

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS ACÚFENOS

Rosa Castillo

Na abordagem dos acufenos uma boa história clínica é essencial. O doente vem muitas vezes desesperado e muito ansioso com este sintoma e demanda uma resposta rápida e eficiente para o seu sofrimento. O acufeno por vezes é um sintoma muito desconfortável e limitativo, inclusive provocando ansiedade, depressão, frustração e obsessão, e na sua máxima expressão pode mesmo desencadear ideias suicidas. É por isto que, para além da parametrização do acufeno, devemos prestar especial atenção ao efeito que provoca no paciente, a nível social, profissional, familiar e pessoal.

Tipicamente, a consulta do acufeno é uma consulta de paciência. O doente deve ser interrogado como se apresenta o acufeno, que características possui, se é pulsátil, contínuo, e ao que se assemelha. Alguns referem semelhanças com uma campainha, outros com o oceano, com uma buzina, um motor... um sem fim de expressões e comparações. A sua duração deve ser também questionada, assim como os possíveis factores etiológicos, nomeadamente antecedentes de trauma acústico, infeção viral, ou alterações metabólicas entre outras. Uma cuidadosa história clínica pode muitas vezes nos orientar em relação à etiologia, objetivo principal da consulta, para melhor orientar a terapêutica. A caracterização com a acufenometria e as Curvas de Mascaramento de Feldman também são dados relevantes na parametrização do acufeno.

Os acufenos podem ser objetivos, quando audíveis também pelo explorador, ou subjetivos (não audíveis pelo explorador), sendo estes os mais frequentes

### *Acufenos Objetivos*

Tumores da base do crânio e osso temporal.  
Trompa de Eustáquio aberta  
Mioclonus do palato  
Espasmo idiopático do músculo do estapedio  
Bulbo jugular proeminente

### *Acufenos Subjetivos:*

#### **Factores otológicos:**

Rolhões de cerúmen  
Perfuração timpânica  
Trauma acústico  
Otoesclerose  
Presbiacusia  
Síndrome de Menière  
Neurinoma do acústico  
Barotrauma

#### **Factores vasculares:**

Surdez súbita (apoplexia labiríntica)  
Hipertensão arterial  
Vasculite  
Aterosclerose

#### **Factores hematológicos:**

Anemia  
Policitemia vera

#### **Fármacos:**

AINEs (principalmente Ácido Acetilsalicílico, Ibuprofeno e Naproxeno)  
Antibióticos: Aminoglicosídeos, Eritromicina, Doxiciclina, minociclina  
Diuréticos: ácido etacrínico e Furosemida  
Quimioterápicos e metais pesados: cisplatino, mercúrio, chumbo

#### **Factores Neurológicos:**

Traumatismo, Esclerose Múltipla, Meningite...

#### **Factores Metabólicos**

#### **Psicológicos**

O acufeno pode apresentar-se como sintoma único, mas muitas vezes associa-se com hipoacusia neurosensorial e/ou vertigem. Vários trabalhos nomeadamente de Shulman e colaboradores mostraram que o exame completo otoneurológico de rotina era importante no estudo destes doentes. Assim, há quem pense que, para o estudo e investigação dos zumbidos devemos incluir não só a avaliação da função auditiva mas também a avaliação da função vestibular.

Em relação ao acufeno referido pelo doente, é importante caracterizar bem a sua **localização** – se o doente percebe o som no ouvido – especificando se é no ouvido esquerdo, no direito ou em ambos os ouvidos – ou ainda se o doente percebe o som na cabeça.

Devemos caracterizar também o **tipo de som**, se único ou múltiplo, se é pulsátil ou contínuo, e ainda se é entendido de uma forma permanente ou intermitente.

Importa ainda saber a **data do início** do acufeno, bem como as **circunstâncias do seu aparecimento** se apareceu de forma súbita ou gradual, se na altura houve um acidente traumático sonoro ou outro, ou ainda se estava a fazer algum tipo de medicação e quais as doenças concomitantes.

Devemos também questionar a presença de **sintomas associados** referindo explicitamente a existência ou ausência de dificuldade auditiva / hipoacusia, perturbações do equilíbrio e/ou sensação de pressão aurál ou ouvido tapado.

Cada dia mais frequente, a **hiperacusia** – reacção aversiva a determinados sons externos – é um sintoma associado de grande importância no estudo dos acufenos, inclusive com valor prognóstico.

A investigação das **situações que influenciam o acufeno**, como a relação com o stress, a exposição ao ruído, o silêncio e até alguns medicamentos.

Os antecedentes pessoais e familiares devem também ser indagados, nomeadamente o sistema cardiovascular e algumas doenças metabólicas como a diabetes e perturbações da tiróide.

Ponto fulcral no decorrer da entrevista com o doente é a avaliação da relevância do acufeno para a vida do doente: a **intensidade subjectiva** do acufeno e o **grau de incomodo** que ele lhe causa.

A **intensidade subjectiva** é avaliada pedindo ao doente para assinalar numa escala de 0 (zero) a 10 (dez) – sendo zero a ausência de acufeno, 1 (um) o som de intensidade mínima e 10 (dez) o som de intensidade máxima – a intensidade que ele atribui ao seu

acufeno. Devemos explicar ao doente que esta “nota” será valorizada sobretudo em termos relativos na comparação com as “notas” das futuras consultas.

O grau de incómodo causado pelo acufeno pode ser avaliado da mesma forma – através de uma escala analógica, ou como habitualmente fazemos, através de questões muito simples como a interferência do acufeno com o sono, a capacidade de concentração, o trabalho, o lazer e até o humor do doente.

Em relação aos exames subsidiários salienta-se a necessidade de considerar o ouvido interno como uma unidade funcional cocleo-vestibular, procedendo, sempre que se justifique, a um estudo completo audiovestibular.

Este procedimento vai também contribuir para o estabelecimento do diagnóstico topográfico do acufeno.

Os exames subsidiários de audiovestibulometria mais utilizados para o estudo do acufeno estão listados no quadro 1

<b>Quadro 1 – Exames de Audiovestibulometria</b>
AUDIOMETRIA
Audiometria tonal
Audiometria vocal
Audiometria supraliminar (LDL – Limiar de audibilidade máxima)
<b>Acufenometria</b>
Impedancimetria
Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral
Electrococleografia
VESTIBULOMETRIA
Craneocorpografia
Posturografia
Electro/Videonistagmografia

Realçamos aqui o interesse da avaliação psicoacústica do acufeno – **acufenometria**. Com este exame avaliamos a tonalidade, intensidade, nível mínimo de mascaramento e inibição residual do acufeno.

**Tonalidade:** o objectivo é encontrar o som mais parecido com o acufeno, não necessariamente igual mas de todos o mais semelhante em termos de tonalidade ou frequência.

**Intensidade:** o objectivo é procurar determinar a intensidade do acufeno utilizando como termo de comparação outro som.

**Nível mínimo de mascaramento:** o objectivo é fazer desaparecer o acufeno aumentando o volume de um som externo. Pretendemos determinar o momento em que este som faz com que o acufeno deixe de ser audível pelo doente

**Inibição residual:** o objectivo é determinar se há alguma alteração no acufeno do doente após exposição do ouvido a um ruído mascarador. Há quatro hipóteses de resultado para esta prova: 1) Inibição completa – o zumbido desaparece completamente durante algum tempo; 2) Inibição parcial – diminuição da intensidade do acufeno ou alteração da sua tonalidade; 3) Negativa – Sem resposta; 4) Efeito rebound – Aumento da intensidade do zumbido, ou aparecimento de novo de zumbido no ouvido contralateral

Após este estudo prévio devemos estar aptos a classificar o acufeno nos seus diversos tipos clínicos e estabelecer o diagnóstico topográfico da lesão. Sempre que possível identificaremos a causa, mas a maior parte das vezes não encontramos etiologia que possa explicar o acufeno, pelo que os classificamos em idiopáticos. Os acufenos subjectivos idiopáticos podem ter origem em qualquer local da via auditiva desde o pavilhão auricular até ao córtex auditivo na região temporal. Podem ser classificados, em termos topográficos, em periféricos e centrais.

Os acufenos subjectivos idiopáticos periféricos têm origem no ouvido médio e/ou na região cocleovestibular. Os acufenos subjectivos idiopáticos de origem central podem estar provocados por um desajuste no tonus excitatório-inibitório das vias centrais auditivas (Shulmann)

A ajuda dos exames complementares nomeadamente os audiométricos é relevante para tentarmos encontrar a causa e topografia dos acufenos, e assim sendo poderemos ter acufenos com exames audiométricos normais, ou pelo contrário audiometria alterada podendo esta alteração ter etiologia comum ou não com o acufeno.

Desta forma podemos encontrar acufenos subjectivos idiopáticos com audiometria normal numa fase inicial de Hidrops endolinfático ou Neurinoma do Acústico, mas também em determinadas intoxicações, secundária ao efeito de certos fármacos (antidepressivos, antihipertensores, vasodilatadores...), nas alterações metabólicas e inclusive nas alterações hemodinâmicas.

A Audiometria alterada nos alerta em relação a uma eventual patologia de transmissão ou percepção auditiva, na origem do acufeno (colesteatoma, otite média, labirintite...).

Apoiamo-nos em outros exames complementares como o estudo de imagem, exames vestibulares, etc...que nos permitirão por vezes realizar um diagnóstico mais preciso e determinar a implicação vestibular da doença.

Por último, a demanda de avaliação por outras especialidades por vezes é essencial na ajuda ao diagnóstico, e devemos sempre recorrer a opinião dos colegas quando necessário. A orientação por um psicólogo e/ou psiquiatra é fundamental em muitos doentes, nomeadamente aqueles que apresentam ansiedade e depressão associada.

#### REFERENCIAS

##### **Quality of life, psychosocial consequences, and audiological rehabilitation after sudden sensorineural hearing loss.**

Carlsson PI, Hall M, Lind KJ, Danermark B.

Int J Audiol. 2011 Feb;50(2):139-44

##### **Auditory Dysfunction: Tinnitus.**

Turner JS.

In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 121

##### **MRI in patients with otovestibular complaints of unknown origin.**

Nowé V, Van de Heyning P, Parizel PM.

B-ENT. 2007;3 Suppl 7:27-35.

##### **Objective audiometry in diagnosis of tinnitus].**

Dabrowski P, Banaszewski J, Kaczmarek J, Nowak K, Waśniewska E, Szymiec E, Szyfter

Otolaryngol Pol. 2002;56(5):603-6. Polish.

##### **Tinnitus: The Complexity of Standardization.**

Langguth B, Kleinjung T, Landgrebe M.

Eval Health Prof. 2011 Jan 10

##### **"Ringing in the ears": narrative review of tinnitus and its impact.**

Holmes S, Padgham ND.

Biol Res Nurs. 2011 Jan;13(1):97-108

##### **Descending auditory system/cerebellum/tinnitus.**

Shulman A, Strashun A.

Int Tinnitus J. 1999;5(2):92-106. Review.

**Tinnitology, Tinnitogenesis, Nuclear Medicine, and Tinnitus Patients.**

Shulman A.

Int Tinnitus J. 1998;4(2):102-108

**Tinnitology: Recent Advances for Both Diagnosis and Treatment.**

Shulman A.

Int Tinnitus J. 1998;4(1):5-9

**Tinnitology, a Search for a Modern Identity of Tinnitus.**

Claussen CF.

Int Tinnitus J. 1995;1(1):71