

# Tratamento da vertigem posicional paroxística benigna do canal horizontal (VPPB-CH): manobra de Gufoni

## *Benign paroxysmal positional vertigo of the horizontal canal (HC-BPPV) treatment: Gufoni maneuver*

Eliana T. Maranhão<sup>1</sup>, Péricles Maranhão-Filho<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) é uma doença frequente e com elevado grau de morbidade. A variante do canal horizontal (VPPB-CH), antes considerada rara, atualmente vem sendo cada vez mais reconhecida. Neste artigo os autores ressaltam um modo rápido, prático e efetivo de tratar a variante canalítica do canal horizontal: a manobra de Gufoni.

### EPIDEMIOLOGIA

Com prevalência entre 10,7 e 64,0 por 100.000 indivíduos, a VPPB é a causa mais frequente de vertigem<sup>1,2</sup>. É uma doença com taxa de recorrência de aproximadamente 15% por ano. Entretanto, num estudo transversal foi registrada a taxa de 56% de recorrência nos indivíduos afetados, em um ano<sup>2</sup>. Acontece mais as mulheres (2-3:1), com início geralmente em torno dos 60 anos de idade<sup>3</sup>.

### ETIOLOGIA E PATOGÊNESE

A etiologia ainda carece de elucidação, embora algumas situações como traumatismo de crânio, neurite

vestibular, isquemia labiríntica e (talvez) alterações estrogênicas gerando osteopenia ou osteoporose sejam consideradas fatores predisponentes. O mecanismo patogênico envolve a presença anormal de cristais de carbonato de cálcio (otocônias ou debris) deslocados da mácula do sáculo ou do utrículo, que passam a flutuar livremente nos canais semicirculares (canalítase), ou permanecem aderidos à cúpula (cupulolitíase)<sup>1-10</sup>.

### QUADRO CLÍNICO

Os episódios vertiginosos caracterizam-se clinicamente por sensação ilusória e recorrente de rotação – do próprio indivíduo ou do ambiente – com duração de segundos. Tais crises vertiginosas são marcadamente desencadeadas pela mudança na posição da cabeça e, portanto, tipicamente ocorrem ao deitar-se, ao mudar de posição no travesseiro, ao se estender para alcançar algum objeto numa prateleira ou abaixar-se para pegar algo no chão. Episódios muito frequentes podem promover postura e caminhar “robotizado” ou “em bloco” devido à contração exacerbada e por vezes francamente assimétrica da musculatura cervical e da cintura escapular, motivada pelo receio da ocorrência de vertigem ao girar a cabeça. Certamen-

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Câncer – HC-I, Rio de Janeiro, Brasil; fisioterapeuta certificada pela American Physical Therapy Association for Vestibular Rehabilitation, Alexandria, VA, Estados Unidos.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Câncer – HC-I, Rio de Janeiro, Brasil; professor adjunto de Neurologia, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

te, em decorrência de sua localização mais dependente da gravidade, a canalitíase do canal posterior é a forma mais frequente de VPPB. O envolvimento dos canais anteriores, também por motivos anatômicos, é muito raro. A variante canalítica dos canais horizontais, previamente considerada rara – quatro vezes menos frequente que o acometimento dos canais posteriores<sup>4,5</sup> –, hoje em dia se sabe, varia de 10% a mais de 40% dos casos de VPPB<sup>6,7</sup>.

## DIAGNÓSTICO

A VPPB-CH variante canalitíase é diagnosticada pela manobra do rolamento em supino (*supine roll test*) ou manobra de Pagnini-McClure, na qual a cabeça é girada cerca de  $\sim 90^\circ$  para cada lado, estando esta fletida  $30^\circ$  e com o examinando na posição supina<sup>3</sup>. O diagnóstico é firmado ao se observar nistagmo horizontal no sentido do chão (nistagmo geotrópico). O lado no qual o nistagmo é mais intenso determina o labirinto acometido.

## TRATAMENTO

O tratamento da VPPB dispensa a utilização de medicamentos, exceto o uso eventual de antieméticos. A variante canalítica do canal horizontal, quando não

tratada, perdura, em média, duas semanas<sup>9</sup>. Oitenta e seis por cento dos indivíduos afetados procuram atendimento médico, porém somente 8% recebem tratamento efetivo<sup>9</sup>.

Descrita em 1998, a manobra de Gufoni<sup>10</sup> visa tratar a VPPB-CH, promovendo, por meio de uma manobra simples, o movimento dos otólitos intracanaliculares livres de volta ao utrículo. A manobra dura poucos minutos e possui taxa de sucesso de até 96% com apenas um procedimento<sup>8</sup> (Figura 1).

## CONCLUSÃO

Diagnosticar e tratar VPPB é oportunidade única na medicina moderna, uma vez que os testes diagnósticos e as manobras visando ao tratamento são efetuados com as mãos. Não existe tratamento farmacológico conhecido nem exame complementar comprobatório. No caso da canalitíase do canal horizontal, mesmo em um paciente com osteoartrose cervical e/ou obesidade<sup>10</sup>, o benefício da manobra de Gufoni é substancial e praticamente imediato, com baixíssimo risco de efeito adverso.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



**Figura 1.** Manobra de Gufoni visando ao tratamento de canalitíase da VPPB-CH. (A) Paciente sentada com dorso erecto. (B) É rapidamente deitada para o lado contrário ao da orelha comprometida (seta) e mantém essa posição por 2 minutos. (C) Rapidamente gira-se a cabeça  $45^\circ$  para baixo (nariz apontando para o chão), mantendo-a assim por mais 2 minutos. (D) Lentamente retorna à posição inicial. (Imagens autorizadas e retiradas de um filme).

**REFERÊNCIAS**

1. Kim JS, Zee DS. Benign paroxysmal positional vertigo. *N Engl J Med*. 2014;370:1138-47.
2. Marom T, Oron Y, Watad W, Levy D, Roth Y. Revisiting benign paroxysmal positional vertigo pathophysiology. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:250-5.
3. Lee S-H, Kim JS. Benign paroxysmal positional vertigo. *J Clin Neurol*. 2010;6:51-63.
4. Baloh RW, Honrubia V. *Clinical neurophysiology of the vestibular system*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2001. p. 31.
5. Leigh J, Zee D. *The neurology of eye movements*. 4<sup>th</sup> ed. New York, NY: Oxford University Press Inc.; 2006.
6. De la Meilleure G, Dehaene I, Depondt M, et al. Benign paroxysmal positional vertigo of the horizontal canal. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;60:68-71.
7. Kim JS, Oh SY, Lee SH, et al. Randomized clinical trial for apogeotropic horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo. *Neurology*. 2012;78:159-66.
8. Francesco R, Francesco D, Salvatore G, et al. Management of benign paroxysmal positional vertigo of lateral semicircular canal by Gufoni's manoeuvre. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:106-11.
9. von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:710-5.
10. Gufoni M, Mastro Simone L. Trattamento con manovra di riposizionamento per la canalolitiiasi orizzontale. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 1998;18:363-7.