



EXAME POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SUBMILIMÉTRICA DO OSSO TEMPORAL NA DOENÇA DE MÉNIÈRE

Welling D. B., M. D.; Clarkson M. W., M. D.; Miles B. R., M. S.;
Schmalbrock P., PhD; Williams P. M., PhD;
Chakeres D. W., M. D.; Oehler M. C., M. D.

Laryngoscope 1996; 106(11): 1359-64

RESUMO

Os autores lembram que a etiologia da Doença de Ménière (D. M.) ainda não foi estabelecida e destacam um dos principais fatores aventados: a presença de Ductos Endolinfáticos (D. É.s) encurtados e estreitados quando comparados a ductos de indivíduos normais.

Citam-se estudos anátomo-patológicos e outros trabalhos com métodos de avaliação por imagem que já demonstraram em casos de D. M. a presença de estreitamento e encurtamento do D. É., que seria a base da gênese da hidropsia endolinfática retrógrada e, conseqüentemente, dos sintomas clássicos observados.

Foram estudados 12 pacientes portadores de D. M. unilateral (3 pacientes do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idade variando entre 18 e 65 anos) e 11 controles normais (5 de sexo masculino e 6 de sexo feminino, com idade entre 23 e 64 anos).

Os parâmetros avaliados foram a capacidade de visualização do D. É. e a distância entre o canal semicircular posterior e o labirinto e o espaço subaracnoideo.

Os exames por Ressonância Magnética (R. M.) foram realizados em aparelho Sigma, 1,5 Tesla, da G. É., com cortes axiais de 0,7 mm de espessura. Todas as imagens obtidas foram avaliadas independentemente por 2 neurorradiologistas.

Quanto aos resultados obtidos, os D. É.s puderam ser visualizados em 7 (29%) dos 24 ossos temporais

de pacientes portadores da D. M. Note-se que não houve diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à visualização do D. É. das orelhas sintomáticas e assintomáticas nestes pacientes. Quanto ao grupo controle, houve visualização do D. É. em 20 (91%) dos ductos avaliados. Além da menor taxa de visualização do D. É., as medidas dos ossos temporais também se revelaram menores nos pacientes portadores da D. M.

Correlação muito interessante foi observada entre boa resposta ao tratamento cirúrgico e boa visualização do D. É. à R. M. Cinco (5) pacientes estudados foram submetidos a "shunt" endolinfático, após a realização do exame por R. M. Dois (2) destes pacientes apresentaram alívio importante dos sintomas após a cirurgia e, coincidentemente, estes pacientes apresentaram D. É.s visíveis bilateralmente. Os demais três (3) pacientes, que não apresentaram D. É.s visíveis à R. M., tiveram resposta muito pobre ao tratamento cirúrgico.

Os autores concluem quanto à presença de menor grau de visualização do D. É. em portadores de D. M. correlacionando-a à presença de ossos temporais de menores dimensões na região estudada. A relação observada entre resposta ao tratamento cirúrgico e visualização do D. É. à R. M. deve ainda ser confirmada em estudos com maior número de pacientes.

COMENTÁRIO

Iniciamos este comentário ressaltando um aspecto pertinente muito interessante. Ao nos depararmos pela primeira vez com o tema "Ressonância Magnética na Doença de Ménière" quase que instantaneamente imaginamos que finalmente se pôde observar "in vivo" a presença de hidropsia, com visualização de certo grau de alargamento das estruturas do labirinto membranoso. Isto finalmente resolveria o enorme problema que o

diagnóstico da Doença de Ménière é até os dias atuais. Percebemos, então, que os achados observados não têm qualquer relação com a avaliação direta da presença de hidropsia. Assim, a validade da realização do exame por R. M. em portadores de D. M. não é tanto diagnóstica quanto prognóstica (embora seja importante para afastar alguns dos principais diagnósticos diferenciais). Além disso, os achados

descritos quanto ao D. E. na D. M. enfatizam a importância de fatores genéticos e de desenvolvimento do osso temporal com relação à etiologia do distúrbio.

Este estudo, embora realizado em série pequena de pacientes acometidos pela D. M., confirma os achados anteriormente descritos de que se observa na D. M. a presença de D. E.s estreitos e encurtados, quando comparados a indivíduos normais, tanto nas orelhas sintomáticas quanto nas assintomáticas. Acredita-se que esta variante de desenvolvimento, gerando estrutura de drenagem anatomicamente menor em tamanho, funcionaria como fator predisponente junto ao qual inúmeros outros fatores poderiam atuar, gerando hidropsia endolinfática retrógrada e a conhecida sintomatologia.

Estudo mais detalhado a este respeito vem sendo realizado em nosso Serviço, em colaboração com o Departamento de Ressonância Magnética do HC-FMUSP. Avaliando-se maior número de pacientes e indivíduos normais como grupo controle, pretende-se estabelecer o grau de visualização do DE nas várias décadas da vida, correlacionando-se os achados observados com o tempo de evolução nos casos de presença da doença.

Maria Cecília Lorenzi - Médica Assistente da Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CARACTERÍSTICAS AUTOFLUORESCENTES DA MUCOSA ORAL

Duncan A. Ingrams, FRCS; Jagdish K. Dhingra, FRCS; Krishnendu Roy, Btech, Donald F. Perrault Jr., BS, Ian D. Bottrill, FRCS, Sadru Kabani, DMD; Elie E. Rebelz, MD; Michail M. Pankratov, MS.; Stanley M. Shapshay, MD; Ramasamy Manoharan, PhD; Irving Itzkan, PhD; Michael S. Feld, PhD.

Há muito tempo pesquisadores vêm investigando a possibilidade de uso da fluorescência espectroscópica para fins de diagnóstico de tumores malignos. A maioria destes estudos têm utilizado agentes fluorescentes externos como as hematoporfirinas. A autofluorescência foi usada inicialmente por Policard em 1924. Alfano et al, em 1984, mostraram que a autofluorescência poderia efetivamente diferenciar o tecido normal daquele com desenvolvimento tumoral maligno.

Os autores do presente estudo coletaram 22 amostras de tecidos normais e tumorais da mucosa oral, submetendo-os a exame histológico e à autofluorescência, notando importantes diferenças entre estes tecidos no que diz respeito à fluorescência obtida, notadamente no comprimento de onda de 635 nm.

O estudo em questão é interessante, principalmente quando se visualiza a possibilidade de diagnóstico precoce do câncer oral. No entanto, a casuística é pequena e não fornece dados tão consistentes no que diz respeito às lesões pré-malignas (leuco e eritroplasia).

Outros trabalhos usando a mesma metodologia, porém com maior número de casos e melhor sistematização deverão ser realizados para que a técnica possa se tornar de uso corrente.

IVAN DIEB MIZIARA - Médico Assistente da Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PRODUTO TRENTAL® 400 - Drágeas (pentoxifilina). **INDICAÇÕES:** Doenças oclusivas arteriais periféricas e distúrbios arterio-venosos de natureza aterosclerótica ou diabética (ex.: claudicação intermitente, dor em repouso) e distúrbios tróficos (úlceras nas pernas e gangrena). Alterações circulatórias cerebrais (seqüelas de arteriosclerose cerebral, tais como dificuldades de concentração, vertigem, comprometimento da memória), estados isquêmicos e pós-apopléticos. Distúrbios circulatórios do olho ou ouvido interno, associados a processos vasculares degenerativos e comprometimento da visão ou audição. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à pentoxifilina, às metixantinas, ou algum de seus excipientes; hemorragias maciças; hemorragia retiniana extensa. **PRECAUÇÕES:** Cuidadosa monitorização em pacientes com arritmia cardíaca grave, infarto do miocárdio, hipotensão, comprometimento severo da função renal ou hepática, tendência aumentada à hemorragias e em pacientes que apresentam risco especial com a redução da pressão arterial. Não dispõe-se de experiências em crianças. **Gravidez e Lactação:** TRENTAL 400 - DRÁGEAS não deve ser utilizado durante a gestação. O médico deve avaliar cuidadosamente o risco/benefício antes de administrar TRENTAL 400 - DRÁGEAS à mulheres que estejam amamentando. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** As interações com agentes anti-hipertensivos, antidiabéticos e teofilina devem ser levadas em consideração. **REAÇÕES ADVERSAS:** Principais reações adversas (principalmente quando TRENTAL 400 - DRÁGEAS é utilizado em doses elevadas): "flush" (rubor facial com sensação de calor), distúrbios gastrintestinais (ex.: náusea, vômito ou diarreia); arritmias cardíacas (ex. taquicardia); prurido, eritema e urticária, reações anafilactóides, incluindo edema angioneurótico, brocospasmo, choque; vertigem, cefaléia, agitação, distúrbios do sono; elevação da transaminase, colestase intra-hepática; hipotensão sintomática, angina de peito; trombocitopenia, hemorragias, sangramentos (ex.: cutânea e de mucosas). **POSOLOGIA:** Dose usual de uma drágeas duas ou três vezes ao dia. Para os pacientes que apresentam redução significativa da função hepática ou renal e pacientes com hipotensão existem recomendações posológicas especiais. **APRESENTAÇÃO:** Embalagens com 20 drágeas de 400 mg. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler bula completa do produto. Data da última revisão: 11/04/97.