

ZUMBIDOS

AÍDA REGINA MONTEIRO ASSUNÇÃO

SERGIO ALBERTINO

RESUMO

O zumbido é um sintoma frequente, caracterizado como uma percepção sonora que não pode ser atribuída a uma fonte externa. Acomete, principalmente, adultos e sua incidência aumenta com a faixa etária, sendo uma queixa comum em idosos. A repercussão na vida diária depende de diversos fatores. Pode ser classificado como: subjetivo e objetivo. Está associado, principalmente, a perdas auditivas do tipo sensorio-neurais e condutivas. Avaliação audiológica é fundamental para o diagnóstico, tratamento a ser instituído e prognóstico. A resolução do problema depende da identificação da causa e, na maioria das vezes, o tratamento medicamentoso é inespecífico.

PALAVRAS-CHAVE: *Zumbidos; Hipocúcia; Doenças cocleares.*

INTRODUÇÃO

Zumbido é uma denominação ampla para qualquer tipo de sensação sonora percebida, em que a etiologia não possa ser atribuída a uma fonte sonora externa.¹

O zumbido é um sintoma, sendo a sua principal origem na cóclea, podendo estar associado a várias patologias que possam repercutir sobre as vias auditivas.

PREVALÊNCIA

Estima-se que 10 a 15% da população mundial apresente zumbidos.² Cerca de 15% da população geral nos EUA e 33% dos idosos. A repercussão na vida diária depende de diversos fatores. Cerca de 80% dos pacientes que apresentam zumbido não têm repercussão nas atividades diárias, 15% apresentam algum tipo de repercussão e para 5%, o zumbido é incapacitante.³

O tipo de repercussão é muito variável, cerca de 50% referem alteração do padrão de sono, 43% dificuldade de concentração, 58%

alteração no equilíbrio emocional (depressão), 14% alteração na vida social. Os principais fatores determinantes do incômodo são a percepção de intensidade, a flutuação, multiplicidade de sons, ruído ambiente (piora/melhora), estresse.

O zumbido é pouco comum na infância acometendo, principalmente, adultos e sua incidência aumenta com a faixa etária, sendo, por isso, uma queixa frequente em idosos que, em geral, apresentam redução dos limiares da audição principalmente nas altas frequências (presbiacusia). Pode ocorrer de forma transitória por exposição a ruídos (trauma acústico) ou uso de salicilatos por curto período de tempo. Na forma crônica em geral, associa-se a disacusias. Pode ser uni ou bilateral, algumas vezes o paciente não consegue referir o lado, referindo a percepção do som na cabeça.

FISIOPATOLOGIA

Sua fisiopatologia ainda permanece pouco conhecida, sendo possivelmente gerado por uma atividade neural espontânea em qualquer área do sistema auditivo.²

CLASSIFICAÇÃO

O zumbido pode ser classificado como: zumbido subjetivo, quando é percebido apenas

pelo paciente, sendo o mais frequente e em geral originado no próprio sistema auditivo. Zumbido objetivo, quando é percebido também por outras pessoas junto ao paciente, normalmente são sons não originados no sistema auditivo, sendo gerados pela contração muscular (mioclonia) dos músculos do palato mole e da faringe; músculos da orelha média (tensor do tímpano e/ou estapédio), tuba auditiva patente, origem vascular arterial ou venosa. Estes últimos podem causar zumbidos rítmicos (pulsáteis) (Fig 1).^{4,6,7}

ETIOLOGIA

Frequentemente, o zumbido está associado a perdas auditivas do tipo sensorio-neurais (surdez súbita; presbiacusia; doença de Menière). Nos casos de perdas do tipo condutivas, em especial a otosclerose clínica, casos de otite média secretora ou na otite média aguda, a queixa de zumbido pode estar associada à hipoacusia e/ou otalgia. Outras causas otológicas como tampão de cerume também estão associadas à queixa de zumbido. Pode acontecer associado à perda auditiva induzida por ruído, que em jovens está, geralmente, ligada ao hábito de ouvir música com som excessivamente alto.

Outras causas podem ser uso de medicamentos ototóxicos (aminoglicosídeos, salicilatos, anti-inflamatórios não hormonais,

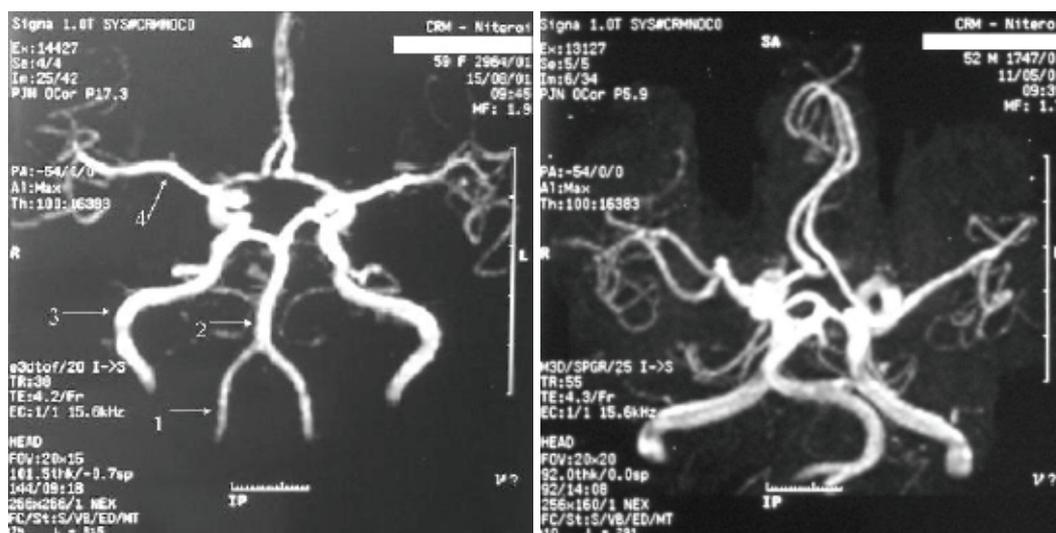


Figura 1: Zumbido figura Sist vertertebro basilar normal (esquerda). Zumbido figura Sist vertertebro basilar tortuoso (direita).

diuréticos, quimioterápicos); tumores do ângulo-ponto cerebelar (Schwannoma vestibular); ataque isquêmico transitório; acidente vascular isquêmico/hemorragico; alterações hormonais (gravidez; menopausa); distúrbios metabólicos (alterações glicêmicas ou da glândula tireoide).⁸

A avaliação do paciente deverá seguir um roteiro:

ANAMNESE – tempo de início do zumbido, intensidade do desconforto, localização uni ou bilateral, contínuo ou intermitente, se exerce ou exerceu atividades em ambiente com excesso de ruídos sem a proteção adequada. Associado a outros sintomas como hipoacusias, intolerância a ruídos, plenitude aurial, tonturas ou desequilíbrio. Pesquisar fatores desencadeantes ou agravantes: hipertensão arterial sistêmica, trauma craniano, diabetes, estresse, ruídos, piora em ambiente silencioso, uso de medicações com potencial de ototoxicidade, jejum prolongado, bebida alcoólica, cafeína.⁵

EXAME FÍSICO – realizar exame clínico otorrinolaringológico completo, incluindo avaliação da articulação têmporo-mandibular e da região cervical com ausculta vascular.

AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL

A avaliação audiológica completa com audiometria tonal e testes de discriminação são essenciais para o diagnóstico. A impedanciometria é utilizada para o diagnóstico diferencial das disacusias condutivas.⁹

Outros exames complementares serão solicitados de acordo com o quadro clínico e resultados da avaliação audiológica (otoemissões acústicas, potencial auditivo, evocado auditivo de tronco encefálico (BERA), eletrococleografia).

AVALIAÇÃO POR IMAGENS

Exames de imagens como tomografia computadorizada das mastoides, ressonância magnética nuclear da região do ângulo ponto cerebelar e fossa posterior com gadolínio, angiorressonância magnética nuclear podem ser solicitados no caso de suspeita de neuroma do acústico e mal formações vasculares.

EXAMES LABORATORIAIS

Avaliação das taxas sanguíneas – hemograma completo, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico, velocidade de hemossedimentação, hormônios da tireoide TSH, T3, T4, dosagem de zinco, podem ser solicitados na suspeita de distúrbios metabólicos.

TRATAMENTO

Inicialmente, esclarecer ao paciente sobre as possíveis etiologias da sua queixa (zumbido, hipoacusia, autofonia, intolerância a ruídos) mostrando os exames complementares, orientando e dando um prognóstico. Caso exista uma doença de base (disglicemia, hipertensão arterial), esta deve ser tratada por um especialista na área específica. Fatores agravantes devem ser afastados ou controlados (exposição a ruídos intensos, estresse, uso de medicamentos com potencial de ototoxicidade). O médico deve tranquilizar o paciente, que associa frequentemente o zumbido com a presença de tumores, distúrbios psiquiátricos, surdez, aumento progressivo da intensidade e prejuízo da qualidade de vida.

Atenção especial deve ser dada à orientação dietética quanto à restrição do uso de cafeína e produtos com alto teor de sódio. Evitar jejum prolongado.

Uso de complexo vitamínico e reposição de zinco devem ser utilizados quando comprovada sua deficiência. Atividade física regular e manutenção do peso em patamares normais contribuem para manutenção de níveis glicêmicos e controle das lipoproteínas com aumento da HDL e diminuição da LDL plasmática.

O tratamento medicamentoso é inespecífico.

BENZODIAZEPÍNICOS – clonazepam, alprazolam, cloxazolam, melhoram o quadro de ansiedade e a qualidade do sono dos pacientes que, durante o período de repouso, percebem mais o zumbido devido ao silêncio do ambiente.

ANTIDEPRESSIVOS – fluoxetina, sertralina, trazodona, venlafaxina: inibidores da recaptação da serotonina, atuam nos casos de ansiedade e

depressão que, frequentemente, coexistem com zumbidos e vertigem.

SUBSTÂNCIAS VASOATIVAS – betaistina, ginkgo biloba, pentoxifilina são de pouco ou nenhum efeito na melhora do zumbidos.

O uso de aparelhos de amplificação sonora (AASI) em pacientes com zumbidos e hipoacusia tem um efeito mascarador devido ao enriquecimento sonoro que acontece com a amplificação dos sons do meio ambiente.⁸ Aparelhos que produzem sons diversos também podem ser utilizados (emissores com sons de cachoeira, ondas, vento, chuva).

REFERÊNCIAS

1. Eggermond JJ. Tinnitus: neurobiological substrates. *Drug Discovery Today*. 2005;10(19):1263-332.
2. Henry JA, Dennis KC, Schechter MA. General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. *J Speech Lang Hear Res*. 2005;48(5):1204-35.
3. Sanches TG. Quem disse que zumbido não tem cura? São Paulo (SP): Ed H Máxima; 2006. 74p.
4. Albertino S, Assunção ARM, Souza JA. Zumbido pulsátil: tratamento com clonazepam e propranolol. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(1):1113.
5. Kotzias SA, Onishi ET, Mendes RCCG. Zumbido Pulsátil. In: *Tratado de Otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Roca; 2011. p.468-78.

6. Sanches TG, Mioto Netto B, Sasaki F, et al. Zumbidos gerados por alterações vasculares e musculares. *Arq Otorrinolaringologia*.2000;4(4):136-42.

7. Gultekin S, Celik H, Akpek S, et al. Vascular loops at the cerebellopontine angle: is there a correlation with tinnitus? *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29(9):1746-9.

8. Rosito LPS. Zumbido não Pulsátil. In: *Tratado de Otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial*. 2nd Ed. São Paulo: Editora Roca; 2011. p.479-86.

9. Atherino CC, Meirelles RC. Semiologia da Audição. In: Atherino CC, Meirelles RC, editores. *Semiologia em otorrinolaringologia*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2010. p.101-8.

ABSTRACT

Tinnitus is a common symptom, characterized as a perception of sound that cannot be attributed to an external source. It affects mainly adults and its incidence increases with age, being a common complaint in the elderly. The impact on daily life depends on several factors. It can be classified as subjective and objective. Mainly associated with sensorineural hearing loss and conductive type. Audiological evaluation is essential for diagnosis, treatment and prognosis to be established. The resolution of the problem depends on identifying the cause and in most cases drug treatment is nonspecific.

KEY WORDS: *Tinnutus, Hearing loss, Cochlear diseases.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

Professor Associado - FMC-UERJ;

Doutor em Otorrinolaringologia - USP.

Endereço para correspondência:

Rua Sorocaba, 706, Botafogo.

Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22271-110.

E-mail: rcmeirelles@gmail.com

ARTIGO 1: NOVAS TERAPIAS PARA SURDEZ.

SHIRO TOMITA

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - UFRJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF- UFRJ.

Endereço para correspondência:

Av. Professor Paulo Rocco 255, sala 11E24,

Ilha do Fundão.

Rio de Janeiro - RJ

E-mail: shiro@openlink.com.br

FELIPPE FELIX

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Mestre em Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ.

E-mail: felfelix@gmail.com

ARTIGO 2: ZUMBIDOS.

AÍDA REGINA MONTEIRO ASSUNÇÃO

Professora Assistente - FCM-UERJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:

Secretaria da Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ

Av. 28 de setembro 77, 5º andar - Vila Isabel

Rio de Janeiro-RJ. CEP 20551-030

Telefone: 21 2868-8120

E-mail: aidarma@uerj.br

SERGIO ALBERTINO

Professor Adjunto IV - UFF;

Doutor em Neurologia - UFF.

ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS SÍNDROMES VERTIGINOSAS.

MARCELO MIGUEL HUEB

Professor Adjunto e Chefe da Disciplina e do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM;

Presidente da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial- ABORL-CCF.

Endereço para correspondência:

Av. Santos Dumont, 409;

Uberaba - MG. CEP 38060-600

Telefone: 34 3332-3033

E-mail: mmhueb@terra.com.br

CAMILA PAZIAN FELICIANO

Médica Voluntária do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM.

ARTIGO 4: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA DA VERTIGEM CIRIACO.

CRISTÓVÃO T. ATHERINO.

Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia - FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Rua Rodolfo Dantas 106 / 201

Rio de Janeiro - RJ. CEP 22020-040

Telefone: 21 2541-9098

E-mail: crisatherino@gmail.com.

ARTIGO 5: REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

SERGIO ALBERTINO

(Vide Capítulo 2)

RAFAEL S. ALBERTINO

Pós-graduando em Otorrinolaringologia - UFF.

ARTIGO 6: ABORDAGEM ATUAL DAS HEMORRAGIAS NASAIS.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

LEONARDO C. B. DE SÁ

Mestre em Medicina - Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ;

Fellowship em Cirurgia Nasossinusal pela Universidade de Graz - Áustria.

GUILHERME ALMEIDA

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ.

ARTIGO 7: RINOSSINUSITE CRÔNICA.

DÉBORA BRAGA ESTEVÃO

Professora Colaboradora - FMC-UERJ.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

ARTIGO 8: RINOSSINUSITE NOSOCOMIAL.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

FABIANA ROCHA FERRAZ

Professora Colaboradora - FCM-UERJ.

ARTIGO 9: SÍNDROME DA BOCA SECA.

IVAN DIEB MIZIARA

Professor Livre Docente - Faculdade de Medicina-USP;

Médico Chefe do Grupo de Estomatologia da Divisão de Clínica ORL do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP.

ALI MAHMOUD

Pós-graduando do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina-USP.

ARTIGO 10: DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO.**GERALDO PEREIRA JOTZ**

Professor Associado do Departamento de Ciências Morfológicas - UFRS;

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Básicas da Saúde - UFCSPA;

Pós Doutorado no Swallowing Center - Universidade de Pittsburgh.

SILVIA DORNELLES

Fonoaudióloga Clínica;

Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia - UFRS.

ARTIGO 11: PRESBIFONIA.**ROBERTO CAMPOS MEIRELLES**

(Vide Editorial)

ROBERTA BAK

Médica Otorrinolaringologista;

Residência Médica em Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Primeira Tenente Médica Otorrinolaringologista - PMERJ.

FABIANA CHAGAS DA CRUZ

Médica Residente do Terceiro Ano do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ.

ARTIGO 12: AFECÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO IDOSO: O IMPACTO DA POLIFARMÁCIA.**MÔNICA AIDAR MENON MIYAKE**

Otorrinolaringologista e Alergologista;

Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos;

Doutora em Ciências pela Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - USP;

Especialização em Pesquisa Clínica - FCM Santa Casa-SP.

Endereço para Correspondência:

Clínica Menon

Rua Afonso Brás 525 cj. 21

São Paulo - SP. CEP 04511-011

Telefone: 11 3842-4288

E-mail: clinica@clinicamenon.com.br