

## **FÓRUM DE DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO – SALA 2**

**TEMA** – Diagnóstico diferencial entre perdas auditivas coclear e retrococlear: refletindo sobre a prática clínica.

**COORDENAÇÃO** - Dra Renata Mota Mamede Carvalho, Dra Liliane Desgualdo Pereira

**RELATORIA** – Dra Isabella Monteiro de Castro Silva

**PALESTRANTES** - Dra Christiane Schultz, Dra Patrícia Helena Pecora Liberman

**PARTICIPANTES** – pico de 160 pessoas

---

### **COORDENADORA - Dra Renata Mota Mamede Carvalho**

Apresentação da coordenação e das palestrantes para iniciar a discussão sobre diagnóstico diferencial entre alterações cocleares e retrococleares.

Apresenta um resumo das vias auditivas e dos exames de avaliação audiológica (imitaciometria e emissões otoacústicas) evidenciando o papel da orelha média, cóclea e sistema eferente do sistema olivococlear.

### **COORDENADORA - Dra Liliane Desgualdo Pereira**

Apresenta a importância de entender o papel do sistema nervoso auditivo na audição. A logaudiometria possui provas que podem trazer resultados interessantes para diferenciação entre perdas condutivas, cocleares e retrococleares. Logaudiometria com logatomos ou sílabas sem sentido, IPRF, LRF, logaudiometria sensibilidade para verificação de disfunção do SNAC até o córtex auditivo.

Relatou correlatos clínicos entre o SNAC e os testes de processamento auditivo central (testes de fala com ruído, SSI, ordenação temporal, resolução temporal e escuta binaural, interação binaural (MLD – maturação precoce e em geral não está alterada em fase escolar – importante na neuropatia auditiva). Relatou ainda alguns quadros patológicos que afetam o sistema periférico da audição.

### **PALESTRANTE – Dra Christiane Schultz**

Diagnóstico Audiológico – avaliar o sistema como um todo e buscar as compatibilidades entre esses exames.

Observar as questões técnicas de cada exame, para termos certeza se as respostas realmente foram as medidas mais condizentes com a condição do paciente.

### **Monitorização de audição com pacientes oncológicos – perdas auditivas por ototoxicidade.**

**Quimioterapia** - Tratamento sistêmico - Principal vilão cisplatina com dose igual ou acima 450mg/m<sup>2</sup>. Seguimento a longo prazo devido a metabolização lenta da droga pelo organismo.

**Radioterapia** - tratamento local e traz riscos para a audição em câncer de cabeça e pescoço, com dose total de 6000 cGy e quando o ouvido está no campo da radiação (câncer de cabeça e pescoço).

**Ototoxicidade** - Até 33% dos casos apresentam perda auditiva por ototoxicidade com tratamento de radioterapia isolada e até 80% nos casos associados à quimioterapia (Shorter et al., 2014).

Apresentação de casos

## **PALESTRANTE – Dra Patrícia Helena Pecora Liberman**

Apresentação de casos com vários tipos de tumores (glândula pineal, mama, Rbdomiossarcoma Parameningeo Embrionário com invasão de base de crânio, meningioma retro-olival, doenças neurodegenerativas) utilizados para exemplificar os achados de logaudiometria, com IRF muito rebaixado, indicando alteração retrococlear, com EOAs presentes e potenciais alterados, audiometrias com perdas profundas e EOAs presentes com potenciais ausentes, retomada dos limiares, das eoas e dos potenciais no acompanhamento a longo prazo de alguns casos, sugerindo que a ausência do tumor pode justificar a retomada da sincronia neural.

### **PERGUNTAS E COMENTÁRIOS**

Houve grande participação da plateia no chat, com vários questionamentos, respondidos pelas palestrantes, como por exemplo:

- 1- Protocolo de monitoramento praticado por elas do AC Camargo - **Quimioterapia:** avaliação pré-tratamento, pós-primeiro ciclo, ao final de tratamento e posteriormente, anual. Se houver mudanças muito importantes entre o pré e após o primeiro ciclo, acompanha-se a cada ciclo. **Radioterapia:** pré-tratamento, durante radioterapia, mais próximo ao final. Após 3 meses, após 6 meses de tratamento e a partir daí, acompanhamento anual.
- 2- Dúvidas relacionadas a mudanças de conduta efetivas para os casos em que se detecta precocemente o efeito ototóxico e a importância do acompanhamento e discussão do caso em equipe, para que o médico tome a decisão mais acertada sobre dosagem ou mudança de abordagem terapêutica quando for o caso.
- 3- Sobre conduta nos casos de crianças, que dependem mais da colaboração das crianças na avaliação anterior a sessão de tratamento, sendo priorizado todas as avaliações possíveis que a criança permitir.
- 4- Uso da audiometria de alta frequência para acompanhamento dos danos cocleares na base de cóclea. É uma ferramenta interessante e complementar, mesmo com as dificuldades de padronização.
- 5- Sobre além de se fazer EOATE e EOAPD, fazer a análise da supressão das emissões para verificação do sistema eferente. Apesar de não haver uma determinação clara do que vem a ser efetivamente uma medida de supressão real, as comparações dos resultados ao longo das avaliações podem dar pistas sobre o que possa estar ocorrendo.

### **SUGESTÕES**

- 1- Importante verificar a compatibilidade entre todos os achados da avaliação periférica: limiares tonais X LRF X IPRF X Reflexos acústicos X EOA. Envolver avaliação neural nos casos de incompatibilidade (potenciais evocados e avaliação do processamento auditivo)
- 2- Deve ser observada além da presença ou ausência dos reflexos acústicos, é importante monitorar as variações de amplitude dos reflexos a partir das várias intensidade, quando os reflexos estão presentes. Este é um sinal importante de alterações cocleares.