

OTOSPONGIOSE: IMPLICAÇÕES AUDIOLÓGICAS

Ameliana Silva Carneiro¹
Márcio Augusto Corrêa Barile²
Tatiane Almeida de Freitas³

RESUMO: O presente artigo tem o enfoque de informar o que é a otosclerose e seus achados audiológicos, visto que esta, é uma grave patologia que acomete a orelha média com diversos sinais e sintomas, onde o mais crítico é a perda auditiva, que primeiramente classifica-se como condutiva (1ª fase), posteriormente como mista (2ª fase) e com a evolução do problema torna-se neurosensorial (3ª fase)

DEFINIÇÃO

Otosclerose é uma displasia óssea da cápsula ótica e ossículos encontrada apenas nos humanos, caracterizada por reabsorção e deposição óssea anormais na cápsula labiríntica e ouvido médio. Patologicamente o termo mais correto seria otospongiose, já que esclerose define a fase final da moléstia.

Para Jerger (1998), otosclerose caracteriza-se por uma doença focal da cápsula ótica e por uma excessiva reabsorção óssea. A partir disso, um novo tecido ósseo anormal é formado, esta neoformação óssea é macia, um tecido hipervascularizado que pode gradualmente transformar-se em uma massa esclerótica densa.

A otosclerose pode ocorrer em qualquer parte do osso petroso, o qual é uma parte do osso temporal. Por volta de 70 a 90% dos ouvidos, o foco otosclerótico ocorre no anulo formado pela parte anterior da base do estribo, o processo cocleriforme e a saliência do promontório, e em 30 a 50% dos ouvidos, o osso otosclerótico é encontrado na região da janela redonda.

¹ Docente do Curso de Fonoaudiologia da Disciplina de Audiologia da UNAMA

² Aluno do 4º ano do curso de Fonoaudiologia da UNAMA, monitor da disciplina Anatomo-Fisiologia

³ Aluna do 4º ano do curso de Fonoaudiologia da UNAMA, monitora da disciplina Audiologia I e II

Segundo Frota (1998), a otosclerose caracteriza-se por uma distrofia da cápsula óssea labiríntica, podendo ser dividida em coclear ou estapediana, sendo uma doença hereditária, autossômica dominante com penetrância de 25-40%, que acomete adulto jovem, geralmente entre 20 e 30 anos de idade, mais freqüente no sexo feminino.

A etiologia da otosclerose é obscura. E as propostas envolvem distúrbios genético, metabólico, vascular e infeccioso. Outras teorias citam como fatores causais: a hereditariedade, fatores hormonais, alterações bioquímicas, metabólicas, infecções, traumática, vascular e mais recentemente autoimune.

A ocorrência de perda auditiva decorrente da otosclerose é rara em crianças com menos de 15 anos de idade. A doença afeta duas vezes mais o sexo feminino (tendendo a piorar durante ou depois da gravidez) do que o masculino, sendo bilateral em cerca de 80% dos homens e 90% das mulheres (Jerger,1998)

Já Russo (1993) classifica otosclerose como sendo um distúrbio no metabolismo ósseo da cápsula ótica, onde ocorrem um ou mais focos de osteoponjose, que localizam-se em várias partes do ouvido interno, podendo classificar-se em clínica ou estapedial. Ocorre com mais freqüência no sexo feminino e na raça branca, por volta da segunda,terceira e quarta década da vida.

Na otosclerose ocorre fixação da platina do estribo no contorno da janela oval, que mais tarde pode lesionar células ciliadas do Órgão de Córti pelas enzimas proteolíticas do foco otosclerótico. (Frota,1998).

Para Katz (1998), otosclerose é uma das patologias auditivas mais interessantes, onde a grande preocupação com o seu desenvolvimento cirúrgico deu origem ao renascimento da cirurgia otológica.

A causa do crescimento ósseo da cápsula ótica permanece desconhecida, e algumas características são consistentes na sua presença. Um estudo com 2405 casos de

pacientes com otosclerose demonstrou a ocorrência duas vezes mais freqüente desta patologia em mulheres do que nos homens. Os resultados mostram também que 50% dos pacientes com a patologia apresentavam zumbido e que a idade média de ocorrência da perda auditiva é nos 36 anos de idade. O início desta perda é insidioso, sendo lentamente progressiva e na maioria dos casos é do tipo condutiva. Muitos casos mostram comprometimento neurossensorial significativo devido a própria fisiopatologia da doença que se agrava pelo efeito mecânico na condução óssea.

As reais alterações ósseas na otosclerose consistem de neoformação óssea ocorrendo simultaneamente à reabsorção do osso já existente, produzindo um tecido ósseo esponjoso. Este osso anormal pode situar-se em qualquer local da cápsula ótica e dependendo de sua localização o paciente terá uma perda condutiva, neurossensorial, mista ou inexistente.

A membrana timpânica é quase sempre normal, exceto nos casos, de adultos jovens, onde o aumento da vascularização pela atividade do osso em formação é observado na membrana timpânica como uma mancha rósea, conhecida como sinal de Schwartze (10% dos casos)

HISTÓRICO

- 1873- descrito sinal de schawatzte: mancha avermelhada vista por transparência pela membrana timpânica, devido a hiperemia sobre o promontório
- 1881- Von Troltsch: definiu a doença como otosclerose
- 1893- Politzer otosclerose: doença primária do labirinto
- 1908- Bezold: descreveu o histórico, quadro clínico e audiométrico da doença.

- 1912- Sibenman: descreveu otosclerose como causa de surdez neurossensorial.

ACHADOS CLÍNICOS E AUDIOLÓGICOS

Antes de qualquer avaliação audiológica, dois problemas precisam ser excluídos, :a existência de colapamento do meato acústico externo e a presença de cerúmen obstruindo o conduto, pois ambos podem produzir falsas perdas auditivas condutivas . Para que isso não ocorra, é fundamental a inspeção do meato acústico externo. (Figura 1)



Figura 1- Anatomia da Orelha Humana (Frota,1998, P.2)

Geralmente, o foco mais comum encontra-se anteriormente à janela oval e na medida em que o problema se agrava e evolui atinge a articulação do estribo (platina) com a janela oval, demonstrando, desta forma sinais e sintomas característicos

Os sinais da otosclerose são: zumbido persistente; ausência de problemas otológicos anteriores; membrana timpânica íntegra; perda auditiva progressiva, geralmente bilateral aparecendo por volta dos 20 anos; freqüentemente existe história de antecedentes familiares. (RUSSO, 1993)

Segundo Frota (1998), a otosclerose apresenta na sua primeira fase uma perda auditiva condutiva. Na segunda fase uma perda auditiva mista e posteriormente com a

sua evolução pode apresentar componente sensorineural. Alguns sintomas como o zumbido são mais significativos e outros menos como a tontura.

Para Jerger (1998), em algumas situações pode aparecer uma fístula na membrana que recobre a janela oval como uma complicação da cirurgia. Nestes casos, pode ocorrer uma perda auditiva neurosensorial.

Os achados audiológicos característicos da otosclerose clínica são: perda auditiva condutiva inicialmente nas frequências baixas, que com a evolução do problema atingem as frequências subseqüentes, e com o agravamento da ostospongiose, acaba comprometendo a via óssea e as frequências altas. Com relação ao índice de reconhecimento de fala, encontra-se entre 90 e 100%. A imitânciometria apresenta timpanograma com perfil timpanométrico referente a curva do tipo As e reflexo estapediano ausente.(Russo,1993).

Para Frota (1998), na otosclerose estapediana ou clínica, nos estágios iniciais encontramos perda auditiva condutiva bilateral, com curva ascendente e com o evoluir da doença, esta passa a ser mista ou predominantemente neurosensorial. Geralmente na Audiometria Vocal os resultados encontram-se dentro dos padrões de normalidade, compatíveis com a perda presente. Na imitanciométrica o timpanograma apresenta-se baixo, com curva do tipo As ou tipo A, e também com ausência de reflexo estapediano.

A imitânciometria tem grande importância no diagnóstico da otosclerose, onde a presença de um “gap” aéreo-ósseo significativo e ausência de reflexos acústicos com curva timpanométrica normal (às vezes rebaixada) falam a favor de um diagnóstico de otosclerose e são indispensáveis na indicação cirúrgica. (Jerger,1998)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi descrito, a otosclerose é uma patologia severa que acomete a audição do ser humano portanto para escolha do tipo de tratamento a ser instituído, o médico deve levar em consideração a idade, a atividade profissional, o risco de cada procedimento terapêutico e o desejo do paciente.

O tratamento clínico pode ser instituído isolado ou associado ao tratamento cirúrgico, Na presença de contra indicação clínica e nos casos de recusa por parte do paciente ao procedimento cirúrgico, o tratamento clínico isolado pode ser instituído visando interromper ou retardar a progressão da doença.

Já o tratamento cirúrgico, deve ser reservado para pacientes que apresentam boa reserva coclear, boa discriminação e Rinne negativo, e gap aéreo-ósseo acima de 20dB. O paciente deve ser avisado de todos os riscos e possíveis complicações pós-operatórias, para que possa optar pelo tratamento a ser instituído. Até que o paciente esteja de acordo e queira se submeter ao risco da cirurgia, esta deve ser adiada e o uso de prótese auditiva estimulada.

A doença deve ser considerada estável quando a perda auditiva permanecer inalterada em 3 audiometrias sequenciais realizadas com intervalo de 6 meses. O paciente deve estar ciente que a progressão da doença é passível de ocorrer apesar do tratamento, de forma imprevisível e sem razão aparentemente, devendo o paciente submeter-se a avaliação periódica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FROTA, S. **Fundamentos em Fonoaudiologia Audiologia**. São Paulo: Guanabara-Koogan, 1998.

JERGER, S. **Alterações Auditivas: Um Manual Para Avaliação Clínica**. Atheneu. São Paulo: 1998.

KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. 4º ed. Manole. São Paulo: 1999.

RUSSO, Ieda & SANTOS, M. **A Prática da Audiologia Clínica**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1993.