

## SÍNDROME DE GRISEL APÓS INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

Sistema Musculoesquelético , Neurorradiologia

---

### Dados do Caso

<b>Data submissão:</b>	03/01/2020
<b>Data publicação:</b>	15/04/2020
<b>Seção :</b>	Selecionado
<b>Tipo de Caso :</b>	Tipo Caso 1
<b>Autor:</b>	Yoram Balderrama da Frota - Hospital A Mirelle Barbosa Rocha - Hospital A André Benez Vieira da Costa - Hospital A Monique Monteiro Campbell Daemon de Oliveira - Hospital A
<b>Autor correspondente:</b>	-
<b>Dados do paciente :</b>	Masculino, 9 anos
<b>Palavras-Chave :</b>	Luxações Articulares, Víruses
<b>URL:</b>	<a href="http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/37">http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/37</a>
<b>Link do Abstract no PUBMED:</b>	
<b>DOI :</b>	Ahead of DOI

### Resumo

A síndrome de Grisel, ou subluxação atlantoaxial não traumática, é uma complicação rara de um processo inflamatório da região cervical superior, de origem infecciosa ou pós-operatória. Relatamos um caso de síndrome de Grisel após infecção de vias aéreas superiores.

### Histórico Clínico

Paciente do sexo masculino, 9 anos, com história de cervicalgia associada a limitação progressiva da amplitude de movimentos cervicais de início há 6 meses. De antecedentes patológicos, infecções de vias aéreas superiores recorrentes. Nega outras comorbidades ou história de trauma. Ao exame físico, apresentava hipertrofia de amígdalas 3+/4+, além de região cervical rotacionada à direita, com limitação de movimento no sentido contralateral.

## Achados Radiológicos

Realizou-se uma avaliação inicial com radiografia cervical (Fig. 1 e 2) que evidenciou assimetria rotacional ao nível de C1-C2, aumento do intervalo atlantodental e sinais de hipertrofia de adenoides. Prosseguiu investigação com tomografia computadorizada (Fig. 3a, 3b e 4) e ressonância magnética da coluna cervical (Fig. 5), que determinaram subluxação atlantoaxial com fixação rotatória de C1 para direita, invaginação vertebrobasilar, alterações articulares degenerativas com edema subcondral entre as massas laterais e côndilos occipitais, notadamente à esquerda, além de hipertrofia dos tecidos do anel de Waldeyer. Diante do diagnóstico de Síndrome de Grisel, optou-se pelo seguimento ambulatorial com uso de colar cervical macio e reavaliação clínica-radiológica periódica.

## Discussão

A síndrome de Grisel, ou subluxação atlantoaxial não traumática (SAA), é uma complicação rara de processos inflamatórios da região superior do pescoço, seja por processo infeccioso, como infecção de via aérea superior (causa mais comum), otite média, parotidite e abscesso retrofaríngeo, ou cirúrgico, como após adenoamigdalectomia. Sua etiologia ainda é incerta, mas algumas teorias apontam para uma distensão dos ligamentos transversos e alares entre C1 e C2 secundários ao torcicolo que o paciente desenvolve pelo espasmo dos músculos cervicais após o processo inflamatório local, levando a uma subluxação, o que teria como predisposição uma frouxidão ligamentar prévia que corrobora o fato de a condição se desenvolver quase exclusivamente na faixa etária pediátrica. Outras teorias consideram a hipótese de disseminação hematogênica de secreção séptica via plexos venosos periodontoides e faringovertebrais para os ligamentos atlantoaxiais, levando a um processo inflamatório local, com edema e ingurgitamento sinovial que levaria à subluxação. O quadro clínico é variável, sendo a dor e redução da mobilização cervical os sintomas mais comuns. Sintomas neurológicos, tetraplegia e morte súbita configuram complicações raras. O tratamento conservador é o padrão-ouro e a primeira linha terapêutica, devendo ser iniciado o mais precocemente possível. Casos refratários ou graves podem ser abordados com artrodese cirúrgica de C1-C2.

## Lista de Diferenciais

- Luxação traumática Atlanto-Axial
- Abscesso retrofaríngeo

## Diagnóstico

- SÍNDROME DE GRISEL APÓS INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

## Aprendizado

Processos inflamatórios da região superior do pescoço, além das disseminações mais comuns como otite média, parotidite e abscesso retrofaríngeo, podem complicar-se com subluxação atlantoaxial.

## Referências

- 1. Pereira DF, Oliveira NMNe, Magalhães ALP, Oliveira MA, Giannini EFB, Síndrome de Grisel - Relato de Caso. Resid Pediatr. 2019;9(2):156-160 DOI: 10.25060/residenciapediatr-2019.v9n2-13.
- 2. Welinder NR, Hoffmann P, Håkansson S. Pathogenesis of non-traumatic atlanto-axial subluxation (Grisel's syndrome). Eur Arch Otorhinolaryngol. 1997;254 (5): 251-4.
- 3. GOMES, Fabiano Cortese Paula et al. Avaliação retrospectiva dos casos de síndrome de Grisel (fixação rotatória C1-C2) no IOT-HCFMUSP. Coluna/Columna 2011; 10(2):102-105.

## Imagens



Fig. 1 e 2: radiografia de coluna cervical em AP (Fig. 1) e perfil (Fig. 2), mostrando aumento e densificação de partes moles cervicais altas, sinais de hipertrofia de adenoides e assimetria óssea determinada pela deformidade rotacional de C1-C2, além do aumento do intervalo atlantodental.



Fig. 1 e 2: radiografia de coluna cervical em AP (Fig. 1) e perfil (Fig. 2), mostrando aumento e densificação de partes moles cervicais altas, sinais de hipertrofia de adenoides e assimetria óssea determinada pela deformidade rotacional de C1-C2, além do aumento do intervalo atlantodental.



Fig.3a, 3b e 4: tomografia computadorizada de coluna cervical sem contraste, cortes axiais (Fig. 3a e 3b) e sagital (Fig. 4) em janela óssea, que demonstram distância de 7 mm entre o arco anterior do atlas e dente do áxis, além de rotação mantida do atlas para direita, compatível com subluxação atlantoaxial (Síndrome de Grisel). Notam-se ainda sinais de invaginação vertebrobasilar, estimada em 7 mm pela linha de Chamberlain, e hipertrofia dos tecidos do anel de Waldeyer.



• Fig.3a, 3b e 4: tomografia computadorizada de coluna cervical sem contraste, cortes axiais (Fig. 3a e 3b) e sagital (Fig. 4) em janela óssea, que demonstram distância de 7 mm entre o arco anterior do atlas e dente do eixo, além de rotação mantida do atlas para direita, compatível com subluxação atlantoaxial (Síndrome de Grisel). Notam-se ainda sinais de invaginação vertebrobasilar, estimada em 7 mm pela linha de Chamberlain, e hipertrofia dos tecidos do anel de Waldeyer.



- Fig.3a, 3b e 4: tomografia computadorizada de coluna cervical sem contraste, cortes axiais (Fig. 3a e 3b) e sagital (Fig. 4) em janela óssea, que demonstram distância de 7 mm entre o arco anterior do atlas e dente do eixo, além de rotação mantida do atlas para direita, compatível com subluxação atlantoaxial (Síndrome de Grisel). Notam-se ainda sinais de invaginação vertebrobasilar, estimada em 7 mm pela linha de Chamberlain, e hipertrofia dos tecidos do anel de Waldeyer.



Fig.5: ressonância magnética de coluna cervical, imagem coronal em ponderação T2 (Fig. 5), que reforça os achados descritos nos exames de imagem prévios, ressaltando as alterações de aspecto degenerativo nas articulações entre as massas laterais e os côndilos occipitais, associada a edema subcondral, notadamente à esquerda.

## Vídeos

Nenhum resultado encontrado