

DOENÇA DE MÉNIÈRE : RELATO DE CASO*

Ménière's disease: case report

Luciana Ferreira Mayrink⁽¹⁾

Patricia Garcia Meirelles⁽¹⁾

Arthur Guilherme de S. B. Augusto⁽²⁾

Alice Penna de Azevedo Bernardi⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: demonstrar a ocorrência dos sintomas auditivos e vestibulares relatados na doença de Ménière e seus achados de exames. **Métodos:** por meio da revisão do prontuário de um paciente com diagnóstico de doença de Ménière acompanhado em clínica otorrinolaringológica privada no período de 1994 a 2002. **Resultados:** os repetidos exames otorrinolaringológicos demonstraram perdas auditivas sensorineurais moderadas súbitas, nas frequências graves (250 e 500 Hz), ora em orelha direita ora na esquerda, súbitas e por provável hidropsia endolinfática. Associadamente o paciente apresentava queixa de tonturas. **Conclusão:** A parceria médico/paciente mostrou-se como uma aliada contra a Doença de Ménière, que ainda não possui cura, mas pode manter-se estabilizada.

DESCRIPTORIOS: Doença de Ménière; Zumbido; Vertigem; Relato de caso; Adulto; Masculino

INTRODUÇÃO

A doença de Ménière foi a primeira doença do labirinto descrita em 1861⁽¹⁾. É uma afecção otológica caracterizada por alteração na audição, vertigem, zumbido e plenitude aural. Seu aparecimento geralmente é descrito como um episódio súbito de vertigem, acompanhado por náusea e vômitos. Alguns indivíduos referem ser esta crise precedida por sensações de pressão na cabeça, plenitude na orelha ou zumbido forte de *pitch* alto ou baixo, podendo ou não haver alteração na audição. Após a fase aguda, a vertigem cessa ou persiste como instabilidade por alguns dias, e o zumbido diminui^(2,3).

Após a crise inicial, pode haver um período de flutuação na audição, concomitante a zumbido e sensação de pressão ou plenitude na orelha, até a nova crise, que é variável em frequência. Com o tratamento e o tempo, a vertigem, a náusea e os vômitos tendem a tornar-se menos severos. Por outro lado, o zumbido e a perda auditiva podem piorar progressivamente, chegando a comprometimento permanente moderado ou severo⁽⁴⁾.

Estes sintomas também são comumente encontrados em outras doenças, como distúrbio cardiovascular, arteriosclerose cerebral ou fístula perilinfática. Portanto, a verdadeira Doença de Ménière foi definida como a doença em que se observam alterações histopatológicas específicas do labirinto, ou seja, dilatação dos espaços endolinfáticos do labirinto, sem reação inflamatória. Por causa dessa alteração, esta doença também é conhecida como *Hydrops* endolinfático, porém, sua confirmação só pode ser realizada por estudo histopatológico *post-mortem*⁽⁵⁾. A etiologia da Doença de Ménière ainda não é conhecida claramente. Parece estar relacionada a uma falha no mecanismo regulador, circulação e/ou absorção de endolinfa. Algumas teorias consideram que causas metabólicas atuam sobre a pressão de líquidos labirínticos, alterando-os de tal forma que todas as estruturas do labirinto membranoso acabam por ser comprometidas^(3,5). Outras acreditam que processos alérgicos e vasculares também podem ser agentes etiológicos. Outra hipótese é a presença de ductos endolinfáticos encurtados e estreitados quando comparados a ductos de indivíduos normais^(1,3).

*Instituição de Origem- CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica

¹Curso de Especialização em Audiologia Clínica e Saúde do Trabalhador pelo CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica

²Doutor em Medicina pela disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

³Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP)

Clinicamente, sua incidência é maior na faixa etária de 30 a 60 anos, sem predominância sexual, sendo em 80% dos casos perda sensorineural unilateral, com comprometimento coclear e vestibular ⁽⁴⁾.

O exame otorrinolaringológico geralmente transcorre sem anormalidades. Cabe ressaltar a importância do profissional pesquisar os antecedentes pessoais e familiares relativos a traumas físicos, acústicos ou cirúrgicos, caxumba, doenças sexualmente transmissíveis, alergias, doenças reumáticas, distúrbios metabólicos, alterações hematológicas, tumores e alterações genéticas, uma vez que este levantamento detalhado direciona o diagnóstico juntamente com as queixas iniciais do paciente ⁽⁶⁾.

A avaliação do sistema auditivo compreende uma série de exames com resultados característicos. As audiometrias iniciais podem se apresentar como perda sensorineural unilateral em curva ascendente, evoluindo para horizontal, e posteriormente ter características de curva descendente. A dificuldade na inteligibilidade da fala acompanha o grau da perda. Na medida da imitância acústica, a curva encontrada é do tipo A, com compliância dentro da normalidade.

Os reflexos acústicos estão presentes, podendo sugerir presença de recrutamento. A eletrococleografia é o exame para diagnóstico de hidropisia endolinfática mais utilizado. Por meio de um eletrodo transtimpânico, capta-se o potencial de somação originário da cóclea, que, em vigência de distensão do ducto coclear, tem sua amplitude aumentada em relação ao potencial de ação, advindo do nervo auditivo. A proporção de potencial de somação maior que 30% em relação ao potencial de ação leva ao diagnóstico de hidropisia endolinfática ^(7,8).

O teste de glicerol já foi bastante utilizado, porém atualmente prefere-se a eletrococleografia. A ingestão do glicerol promove, em função de desidratação da cóclea, uma melhora temporária na sensibilidade para tom puro e/ou no reconhecimento da fala. Nas otoemissões acústicas avalia-se o grau e a topografia do envolvimento coclear, porém não há um padrão característico para a Doença de Ménière. Nos testes de audiometria de tronco encefálico, potenciais auditivos de média latência e potenciais cognitivos - P300 geralmente não são encontradas alterações ^(3,5).

Na avaliação do sistema vestibular, o exame eletroneistagmográfico pode revelar alterações durante as crises ou nas fases avançadas da doença, porém nos intervalos entre as crises não raramente esse exame se revela normal ^(7,9).

O tratamento, após a realização do diagnóstico, preconiza a utilização de medicamentos como droperidol, clonazepam, cinarizina e flunarizina. Exercícios de reabilitação vestibular podem ser úteis e é recomendada a dieta alimentar, buscando-se a estabilidade dos líquidos orgânicos e os níveis séricos de sal e açúcar ^(10,11). Para casos mais difíceis, pode-se optar por cirurgia conservadora (neurectomia vestibular) ou destrutiva (labirintectomias). Atualmente, alguns serviços vêm utilizando

a destruição química do labirinto, por meio da injeção por via transtimpânica de drogas como a gentamicina que promovem a destruição seletiva das estruturas sensoriais do vestibulo e canais semicirculares ⁽¹²⁾.

O objetivo deste artigo é demonstrar por meio de um caso, a ocorrência dos sintomas auditivos e vestibulares relatados na Doença de Ménière e seus achados de exames.

MÉTODO

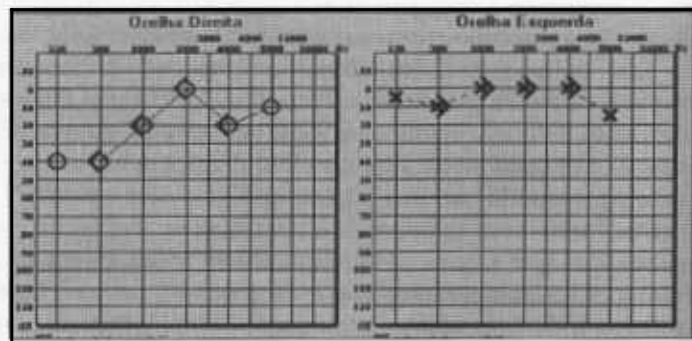
O estudo foi realizado por meio da revisão do prontuário de um paciente com diagnóstico de Doença de Ménière, acompanhado em clínica otorrinolaringológica privada, no período de 1994 a 2002. Os dados analisados e relatados incluíram idade, sexo, sintomas, avaliação clínica otorrinolaringológica, exames (audiometrias, medidas de imitância acústica, audiometria de tronco cerebral e tomografia) e evolução do quadro.

Ética: Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica com o nº 029/01.

APRESENTAÇÃO DO CASO

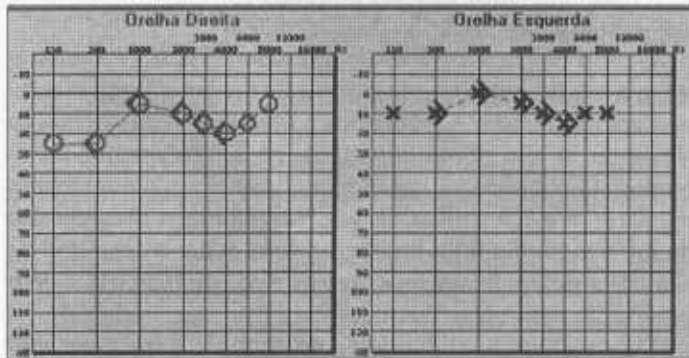
Paciente A.G.F., do sexo masculino, com 30 anos de idade, procurou consultório médico (clínica otorrinolaringológica) com queixa de perda súbita da audição em orelha direita, em 23 de agosto de 1994. O exame otorrinolaringológico mostrou-se sem alteração. No entanto, a avaliação audiológica realizada nesta mesma data revelou audição normal em orelha esquerda (OE) e uma perda auditiva sensorineural moderada nas frequências graves (250 e 500 Hz) em orelha direita (OD).

Figura 1. Audiometria realizada em 23/08/1994



Após três meses, paciente retornou para nova avaliação, apresentando exame otorrinolaringológico normal e uma melhora da audição em OD (perda sensorineural leve nas frequências graves)

Figura 2. Audiometria realizada em 28/11/1994

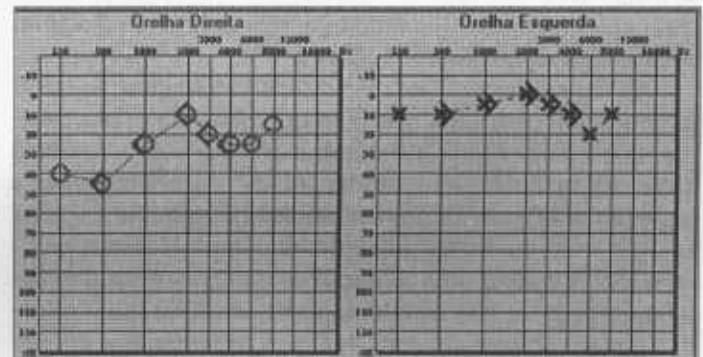


com exames otorrinolaringológico e audiológico normais. Durante esse período fez uso contínuo de diurético.

Apresentou um episódio de tontura que resolveu rapidamente em dezembro de 2000, sem alteração na avaliação auditiva, sugerindo um quadro de Ménière controlado.

Voltou a ter sensação de OD tampado em fevereiro de 2001 apresentando audição normal em OE e perda auditiva sensorineural moderada nas frequências graves (250, 500 e 1000Hz) em OD, sugerindo um quadro de Ménière em atividade (FIGURA 3). Foi mantido diurético diariamente além de flunarizina.

Figura 3. Audiometria realizada em 06/02/2001

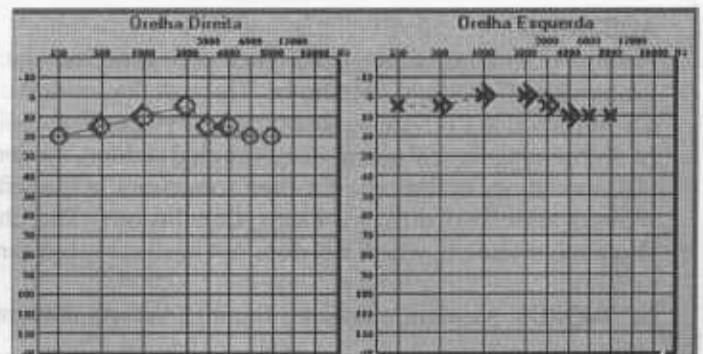


Em maio de 2001 estava sem queixas. O exame auditivo revelou uma melhora da audição em OD (perda sensorineural leve nas frequências graves) sugerindo quadro de Ménière controlado.

Permaneceu assintomático até dezembro de 2001 quando voltou a apresentar perda sensorineural moderada nas frequências graves em OD. Manteve-se o diurético diário e sugeriu-se realizar audiometria de controle a cada três meses.

Voltou em março de 2002 com sensação de que OD está "diferente", tendo a audiometria revelado perda auditiva sensorineural nas frequências graves em OD com discreta piora. Retornou seis meses depois totalmente assintomáticos, com exame audiométrico dentro da normalidade (FIGURA 4).

Figura 4. Audiometria realizada em 01/10/2002



No período entre maio de 1995 e fevereiro de 1998 o paciente permaneceu sem queixas e com exame clínico otorrinolaringológico e audiológico normais.

Retornou em maio de 1998 com queixa de zumbido e piora da audição em OD há mais ou menos quinze dias, com leve sensação de tontura. Nesta data, o exame otorrinolaringológico estava normal, audiometria normal em OE e perda auditiva sensorineural leve nas frequências graves em OD, sendo caracterizada como uma nova surdez súbita por provável hidropsia endolinfática. Foi solicitada avaliação metabólica e BERA. O paciente foi medicado com prednisona e pentoxifilina.

Um mês depois retornou com melhora da tontura e da perda auditiva. Apresentou exames metabólicos e BERA normais. Nova audiometria revelou audição normal e ambas orelhas, confirmando-se a suspeita de hidropsia endolinfática. O paciente evoluiu bem por um ano, quando voltou a ter leve sensação de tontura e piora da audição na OD. A audiometria mostrou-se normal em OE e discreta perda sensorineural em OD. Foi orientado a continuar o uso da pentoxifilina e a fazer uma ressonância magnética. Após um mês, veio sem queixas, com ressonância magnética normal e nova audiometria revelou audição normal bilateral.

Em agosto de 1999 o paciente referia sensação de OD tampada, no entanto, o exame otorrinolaringológico e audiológico mostraram-se normais.

No dia 20/03/2000 o paciente retornou ao consultório referindo tonturas há um dia e estar passando por situações de stress. O exame otorrinolaringológico estava normal e a audiometria apresentou audição dentro dos padrões da normalidade em OE e perda auditiva sensorineural moderada nas frequências de 250 e 500Hz e leve em 1000Hz em OD.

Voltou a ter tonturas em um mês, com quadro auditivo inalterado. Com a hipótese diagnóstica de Doença de Ménière, foi medicado com clortalidona em dias alternados e com flunarizina.

Entre maio e setembro de 2000 permaneceu sem queixas,

■ DISCUSSÃO

A primeira manifestação de perda auditiva apresentou como características ser súbita, unilateral, sensorineural comprometendo as frequências graves. A melhora com o tratamento levou a um diagnóstico inicial de surdez súbita. A repetição após quatro anos sugeriu hidropsia endolinfática e levou a solicitação de exames específicos, para exclusão de outras possíveis afecções, como Schwannoma Vestibular. Os resultados foram normais, confirmando-se, com a melhora da audição em um mês, a ocorrência de Doença de Ménière (3,4,5).

A presença da flutuação da audição constante, com caráter de curva ascendente e sensorineural, tontura freqüente e associação da queixa com stress vieram para validar a hipótese diagnóstica. Vale a pena ressaltar, a interferência do stress, que conforme descrito na literatura, têm associação direta no desencadeamento das alterações (3,5,8).

Um fator importante no caso estudado foi a atenção que o paciente deu para cada alteração que percebia e, por mínimas que fossem, buscava o atendimento médico, permitindo a introdução rápida de medicamentos e conseqüentemente a regressão dos sintomas. A sua sensibilidade para diferenças na audição mostrou-se bastante refinada e motivo de sua preocupação. A tontura ou a sensação de ouvido tampado foram referidos, porém sem grande importância. A literatura refere que podem ocorrer variantes da Doença de Ménière, conhecidas como a coclear, onde as crises vertiginosas não fazem parte do cortejo sintomático e a vestibular, quando estão presentes as crises de vertigem e a plenitude aural como os grandes sintomas. Neste caso, a variante coclear pode ter sido predominante, considerando-se a relevância do paciente às suas alterações (5,12).

Este comportamento de não atribuir à tontura significado maior, descartou a solicitação do exame eletroneurorretinográfico, já que este, fora da crise, geralmente se apresenta normal e durante os episódios de tontura é extremamente desagradável para o paciente. Vale ressaltar, que, embora a eletrococleografia

seja muito eficaz no diagnóstico da Doença de Ménière, foi descartada por se tratar de um exame invasivo, doloroso e por se considerar como bastantes evidentes as características clínicas utilizadas na conclusão do diagnóstico (3,5,9).

Com o diagnóstico firmado, o paciente passou a realizar terapia medicamentosa associada à dieta alimentar para estabilização do quadro. Certamente, o seguimento da orientação alimentar foi um ponto importante para o sucesso do tratamento. O paciente foi instruído a alimentar-se em intervalos regulares, a evitar açúcar de absorção rápida, a diminuir uso de sal, a tomar líquidos regularmente, a evitar o consumo de alimentos ou medicamentos com cafeína, além de não ingerir bebidas alcólicas ou fumar.

Vem realizando audiometria de controle a cada três meses, revelando quadro de Doença de Ménière controlado por longos períodos, intercalados com períodos de atividade da doença.

■ CONCLUSÃO

O relato deste caso nos mostra a importância de uma avaliação detalhada dos sintomas do paciente para se chegar a um diagnóstico preciso, uma vez que várias doenças podem apresentar sintomas semelhantes ao da hidropsia endolinfática. A Doença de Ménière pode manifestar-se apenas como surdez súbita. Quando o paciente apresenta flutuação da audição e/ou novas crises de tontura, o otorrinolaringologista deve suspeitar de Doença de Ménière.

Ressalta-se, portanto, o procedimento médico de não se fixar em uma primeira conclusão, mas estar sempre buscando uma melhor relação das queixas com as doenças similares. A intervenção médica precisa levou a uma consciência por parte do paciente da necessidade de ser atento aos seus sintomas, cuidar de sua alimentação e a realizar audiometrias em curtos intervalos de tempo. A parceria médico/paciente mostrou-se como uma aliada contra a Doença de Ménière, que ainda não possui cura, mas pode manter-se estabilizada.

ABSTRACT

Purpose: Demonstrate the occurrence of hearing and vestibular symptoms reported in the disease of Ménière and their examination findings. **Methods:** Through the revision of a patient's medical record with diagnosis of Ménière disease accompanied in a private sector otorhinolaryngological clinic during the period from 1994 to 2002. **Results:** the repeated otorhinolaryngological exams demonstrated sudden, moderate, neurosensorial losses, at the grave frequencies (250 e 500 Hz), sometimes in the right ear then sometimes in the left one, due to eventual endolymphatic hydropsy. The subject showed associated dizziness claim. **Conclusion:** The physician / patient partnership has been an allied against the Disease of Ménière, which still does not have cure, but can be maintained stabilized.

KEYWORDS: Meniere's disease; Tinnitus; Vertigo; Case report; Adult; Male

REFERÊNCIAS

1. Miniti A, Bento RF, Butugan O. Doenças do oOuvindo Internointerno. In: Miniti A, Bento RF, Butugan O. Otorrinolaringologia clínica e cirúrgica. São Paulo: Ed. Atheneu; 1993. p.151-74.
2. Oliveira CA, Bezerra R, Araujo MF. Tinnitus in hereditary Meniere's syndrome. *Int Tinnitus J* 1998; 4(2):131-3.
3. Lopes O. Doença de Ménière. In: Lopes O. Tratado de oOtorrinolaringologia. São Paulo: Ed. Roca Ltda; 1994. p.844-52.
4. Jerger S, Jerger J. Doença de Meniere. In: Jerger S, Jerger J. Alterações auditivas: - um manual para avaliação clínica. São Paulo: Editora Atheneu; 1989.
5. Munhoz MSL, Silva MLC, Ganança MM, Caovilla HH, Frazza MM. *Hydrops* endolinfático e doença de Ménière. In: Munhoz MSL, Silva MLC, Ganança MM, Caovilla HH, Frazza MM. Quadros clínicos otoneurológicos mais comuns. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 21-35.
6. Lóopez-Escáamez JA, Lóopez-Nevot A, Géamiz MJ, Moreno PM. Effectiveness of a structured questionnaire for diagnosis of Ménière's disease in the first visit. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000; 54(4): 451-8.
7. Conlon BJ, Gibson WP. Electrocochleography in the diagnosis of Ménière's disease. *Acta Otolaryngol* 2000; 120(4): 480-3.
8. Consenso sobre Vertigem. In: Rev Bras Otorrinolaringol 2000; 66(6) Ssuppl.:11):. p.26-7. lilacs não suppl.
9. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MS, Ganança FF. Tonturas na criança e no adolescente. In: Rev Bras Otorrinolaringol 1995; 2(4): p.217-54. lilacs não nº
10. Claes J, Van de Heyning PH. A review of medical treatment for Ménière's disease. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000; (Suppl 544):34-9.
11. Devaiah AK, Ator GA. Clinical indicators useful in predicting response to the medical management of Ménière's disease. *Laryngoscope* 2000; 110(11): 1861-5.
12. Thomsen J, Charabi S, Tos M. Preliminary results of a new delivery system for gentamicin to the inner ear in patients with Ménière's diseases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2000; 257(7): 362-5.

RECEBIDO EM: 18/01/03
ACEITO EM: 02/03/03

Endereço para correspondência:
Rua Dr. Miranda de Azevedo, 546 ap. 34 05027-000 São Paulo – SP - Tel:3673-9405
E-mail: lumayrink@uol.com.br