

## A plenitude aural como sintoma isolado.

DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200016

Roseli Saraiva Moreira Bittar

**AURAL VERTIGO ENTIRELY AND PERMANENTLY RELIEVED  
BY EXCISION OF THE MEMBRANA TYMPANI  
AND THE MALLEUS.**

**BY CHARLES H. BURNETT, A M., M.D..**

**AURAL SURGEON PRESBYTERIAN HOSPITAL; LECTURER ON OTOLGY WOMAN'S MEDICAL  
COLLEGE, PHILADELPHIA.**

**AURAL vertigo may be due to disease of the external, the middle, or the internal ear. The name "Ménière's disease" was originally applied to a disease of the internal ear, characterized by sudden and intense deafness, nausea and vertigo, and to this form of aural vertigo it should still be limited. But much confusion has arisen by applying the name Ménière's disease to all forms of aural vertigo, regardless of their origin. The general term, however, should be aural vertigo, and Ménière's dis-**

Mesmo que nos sejam estranhos alguns termos diagnósticos dos médicos antigos, não há como negar que, na época, era o possível dentro das crenças e conhecimento vigentes. A gigantesca evolução dos conhecimentos na área médica nos permite hoje traçar hipóteses e tirar conclusões que eram impossíveis naquelas circunstâncias. Mesmo assim, ainda no século XIX já era claro o conceito de que a plenitude aural (PA) não é um sintoma exclusivo da Doença de Menière<sup>1</sup>.

Chamamos de PA a percepção de "ouvido cheio", que pode ser intermitente ou durar horas, dias ou semanas. Pode ser acompanhada por zumbidos, distorção sonora, perda da estereofonia e desorientação. Por tratar-se de sintoma característico da Doença de Menière (DM), sua presença é frequentemente interpretada como diagnóstica da patologia. No entanto, cabem algumas observações no que se refere ao sintoma como integrante de outros quadros clínicos que não a DM. A PA deve ser cuidadosamente avaliada com relação a sua origem para proceder a melhor abordagem e evitar tratamentos equivocados que levam prejuízo ao paciente. Protocolos diagnósticos são baseados em sinais e sintomas, interrogatório e um exame clínico relativamente simples. No entanto, as doenças otoneurológicas são comumente complexas e apresentam diversos sinais e/ou sintomas comuns em diagnósticos diversos – com abordagens diversas. Pensar além dos protocolos é quase uma obrigação, especialmente se o sintoma é único.

Antes de creditar a PA à hidropisia, é importante notar que há vários “sítios anatômicos” capazes de originar o sintoma. A investigação a respeito das manifestações clínicas relacionadas com a PA mostra que o diagnóstico final estava relacionado à orelha interna em apenas 22,8% dos casos. A grande maioria, de 56,2% dos casos, apresentou problemas na orelha média; 3,3% em orelha externa e 3,2% na rinofaringe <sup>2</sup>.

Como primeiro passo, o diagnóstico diferencial das doenças da orelha interna deve ser cuidadosamente seguido. A literatura descreve um caso de surdez após injeção intratimpânica de corticoide em um paciente com diagnóstico de DM. A surdez foi atribuída à ação do corticoide na osteodistrofia de base, pois o diagnóstico correto era otosclerose. Segundo a publicação, o corticoide suprime a produção de uma proteína protetora da formação óssea – a osteoprotegerina, fundamental para a manutenção da homeostase local nesses doentes <sup>3</sup>. Portanto, o diagnóstico diferencial é de importância capital para que seja adotada a melhor condução para cada um dos casos.

O sintoma pode estar relacionado às disfunções sistêmicas que envolvem o funcionamento das células ciliadas e seu metabolismo. Os autores brasileiros têm papel fundamental na pesquisa das disfunções metabólicas dos carboidratos ligadas ao funcionamento cocleo-vestibular. O desempenho labiríntico, a função coclear e a estabilidade postural são diretamente impactados pelas disfunções celulares secundárias às disfunções do metabolismo da glicose <sup>4,5</sup>. Deve-se considerar ainda a atuação hormonal na homeostase das células ciliadas e suas sinapses. Os hormônios circulantes atuam na excitabilidade neural, exercem papel modulador e potencialmente desencadeador de sintomas relacionados à sensação auditiva <sup>6</sup>. Essa atuação é tanto mais importante quanto mais sensível o SNC do indivíduo. A mais prevalente das doenças que sensibilizam o SNC é a migrânea.

A PA pode ocorrer associada à migrânea como uma potencial entidade clínica. Os doentes apresentam sintomas que muitas vezes se confundem com a própria DM, como crises de zumbidos e vertigens. No entanto, a audiometria pode se apresentar dentro dos padrões da normalidade, mesmo com eletrococleografia alterada. Esses pacientes respondem bem à dieta e aos tratamentos utilizados para o tratamento da migrânea <sup>7,8</sup>. A migrânea é sabidamente um estado de hiperexcitabilidade neural, um quadro complexo, multisistêmico e multifatorial. Gatilhos como a dieta, as alterações metabólicas/hormonais, privação de sono etc., têm a capacidade de desencadear o estado de sensibilidade neural que culmina com os sintomas que se confundem com a própria DM.

Resta ainda comentar sobre as disfunções osteo-musculares como causa da PA. Há décadas é reconhecido o papel da contratura miofascial e tensão da musculatura não associada à mastigação no desencadeamento de zumbido, cefaleia e tonturas <sup>9</sup>. Entre os músculos envolvidos estão os temporais, cervicais e aqueles relacionados ao hióide. Mais recentemente foi retomada discussão sobre a importância da síndrome do tensor do tímpano (STT), que já havia sido descrito na década de 80 <sup>10</sup>. A síndrome do tensor do tímpano parece estar relacionada à ansiedade, que reduz o limiar do reflexo e causa espasmo muscular e a sensação de abafamento e plenitude.

Investigando mais de uma centena de pacientes com plenitude que foram tratados como DM sem resposta satisfatória, Peng observou que a grande maioria deles apresentava disfunção de ATM <sup>11</sup>. Outros sujeitos tinham como diagnóstico as lesões dos discos cervicais ou osteoartrose. Na maioria dos casos o sintoma foi resolvido ou muito melhorado com o tratamento direcionado à ATM ou à musculatura cervico-facial. As alterações mais frequentemente encontradas na ATM são as alterações degenerativas, os deslocamentos do disco articular e edema articular <sup>12</sup>.

1. Burnett CH. Aural vertigo entirely and permanently relieved by excision of the membrana tympani and the malleus. Am J Med Sci. 99(2):158, 1890.
2. Park MS, Lee HY, Kang HM, Ryu EW, YEO SG. Clinical manifestations of aural fullness. Yonsei Med J. 53(5):985-91, 2012.
3. Brookler KH. Monaural diplacusis with tinnitus, aural fullness, hyperacusis, and sensorineural hearing loss. Ear Nose Throat J, 2009.
4. Bittar RSM, Santos MA, Mezzalira R. Glucose metabolism disorders and vestibular manifestations: evaluation through computerized dynamic posturography. Braz J Otorhinolaryngol. 85(4):372-6, 2016.
5. Zuma e Maia FC, Lavinsky L, Mollerke RO, Duarte MES, Pereira DP, Maia JE. Emissões otoacústicas por produtos de distorção em ovinos normais e após indução de hiperinsulinemia. Rev Bras Otorrinolaringol. 74(2), 2008.
6. Williamson TT, Zhu X, Pineros J, Ding B, Frisina RD. Understanding hormone and hormone therapies: impact on the auditory system. J Neuro Res. 28:1721-3, 2020.
7. Moshtaghi O, Ghavami Y, Mahboubi H. Migraine related aural fullness: a potential clinic entity. Otolaryngol Head Neck Surg. 158(1):100-2. 2018.

8. Abouzari M, Abiri A, Djalilian. Successful treatment of a child with definite Meniere's disease with the migraine regimen. *Am J Otolaryngol.* 40(3):440-2, 2019.
9. Curtis AW. Myofascial pain-dysfunction syndrome: the role of nonmasticatory muscles in 91 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 88(4):361-7, 1980.
10. Westcott M, Sanchez TG, Diges I, Saba C, Dineen R, McNeill C, Chiam A, O'Keefe M, Sharples T. Tonic tensor tympani syndrome in tinnitus and hyperacusis patients: A multi-clinic prevalence study. *Noise Health.* 15(63):17-28, 2013.
11. Peng Y. Temporomandibular joint disorder as a cause of aural fullness. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 10(3):236-40, 2017
12. Lee SY, Park JW, Park SE, Nam DW, Lim HJ, Kim YH. Clinical implications of magnetic resonance imaging in temporomandibular disorders patients presenting ear fullness. *Laryngoscope.* 128(7):1692-8. 2018.