

Disfagia Orofaringea por Osteofitose Cervical Anterior

Oropharyngeal Dysphagia due to Anterior Cervical Osteophytosis

Sofia Osório Ferreira , Sara Santos , Luís Fernandes , Sérgio Gomes Ferreira , Penélope Almeida 

Resumo:

A disfagia orofaríngea foi recentemente reconhecida como síndrome geriátrica. A sua incidência aumenta com a idade, descrevendo-se uma prevalência de 27% a 40% em maiores de 70 anos. A osteofitose cervical anterior é uma doença degenerativa das vértebras cervicais, frequente na população idosa e responsável por 1,6% dos casos de disfagia nesta faixa etária.

Apresenta-se um caso de disfagia orofaríngea progressiva, cujo estudo etiológico identificou a presença de osteófitos cervicais anteriores de grandes dimensões, com indicação para intervenção cirúrgica. Apesar da osteofitose cervical anterior ser uma etiologia rara de disfagia, é importante que os profissionais de saúde conheçam este diagnóstico, permitindo identificação e tratamento precoce e, assim, melhorando o prognóstico global.

Palavras-chave: Osteofitose Vertebral; Perturbações da Deglutição.

Abstract:

Oropharyngeal dysphagia has recently been recognized as a geriatric syndrome. Its incidence increases with age, with a prevalence of 27% to 40% in those older than 70 years old. Anterior cervical osteophytosis is a degenerative disease of the cervical vertebrae, frequent in the elderly population and responsible for 1.6% of dysphagia cases in this age group.

We present a case of progressive oropharyngeal dysphagia, whose etiological study identified the presence of large anterior cervical osteophytes, with indication for surgical intervention. Although anterior cervical osteophytosis is rarely involved in the etiology of dysphagia, it is important that healthcare professionals are aware of this diagnosis, allowing early identification and treatment and, thus, improving the overall prognosis.

Keywords: Deglutition Disorders; Spinal Osteophytosis.

Introdução

A disfagia define-se como qualquer interrupção no processo da deglutição, dividindo-se em três fases: oral, faríngea e

esofágica. A disfagia orofaríngea pode surgir de distúrbios que afetam a fase preparatória oral e/ou faríngea da deglutição.^{1,2} Os passos iniciais na avaliação da disfagia incluem a confirmação da presença de um distúrbio da deglutição, a definição do seu nível anatómico (disfagia orofaríngea *versus* esofágica), do mecanismo (motor *versus* mecânico) e da etiologia específica subjacente. Por último, deve ser avaliado o risco ou presença de aspiração silenciosa ou manifesta.³

Uma história clínica cuidadosa é a pedra angular de qualquer avaliação de disfagia e uma revisão completa dos sintomas pode diferenciar a disfagia orofaríngea da esofágica e, ainda, prever a etiologia específica da disfagia, com uma precisão de aproximadamente 80%.³

Os dados de prevalência de disfagia existentes na literatura variam de acordo com a definição de disfagia, seleção dos participantes e ferramentas de avaliação utilizadas. Na população geral, a prevalência de disfagia orofaríngea varia entre 2,3% e 16%, aumentando progressivamente com a idade. Um estudo com idosos independentes descreveu uma prevalência de disfagia orofaríngea de 27%. Noutros estudos realizados em ambientes específicos, como em hospitais e instituições de saúde, a prevalência é ainda maior, com taxas superiores a 40% descritas em idosos institucionalizados.^{4,5}

Recentemente, a European Society for Swallowing Disorders e a European Union Geriatric Medicine Society reconheceram a disfagia orofaríngea como uma síndrome geriátrica. As principais complicações da disfagia orofaríngea são a desnutrição, desidratação e distúrbios respiratórios como a pneumonite de aspiração. Adicionalmente, vários estudos têm destacado o impacto negativo da disfagia tanto a nível social como psicológico, como a insatisfação na alimentação, ansiedade, pânico e isolamento social.⁴

O diagnóstico diferencial de disfagia orofaríngea é amplo. Em idosos, as principais causas de disfagia orofaríngea são o acidente vascular cerebral e as doenças neurodegenerativas, entre elas a doença de Parkinson e as demências.⁴ Os osteófitos cervicais são comuns em idosos, com prevalência de 20% a 30% e podem ser uma causa de disfagia nesta população. Estima-se que a osteofitose cervical anterior (OCA) seja responsável por 1,6% das etiologias identificáveis da disfagia do idoso.⁵

O tratamento da disfagia orofaríngea no idoso é baseado em medidas conservadoras, como adaptação da consistência dos alimentos, correção postural e adoção de manobras de deglutição. Se uma causa específica de disfagia for identificada, deverá ser instituído tratamento dirigido, melhorando

o prognóstico, com resolução da disfagia e restituição da qualidade de vida.^{4,5}

Este caso tem como objetivo a apresentação de uma etiologia de disfagia que, embora rara, tem uma elevada prevalência na população idosa, sendo pertinente considerá-la na marcha diagnóstica.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de um homem de 78 anos, antecedentes patológicos relevantes de hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, cardiopatia hipertensiva e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada em classe II de New York Heart Association, medicado com candesartan, ácido acetilsalicílico, pravastatina e furosemida, autônomo nas atividades da vida diária. Quadro clínico com um ano de evolução de disfagia, associada a disфонia e perda ponderal. A disfagia caracterizava-se por uma dificuldade no início da deglutição, com sensação de impactação alimentar na região cervical, seguido de engasgamento e tosse, inicialmente para alimentos sólidos, com progressão para sólidos e líquidos. Consequentemente o doente desenvolveu disфонia e apresentou perda ponderal de 23% em 6 meses. Exame objetivo, incluindo exame neurológico sumário, sem alterações de relevo, estudo analítico globalmente inocente.

No seguimento do estudo etiológico, guiado pela sintomatologia acompanhante, foi realizada nasofaringolaringoscopia tendo-se observado abaulamento da parede posterior da hipofaringe ocultando parcialmente o lúmen glótico, sem

evidência de paralisia das cordas vocais ou lesões endolaringeas. A videoendoscopia da deglutição (VED), para além das alterações estruturais previamente descritas, evidenciou na avaliação funcional realizada com conteúdo pastoso, restrição à retroflexão da epiglote, limitação da elevação laríngea e refluxo nasal do alimento, com elevada quantidade de resíduo alimentar na valécula, salientando-se fenómenos de aspiração. No teste de manobras posturais, não se evidenciou melhoria com a flexão cervical ou manobra de *chin-tuck*. Tomografia computadorizada (TC) do pescoço a confirmar prociência da parede posterior da faringe, sendo esta resultante da presença de exuberantes osteófitos na coluna cervical em C2-C3 e C3-C4, não se registando evidente espessamento da parede da faringe ou laringe (Fig. 1).

Com vista a completar o estudo etiológico, e também pela perda ponderal acentuada associada, foi realizada TC da região tóraco-abdominopélvica e crânio-encefálica que excluiu a presença de lesões neofórmicas e, na última, lesões vasculares agudas ou crónicas.

Admite-se, portanto, um quadro de disfagia orofaríngea de causa puramente mecânica, no contexto de osteofitose cervical exuberante.

Atendendo ao estadio avançado de disfagia orofaríngea, sem resposta às medidas terapêuticas conservadoras, foi proposta e aceite a colocação temporária de sonda nasogástrica para alimentação e hidratação, pelo elevado risco de eventos de aspiração. O doente foi posteriormente observado em consulta externa de Ortopedia onde foi proposto

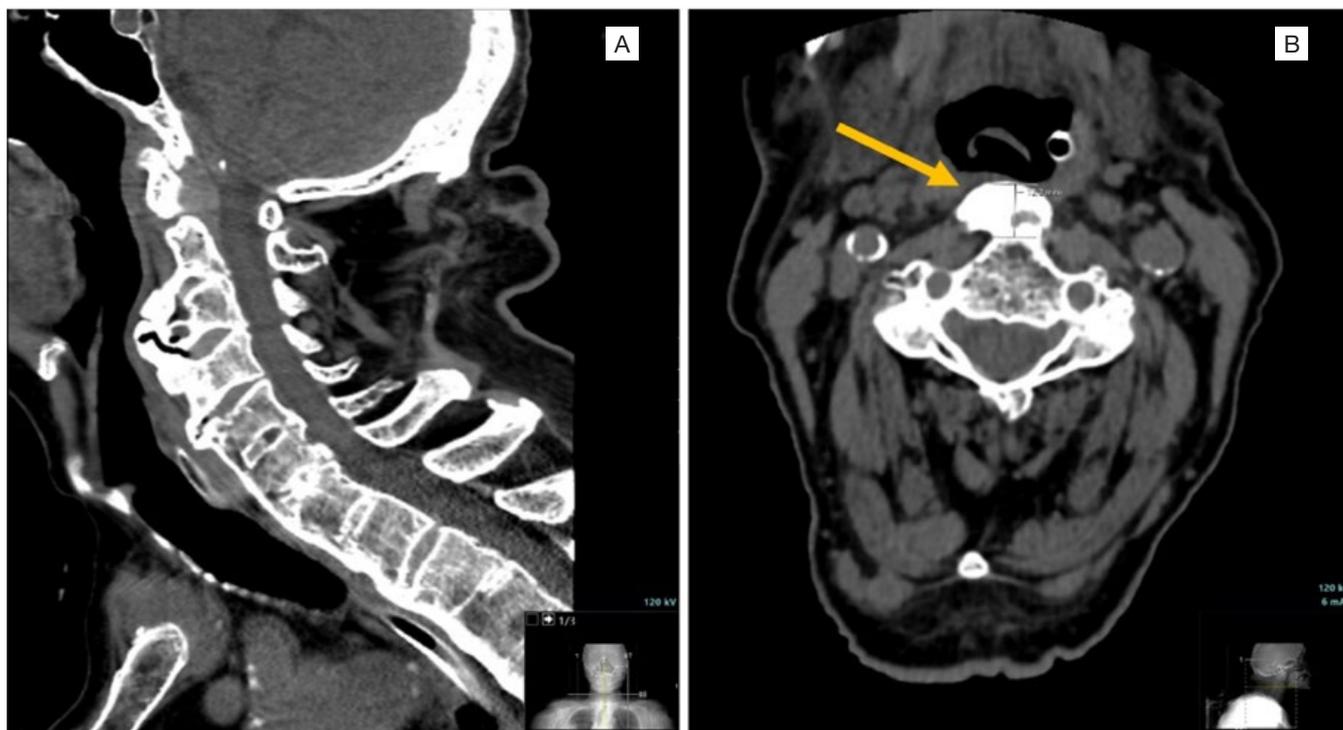


Figura 1 - Tomografia computadorizada de pescoço, cortes sagital (A) e axial (B), evidenciando osteófitos cervicais de C2 a C4, o maior (seta amarela) medindo 12,2 mm no diâmetro anteroposterior.

para cirurgia de exérese de osteófitos cervicais. Enquanto aguardava cirurgia em ambulatório, apresentou episódio de aspiração, complicada com sobreinfecção bacteriana e insuficiência respiratória grave. Apesar das medidas terapêuticas instituídas, assistiu-se a uma evolução clínica desfavorável, acabando por falecer.

Discussão

Os osteófitos cervicais anteriores são comuns na população idosa, estimando-se uma prevalência de 20% a 30% nesta faixa etária. Apesar de raramente implicados como causa de disfagia, a sua identificação deve fazer parte da investigação sistemática de disfagia nos idosos, já que se trata de uma etiologia potencialmente tratável, com as medidas adequadas, sejam estas conservadoras ou cirúrgicas.⁵

As doenças que mais comumente cursam com osteofitose cervical são doença osteoarticular degenerativa (de destaque na população idosa), espondilite anquilosante, pós-trauma ou síndromes pós-cirúrgicas, embora seja mais frequente em síndromes como a hiperostose esquelética idiopática difusa, também conhecida como doença de Forestier.⁶ Além da idade avançada, o sexo masculino (relação 6:1) e a obesidade são fatores de risco bem estabelecidos para o desenvolvimento de osteófitos.^{5,7}

A sintomatologia associada é muito variável, desde casos assintomáticos, até disfagia progressiva, episódios de aspiração de alimentos, sensação de massa na hipofaringe, perda ponderal, dispneia, disfonia, estridor, roncopatia, bem como sintomas osteoarticulares e neurológicos. Não existe uma correlação linear entre tamanho do osteófito e sintomatologia, mas sabe-se que osteófitos maiores de 10 mm aumentam significativamente o risco de aspiração.^{5,8} Os osteófitos provenientes da quinta e sexta vértebras cervicais (C5 e C6) são os mais implicados na disfagia.⁵ Três teorias foram postuladas para explicar o mecanismo da disfagia causada por osteófitos: a) osteófitos de grandes dimensões podem causar compressão mecânica direta do esófago ou hipofaringe; b) osteófitos de pequenas dimensões localizados em pontos específicos do esófago, como na cartilagem cricoide a nível de C6; c) reação inflamatória local resultando em edema compressivo. A disfonia explica-se, também, por fenómenos inflamatórios locais e compressivos, quer da laringe quer do nervo laríngeo recorrente.⁶

Antes de identificar a OCA como agente causador de disfagia, devem-se pesquisar e excluir outras causas mais comuns, como presbifagia, acidente vascular cerebral, demência e outras doenças neurodegenerativas, lesões tumorais ou efeitos adversos de fármacos.⁵ Vários medicamentos vulgarmente usados acarretam toxicidade farmacológica a nível do sistema nervoso central (neurolépticos, p. ex.), da placa neuromuscular ou do próprio músculo liso/ estriado (estatinas, p. ex.), interferindo com o processo de deglutição. Adicionalmente, a xerostomia secundária a fármacos pode afetar a capacidade de mastigação e deglutição. Assim,

torna-se essencial uma revisão detalhada das terapêuticas em curso no doente idoso disfágico.^{3,5}

O diagnóstico de osteofitose cervical anterior é realizado por TC de coluna cervical. Funcionalmente, a disfagia secundária à OCA pode ser avaliada com VED ou esofagograma com bário. Em ambos exames, pode-se observar compressão faringoesofágica posterior, espasmo cricofaríngeo, refluxo nasal de alimento ou resíduos sobre a lesão. A VED, além de esclarecer a dinâmica da deglutição e a eficácia da fase faríngea, identifica alterações anatómicas e funcionais das estruturas. No caso dos osteófitos cervicais, vê-se de forma direta uma lesão abaulada e regular na parede posterior da faringe, podendo ainda existir diminuição da elevação laríngea, penetração de alimento e dificuldade de retroversão da epiglote devido à barreira anatómica imposta pelo osteófito.⁵

A abordagem terapêutica inicial deve ser conservadora e incluir modificação da dieta com alteração da consistência dos alimentos, correções posturais e adoção de manobras de deglutição. Associadamente, pode ser necessária terapêutica farmacológica com recurso a relaxantes musculares, fármacos anti-refluxo e/ou anti-inflamatórios.^{10,11}

Não há recomendações claras relativas às indicações cirúrgicas, mas há evidência de benefício no caso de falência do tratamento conservador – definida por persistência da disfagia com perda involuntária de peso – ou na vigência de obstrução de via aérea superior. O tratamento cirúrgico consiste na excisão dos osteófitos cervicais (ou osteofitectomia), considerada como altamente efetiva. Estima-se que 8% a 10% dos pacientes com disfagia secundária à OCA necessitem de tratamento cirúrgico.⁵

Uma vez que há poucos casos de disfagia secundária a OCA relatados na literatura, este caso clínico visa alertar para a suspeição desse diagnóstico à equipe multidisciplinar que cuida do idoso disfágico. O diagnóstico atempado possibilitaria o tratamento oportuno e precoce, melhor prognóstico e menor incidência de complicações associadas à disfagia orofaríngea. ■

Declaração de Contribuição

SOF – Elaboração do manuscrito, revisão crítica e aprovação final
SS, LNF, SF, PA – Revisão crítica e aprovação final
Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Contributorship Statement

SOF – Preparation of the manuscript, critical review, and final approval.
SS, LNF, SF, PA – Critical review and final approval
All authors approved the final draft

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2023.

Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2023. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Sofia Osório Ferreira – sofia.ocferreira@gmail.com

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

Rua Dr. Cândido Pinho 5, 4520-211 Santa Maria da Feira

Recebido / Received: 2022/11/25

Aceite / Accepted: 2023/01/24

Publicado online / Published online: 2023/09/15

REFERÊNCIAS

1. World Gastroenterology Organisation. WGO Practice Guidelines: Dysphagia. [accessed Jan 2022] Available from: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia>
2. Espitalier F, Fanous A, Aviv J, Bassiouny S, Desuter G, Nerurkar N, et al. Crevier-Buchman L. International consensus (ICON) on assessment of oropharyngeal dysphagia. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135:S17-S21. doi: 10.1016/j.anorl.2017.12.009.
3. Aslam M, Vaezi MF. Dysphagia in the elderly. *Gastroenterol Hepatol.* 2013 ;9:784-95.
4. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1403-28. doi: 10.2147/CIA.S107750.
5. Aires MM, Fukumoto GM, Ribeiro SL, Haddad L, Alvarenga EHL. Dysphagia due to anterior cervical osteophytosis: case report. *Codas.* 2021;34:e20200435. doi: 10.1590/2317-1782/20212020435.
6. Correia FM, Jorge JP, Neves AS, Xavier GF, Oliveira MM, Ferreira JE. Dysphagia due to anterior cervical osteophytosis: case report. *Coluna/Columna.* 2014;13:325-7. doi: 10.1590/s1808-18512014130400r65
7. Verlaan JJ, Boswijk PF, de Ru JA, Dhert WJ, Oner FC. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: an underestimated cause of dysphagia and airway obstruction. *Spine J.* 2011;11:1058-67. doi: 10.1016/j.spinee.2011.09.014.
8. Choi HE, Jo GY, Kim WJ, Do HK, Kwon JK, Park SH. Characteristics and clinical course of dysphagia caused by anterior cervical osteophyte. *Ann Rehabil Med.* 2019;43:27-37. doi: 10.5535/arm.2019.43.1.27.
9. Akbal A, Kurtaran A, Selcuk B, Gurcan A, Ersoz M, Akyuz M. The development of dysphagia and dysphonia due to anterior cervical osteophytes. *Rheumatol Int.* 2009;29:331-4. doi: 10.1007/s00296-008-0669-6.
10. Seo JW, Park JW, Jang JC, Kim JW, Lee YG, Kim YT, Lee SM. Anterior cervical osteophytes causing Dysphagia and paradoxical vocal cord motion leading to dyspnea and dysphonia. *Ann Rehabil Med.* 2013;37:717-20. doi: 10.5535/arm.2013.37.5.717.