

Tendinite do longo do pescoço: Diagnóstico diferencial de abscesso pré-vertebral

Longus colli tendinitis: Differential diagnosis of prevertebral abscess

Luís Almeida Does • Sandra Agostinho • Mariana Roque • Leonor Fernandes • Ana Rita Santos • Marco Alveirinho Simão • Óscar Dias • Mário Andrea

RESUMO

Introdução: A tendinite aguda pré-vertebral, também conhecida como tendinite calcificada retrofaríngea ou tendinite do músculo longo do pescoço, é uma causa pouco frequente de cervicalgia aguda produzida por uma inflamação do músculo longus colli. Tipicamente existem calcificações na inserção superior do longus colli ao nível C1-C2 e uma coleção líquida no espaço retrofaríngeo. O diagnóstico diferencial inclui abscesso pré-vertebral, espondilite e lesão traumática.

Material e Métodos: Os autores apresentam a abordagem diagnóstica de uma doente referenciada ao serviço de urgência no contexto de cervicalgia aguda.

Conclusão: O conhecimento das características clínicas e imagiológicas desta entidade permite um diagnóstico e tratamento imediato, evitando assim possíveis terapêuticas cirúrgicas.

ABSTRACT

Introduction: Acute prevertebral tendinitis, also known as calcific retropharyngeal ten-dinitis or longus colli tendinitis, is an infrequent cause of acute cervical pain produced by an inflammation of the longus colli muscle. Typically there are calcifications in the upper insertion of the longus colli at C1-C2 and a fluid collection in the retropharyngeal space. The differential diagnosis includes pre-vertebral abscess, spondylitis and trauma injury.

Material and Methods: The authors present the diagnostic approach of a patient referred to the emergency department in the context of acute cervical pain.

Conclusion: The knowledge of the clinical and imaging features allows an immediate diagnosis and treatment, thus avoiding possible surgical management.

Palavras-chave: Tendinite, longo do pescoço, abscesso pré-vertebral

INTRODUÇÃO

A tendinite do músculo longo do pescoço, também designada por tendinite aguda pré-vertebral ou tendinite calcificada retrofaríngea, é uma entidade pouco discutida na literatura otorrinolaringológica apesar de a sua apresentação clínica incluir sintomas comuns de referenciação à urgência ORL, nomeadamente a disfagia e a cervicalgia.

Caso Clínico

Reportamos o caso de uma senhora de 58 anos de idade, caucasiana, referenciada à urgência ORL por um quadro de cervicalgia aguda com 48h de evolução. Referia ainda odinofagia, disfagia para sólidos e dificuldade na mobilidade cervical. A inspeção da orofaringe e a nasofibrosopia permitiram visualizar abaulamento da parede posterior da nasofaringe e orofaringe, sem alterações da mucosa. A palpação cervical revelava rigidez muscular e ausência de massa ou adenopatias palpáveis. Clinicamente a doente encontrava-se muito queixosa, apirética e excluiu-se traumatismo cervical prévio assim como presença de outros antecedentes pessoais relevantes. No estudo laboratorial ligeira leucocitose com neutrofilia (16.0 x 10⁹/L com 55% N) e PCR de 4,4 mg/ml, ANA, ANCA e factor reumatóide negativos, sem outras alterações.

Luís Almeida Does

Interno do Internato Complementar em Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Sandra Agostinho

Interna do Internato Complementar em Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Mariana Roque

Interna do Internato Complementar em Imagiologia Geral do Hospital de Santa Maria

Leonor Fernandes

Assistente Hospitalar de Imagiologia Geral do Hospital de Santa Maria

Ana Rita Santos

Assistente Hospitalar de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Marco Alveirinho Simão

Assistente Hospitalar de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Óscar Dias

Chefe de Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Mário Andrea

Director de Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

Correspondência:

Luís Almeida Does

Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação

Hospital de Santa Maria, Centro Hospital Lisboa Norte

Avenida Professor Egas Moniz, 1649-035, Lisboa

TEL: 21 780 5000 FAX: 21 780 5610

EMAIL: luisalmeidadores@gmail.com

Tendinite do longo do pescoço: diagnóstico diferencial de abscesso pré-vertebral

Apresentado sob a forma de Poster no 59º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
28 de Abril a 1 de Maio de 2012, Viseu.

A tomografia computadorizada cervical revelou ao nível da charneira crânio-vertebral uma lesão calcificada nos planos pré-vertebrais abaixo do arco anterior do atlas e à frente do corpo de C2 assim como uma coleção hipodensa no espaço retrofaríngeo que se estendia desde a nasofaringe até ao plano que passa pelo bordo superior da cartilagem tiroideia. Imagens interpretadas pelo médico radiologista como sugestivas de abscesso pré-vertebral/retrofaríngeo (Figuras 1 e 2).

Neste contexto a doente foi internada e submetida a drenagem cirúrgica por via transoral com saída de líquido seroso. A pesquisa de bactérias aeróbias, anaeróbias e bacilos álcool-ácido resistentes foi negativa assim como as serologias para VIH-1 e brucelose.

Ocorreu resolução completa do quadro em 48h de internamento sobre terapêutica analgésica, anti-inflamatória e antibiótica (amoxicilina/ácido clavulânico com metronidazol). O estudo imagiológico com tomografia computadorizada às 2 semanas revelou resolução completa da prévia loculação líquida ao longo do espaço retrofaríngeo e quase total resolução da calcificação focal adiante da região atlanto-axoideia.

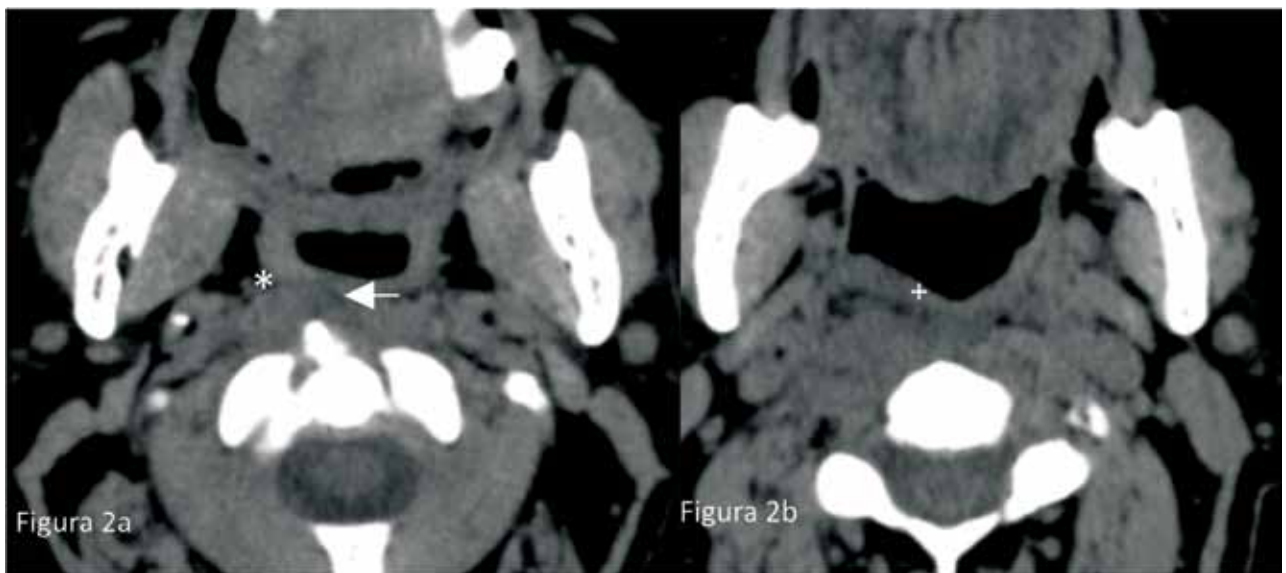
FIGURA 1

TC-Faringe, corte sagital: Coleção hipodensa no espaço retrofaríngeo (seta) com extensão desde a nasofaringe até ao nível da cartilagem tiroideia



FIGURA 2

TC-Faringe, cortes axiais: a) Lesão calcificada nos planos pré-vertebrais ao nível do atlas (seta) e espessamento do músculo do longo do pescoço (*); b) Lâmina hipodensa ao nível do espaço retrofaríngeo (+).



DISCUSSÃO

A tendinite do longo músculo longo do pescoço, descrita pela primeira vez em 1964 por Hartley, é um processo inflamatório do espaço retrofaríngeo que afecta a musculatura pré-vertebral cervicotorácica. O músculo longo do pescoço origina-se ao nível do tubérculo anterior do atlas (C1) estendendo-se para o mediastino superior até ao corpo vertebral de T3, consistindo em fibras musculares verticais e oblíquas (inferiores e superiores). Ele encontra-se revestido pela camada pré-vertebral e alar da fascia cervical profunda estando por isso separado do espaço retrofaríngeo.

A inserção do tendão ao nível da apófise transversa de C3 a C5 é o local mais predisposto à ocorrência de tendinite.¹ Esta tendinite cálcica aguda tem origem desconhecida mas parece estar associada a deposição de cristais de hidroxiapatite de cálcio encontrados no sistema musculotendinoso, na ausência de alterações do metabolismo do cálcio.^{2,3} Pensa-se que existe rotura da cápsula que liberta cristais para o tecido desencadeando uma resposta inflamatória aguda que causa dor e contratura muscular.¹

Tipicamente ocorre entre a 3ª e 6ª década de vida com frequência semelhante em ambos os sexos.⁴

Clinicamente existe um quadro agudo ou subagudo de cervicalgia e rigidez cervical com evolução ao longo de vários dias e comumente acompanhados de odinofagia e disfagia. Ao exame objectivo o doente apresenta limitação da mobilidade cervical, apirética ou febril; elevação moderada da velocidade de sedimentação associada a ligeira leucocitose. Poderá haver história recente de infecção respiratória superior ou traumatismo cervical.

O exame imagiológico de eleição para a confirmação do diagnóstico é a tomografia computadorizada do pescoço que revela calcificação amorfa das fibras superiores de inserção do músculo longo do pescoço ao nível de C1-C2.5 O grau de calcificação não parece estar relacionado com a gravidade da sintomatologia.⁴ Alterações secundárias podem também ocorrer, nomeadamente efusões retrofaríngeas ou edema dos tecidos moles pré-vertebrais. A presença de fluido no espaço retrofaríngeo é bem demonstrada em ressonância magnética pela sua capacidade de contraste para tecidos moles.

A consciência da existência desta patologia, assim como o reconhecimento das suas características clínicas e imagiológicas são um factor chave para evitar intervenções desnecessárias, quer médicas, quer cirúrgicas. O diagnóstico diferencial inclui as espondilites infecciosas e não infecciosas sendo que diagnóstico incorrectos como a infecção retrofaríngea supurativa, fractura da coluna cervical, miosite ossificante e neo-plasia primária ou secundária são frequentemente propostos com base nos exames de imagem.^{6,7,8} O correcto diagnóstico é feito com base nas seguintes características: (1) presença de calcificação patognomónica das fibras de inserção superior do músculo longo do pescoço; (2) fluido no espaço retrofaríngeo não associado a reforço periférico sugestivo de abscesso – designada de efusão pré-vertebral benigna; (3) ausência de adenopatias retrofaríngeas supuradas ou não-supuradas; (4) ausência de destruição óssea da vértebra adjacente; (5) edema assimétrico do músculo longo do pescoço; (6) reconhecimento da variabilidade da calcificação tendinosa, que pode incluir desde calcificação ligeira a aspecto globular amorfo dos depósitos.^{4,5}

O tratamento da tendinite do músculo longo do pescoço é conservador com indicação para anti-inflamatórios não-esteróides e repouso físico, podendo utilizar-se também os corticosteróides. Tradicionalmente o doente apresenta recuperação completa no decurso de poucas semanas.

CONCLUSÃO

A tendinite do músculo longo do pescoço é uma entidade rara e pouco reconhecida em otorrinolaringologia. A apresentação de um doente com cervicalgia aguda e disfagia sem outras alterações sistémicas deverá alertar o clínico para a presença desta patologia. O tratamento de suporte com analgesia e anti-inflamatórios permite

a resolução dos sintomas em poucos dias. Desta forma excluem-se causas mais graves, nomeadamente os abscessos retrofaríngeos, evitando-se assim terapêuticas cirúrgicas.

Referências bibliográficas:

1. Southwell K, Hornibrook J, O'Neill-Kerr D. Acute longus colli calcific tendonitis causing neck pain and dysphagia. *Otolaryngol head neck surg.* 2008; 138: 405-406.
2. Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN et al. Acute calcific retropharyngeal tendonitis. *J Bone Joint Surg.* 1994; 76A (11): 1636-1641.
3. Fauge G, Daculsi G. Calcified tendonitis: a review. *Ann Rheum Dis.* 1983; 42 (suppl): 49-53.
4. Offiah CE, Hall E. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: spectrum of CT appearances and anatomical correlation. *Br J Radiol.* 2009; 82: e117-e121.
5. Vollman R, Hammer G, Simbrunner J. Pathways in the diagnosis of prevertebral tendinitis. *Eur J Radiol.* 2012; 81, 114-117.
6. Khurana B. Calcific tendinitis mimicking acute prevertebral abscess. *J Emerg Med.* 2009; 42 (1): e15-16.
7. Shin D, Ahn CS, Choi JP. The acute calcific prevertebral tendinitis: report of two cases. *Asian Spine J.* 2010; 4 (2): 123-127.
8. Harnier S, Kuhn J, Harzheim A, Bewermeyer H et al. Retropharyngeal tendinitis: a rare differential diagnosis of severe headaches and neck pain. *Headache.* 2008; 48(1): 158-61