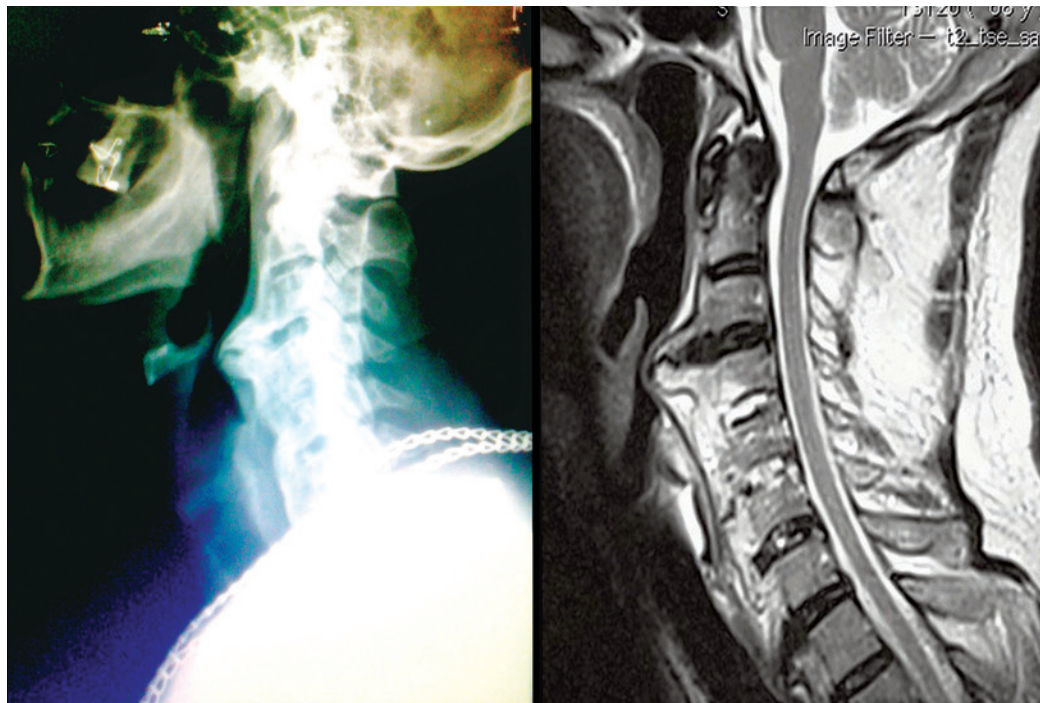


Doença de Forestier: uma causa de disfagia a ser lembrada

Forestier's disease: a cause of dysphagia to recall

Francisco Otavio Camargo Pereira¹, Flavio Ramalho Romero¹, Kleber Carlos Azevedo Junior¹,
Ismael Augusto Silva Lombardi¹, Priscila Watson Ribeiro¹, Roberto Colichio Gabarra¹, Marco Antonio Zanini¹



Raio X cervical em perfil e ressonância magnética sagital ponderada em T2. Observamos extensa calcificação em frente aos corpos vertebrais de C2 a C6 na topografia do ligamento longitudinal anterior. O esôfago e a via aérea apresentam-se comprimidos posteriormente, determinando um segmento estenosado, o que dificultou a intubação orotraqueal na ocasião do procedimento cirúrgico

Paciente do gênero masculino, 68 anos, portador de doença de Chagas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus* tipo 2. Acompanhado em hospital quaternário pelas especialidades Otorrinolaringologia e Gastroenterologia devido à quadro crônico de disfagia e odinofagia para alimentos sólidos, com a hipótese diagnóstica não confirmada de megaesôfago chagásico.

Durante investigação complementar foi submetido à radiografia cervical simples em perfil, a qual evidenciou compressão extrínseca esôfago-laríngea secundária à

osteófito exuberante, no nível C3-C4. Na radiografia, puderam ser observados ainda acometimento dos níveis adjacentes (C2-C3, C4-C5 e C5-C6), ossificação do ligamento longitudinal anterior e preservação da altura dos espaços discais. Tais achados, somados à ausência de comprometimento radiológico das articulações sacroilíacas, correspondem aos critérios de Resnick⁽¹⁾ encontrados na hiperostose esquelética idiopática difusa (DISH, sigla do inglês *diffuse idiopathic skeletal hyperostosis*), descrita primeiramente em 1950 por J. Forestier.⁽²⁾

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Autor correspondente: Francisco Otavio Camargo Pereira – Distrito de Rubião Junior, s/n – CEP: 18618-970 – Botucatu, SP, Brasil – Tel.: (14) 3880-1220 – E-mail: franotavio@hotmail.com

Data de submissão: 20/10/2012 – Data de aceite: 2/12/2013

DOI: 10.1590/S1679-45082014A12659

A doença de Forestier caracteriza-se por proliferação óssea em locais de inserção dos ligamentos e tendões^(3,4) (entesopatia), sendo que a maior parte dos pacientes é assintomática e a doença é descoberta de forma incidental ou em investigação de outros sintomas. Acomete com maior frequência indivíduos do gênero masculino acima dos 50 anos, sendo observada uma correlação com o diabetes.⁽⁵⁾ O paciente em questão apresentava hiperglicemia de difícil controle, a despeito de tratamento clínico otimizado.

Os principais diagnósticos diferenciais⁽⁶⁾ são a espondilite anquilosante, que acomete indivíduos mais jovens e é mais sintomática, e a espondilodiscartrose, na qual ocorrem osteófitos de tração e não há comprometimento do ligamento longitudinal anterior.

De modo geral a DISH não apresenta tratamento específico, uma vez que a evolução é lenta, e os pacientes são em sua maioria assintomáticos.⁽⁷⁾ O tratamento clínico medicamentoso, composto por mudança de hábitos alimentares e pelo uso de relaxantes musculares associado à fisioterapia, é uma boa opção para os casos de sintomatologia leve a moderada. Em nosso caso, optamos pelo tratamento cirúrgico devido à sintomatologia grave e ao comprometimento da qualidade de

vida do paciente. A osteofitectomia cirúrgica por acesso cervical anterolateral foi realizada sem intercorrências, e o paciente apresentou melhora expressiva da sintomatologia prévia, recebendo alta hospitalar 48 horas após o procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology*. 1976;119(3):559-68.
2. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis*. 1950;9(4):321-30.
3. Fornasier VL, Littlejohn G, Urowitz MB, Keystone EC, Smythe HA. Spinal enthesal new bone formation: the early changes of spinal diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *J Rheumatol*. 1983;10(6):939-47.
4. Artner J, Leucht F, Cakir B, Reichel H, Lattig F. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: current aspects of diagnostics and therapy. *Orthopade*. 2012;41(11):916-22.
5. Sencan D, Elden H, Nacitarhan V, Sencan M, Kaptanoglu E. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in patients with diabetes mellitus. *Rheumatol Int*. 2005;25(7):518-21.
6. Inman RD. The spondyloarthropathies. In: Goldman L, Ausiello D, editors. *Cecil Textbook of Medicine*. 22nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p.1654-60.
7. Ohki M. Dysphagia due to Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis. *Case Rep Otolaryngol*. 2012;2012:123825.