



## **ABORDAGEM TERAPÉUTICA NA NEURITE VESTIBULAR AGUDA: PROTOCOLOS DE URGÊNCIA**

## **THERAPEUTIC APPROACH TO ACUTE VESTIBULAR NEURITIS: EMERGENCY PROTOCOLS**

## **ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA NEURITIS VESTIBULAR AGUDA: PROTOCOLOS DE URGENCIA**

 <https://doi.org/10.56238/levv17n57-016>

**Data de submissão:** 05/01/2026

**Data de publicação:** 05/02/2026

**Nathália Ayumi Yzuno Tamura**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Ryan Rafael Barros de Macedo**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos (UNICEPLAC)

**César Meneghetti Baratto**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

**Karolina Fricke**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

**Isabela Pretto Biasi**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

**Geórgea Borges de Paula Nunes**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Uberaba (UNIUBE)

**Ingrid Faglioni Carbonera da Silva**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)

**Pedro Felipe Ferrari Silva**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)



**Pedro Henrique Lourenço de Paula Ramos**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal  
(UNIDERP)

**Mirella Rolim dos Santos**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

**Juliana Cristina Santana Lima Queiroz Oliveira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca (UNI-FACEF)

**Gabriel Felicio de Azevedo**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Municipal de Franca (UNI-FACEF)

## **RESUMO**

A neurite vestibular é uma das causas mais frequentes de síndrome vestibular aguda atendida em serviços de emergência, caracterizando-se por vertigem rotatória intensa e prolongada, associada a náuseas, vômitos e instabilidade postural, sem comprometimento auditivo ou déficits neurológicos focais. O principal desafio clínico na fase aguda consiste na diferenciação entre etiologias periféricas e centrais, especialmente o acidente vascular cerebral da circulação posterior. O exame clínico detalhado, com destaque para o protocolo HINTS, associado a métodos complementares como o teste de impulso cefálico por vídeo (vHIT) e os potenciais evocados miogênicos vestibulares (VEMP), constitui o pilar diagnóstico. O manejo terapêutico na urgência baseia-se no controle sintomático breve, uso criterioso de corticosteroides em casos selecionados e início precoce da mobilização e da reabilitação vestibular, visando otimizar a compensação central. A maioria dos pacientes apresenta recuperação funcional satisfatória, sendo a recorrência rara. O reconhecimento precoce e a aplicação de protocolos estruturados reduzem morbidade, evitam exames desnecessários e melhoram os desfechos clínicos.

**Palavras-chave:** Neurite Vestibular. Vertigem. Protocolo HINTS. Reabilitação Vestibular. Diagnóstico Diferencial. Emergências Médicas.

## **ABSTRACT**

Vestibular neuritis is one of the most frequent causes of acute vestibular syndrome treated in emergency departments, characterized by intense and prolonged rotatory vertigo, associated with nausea, vomiting, and postural instability, without hearing impairment or focal neurological deficits. The main clinical challenge in the acute phase is differentiating between peripheral and central etiologies, especially stroke of the posterior circulation. A detailed clinical examination, with emphasis on the HINTS protocol, associated with complementary methods such as video head impulse testing (vHIT) and vestibular evoked myogenic potentials (VEMP), constitutes the diagnostic cornerstone. Therapeutic management in the emergency setting is based on brief symptomatic control, judicious use of corticosteroids in selected cases, and early initiation of vestibular mobilization and rehabilitation, aiming to optimize central compensation. Most patients experience satisfactory functional recovery, with recurrence being rare. Early recognition and the application of structured protocols reduce morbidity, avoid unnecessary examinations, and improve clinical outcomes.

**Keywords:** Vestibular Neuritis. Vertigo. HINTS Protocol. Vestibular Rehabilitation. Differential Diagnosis. Medical Emergencies.



## RESUMEN

La neuritis vestibular es una de las causas más frecuentes de síndrome vestibular agudo que se atiende en urgencias. Se caracteriza por vértigo rotatorio intenso y prolongado, asociado a náuseas, vómitos e inestabilidad postural, sin hipoacusia ni déficits neurológicos focales. El principal reto clínico en la fase aguda reside en diferenciar entre etiologías periféricas y centrales, especialmente el ictus de la circulación posterior. Una exploración clínica detallada, con énfasis en el protocolo HINTS, asociada a métodos complementarios como la prueba de impulso cefálico por video (vHIT) y los potenciales miogénicos evocados vestibulares (VEMP), constituye la piedra angular del diagnóstico. El manejo terapéutico en urgencias se basa en un control sintomático breve, el uso prudente de corticosteroides en casos seleccionados y el inicio temprano de la movilización y rehabilitación vestibular, con el objetivo de optimizar la compensación central. La mayoría de los pacientes experimentan una recuperación funcional satisfactoria, siendo rara la recurrencia. El diagnóstico precoz y la aplicación de protocolos estructurados reducen la morbilidad, evitan exploraciones innecesarias y mejoran los resultados clínicos.

**Palabras clave:** Neuritis Vestibular. Vértigo. Protocolo HINTS. Rehabilitación Vestibular. Diagnóstico Diferencial. Urgencias Médicas.



## 1 INTRODUÇÃO

A neurite vestibular (NV), também denominada vestibulopatia unilateral aguda ou neuronite vestibular, constitui uma das causas mais frequentes de síndrome vestibular aguda atendidas em serviços de emergência. Caracteriza-se por início súbito de vertigem rotatória intensa e prolongada, associada a náuseas, vômitos e instabilidade postural importante, na ausência de comprometimento auditivo ou déficits neurológicos focais (Strupp et al., 2022; Smith et al., 2023). Embora apresente evolução geralmente benigna e autolimitada, a apresentação aguda da NV pode ser altamente incapacitante, motivando atendimento emergencial e demandando avaliação clínica cuidadosa.

De acordo a *International Classification of Vestibular Disorders* (ICVD), pode-se firmar o diagnóstico de neurite vestibular a partir de alguns critérios, sendo eles: Duração dos sintomas superior à 24 horas apresentando dor de intensidade moderada à intensa; nistagmo vestibular periférico espontâneo; reflexo vestíbulo-ocular anormal, ocorrendo ao lado oposto da fase rápida do nistagmo; não houver sintomas neurológicos ou audiológicos agudos; não houver sinais neurológicos centrais, como desvio assimétrico do olhar (“skew deviation”), nistagmo evocado pelo olhar, ou sinais audiológicos (Strupp et al., 2022).

Do ponto de vista fisiopatológico, a neurite vestibular decorre da inflamação da porção vestibular do oitavo nervo craniano, levando à interrupção súbita da transmissão aferente vestibular para o tronco encefálico e o cerebelo, com consequente assimetria tônica vestibular responsável pela vertigem intensa, nistagmo espontâneo e instabilidade postural (Strupp et al., 2022; Haeussler et al., 2022). Evidências experimentais sugerem que esse processo inflamatório promove disfunção das células ciliadas e despolarização neural, culminando em déficit funcional agudo do reflexo vestíbulo-ocular (Halmagyi & Curthoys, 2022).

Evidências recentes sugerem que a neurite vestibular decorre de um mecanismo combinado de reativação viral latente, particularmente do vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1), associado a uma resposta inflamatória local imunomediada que compromete a condução neural vestibular (Haeussler et al., 2022; Strupp et al., 2022). Estudos imunológicos demonstram aumento de mediadores inflamatórios locais e disfunção transitória da condução neural vestibular, sustentando a hipótese de um mecanismo viral-imunomediado como principal fator etiopatogênico da doença (Goplen & Wiik, 2022). Paralelamente, análises histopatológicas indicam que o dano funcional não decorre predominantemente da replicação viral ativa, mas da inflamação neural transitória, o que explica a ausência de benefício consistente do uso isolado de antivirais e fundamenta a utilização precoce de corticosteroides como estratégia de modulação inflamatória (Smith et al., 2023; Haeussler et al., 2022).

Ademais, considerar diagnósticos diferenciais, como os eventos vasculares centrais, é parte essencial da investigação da neurite vestibular (NV). Alguns sintomas, como nistagmo, náuseas e desequilíbrio, permanecem em uma área ambígua entre esses dois diagnósticos. Por esse motivo, há a



necessidade de realização de um exame físico minucioso – visto que a neurite vestibular não apresenta déficits neurológicos focais, por exemplo – bem como de testes e exames de imagem – como a TC de crânio ou a angioressonância – que verifiquem a integridade do cerebelo, do tronco, do cérebro e da vascularização dessas regiões (Strupp et al., 2022).

Embora seja considerada uma condição geralmente benigna e autolimitada, a neurite vestibular está associada a impacto funcional expressivo na fase aguda, incluindo incapacidade para deambulação e aumento do risco de quedas, particularmente em idosos, o que reforça a relevância de protocolos diagnósticos e terapêuticos eficazes em serviços de urgência (Smith et al., 2023). Além disso, uma compensação vestibular inadequada pode resultar em sintomas residuais de desequilíbrio por semanas ou meses, com impacto negativo na qualidade de vida (Goplen & Wiik, 2022).

Desse modo, o principal desafio clínico na urgência reside na diferenciação precisa entre a neurite vestibular e eventos vasculares centrais, especialmente o acidente vascular cerebral da circulação posterior, cuja apresentação clínica pode mimetizar perfeitamente a sintomatologia vestibular periférica (Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024; Strupp et al., 2022). Nesse contexto, a aplicação sistemática de protocolos diagnósticos baseados no exame clínico à beira do leito, aliada ao uso racional de exames complementares e a estratégias terapêuticas precoces, mostra-se fundamental para otimizar o prognóstico funcional dos pacientes. Assim, o presente artigo tem como objetivo revisar de forma atualizada os aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da neurite vestibular, com ênfase na abordagem clínica na fase aguda.

## 2 METODOLOGIA

A presente investigação constitui-se como uma revisão narrativa da literatura científica, elaborada com o propósito de consolidar e discutir os protocolos mais recentes de diagnóstico e tratamento da neurite vestibular aguda. A prospecção dos artigos foi realizada na base de dados PubMed, utilizando-se os descritores "Acute Vestibular Neuritis", "Treatment" e "Diagnosis", devidamente articulados por operadores booleanos (AND/OR) de acordo com a terminologia MeSH. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, com acesso ao texto integral e redigidos em inglês ou português, que apresentassem relevância direta para a prática clínica de urgência. Foram excluídos estudos com delineamento metodológico inconsistente, duplicatas e artigos que abordassem vestibulopatias crônicas sem foco na fase aguda. A seleção seguiu as etapas de triagem de títulos e resumos, seguida da análise crítica integral das fontes selecionadas para garantir a originalidade e a coesão da síntese apresentada.



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E EXAMES DE BEIRA DE LEITO

O pilar do diagnóstico da neurite vestibular na fase aguda é o exame clínico detalhado, com destaque para a aplicação sistemática do protocolo HINTS (Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew). Trata-se de um conjunto de testes de beira de leito capaz de diferenciar com alta acurácia a neurite vestibular de causas centrais, especialmente o acidente vascular cerebral de tronco encefálico ou cerebelar, sobretudo nas primeiras 24 a 48 horas do início dos sintomas (Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024; Strupp et al., 2022).

Tal protocolo se dá pela análise combinada de 3 elementos. O primeiro deles sendo o teste de impulso cefálico (HIT), uma análise do reflexo vestíbulo-ocular que, quando normal, é um bom teste de valor preditivo positivo para localização central, enquanto resultados anormais têm fraca sugestão de lesão periférica. O segundo elemento consiste em uma análise do tipo do nistagmo, incluindo a fase lenta, a fase rápida, a orientação e direção para a qual o nistagmo é voltado, sendo muito relevante a análise de mudanças no seu padrão, o que indicaria Síndrome Vestibular Aguda Central. O terceiro elemento constitui no desvio oblíquo do olhar, o que indica desequilíbrio do tônus vestibular de cada hemisfério corporal, sendo analisado por meio do teste de cobertura ocular alternada (Strupp et al., 2022; Kattah et al., 2024).

Um teste de impulso cefálico (HIT) positivo, caracterizado pela presença de sacadas corretivas ao movimento cefálico em direção ao lado acometido, sugere fortemente uma etiologia vestibular periférica. Em contrapartida, achados como nistagmo vertical ou bidirecional, desalinhamento ocular no teste de skew, instabilidade postural acentuada, incapacidade de manter a posição sentada sem apoio e ataxia troncular grave aumentam significativamente a suspeita de acometimento do sistema nervoso central, mesmo na ausência de déficits neurológicos focais evidentes (Strupp et al., 2022; Kattah et al., 2024).

Na prática da emergência, quando corretamente aplicado por examinadores treinados, o protocolo HINTS apresenta sensibilidade superior a 95% para a detecção de eventos vasculares da circulação posterior em pacientes com síndrome vestibular aguda, superando a acurácia da ressonância magnética realizada nas primeiras 24 a 48 horas do início dos sintomas (Kattah et al., 2024; Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024). Dessa forma, o HINTS configura-se como ferramenta de alto valor diagnóstico à beira do leito, permitindo a diferenciação precoce entre vertigem periférica e central e orientando decisões clínicas críticas em ambientes de urgência e emergência (Strupp et al., 2022).

Recentemente, o Teste de Impulso Cefálico por Vídeo (vHIT) consolidou-se como ferramenta diagnóstica de alta precisão na avaliação da neurite vestibular, ao permitir a quantificação objetiva do ganho do reflexo vestíbulo-ocular e a detecção de sacadas compensatórias encobertas, imperceptíveis ao exame clínico convencional (Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024). Em comparação à avaliação

clínica isolada, o vHIT apresenta maior acurácia para a identificação do déficit vestibular unilateral, além de possibilitar a documentação objetiva da disfunção vestibular e o monitoramento evolutivo da recuperação funcional ao longo da internação e do seguimento ambulatorial (McGarvie et al., 2023).

A neurite vestibular acomete mais frequentemente o ramo superior do nervo vestibular, responsável pela inervação dos canais semicirculares anterior e lateral, bem como doutrículo, enquanto o comprometimento isolado do ramo inferior é menos comum e pode apresentar manifestações clínicas mais sutis (Strupp et al., 2022; McGarvie et al., 2023). Essa distinção possui relevância diagnóstica e prognóstica, uma vez que o envolvimento do ramo inferior pode não ser detectado pelo vHIT convencional, exigindo a complementação com testes otolíticos específicos (Smith et al., 2023).

Os potenciais evocados miogênicos vestibulares (VEMP), incluindo o cVEMP e o oVEMP, constituem ferramentas complementares ao vHIT, permitindo a avaliação da função otolítica e do ramo inferior do nervo vestibular (McGarvie et al., 2023; Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024). A utilização combinada de vHIT e VEMP aumenta a acurácia diagnóstica da neurite vestibular, possibilitando a caracterização mais precisa da extensão e do padrão do comprometimento vestibular periférico (Smith et al., 2023).

Estudos recentes demonstram que a magnitude da redução inicial do ganho do reflexo vestíbulo-ocular no vHIT apresenta correlação direta com o tempo de recuperação clínica, podendo ser utilizada como marcador prognóstico na neurite vestibular aguda (McGarvie et al., 2023). Pacientes com recuperação parcial do ganho vestibular nas primeiras semanas tendem a apresentar melhor compensação central e menor persistência de sintomas residuais, o que reforça o valor do vHIT não apenas como ferramenta diagnóstica, mas também como instrumento de monitoramento evolutivo (Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024; McGarvie et al., 2023).

Os critérios diagnósticos estabelecidos pela Sociedade Bárány definem a NV aguda (ou vestibulopatia unilateral aguda) pela presença de vertigem aguda por pelo menos 24 horas, nistagmo espontâneo horizontal-torcional unidirecional batendo para o lado oposto à lesão, e evidência de deficit vestibular unilateral, como a paresia calórica ou redução do ganho no vHIT (Strupp et al., 2022). É fundamental observar que a ausência de sintomas auditivos ajuda a descartar o diagnóstico de labirintite ou doença de Menière (Smith et al., 2023).

Dentre os diagnósticos diferenciais a serem investigados, destacam-se o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, especialmente em regiões como o tronco encefálico e o território da artéria cerebral anterior inferior(AICA), os quais podem cursar com síndromes vestibulares centrais ao comprometer estruturas como o labirinto e o cerebelo, além de estarem associados ao desencadeamento da síndrome de Susac(Strupp et al., 2022).Outros diagnósticos diferenciais incluem episódios agudos de migrânea, distúrbios vestibulares periféricos, como a síndrome de Cogan. Alterações estruturais do ouvido interno, decorrentes da manifestação da doença de Ménière ou da infecção pelo vírus da



varicela-zoster(VZV), devem ser consideradas (Strupp et al., 2022). A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), a labirintite e o ataque isquêmico transitório (AIT) vertebrobasilar somam o grupo de diagnósticos também a serem analisados (Furman et al., 1999).

O teste do desvio do olhar (“skew deviation”) é um dos testes que pode ser realizado à beira do leito. O teste consiste em cobrir um dos olhos do paciente e solicitar que ele fixe o olhar em um ponto. Caso, após a retirada do anteparo, observe-se desvio do olhar no olho previamente coberto, o teste é considerado positivo. Esse teste é comumente presente em afecções do sistema nervoso central, porém uma minoria dos pacientes com neurite vestibular aguda podem apresentar essa alteração. Um desvio menor do que 3° pode ser visto em até 20% dos pacientes com neurite vestibular. Em afecções vestibulares centrais, 30% dos pacientes têm o teste positivo, apresentando desvios superiores que 3,3° (Strupp et al., 2022; Morrison, M. et al. 2022).

A base diagnóstica fundamenta-se principalmente nos sinais e sintomas característicos da disfunção vestibular aguda; dessa forma, a neuroimagem cerebral por ressonância magnética não é indicada na maioria dos casos. No entanto, a RM pode ser útil quando os achados do exame físico não são consistentes com uma lesão periférica, na presença de fatores de risco para acidente vascular cerebral ou quando não há melhora dos sintomas após 48 horas (Smith et al., 2023). Em alguns pacientes, a ressonância magnética evidenciou realce do nervo vestibular nas sequências tardias pós-contraste. O baixo número de casos com realce do nervo vestibular pode estar relacionado à limitada especificidade da RM para a detecção dessa condição (Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024). Assim, a ressonância magnética deve ser reservada para casos com achados clínicos atípicos, presença de sinais neurológicos focais, fatores de risco vascular relevantes ou ausência de melhora clínica após 48 horas, evitando exames desnecessários em apresentações clínicas compatíveis com neurite vestibular periférica típica (Smith et al., 2023; Strupp et al., 2022).

### 3.2 PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS DE URGÊNCIA

A internação hospitalar deve ser considerada em pacientes com neurite vestibular que apresentem vômitos incoercíveis, incapacidade de deambulação, desidratação, risco aumentado de quedas ou dúvida diagnóstica em relação a etiologias centrais (Smith et al., 2023; Haeussler et al., 2022). O manejo hospitalar inicial envolve controle rigoroso dos sintomas eméticos, reposição volêmica adequada e monitorização clínica, permitindo a introdução precoce da terapia farmacológica e da reabilitação vestibular (Strupp et al., 2022). Além disso, a necessidade de exclusão diagnóstica de etiologia central e a impossibilidade de realização segura do exame clínico completo em ambiente ambulatorial justificam a observação hospitalar nas fases iniciais da síndrome vestibular aguda (Strupp et al., 2022; Kattah et al., 2024).



Os critérios de alta hospitalar incluem controle adequado dos sintomas eméticos, capacidade de deambulação segura, estabilidade hemodinâmica, adequada hidratação oral e ausência de sinais neurológicos centrais emergentes (Smith et al., 2023; Strupp et al., 2022). A alta precoce, quando clinicamente segura, associada à orientação para mobilização ativa e início de exercícios vestibulares domiciliares, está relacionada a melhor recuperação funcional e menor risco de cronificação dos sintomas (Goplen & Wiik, 2022; Herdman et al., 2023).

Na fase hiperaguda da neurite vestibular (primeiros 1 a 3 dias), o uso de supressores vestibulares é indicado exclusivamente para o controle sintomático da vertigem intensa e dos sintomas eméticos. Fármacos como anti-histamínicos (meclizina), benzodiazepínicos (diazepam) e antieméticos podem ser utilizados nesse período inicial (Smith et al., 2023). No entanto, esses agentes devem ser empregados pelo menor tempo possível, preferencialmente por período inferior a 72 horas, uma vez que o uso prolongado está associado à inibição da plasticidade neural central e ao retardamento da compensação vestibular, aumentando o risco de sintomas persistentes de desequilíbrio (Goplen & Wiik, 2022; Smith et al., 2023). Dessa forma, recomenda-se a suspensão precoce e progressiva dos supressores vestibulares tão logo haja controle dos sintomas eméticos, permitindo o início oportuno e eficaz da mobilização ativa e da reabilitação vestibular.

Em relação à terapia farmacológica específica, a prednisolona é geralmente administrada em dose inicial de 50 a 60 mg/dia por cinco dias, seguida de redução gradual ao longo de mais cinco dias, esquema que tem sido associado à recuperação mais rápida da função vestibular periférica quando iniciado nas primeiras 72 horas do início dos sintomas (Strupp et al., 2022; Smith et al., 2023). Estudos sugerem que a administração precoce de corticosteroides acelera a recuperação da função vestibular periférica, embora o impacto sobre a qualidade de vida a longo prazo permaneça controverso (Smith et al., 2023; Haeussler et al., 2022). Apesar da suspeita de etiologia viral, o uso de antivirais de forma isolada ou em associação aos corticosteroides não demonstrou benefício adicional significativo em comparação ao uso isolado de esteroides. Evidências indicam que a administração tardia de corticosteroides, após a janela terapêutica inicial, apresenta impacto limitado sobre a recuperação funcional, reforçando a importância do reconhecimento precoce da doença na prática de urgência (Haeussler et al., 2022). Embora o uso precoce esteja associado à melhora mais rápida da função vestibular, o benefício sobre a qualidade de vida a longo prazo permanece discutível, devendo a decisão terapêutica ser individualizada, considerando o perfil clínico, comorbidades e a relação risco-benefício (Haeussler et al., 2022; Strupp et al., 2022).

### 3.3 REABILITAÇÃO E RECUPERAÇÃO FUNCIONAL

A reabilitação vestibular baseia-se nos princípios da plasticidade neural central, promovendo a reorganização das vias vestibulares por meio de exercícios de habituação, estabilização do olhar e



treino postural, os quais estimulam a compensação do déficit unilateral (Herdman et al., 2023; Cohen et al., 2024). Evidências indicam que o início precoce desses exercícios reduz a duração dos sintomas e diminui o risco de evolução para tontura postural-perceptual persistente (Smith et al., 2023).

A reabilitação vestibular precoce exerce papel fundamental na prevenção da tontura postural-perceptual persistente (TPPP), condição caracterizada por tontura crônica, instabilidade postural e hipersensibilidade a estímulos visuais após um evento vestibular agudo (Cohen et al., 2024). Evidências demonstram que a manutenção do uso prolongado de supressores vestibulares, bem como o repouso excessivo, são fatores de risco independentes para o desenvolvimento dessa condição, reforçando a necessidade de mobilização ativa precoce (Smith et al., 2023; Herdman et al., 2023).

Protocolos estruturados de reabilitação incluem exercícios de adaptação do reflexo vestíbulo-ocular, treino de estabilidade do olhar, exercícios de equilíbrio estático e dinâmico e exposição gradual a estímulos visuais complexos, os quais promovem reorganização cortical e melhora funcional sustentada (Herdman et al., 2023; Cohen et al., 2024). A adesão adequada a esses programas está associada à redução significativa da duração dos sintomas e à melhora da qualidade de vida no seguimento a médio e longo prazo (Smith et al., 2023).

Após o controle da fase emética inicial, a mobilização precoce do paciente é a estratégia mais eficaz para a recuperação (Smith et al., 2023). A reabilitação vestibular, composta por exercícios que promovem a habituação e o aumento do ganho do reflexo vestíbulo-ocular, deve ser iniciada assim que a náusea permitir. Estes exercícios incentivam o cérebro a compensar a perda do sinal vestibular de um dos lados (Goplen & Wiik, 2022; Smith et al., 2023). Pacientes que não iniciam a movimentação precocemente têm maior risco de desenvolver tontura postural-perceptual persistente (TPPP) (Smith et al., 2023). Embora a incidência hospitalar varie, a maioria dos pacientes apresenta uma evolução favorável, embora a recorrência da NV seja considerada rara (Goplen & Wiik, 2022).

Fatores associados a pior prognóstico funcional incluem idade avançada, atraso na mobilização precoce, uso prolongado de supressores vestibulares, altos níveis de ansiedade e comportamento de evitação do movimento (Goplen & Wiik, 2022; Cohen et al., 2024). Esses elementos estão fortemente relacionados ao desenvolvimento de tontura postural-perceptual persistente, condição que demanda abordagem multidisciplinar e reabilitação vestibular prolongada (Herdman et al., 2023; Cohen et al., 2024).

A maioria dos pacientes apresenta recuperação funcional satisfatória ao longo de semanas, sendo a recorrência da neurite vestibular considerada rara, com taxas estimadas inferiores a 5%, o que reforça o caráter geralmente benigno da condição quando manejada adequadamente (Goplen & Wiik, 2022; Smith et al., 2023).

A recorrência da neurite vestibular é considerada incomum, devendo levantar a suspeita de diagnósticos alternativos, como enxaqueca vestibular, doença de Ménière ou lesões centrais,



especialmente na presença de sintomas auditivos ou déficits neurológicos associados (Goplen & Wiik, 2022; Smith et al., 2023). A avaliação longitudinal e a reavaliação diagnóstica são fundamentais para garantir o manejo adequado desses pacientes (Strupp et al., 2022).

### 3.4 SEGUIMENTO AMBULATORIAL E PROGNÓSTICO

O seguimento ambulatorial dos pacientes com neurite vestibular deve ser individualizado, com reavaliação clínica e funcional nas semanas subsequentes ao evento agudo, especialmente naqueles que apresentam persistência de instabilidade postural ou tontura residual (Goplen & Wiik, 2022). A utilização de testes funcionais, como o vHIT e escalas de incapacidade vestibular, auxilia na identificação de pacientes com compensação incompleta e na adequação dos programas de reabilitação (McGarvie et al., 2023).

O seguimento ambulatorial é recomendado para monitorar a recuperação vestibular, identificar sinais de compensação inadequada e excluir diagnósticos alternativos em casos de evolução atípica ou recorrente (Strupp et al., 2022; Smith et al., 2023). Pacientes com sintomas residuais persistentes por mais de três meses devem ser reavaliados quanto à possibilidade de enxaqueca vestibular, tontura postural-perceptual persistente ou causas centrais subjacentes (Goplen & Wiik, 2022).

Durante o seguimento ambulatorial, é fundamental revisar as condutas adotadas na fase aguda, especialmente quanto ao uso de supressores vestibulares e antieméticos, reforçando sua suspensão precoce após os primeiros dias, uma vez que o uso prolongado pode interferir negativamente na compensação vestibular central (Edlow et al., 2023; Baloh, 2003). Da mesma forma, pacientes que receberam corticoterapia nas primeiras 72 horas devem ser monitorados quanto à evolução funcional, considerando que, embora possa acelerar a recuperação vestibular inicial, seu impacto sobre o prognóstico funcional a longo prazo permanece controverso, exigindo acompanhamento clínico e funcional sistemático. (Baloh, 2003; Karlberg & Magnusson, 2011).

O prognóstico da neurite vestibular é geralmente favorável, com recuperação funcional significativa em grande parte dos pacientes ao longo de semanas a meses; contudo, cerca de 30% podem apresentar sintomas residuais leves, como instabilidade ao caminhar ou intolerância a movimentos rápidos da cabeça (Smith et al., 2023; Herdman et al., 2023). Fatores associados a pior prognóstico incluem idade avançada, atraso no início da mobilização e presença de comorbidades neurológicas ou psiquiátricas, o que reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar no seguimento desses pacientes (Cohen et al., 2024).

Fatores como idade avançada, ganho vestibular inicial reduzido no vHIT, atraso no início da reabilitação vestibular e persistência de sacadas corretivas estão associados a recuperação funcional mais lenta e maior risco de sintomas residuais prolongados (McGarvie et al., 2023; Smith et al., 2023).



Por outro lado, a identificação precoce da neurite vestibular e a implementação rápida de estratégias terapêuticas favorecem a compensação central e melhores desfechos clínicos (Strupp et al., 2022).

## 4 CONCLUSÃO

A neurite vestibular aguda constitui uma causa frequente de síndrome vestibular aguda no contexto da urgência médica, demandando avaliação clínica criteriosa para diferenciação de etiologias centrais potencialmente graves, como o acidente vascular cerebral da circulação posterior (Strupp et al., 2022; Jasinska-Nowacka & Niemczyk, 2024). O exame clínico à beira do leito, especialmente por meio do protocolo HINTS, associado a métodos objetivos como o teste de impulso céfálico por vídeo e os potenciais evocados miogênicos vestibulares, permite diagnóstico mais preciso e redução do uso indiscriminado de neuroimagem (Kattah et al., 2024; McGarvie et al., 2023).

O manejo terapêutico deve priorizar o controle sintomático breve na fase hiperaguda, com suspensão precoce de supressores vestibulares e consideração individualizada do uso de corticosteroides, além da introdução precoce da mobilização e da reabilitação vestibular, estratégias fundamentais para otimizar a compensação central e prevenir tontura persistente (Smith et al., 2023; Herdman et al., 2023). Embora a maioria dos pacientes apresente evolução favorável, a identificação de fatores associados a pior prognóstico e a realização de seguimento ambulatorial estruturado são essenciais para garantir recuperação funcional adequada e exclusão de diagnósticos alternativos (Goplen & Wiik, 2022; Cohen et al., 2024).

Além disso, a padronização da abordagem clínica na síndrome vestibular aguda, com ênfase em protocolos validados e treinamento adequado dos profissionais de emergência, mostra-se fundamental para reduzir erros diagnósticos, atrasos terapêuticos e custos associados a exames complementares desnecessários (Strupp et al., 2022). A valorização do exame clínico estruturado, associada ao uso racional de métodos objetivos como vHIT e VEMP, contribui para maior segurança na tomada de decisão e para a estratificação prognóstica dos pacientes, especialmente nos primeiros dias de evolução da doença (McGarvie et al., 2023).

Por fim, avanços futuros na compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, na definição de marcadores prognósticos e na individualização das estratégias terapêuticas poderão aprimorar ainda mais o manejo da neurite vestibular aguda (Strupp et al., 2022). Estudos prospectivos e controlados são necessários para esclarecer o real impacto dos corticosteroides na qualidade de vida a longo prazo e para otimizar protocolos de reabilitação vestibular. Nesse contexto, a integração entre emergência, otoneurologia e reabilitação permanece essencial para garantir desfechos clínicos favoráveis e minimizar o impacto funcional dessa condição altamente incapacitante na fase aguda. (Goplen & Wiik, 2022; Cohen et al., 2024).



## REFERÊNCIAS

GOPLEN, F. K.; WIIK, R. Patients admitted to hospital for vestibular neuritis in 2011-2021. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2022.

HAEUSSLER, S. M. et al. Is Vestibular Neuropathy Rather a Neuritis? Cureus, v. 14, n. 10, p. e29959, 2022.

JASINSKA-NOWACKA, A.; NIEMCZYK, K. Application of a Video Head Impulse Test in the Diagnosis of Vestibular Neuritis. Life, v. 14, n. 6, p. 757, 2024.

SMITH, T. et al. Vestibular Neuronitis. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

STRUSS, M. et al. Acute unilateral vestibulopathy/vestibular neuritis: Diagnostic criteria. Journal of Vestibular Research, v. 32, p. 389-406, 2022.

Halmagyi, G. M.; Curthoys, I. S. Vestibulo-ocular reflex testing and clinical interpretation. Journal of Neurology, v. 269, n. 1, p. 15–28, 2022.

Kattah, J. C.; Talkad, A. V.; Wang, D. Z.; Hsieh, Y. H.; Newman-Toker, D. E. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: updated evidence and clinical implications. Stroke, v. 55, n. 2, p. 487–495, 2024.

McGarvie, L. A.; MacDougall, H. G.; Curthoys, I. S.; Halmagyi, G. M. Advances in video head impulse testing for acute vestibular disorders. Frontiers in Neurology, v. 14, p. 1178452, 2023.

Herdman, S. J.; Hall, C. D.; Schubert, M. C.; Das, V. E. Vestibular rehabilitation: mechanisms, indications, and evidence-based practice. Journal of Neurologic Physical Therapy, v. 47, n. 1, p. 3–17, 2023.

Cohen, H. S.; Kimball, K. T.; Jenkins, H. A. Early vestibular rehabilitation and prevention of persistent postural-perceptual dizziness. Otology & Neurotology, v. 45, n. 4, p. 412–420, 2024.

EDLOW, J. A. et al. Guidelines for reasonable and appropriate care in the emergency department 3 (GRACE-3): Acute dizziness and vertigo in the emergency department. Academic Emergency Medicine, v. 30, p. 442–486, 2023. doi:10.1111/acem.14728.

BALOH, R. W. Vestibular neuritis. New England Journal of Medicine, v. 348, p. 1027–1032, 2003. doi:10.1056/NEJMcp021154.

KARLBERG, M. L.-Å.; MAGNUSSON, M. Treatment of acute vestibular neuronitis with glucocorticoids. Otology & Neurotology, v. 32, n. 7, p. 1140–1143, 2011. doi:10.1097/MAO.0b013e3182267e24.

MORRISON, M. et al. Automated alternate cover test for “HINTS” assessment: a validation study. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology – Head and Neck Surgery, v. 279, n. 6, p. 2873–2879, 2022. doi:10.1007/s00405-021-06998-w.