

Setima costela cervical e osteocondrose deformante cervical

E. J. Kanan

Docente livre de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre

A publicação desta observação encontra justificativa, por se tratar de duas lesões da mesma região, cuja concomitancia é rarissima.

OBSERVAÇÃO

Artur D., 58 anos, branco, brasileiro, solteiro, funcionario publico. Apresentou-se á consulta por se queixar duma dôr nevralgica da região posterior do pescogo.

Ha um ano e meio começou a sentir dôres na região cervical posterior, leves a principio, intensificando-se posteriormente, a ponto de assumirem um carater lancinante. Irradiavam ligeiramente para a nuca e para os lados. Qualquer movimento brusco e involuntario da cabeça (espirro, tosse, etc.) desperta a dôr, ou a exacerba em excesso. Notou, varias vezes, ao acordar durante a noite, que o seu membro superior direito se achava completamente esquecido e dormente(sic). Após algum esforço fisico (pesca ou trabalho manual) sentia que não tinha a mesma força, assim como tambem, sem motivo plausivel, não conseguia levantar o braço além da horizontal.

Com o tratamento a que se submeteu (iodo-bismuto), os fenomenos atinentes ao membro superior serenaram, mas as dôres ao nivel do pescogo continuaram, si bem que espaçadas e muito menos intensas.

Nada apresenta de interessante em relação ao caso, quanto aos seus antecedentes morbidos pessoais e hereditários.

Exame fisico. — Leve atrofia muscular do ombro e do braço do lado direito.

Concavo supraclavicular direito cheio e menos apagado que o seu homologo. Extremidade interna da clavícula direita saliente, como que desarticulada. O concavo supraclavicular direito apresenta-se, a palpação, cheio e de consistencia firme, dura (exostóse supraclavicular dos antigos), sentindo-se, tambem, os batimentos dos vasos da região, com muita intensidade.

Dôr, a palpação, com irradiação para os lados, das 3.^a, 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a apofises cervicais. Os movimentos ativos do pescogo são possiveis., porém, limitados até uma certa extensão, pela dôr que despertam.

Os movimentos ativos e passivos do membro superior são normais.

A sensibilidade acha-se ligeiramente aumentada na zona cubital do braço direito.

Pulso radial direito, cheio, ritmico e isocrono com o do lado esquerdo.

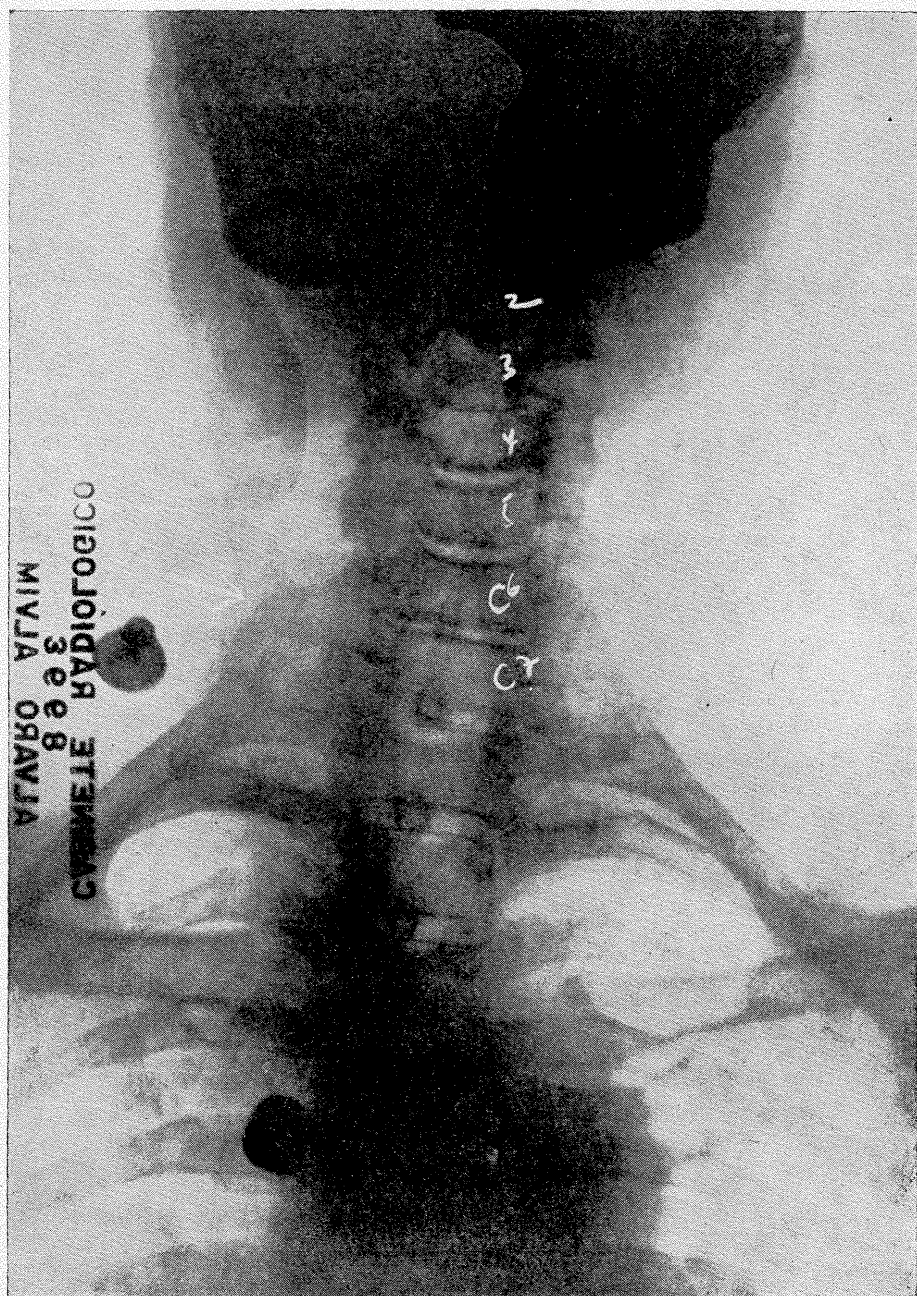


Fig. 1

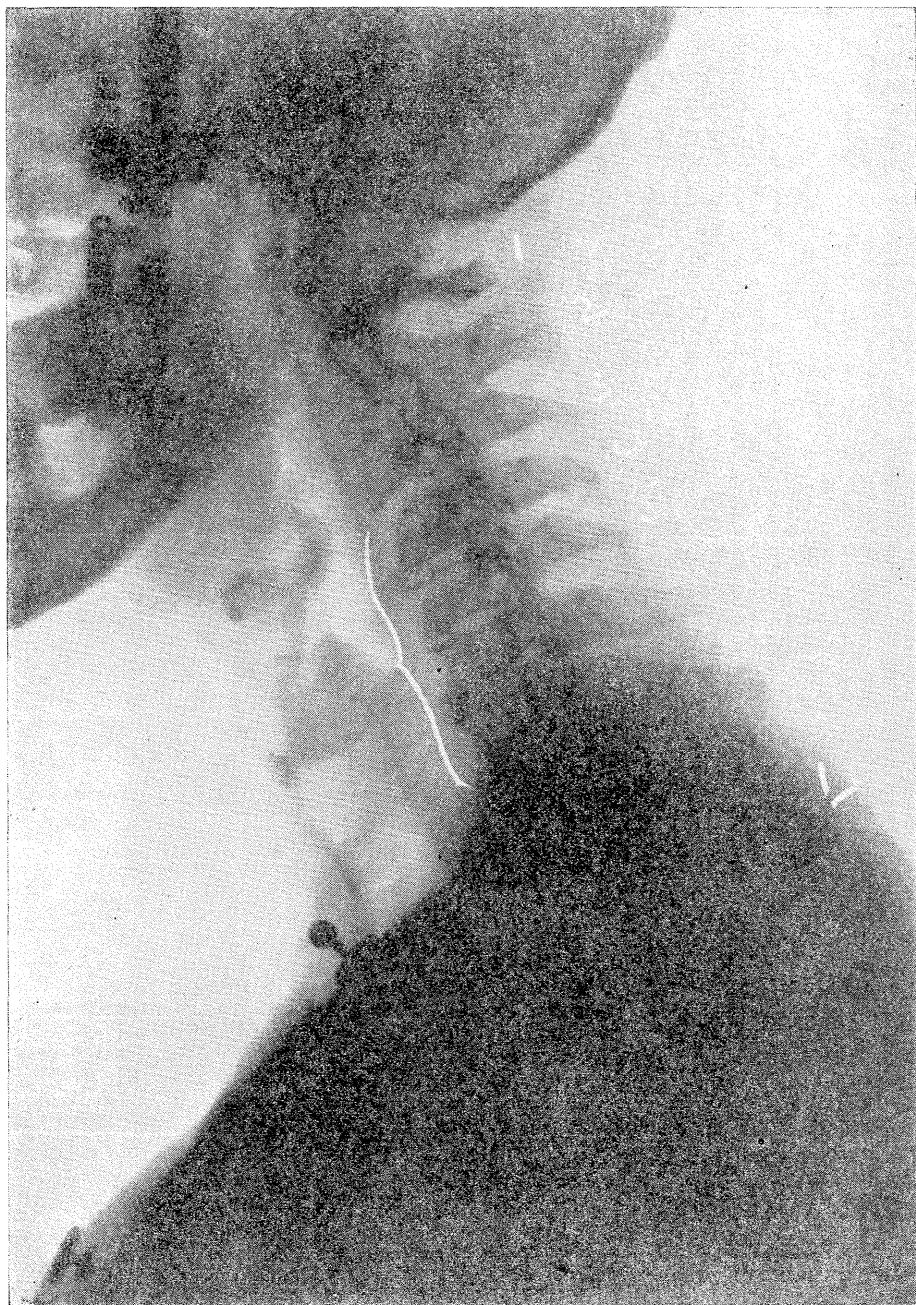


Fig. 2

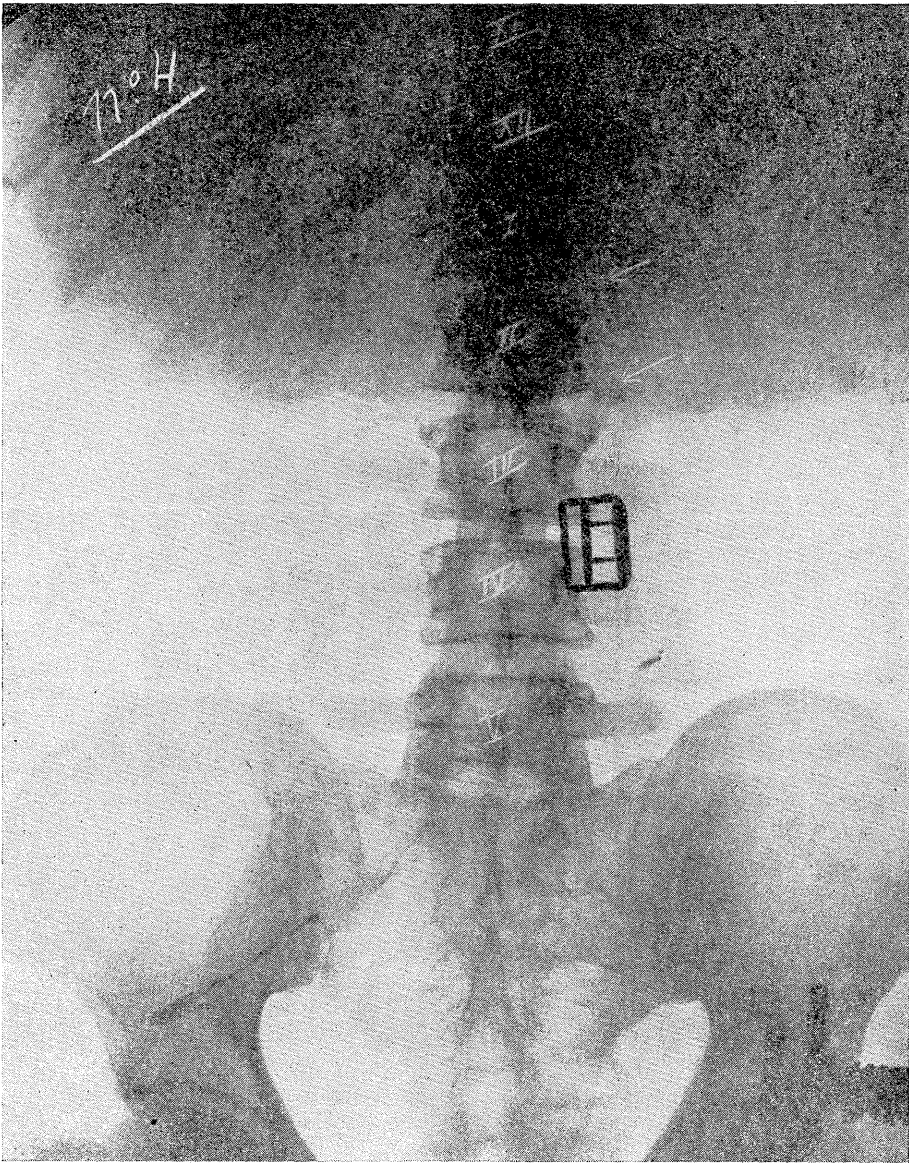


Fig. 3

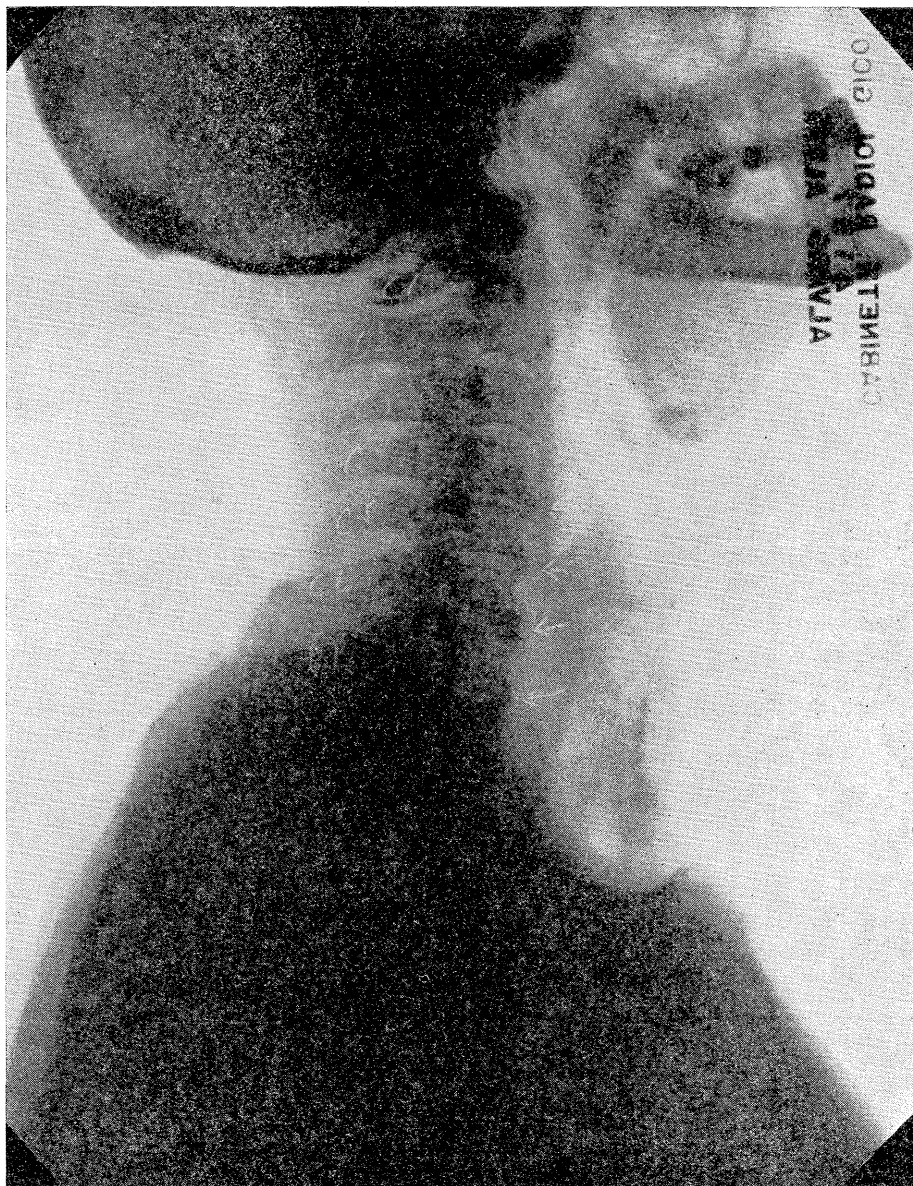


Fig. 4

Radiografia de perfil da coluna cervical tirada 1 ano depois.
Compare-se com a fig. 2.

Reação oculo-palpebral, á luz e á distancia, normal.

Exame laboratorial. — Reação de Wassermann, no sangue, +; R. de Hecht +; R. de Meinicke ++; R. de Müller ++; R. de Kahn +++ (Instituto Pereira F.^o, 28 set.^o 1937).

Exame radiologico. — A radiografia, de face, da columna cervical, mostra uma imagem de *setima costela cervical direita*, com as seguintes características: é uma costela curta e completa, encurvada para baixo e para frente, terminando numa extremidade fina e arredondada, que se vai articular numa apofise, de superficie ligeiramente escavada, que se encontra ao nivel do bordo superior do angulo posterior da 1.^a costela toracica; a sua extremidade posterior parece estar soldada ao corpo vertebral correspondente, e á apofise transversa. (Fig. 1).

A apofise transversa da 7.^a cervical esquerda está levemente hipertrofiada. (Fig. 1).

A imagem radiografica, de perfil, da região cervical apresenta sinais evidentes de uma *osteocondrose deformante, com formações osteofíticas, das 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a vertebrae cervicais*. A um exame mais minucioso, observa-se além da diminuição do espaço intervertebral um achatamento dos corpos vertebraes, com a ligação dos mesmos através os osteofitos, que se estendem duma vertebra a outra, semelhantes a pontes. (Fig. 2).

Encontram-se as mesmas formações osteofíticas ao nivel das 2.^a e 3.^a vertebrae lombares, onde se pódem visualizar perfeitamente os chamados *bicos de papagaio*. (Fig. 3).

O estudo radiologico da aorta demonstra uma radiofisiologia aortica normal, porém, com uma opacidade aortica aumentada (Gab. de Rad. Clinica "Alvaro Alvim", 29 out.^o 1937).

Diagnostico. — Espondiloartróse Deformante Osteofítica das 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a Vertebrae Cervicais, com Setima Costela Cervical Direita.

A qual das duas afecções correspondem os sinais apresentados pelo paciente? Tanto numa como noutra, as suas manifestações clinicas pódem permanecer silenciosas, ou irromper tardiamente.

COSTELA CERVICAL

No inicio do desenvolvimento embrionário toda a columna vertebral, com exceção do coceix, apresenta apendices costais, sendo os da região cervical muito rudimentares e com tendencia a desaparecer, soldando-se ao corpo vertebral e á apofise transversa correspondente.

Acontece, porém, que esses apendices pódem permanecer ao nivel das ultimas vertebrae cervicais, e constituir as chamadas *costelas cervicais*, frequentemente localizadas na 7.^a ou na 6.^a cervical. São verdadeiras anomalias de desenvolvimento, consideradas, por alguns, como um testemunho de atavismo (anomalia reversiva), e, por outros, como uma manifestação de variabilidade, tomando a vertebra os caracteres da vertebra subjacente; tratar-se-ia duma *dorsalização da 7.^a cervical* (Garnier).

As costelas cervicais pódem ser uni ou bilaterais, asséstar sobre uma ou duas vertebrae contiguas, geralmente sobre as 6.^a e 7.^a cervicais. Pódem ser completas ou incompletas, conforme estiverem completa ou incompletamente ossificadas, sendo a parte restante formada de tecido fi-

broso. Quanto ao tamanho elas são curtas ou longas. As suas extremidades pôdem estar soldadas ou articuladas com os ossos vizinhos: vertebra, 1.^a costela toracica ou esterno.

Dada a sua situação, contrái relações anatomicas com o tronco primario inferior do plexo braquial, com a veia e arteria subclavias, com as fibras isoladas do simpatico e com as que acompanham os nervos, com o musculo escaleno anterior, e com a abobada pleural quando a costela supernumeraria fôr longa. Compreende-se, facilmente, que a compressão e consequente irritação de nervos e vasos, determine fenomenos diversos de carater nervoso e circulatorio.

O tronco primario inferior do plexo braquial é constituido pela união de C8 e de D1, que formam quasi totalmente o nervo cubital, em cuja zona de distribuição se vão observar as perturbações nervosas. O nervo frenico é, ás vezes, irritado. A pleura pôde ser, tambem, irritada. A arteria subclavia é lesada frequentemente, sob diversas formas.

A sintomatologia da Setima Costela Cervical é a seguinte, segundo Garnier:

“Tumor supraclavicular, complicado de batimentos arteriais ou de dôres; quintas de tosse coqueluchoide, por irritação pleural; quadro de nevrite frenica.

“A sintomatologia nervôsa é a mais frequente. E’ caracterizada por sensação de queimadura, formigamento, caimbra, algumas vezes dôres de topografia radicular ou de carater causalgico, anestesia superficial ou profunda no dominio do cubital; perturbações da motilidade (perda de força, paresias limitadas, raramente paralisias tipicas); perturbações troficas (alterações unguiais, atrofia na eminencia tenar ou dos inter-osseos)”.

“A sintomatologia vascular é muito mais rara, e quasi sempre é de origem simpatica: crises de palidês ou cianose (verdadeiro síndrome de Raynaud), ou edema cronico com cianose e resfriamento; essas crises vaso-constritoras pôdem terminar numa gangrena.”

Os sinais clinicos só se manifestam, quando a costela cervical cartilaginosa tenha completado a sua ossificação, geralmente na idade de 15 anos. Muitas vezes é silenciosa durante longos anos, para então irromper tardiamente, como um caso citado na literatura de 56 anos. Tambem, pôde acontecer que a lesão anatomica nunca se manifeste clinicamente.

ESPONDILOARTRÓSE DEFORMANTE CERVICAL

Essa afecção é de existencia relativamente recente.

Os autores franceses Léri (1916), Sicard (1918) e Barré (1921), fôram os primeiros a chamar a atenção, na relação existente entre os fenomenos nervosos e uma espondiloartróse deformante. Mais tarde, os norte-americanos Rosenheck (1924), Gunther e Kerr (1929), demonstraram a sua frequencia e ressaltaram as caracteristicas sintomatologicas, constituidas por perturbações motoras e sensitivas de modalidade radicular, que eram despertadas por uma espondiloartróse deformante com formações osteofiticas.

Cabe, provavelmente, a Elliot (1926) a prioridade de estudar essas

perturbações ao nível da coluna cervical. Em seguida, um outro norte-americano, Bisgard (1932), estudou 60 casos, apresentando dôres irradiadas ao braço, ombro, pescoço e face posterior da cabeça, com uma lesão da coluna cervical do tipo de artróse deformante osteofítica. No mesmo ano, o medico alemão Goette chegava ás mesmas conclusões, de que essa afecção é muito mais frequente do que se julga, e o seu diagnostico não é feito porque é mascarado por uma sintomatologia periferica.

E' de justiça salientar os estudos de Holitsch (1930) e Schingnitz (1932), que fiséram a observação de que as exostoses das margens das vertebraes cervicais, nem sempre são acompanhadas de manifestações clinicas.

Geralmente aparece na segunda metade da vida, sendo mais frequente no sexo masculino.

O inicio pôde ser brusco e violento. Outras vezes se apresenta com caráter mais benigno, classificado como uma nevralgia braquial ou occipital, consequente á um trauma ou esforço muscular excessivo.

A sintomatologia subjetiva é mais sugestiva e clara que a objetiva. Caracteriza-se pela dôr nevralgica, ás vezes de feição lancinante, referida ao nível do braço, do ombro, da nuca; é de caráter radicular; a nevralgia do pescoço irradia-se para os lados e para as regiões temporais; a do ombro dirige-se para dentro da região escapular. Qualquer movimento brusco e involuntário da cabeça (tosse, espirro, etc.) desperta ou exacerba a dôr (sinal de Déjérine), obrigando o paciente a segurar a cabeça entre as duas mãos.

Os sinais objetivos não são muito frequentes, e nem são claros e típicos. Nota-se, ás vezes, uma pequena atrofia muscular dum braço, com a correspondente perda duma pequena parte da sua força. Rarissimas vezes se observa uma paralisia total. A sensibilidade pôde estar ligeiramente diminuida, e obedece, segundo Gunther e Kerr, á uma distribuição radicular.

E', porém, a radiografia que oferece a melhor informação. A radiografia de perfil da coluna cervical revela os sinais característicos duma espondiloartróse deformante osteofítica, abrangendo uma, duas, tres, e até quatro vertebraes da porção inferior da coluna.

Não resta e menor duvida de que essas dôres são condicionadas pela existencia duma espondiloartróse deformante osteofítica, comprovada por diversos argumentos científicos. A frequencia, ao mesmo tempo, da dôr e da lesão vertebral, a sua distribuição correspondendo aos nervos irritados, o movimento brusco a despertar a dôr, o resultado benéfico do tratamento imobilizador do pescoço, são alguns dos elementos comprovantes da participação da artróse deformante osteofítica cervical na eclosão da dôr nevralgica.

A maioria dos autores é de opinião que a dôr é determinada pela compressão e irritação das fibras nervosas, pelos osteofitos, na sua passagem pelo buraco intervertebral. E', portanto, uma causa mecanica. Apoia-se na imagem radiografica, que revela a presença dos osteofitos a penetrarem no foramen. Mas, a radiografia não pôde provar que esses osteofitos estejam, realmente, a comprimir e irritar as fibras nervosas. Thoma (1931) tendo estudado anatomica e radiologicamente um vasto

material do Instituto Schmorl, chegou á conclusão que as lesões do orifício intervertebral são insuficientes para provocar perturbações dos vasos e dos nervos que aí passam. E' da opinião de Braun-Ehrlich de que as dôres são causadas pela pressão dos nervos, por vasos sanguíneos inflamados na sua passagem pelo foramen (Ake Rydén).

Ake Rydén (de quem tirei as notas acima) é da mesma opinião que esses ultimos autôres, e do sabio dinamarquês, já falecido, Jansen, que explica o aparecimento das dôres nevralgicas como determinadas por condições inflamatórias do musculo ou grupo muscular, capaz de irritar os nervos. Assim, a nevralgia braquial seria determinada pelas condições irritativas do musculo escaleno anterior, ou do trapezio e do omoioideu. Além dos osteofitos e das condições inflamatórias, os traumas ou um esforço muscular excessivo são suficientes, tambem, em determinar uma irritação mecanica dos nervos eferentes, por ocasião da sua passagem pelos tecidos mólles edemaciados, quér ao nível do foramen ou nas suas imediações perto da coluna vertebral. E, como prova, Rydén apresenta 5 casos muito bem estudados, em que o tratamento imobilizador do pescoço permitiu, ao cabo de pouco tempo, que as dôres desaparecessem. Entretanto, a lesão anatomica subsiste ainda, em nada se modificando, demonstrando que uma causa, outra que a mecanica, foi o *primum movens* no aparecimento da dôr.

Convencido desde o início, que a sintomatologia apresentada pelo paciente corria por conta da espondiloartróse deformante, a evolução da afeecção veio confirmar essa asserção, corroborada pelo tratamento instituido.

Não querendo submeter-se, de forma alguma, á uma imobilização do pescoço, por meio dum aparelho gessado ou de algodão e tarlatana gomada, admitiu e seguiu a seguinte prescrição: Injeções de Prontosil e Betaxina, repouso absoluto.

Três menses mais tarde apresentava-se muito melhorado. As dôres não eram mais fôrtes. Já podia trabalhar. Foram prescritas, novamente, injeções de Stopton e Bevitona.

Um ano depois da primeira consulta já não sente mais aquelas dôres que o subtraíam do trabalho. Considera-se clinicamente curado. Só quando o tempo ameaça chuva é que sente um pequeno malestar ao nível do pescoço. Entretanto a lesão continúa a mesma, a-pesar-da melhora clinica. (Fig. 4). E' provavel que a nevralgia corra por conta do esforço muscular num terreno de condição inflamatória, em que o repouso e a medicação conseguiram anular os seus efeitos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Rocher (H.-L. et Guérin (Robert))* — Côtes cervicales et malformations thoraciques. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 janvier 1933.
- 2 — *Perazzo* — Les gangrènes vasculaires du membre supérieur par côte cervicale. *La chir. degli org. di mov.* vol. XVIII, fasc. I, pg. 22—36.
- 3 — *Sénèque (J.) et Lelong (M.)* — Côte cervicale bilatérale; syndrome de Raynaud unilatéral; résultat éloigné d'une intervention chirurgicale: ablation de la côte et sympathectomie sous-clavière; ar-

- tériectomie secondaire de l'artère humérale (Soc. nat. de chir. séance du 23 oct. 1935) in Journ. d'Orthopédie, 1936, pg. 267.
- 4 — *Wertheimer* — Côte cervicale avec anévrisme artériel sous-clavier (Acad. de chir., séance du 11 déc. 1935) in J. d'Ort. 1936, pg. 268.
- 5 — *Leriche (R.)* (Strasbourg) — Quelques résultats éloignés d'opération pour côte cervicale; analyse du mécanisme varié des accidents vasculaires causés par les côtes cervicales. (Soc. nat. de chir. séance du 27 nov. 1935) in J. d'Ort. 1936, pg. 268—269.
- 6 — *Rocher (H.-L.) et Pouyanne (L.)* — Côte cervicale s'accompagnant de troubles de compression nerveuse. (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 janvier 1936) in J. d'Ort. 1936, pg. 369.
- 7 — *Forton (P.)* — Un cas de côtes cervicales (Réunion d'Orthopédie et de l'appareil moteur de Bordeaux, séance du 26 mars 1936) in J. d'Ort. 1937, pg. 180.
- 8 — *Lindskog (G. E.) et Howes (E. L.)* — Côte cervicale associée à un anévrysme de l'artère sous-clavière. Arch. of Surgery, vol. 34, n.º 2, febr. 1937, pg. 310—319.

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
 use o
Café 35
 do
 famoso
Café Nacional

Injeções indolores
 de
MERCURIO-INGLORON-ATO-CACODYLATO
PHOSPHARGYRIO
 A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
 e combate a anemia secundaria da syphilis.
 Uma injeção diaria ou em dias alternados.
 Laboratorio Gross-Rio de Janeiro