

Surdez súbita unilateral como manifestação de schwannoma vestibular: relato de caso

Sudden Deafness as a Presenting Symptom of Acoustic Neuroma: Case Report

Sérgio Marquez Nascentes¹, Eduardo Augusto de Oliveira Henrique Paulo², Eduardo Carvalho de Andrade³, Ana Lúcia da Silva⁴, Trissia Maria Farah Vassoler⁵, Adriana Bernardini Antunes Scanavini⁶

Palavras-chave: neuroma do acústico, schwannoma do acústico, surdez súbita, zumbido.
Keywords: acoustic neuroma, acoustic schwannoma, sudden deafness, tinnitus.

Resumo / Summary

O schwannoma vestibular, também conhecido como neuroma ou neurinoma do acústico, é o tumor mais freqüente do ângulo pontocerebelar correspondendo a aproximadamente a 9% de todos os tumores intracranianos. **Apresentação do Caso:** Os autores apresentam um relato de caso de surdez súbita e zumbido unilateral com melhora dos sintomas através de tratamento clínico com Prednisona e Pentoxifilina e posterior diagnóstico por exame de imagem de schwannoma vestibular. **Discussão:** A surdez súbita pode ser descrita como uma perda neurosensorial abrupta e intensa. Costuma ser acima de 30 dB, em três ou mais freqüências contíguas e se desenvolve em menos de três dias. **Conclusão:** É de grande importância a pesquisa da etiologia nos casos de surdez súbita para a boa condução do caso e orientação terapêutica.

Vestibular schwannoma, also known as acoustic neurinoma, is the most frequent tumor of the cerebellopontine angle, and represents 9% of all intracranial tumors. **Case Report:** The authors report a case of sudden deafness with unilateral tinnitus. The patients responded to therapy with Prednisone and Pentoxifylline after the diagnosis of acoustic neurinoma by imaging exams. **Discussion:** Sudden deafness can be described as an intense and abrupt sensorineural loss. Usually it is higher than 30 dB at three or more frequencies and develops in less than three days. **Conclusion:** Investigation of the etiology of sudden deafness is extremely important to establish the adequate strategy for the case.

¹ Especialista em otorrinolaringologia pela ABORLCCF.

² Especialista em otorrinolaringologia pela ABORLCCF.

³ Especialista em otorrinolaringologia pela ABORLCCF.

⁴ Especialista em otorrinolaringologia pela ABORLCCF.

⁵ Especialista em otorrinolaringologia pela ABORLCCF.

⁶ Especialista pela ABORLCCF. Mestre em ORL pela FMRP-USP.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 8 de março de 2005. cod. 29.
Artigo aceito em 2 de novembro de 2006.

INTRODUÇÃO

A surdez súbita pode ser descrita como uma perda neurossensorial abrupta e intensa. Costuma ser acima de 30 dB, em três ou mais frequências contíguas e se desenvolve em menos de três dias¹. Os pacientes apontam com precisão o início da perda auditiva e como aconteceu, sendo geralmente unilateral, permanente ou não.

As causas da surdez súbita freqüentemente provocam dúvidas e controvérsias quanto a sua etiologia, evolução e tratamento. A etiologia viral é predominante, podendo ainda ter origem vascular, doenças auto-imunes, doenças da tireóide, LUES, fístulas labirínticas, ototoxicose, trauma, neuropatias e schwannoma vestibular².

É sabido que tumores do ângulo pontocerebelar como schwannomas vestibulares podem apresentar-se com quadro clínico de surdez súbita.

O schwannoma vestibular, também conhecido como neuroma ou neurinoma do acústico, é o tumor mais freqüente do ângulo pontocerebelar correspondendo a aproximadamente a 9% de todos os tumores intracranianos. Esse tumor é benigno e cresce a partir das células de Schwann, mais freqüentemente na divisão superior do nervo vestibular. Cresce lentamente em direção ao ângulo pontocerebelar, comprimindo o VIII nervo craniano e alargando o meato acústico interno³.

Na maioria das vezes os sintomas iniciais são sempre otoneurológicos sendo a disacusia neurossensorial unilateral progressiva, o tinnitus (zumbido) e a vertigem as primeiras queixas. Quando atinge dimensões maiores, pode não só comprometer o nervo facial e o nervo trigêmeo (paralisia facial, diminuição do lacrimejamento, hipoeúgesia nos 2/3 anteriores da língua, ausência de reflexo estapediano com disacusia condutiva), mas também apresentar manifestações neurológicas centrais. A alteração labiríntica não se apresenta em crises o que se diferencia da Doença de Menière⁴.

A surdez súbita unilateral ocasionada pelo tumor é o principal sintoma e ocorre em até 26% dos tumores do acústico. Essa surdez tem sido atribuída a espasmo ou oclusão da artéria labiríntica como resultado da compressão tumoral.

No diagnóstico, além da história detalhada e do exame físico, esta indicada a avaliação audiológica, provas vestibulares e avaliação do nervo trigêmeo, além de Ressonância Magnética contrastada com gadolínio⁵.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica do tumor, com via de acesso dependendo de sua localização e extensão.

Os autores relatam um caso com sintomas de surdez súbita e zumbido recidivados devido a um schwannoma vestibular.

RELATO DE CASO

Paciente W. A. O., 38 anos, branco, casado, gerente de oficina, natural de Bauru/ SP. Procurou o serviço de ORL pela primeira vez em janeiro de 2004 com queixa de hipoacusia em ouvido esquerdo, súbita, sem fator desencadeante, há dois dias. Referia também zumbido contínuo, tipo agudo, no mesmo ouvido. Negava vertigem e alterações neurológicas.

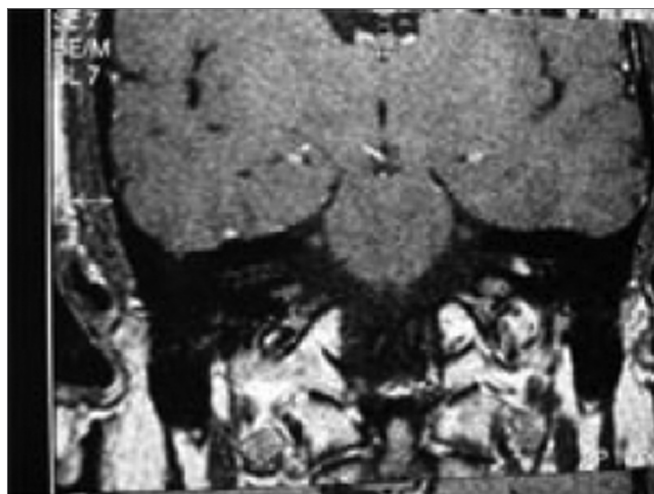


Figura 1. Ressonância magnética com Schwannoma Vestibular, corte coronal.

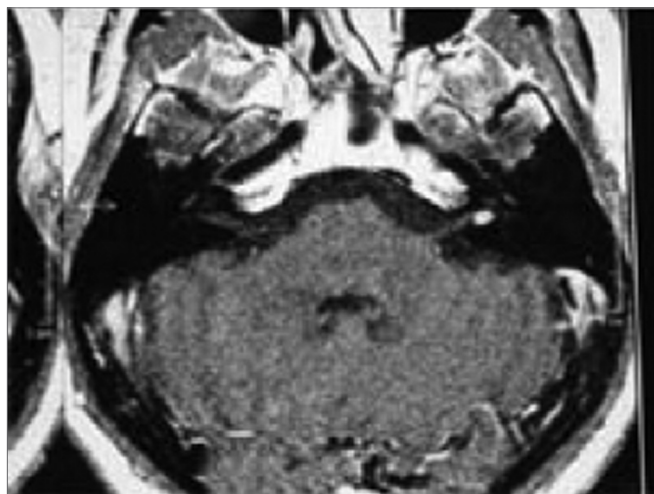
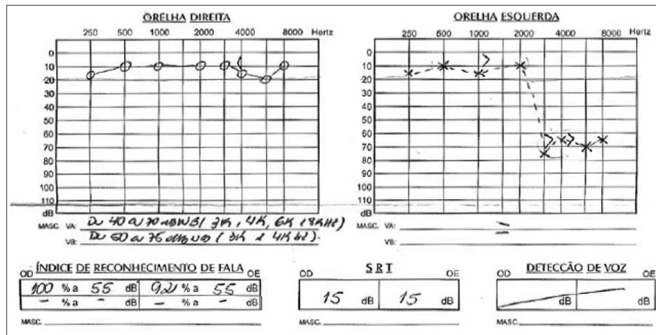


Figura 2. Ressonância magnética com Schwannoma Vestibular, corte axial.

Negava patologias anteriores (HAS, DM, otites, traumas cranianos, infecções de vias aéreas superiores) e uso de medicamentos.

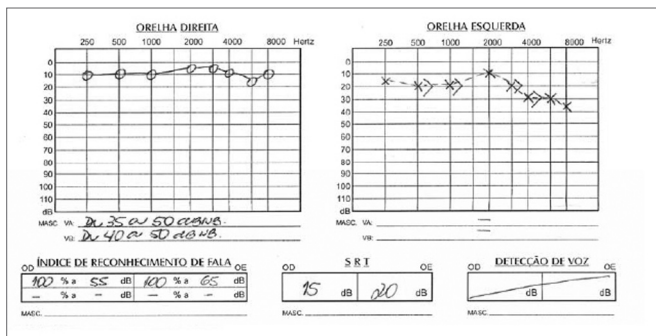
Ao exame físico não foram evidenciadas alterações significativas, tendo ao exame otorrinolaringológico: membrana timpânica íntegra e com brilho bilateral, desvio septal leve para direita, amígdalas Grau I, ausência de linfonodos palpáveis.



Quadro 1. Audiograma 1.



Quadro 2. Audiograma 2.



Quadro 3. Audiograma 3.

Realizada avaliação audiométrica que demonstrou perda neurossensorial severa a partir de 3000Hz, com IRF de 92% e SRT de 15 dB em ouvido esquerdo e ouvido direito dentro dos limites de normalidade.

Com isso foi aventada a hipótese de Surdez Súbita, solicitados exames laboratoriais e iniciado o uso de medicação: Prednisona 60 mg/dia e Pentoxifilina 800mg/dia.

Após uma semana o paciente retornou referindo melhora parcial da hipoacusia e zumbido.

Exames laboratoriais: Hemograma sem alterações, glicemia de jejum 103 mg/dL, colesterol total 175 mg/dL, triglicérides 481 mg/dL, VDRL negativo.

Nova avaliação audiométrica foi realizada não demonstrando alterações em ouvido direito e perda neurossensorial leve após 3000 Hz, IRF 100%.

Paciente foi orientado para dieta e medicado com

Extrato de Gingko biloba 240mg/dia. Solicitada Ressonância Nuclear Magnética de Crânio e BERA.

Paciente retornou cinco meses depois com novo quadro de hipoacusia e piora do zumbido há quatro dias em ouvido esquerdo, negando vertigem.

Repetido exame audiológico que demonstrou perda neurossensorial em agudos severa em ouvido esquerdo, com audiometria similar à primeira. Novamente medicado com Prednisona 60 mg/dia e Pentoxifilina 800 mg/dia, referindo melhora discreta após uma semana de uso dos medicamentos.

Solicitado novamente RM, a qual evidenciou um processo expansivo sólido medindo 5,0 mm de diâmetro no interior do conduto auditivo interno (schwannoma vestibular).

Encaminhado ao neurocirurgião que resolveu por acompanhamento clínico do caso.

DISCUSSÃO

A surdez súbita pode ser descrita como uma perda neurossensorial abrupta e intensa. Costuma ser acima de 30 dB, em três ou mais frequências contíguas e se desenvolve em menos de três dias. Os pacientes apontam com precisão o início da perda auditiva e como ela aconteceu, sendo geralmente unilateral, permanente ou não.

As causas da surdez súbita freqüentemente provocam dúvidas e controvérsias quanto a sua etiologia, evolução e tratamento. É sabido que tumores do ângulo pontocerebelar como schwannomas vestibulares podem apresentar-se com quadro clínico de surdez súbita. A incidência e duração dos sintomas não se relacionam estritamente com o tamanho do tumor⁶.

As discusias dos casos do schwannoma vestibular são normalmente unilaterais e progressivas, podendo, todavia, apresentar-se de forma súbita, comprometendo mais a discriminação do que a acuidade auditiva.

Geralmente, a surdez súbita ocorre pela oclusão da artéria labiríntica. Não se sabe ainda se essa oclusão abrupta é causada apenas pela compressão extrínseca ou se há envolvimento intravascular (trombose) ou na parede do vaso (espessamento de parede) ou fator neuroendócrino na artéria (vasoconstrição)³.

Apresentamos um caso em que a perda auditiva súbita e zumbido eram os únicos sintomas do paciente, onde foram solicitados inicialmente exames audiométricos, seguido de exames laboratoriais e iniciado uso de medicação que consistiu de Prednisona e Pentoxifilina^{7,8}. O tratamento trouxe bons resultados clínicos até o diagnóstico etiológico, obtido através de Ressonância Nuclear Magnética. Trazemos com nosso caso a discussão da indicação e eficiência do tratamento clínico nos casos de surdez súbita sem etiologia ainda conhecida e a importância da Ressonância Nuclear Magnética, mesmo nos pacientes com recuperação da perda auditiva⁹.

COMENTÁRIOS FINAIS

É de grande importância a pesquisa da etiologia nos casos de surdez súbita para a boa condução do caso e orientação terapêutica. O médico otorrinolaringologista deve ter em mente as diversas etiologias que são causa de surdez súbita e os exames complementares a disposição para o diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson W, Byl F, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. *Arch Otolaryngol* 1980;106:772-6.
2. Undarraga AC, Pacheco AT. Hipoacusia súbita idiopática. *Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello* 2000;60(1):14-22.
3. Fukada Y, Ganança FF, Testa JRG. Surdez súbita simultânea bilateral em caso de neuroma do acústico unilateral. *Acta AWHO* 1993;12(2):80-3.
4. Kentala E, Pyykkö I. Clinical picture of vestibular schwannoma. *Auris Nasus Larynx* 2001;28(1):15-22.
5. Di Nardo PJ, Cobalchini PC, Barreto RTM, Vacaro T, Reis HG. Surdez súbita. *Rev med PUCRS* 2002;12(2):192-5.
6. Matthies C, Samii M. Management of 1000 vestibular schwannomas (acoustic neuromas): clinical presentation. *Neurosurgery* 1997; 40:1-9.
7. Monteiro E, Ferrara A, Cachoni Junior C, Gabrelon Junior MA, Santos GAL. Surdez súbita: Tratamento exclusivo com pentoxifilina oral. Relato de caso. *Acta AWHO* 2002;21(2):[14telas]. http://www.actaawho.com.br/conteudo.asp?edi_id=5&tpc_id=3&con_id=15
8. Meiteles LZ, Liu JK, Couldwell WT. Hearing restoration after resection of an intracanalicular vestibular schwannoma: a role for emergency surgery? Case report and review of the literature. *J Neurosurg* 2002; 96(4): 796-800.
9. Popovtzer A, Nageris BI, Bahar G. Resolved sudden hearing loss as a presenting symptom of retrocochlear lesion. *J Basic Clin Physiol Pharmacol* 2001; 12(2 suppl): 101-7.
10. Salinas V, Viada J, González M, Cerda S, Gajardo L. Evaluación del tratamiento de la sordera súbita sensorioneural idiopática. *Rev otorrinolaringol cir cabeza cuello* 1985; 45(3): 113-20.