

CASO CLÍNICO

DISFAGIA POR OSTEOFITOSE CERVICAL CERVICAL OSTEOPHYTE AND DYSPHAGIA

João Almeida*, Clara Capucho**, Carlos Ruah***, António Estanqueiro****, Madeira da Silva*****

RESUMO:

Os autores apresentam um caso de disfagia progressiva num homem de 69 anos, devida a osteofitose cervical gigante a nível de C3-C4, documentada com radiografias da coluna cervical e do esófago, laringoscópias e tomografia computadorizada da coluna cervical.

O doente foi tratado cirurgicamente com alívio sintomático significativo.

PALAVRAS-CHAVE:

Caso Clínico; Disfagia; Cervical; Osteofito

ABSTRACT:

The authors present a case of progressive dysphagia induced by a large C3-C4 osteophyte in a 69 year old male. The patient was studied with plain X-ray films and computed tomography of the cervical spine, contrast esophageal studies and laryngoscopy.

The osteophyte was removed surgically with significant symptomatic improvement.

KEY WORDS:

Case report; Dysphagia; Cervical; Osteophyte.

Dr João Almeida

Departamento de Otorrinolaringologia - Hospital de Egas Moniz
Rua da Junqueira, 126 - 1300-344 LISBOA
Telem.: 919027439

INTRODUÇÃO

A osteofitose cervical é uma causa pouco frequente de disfagia, apesar da sua grande prevalência na população.

Têm sido descritos alguns casos na literatura de ORL¹⁻⁶, na Neurocirúrgica⁷⁻¹⁰, na Gastroenterológica¹¹, na Radiológica¹² e na Ortopédica^{13, 14}.

A osteofitose cervical é responsável por um quadro clínico que pode incluir, além da disfagia progressiva, episódios de aspiração de alimentos, sensação de massa na hipofaringe, perda de peso, e mais raramente, dispneia, disфонia, estridor, roncopatia obstrutiva bem como sintomas osteoarticulares e neurológicos¹.

* Interno do internato complementar de ORL do Hospital de Egas Moniz
** Assistente hospitalar de ORL do Hospital de Egas Moniz
*** Assistente graduado hospitalar de ORL do Hospital de Egas Moniz
**** Assistente hospitalar de Ortopedia do Hospital de Egas Moniz
***** Director do Serviço de ORL do Hospital de Egas Moniz - Lisboa

Deve-se sempre excluir outras causas de disfagia, nomeadamente neoplásicas ou neuromusculares.

Embora muitos doentes sejam tratados cirurgicamente, as medidas dietéticas e anti-inflamatórias podem ser previamente ponderados¹.

CASO CLÍNICO

Indivíduo do sexo masculino, com 69 anos, com história de disfagia para sólidos com cerca de 6 anos de evolução, associada a sensação de corpo estranho na hipofaringe, episódios de aspiração de alimentos e acentuada rigidez cervical, sem perda de peso, dispneia ou disfonia.

O doente tinha diminuição da mobilidade cervical.

Na laringoscopia indirecta verificou-se um abaulamento da parede posterior da hipofaringe, com redução acentuada do lúmen, não se visualizando a laringe (fig. 1).



FIGURA 1 - LARINGOSCOPIA COM LARINGOSCÓPIO HOPKINS DE 70° PRÉ-OPERATÓRIA.

Não se detectaram outras alterações de relevo no exame objectivo.

Na laringoscopia com fibroscópio por via transnasal visualizou-se laringe normal.

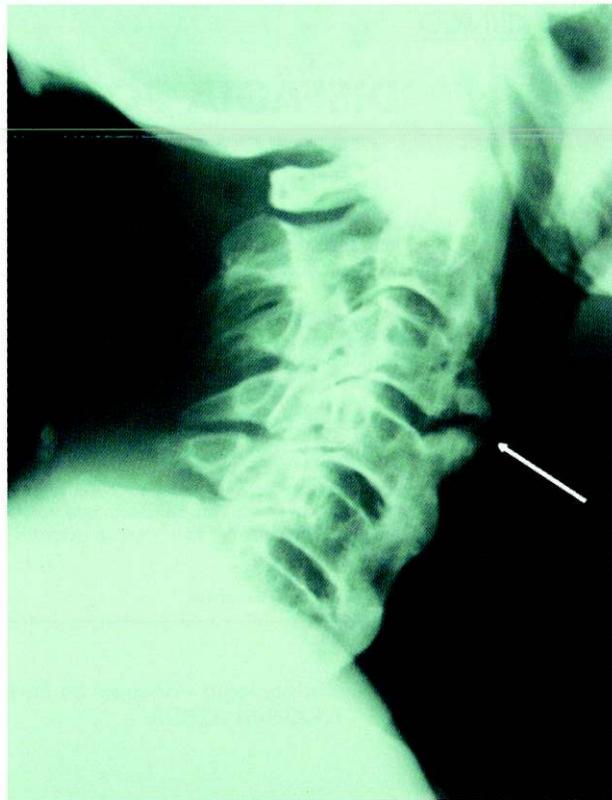


FIGURA 2 - RADIOGRAFIA SIMPLES DE PERFIL DA COLUNA CERVICAL PRÉ-OPERATÓRIA MOSTRANDO O OSTEOFITO EM C3-C4.

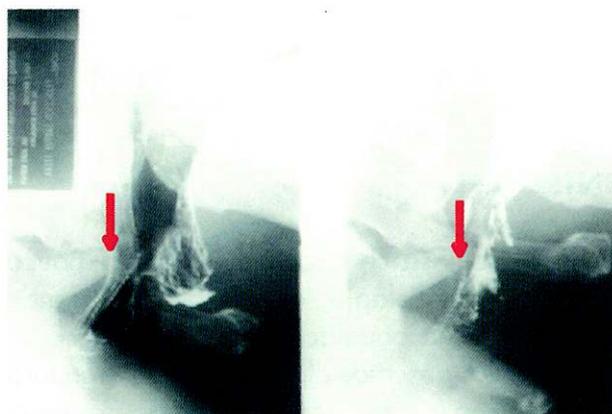


FIGURA 3 - RADIOGRAFIA DE PERFIL DA COLUNA CERVICAL, DURANTE DEGLUTIÇÃO DE PAPA BARITADA, MOSTRANDO O OSTEOFITO EM C3-C4 CONDICIONANDO ESTENOSE ACENTUADA AO NÍVEL DA HIPOFARINJE.

A endoscopia digestiva alta revelou morfologia esofágica normal, gastrite antral e bulbite erosiva.



FIGURA 4 - TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA QUE MOSTRA OSTEOFITO EVIDENTE NO CORPO VERTEBRAL.

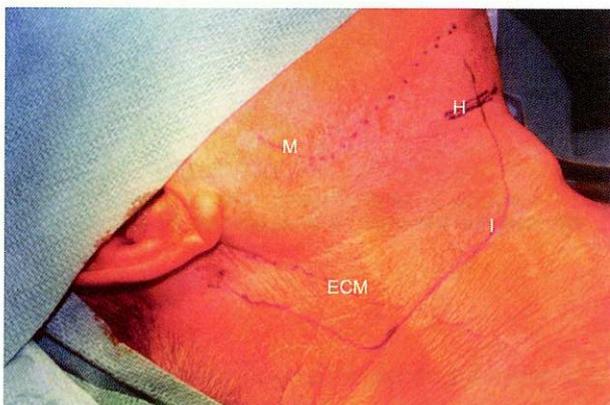


FIGURA 5 - CAMPO OPERATÓRIO APÓS DESINFECÇÃO COM MARCAÇÃO NA PELE DO OSSO HIÓIDE (H), MAXILAR INFERIOR (M), BORDO ANTERIOR DO ESTERNO-CLEIDO-MASTOIDEU (ECM) E INCISÃO (I).



FIGURA 6 - EXPOSIÇÃO DO OSTEOFITO.

A radiografia simples da coluna cervical de perfil (fig. 2) e a radiografia contrastada (fig. 3) mostram formações osteofíticas a nível de C3-C4 e na TC da coluna cervical verifica-se grande formação osteofítica a nível do corpo vertebral (fig. 4).

Foi então planeada a abordagem cirúrgica para remoção deste osteofito gigante com a colaboração da ortopedia.

Após indução da anestesia geral, o doente ficou colocado em decúbito dorsal com um rolo por baixo dos ombros para se obter a extensão cervical e a cabeça foi rodada ligeiramente para a esquerda.

Após a desinfecção e aplicação adequada dos campos operatórios foi realizada uma incisão de Sébileau-Carrega.

Esta incisão começa na ponta da mastóide e termina na linha média cervical, desenhando um arco aberto para cima, cujo cume se situa ao nível do terço médio da região cervical (fig. 5).

Foi então levantado um retalho de base superior que incluiu o músculo cutâneo cervical.

Este passo permitiu uma boa exposição do músculo esternocleidomastoideo e do seu bordo anterior, da região da glândula submaxilar direita e dos músculos inferohioideos homolaterais.

A dissecação prosseguiu ao longo do bordo anterior do músculo esternocleidomastoideo até ao isolamento do eixo jugulo-carotídeo que foi progressivamente delineado e isolado da faringe e laringe.

Com esta manobra e o descolamento dos músculos faríngeos da coluna cervical, realizada com o dedo, foi possível a exposição dos corpos vertebrais e do osteofito gigante entre C3 e C4 (fig. 6).

Dado o grande grau de calcificação do ligamento anterior da coluna cervical, não foi possível uma dissecação adequada do mesmo.

O osteofito foi então removido com martelo e escopro pelo colega de ortopedia.

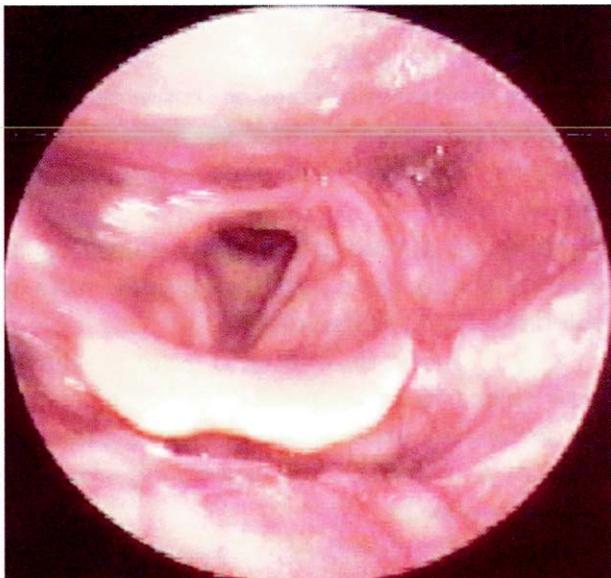


FIGURA 7 - LARINGOSCOPIA COM LARINGOSCÓPIO HOPKINS DE 70° PÓS-OPERATÓRIA.

Após esta manobra foi obtida uma boa hemostase, colocado um dreno redivac® pequeno e a incisão encerrada em 3 planos (músculo cutâneo cervical, região sub-cutânea e pele).

O pós-operatório decorreu sem complicações e o doente teve alta ao 8º dia já com grande alívio sintomático, alimentando-se sem engasgamento.

No pós-operatório pode visualizar-se grande melhoria do lúmen da hipofaringe (fig. 7) e da ausência de osteofito na radiografia da coluna cervical em perfil (fig. 8).

DISCUSSÃO

Em 1926 Mosher descreveu pela primeira vez disfagia devida a osteofitose cervical⁸.

A disfagia pode surgir associada a formações osteofíticas cervicais isoladas⁸, espondilite anquilosante⁹, ossificação do ligamento longitudinal posterior¹⁵, espondilite infecciosa, pós-traumática¹¹ ou no contexto de uma Doença de Forestier^{1, 12}, esta última caracteriza-se



FIGURA 8 - RADIOGRAFIA SIMPLES DE PERFIL DA COLUNA CERVICAL APÓS REMOÇÃO DO OSTEOFITO.

por uma hiperostose anquilosante difusa com crescimento ósseo exofítico envolvendo a coluna cervical, torácica, lombar, bem como ligamentos pélvicos, calcaneanos, társicos, cubitais, olecraneanos e rotulianos^{1, 11}.

O nível de envolvimento da osteofitose cervical atinge mais frequentemente C5-C6, seguido de C4-C5 e finalmente C2-C3^{8, 12}.

Os doentes na maioria dos casos são do sexo masculino, encontram-se na quinta/sexta décadas de vida⁸ e tipicamente têm uma história de disfagia progressiva pior para alimentos sólidos, podendo no entanto referir início súbito das queixas ou mesmo intermitência dos sintomas.

Menos frequentemente podem surgir outras queixas como dispneia, disfonia, estridor, roncopatia obstrutiva devido a compressão provocada pelos osteofitos.

A disfagia pode ser causada quer pela própria acção mecânica do osteofito, quer pela inflamação dos tecidos moles perifaríngeos e edema prevertebral devida ao traumatismo provocado pelas formações osteofíticas^{12, 16}, o que pode explicar o início súbito ou a intermitência dos sintomas.

No diagnóstico diferencial, deve-se excluir outras causas de disfagia, pedindo os exames complementares de diagnóstico necessários (tabela 1).

Nas disfagias progressivas o tratamento de escolha é cirúrgico, e passa por exérese dos osteofitos e normalmente sem necessidade de colocação de material de osteossíntese⁸.

Neste caso, optou-se pela incisão de Sébileau-Carrega por dar uma melhor exposição do espaço parafaríngeo, em relação a uma incisão ao longo do bordo anterior do músculo esterno-cleido-mastoideu.

No caso de o doente não ter condições anestésicas ou recusar cirurgia, pode-se optar por um tratamento médico, tal como a modificação da dieta e, eventualmente, uso de corticosteróides^{1, 8}.

Habitualmente o tratamento cirúrgico resulta no desaparecimento dos sintomas com melhoria significativa na qualidade de vida dos doentes.

Tabela 1
CAUSAS DE DISFAGIA

Luminais	Bolo alimentar, corpo estranho
Intrínsecas da parede da esófago	Refluxo gastro-esofágico, queimaduras por ingestão de cáusticos, infecções (cmv, candidíase), síndrome de Plummer-Vinson, neoplásicas, Doença de Chagas
Extrínsecas à parede do esófago	Bolsa faríngea, divertículos esofágicos, hérnia do hiato, tumores mediastínicos, tumores brônquicos, hipertrofia da aurícula esquerda, aneurisma da aorta, linfadenopatias mediastínicas, osteofitose cervical
Neuromusculares	Acalásia, espasmo difuso do esófago, Síndrome de Guillain-Barré, Miastenia Gravis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Deutsch, E.C., J.A. Schild, and M.F. Mafee, Dysphagia and Forestier's disease. *Archives of Otolaryngology* (Chicago, Ill.: 1960), 1985. 111(6): p. 400-2.
- 2 Prasad, U., Dysphagia due to massive cervical osteophyte. *The Journal of Laryngology and Otology*, 1969. 83(5): p. 493-6.
- 3 Kibel, S.M. and P.M. Johnson, Surgery for osteophyte-induced dysphagia. *The Journal of Laryngology and Otology*, 1987. 101(12): p. 1291-6.
- 4 Kmucha, S.T. and R.B. Cravens, DISH syndrome and its role in dysphagia. *Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 1994. 110(4): p. 431-6.
- 5 Counoy, H., et al., [Dysphagia and cervical osteophytosis: case report and review of the literature]. *Annales D'Otologie Laryngologie Et de Chirurgie Cervico Faciale: Bulletin de La Societe D'Otologie Laryngologie Des Hopitaux de Paris*, 2001. 118(6): p. 386-9.
- 6 Uppal, S. and A.H. Wheatley, Transpharyngeal approach for the treatment of dysphagia due to Forestier's disease. *The Journal of Laryngology and Otology*, 1999. 113(4): p. 366-8.
- 7 Marra, A., et al., Dysphagia due to anterior cervical osteophyte. Case report. *Journal of Neurosurgical Sciences*. 35(4): p. 229-31.
- 8 Papadopoulos, S.M., et al., Anterior cervical osteophytes as a cause of progressive dysphagia. 1989. 101(1-2): p. 63-5.
- 9 Mineo, J.F., et al., [Dysphagia and cervical bony spurs]. *Neuro-Chirurgie*, 2001. 47(2-3 Pt 1): p. 140-2.
- 10 Tanaka, Y., et al., [Dysphagia due to giant cervical osteophytes]. *No to Shinkei. Brain and Nerve*, 2002. 54(10): p. 908-11.
- 11 Lambert, J.R., et al., Cervical spine disease and dysphagia. Four new cases and a review of the literature. *The American Journal of Gastroenterology*, 1981. 76(1): p. 35-40.
- 12 Kodama, M., et al., Dysphagia caused by an anterior cervical osteophyte: case report. *Neuroradiology*, 1995. 37(1): p. 58-9.
- 13 Humphreys, S.C., et al., Dysphagia caused by anterior cervical osteophytes: a case report. *The American Journal of Orthopedics*, 2002. 31(7): p. 417-9.
- 14 Maiuri, F., et al., Dysphagia and dyspnea due to an anterior cervical osteophyte. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 2002. 122(4): p. 245-7.
- 15 Oga, M., et al., Dysphagia complications in ankylosing spinal hyperostosis and ossification of the posterior longitudinal ligament. Roentgenographic findings of the developmental process of cervical osteophytes causing dysphagia. *Spine*, 1993. 18(3): p. 391-4.
- 16 Bulos, S., Dysphagia caused by cervical osteophyte. Report of a case. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 1974. 56(1): p. 148-52.