

QUIZ

CERVICALGIA AGUDA LIMITANTE EM PACIENTE IDOSA

LIMITATING ACUTE NECK PAIN IN OLD-AGED WOMAN

Sayuri K. Hayashi¹, Roberto D'ávila Martins¹, Vanessa S. Canossa¹, João Pedro P. Da Cunha¹, Eduardo Paiva¹.

Caso clínico: Paciente feminina, 69 anos, apresentou queixa há 10 dias de crises intensas de dor cervical, que irradiavam para membros superiores e impediam-na de movimentar o pescoço. Relatou presença de rigidez matinal com duração de 30 minutos e dores noturnas importantes. A paciente referia gonalgia crônica bilateral e dor em quadril à direita. Realizou exame de Ressonância Magnética de coluna cervical com achados inespecíficos. Complementou-se a investigação com Tomografia Computadorizada (TC) de coluna cervical (Figura 1), exame que elucidou o diagnóstico.

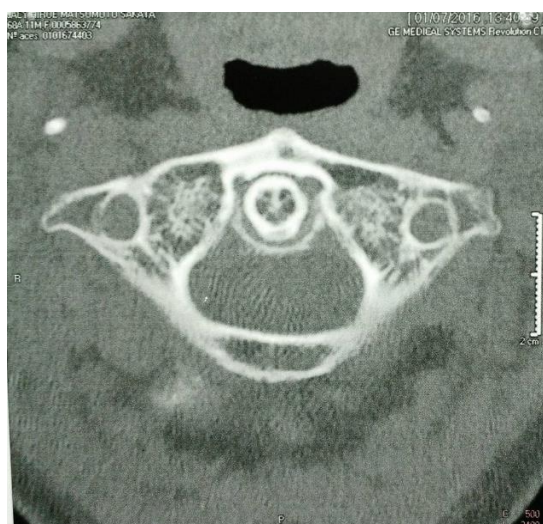


Figura 1

Qual doença de base justifica o quadro clínico-radiológico?

- A. Gota
- B. Espondilite anquilosante
- C. Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa / Doença de Forestier
- D. Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio
- E. Artrite reumatoide

1 – Serviço de Reumatologia do Complexo Hospital de Clínicas / Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasi.

Contato do Autor / Mail to:

Sayuri K. Hayashi - sayurikuhnenhayashi@gmail.com

Rua General Carneiro 181, CEP 80060 – 900, Curitiba – PR

RESPOSTA D – Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio

O diagnóstico da Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio (DDPC) foi possível pela história e evolução clínica, juntamente aos exames de imagem, que foram confirmatórios. A Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio (DDPC) apresenta amplo espectro clínico, podendo cursar com depósito desses cristais em região do processo odontoide na vértebra C2 (áxis), sendo chamada de Síndrome do Dente Coroado (SDC) ^{2,3}. Dentro da abordagem de dor aguda em região cervical, esse diagnóstico é de exclusão. A artropatia por pirofosfato de cálcio está clinicamente associada a episódios agudos de mono ou oligoartrite, chamados de pseudogota, envolvendo grandes articulações, sendo o mais comum: joelhos, punhos e tornozelos². Há resposta inflamatória intensa aos cristais de pirofosfato de cálcio acarretando calor, eritema e edema em torno da articulação afetada. A doença também pode manifestar-se na forma crônica caracterizada por artralgia discreta ou rigidez articular^{2,3}.

Os sinais e sintomas da SDC englobam cervicalgia aguda (100%), rigidez de pescoço (98%) e febre (80,4%). Acomete em igual proporção os sexos, com idade média de 71,4 anos. Os achados laboratoriais sugerem um quadro inflamatório^{3,4}. A confirmação diagnóstica é realizada pela Tomografia Computadorizada (TC) de C1-C2, visualizando-se a deposição de cálcio em forma de coroa na articulação atlantoaxial^{3,4,5}.

A dificuldade diagnóstica se dá pela localização atípica da artropatia, pelo não conhecimento dessa entidade e pelos diagnósticos diferenciais sobressaírem à primeira avaliação, como: osteoartrite, espondilite anquilosante, arterite temporal, polimialgia reumática, meningite, entre outros ^{3,5,6}. Isso pode levar a um atraso do manejo, aumentando o risco de fraturas do atlas, mielopatias e iatrogenia por exames desnecessários⁶.

A DDPC compreende 1,9% das causas de cervicalgia. Possui bom prognóstico e boa resposta aos AINHS. Pacientes não responsivos podem se beneficiar de doses moderadas de esteróides. Colchicina oral 0,6 a 1,2 mg pode ser usada em pacientes sem comprometimento hepático e renal significativo^{5,6}.

A presença de condrocalcinose deve ser investigada em outras topografias, como evidenciado na Figura 2, no intuito de corroborar o diagnóstico de DDPC. Os achados identificados nas imagens são, respectivamente, deposição de cristais de pirofosfato de cálcio em processo odontoide, osteoartrite de coluna (Figura 1) e condrocalcinose em menisco (Figura 2). A tomografia computadorizada (TC) é o método de escolha para a detecção da deposição dos cristais de pirofosfato de cálcio adjacentes ao processo odontoide. A radiografia é importante para diferenciar a DDPC de outros tipos de artrite. A condrocalcinose no menisco é um achado radiológico caracterizado por uma estreita faixa densa na cartilagem articular, decorrente da deposição de cristais^{2, 10}.



Figura 2: Raio-x de joelho mostrando padrão de condrocalcinose

As manifestações da DDPC possuem uma sobreposição às da osteoartrite primária. Ambas são comuns na idade avançada. Apesar da condrocalcinose ser um achado muito relacionado à DDPC, não deve ser usado isoladamente como um critério diagnóstico na ausência de artrite clínica. Algumas pistas radiográficas que diferenciam da osteoartrite primária são: osteófitos tipo gancho; envolvimento do esqueleto axial; estreitamento do espaço articular radiocarpal ou patelofemoral; formação de cisto subcondral e grave destruição articular².

A gota é uma artrite inflamatória causada pela cristalização de monourato sódico em articulações. É mais comum em homens de meia idade. Caracterizada por episódios de intensa dor e edema na articulação afetada e uma elevação nos níveis séricos de urato, divergindo do quadro clínico da DDPC. Para o diagnóstico, pelo menos 1

episódio de edema, dor ou sensibilidade em uma articulação periférica ou bursa como critério de entrada; presença de cristais de urato monossódico monohidratado em líquido sinovial de articulação ou bursa afetada como critério suficiente; entre outros critérios se o suficiente não estiver presente^{8,11}.

Espondilite anquilosante geralmente se inicia em adultos jovens, homens, brancos e HLA-B27 positivos. É uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo causar rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Inicia-se habitualmente com um quadro de lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal e predomínio dos sintomas axiais em sua evolução. Entre os critérios diagnósticos clínicos estão: dor lombar com duração maior que 3 meses que melhora com exercício; limitação da coluna lombar; expansibilidade torácica diminuída. Entre os critérios radiográficos estão: sacroiliíte bilaterais graus 2, 3 ou 4; sacroiliíte unilaterais graus 3 ou 4. É necessária a presença de um critério clínico e um radiográfico para o diagnóstico⁷.

A Hiperostose Esquelética Idiopática (DISH), também denominada Doença de Forestier, caracteriza-se pelo acometimento da coluna vertebral, especialmente do segmento torácico, com proliferação óssea em locais de inserção de ligamentos e tendões. Atinge principalmente homens idosos^{12,13}. Embora a Doença de Forestier geralmente seja assintomática, os osteófitos podem se desenvolver e levar à compressão

extrínseca em tecidos locais causando sintomatologia. Na região cervical, podem gerar manifestações otorrinolaringológicas, como disfagia, globus faríngeo, disфонia e estridor¹³. Os critérios de definição da doença consistem em: (1) calcificação ou ossificação de ligamentos paravertebrais anterolaterais, de forma contígua ao longo de pelo menos quatro corpos vertebrais, com ou sem excrescências ósseas pontuais associadas ao nível intervertebral; (2) relativa preservação da altura dos discos intervertebrais dessas áreas e ausência de sinais de degeneração dos mesmos; e (3) ausência de anquilose apofisária ou erosão/esclerose/fusão sacroilíaca. O diagnóstico é feito através do estudo radiológico. A TC e a RM também são úteis, avaliando as partes moles e o envolvimento intramedular¹².

Artrite reumatoide é uma doença inflamatória crônica sistêmica autoimune. O diagnóstico é feito pelas características clínicas, laboratoriais e identificadas em exames de imagem. Em relação aos sinais e sintomas, há poliartrite simétrica persistente em mãos e pés (na DDPC, o envolvimento é menos simétrico); progressão da deterioração articular; envolvimento extra-articular. Para o diagnóstico, deve haver: a presença de sinovite de pelo menos 1 articulação; ausência de outro diagnóstico que explique a sinovite; pontuação igual ou maior que 6 abrangendo: número e local de envolvimento de articulações (varia de 0 a 5), alteração sorológica (0 a 3), resposta de fase aguda elevada (0 a 1) e duração de sintomas (0 a 1)¹.

REFERÊNCIAS

1. ALETAHA, D., et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative. *Arthritis Rheum.* 2010; 62(9):2569-81
2. CAMPION, E. W. Calcium Pyrophosphate Deposition Disease. *N Engl J Med.* 2016; 374: 2575-84.
3. GOTO, S. et al. Crowned Dens Syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 2007; 89: 2732-6.
4. KOYFMAN, A.; YAFFE, D. Crowned Dens Syndrome, A Case Report. *The Neuroradiology Journal.* 2014; 27: 495-497.
5. LEE, G. S. et al. Crowned Dens Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *Korean J Spine.* 2014; 11(1):15-17.
6. SALAFFI, F. et al. The crowned dens syndrome as a cause of neck pain: clinical and computed tomography study in patients with calcium pyrophosphate dihydrated deposition disease. *Clinical and Experimental Rheumatology.* 2008; 26: 1040-1046.
7. SAMPAIO-BARROS, P.D., et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica - Diagnóstico e Tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 2007
8. SANTOS, F. D. Gota: uma revisão. *Revista Médica da UFPR.* 2016; 2447-3308.
9. TAMURA T.; SUZUKI M.; HORI SHINGO. Crowned Dens Syndrome. *Internal Medicine.* 2015; 54: 545.
10. TANIGUCHI, A. et al. Painful neck on rotation: diagnostic significance for crowned dens syndrome. *J Neurol.* 2010; 257: 132-135.
11. TUHINA, N., et al. Gout Classification Criteria. *Arthritis & Rheumatology.* 2015; 67(10):2557-2568.
12. PULCHERIO, J. et al. Forestier's disease and its implications in otolaryngology: literature review.

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2014;
80 (2): 161-166.
13. HOLGATE, RL; et al. Diffuse idiopathic skeletal
hyperostosis: Diagnostic, clinical, and

paleopathological considerations. Clin Anat.
2016; 29(7):870-7