso 5 - Paciente M.J.O. com 48 anos de idade, do sexo feminino. Durante anamnese, relatou anemia, desde que entrou na menopausa. Tem queixa de vertigem, principalmente ao deitar e mudar de posição na cama há 4 meses. Citou estar fazendo tratamento medicamentoso para vertigem e ansiedade. Presença de nistagmo rotatório, vertical, no sentido anti-horário, horário, menor de 1 minuto, acompanhado de vertigem, levantar à direita.

A pesquisa foi submetida à avaliação pela Comissão de Ética para análise de projetos de pesquisa segundo o parecer de nº0063/08 e foi analisada e aprovada pela Comissão de ética da UNOPAR de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Das 5 pacientes avaliadas, todas tiveram o desaparecimento do nistagmo constatada pelo registro da ausência do nistagmo de posição e de posicionamento durante manobra de Dix-Hallpike e relataram melhora após a primeira manobra de reposicionamento de Epley, tendo o desaparecimento da queixa de vertigem.

Na reavaliação após 6 meses da manobra de reposicionamento de Epley constatou-se que 4 das pacientes não tiveram mais episódios de vertigem e permaneceram sem o nistagmo durante a manobra de Dix-Hallpike. Sendo que apenas uma das pacientes, S.F. de 46 anos de idade, voltou a apresentar VPPB, necessitando de nova manobra de reposicionamento de Epley.

Após o período de 9 meses da avaliação e reposicionamento de Epley, as 4 pacientes relataram estar se sentindo bem, sem novos quadros de vertigem. A

paciente S.F. de 46 anos também relatou que não teve mais episódios de vertigem após o segundo reposicionamento de Epley ocorrido nos últimos 3 meses, apresentando Dix-Hallpike negativa.

DISCUSSÃO

Sendo a VPPB uma entidade nosológica de alta prevalência, usualmente subdiagnosticada, a aplicação de um tratamento eficiente é importante para controlar seus sintomas. Uma das opções terapêuticas mais usadas para a VPPB consiste em manobras mecânicas de reabilitação vestibular como a manobra de Epley, descrita em 1992, que é considerada a mais popular por apresentar excelentes índices terapêuticos de melhora clínica (12).

A hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca podem causar alterações auditivas e vestibulares em decorrência do comprometimento periférico e/ou central dos sistemas auditivo e/ou vestibular (11-14). A paciente M.M. apresentava hipertensão arterial, associando a descoberta da hipertensão arterial à época de aparecimento das crises vertiginosas. Mesmo apresentando estas alterações sistêmicas que, aparecem na literatura como agravantes do quadro vestibular (11-14), a paciente apresentou melhora significativa apenas com a manobra de reposicionamento, permanecendo sem novas crises no período deste estudo.

As doenças cervicais podem levar à insuficiência vértebro-basilar devido à compressão da artéria vertebral e diminuição do fluxo sanguíneo neste território, que pode provocar o aparecimento de sintomas labirínticos como vertigens (11-14). Caso este da paciente S.F., que apresentou novamente quadro clínico de VPPB durante a reavaliação. Esta paciente, provavelmente devido ao quadro cervical, que proporcionou tensão na região e limitações em sua movimentação, nos meses subsequentes a primeira manobra de Epley, pode ter tido o reaparecimento da VPPB devido à própria vaso-constricção eminente a estes casos.

A revisão bibliográfica realizada para execução desse trabalho e os dados obtidos por intermédio deste estudo servem para mostrar que o complexo envolvimento de alterações metabólicas, hormonais, circulatórias e até mesmo emocionais, presentes em mulheres na faixa etária das pacientes deste estudo, pode trazer complicações a várias partes do organismo, inclusive para a orelha interna, acarretando o aparecimento e o agravamento da vertigem (13-17).

Uma vez que a expectativa de vida cada vez mais alta, vários estudos têm sido desenvolvidos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida na terceira

idade, sendo consideradas as magnitudes e as diferenças de cada grupo sobre o que eles mesmos valorizam na busca de seu bem-estar, alguns destes estudos estando centrados em indivíduos já de meia idade, entre 45 e 64 anos (14,16-18). Isto ocorreu também, na população deste estudo.

Em estudo a respeito da eficácia da manobra de Epley, os pacientes foram reavaliados no período de um mês através da manobra de Dix-Hallpike e através de diários. Foram observadas respostas negativas ao teste em 88,9% no grupo submetido à citada manobra (19).

Revisão sistemática (12) cita que a literatura pesquisada nos últimos 5 anos mostrou que a manobra de Epley é eficaz e mantém os resultados por pelo menos 3 meses após a sua utilização, não necessitando de variantes ou associação com outras terapias para atingir um bom resultado terapêutico na VPPB. Ainda segundo a literatura, cerca de 75% de pacientes ficam livres dos sintomas com uma manobra. Esta porcentagem aumenta com tratamentos repetidos. Nesta pesquisa das cinco pacientes que melhoraram após a manobra de Epley apenas uma voltou a ter crise no período de 6 meses.

O mecanismo exato pelo qual as partículas saem do utrículo e caem no CSC não é definido na maioria dos casos. Os autores observaram que aproximadamente 50 % dos casos são idiopáticos, enquanto trauma, neurite vestibular, isquemia vértebro-basilar, pós-operatório, repouso prolongado, são as causas mais frequentemente encontradas (11). O autor também relata uma proporção de 2:1 entre mulheres e homens no grupo com VPPB idiopática, enquanto no grupo dos casos com etiologia definida a relação é de 1:111.

Uma vez que as tonturas de modo geral, constituem grande problema populacional, principalmente por estarem associadas a um maior risco de quedas (20), é primordial que todos os profissionais da área de saúde tenham conhecimento a respeito dos sintomas e das possibilidades de tratamento, visando melhor qualidade de vida desta parcela da população.

CONCLUSÃO

A manobra de reposicionamento de Epley demonstrou ser um método de tratamento da VPPB simples e eficaz, em longo prazo para quatro das cinco pacientes aqui relatadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ganança FF, Castro ASO, Branco FC, Natour J. Interferência

- da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(1):97-101.
2. Murray KJ, Hill K, Phillips B, Waterston J. A pilot study of falls risk and vestibular dysfunction in older fallers presenting to hospital emergency departments. *Disabil. Rehabil.* 2005; 2(9):499-506.
3. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silva MLG. Alterações da audição e do equilíbrio corporal no idoso. *Rev Bras Med.* 1999; 56(10):995-1011.
4. Teixeira LJ, Machado JNP. Manobras para o tratamento da vertigem posicional paroxística benigna: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006; 72(1):130-9.
5. Resende CR, Taguchi CK, Almeida JG, Fujita RR. Reabilitação vestibular em pacientes idosos portadores de vertigem posicional paroxística benigna. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003; 69(4):535-40.
6. Maia RA, Diniz FL, Carlesse A. Manobras de reposicionamento no tratamento da vertigem paroxística posicional benigna. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2001; 5(67):612-6.
7. Woodworth BA, Gillespie MB, Lambert PR. The canalith repositioning procedure for benign positional vertigo: a meta-analysis. *Laryngoscope.* 2004; 114(7):1143-6.
8. Helminski JO, Janssen I, Kotaspuikis D, Kovacs K, Sheldon P, McQueen K, et al. Strategies to prevent recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 131:344-8.
9. Hansson EE, Mansson NO, Hakansson A. Benign paroxysmal positional vertigo among elderly patients in primary health care. *Gerontology.* 2005; 51(6):386-9.
10. Inukai K, Koizuka I, Takahashi S. Head-tilting stabilometry in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx.* 2008; 35(1):31-5.
11. Sridhar S, Panda N, Raghunathan M. Efficacy of particle repositioning maneuver in BPPV: a prospective study. *Am J Otolaryngol.* 2003; 24(6):355-60.
12. Ganança FF, Simas R, Ganança MM, Korn GP, Dorigueto RS. É importante restringir a movimentação cefálica após a manobra de Epley?. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2005; 71(6):764-8.
13. Burlamaqui JC, de Campos CAH, Mesquita Neto O. Manobra de Epley para Vertigem Postural Paroxística Benigna: revisão sistemática. *Acta ORL.* 2006; 24(1):38-45.
14. Marchiori LLM, Rego Filho EA, Matsuo T. Hipertensão como fator associado à perda auditiva. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006; 72(4):533-40.
15. Marchiori LLM, Rego Filho EA. Queixa de vertigem e hipertensão arterial. *Rev CEFAC.* 2008; 9(1):116-21.
16. Gazzola JM, Aratani MC, Perracini M, Ganança MM, Ganança FF. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006; 72(3):388-93.
17. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silva MLG, Ganança FF, Ganança CF. Lidando com a vertigem posicional paroxística benigna. *Acta AWHO.* 2005; 23(2):18-25.
18. Nishino LK, Ganança CF, Manso A, Campos CAH, Korn GP. Reabilitação vestibular personalizada: levantamento de prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de otoneurologia da I.S.C.M.S.P. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71(4):440-7.
19. Lynn S, Pool A, Rose D, Brey R, Suman V. Randomized trial of the canalith repositioning procedure. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 113 (6):712-20.
20. Hsu LC, Hu HH, Wong WJ, Wang SJ, Luk YO, Chern CM. Quality of life in elderly patients with dizziness: analysis of the Short-Form Health Survey in 197 patients. *Acta otolaryngol.* 2005; 125(1):55-9.