

Osteofitose cervical e disfagia

Osvaldo Malafala¹, Orlando Jorge Martins Torres² & Antonio Sérgio Brenner³

A degeneração hipertrófica da coluna cervical é de ocorrência freqüente e, como qualquer outra doença degenerativa, acomete principalmente a população acima de 50 anos de idade. Há uma proliferação óssea reparativa, detectada mais freqüentemente no corpo da vértebra. Em geral estas alterações são assintomáticas ou oligossintomáticas, observando-se apenas leve desconforto cervical e dor ocasional com a mudança de posição da cabeça¹. Entretanto, em algumas situações, a hipertrofia pode atingir proporção suficientemente capaz de produzir uma projeção contra a hipofaringe, indo de encontro à passagem do bolo alimentar e, em consequência, interferir mecanicamente com a deglutição. Esta hipertrofia pode, também, promover uma compressão da cadeia simpática cervical, produzindo dor intensa, precipitada pelos movimentos da cabeça⁶.

A osteofitose cervical é também conhecida por espondilite cervical, doença de Forestier e exostose cervical. Dor, dificuldade à deglutição, sensação de corpo estranho e, algumas vezes, rouquidão são sintomas atribuídos a esta condição⁴.

Entre as causas de disfagia, a osteofitose cervical raramente é lembrada, porém o conhecimento do diagnóstico diferencial da disfagia no paciente idoso se faz necessário, pois é o sintoma mais precoce em neoplasias de esôfago e hipofaringe. Uma das características mais importantes nestes pacientes é, sem dú-

RESUMO

Os autores relatam um caso de osteofitose cervical causando disfagia, condição que ocorre principalmente no paciente idoso. Uma revisão da literatura mostra ser a osteofitose cervical uma causa rara de disfagia. Discute-se o diagnóstico diferencial e a conduta terapêutica.

UNITERMOS: disfagia cervical; osteofitose cervical; exostose cervical

vida, o perigo de perfuração esofágica durante o exame endoscópico por compressão da parede do esôfago contra o osteófito².

Este trabalho tem por objetivo descrever um caso de osteofitose cervical produzindo disfagia, bem como discutir suas características clínicas e conduta terapêutica.

Relato do caso

AJS, 52 anos, masculino, branco, aposentado. Levava vida aparentemente saudável e referiu que há cerca de quatro meses começou a apresentar sensação de "caroço na garganta" e dificuldade para deglutir alimentos sólidos inicialmente,

notando, posteriormente, dificuldade também à deglutição de alimentos pastosos. Estas queixas eram acompanhadas de azia, rouquidão, náuseas e "engasgo" há aproximadamente 15 dias. Negava perda de peso, odinofagia, traumatismos e uso de medicamentos.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral e de nutrição e, ao exame cervical, palpava-se uma massa endurecida, fixa, porém não dolorosa, que parecia ter relação com a coluna cervical. A cavidade oral mostrava amígdalas ligeiramente hiperemiadas e a laringoscopia indireta não apresentou anormalidades. Não foram observadas outras particularidades ao exame físico. Avaliação neurológica foi normal.

O paciente foi, em seguida, submetido a exames complementares com finalidade diagnóstica. O hemograma e o exame de urina estavam normais. A radiografia simples da coluna cervical em ântero-posterior e perfil revelou presença de osteófitos anteriores em C₆ e C₇ e diminuição do espaço discal entre C₆ e C₇. A radiografia contrastada do esôfago mostrou compressão extrínseca do esôfago cervical a nível de C₆ e C₇ (Fig. 1). A endoscopia esofagogastroduodenal demonstrou compressão extrínseca no esôfago cervical, ausência de neoplasias, úlceras ou divertículos; estômago e duodeno normais.

A partir destes dados, o diagnóstico de compressão esofágica por osteofitose cervical foi estabelecido e instituído o tratamento por ressecção cirúrgica dos osteófitos.

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

¹Professor Titular e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná; Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Aluno do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica-Doutorado da Universidade Federal do Paraná; Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Federal do Paraná.

Copyright 1994 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

F Méd(BR), 1994; 109(7): 43-45

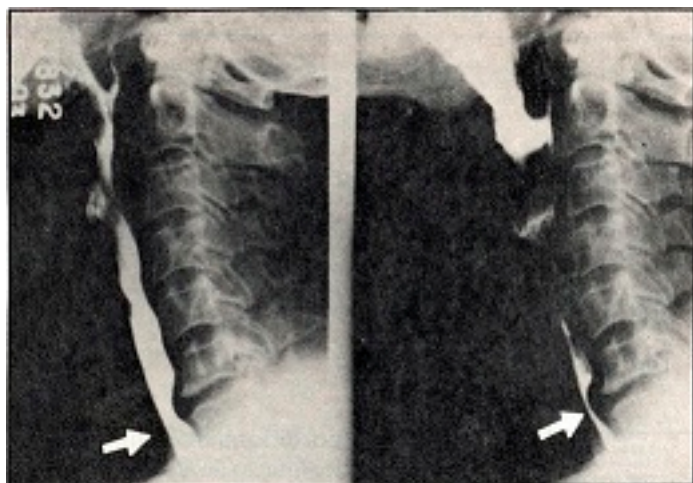


Fig. 1 - Osteófitos cervicais em C₆ e C₇ e compressão do esôfago.

DISCUSSÃO

Diferentes causas têm sido atribuídas como responsáveis pela formação de osteófitos cervicais, entre elas o trauma, alterações endócrinas e hipervitaminose A^{5,7,8}. No entanto, a teoria mais aceita é que esta hipertrofia seja secundária a doenças degenerativas que ocorrem em 20 a 30% da população, em que a idade avançada e a diminuição da elasticidade dos discos intervertebrais causariam um aumento de tensão na periferia do disco com conseqüente formação de osteófitos^{3,8}.

A osteofitose cervical acomete geralmente pessoas entre 45 e 70 anos de idade, com ligeiro predomínio no sexo masculino, envolvendo, em geral, duas vértebras. Pode atingir desde a 1ª até a 7ª vértebra cervical, porém as mais freqüentes são C₅ e C₆. No nosso estudo as vértebras comprometidas foram C₆ e C₇.

Clinicamente a osteofitose cervical pode se manifestar de forma moderada com disfagia a alimentos sólidos que pode se intensificar devido ao edema local. Esta disfagia é perfeitamente explicada pela compressão do esôfago pelos osteófitos anteriores e pode ser suficiente para provocar perda de peso. Os osteófitos cervicais causam disfagia somente quando localizados próximos aos pontos de fixação do esôfago, que são a cartilagem cricóide e o diafragma⁴.

Além da disfagia, o paciente pode apresentar outros sintomas que exibem uma progressão gradual, como: sensação de corpo estranho, odinofagia, tosse, rouquidão por edema de cordas vocais, dor e dormência no ombro, braços e mãos^{5,10}.

O exame físico é, em geral, irrelevante, porém observa-se uma massa endurecida, lisa, uniforme e imóvel à palpação¹⁵.

A radiografia simples da região cervical em incidência ântero-posterior e perfil é fundamental e deve ser realizada de rotina, antes da endoscopia. Observa-se um esporão na margem anterior do corpo da vértebra com a formação de uma massa projetando-se na faringe. Freqüentemente os dois corpos vertebrais parecem estar unidos por uma ponte óssea. A radiografia contrastada do esôfago mostra uma compressão a nível do osteófito, o que facilita o diagnóstico. No presente estudo não observamos o "stop" na progressão do contraste citado por outros autores^{3,9,11}.

A endoscopia digestiva revela tumoração localizada contra a mucosa normal da parede posterior do esôfago. Este procedimento pode causar perfuração do esôfago por compressão do osteófito contra o endoscópio¹².

Antes do diagnóstico definitivo, outras causas de disfagia devem ser descartadas para verificar a coexistência de associações.

A simples presença do osteófito não significa causa de disfagia e o paciente deve ser cuidadosamente avaliado para se estabelecer uma relação de causa-efeito. As causas mais comuns de disfagia são o carcinoma de esôfago e hipofaringe, esofagite, divertículos de Zenker, tumores pulmonares, cervicais e de mediastino, síndrome de Plummer-Vinson, estenose cáustica e *globus histericus*, que devem ser pesquisadas individualmente. A osteofitose pode ser a causa da disfagia quando os osteófitos são grandes o suficiente para produzir bloqueio mecânico, quando acometem os pontos fixos do esôfago e quando produzem inflamação periesofágica, caracterizada por odinofagia e rouquidão^{12,13}.

O tratamento conservador com relaxantes musculares, dieta adequada, corticóides e antiinflamatórios se baseia no fato de que os osteófitos produzem uma resposta inflamatória aguda na região pré-vertebral. Entretanto, os resultados não são satisfatórios, sendo comuns as recorrências^{4,11,13,14}.

O tratamento cirúrgico por ressecção dos osteófitos está indicado nos casos sintomáticos, resulta em imediato e completo alívio da disfagia e tem sido a conduta terapêutica de preferência^{7,8,10}. Em algumas situações, outros problemas dificultam este procedimento, tais como idade avançada, mau estado geral e dificuldades técnicas. Nestes casos o tratamento paliativo é mandatório. A gastrostomia deve ser reservada para casos especiais quando a desnutrição é significativa^{3,8,15}.

Existem dois acessos cirúrgicos para a ressecção dos osteófitos, a incisão cervico-lateral esquerda para aqueles localizados abaixo de C₄ e a abordagem transoral para as lesões mais altas. Esta última proporciona uma via mais direta e com excelente exposição para a ressecção dos osteófitos. Tecnicamente, a via cervico-lateral esquerda se inicia por incisão na borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, retração lateral da bainha dos vasos, seguido por exposição e ressecção dos osteófitos. Os cuidados fundamentais quando se utiliza este acesso estão relacionados ao perigo de lesão do nervo recorrente e à compressão da cadeia simpática cervical que pode resultar em síndrome de Horner. A recorrência do quadro por reossificação tem sido observada em seguimentos a longo prazo devido à pouca compreensão dos fatores etiológicos^{8,14}.

Estas observações nos permitem concluir que, na avaliação da disfagia, os osteófitos cervicais devem ser considerados no diagnóstico diferencial e a abordagem diagnóstica e terapêutica instituída de forma adequada.

SUMMARY

Cervical osteophytes and dysphagia

The authors presented a case of cervical osteophytes causing dysphagia. This condition tends to occur in older age groups. A survey of the literature reveals osteophytes of the cervical spine a rare cause of dysphagia. The differential diagnosis and management are discussed.

KEY WORDS: cervical dysphagia; cervical osteophytes; cervical exostosis

REFERÊNCIAS

1. Aquino JLB Valle MR, Neto JAR, Netto PAQ. Disfagia incomum. *Ged* 1991; 12: 152-6.
2. Beahrs OH, Schmidt HW. Dysphagia caused by hypertrophic changes in the cervical spine: report of two cases. *Ann Surg* 1959; 149: 297-9.
3. Blumberg P, Prapote C, Viscomi G. Cervical osteophytes producing dysphagia. *Ear Nose Throat* 1977; 56: 396-9.
4. Bone RC, Nahum AM, Hairis AS. Evaluation and correction of dysphagia producing cervical osteophytosis. *Laryngoscope* 1974; 84: 2045-50.
5. Carlson MJ, Stauffer RN, Payne WS. Ankylosing vertebral hyperostosis causing dysphagia. *Arch Surg* 1974; 109: 567-70.
6. Heck CV. Hoarseness and painful deglutition due to massive cervical exostoses. *Surg Gynecol Obstet* 1956; 102: 657-60.
7. Hilding HA, Tachdjian MO. Dysphagia and hypertrophic spurring of the cervical spine. *N Engl J Med* 1960; 263: 11-4.
8. Hirano DA, Suzuki H, Sakakibara T, Higuchi Y, Inoue K, Suzuki Y. Dysphagia due to hypertrophic cervical osteophytes. *Clin Orthop* 1982; 167: 168-72.
9. Huang PS, Laha RK. Ankylosing hyperostosis of the cervical spine. *Surg Neurol* 1978; 9: 273-4.
10. Kertzer B, Madden WA. Dysphagia caused by exostosis of the cervical spine. *Gastroenterology* 1950; 16: 589-92.
11. Meeks LW, Renshaw TS. Vertebral osteophytosis and dysphagia: two cases reports of the syndrome recently termed ankylosing hyperostosis. *J Bone joint Surg* 1973; 55: 197-201.
12. Patterson HA, Byerly G. Esophageal obstruction due to lesions of the cervical spine. *Ann Surg* 1958; 147: 863-7.
13. Ratnesar P. Dysphagia due to cervical exostosis. *Laryngoscope* 1970; 80: 169-71.
14. Saffouri MH, Ward PH. Surgical Correction of dysphagia due to cervical osteophytes. *Ann Rhinol Laryngol* 1974; 83: 65-70.
15. Umerah BC, Mukherjee BK, Ibekwe O. Cervical spondylosis and dysphagia. *J Laryngol Otol* 1981; 95: 1179-83.

Endereço para correspondência: Orlando Jorge Martins Torres
- Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná - Rua
General Carneiro, 181/736 (CAD) - 80069-900 - Curitiba - PR