

Complicações das manobras para a VPPB.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200019

Raquel Mezzalira¹, Márcio Cavalcante Salmito², Alessandra Ramos Venosa³, Mauricio Malavasi Ganança⁴, Roseli Saraiva Moreira Bittar⁵, Fernando Freitas Ganança⁶

¹ Médica Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia Cabeça e Pescoço – UNICAMP

² Otorrinolaringologista, Especialização em Otoneurologia e Mestrado em Ciências – Medicina (Otorrinolaringologia) pela UNIFESP – EPM

³ Professora adjunta da FM-UnB

⁴ Professor Titular de Otorrinolaringologia da UNIFESP - EPM

⁵ Professora Assistente do Setor de Otoneurologia do HCFMUSP

⁶ Professor Adjunto da Disciplina de Otologia e Otoneurologia da UNIFESP - EPM

A São situações incomuns, mas quando presentes devem ser prontamente diagnosticadas e eficientemente revertidas.

1. Conversão de canal

Durante as manobras de reposicionamento os fragmentos em suspensão podem migrar de um canal semicircular para outro. A situação mais comum é a migração do canal posterior para o canal lateral. Nesse caso, o nistagmo inicialmente horizontal-rotatório e vertical superior passa a ser horizontal e geotrópico, característico de uma canalitíase de canal lateral^{1,2,3}. Esta situação deve ser revertida com a manobra de tratamento da litíase do canal semicircular lateral (Manobra de *Lempert* ou *Gufoni*)^{2,4}. Muito menos comum é a migração dos otólitos do canal posterior para o canal anterior. Neste caso, o vetor inicialmente vertical superior se transforma em vertical inferior e um tratamento possível é a realização da manobra de *Yacovino*⁵.

2. Canalith Jam (congestão otolítica)

Durante a manobra de reposicionamento, pode ocorrer migração incompleta dos fragmentos de otólitos, que acabam impactando na crura comum, no caso dos canais verticais ou ainda dentro do próprio canal. No caso da manobra de *Epley*, a complicação acontece quando o paciente gira a cabeça em direção ao solo. Essa massa de fragmentos impactados, chamada de *jam*, mantém uma força de empuxo constante sobre a cúpula do canal como resultado da pressão negativa. A pressão exercida pelo *jam* causa uma deflexão persistente da cúpula do canal semicircular, mantendo-a despolarizada (canais verticais)

ou hiperpolarizada (canais laterais). Esse estímulo desencadeia tontura intensa, sensação de queda, e nistagmo independente da posição da cabeça. O tratamento consiste em realizar a manobra reversa na tentativa de eliminar o bloqueio e retornar a crista à sua posição normal de repouso^{1,6}. Quando o paciente fica muito ansioso com os sintomas apresentados e não permite a manobra inversa, há a possibilidade de sedá-lo com depressores vestibulares, e tentar o reposicionamento posteriormente. A vibração aplicada na mastoide e o decúbito lateral prolongado na posição em que o paciente se sente mais confortável também podem ser úteis⁷.

3. Síndrome do dia seguinte

É uma condição rara, observada geralmente no dia seguinte após a manobra de reposicionamento, na qual o paciente relata uma sensação de flutuação com piora relacionada às mudanças posturais e movimentação do corpo e da cabeça, com duração limitada geralmente de 24 a 72 horas. Uma explicação é que o peso exercido pelos otólitos, ao retornarem para sua posição original sobre a membrana otolítica, seria a causa dos sintomas. A resolução é espontânea e deve-se à habituação do sistema vestibular.

4. Outras complicações

São relatadas na literatura, porém de ocorrência extremamente rara. A obstrução do *ducto reuniens* por otólitos soltos pode levar à hidropisia secundária⁸. É aceito que manobras que incorporam altas acelerações da cabeça podem causar descolamento de retina, lesões osteoarticulares cervicais e dissecação de artéria vertebral e/ou deslocamento de trombos levando a um acidente vascular⁹.

Em virtude das possíveis complicações durante as manobras de reposicionamento, que devem ser prontamente contornadas, não nos parece conduta adequada orientar a realização das mesmas na ausência do médico.

Referências

1. Epley JM. Human experience with canalith repositioning manuevres. Annals of the New York Academy of Sciences. 2001; 942:179-91.
2. Lempert T, Tiel-Wilck K. A positional maneuver for treatment of horizontal-canal benign paroxysmal positional vertigo. Laryngoscope. 1996; 106:476-8

3. Appiani GC, Catania G, Gagliardi M. A liberatory maneuver for the treatment of horizontal canal paroxysmal positional vertigo. *Otology and Neurotology*. 2001; 22:66-9
4. Gufoni M, Mastrosimone L DNF. Repositioning maneuver in benign paroxysmal vertigo of horizontal semicircular canal. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 1998;18(6):363-7.
5. Yacovino DA, Hain TC, Gualtieri F. New therapeutic maneuver for anterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *J Neurol*. 2009;256(11):1851-5
6. von Brevern M, Clarke AH, Lempert T. Continuous vertigo and spontaneous nystagmus due to canalithiasis of the horizontal canal. *Neurotology*. 2001; 56:684-6
7. Chang Y-S, Choi J, Chung W-H. Persistent Direction-Fixed Nystagmus Following Canalith Repositioning Maneuver for Horizontal Canal BPPV: A Case of Canalith Jam. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*. 2014; 7(2): 138-41
8. Yamane H1, Iguchi H, Konishi K, Sakamaoto H, Wada T, Fujioka T, Matsushita N, Imoto T. Three-dimensional cone beam computed tomography imaging of the membranous labyrinth in patients with Meniere's disease. *Acta Otolaryngol*. 2014;134(10):1016-21
9. <http://dizziness-and-balance.com/disorders/bppv/complications.html>