

ZUMBIDO

Rubem Cruz Swensson,¹ Rogério Poli Swensson²

INTRODUÇÃO

Zumbido, também denominado tinido ou *tinnitus*, acúfenos,¹ pode ser definido como sensação de som não relacionado com o ambiente, sendo gerado pelo próprio sistema auditivo ou pelas estruturas circunvizinhas.² Sensações sonoras anormais, ou seja, ruídos subjetivos percebidos pelo indivíduo, independente de qualquer estimulação auditiva externa.²

É referido, também, como apito, chiado, som de escape de panela de pressão, ruído de chuveiro, de vento, pulsação do coração, campainha, batidas das asas de insetos voando, barulho das ondas do mar, entre outras. Pode ser contínuo, intermitente ou esporádico.

ESTATÍSTICA

O zumbido acomete, aproximadamente, 40% dos norte-americanos em algum momento da vida.³ Desse total, a queixa é constante em 15% a 17%.^{4,5} No Brasil, aproximadamente, 28 milhões de pessoas são portadoras de zumbido.⁶

CLASSIFICAÇÃO

O zumbido pode ser classificado como subjetivo, quando só é ouvido pelo próprio indivíduo, ou objetivo, quando outras pessoas ouvem.

Em relação à intensidade, é leve quando percebido em certas situações (esforço físico, estresse, mudanças de temperatura ambiente, etc); moderado, quando o indivíduo percebe o zumbido, mas se adaptou a ele, não causando desconforto; intenso, quando causa incômodo, podendo prejudicá-lo em suas atividades habituais e durante a fase inicial do sono; incapacitante, quando é intolerável, ocasionando muito desconforto e com prejuízo em grande escala para suas atividades.⁷

ORIGEM

O zumbido é apenas um sintoma e pode fazer parte de, aproximadamente, duzentas

moléstias diversas que podem acometer várias regiões da via auditiva: orelha externa, orelha média, orelha interna, determinadas regiões do cérebro, disfunções musculares (elevador e tensor do véu palatino, tensor do tímpano e estapédio), vasculares, alterações da coluna cervical, determinados medicamentos, disfunções metabólicas e hormonais, estresse, exposição a ruídos intensos, causas ortodônticas, ingestão de bebidas alcoólicas, cafeína, alto consumo de açúcar, etc.

Em relação à orelha externa:

- rolha de cerúmen, infecções do conduto auditivo externo.

Orelha média:

- infecções, acúmulo de secreções serosas, disfunção da tuba auditiva (ocasionando pressão negativa e retração da membrana timpânica), calcificações (como na otosclerose, com calcificação da platina do estribo, podendo haver comprometimento da orelha interna), fibrose dos ossículos, etc.

Orelha interna:

- alterações das células ciliadas do Órgão de Corti devido exposição a ruídos intensos, explosão, além de outras causas, como as virais, medicamentosas, alterações histoquímicas da perilinfa ou endolinfa.

Nervo vestibulo-coclear (VIII par craniano):

- alterações devido a processos compressivos e tumorais (neuromas ou neurinomas, meningiomas, etc.).

Em relação aos medicamentos, alguns deles podem ocasionar alterações na orelha interna, como a estreptomicina, aminoglicosídeos, kanamicina, salicilatos, quinino, quimioterápicos, diuréticos, etc.

Moléstias vasculares podem transmitir a pulsação arterial para a orelha e o indivíduo perceber esse som, que relata como ruído pulsátil, rítmico, que acompanha os batimentos do pulso ou do coração. O paciente relata a situação como “tendo um coração no ouvido”, que acomete,

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 2, p. 22 - 24, 2003

1 - Professor Titular do Disciplina de Otorrinolaringologia - CCMB/PUC-SP.

2 - Acadêmico do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP.

principalmente, hipertensos ou pessoas com afecções da cárotida, glômus jugular, glômus timpânico, aneurismas e fistula artério-venosa próxima à orelha.

Causas metabólicas como aumento do colesterol, triglicérides, diabetes, hipoglicemia tipo reativa. Alterações hormonais, tireoideanas e ovarianas podem ocasionar ou aumentar o zumbido.

Ingestão de maior quantidade de café, tabagismo ou ingestão de álcool podem trazer transtornos à orelha interna e serem uma das causas do zumbido.

Fasciculações dos músculos elevador e tensor do palato, que são contrações involuntárias, espontâneas e rápidas e disfunções da articulação têmporo-mandibular podem gerar sons audíveis tanto para o próprio indivíduo como podem ser ouvidos por outros (zumbido objetivo).

Segundo Fukuda, o zumbido neurossensorial é a forma de zumbido mais freqüente, o mais complexo, o mais angustiante para o paciente e o mais desafiador para o especialista. Esse tipo de zumbido é devido à geração e transmissão anômala da energia sonora desde a entrada de íons cálcio nos cílios das células sensoriais da cóclea até a despolarização dos neurônios auditivos do córtex cerebral. Quaisquer alterações morfológicas ou funcionais das estruturas ao longo desse trajeto podem resultar em impulsos elétricos anormais.

ANAMNESE

Deve-se levar em consideração o tipo do zumbido; a intensidade; o grau de desconforto; se houve alguma causa aparente para o início; se é intermitente ou contínuo, bilateral ou unilateral; se altera com a movimentação da cabeça e do pescoço; hábitos alimentares do paciente; se faz uso de tabaco, café, bebidas alcoólicas, chocolate, chá preto, bebidas que contenham cola; profissão; ambiente de trabalho; se é portador de alguma moléstia; se faz uso de medicamentos; se sofreu traumas recentes e se está havendo prejuízo em suas atividades.

EXAME FÍSICO

Deve ser realizado um exame clínico completo e, caso haja suspeita de alterações metabólicas,

endócrinas, vasculares, ortopédicas (em relação à coluna cervical) e/ou neurológicas, uma investigação minuciosa será necessária.

Avaliação otoneurológica dos nervos cranianos, audiometria, imitanciometria, testes vestibulares com eletroneistagmografia, exame do equilíbrio estático e dinâmico precisam ser avaliados.

Um estudo de imagem com tomografia computadorizada contrastada dos ouvidos internos e meatos acústicos internos e, se necessário, ressonância nuclear magnética podem ser solicitados, assim como exame detalhado das carótidas, caso o zumbido seja pulsátil com suspeita de origem vascular.

Exame da coluna cervical, se houver suspeita de osteoartrose com redução do espaço intervertebral, com pinçamento neuro-vascular.

TRATAMENTO

Se for possível detectar a causa, esta deverá ser tratada da maneira mais específica, como nas alterações vasculares, ortopédicas, metabólicas, hormonais, tensionais, infecciosas e tumorais.

Porém, como muitas vezes não é possível conhecer a etiologia, pode-se utilizar medicamentos vasodilatadores, antagonistas dos canais de cálcio (cinarizina e flunarizina), antioxidantes (extrato de ginkgo biloba) e anticonvulsivantes em doses pequenas (clonazepam, carbamazepina, fenitoína). Lembrar que devem ser utilizados com cuidado especial em idosos em relação ao tempo de uso para evitar efeitos colaterais prejudiciais.

A seguinte lista poderá auxiliar o paciente a fim de amenizar o zumbido:

- 1- Evitar expor-se a sons ou ruídos altos;
- 2- Controle da pressão arterial, colesterol e triglicérides;
- 3- Diminuir a ingestão de sal e açúcar;
- 4- Evitar estimulantes, como café, chá que contenha cafeína, cola e tabaco;
- 5- Exercitar-se diariamente;
- 6- Ter um repouso adequado;
- 7- Reduzir os fatores de estresse;
- 8- Após consulta médica, procurar se acostumar com o zumbido; deixar o rádio ligado ou uma música suave até conseguir dormir;
- 9- Terapia de habituação: é uma terapia comportamental, treinamento das vias auditivas

conhecido como TRT (Tinnitus Retraining Therapy), com objetivo de provocar o desaparecimento de reação ao som do zumbido e a perda de sentimentos negativos associados com enriquecimento de sons ambientais e aconselhamento intensivo com apoio psicológico.

10 -Mascaramento: consiste na emissão de estímulo sonoro estável, sem flutuação em intensidade e frequência, tornando o zumbido menos perceptível para o indivíduo com aparelhos de amplificação sonora individual habitual, mascarador de zumbido ou combinações de ambos.

CONCLUSÃO

Deve-se tentar diagnosticar a causa do zumbido para exclusão de problemas mais graves.

Após isso, será realizado tratamento adequado a fim de curar ou tentar amenizar o zumbido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacerda AP. Audiologia clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1976. P.50.
2. Hungria H. Otorrinolaringologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. P.50-464.
3. McFadden D. Tinnitus facts, theories and treatments. Washington: National Academy; 1982. P.1-150.
4. Jastreboff PJ. Tinnitus. In: Gates, G. Current therapy in otolaryngology - Head and neck surgery. 6th.ed. St. Louis: Mosby; 1998. P.90-5.
5. Seidmann MD, Jacobson GP. Update on tinnitus. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29:455-65.
6. Sánchez T. Grupo de apoio a pessoas com zumbido: metodologia, resultados, propostas futuras. Arq Otorrinolaringol 2002; 6:279.
7. Fukuda F. Zumbido: diagnóstico e tratamento. Rev Bras Med Otorrinolaringol 1997; 4:8-39.