



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Mariana Bastos Faria

Orientador: Cristianne Confessor Castilho Lopes

O IMPACTO DA DOENÇA DE MENIÈRE NA QUALIDADE DE VIDA

Mirassol - SP

Janeiro/2015

Sumário

1 Introdução	03
2 Objetivos	06
2.1 <i>Objetivo geral</i>	06
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	06
3 Metodologia	07
3.1 Sujeitos envolvidos na intervenção	07
3.2 Cenário da intervenção	07
3.3 Estratégia e ações	07
3.4 Avaliação e monitoramento	07
4 Resultados esperados	08
5 Cronograma	09
6 Referências bibliográficas	10

1 Introdução

A tontura é uma queixa constante em ambulatórios, sendo a vertigem o tipo mais comum apresentando sintomas rotatórios e alteração na orientação espacial. É referida como uma ilusão de movimento do próprio indivíduo (subjéctiva) ou do ambiente que o cerca (objéctiva) ¹⁻². A vertigem posicional paroxística benigna é a mais frequente das vestibulopatias periféricas tendo como clínica a tontura giratória associada a movimentação da cabeça, náuseas e vômitos³

Para um adequado diagnóstico e conduta do quadro vertiginoso é de extrema importância o conhecimento da anatomia e fisiologia do ouvido interno para a diferenciação entre as vestibulopatias periféricas e centrais. Tendo em vista que quadro vertiginosos centrais devem ser identificadas as causas de forma imediata, temos como exemplo isquemia e infarto vertebro-basilar, infarto e hemorragia cerebelar.

O sistema vestibular periférico é composto pelo labirinto membranoso e ósseo que consiste em 3 canais semicirculares, uma cavidade óssea denominada vestíbulo e a cóclea óssea. Os canais semicirculares possuem em seu interior endolinfa, em uma das extremidades de cada canal há uma dilatação que é a ampola e dentro delas estão situadas as células receptoras ciliadas que juntamente com as células de sustentação formam a crista ampolar. ⁴

Dentro de cada ampola dos canais semicirculares e nos órgãos otolíticos (sáculo e utrículo) possui uma estrutura especializada chamada Órgão de Corti, que são células ciliadas que através da conversão do movimento realizado pela cabeça em descarga neural identificam o tipo e intensidade do movimento. ⁵

A Síndrome de Menière é uma vestibulopatia crônica do ouvido interno que se caracteriza por crises paroxísticas de vertigem, perda auditiva neurosensorial flutuante, zumbido e plenitude aural no ouvido afetado provocadas por hipertensão endolinfática (hidropsia). Geralmente os sintomas aparecem simultaneamente, porém não é incomum o surgimento de apenas um dos sintomas e após meses ou anos o paciente apresentar o quadro clínico completo. ⁶⁻⁷

Quando a etiologia da hidropsia endolinfática é idiopática chama-se Doença de Menière e quando tem causa conhecida o diagnóstico é de Síndrome de Menière. ⁸

Epidemiologicamente 40% da população adulta tem algum distúrbio de equilíbrio em alguma época da vida. A hidropsia afeta 200 a cada 100 mil pessoas e

tem início normalmente na 4ª década de vida. A unilateralidade ocorre em 50-75% dos casos.⁹ A ocorrência de Menière é rara em crianças e adolescentes.⁸

A hidropsia endolinfática é uma característica da Síndrome de Meniere⁷ e dentre as causas temos os traumas acústicos, físicos e advindos de cirurgias do osso temporal, processos infecciosos como caxumba, sífilis ou boveliose; doenças autoimunes sistêmicas ou vasculites autoimunes localizadas; distúrbios vasculares; osteodistrofias da capsula óptica, alergia alimentares intermediada pela imunoglobulina G, fibrose perissacular, atrofia sacular, estreitamento dos ductos endolinfáticos, pneumatização periaquedutal deficiente, deficiências nutricionais e tumores do angulo ponto cerebelar.⁴⁻⁹

As consequências do quadro vertiginoso podem influenciar na qualidade de vida do paciente com fatores psicológicos como o estresse, ansiedade, ataque de pânico, agorafobia, medo da incapacidade física, restrição de atividade física e socialização, além do prejuízo na capacidade funcional, podendo diminuir sua independência física e social²⁻¹⁰, uma vez que, na fase aguda, os sintomas são muito dramáticos e incapacitantes.

Na UBS Cohab1 – Mirassol-SP há uma população predominantemente idosa e uma incidência relativamente alta de quadro de vertigem com consequente impacto negativo em suas atividades diárias.

Ao longo dos anos o envelhecimento compromete o sistema nervoso central dificultando a realização das atividades básicas vestibulares, proprioceptivas e visuais que são as responsáveis pelo equilíbrio do corpo humano¹¹

É comum encontrar pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento medicamentoso, ou apenas à reabilitação vestibular. Podemos destacar também a importância de uma anamnese completa visando identificar causas medicamentosas, antecedentes de trauma, quadros alérgicos e a não adesão ao tratamento por falta de vínculo médico-paciente e/ou condições socioeconômicas.

Além da história clínica e do exame físico é importante uma avaliação com uma série de exames especializados. O exame de audiometria revela a perda neurosensorial unilateral flutuante, inicialmente nas frequências graves¹²⁻¹³

O teste de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) monitora a função coclear. Ele tem uma duração aproximada de 3 minutos, não é invasivo e pode detectar precocemente as alterações cocleares, evidenciadas com alterações rápidas de

sensibilidade em frequências graves, porém não há um padrão característico da doença.⁹⁻¹⁴

O teste mais eficaz para o diagnóstico precoce para a hidropsia endolinfática é a eletrococleografia por meio da utilização de um eletrodo transtimpânico que tem a capacidade de captar o potencial de somação originado na cóclea. A proporção de potencial de somação maior que 30% em relação ao potencial de ação tem-se o diagnóstico. Inicialmente a perda auditiva ocorre nas frequências mais baixas (graves),⁹⁻¹² porém é um teste invasivo e mais desconfortável para o paciente.

Existe também o teste do glicerol que consiste na ingestão de glicerol com posterior desidratação coclear trazendo uma melhora temporária da sensibilidade do tom puro e da identificação da fala.¹² Trata-se de um teste simples e de fácil realização. É realizada uma audiometria antes e após a ingestão do glicerol. Havendo regressão da discusia na segunda audiometria, é patognômico da redução da hidropsia, característica da patologia.

O teste da imitanciometria geralmente não apresenta alterações, porém eventualmente pode ser encontrado o recrutamento de Metz⁸ indicativo de cocleopatia.

Os manejos mais importantes no tratamento da Menière são as medicamentosas, cirúrgica e reabilitação vestibular, sendo a última visando a melhoria da interação vestibulovisual durante a movimentação repetitiva da cabeça de forma sistemática, visando acelerar os mecanismos de compensação central por meio da plasticidade neuronal.¹¹

De acordo com Ganança e Ganança, 2001, a reabilitação vestibular pode promover cura em até 30% dos casos e uma melhora do quadro em 85% das pessoas. Tem a vantagem da ausência de efeitos adversos além da melhora na qualidade de vida dos indivíduos.¹¹

A cirurgia tem indicação quando há recidiva do quadro vertiginoso após o tratamento clínico. Um dos principais procedimentos cirúrgicos da Menière é a decompressão do saco endolinfático que tem como finalidade aumentar o aporte sanguíneo e aumento da absorção local ou drenagem para a mastoide.¹⁵

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é a identificação do quadro vertiginoso da Doença de Menière, conhecer o manejo clínico e conduzir à orientação do especialista para confirmação do diagnóstico, medidas terapêuticas e de reabilitação vestibular ou cirurgia se necessário.

2.2 Objetivo específico

2.2.1 Identificar o quadro clínico da hidropsia endolinfática, tratar o quadro agudo, orientar o paciente nas condutas apropriadas e encaminhar o mesmo ao especialista para acompanhamento, avaliação etiológica e tratamento adequado.

2.2.2 Conhecer os métodos de diagnóstico visando uma abordagem mais precisa.

2.2.3 Saber tratar o paciente ambulatorialmente e encaminhar ao especialista para tratamento mais específico se necessário.

2.2.4 Prover ao paciente melhor qualidade de vida através da orientação adequada e tratamento apropriado, quando necessário.

3 Metodologia

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção: pacientes ambulatorias da Atenção Básica do SUS no município de Mirassol – SP.

3.2 Cenário da intervenção: UBS cohab1 – Mirassol.

3.3 Estratégias e ações: Através da anamnese e exame clínico procurar identificar a patologia, sua fase (aguda, crônica, reagudização, entre outras) e instituir o tratamento medicamentoso adequado, orientações gerais de hábitos de vida e prevenção e orientar sobre exercícios básicos de reabilitação vestibular para uma melhora rápida do quadro e encaminhamento ao especialista para realização dos exames específicos e continuação do tratamento.

3.4 Avaliação e monitoramento: A partir da anamnese e exame clínico procederemos a testes ambulatoriais básicos da avaliação do equilíbrio (Romberg, index-nariz-joelho, marcha, disdiacocinesia, observação de presença e do padrão de nistagmo), os quais vão nos dar condições de prever a fase da doença. A partir disto, se necessário, instituiremos terapia medicamentosa antivertiginosa, antiemética, sedativa e demais orientações (dieta adequada, exercícios de reabilitação vestibular). Além da solicitação de exames laboratoriais gerais (HMG, Glicemia, lipidograma, TSH, t4) para possível identificação da etiologia, marcação de retorno para acompanhamento e/ou possível encaminhamento ao especialista.

5. Resultados esperados

Espera-se que a partir do uso deste projeto de intervenção os pacientes com Doença de Menière tenham seu diagnóstico sindrômico e etiológico o mais precoce possível, iniciando assim a estratégia terapêutica individualizada, buscando desta forma melhorar a qualidade de vida e prognóstico do mesmo.

4. Cronograma

Atividades	ago	set	out	nov	dez	jan	fev
Elaboração do Projeto	x						
Aprovação do projeto				x			
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x	
Coletas de Dados	x	x	x	x	x		
Discussões e Análise dos Resultados					x	x	
Revisão final e digitação						x	
Entrega do trabalho final						x	x
Socialização do trabalho							x

6. Referências

1. Handa PR, Kubn AMB, Cunha F, Scafell, R. Qualidade de vida em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna e/ou doença de Ménière. Rev Bras Otorrinolaringol; 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a15v71n6.pdf>
2. Ganança FF, Castro ASO, Branco FC, Natour J. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. Rev Bras Otorrinolaringol; 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000100016
3. Ganança MM, Caovilla HH, Munhoz MSL, Silma MLG, Ganança FF, Ganança CF. Vertigem posicional paroxística benigna. Rev Bras Med Otorrinolaringol 7.3; 2000. p. 66-71. Disponível em:
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1377
4. Costa SS, Cruz OL, Oliveira JA. Otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. Herdman SJ. *Reabilitação vestibular*. Editora Manole. 2. ed; 2002.
6. Sajjadi H, Paparella MM. Meniere's disease; 2008. p. 406-414.
7. Chaves AG, Boari L, Munhoz MSL. Evolução clínica de pacientes com doença de Ménière. Rev. Bras. Otorrinolaringol; 2007, vol.73, n.3, p. 346-350. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n3/a09v73n3.pdf>
8. Bronstein A, Lempert T. Tonturas – Diagnóstico e tratamento - uma abordagem prática. Rio de Janeiro. Editora Revinter; 2010. p. 92

9. Silva, MLG, Munhoz MSL, Ganança MM, Caovilla HH. Quadros Clínicos Otoneurológicos Mais Comuns. Série Otoneurológica. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. 2. ed. Editora Atheneu; 2000. p. 21-25
10. Santos EM, Gazzola, JM, Ganança CF, Caovilla HH, Ganança FF. Impact of dizziness on the life quality of elderly with chronic vestibulopathy. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. Barueri, São Paulo; 2010. p. 427-432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-56872010000400011&script=sci_arttext&tlng=en
11. Zanardini FH, Zeigelboim BS, Jurkiewicz AL, Marques JM, Martins-Basseto J. Reabilitação vestibular em idosos com tontura. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. Tuiuti, Parana. Curitiba, Parana; 2007. p. 177-184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000200006
12. Mayrinkí LF, Mayrink LF, Meirelles PG, Augusto AGSB, Bernardi APA. Doença de Menière: Relato de caso. *Rev CEFAC*; 2003. p. 175-179. Disponível em: <http://www.cefac.br/revista/revista52/Artigo%2012.pdf>
13. Boaglio M, Soares LCA, Silvia C, Ibrahim MN, Ganança FF, Cruz. OLM. Ménière's disease and positional vertigo. *Rev Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo; 2003. p. 69-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000100012
14. Aquino MCM, Massaro CAM, Tiradentes JB, Garzón JCV, Oliveira JAA. Emissões otoacústicas no diagnóstico precoce de lesão coclear na doença de Menière. *Rev Bras Otorrinolaringol*. São Paulo; 2002. p. 761-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v68n5/a25v68n5.pdf>

15. Filho NAC, Aquino JEP, Torres TG. Descompressão do Saco Endolinfático: Análise da Vertigem e da Audição. Intl. Arch. Otorhinolaryngol. São Paulo. v.13 (4); 2009. p. 426-430. Disponível em:
<http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/13-04-11-eng.pdf>



Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

Ministério
da Saúde