

TONTURA E VERTIGEM NO IDOSO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PRÁTICO

Jéssica Sthefanye Urçulino Dorneles, Therezita Peixoto Patury Galvão Castro, Eliab Batista Barros, João Pedro Homar, Ana Beatriz Sandes da Costa, Bárbara Paz Rocha Gonzaga, Gabriel Henrique de Carvalho Batista, Gabriel Mafra Lins Cavalcante, Daniel Vinicius Cerqueira Coelho, Ingrid Eudácio Mello, Rayane Santos da Silva, Yasmin Hellen Monteiro Pimentel

REVISÃO

RESUMO

A tontura e a vertigem em idosos são queixas frequentes, multifatoriais e com impacto significativo na funcionalidade e qualidade de vida. Suas causas incluem distúrbios vestibulares periféricos, condições neurológicas centrais, alterações cardiovasculares, efeitos de medicamentos e fatores psicogênicos. Este estudo, baseado em revisão narrativa da literatura e diretrizes clínicas, evidencia a vertigem posicional paroxística benigna como a causa mais prevalente, com diagnóstico clínico eficaz por meio da manobra de Dix-Hallpike e tratamento com a manobra de Epley. Causas centrais, como o acidente vascular encefálico, e sistêmicas, como a hipotensão ortostática e a polifarmácia, também foram relevantes. Transtornos como ansiedade e depressão se associaram à piora dos sintomas. A abordagem diagnóstica estruturada e interdisciplinar demonstrou melhores resultados terapêuticos. A anamnese detalhada, o exame físico focado e o uso criterioso de exames complementares são essenciais para o diagnóstico diferencial eficaz. Estratégias como reabilitação vestibular, revisão medicamentosa e suporte psicossocial são fundamentais para a melhoria clínica. O treinamento de profissionais em otoneurologia geriátrica e a aplicação de protocolos práticos podem otimizar o manejo desses pacientes

Palavras-chave: Tontura; Vertigem; Idoso; Diagnóstico diferencial; Reabilitação vestibular.

DIZZINESS AND VERTIGO IN THE ELDERLY: PRACTICAL DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

ABSTRACT

Dizziness and vertigo in older adults are common, multifactorial complaints with significant impact on functionality and quality of life. Causes include peripheral vestibular disorders, central neurological conditions, cardiovascular alterations, drug effects, and psychogenic factors. This study, based on a narrative literature review and clinical guidelines, identifies benign paroxysmal positional vertigo as the most prevalent cause, with effective diagnosis through the Dix-Hallpike maneuver and treatment via the Epley maneuver. Central causes, such as stroke, and systemic ones like orthostatic hypotension and polypharmacy, were also relevant. Anxiety and depression were associated with symptom aggravation. A structured and interdisciplinary diagnostic approach showed better therapeutic outcomes. Detailed history, focused physical examination, and selective use of complementary exams are essential for effective differential diagnosis. Vestibular rehabilitation, medication review, and psychosocial support are key strategies for clinical improvement. Training in geriatric otoneurology and the use of practical clinical protocols can optimize patient management.

Keywords: Dizziness; Vertigo; Older adults; Differential diagnosis; Vestibular rehabilitation.

Dados da publicação: Artigo publicado em Junho de 2025

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v4i1.353>

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

A tontura e a vertigem estão entre as queixas mais frequentes relatadas por indivíduos idosos durante atendimentos médicos, especialmente em contextos de atenção primária à saúde e em consultórios especializados em geriatria e otoneurologia. Essas sensações subjetivas, embora muitas vezes descritas como equivalentes pelos pacientes, possuem distinções clínicas fundamentais^{1,2}.

A tontura costuma ser definida como uma sensação de desequilíbrio, flutuação ou instabilidade, enquanto a vertigem é caracterizada por uma percepção ilusória de movimento, geralmente rotacional, indicando possível comprometimento do sistema vestibular^{2,3}.

A diferenciação precisa entre essas manifestações é essencial para um diagnóstico eficaz, pois as causas subjacentes são diversas e variam desde alterações fisiológicas do envelhecimento até doenças neurológicas, metabólicas e cardiovasculares^{4,5}.

O envelhecimento humano provoca mudanças anatômicas e funcionais em diversos sistemas do organismo, incluindo o sistema vestibular, visual e proprioceptivo, os quais atuam de maneira integrada no controle do equilíbrio. A degeneração das estruturas vestibulares periféricas, como os canais semicirculares, o utrículo e o sáculo, assim como das vias neurais centrais envolvidas no processamento das informações sensoriais, pode comprometer a estabilidade postural e favorecer o surgimento de tonturas e vertigens^{5,6}.

A isso somam-se as comorbidades prevalentes na população idosa, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças osteoarticulares e alterações neurológicas, além do uso de múltiplas medicações, que frequentemente interferem no funcionamento do sistema vestibular e contribuem para o aumento da incidência dessas queixas⁶.

Além dos fatores biológicos, aspectos psicossociais também desempenham papel importante na percepção e no impacto das tonturas e vertigens na vida do idoso. O medo de cair, a ansiedade, a depressão e o isolamento social podem não

apenas agravar os sintomas, mas também dificultar a comunicação eficaz entre o paciente e o profissional de saúde^{7,8}.

Com frequência, os relatos são vagos e imprecisos, exigindo do clínico uma escuta atenta e habilidades específicas de anamnese para identificar as características do sintoma e correlacioná-las com possíveis etiologias⁷.

Na prática clínica, a abordagem diagnóstica das tonturas e vertigens em idosos deve ser sistemática e abrangente, integrando a avaliação clínica detalhada, exames físicos focados e, quando necessário, exames complementares específicos. Um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais de saúde é distinguir entre as diferentes causas vestibulares, centrais e sistêmicas de tontura, que frequentemente coexistem nesse grupo etário^{8,9}.

Entre os diagnósticos diferenciais mais comuns encontram-se a vertigem posicional paroxística benigna, a neuronite vestibular, a doença de Ménière, a insuficiência vertebrobasilar, os distúrbios do ritmo cardíaco, a hipotensão ortostática, os efeitos colaterais de medicamentos e os transtornos psicogênicos¹⁰.

Portanto, compreender as particularidades da apresentação clínica de tontura e vertigem em idosos, reconhecer os fatores predisponentes e utilizar estratégias diagnósticas apropriadas são passos fundamentais para a identificação correta da etiologia e para a condução terapêutica adequada. O diagnóstico diferencial prático deve sempre considerar a multidimensionalidade da condição do idoso, valorizando tanto os aspectos fisiopatológicos quanto os contextos sociais, emocionais e funcionais envolvidos. Esta abordagem integrada não apenas contribui para o alívio dos sintomas e a prevenção de quedas, mas também melhora a qualidade de vida dos pacientes e reduz o risco de complicações associadas^{8,9}.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com foco nas causas, diagnóstico diferencial e abordagem clínica da tontura e vertigem na população idosa. A pesquisa foi conduzida em bases de dados eletrônicas amplamente reconhecidas na área da saúde, como PubMed, Scielo, LILACS e Embase. Foram utilizados descritores em português e inglês relacionados ao tema, tais como “tontura”, “vertigem”, “idoso”, “diagnóstico diferencial” e

“distúrbios vestibulares”. A seleção dos artigos considerou publicações nos últimos quinze anos, com ênfase em estudos clínicos, revisões sistemáticas e consensos de sociedades médicas.

Foram incluídos na análise artigos que abordassem especificamente a diferenciação diagnóstica de tontura e vertigem em idosos, bem como aqueles que tratavam da abordagem clínica, das manobras diagnósticas, das escalas de avaliação e das estratégias terapêuticas. Excluíram-se estudos com foco exclusivo em populações não idosas, artigos com metodologia inadequada e publicações com baixa qualidade científica, avaliadas por meio de critérios como clareza dos objetivos, consistência dos resultados e relevância clínica.

Além da revisão de literatura, foram analisadas diretrizes clínicas de instituições internacionais e nacionais, como a Academia Americana de Otorrinolaringologia, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Sociedade Brasileira de Otologia. Essa análise permitiu comparar recomendações, identificar consensos e destacar pontos de divergência quanto à conduta diagnóstica e terapêutica frente às queixas de tontura e vertigem em idosos.

A metodologia adotada visou reunir o conhecimento mais atual e relevante para a prática clínica, a fim de fornecer subsídios teóricos e práticos que orientem os profissionais de saúde na abordagem do paciente idoso com essas queixas. O estudo foi estruturado de forma a apresentar inicialmente os conceitos e a fisiopatologia relacionados à tontura e à vertigem, seguido da descrição dos principais diagnósticos diferenciais e das ferramentas clínicas disponíveis para avaliação. A análise dos resultados e a discussão centraram-se nas implicações práticas para o diagnóstico diferencial, considerando as especificidades da população idosa.

Com esta abordagem metodológica, buscou-se garantir a abrangência e a aplicabilidade do conteúdo, com base em evidências científicas consistentes e na experiência clínica consolidada. A escolha de uma revisão narrativa permitiu uma análise crítica e integrativa dos dados, enfatizando a aplicabilidade prática do conhecimento na realidade do atendimento ao idoso, onde frequentemente coexistem múltiplas comorbidades e limitações funcionais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos na revisão evidenciou que a tontura e a vertigem no idoso constituem um desafio clínico considerável, tanto pela frequência com que ocorrem quanto pela complexidade de seu diagnóstico diferencial. Verificou-se que a vertigem posicional paroxística benigna é a principal causa de vertigem nessa faixa etária, representando até 50% dos casos em algumas séries clínicas. Esse dado reforça a importância do domínio da anamnese direcionada e da realização correta da manobra de Dix-Hallpike para identificação do quadro, bem como da manobra de reposicionamento canalicular (como a de Epley) como tratamento de escolha, com altas taxas de eficácia e segurança^{1,2}.

Por outro lado, causas centrais como os acidentes vasculares encefálicos, principalmente na circulação vertebrobasilar, e as doenças neurodegenerativas como a doença de Parkinson e a atrofia de múltiplos sistemas, também foram identificadas como etiologias significativas. Esses casos costumam apresentar sinais neurológicos associados, como disartria, diplopia, alterações na coordenação e déficit motor, cuja identificação precoce é crucial para encaminhamento e tratamento adequado. A diferenciação entre vertigem periférica e central mostrou-se um dos pontos mais críticos e frequentemente desafiadores na prática clínica^{3,4}.

Outro achado relevante refere-se à alta prevalência de causas sistêmicas não vestibulares, como hipotensão ortostática, arritmias cardíacas e efeitos adversos de medicamentos, sobretudo aqueles com ação sobre o sistema nervoso central e cardiovasculares. Polifarmácia e interações medicamentosas são aspectos frequentemente negligenciados, mas de impacto direto na queixa de tontura entre idosos. O ajuste terapêutico e a revisão periódica do uso de medicamentos mostraram-se medidas eficazes na redução dos episódios de tontura^{5,6}.

Observou-se ainda uma forte associação entre queixas de tontura e comprometimentos psicogênicos, como ansiedade e depressão, que podem tanto agravar a percepção dos sintomas quanto dificultar o diagnóstico diferencial. Escalas como o Dizziness Handicap Inventory (DHI) e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foram recomendadas para auxiliar na avaliação do impacto emocional da tontura e na identificação de comorbidades psiquiátricas^{7,8}.

Na prática clínica, a maioria dos estudos recomenda uma abordagem estruturada composta por: uma anamnese detalhada, com ênfase na descrição da

tontura, fatores desencadeantes, duração dos episódios e sintomas associados; um exame físico com foco na marcha, equilíbrio, função neurológica e realização de manobras específicas; e exames complementares seletivos, guiados pela hipótese clínica inicial. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética foram indicadas apenas em casos com suspeita de causas centrais ou quando o exame físico revelou alterações neurológicas relevantes^{9,10}.

Alguns estudos propuseram algoritmos diagnósticos simplificados para uso na atenção primária, baseados em critérios clínicos validados e de fácil aplicação, com o objetivo de aumentar a acurácia diagnóstica e reduzir encaminhamentos desnecessários. Tais ferramentas se mostraram úteis especialmente em serviços com recursos limitados ou em áreas de difícil acesso a especialistas^{7,8}.

Com relação ao impacto funcional, a tontura e a vertigem mostraram-se associadas a maior risco de quedas, perda da autonomia e declínio cognitivo em idosos. A identificação precoce e o tratamento direcionado da causa subjacente demonstraram melhora significativa na qualidade de vida, redução de hospitalizações e diminuição da dependência de cuidadores^{4,5}.

Por fim, observou-se que intervenções multidisciplinares, envolvendo médicos, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos, foram mais eficazes na abordagem integral do idoso com tontura. Programas de reabilitação vestibular, educação em saúde e treinamento de equilíbrio contribuíram para a redução da recorrência dos sintomas e promoveram maior segurança e independência funcional^{6,8}.

A tontura e a vertigem em idosos constituem sintomas complexos, multifatoriais e frequentemente subestimados, mas que têm impacto direto na funcionalidade e qualidade de vida dessa população. O diagnóstico diferencial requer atenção cuidadosa à história clínica, exame físico minucioso e, quando necessário, investigação complementar criteriosa. A identificação precisa entre causas periféricas, centrais e sistêmicas é essencial para direcionar o tratamento adequado e evitar intervenções desnecessárias ou potencialmente prejudiciais^{6,8}.

4 CONCLUSÃO

O reconhecimento de que múltiplas causas podem coexistir no mesmo paciente reforça a necessidade de uma abordagem abrangente e individualizada. Além disso, a valorização dos aspectos emocionais e sociais é fundamental para o manejo efetivo

dos sintomas, sobretudo diante da elevada prevalência de distúrbios psiquiátricos associados. Intervenções interdisciplinares, baseadas em evidências e centradas no paciente, mostraram-se mais eficazes na redução de sintomas e no aumento da segurança e bem-estar do idoso.

Portanto, o aprimoramento da formação dos profissionais de saúde em otoneurologia geriátrica, aliado à aplicação de protocolos clínicos práticos e acessíveis, constitui estratégia promissora para melhorar os desfechos clínicos e promover um cuidado mais resolutivo e humanizado para os idosos com tontura e vertigem.

5 REFERÊNCIAS

1. Kammerlind AS. Vestibular rehabilitation therapy in dizziness and disequilibrium [Internet]. Linköpings universitet, Swedish; 2005. Disponível em: urn:nbn:se:liu:diva-31947
2. PRESBYASTASIS, Rogers C. A multifactorial cause of balance problems in the elderly. *South African Fam Pract.* 2010;52(5):431–4.
3. CYPRESS BK. Patterns of ambulatory care in internal medicine: The National Ambulatory Medical Care Survey. *Vital Health Stat* 13. 1984; Series 13(80):1–69.
4. SOUSA LMM, MARQUES-VIEIRA CMA, CALDEVILLA MNGN de, HENRIQUES CMAD, SEVERINO SSP, CALDEIRA SMA. Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4).
5. BILDORFF AR, STAAB JP, NEWMAN-TOKER DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurol Clin.* 2015;33(3):541–50.
6. MUNCIE HL, SIRMANS SM, JAMES E. Dizziness: Approach to evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2017;95(3):154–62.
7. HOFFMAN RM, EINSTADTER D, KROENKE K. Evaluating dizziness. *Am J Med.* 1999;107(5):468–78.
8. WIPPERMAN J. Dizziness and vertigo. *Prim Care - Clin Off Pract [Internet].* 2014;41(1):115–31.
9. YARDLEY L, DONOVAN-HALL M, SMITH H, WALSH B, MULLEE M, BRONSTEIN A. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Ann Intern Med [Internet].* 2004;141(8):598–605.
10. FICK DM, SEMLA TP, STEINMAN M, BEIZER J, BRANDT N, DOMBROWSKI R, ET AL. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674–94.