

Tendinite calcificada aguda do músculo *Longus Colli*: Uma entidade a ser lembrada

Acute calcific tendonitis of the *Longus Colli* muscle: A disease to be remembered

Joana Maria Soares Ferreira • Francisco Monteiro • Nuno Medeiros • António Faria de Almeida • Artur Condé

RESUMO

Apresentamos o caso de uma tendinite calcificada aguda do músculo longus colli, com o objetivo de alertar para essa condição, benigna e autolimitada, e as possíveis consequências do seu não reconhecimento. Descrevemos o caso de uma mulher de 57 anos com odinofagia e disfagia, com 4 dias de evolução, associado a cervicalgia e limitação nos movimentos cervicais. Objetivamente, apresentava-se subfebril e evidenciava dor e limitação nos movimentos de flexão e rotação cervical para a direita. A nasofibrolaringoscopia revelava um abaulamento, não pulsátil, da parede posterior da faringe, desde a nasofaringe até ao nível do epiglote. Mediante estes achados, e perante a suspeita de um abscesso retrofaríngeo, iniciou-se antibioterapia empírica e solicitou-se uma tomografia computadorizada cervical que, em conjunto com a clínica, estabeleceu o diagnóstico de uma tendinite calcificada aguda do músculo longus colli. A doente teve alta, sob medidas conservadoras, com resolução completa dos sintomas após 15 dias.

Palavras chave: músculo longus colli; tendinite; odinofagia; disfagia; abscesso retrofaríngeo.

ABSTRACT

We present a case of an acute calcific tendonitis of the longus colli muscle, aim to alert to this benign and self-limiting condition and the possible consequences of its non-recognition. We describe a 57-year-old female presenting with odynophagia and dysphagia with 4 days of evolution, associated with neck pain and limited cervical movements. Objectively, she was subfebrile and evidencing pain and limited flexion and cervical rotation movements to the right. Nasofibrolaryngoscopy revealed a bulging, non-pulsatile mass of the posterior pharyngeal wall, from the nasopharynx to the level of the epiglottis. Based on clinical issues, suspecting that a retropharyngeal abscess was present, empirical antibiotics were initiated. A cervical CT scan was requested, which, together with the clinical background, established the diagnosis of acute calcific tendonitis of the longus colli muscle. The patient was discharged, under conservative measures, with complete resolution of symptoms after 15 days.

keywords: longus colli muscle; tendonitis; odynophagia; dysphagia; retropharyngeal abscess.

INTRODUÇÃO

A tendinite calcificada aguda do músculo *longus colli* (TCALC), uma doença rara e auto-limitada, resulta de uma resposta inflamatória asséptica, à deposição de cristais de hidroxapatite de cálcio, no tendão do músculo longo do pescoço^{1,2}. Apresenta-se com sintomas otorrinolaringológicos inespecíficos, como odinofagia, disfagia, cervicalgia e limitação dos movimentos cervicais, mimetizando, frequentemente, condições mais graves, como o abscesso retrofaríngeo^{2,3}. Apesar de ser uma entidade pouco discutida na literatura otorrinolaringológica, devemos estar cientes da sua clínica uma vez que frequentemente esta condição é referenciada à nossa especialidade¹. O objetivo deste artigo é apresentar um caso de uma TCALC incidindo nas potenciais consequências do seu não reconhecimento em otorrinolaringologia.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino de 56 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, por um quadro de odinofagia e disfagia para sólidos, com 4 dias de evolução e agravamento progressivo. Associadamente apresentava cervicalgia e

Joana Maria Soares Ferreira
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Portugal

Francisco Monteiro
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Portugal

Nuno Medeiros
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Portugal

António Faria de Almeida
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Portugal

Artur Condé
Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho, Portugal

Correspondência:
Joana Maria Soares Ferreira
isabelcostaorl@gmail.com

Artigo recebido a 19 de Fevereiro de 2020. Aceite para publicação a 11 de Março de 2020.

limitação dos movimentos cervicais. Negava febre, dificuldade respiratória, história de traumatismo ou episódios semelhantes prévios. Sem outras queixas otorrinolaringológicas relevantes. Ao exame objetivo, apresentava-se subfebril (temperatura auricular 37.5°C), com dor e limitação nos movimentos de flexão e rotação cervical para a direita. Sem adenopatias cervicais palpáveis. A orofaringe revelava um discreto abaulamento, não pulsátil, na sua vertente posterior, na linha média, sem alterações da mucosa, sem exsudados e sem abaulamento do palato. Foi realizada uma nasofibrolaringoscopia que mostrava o abaulamento da parede posterior da faringe, estendendo-se desde a nasofaringe até ao nível do epiglote. (Figura 1)

Mediante estes achados, e perante a suspeita de abscesso retrofaríngeo, foi iniciada antibioterapia empírica e analgesia (ceftriaxone 1000g + clindamicina 600mg + paracetamol 1000mg) e solicitados estudo analítico e uma tomografia

computorizada (TC) do pescoço com contraste endovenoso. O estudo analítico revelava um discreto aumento dos parâmetros inflamatórios: leucocitose com neutrofilia (16.0 x 10⁹/L-, 55% N) e aumento da PCR (4,4 mg/ml). A TC do pescoço com contraste endovenoso revelou a presença de “calcificações ao nível de C1-C2 e uma fina coleção de líquido pré-vertebral, sem captação de contraste”. (Figura 2) Perante a clínica e os achados imagiológicos, foi estabelecido o diagnóstico de TCALC.

A doente teve alta sob tratamento conservador: aconselhadas medidas de repouso (uso de colar cervical), medicada com anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno 600mg, 2id, 5 dias) e corticosteroides (deflazacorte 30mg, 2id, 5 dias).

Foi reavaliada 15 dias após, em consulta externa de otorrinolaringologia, com resolução completa dos sintomas e sem registo de intercorrências ou complicações.

FIGURA 1

Imagem obtida da nasofibrosocopia que revela um abaulamento da parede posterior da faringe, estendendo-se desde a nasofaringe (A) até ao nível da epiglote (B)

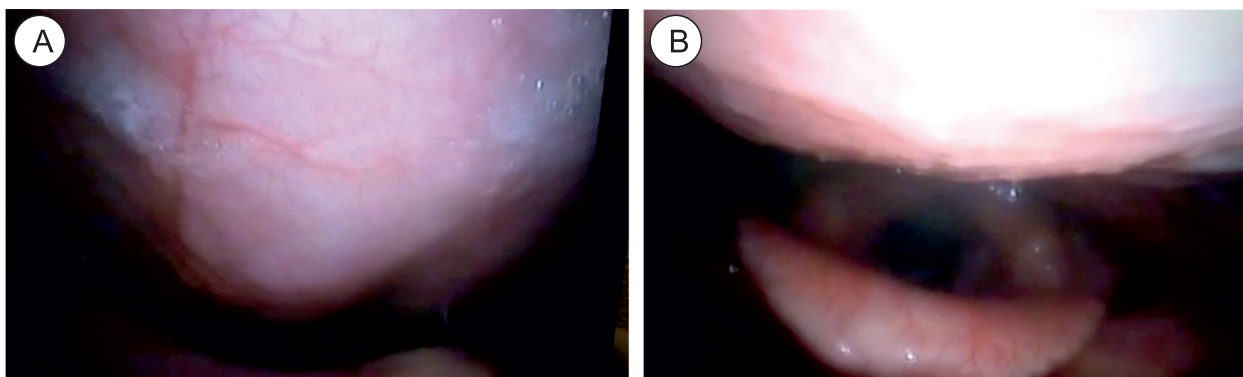
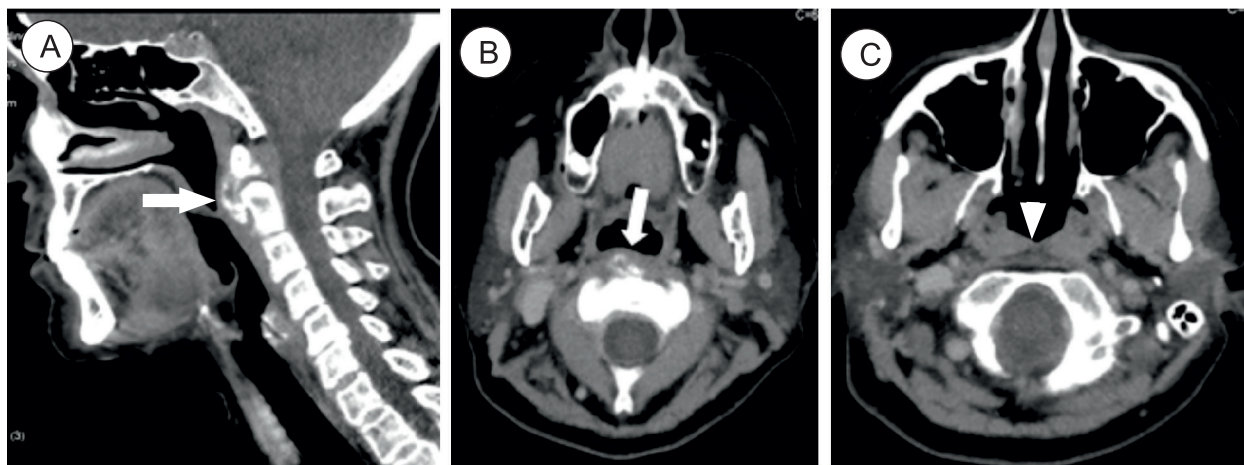


FIGURA 2

Imagem obtida de TC cervical com contraste que revela calcificações ao nível de C1-C2 (seta branca, imagens A e B) e uma fina coleção de líquido pré-vertebral, sem captação de contraste (ponta de seta, imagem C): A- plano sagital; B e C- plano axial



DISCUSSÃO

A tendinite calcificante aguda do músculo longus colli (TCALC), também conhecida por tendinite calcificante retrofaringea, foi descrita pela primeira vez em 1964 por Hartley J, mas só em 1994 é que a sua patogénese foi esclarecida por Ring et al^{4,5}. É uma condição inflamatória benigna e auto-limitada, causada pela deposição de cristais de hidroxiapatite de cálcio no tendão de inserção do músculo longo do pescoço¹⁻³. A sua incidência é desconhecida, sendo uma patologia frequentemente subdiagnosticada e pouco descrita na literatura otorrinolaringológica^{2,3}. Ocorre entre a 3ª e 6ª décadas de vida e não apresenta preponderância de géneros¹⁻³.

A etiologia permanece desconhecida. Não obstante, vários autores defendem poder estar relacionada com alterações isquémicas ou degenerativas, traumatismos prévios, fatores metabólicos ou condições inflamatórias crónicas^{1,2,3,6,7}.

A patogénese é descrita de forma semelhantes a outras formas de tendinite: ocorre deposição dos cristais de hidroxiapatite de cálcio no tendão de inserção de músculo longo do pescoço despoletando, após a sua rutura, uma reação inflamatória local, com edema do espaço pré-vertebral e espasmo muscular^{3,8}. De salientar que o músculo *longus colli*, ou músculo longo do pescoço, localiza-se no espaço pré-vertebral, sendo constituído por fibras oblíquas superiores, oblíquas inferiores e verticais. As fibras oblíquas superiores têm origem nas apófises transversas de C3 a C5 e inserem-se no tubérculo anterior do atlas, sendo precisamente nesta inserção o local mais comum de ocorrência desta patologia^{1,3,6}. Clinicamente manifesta-se pela tríade clássica de cervicalgia aguda intensa, limitação dos movimentos cervicais e odinofagia, embora possam existir outras queixas associadas como rigidez cervical, disfagia e febre^{2,7}. Objetivamente, o doente geralmente apresenta-se apirético ou subfebril, exhibe limitação da mobilidade (ativa e passiva) cervical e apresenta abaulamento da parede posterior da faringe, com ou sem rubor associado^{1,2,6,7}. O estudo analítico pode ser normal ou mostrar uma discreta elevação dos parâmetros inflamatórios agudos, como leucocitose, aumento da PCR e da velocidade de sedimentação^{1,3,6,7}.

Uma vez que a clínica associada a TCALP é inespecífica, um alto índice de suspeita é necessário, sendo importante a exclusão de outras patologias que possam cursar com a mesma sintomatologia, como os abscessos retrofaringeo e cervical, a meningite, neoplasias benignas ou malignas ou doenças osteoarticulares (espondilite infecciosa, herniação discal ou fratura vertebral)^{1,3,7,8}. No presente caso clínico, dadas as queixas de odinofagia e disfagia progressivas associadas ao abaulamento não pulsátil da parede posterior da orofaringe optou-se por iniciar empiricamente antibioterapia empírica, pela possibilidade de um abscesso retrofaringeo, que foi prontamente excluído após realização do TC cervical.

De facto, o diagnóstico da TCALP é estabelecido pela TC cervical com contraste endovenoso, ao revelar a imagem patognomónica de calcificações anteriores ao tubérculo do atlas, a nível de C1 e C2, no local de inserção das fibras

oblíquas superiores do músculo longo do pescoço e edema difuso do espaço prévertebral, habitualmente entre C1 e C6, sem realce após o contraste⁹.

A TCALP é auto-limitada e geralmente resolve espontaneamente em uma a duas semanas^{1,3,7,9}. O tratamento é, portanto, sintomático passando pela imobilização cervical, anti-inflamatórios não esteroides e eventualmente corticoesteróides orais^{1,3,6,7}.

CONCLUSÃO

A tendinite calcificante aguda do músculo *longus colli* é uma condição rara, benigna e autolimitada que pode mimetizar condições clínicas mais graves. Embora não seja uma patologia otorrinolaringológica, o seu reconhecimento evita procedimentos diagnósticos e intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Este trabalho foi apresentado publicamente como comunicação oral no 66º Congresso da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço e como poster no 5º congresso Europeu de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Referências bibliográficas

- 1- Gamboa I, Martins J, Azevedo P, Vilhena D, et al. Tendinite Calcificante Aguda do Longo do Pescoço: Um Diagnóstico Diferencial em Otorrinolaringologia. *Acta Otorrinolaringol. Gallega* 2015;8(1):101-106. Available from: http://www.sgorl.org/revista/images/Tendinite_Calcificante_Aguda_do_Longo_do_Pesco%C3%A7o.pdf
- 2- Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A, Fliss D M, Wasserzug O. Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (*longus colli tendinitis*) in the general population. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Jun;148(6):955-8. doi: 10.1177/0194599813482289.
- 3- Raggio BS, Ficenc SC, Pou J, Moore B. Acute Calcific Tendonitis of the Longus Colli. *Ochsner J.* 2018 Spring;18(1):98-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855435/pdf/11524-5012-18-1-98.pdf>
- 4- Hartley J. Acute cervical pain associated with retropharyngeal calcium deposit. A case report. *J Bone Joint Surg Am.* 1964 Dec;46(8):1753-4.
- 5- Ring D, Vaccaro AR, Scuderi G, Pathria MN, Garfin SR. Acute calcific

retropharyngeal tendinitis: clinical presentation and pathological characterization. *J Bone Joint Surg Am.* 1994 Nov;76(11):1636-42. doi: 10.2106/00004623-199411000-00006.

6- Suh B, MD, Eoh J, Shin J. Clinical and Imaging Features of Longus Colli Calcific Tendinitis: An Analysis of Ten Cases. *Clin Orthop Surg.* 2018 Jun;10(2):204-209. doi: 10.4055/cios.2018.10.2.204.

7- Abdelbaki A, Abdelbaki S, Bhatt N, et al. (August 23, 2017) Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli Muscle: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Cureus.* 2017 Aug 23;9(8):e1597. doi: 10.7759/cureus.1597.

8- Silva C F, Soffia P S, Pruzzo E. Acute prevertebral calcific tendinitis: a source of non-surgical acute cervical pain. *Acta Radiol.* 2014 Feb;55(1):91-4. doi: 10.1177/0284185113492151.

9- Nunes C, Casimiro C, Carreiro I. Imagiology of the Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli. *Acta Med Port.* 2012;25 Suppl 1:51-5. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/269/73>.