

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso clínico

Tendinite Calcificante Aguda do Longo do Pescoço: Um Diagnóstico Diferencial em Otorrinolaringologia Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli: A Differential Diag- nosis in Otolaryngology

Inês Gambôa^a, Joana Martins^b, Paula Azevedo^a, Ditzza Vilhena^a, Helena Sá e Silva^b, Delfim Duarte^a, Nuno Oliveira^a

^aServiço de ORL do Hospital de Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos.

^bServiço de Imagiologia, unidade de neurorradiologia do Hospital de Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos

Recibido: 5/10/2015 Aceptado: 18/10/2015

Resumo

Introdução: A tendinite calcificante aguda do músculo longo do pescoço (TCALP) é uma patologia inflamatória aguda, benigna e auto-limitada, causada pela deposição de cristais de hidroxapatite de cálcio no tendão de inserção deste músculo. A apresentação clínica cursa com sinais e sintomas comumente observados na especialidade de Otorrinolaringologia.

Caso clínico: É apresentado o caso de uma doente referenciada ao Serviço de Otorrinolaringologia por cervicalgia aguda e disfagia. O diagnóstico de TCALP foi estabelecido pela suspeita clínica e o recurso a tomografia computadorizada e ressonância magnética, que demonstraram os achados típicos desta patologia.

Discussão: Apesar de a TCALP não ser uma patologia do foro da otorrinolaringologia, o seu reconhecimento por parte desta especialidade tem uma importância relevante, bem como pelo médico imagiologista. Esta patologia é auto-limitada e resolve em dias a semanas com repouso e recurso a anti-inflamatórios, sendo que a consideração deste diagnóstico vai evitar a realização de exames complementares desnecessários ou a implementação de terapêuticas inadequadas que podem ter efeitos secundários indesejáveis para o doente.

Correspondencia: Inês Gambôa

Hospital de Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos.

Correo electrónico: inesfariagsilva@gmail.com

Palavras-chave: tendinite calcificante, músculo *longus colli*, cervicalgia, disfagia, calcificação pré-vertebral, imagiologia.

Abstract

Introduction: The acute calcific tendinitis of the Longus Colli muscle (TCALP) is an acute, benign and self-limited inflammatory condition caused by deposition of calcium hydroxyapatite crystals in the tendon of this muscle insertion. The presentation includes signs and symptoms commonly observed in the ENT specialty.

Clinical case: We present the case of a female patient referred to the ENT Department for acute neck pain and dysphagia. The diagnosis of TCALP was established by clinical suspicion and the use of CT and MRI, which showed the typical findings of this pathology.

Discussion: Although the TCALP is not an Otolaryngology pathology, its recognition on the part of this specialty as well as by the Radiologist has a great importance. This disease is self-limiting and resolves in days to weeks with rest and anti-inflammatory medication, and consideration of this diagnosis will avoid performing unnecessary additional tests or implementation of inadequate therapies that may have undesired side effects for the patient.

Keywords: calcific tendinitis, *longus colli* muscle, neck pain, dysphagia, prevertebral calcification, radiology.

Introdução

A tendinite calcificante aguda do músculo longo do pescoço (TCALP) é uma patologia inflamatória aguda causada pela deposição de cristais de hidroxiapatite de cálcio no tendão de

inserção deste músculo^{1,2}. A sua causa é desconhecida³. A apresentação clínica cursa com sinais e sintomas comumente observados na especialidade de otorrinolaringologia e, como tal, é de importância crescente o reconhecimento deste diagnóstico, já que se trata de uma patologia benigna e auto-limitada².

Caso Clínico

Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino de 42 anos, raça caucasiana, que recorreu ao serviço de urgência geral com queixas de cervicalgia intensa com 4 dias de evolução. Referia ainda odinofagia e disfagia ligeira para sólidos. Negava dificuldade respiratória, história de traumatismo ou episódios semelhantes prévios.

A doente não tinha antecedentes patológicos de relevo nem fazia qualquer medicação. Referia apenas um tratamento dentário do 3º molar superior esquerdo (dente 2.8) uma semana antes do surgimento dos sintomas. Após observação e realização de Raio X cervical, que se apresentava normal, o quadro clínico foi interpretado como contratura muscular e a doente teve alta medicada com relaxante muscular, analgésico e anti-inflamatório não esteróide (AINE). Regressou no dia seguinte por agravamento da sintomatologia, e foi pedida observação por Otorrinolaringologia. Ao exame objetivo apresentava-se consciente e colaborante, apirética (T. axilar: 36°C), com dor e rigidez cervical na mobilização passiva e ativa, sem sinais meníngeos. A cavidade oral não tinha alterações. Na observação da orofaringe era evidente um ligeiro abaulamento da parede posterior da faringe, mas sem alterações da mucosa, sem exsudados e sem abaulamento do palato. A nasofibrolaringoscopia confirmou o abaulamento da parede posterior da faringe, que se estendia até à

nasofaringe, sem alterações na hipofaringe ou laringe. Na palpação cervical não havia adenopatias ou outras neoformações.

O estudo analítico realizado era normal (hemograma com fórmula leucocitária, ionograma, função renal, estudo da coagulação) exceto uma ligeira elevação da Proteína C Reativa (PCR) (21,80 mg/L).

A tomografia computadorizada (TC) cervical foi pedida pela suspeita clínica de abscesso/fleimão retrofaríngeo apesar de apirexia e ausência de alterações analíticas valorizáveis. As imagens revelaram uma hipodensidade de morfologia

irregular e limites mal definidos no espaço pré-vertebral sensivelmente desde o plano de C1 e que se estendia inferiormente pelo menos até C5, identificando-se calcificação paramediana esquerda anterior e inferiormente ao arco anterior de C1 (Figura 1).

Realizou ressonância magnética (RM) cervical para melhor caracterização, na qual houve confirmação de alteração de sinal ao longo do espaço pré-vertebral, evidente desde o plano de C1 até C5, sem restrição à difusão, excluindo a hipótese de abscesso (Figura 2).

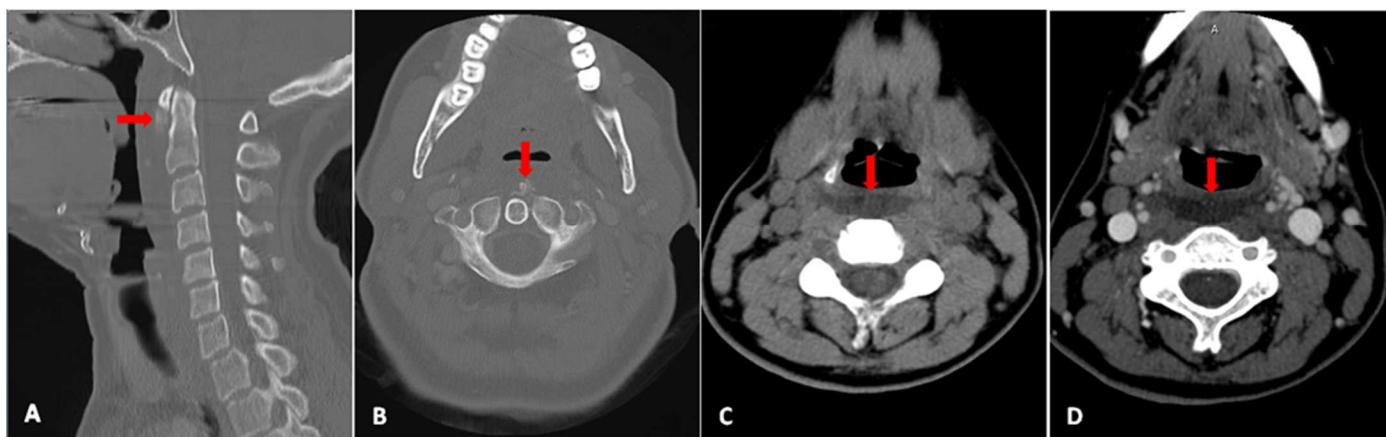


Figura 1: TC cervical realizada no serviço de urgência. As imagens revelam uma calcificação paramediana esquerda anterior e inferiormente ao arco anterior de C1 (A e B). Observa-se também hipodensidade de morfologia irregular no espaço pré-vertebral desde o plano de C1 até C5 (C), sem realce após contraste (D).

Perante os achados imagiológicos e a clínica, foi estabelecido o diagnóstico de TCALP. Dada a intensidade das queixas, optou-se por internamento para vigilância e terapêutica, onde realizou Diclofenac 75mg, Parecoxib 40 mg, Paracetamol 1000mg e Tiocolquicosido 4mg. A evolução foi favorável, e a doente teve alta ao 3º dia com resolução completa da sintomatologia.

Realizou RM cervical de reavaliação após 3 semanas, que revelou resolução do edema pré-vertebral anteriormente observado, mantendo a calcificação anterior ao arco anterior de C1 (Figura 3).

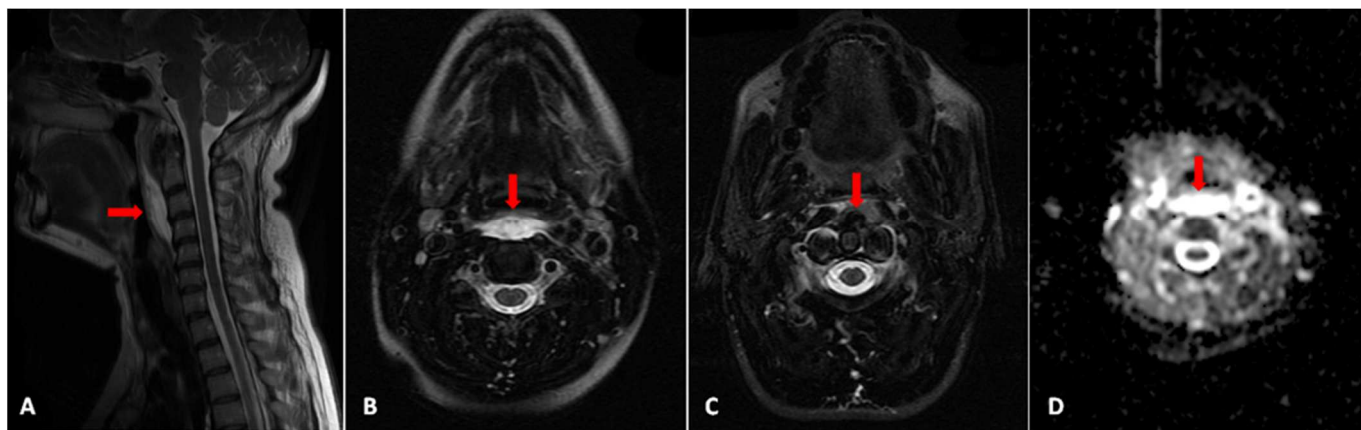


Figura 2: Imagens da RM cervical efetuada observando-se, em A (planos sagitais T2) e B (planos axiais T2 com supressão de gordura), hipersinal em T2 ao longo do espaço pré-vertebral, evidente desde o plano de C1 até C5. Em C (planos axiais T2 com supressão de gordura), é possível identificar a calcificação anterior ao arco anterior de C1. Em D (Mapa ADC), observa-se ausência de restrição à difusão do edema pré-vertebral, excluindo a hipótese de abscesso.

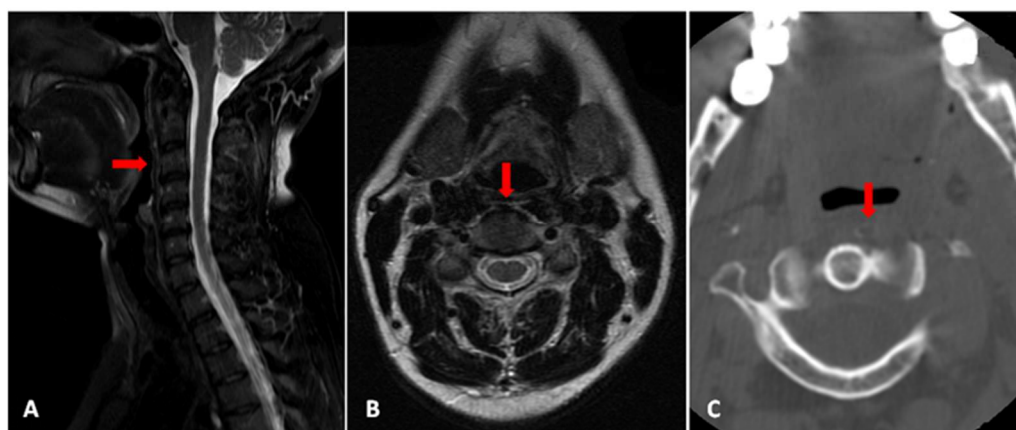


Figura 3: Imagens de reavaliação 2 semanas após a alta. Na RM, em A (planos sagitais T2 com supressão de gordura) e B (planos axiais T2), observa-se ausência do edema pré-vertebral anteriormente identificado. Na TC, em C, verifica-se reabsorção subtotal da calcificação anterior ao arco anterior de C1.

Discussão

A TCALP é uma condição inflamatória benigna e auto-limitada, causada pela deposição de cristais de hidróxiapatite de cálcio no tendão de inserção deste músculo^{1,2}.

A sua verdadeira incidência é desconhecida, talvez por se tratar de uma patologia subdiagnosticada devido à frequente atribuição de outros diagnósticos cujos sintomas são semelhantes^{2,4}. É mais frequente entre as 3ª e

6ª décadas de vida, sem preferência de género^{3,5}.

Esta patologia foi descrita pela primeira vez em 1964 por *Hartley et al*, mas foi em 1967 que *Fahkren* correlacionou os sintomas com a presença de calcificações anteriores ao arco anterior de C1, na inserção do músculo longo do pescoço².

Este músculo localiza-se no espaço pré-vertebral, e é 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 na inserção destas que ocorre mais frequentemente a tendinite calcificante. Mais raramente afeta o tendão de inserção das restantes fibras^{1,6}.

A fisiopatologia é semelhante à tendinite calcificante de outros grupos musculares, como o exemplo da coifa dos rotadores⁴. A causa da deposição dos cristais de hidroxapatite de cálcio é desconhecida mas pode estar relacionada com história de traumatismo, degeneração tendinosa, fatores metabólicos e condições inflamatórias crónicas^{3,4,7}. Após a deposição, os cristais sofrem rutura e é nesta fase que é despoletada uma reação inflamatória local com edema do espaço pré-vertebral e espasmo muscular^{2,7,8}.

O caso clínico apresentado neste artigo representa uma apresentação típica da patologia descrita. Os doentes referem sintomas de cervicalgia aguda intensa, com limitação na mobilidade cervical passiva e ativa. Pode haver rigidez da nuca mas não há sinais meníngeos. Disfagia e odinofagia são também sintomas frequentes pela proximidade do músculo longo do pescoço com os constritores da faringe^{2,4,7}. O doente apresenta-se apirético ou, no máximo, com febrícula (T. axilar <38°C). A inspeção da orofaringe e a nasofibrolaringoscopia podem revelar um abaulamento da parede posterior da faringe que pode envolver toda a sua extensão. É possível observar-se rubor da orofaringe, mas não há exsudados ou alterações laríngeas^{1,2,3,6,8}.

O estudo analítico habitualmente é normal, podendo haver apenas uma ligeira elevação dos marcadores analíticos de inflamação aguda, designadamente leucocitose ligeira e discreta elevação da PCR ou da velocidade de sedimentação^{2,3}.

Os estudos de imagem são da maior importância para o estabelecimento do diagnóstico.

A TC cervical é o exame *gold standard* revelando, como imagem patognomónica, uma calcificação anterior ao tubérculo do atlas, no local de inserção das fibras oblíquas superiores do longo do pescoço ou, mais raramente, no tendão de inserção das fibras oblíquas inferiores ou verticais. Coexiste edema difuso do espaço pré-vertebral, habitualmente entre C1 e C6, sem realce após o contraste, e não se identificam adenomegalias^{1,2,3,4,5,6,7}.

A RM não é essencial para o diagnóstico, mas pode ser efetuada para melhor caracterização do edema pré-vertebral e observação dos músculos pré-vertebrais. Nestes casos, a alteração de sinal do espaço pré-vertebral é difusa, não se objetiva realce após o contraste e não tem restrição à difusão, o que permite a distinção com um abscesso retrofaríngeo. Podem observar-se outros sinais menos frequentes como edema da medula óssea e dos corpos vertebrais^{1,2,3,6}.

Perante um doente com cervicalgia aguda intensa associada a rigidez cervical, o diagnóstico de TCALP pode ser difícil, uma vez que os sintomas mimetizam outras patologias observadas no serviço de urgência, como meningite, abscesso retrofaríngeo e cervical, fratura de vértebra cervical, herniação de disco vertebral ou espondilite infecciosa^{2,4,8}.

O diagnóstico mais frequentemente atribuído a um doente com cervicalgia, disfagia e abaulamento da parede posterior da faringe é o de abscesso/ fleimão retrofaríngeo⁴. É, por isso, de extrema importância a atenção à presença de febre e de marcadores analíticos de inflamação aguda, bem como a correta interpretação das imagens da TC e ou RM, nomeadamente a

identificação da calcificação tendinosa patognomónica, a ausência de realce periférico e, no caso de realização de RM, a ausência de restrição à difusão^{1,2,5}.

O tratamento passa por repouso, analgesia e AINES e, eventualmente, colar cervical^{2,3,4,7}. Esta patologia é auto-limitada e geralmente resolve em dias^{2,7}. Imagiologicamente, o edema do espaço pré-vertebral / retrofaríngeo resolve em 1-3 semanas e a calcificação geralmente desaparece ao fim de semanas a meses^{2,3,6}.

Apesar de não ser uma patologia do foro da otorrinolaringologia, o seu reconhecimento por parte desta especialidade tem uma importância relevante, bem como pelo médico imagiologista, já que a consideração desta patologia no diagnóstico diferencial vai evitar a realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários ou a implementação de terapêuticas inadequadas, como a tentativa de drenagem de um abscesso em bloco operatório ou a administração de antibióticos que podem ter efeitos secundários indesejáveis para o doente.

Declaração de conflitos de Interesse:

Sem conflitos de interesse.

Referências

- 1- Silva C F, Soffia P S, Pruzzo E. Acute prevertebral calcific tendinitis: a source of non-surgical acute cervical pain. *Acta Radiol.*2014;55(1):91-4.
- 2- Jimenez S, Millan J M. Calcific retropharyngeal tendinitis: a frequently missed diagnosis. *J Neurosurg Spine* 2007;6:77– 80.
- 3-Nunes C, Casimiro C, Carreiro I. Imagiology of the Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli. *Acta Med Port* 2012;25:51-55.
- 4- 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;148(6):955-8.
- 5- Offiah C E, Hall E. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: spectrum of CT appearances and anatomical correlation. *Br J Radiol.* 2009;82(978):e117-21.
- 6- Hviid C, Salomonsen M, Gelineck J, Rasmussen L R, Jensen K M, Kryger-Baggesen P, et al. Retropharyngeal tendinitis may be more common than we think: a report on 45 cases seen in Danish chiropractic clinics. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32(4):315–320.
- 7- Zibis A H, Giannis D, Malizos K N, Kitsioulis P, Arvanitis D L. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: case report and review of the literature. *Eur Spine J* 2013;22:434-438.
- 8- Southwell K, Hornibrook J, O'Neill-Kerr D. Acute longus colli calcific tendonitis causing neck pain and dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;138(3):405-6.