

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso clínico

**Neurectomia vestibular na doença de Ménière refratária a
tratamento médico – um caso clínico**

**Vestibular neurectomy in Ménière's disease refractory to medical
treatment – clinical case**

Ditza de Vilhena^a, Joana Pires^a, Nuno Trigueiros^a, Mário Resende^b,
Delfim Duarte^a.

^a Serviço de ORL do Hospital de Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos,
E.P.E.

^b Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho.

Recibido: 4/8/2015 Aceptado: 20/8/2015

Resumo

Apresenta-se um caso clínico de doente do sexo feminino, de 35 anos, com Doença de Ménière caracterizada por crises semanais de vertigem e *drop attacks* frequentes. Por ausência de resposta ao tratamento médico e gentamicina intratimpânica, foi submetida a neurectomia do nervo vestibular esquerdo por via suboccipital, sem complicações pós-operatórias. Apresentou melhoria sintomática, com resolução da vertigem e dos *drop attacks*. A neurectomia vestibular é um método cirúrgico eficaz na resolução da sintomatologia, após falha do tratamento médico.

Palavras-chave: neurectomia vestibular, doença de Ménière, *drop attacks*, crises de Tumarkin

Abstract

The authors present a clinical case of a female patient, aged 35, with Ménière disease characterized by weekly vertigo crisis and frequent *drop attacks*. Given the absence of response to medical treatment and intra-tympanic gentamicin, the patient underwent left suboccipital ves-

Correspondencia: Ditza de Vilhena.

Hospital de Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos, E.P.E.

Correo electrónico: ditzadevilhena@gmail.com

tibular neurectomy, without postoperative complications. The patient improved, with vertigo and *drop attacks* resolution. Vestibular neurectomy is an effective surgical method in symptoms' resolution, after failure of medical treatment.

Keywords: vestibular neurectomy, Ménière disease, *drop attacks*, Tumarkin crisis

Introdução

A Doença de Ménière (DM), hidropisia endolinfática ou hidropisia endococlear, representa uma das doenças vestibulares mais comuns. A *hidropisia* endolinfática é o seu substrato histopatológico e caracteriza-se pela distensão do espaço endolinfático. A etiologia da hidropisia endolinfática não é clara, mas diversos fatores têm sido sugeridos, incluindo causa imunológica, viral, vascular e genética.

A DM manifesta-se por hipoacusia flutuante, crises vertiginosas, sensação de pressão auditiva e acufeno de intensidade variável¹.

As crises otolíticas de Tumarkin, no contexto da DM, são fenómenos raros, que se caracterizam por *drop attacks* (DA) súbitos, não acompanhados de perda de consciência, vertigem ou sintomas vagais, com duração de segundos, e que são independentes dos episódios mais típicos de hidropisia endolinfática.

Nenhum tratamento mostrou alterar a progressão da DM, embora sejam usados com vista à redução da frequência, duração e gravidade dos sintomas, habitualmente de modo escalonado. O aconselhamento de medidas dietéticas, como evicção de cafeína, álcool, sal, açúcar e glutamato monossódico, é a primeira linha de intervenção. O tratamento médico com diuréticos,

antivertiginosos, corticoides, vasodilatadores, antieméticos e/ou ansiolíticos resulta em melhoria na maioria dos casos, embora cerca de 3 a 10% apresentem DM refratária e incapacitante². Nesses casos, deve proceder-se à administração de gentamicina intratimpânica³ (GIT), de comprovada eficácia⁴, com risco de deterioração auditiva em 24% a 48% dos casos².

Para os casos de vertigem resistente e incapacitante, reserva-se o tratamento cirúrgico, que inclui técnicas conservadoras - que visam eliminar os sintomas preservando a função vestibular e auditiva - (descompressão do saco endolinfático) e técnicas destrutivas - que provocam perda da função vestibular com o intuito de eliminar os sintomas, com ou sem preservação da audição - (labirintectomia cirúrgica, cocleasaculotomia e neurectomia vestibular). Mesmo nas técnicas que visam a preservação da audição, como a descompressão do saco endolinfático e a neurectomia vestibular, existe perda auditiva significativa em 9% dos casos⁵. A neurectomia vestibular é considerada o método cirúrgico mais eficaz no alívio sintomático da vertigem na DM refratária⁶.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, de 35 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Pedro Hispano por quadro de vertigem rotatória posicional, sensação de hipoacusia, pressão auditiva e acufeno à esquerda. Ao exame objetivo, a otoscopia era normal, o teste de Rinne positivo bilateralmente, o teste de Weber lateralizava para a

direita, apresentava queda para a esquerda no teste de Romberg, não tolerava realização do teste de Unterberger, e as manobras de Dix-Hallpike eram negativas. A avaliação audiométrica mostrou hipoacusia neurossensorial moderada à esquerda (Fig. 1), e a doente foi medicada com diurético e dieta hipossalina, com ligeira melhoria, mas sem resolução das queixas após um mês.

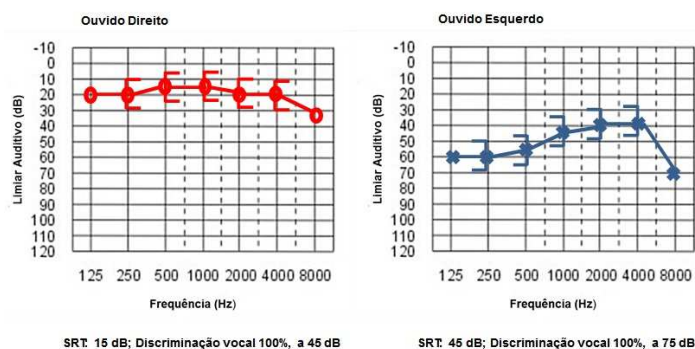


Figura 1: Audiograma inicial - hipoacusia neurossensorial moderada à esquerda, principalmente nas frequências baixas, sem alterações da discriminação vocal.

SRT: limiar de reconhecimento de fala; Hz: hertz; dB: Decibéis

A Eletrococleografia revelou critérios de hidropisia endolinfática à esquerda (Potencial de Somação/Potencial de Ação 54% para 120 dB, 54% para 110 dB, 50% para 100 dB), e a Ressonância Magnética cerebral e de ouvidos não mostrou alterações (Fig. 2).

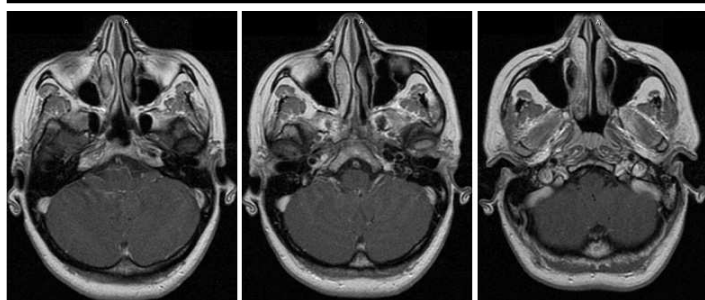


Figura 2: Imagens de Ressonância Magnética pré-operatória (cortes axiais em ponderação T2).

Por ausência de melhoria, foi observada em consulta de Neurologia e foi excluída patologia do sistema nervoso central. Apesar do tratamento médico, 7 meses depois mantinha vertigem rotatória incapacitante diária e referia DA mensais, tendo-se administrado GIT (0.5 ml de solução [40 mg/ml]), com boa tolerância. Houve melhoria sintomática parcial, mas agravamento audiométrico à esquerda (Fig. 3), pelo que se suspendeu o tratamento.

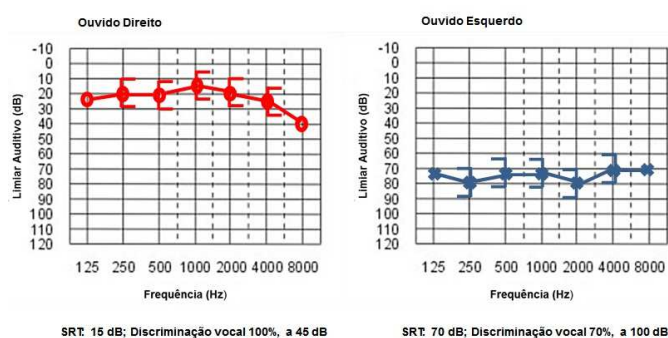


Figura 3: Audiograma 8 dias após administração de GIT - hipoacusia neurossensorial grave esquerda, com perda de 30% na discriminação vocal.

Por agravamento das queixas, foi medicada com corticoide oral (deflazacorte), antivertiginoso (betahistina), vasodilatador (cinarizina), e ansiolítico (alprazolam). Ainda assim manteve vertigem e DA mensais, tendo cessado a sua atividade profissional por incapacidade. A Videonistagmografia revelou normorreflexia vestibular bilateral, e a avaliação analítica não revelou alterações (parâmetros inflamatórios e serologias negativos, doseamento de hormonas tiroideias e proteínas de choque térmico sem alterações, ausência de auto-anticorpos, nomeadamente anti-cocleares). Foi pedida Tomografia Computorizada para investigação de deiscência do canal semicircular superior, que foi

excluída. Por agravamento sintomático, ausência de resposta a tratamento e limitação franca das atividades diárias pessoais e profissionais, a doente foi encaminhada para consulta de Neurocirurgia e, após avaliação multidisciplinar, proposta para cirurgia. Foi submetida a neurectomia do nervo vestibular esquerdo, por via suboccipital, sem intercorrências ou complicações pós-operatórias.

Após Cirurgia, a doente foi encaminhada para Reabilitação Vestibular, e 3 meses depois, retomou a sua autonomia, independência na marcha e atividades diárias. A Tomografia Computorizada pós-operatória não demonstrou alterações, para além das inerentes à intervenção cirúrgica (Fig. 4), e a audiometria revelou

melhoria auditiva (Fig. 5).

Quatro anos após cirurgia, a doente mantém-se sem crises de vertigem ou de Tumarkin e é independente nas atividades pessoais e profissionais. Mantém hipoacusia esquerda, com compensação protésica, e continua sob vigilância em consulta de ORL.

Declaración de conflicto de intereses:

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses na realização e publicação deste trabalho.

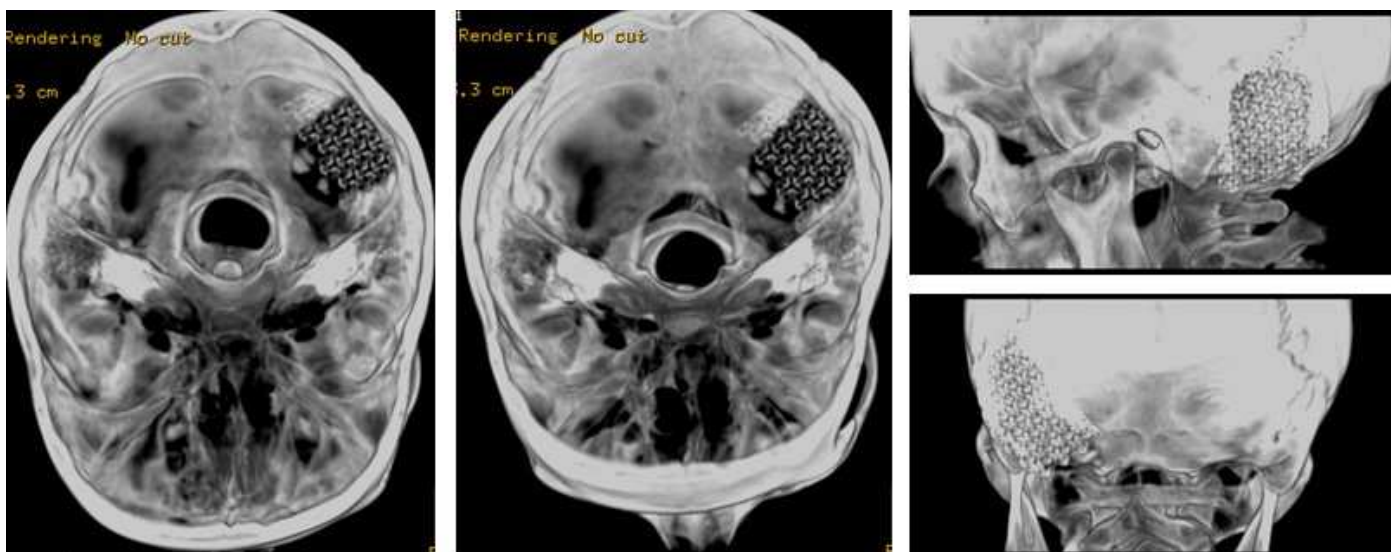
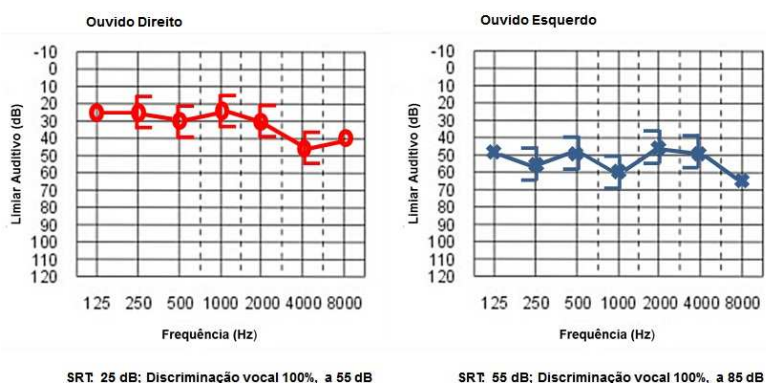


Figura 4: Imagens de Tomografia Computorizada pós-operatória (3D).

Figura 5: Audiograma pós-operatório - melhoria da audição à esquerda, sem compromisso da discriminação vocal. SRT: limiar de reconhecimento de fala; Hz: hertz; dB: Decibéis



Referências

1. Chaves AG, Boari L, Lei Munhoz MS. The outcome of patients with Ménière's disease. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2007;73:346-50.
2. Martín Sanz E, Pérez Fernández N. Intratympanic gentamicin in patients with Ménière's disease: analysis of our protocol. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2004;55:270-6.
3. Coelho DH, Lalwani AK. Medical Management of Ménière's Disease. *Laryngoscope.* 2008;118:1099-108.
4. Nguyen KD, Minor LB, Della Santina CC, Carey JP. Vestibular Function and Vertigo Control after Intratympanic Gentamicin for Ménière's Disease. *Audiol Neurootol.* 2009;14:361-72.
5. Mahadevaiah A, Parikh B. Is surgical vestibular ablation necessary in disabling peripheral vertigo? *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;60:30-4.
6. De diego JI, Prim MP, Melcon E, de Sarriá MJ, Gavilán J. Result of middle fossa vestibular neurectomy in Ménière's disease. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52:283-6.
7. Monsell EM, Balkany TA, Gates GA. Committee on hearing and equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's disease. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation, Inc. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113:181-5.
8. Yardley L, Dibb B, Osborne G. Factors associated with quality of life in Ménière's disease. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2003;28:436-41.
9. Salt AN. *Compilation of Treatments for Ménière's Disease.* Washington University Cochlear Fluids Research Laboratory, St. Louis, Mo, USA, 2004.
10. Saeed SR. Fortnightly review. Diagnosis and treatment of Ménière's disease. *BMJ.* 1998;316:368-72.
11. Perez R, Ducati A, Garbossa D, Benech F, Fontanella MM, Canale A, et al. Retrosigmoid approach for vestibular neurectomy in Ménière's disease. *Acta Neurochir (Wien).* 2005;147:401-4.
12. Thomsen JC, Berner AS, Tos M. Vestibular neurectomy in the treatment of Ménière's disease. *Ugeskr Laeger.* 2000;162:5501-3.
13. Li CS, Lai JT. Evaluation of retrosigmoid vestibular neurectomy for intractable vertigo in Ménière's disease: an interdisciplinary review. *Acta Neurochir (Wien).* 2008;150:655-61.
14. Vrabec JT, Coker NJ, Jenkins HA. Delayed-onset facial paralysis after vestibular neurectomy. *Laryngoscope.* 2003;113:1128-31.