



Perturbações Audiovestibulares nos Traumatismos da Cabeça e do Pescoço

Sónia Soares Pereira¹, Aida Rosalina Silva Sousa²

1 – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) – Licenciatura em Audiologia

2 - Docente ESTSP – Licenciatura em Audiologia.

ESTSP | POLITÉCNICO DO PORTO

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico constitui a principal causa de morte e sequelas em pacientes politraumatizados, convertendo-se, nos últimos anos, num importante problema de saúde pública.

Smeltzer e Bare (2006), conceituam Traumatismo Craniano/ Traumatismo Cranioencefálico (TCE) como uma lesão do crânio ou do cérebro que é suficientemente grave para interferir no seu funcionamento normal.

Cerca de 4 a 30% dos ferimentos na cabeça envolvem a base do crânio sendo que há atingimento do osso temporal em 18 a 40%.

Dependendo do tipo e da gravidade do traumatismo, podem ocorrer alterações estruturais e funcionais no sistema audiovestibular.

OBJECTIVO

Promover um conhecimento amplo acerca das causas e dos grupos que constituem maior risco de traumatismos da cabeça e do pescoço, quantificar a ocorrência de lesões traumáticas, salientar os aspectos otoneurológicos que advêm das mesmas e a importância da intervenção do médico Otorrinolaringologista e do Audiologista.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados B-ON e PUBMED e em outras fontes de informação como livros e revistas científicas.

RESULTADOS

- ☉ Anualmente, nos EUA, aproximadamente dois milhões de pessoas sofrem TCE.
- ☉ Em Portugal, aponta-se para mais de 3700 novos casos de pessoas com incapacidade resultante de TCE, por ano. Dessas cerca de 750 ficarão com incapacidades graves.
- ☉ Entre as principais causas estão: os acidentes automobilísticos (12 – 47%), as agressões (10-37%) e as quedas (16-40%).
- ☉ O predomínio maior ou menor de um factor etiológico depende de algumas características da população, nomeadamente idade, sexo, nível socioeconómico e meio onde a pessoa se insere.

CONCLUSÃO

Os traumatismos representam, hoje, um grande desafio no diagnóstico. O conhecimento profundo da etiologia, classificação, complicações e tratamento das fracturas do osso temporal é obrigatório para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de indivíduos com tais lesões.

A abordagem correcta e precoce do trauma implica grandes benefícios para a população: evita que lesões sejam descobertas tardiamente e possibilita a prevenção das consequências e suas repercussões na qualidade de vida dos doentes.

A melhoria nos métodos de diagnósticos por imagem (TCAR e RM) tem proporcionado uma avaliação cada vez mais detalhada sobre as fracturas do osso temporal.

Por seu lado, o estudo das consequências audiovestibulares compreende uma parte significativa na avaliação do paciente requerendo a intervenção precoce do médico Otorrinolaringologista e do Audiologista. Exames audiológicos (acumetria, impedancimetria, audiometria tonal e vocal, testes supralimiais), electrofisiológicos (ASSR, Electrocoleografia, PEA, Electroneurografia do facial, VEMP) e vestibulares (ENG, VNG, Vertical Visual Subjectiva, Posturografia) são uma ferramenta importante não só no diagnóstico, como também na análise das opções terapêuticas a dirigir.

O Audiologista desempenha um papel importante no diagnóstico, seguimento e reabilitação das sequelas otológicas pós traumáticas. A sua intervenção nos Serviços de Urgência seria uma mais valia no atendimento do paciente politraumatizado.

Consequências Audiovestibulares

Perda Auditiva

Complicação mais comum que compreende entre 24 e 81% dos casos de traumatismos do osso temporal. Esta pode ser imediata ou tardia, transitória, permanente ou progressiva, e ter um padrão condutivo, neurosensorial ou misto.

Geralmente associada a perfuração da MT, luxação/desarticulação ossicular, hemotímpano, colesteatoma pós traumático, transecção do labirinto coclear, lesão no VIII nervo e/ou nas vias centrais

Tontura ou Vertigem

É segundo Brandt T. (2000) uma das maiores queixas, após atingimento da cabeça ou chicotada cervical, não só em adultos, como também em crianças. Pode apresentar-se sob várias formas típicas pós traumáticas: Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), Fístula Perilinfática, Hidrópsia Endolinfática, Síndrome de Chicotada Tardia, Síndromes Vestibulares Centrais.

Paralisia do nervo facial

Associada com 50 - 70% dos traumatismos temporais por neuropraxia ou neurotemese.

Zumbido

Contínuo ou pulsátil, presente em cerca de 50% dos casos de fractura do osso temporal.

Fístula de Líquido Cefalorraquidiano

Ocorre em 11 – 45% dos casos, resultado de uma ruptura da dura - mater após qualquer tipo de fractura.

BIBLIOGRAFIA

- Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. Rev latino-am enfermagem. 2005 Jul-Ago; 13(4): 530-7.
- Oliveira IB, Oliveira ABA, Goes KO, Melo LA. Traumatismo cranioencefálico: considerações anatomofuncionais e clínicas. Revista saúde e pesquisa. 2010 Jan - Abr; 3 (1): 99-106.
- Johnson F, Semaan MT, Megerian CA. Temporal bone fracture: evaluation and management in the modern era. In: Dornhoffer JL, Chandra RK, editors. Otolaryngologic clinic of north america. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2008 June. 41: p. 597-618.

- Wennmo C, Svensson C. Temporal bone fractures – vestibular and other related ear sequel. Acta otolaringol. Stockholm. 1989 Suppl; 468:379-83.
- Santos ME, Sousa L, Castro-Caldas A. Epidemiologia dos traumatismos crânio – encefálicos em Portugal. Acta médica portuguesa. 2003; 16: 71-6.
- Corrigan JD, Selassie AW, Orman JA. The epidemiology of traumatic brain injury. J head trauma rehabil. 2010 Mar – Apr; 25 (2): 72-80.
- Danov R. Pediatric traumatic head injuries. In: Slobounov SM, Sebastianelli WJ, editors. Foundations of sport-related brain injuries. Unit States of America. Springer. 2006; 4: p. 291-314. doi: 10.1007/0-387-32565-4_13