

# Papagaios Escondidos, uma Causa de Disfagia: Caso Clínico

## *Hidden Parrots, a Cause of Dysphagia: Case Report*

André S. Carvalho; Beatriz Teixeira Lima, Ana Catarina Camarneiro, Sara Joana Faria, Isabel Bessa, Susana Magalhães.

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1029>

### Autor Correspondente/Corresponding Author:

André S. Carvalho [andre.simoes.ca@gmail.com]

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4054-0100>

Serviço de Medicina Interna, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Unidade Local de Saúde Baixo Mondego, Figueira da Foz, Portugal

Rua do Hospital, 3094-001 Figueira da Foz, Portugal

### RESUMO

A osteofitose vertebral, muito prevalente após os 60 anos, pode atingir dimensões consideráveis e causar compressão de estruturas adjacentes à coluna, sendo uma das causas de disfagia menos descritas na literatura.

Reportamos um caso de homem de 89 anos trazido à urgência por *delirium*, hemiparésia direita e disfagia para sólidos e líquidos com um dia de evolução. Antecedentes de carcinoma espinhocelular no ombro, leucoencefalopatia microvascular e espondilartrose. Recuperou espontaneamente dos défices motores e cognitivos, mas manteve disfagia grave durante o internamento. Endoscopia digestiva alta evidenciou abaulamento esofágico cervical, altamente sugestivo de neoplasia, não confirmada histologicamente. Tomografia computorizada cervical revelou volumosos osteófitos cervicais, comprimindo e deformando o esôfago. Apesar da referenciado para consulta de Neurocirurgia, este viria a falecer por complicações decorrentes de pneumonia de aspiração.

A osteofitose cervical é uma etiologia rara e subdiagnosticada de disfagia, cuja incidência tem vindo a aumentar fruto do envelhecimento populacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Osteófita; Osteofitose Vertebral; Perturbações de Deglutição; Vértebras Cervicais

### ABSTRACT

Vertebral osteophytosis, highly prevalent after the age of 60, can reach significant dimensions and cause compression of adjacent structures to the spine, being one of the less described causes of dysphagia in the literature.

We report a case of an 89-year-old male admitted to the emergency department with delirium, right hemiparesis and dysphagia for solids and liquids since the day before. His medical history included squamous cell carci-

noma of the shoulder, microvascular leukoencephalopathy and spondylarthrosis. He spontaneously recovered from motor and cognitive deficits but persisted with severe dysphagia during hospitalization. Upper digestive endoscopy revealed cervical esophageal bulging, highly suggestive of malignancy, which was not histologically confirmed. Cervical computed tomography (CT) imaging identified large cervical osteophytes, compressing and deforming the esophagus. Despite referral to Neurosurgery consultation, he died from complications related to aspiration pneumonia.

Cervical osteophytosis is a rare and underdiagnosed etiology of dysphagia, whose incidence is increasing as a result of population aging.

**KEYWORDS:** Aged; Cervical Vertebrae; Deglutition Disorders; Osteophyte; Spinal Osteophytosis

## INTRODUÇÃO

A osteofitose vertebral pode atingir dimensões consideráveis com o avançar da idade e, quando localizada na face anterior da coluna cervical (principalmente de C3 a C5), comprimir estruturas como faringe, esófago, laringe ou nervos, causando disfagia com risco de aspiração, dispneia e disfonia.<sup>1-3</sup>

Relatamos o caso de um doente idoso que se apresentou com um quadro compatível com acidente vascular cerebral, mas que manteve disfagia e odinofagia apesar da melhoria dos restantes défices neurológicos, colocando em causa a etiologia inicialmente considerada. Os achados na endoscopia digestiva alta desviaram as atenções para um quadro de esofagite herpética e uma alta suspeita de neoplasia esofágica, atrasando o diagnóstico de osteofitose cervical anterior (OCA).

Este caso pretende fomentar a suspeição clínica para esta causa de disfagia subdiagnosticada e cada vez mais prevalente devido ao envelhecimento populacional, de forma a garantir precocemente a gestão terapêutica adequada destes doentes.

## CASO CLÍNICO

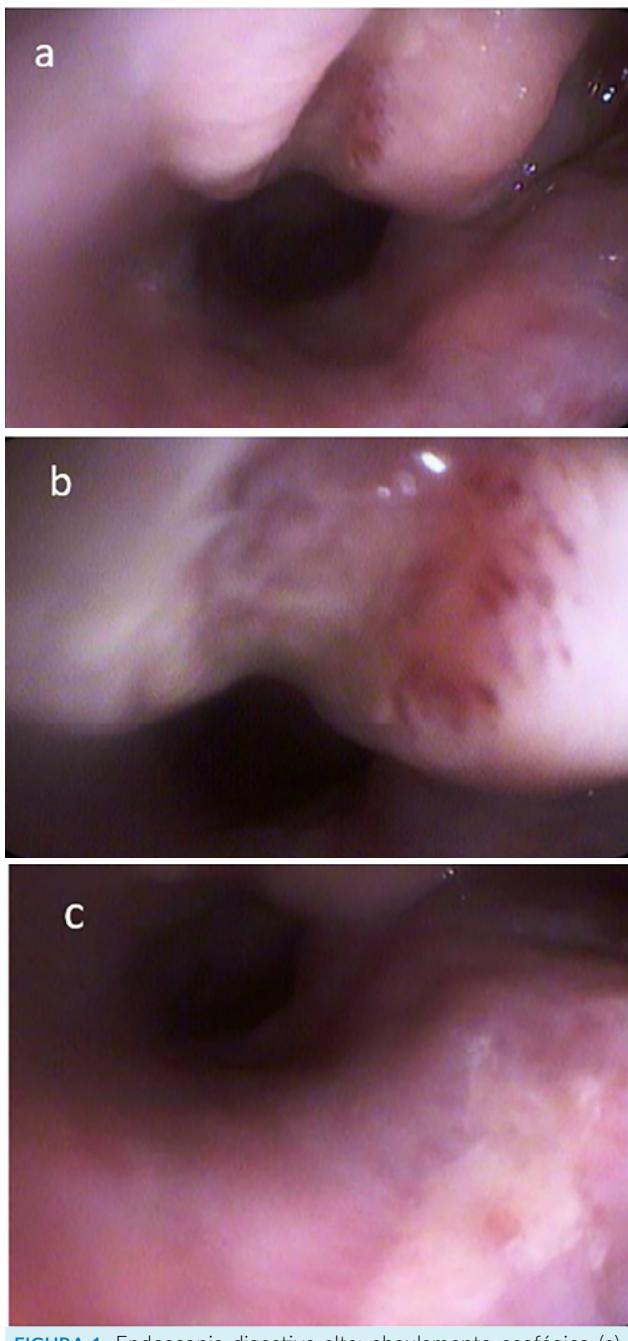
Doente do sexo masculino, 89 anos, independente nas atividades de vida diária, foi admitido no Serviço de Urgência por alteração do comportamento com cerca de 24 horas de evolução, com desorientação tempo-espacial, discurso incoerente, incontinência urinária e diminuição generalizada da força muscular, sobretudo nos membros inferiores. Antecedentes pessoais de carcinoma espinhocelular no ombro direito ressecado dois anos antes, leucoencefalopatia microvascular frontoparietal, espondilartrose cervico-dorso-lombar, hipertensão arterial, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna. Ao exame objetivo apresentava agitação psicomotora, disfagia para sólidos e líquidos e hemiparesia direita grau 3 no membro inferior e grau 4 no membro superior, com reflexo cutâneo-plantar em

extensão e diminuição dos reflexos osteotendinosos profundos ipsilateralmente. Analiticamente apresentava contagem leucocitária de 23 300/ $\mu$ L, neutrófilos 19 400/ $\mu$ L, PCR 8,8 mg/dL, procalcitonina 0,17 ng/mL. Realizou tomografia computorizada (TC) de crânio, sem evidência de lesão neurológica aguda ou ocupante de espaço, e TC da coluna dorso-lombar, com alterações degenerativas disco-vertebrais generalizadas calcificações/ossificações do ligamento longitudinal anterior (LLA) e ligamentos amarelos, causando ligeira estenose canalar e deformidade das vertentes póstero-laterais durais.

Ficou internado com a suspeita de um acidente vascular isquémico lacunar esquerdo motor puro, sem tradução tomográfica em TC de controlo. Nos dois dias seguintes verificou-se recuperação completa e espontânea dos défices motores e cognitivos, mas manteve disfagia grave, que motivou pneumonia lobar direita de aspiração e necessidade de colocação de sonda nasogástrica para hidratação e nutrição entérica. Cumpriu antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico 1000+200 mg 3id e azitromicina 500 mg id, que permitiu uma melhoria analítica e radiográfica, mas apesar da analgesia com tramadol 50 mg 3id, naproxeno 250 mg 2id e paracetamol 1000 mg 3id e terapêutica com pantoprazol 40 mg id e sucralfato 1000 mg 3id, manteve odinofagia intensa, secreções orofaríngeas e disfonia.

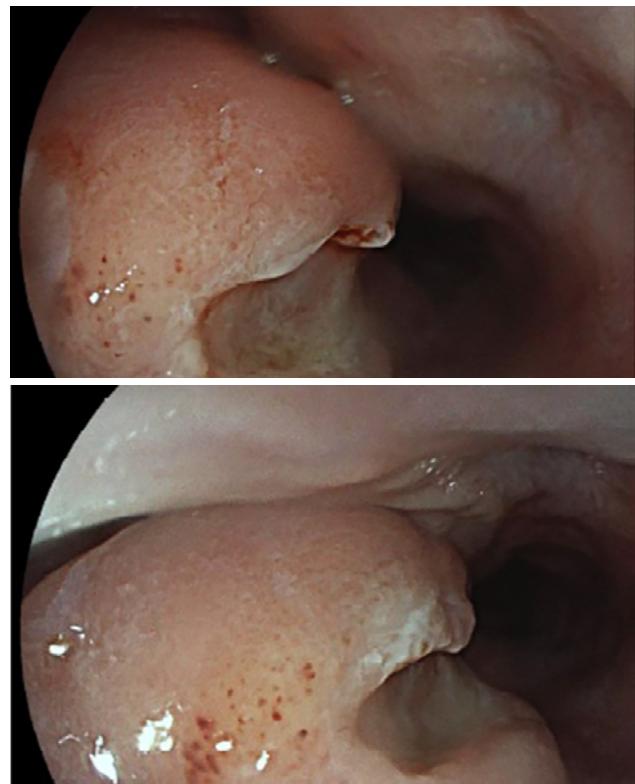
Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou, numa extensão de 2 a 3 cm do esófago proximal, um marcado abaulamento, com área central ulcerada e deprimida compatível com neoplasia e, na face oposta, uma úlcera superficial de fundo branco com 4 mm (Fig. 1).

O estudo anatomo-patológico das biópsias lesionais revelou alterações compatíveis com infecção por herpes simplex tipo 1. Assumido o diagnóstico de esofagite herpética, cumpriu 14 dias de aciclovir 400 mg 5id, com temporária melhoria álgica, mas sem resolução das queixas.



Repetiu exame endoscópico no fim do tratamento, que demonstrou a lesão ulcerada já descrita, de bordos marcados e irregulares, dura ao toque, altamente sugestiva de lesão neoplásica (Fig. 2). Efetuadas novas biópsias, cujo estudo excluiu neoplasia ou vírus herpes.

Proseguiu-se com a realização de TC cervical que revelou calcificação do LLA, hiperostoses e volumosos osteófitos somáticos na face anterior dos corpos vertebrais da coluna cervical, os maiores em C2-C3, C5-C7 e T1-T3 (Fig. 3), esporões que em conjunto condicionavam compressão e deformação da parede posterior da hipofaringe e esófago, bem como parésia da corda vocal esquerda.

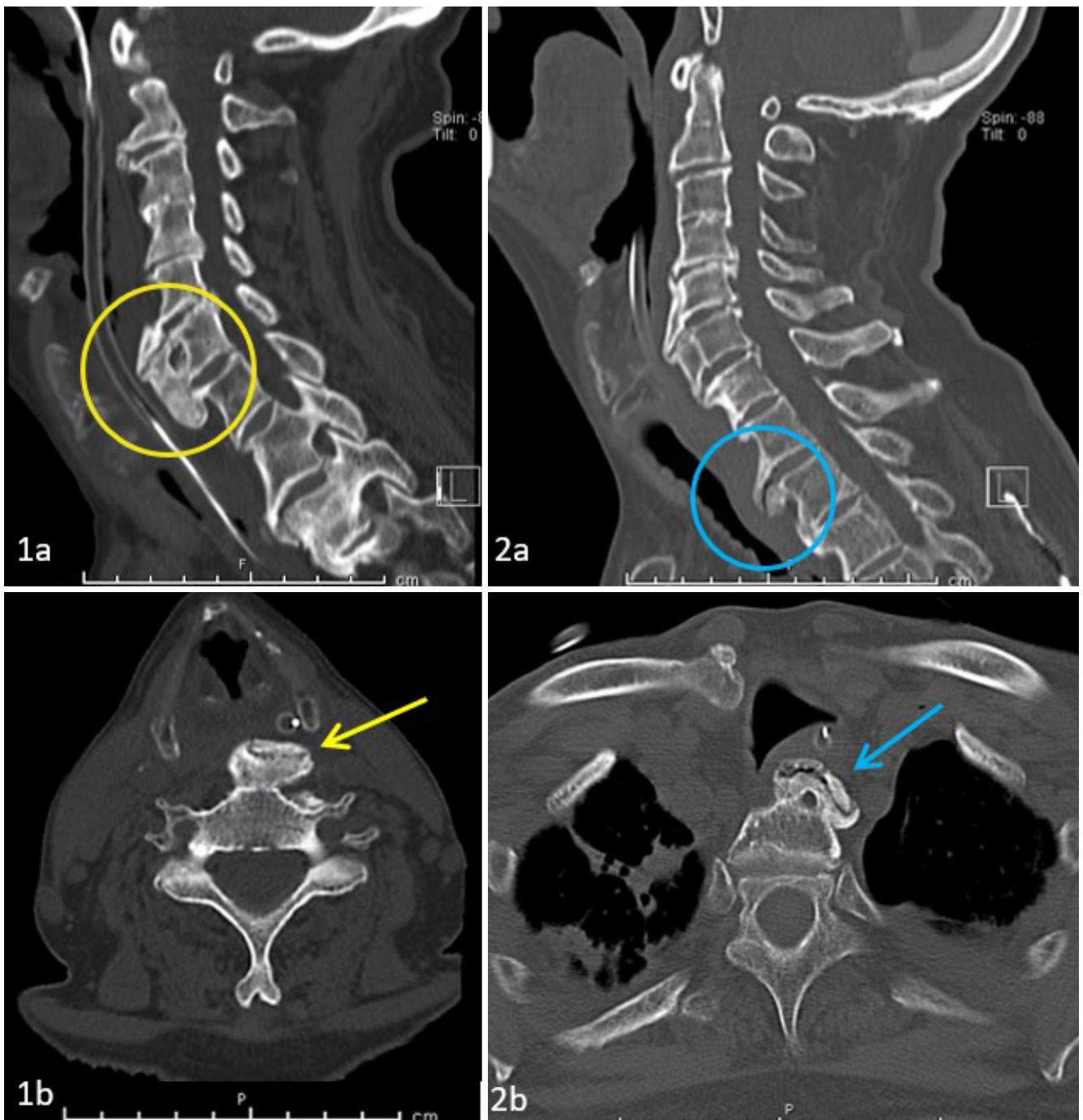


Atendendo aos achados tomográficos, foi feita refe-renciação à consulta de Neurocirurgia, para avaliação da elegibilidade para ressecção osteofitária anterior. Contudo, a evolução clínica ao longo do internamento prolongado foi marcada por múltiplas intercorrências infeciosas, lesão renal aguda, imobilismo, desnutrição e sarcopenia, com acentuada fragilidade e deterioração da qualidade de vida do doente, que viria a falecer três meses após o diagnóstico.

## DISCUSSÃO

A disfagia, disruptão patológica no movimento de deglutição, tem uma prevalência de quase 30% na população idosa, constituindo uma síndrome geriátrica muitas vezes confundida com o processo homólogo de senescência, a presbifagia.<sup>1</sup> Nesta população, particularmente vulnerável a este fenómeno pela multimorbididade e polimedicação que lhe são características, importa estar alerta para várias etiologias de disfagia, incluindo as mais raras.<sup>4</sup>

As projeções ósseas da coluna vertebral podem resultar de processos degenerativos, traumáticos, inflamatórios ou mesmo idiopáticos como no caso da hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH),<sup>5</sup> uma doença caracterizada pela calcificação e ossificação anormal de ligamentos e tendões, com destaque para o ligamento longitudinal anterior.<sup>4,6</sup> Os osteófitos são



**FIGURA 3.** Tomografia ccomputadorizada de pescoço, cortes sagital (a) e axial (b): osteófitos cervicais anteriores comprimindo a parede posterior da hipofaringe e esôfago, os mais volumosos em C5-C6 (1) e T1-T2 (2).

projeções ósseas compensatórias das alterações degenerativas da coluna cervical que apresentam uma incidência cumulativa com a idade, crescendo de forma lenta após a sétima década de vida.<sup>7,8</sup> Neste doente, as calcificações do LLA e ligamentos amarelos, associadas a hiperostoses e ossificação contígua dos corpos vertebrais de C5-T3, remetem-nos para um possível caso de DISH<sup>5</sup> sobreposto pela etiologia degenerativa da OCA, típica de um grande idoso.

A OCA, que afeta cerca de 20%-30% dos idosos e é mais frequente no sexo masculino, é geralmente bem tolerada e cronicamente assintomática, até que um

evento gatilho (como uma infecção, aspiração, regurgitação ou traumatismo cervical) desequilibra os mecanismos adaptativos e desencadeia sintomatologia compressiva de forma aguda ou subaguda.<sup>1,5,7,10</sup> Esta está presente em cerca de 10% dos casos de OCA, tende a ser mais grave em idades avançadas e resulta da compressão osteofitária de estruturas adjacentes à coluna, manifestando-se com dor, disfagia, disfonia, tosse e/ou dispneia, consoante comprima o esôfago, estruturas nervosas ou a laringe.<sup>1-3,5,6,11</sup> No caso particular deste grande idoso do sexo masculino, para além da compressão esofágica causadora de disfagia grave

e vários episódios de aspiração, também a disfonia que apresentava era explicável pela parésia compressiva da corda vocal esquerda.

A disfagia secundária a OCA, responsável por 1,6% das causas identificáveis em idade geriátrica, pode ser explicada pela íntima relação anatómica entre o esófago e a coluna vertebral.<sup>5,7,12</sup> Os osteófitos condicionam desvio e/ou obstrução do lúmen faringoesofágico quer pela compressão extrínseca que exercem sobre a sua parede posterior, quer pela inflamação, edema e espasmo cricofaríngeo resultantes da sua fricção repetida.<sup>4,7</sup> A restrição de movimentos da epiglote e laringe, causadores de uma proteção incompleta da via aérea, é também um mecanismo responsável pela disfagia.<sup>1,9,10,13,14</sup> Apesar de não haver uma correlação linear entre a sua dimensão e a sintomatologia, o risco de sintomas aumenta em osteófitos maiores que 10 mm, estando os de C2-C3 mais associados a compromisso da via aérea e os de C5-C6 a disfagia.<sup>1,7</sup> O doente em questão apresentava atingimento de ambos os níveis, o que lhe conferia pior prognóstico funcional, altamente deletério da sua saúde e qualidade de vida, condicionando, à semelhança de casos reportados na literatura, desidratação, desnutrição, sarcopenia, dispneia e pneumonias de aspiração.<sup>5,7,9,10</sup>

O diagnóstico da OCA é imagiológico, com radiografia da coluna, trânsito baritado, tomografia computorizada (TC) ou ressonância magnética.<sup>12</sup> A TC cervical, considerada o método diagnóstico *gold standard*, permite identificar e localizar a compressão osteofitária, enquanto o trânsito baritado permite estratificar compromisso funcional por ela condicionado.<sup>13</sup> Contudo, antes do diagnóstico etiológico de disfagia ser atribuído a OCA, devem excluir-se doenças intrínsecas do esófago (como divertículos, estenoses ou neoplasias) ou doenças neurológicas, daí terem sido realizadas TC crânioencefálica e EDA num primeiro momento.<sup>8,10</sup>

Doentes com sintomas ligeiros devem ser tratados de forma conservadora, com adequação dietética de forma a privilegiar alimentos de consistência mole; terapia da fala e exercícios de deglutição, para prevenir episódios de aspiração; bem como analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e terapêutica anti-refluxo, para alívio sintomático.<sup>1,4,13,15</sup> Nos casos refratários à terapêutica conservadora, com sintomas progressivos ou graves ao ponto de condicionar desnutrição, obstrução da via aérea, mielopatia ou parésia do nervo recorrente laríngeo, preconiza-se o tratamento cirúrgico para remoção dos osteófitos – osteofitectomia.<sup>7</sup> Perante ausência de melhoria sintomática, desnutrição, episódios de aspiração e disfonia, uma vez feito

diagnóstico de OCA, foi realizada referenciação a consulta de Neurocirurgia, que acabou por não se concretizar devido ao falecimento do doente.

Apesar dos riscos decorrentes da cirurgia e da ligeira tendência à recorrência a longo prazo, a intervenção cirúrgica apresenta ótimos resultados a curto e médio prazo, com melhoria significativa da qualidade de vida e redução de mortalidade destes doentes.<sup>1,3,10,13,15</sup>

Os osteófitos cervicais anteriores, pela sua grande prevalência e potencial dimensão na idade geriátrica, devem fazer parte do diagnóstico diferencial de disfagia nesta população.<sup>1,8</sup> Atendendo ao aumento da esperança média de vida, é expectável que nas próximas décadas a incidência de casos como este venha a aumentar, pelo que é fundamental sensibilizar a comunidade médica para esta entidade. Só assim será possível fazer face a este desafio diagnóstico, otimizar algoritmos terapêuticos e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

## APRESENTAÇÃO PRÉVIA

O presente Caso Clínico foi apresentado sob forma de Comunicação Oral no 27º Congresso Nacional de Medicina Interna em outubro de 2021.

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

**ASC, BTL, ACC, SJF, IB, SM** - Elaboração, revisão e aprovação final do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

**ASC, BTL, ACC, SJF, IB, SM** - Drafting, revision and final approval of the article.

All authors approved the final version to be published.

## 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.

**FINANCIAL 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 patient data.

**PATIENT CONSENT:** Consent for publication was obtained.

**PROVENANCE AND PEER REVIEW:** Not commissioned; externally peer-reviewed

## REFERÊNCIAS

1. Aires MM, Fukumoto GM, Ribeiro SL, Haddad L, Alvarenga EH de L. Disfagia por osteofitose cervical anterior: relato de caso. CoDAS [Internet]. 2022;34.
2. Kuruwitaarachchi K, Bandara SC, Atthanayake D. Progressive dysphagia secondary to multiple anterior cervical osteophytes: a case report. J Postgrad Inst Med. 2021;8:154. doi: 10.4038/jpgim.8333
3. Gronfula A, Alsharif TH, Deif A, Fouda AA, Abouelenein H. Anterior cervical huge osteophyte causing dysphagia: a case report. Cureus. 2023;15:e37000. doi: 10.7759/cureus.37000.
4. Marçal N, Pereira G, Soares J, Gonçalves M, Godinho T. Hipertrofia esquelética idiopática difusa (DISH): Uma causa de disfagia. Rev Port Otorrinolaringol Cir Cabeça PESCOÇO. 2010;48(3):155-7. doi: 10.34631/sporl.228
5. Egerter AC, Kim ES, Lee DJ, Liu JJ, Cadena G, Panchal RR, et al. Dysphagia Secondary to Anterior Osteophytes of the Cervical Spine. Global Spine J. 2015;5:e78-83. doi: 10.1055/s-0035-1546954.
6. Lyrtzis C, Poutoglidis A, Stamati A, Lazaridis N, Paraskevas G. A Case of Dysphagia Due to Large Osteophytic Lesions in the Cervical Spine: A Conservative Approach. Cureus. 2024;16:e59011. doi: 10.7759/cureus.59011
7. Chen YR, Sung K, Tharin S. Symptomatic Anterior Cervical Osteophyte Causing Dysphagia: Case Report, Imaging, and Review of the Literature. Cureus. 2016;8:e473. doi: 10.7759/cureus.473.
8. Ruetten S, Baraliakos X, Godolias G, Komp M. Surgical treatment of anterior cervical osteophytes causing dysphagia. J Orthop Surg. 2019;27:230949901983742.
9. Souza S, Raggio B, Bareiss A, Friedlander P. Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis of the Cervical Spine: A Risk for Acute Airway Obstruction. Ear, Nose Throat J. 2020 29:014556132093121.
10. Derrick W, Motes A. Dysphagia and dyspnea due to osteophyte formation in the cervical spine. Southwest Respir Crit Care Chron. 2023;11:57-8
11. Chhabra P, Brar R, Bhasin DK. An Intriguing Cause of Dysphagia. Gastroenterology. 2017;152:1839-40. doi: 10.1053/j.gastro.2017.01.006.
12. Soares D, Bernardes F, Silva M, Miradouro J, Lopes D. Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH)-Phagia: A Case Report and Review of Literature of a Rare Disease Manifestation. Cureus. 2023;15:e47221. doi: 10.7759/cureus.47221.
13. Urraca MP, Patiño IV. Dysphagia and Cervical Vertebral Osteophytes: Forestier's Disease? J Otolaryngol-ENT Res. 2016 Jul 5;4(3).
14. Moghamis IS, Derbas J, Khan NM, Alamlah MI, Alhardallo MA, Baco AM. Dysphagia Secondary to a Large Anterior Cervical Osteophyte: A Case Report. Case Rep Orthop Res. 2023;6:32-8.
15. Jayaprasad YD, Dharmapala A, Ganga NM, Edirisinghe EM. Dysphagia Caused by Anterior Cervical Osteophytes: A Rare Entity! Int J Ortho Res. 2024;7:01-04.