

Vestibulopatias na Infância

Raquel Mezzalira

Introdução

As labirintopatias eram consideradas até pouco tempo atrás como doenças de adultos ou de idosos. Porém crianças também podem ser acometidas por doenças vestibulares. No entanto, o diagnóstico das vestibulopatias na infância não é fácil de ser feito, devido não apenas à subjetividade dos sinais e sintomas, mas também à incapacidade das crianças em caracterizá-los.

As manifestações destas doenças na criança têm algumas peculiaridades e a maneira de examinar a criança também é diferente do adulto.

Não é fácil obter da criança ou dos pais uma descrição precisa dos sintomas de comprometimento do equilíbrio corporal o que faz com que muitos casos de síndromes vestibulares sejam erroneamente encarados como “mal estares”, epilepsias ou indisposições gastro-intestinais. Portanto, diante de uma criança com distúrbio do equilíbrio, procuram-se os chamados fatores suspeitos de que ela possa estar tendo algum acometimento vestibular.

As crianças menores de um ano ficam melhores no berço porque deitadas têm uma maior área de contato, fornecendo maior informação propioceptiva. Apresentam o fenômeno da cabeça pendente na tentativa de encontrar uma posição que melhore a tontura. Têm náuseas e vômitos constantes e sem explicação e podem ter nistagmo durante o choro.

Entre 1 - 7 anos, a criança apresenta episódios de palidez repentina com queda, sem perda de consciência, e rápida recuperação, náusea, sudorese, choro, cefaléia, cinetose, dores abdominais e esbarrões (“criança tida como desastrada”). As quedas são um sintoma de grande importância, sendo o principal motivo que leva as mães a procurarem um serviço médico. Terror noturno e enurese noturna aparecem, pois a privação da informação visual leva ao surgimento de tontura. Surgem dificuldades em jogos e brinquedos podendo levar a criança ao isolamento social.

E a criança na idade escolar (7-11 anos) já sabe relatar as características da tontura, da cefaléia e dos sintomas auditivos associados. Geralmente são crianças inquietas pois tentam encontrar uma posição de conforto e segurança. Isso gera dificuldade de concentração, dispersão e alterações de postura e, como consequência, atraso escolar.

Há alguns antecedentes que predispõem ao comprometimento da função vestibular como doenças infecciosas na gestação, uso de drogas ototóxicas, enxaqueca materna, anoxia ao nascimento, infecções de orelha média e traumatismos cranianos.

Avaliação vestibular na infância.

Toda criança com suspeita de disfunção vestibular deve ser atentamente investigada. A avaliação otoneurológica da criança vertiginosa é de grande importância porque pode revelar um tumor cerebral em 3% dos casos. A avaliação é possível de ser feita em qualquer criança, desde que seja adequada para a idade.

A investigação começa pela anamnese na qual, apesar das dificuldades encontradas, deve-se buscar uma quantidade maior possível de informações da criança, dos pais e de outros acompanhantes, na tentativa de caracterizar a tontura e os sintomas associados. A preservação da consciência é um dado muito importante que auxilia na diferenciação entre doenças centrais e periféricas. Os antecedentes gestacionais, natais e pós-natais bem como os antecedentes familiares devem ser investigados.

O exame físico da criança deve começar pela otoscopia para descartar as infecções de orelha média. Na criança maior, o exame neurológico pode ser realizado como no adulto, com a pesquisa de pares cranianos, provas cerebelares, avaliação do equilíbrio estático e dinâmico e pesquisa do nistagmo espontâneo.

Em recém nascidos e em crianças muito pequenas, somente é possível a pesquisa de reflexos primitivos que são úteis para acompanhar o desenvolvimento neurológico mas podem estar alterados quando houver acometimento da função labiríntica ou de outras estruturas relacionadas ao equilíbrio.

O exame eletroneistagmográfico tem bastante importância na avaliação clínica da vertigem na infância. Em crianças maiores, por volta dos cinco anos já podem ser realizados os testes calóricos, além da prova rotatória pendular decrescente que pode ser feita em qualquer idade. A prova calórica avalia a função do órgão periférico e a prova rotatória avalia o estado de compensação vestibular. A pesquisa da oculomotricidade também pode ser realizada em crianças, geralmente a partir dos cinco anos e fornece informações sobre as vias vestibulares centrais de tronco e córtex cerebral. No entanto, os valores de normalidade na criança diferem daqueles do adulto provavelmente em decorrência do grau de maturidade do sistema nervoso central, devendo-se ter bastante cautela na análise dos dados. A posturografia dinâmica computadorizada é um exame que estuda o equilíbrio através da integração labiríntica, visual e somatossensorial. Pode ser usada no diagnóstico das vestibulopatias bem como na avaliação do seu tratamento

Na prática clínica, associando-se os dados de uma anamnese bem direcionada à avaliação otoneurológica (que inclui sempre avaliação auditiva) consegue-se diagnosticar a presença da vestibulopatia na infância quase na totalidade dos casos.

A avaliação neurológica com a realização de eletroencefalograma, punção líquórica e exame de imagem deve ser realizada quando houver suspeita de acometimento do sistema vestibular central. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética podem ser feitas também na pesquisa de malformações de orelha interna. As sorologias são feitas quando houver possibilidade de doenças infecciosas afetando as vias vestibulares (lues, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e HIV). A coleta de exames metabólicos, sobretudo para pesquisar função tireoideana e alterações no metabolismo de carboidratos, bem como pesquisa autoimune também podem ser solicitadas.

Doenças vestibulares na infância

Todas as doenças que acometem o sistema vestibular do adulto podem afetar também a criança. Vamos comentar aqui, aquelas que são mais frequentes ou exclusivas da infância.

As vestibulopatias periféricas são as mais frequentes e se caracterizam por fenômenos episódicos e paroxísticos de tontura com sintomas auditivos e neurovegetativos associados, com preservação da consciência. A principal causa são as afecções da orelha média, seja por alterações pressóricas ou pelas otites levando às labirintites, por isso uma otoscopia bem realizada é fundamental.

O torcicolo paroxístico acomete a criança menor de um ano e tem uma posição característica de cabeça inclinada para um lado e leve rotação do corpo para o lado contralateral, com sintomas neurovegetativos, sem sinais de dor. A crise pode ter duração de minutos a dias e o nistagmo pode estar presente durante a crise ou não. A causa mais provável é a vascular pois acredita-se que o torcicolo seja precursor da vertigem paroxística benigna da infância. Os exames vestibular, neurológico e ortopédico são normais e a resolução tende a ser espontânea com a idade.

A vertigem paroxística benigna da infância é a segunda causa mais comum de vestibulopatia na infância. Junto com as afecções da orelha média perfazem mais de 50% dos diagnósticos de tontura infantil. Acomete crianças na faixa de 4 - 6 anos e tem como característica crises vertiginosas súbitas e fugazes, com sintomas neurovegetativos, sem sintomas auditivos e sem perda de consciência associados. A cefaléia pode estar presente ou não. A causa mais provável é uma vasoconstrição transitória no território vértebro basilar com isquemia dos núcleos vestibulares e, por isso, é considerada uma precursora da enxaqueca. O exame neurológico é normal (faz diagnóstico diferencial com epilepsia). A avaliação vestibular pode mostrar respostas dentro da normalidade ou hipoatividade labiríntica. É uma doença autolimitada.

Acredita-se que, o torcicolo paroxístico, a vertigem paroxística benigna da infância e a enxaqueca são fases de uma mesma doença, pois são causadas por um mecanismo de vasoconstrição-vasodilatação no sistema vértebro basilar.

Outras causas de vestibulopatias na infância são cinetose, Menière, neuronite vestibular, vertigem postural paroxística benigna, ototoxicidade, labirintopatias metabólicas, síndrome de Grisel, concussão labiríntica, fratura temporal, fistula perilinfática, malformações labirínticas (displasias), Síndromes de Alport, Waardenburg, Von Recklinghausen, Pendred, Refsum e Usher.

As vestibulopatias centrais comprometem a via vestibular a partir do tronco cerebral e são caracterizadas por desequilíbrio persistente. Cursam com distúrbios de marcha, diplopia, embaçamento visual, cefaléia e perda de consciência. Tem como causas o uso de drogas psicotrópicas, doença de Addison, causas oftalmológicas, anemia, síncope, hipoglicemia, acidente vascular cerebral, alterações psíquicas, traumatismo crânioencefálico, epilepsia, neoplasia, Arnold Chiari, doenças degenerativas e infecções, HIV e enxaqueca. Chama-se a atenção para o fato de que a incidência dos tumores de fossa posterior é maior na infância que na idade adulta e os distúrbios do equilíbrio podem ser uma das manifestações iniciais.

Tratamento das vestibulopatias na infância

O tratamento das vestibulopatias na infância deve ser o mais conservador possível. Deve-se buscar a causa para que seja feito um tratamento específico para cada doença. Um ponto muito importante é a adequação da dieta com baixa ingestão de tiramina, açúcar, sal, cafeína, chocolate e xantinas. A prática de exercício físico deve ser estimulada.

Se for necessário o uso de medicamentos, devem ser escolhidos aqueles com menor índice de efeitos colaterais, pelo menor tempo e na menor dose possíveis. A crise vertiginosa na criança geralmente não é tão intensa como no adulto.

Algumas medicações podem ser úteis no tratamento do **quadro agudo**:

- Dimenidrinato:
1-1,5 mg/kg/dose até de 6/6 hs (máximo 75 mg/d em crianças até 6 anos, 150 mg/d entre 6 e 12 anos e 300 mg/d em crianças maiores de 12 anos) VO
- Metoclopramida:
0,5 -1 mg/kg/dia divididos em 3-4 doses (máximo 15 mg/dia) VO, IM
Criança menor de 6 anos: até 0,1 mg/kg/dose até de 6/6 hs
- Bromoprida:
0,5-1 mg/kg/dia VO divididos em 3 doses
- Diazepan:
0,04-0,2 mg/kg/dose IM ou EV
0,05-0,2 mg/kg/dose VO
- Clonazepan:
0,01-0,03 mg/kg/dia (não exceder 0,05 mg/kg/dia) divididos em 2-3 doses
Dose inicial para crianças até 30 kg ou 10 anos é 0.01 - 0.03 mg/kg/d, divididos em 2-3 doses. Aumentar a dose a cada 3 dias, no máximo em 0.5 mg/dia cada vez, até o controle ou aparecem os efeitos colaterais. A dose de manutenção é de 0.1 a 0.2 mg/kg/dia divididos em 2-3 doses até no máximo 0.3 mg/kg/d. (1 gota tem 0.1 mg).

Já no tratamento de **manutenção** podem ser utilizadas:

- Ginkgo biloba: 1ª escolha
1-2 gotas/kg/dose 2x/dia
- Bloqueador canal cálcio: 2ª escolha
Cinarizina: 10-20 gotas (30-60 mg) ao dia ou divididas em 2-3 doses
Flunarizina: 5 mg/dia, útil também na profilaxia da enxaqueca

No entanto, o tratamento de escolha para vestibulopatias na infância é a reabilitação vestibular que consiste na realização de uma série de movimentos repetidos da cabeça, do pescoço e dos olhos com a intenção de estimular a compensação labiríntica. Como a plasticidade cerebral está bastante ativa na infância, a criança responde muito bem a este tratamento podendo obter melhora não apenas da tontura, mas também da cefaléia e da cinetose. Além disso, a reabilitação pode reintegrar de forma definitiva a criança ao seu meio, tornando-a capaz de realizar todas as atividades de uma infância saudável.

Contudo, existem alguns casos de falha da reabilitação que podem ser explicados por um ganho secundário com a tontura, fatores metabólicos não compensados associados e pela presença de um quadro central.

Conclusão

A criança não fala que tem tontura mas dá indícios através de suas atitudes. Assim, independente da história ou do exame físico, um quadro de tontura deve ser adequadamente investigado porque pode estar indicando uma doença que poderá comprometer a saúde e o desenvolvimento desta criança.

Leituras recomendadas

1. Medeiros IRT, Bittar RSM, Pedalini MEB, Lorenzi MC, Kii MA, Formigoni LG. Evaluation of the treatment of vestibular disorders in children with computadorized dynamic posturography: preliminary results. *J Pediatr (Rio J)*; 79(4):337-42, 2003.
2. Toupet M. Vertigine chez l'enfant. *Encycl Med Chir (Paris France). Oto-rhino-laryngologie* 20-210-B-10, 1995, 12p.
3. Uneri A, Turkdogan D. *Arch Dis Child*; 88(6):510-1, 2003.