

Luxação Atlantoaxial por Artrite Reumatoide - Relato de Caso e Revisão Bibliográfica

Catarina Feliciano Müller¹, Adriana Paloma Ramos Oliveira¹, Luis Felipe Habermeld
Maia²

Resumo

Mais de 80% dos pacientes com Artrite reumatoide (AR) apresentam alterações radiográficas na coluna cervical, sendo cerca de 40% acometidos pela instabilidade subaxial, que pode levar à deterioração neurológica ao longo do tempo. A articulação atlantoaxial, responsável por movimentos como flexão e rotação, pode sofrer lesão devido ao processo inflamatório da AR, causando compressão de tronco encefálico, medula e/ou outras complicações. Subluxações podem surgir precocemente, acompanhadas por cefaleia occipital e, posteriormente, prejuízos motores e sensitivos. O presente artigo é o relato de um caso de subluxação atlantoaxial por AR com necessidade de correção cirúrgica.

Palavras-chave: artrite reumatoide, coluna cervical, luxação atlantoaxial.

Atlantoaxial Dislocation due to Rheumatoid Arthritis - Case Report and Literature Review

Abstract

More than 80% of patients with Rheumatoid Arthritis (RA) exhibit radiographic changes in the cervical spine, with approximately 40% affected by subaxial instability, which can lead to neurological deterioration over time. The atlantoaxial joint, responsible for movements such as flexion and rotation, may suffer damage due to the inflammatory process of RA, causing compression of the brainstem, spinal cord, and/or other complications. Subluxations can appear early, accompanied by occipital headache and later progress to motor and sensory impairments. This article presents a case report of atlantoaxial subluxation caused by RA requiring surgical correction.

Keywords: rheumatoid arthritis, cervical spine, atlantoaxial dislocation.

Correspondência

Luis Felipe Habermeld Maia
IDOMED HUBS
Avenida Presidente Vargas, 1111, 8º
andar - Centro
20071-004 - Rio de Janeiro, RJ
E-mail: felipehabermeld@gmail.com

¹Discentes de Medicina do Instituto de Educação Médica - IDOMED, Brasil. ²Neurologista e Docente de Clínica Médica do Instituto de Educação Médica - IDOMED, Brasil.

Introdução

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica sistêmica, de causa desconhecida que afeta principalmente a membrana sinovial de múltiplas articulações. Embora possa acometer todas as articulações, inclusive todo o eixo vertebral, a topografia mais comumente envolvida é a coluna cervical, em especial a junção craniocervical. Isto se explica pelo fato de as articulações desta região, ou seja, occipito-C1 e C1-C2, serem puramente sinoviais¹. Dentre as lesões típicas apresentadas na artrite reumatoide, a subluxação atlantoaxial apresenta importante protagonismo, sendo a anterior a mais comum, ocorrendo em até 70 % dos pacientes^{1,2} com o diagnóstico. Apesar de ser uma condição com alto potencial de morbidade e mortalidade, existe pouca relação entre sintomatologia neurológica e gravidade da doença, dificultando o diagnóstico precoce e o favorecendo apenas em estágios avançados da doença³. Neste relato, apresenta-se caso de paciente com artrite reumatoide há 20 anos com mielopatia compressiva associada à condição.

Relato de Caso

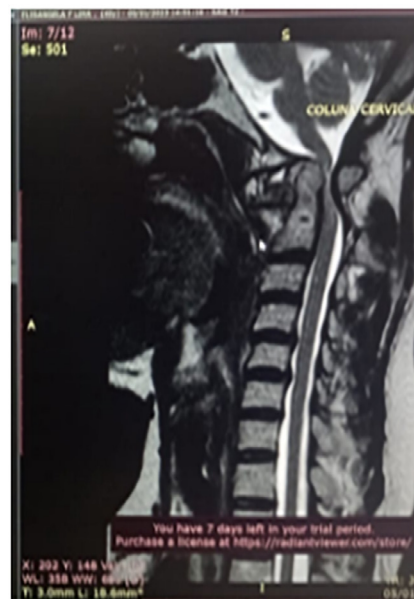
Paciente do sexo feminino, 45 anos, aposentada por invalidez. Diagnóstico de artrite reumatoide há 20 anos com fator reumatoide positivo, compareceu à consulta devido a quadro de tontura, com evolução há 1 ano, principalmente ao se locomover e não relativa ao movimento cefálico. Relata sensação de que seu corpo está “pesado”. Nega náuseas e afirma já ter caído diversas vezes devido ao quadro de tontura, tendo tropeçado muito nos últimos meses. Há cerca de 3 meses, iniciou parestesia nos quatro membros e tronco, complementando parestesia em pés presente há anos após edema durante o diagnóstico de AR. Tem sensação de choque,

cãibras e quadro algico nas pernas com atenuação ao uso de amitriptilina 25 mg. Soma-se ao quadro paraparesia iniciada de maneira progressiva e constante. Encontra-se em uso de prednisona 5 mg 2 comprimidos pela manhã há 3 anos, clonazepam 5 gotas em eventual necessidade e alprazolam 2 mg à noite prescritos em consultas anteriores por quadro de transtorno de ansiedade generalizada. Apresentou tumor carcinoide no estômago com gastrectomia total há 8 anos e faz reposição contínua de Vitamina B12 5000 mcg 2 vezes ao dia e Vitamina D 7000UI/semana. Já teve diversas complicações pela AR, incluindo derrame pleural, sendo questionada a presença de serosites. É apresentada urgeincontinência episodicamente (“tenho que correr, senão, eu me urino toda”) e refere etilismo, bebendo cerveja e cachaça (1 dose e 4 latinhas/dia), fato que a família correlaciona aos achados da paciente. Nega história familiar condizente. Ao exame: marcha atáxica com sinal de Romberg positivo e desvio ulnar dos dedos. Hiperreflexia patelar bilateral (4/5) com hiperreflexia de aquileu (4/5) com Sinal de Babinski bilateral. Hiperreflexia generalizada de MMSS (4/5). Nistagmo multidirecional horizontal e hipoestesia de todas as modalidades nos 4 membros com hipopalestesia preponderante. A hipótese diagnóstica sugerida foi degeneração e compressão medular alta por subluxação C1/C2. Foi realizada Ressonância Nuclear Magnética (RNM) da coluna cervical, a qual evidenciou mielopatia compressiva grave em transição bulbomedular, confirmando o diagnóstico, conforme as figuras 1 e 2. A paciente foi encaminhada à neurocirurgia de urgência e submetida à artrodese de coluna cervical, com acesso por via anterior, sem intercorrências. No momento encontra-se em tratamento fisioterapêutico, já sem ataxia e com recuperação parcial do quadro neurológico.

Figura 1. RNM realizada em outubro/2023, corte sagital e em T2, evidenciando degeneração das vértebras cervicais C1 e C2, sem compressão medular



Figura 2. RNM realizada em janeiro/2024, corte sagital e em T2, já evidenciando compressão medular acentuada na transição bulbopontina



Discussão

A artrite reumatoide (AR) é a doença crônica, sistêmica e inflamatória que mais comumente envolve a coluna vertebral, tendo predileção pela coluna cervical e sendo a subluxação atlantoaxial descrita como a complicação mais frequentemente associada a pacientes com a condição. Porém, esse fato carece de abordagem na literatura nacional, visando, principalmente, reforçar a necessidade de investigação do acometimento da coluna cervical nas pessoas portadoras de artrite reumatoide^{1,4,9}.

Segundo Daher et al., mais de 80% dos pacientes com diagnóstico de AR manifestaram em algum momento alterações radiográficas da coluna cervical, sendo que em torno de 40% desses pacientes apresentaram piora significativa na instabilidade subaxial, condição que ao longo do tempo pode levar a uma deterioração das funções neurológicas².

O acometimento da coluna cervical se manifesta na maioria dos pacientes, tendo predileção pela região craniocervical, o que pode ser evidenciado pelo acometimento das articulações occipito-C1 e C1-C2, as quais são meramente sinoviais³. A luxação dessa região é demonstrada quando se evidencia a lesão dos ligamentos que têm como função estabilizar essa região. Assim, quando o processo inflamatório que caracteriza a AR ocorre, acaba prejudicando as articulações atlantoaxiais, facilitando a destruição da cartilagem bem como da estrutura óssea correspondente². Nesse caso, o crânio comprime o atlas que se choca com axis, ocasionando a invaginação basilar, que normalmente se manifesta de forma mais tardia e tendem a ser casos mais graves de artrite reumatoide².

Em relação à subluxação atlantoaxial é decorrente da inflamação ocorrida nas articulações facetárias que se localizam abaixo da segunda vértebra cervical. Esta por sua vez é uma condição com alto potencial de morbidade e mortalidade, podendo ocasionar sintomas neurológicos graves devido à compressão medular. Desta forma, justifica-se, conforme relatado acima, a necessidade de uma avaliação sistematizada e periódica da coluna cervical dos pacientes com AR, visando o diagnóstico precoce de instabilidade cervical e tratamento adequado, evitando as cirurgias de emergência e até a morte desses pacientes⁴.

Segundo Skare et al., estudos publicados demonstram que a subluxação atlas-axis parece ser um achado precoce da doença, podendo ocorrer nos primeiros dois anos, tendo como primeiro sinal neurológico a queixa de cefaleia localizada na região occipital que parece ocorrer justamente pela compressão do nervo occipital maior, sendo o mais comentado justamente por originar-se no ramo dorsal de C2 e que por esse motivo pode ser comprimido ao longo de seu trajeto. Vale citar que os nervos occipital menor e terceiro também contribuem para a essa situação, porém são menos relacionados nos artigos. Outra queixa comum que aparece em seguida é o prejuízo de funções sensitivas e motoras dos membros superiores e inferiores. Além disso, os pacientes relatam perceber rigidez na região do pescoço

ço e incômodo na orelha que pode ser justificado pelo acometimento do ramo auricular. Outras manifestações como alterações da marcha, vertigem e ataxia também podem ser observadas em razão do comprometimento compressivo da artéria vertebral⁵.

Estudo realizado em 2011 por médicos e professores da universidade de Goiânia avaliou o padrão de acometimento cervical em pacientes com diagnóstico de artrite reumatoide, correlacionando-se os achados de imagem com quadro neurológico². Ficou evidenciado que, por ordem decrescente, as instabilidades mais aparentes foram: subluxação atlantoaxial com 50%, subluxação subaxial com 41,6% e invaginação basilar com 16,6%². Fica evidente, como no paciente do caso abordado, que há maior prevalência de subluxação atlantoaxial em pacientes com artrite reumatoide.

A articulação atlantoaxial é responsável por realizar 6 tipos de movimentos: movimento angular (flexão e extensão); rotação (direita e esquerda); e movimento linear e translação (anterior e posterior, direita e esquerda)⁶. Ainda, a luxação atlantoaxial é dividida em 4 tipos: anteroposterior (móvel e hipermóvel); Rotatória; Central e Mista⁶. A luxação devido à instabilidade dessas articulações leva à compressão de estruturas neurais cervicomedulares vitais e resulta em incapacidade neurológica⁶.

A literatura revela que acima de 80% dos pacientes portadores de Artrite Reumatoide desenvolvem alterações radiográficas da coluna cervical após 10 anos de doença e destes espera-se que em torno de 40% tenham alterações neurológicas, manifestadas através da deterioração das funções dos membros superiores e inferiores (mielopatia cervical), como relatado na paciente do caso apresentado, sendo assim, tornando-se mais raro o surgimento de sinais de compressão do sistema nervoso central no início da doença^{2,7}.

O tratamento da luxação atlantoaxial envolve o estudo dos achados radiológicos para decidir a direção e o plano da luxação e então, a estratégia cirúrgica⁸. Ressalta-se caso de subluxação atlantoaxial em um paciente de 17 anos com diagnóstico prévio de AR onde a subluxação não pôde ser reduzida por tração cervical e a fixação posterior com acrílico e fios de aço não conseguiu prevenir a progressão do quadro, causando o aparecimento de sintomas de compressão medular. Avaliou-se, portanto, a opção de descompressão cirúrgica onde o processo odontóide foi removido por via transorofaríngea o que levou à melhora da sintomatologia e sucesso do tratamento⁹. Apesar do quadro em foco, o tratamento da subluxação atlantoaxial segue sendo discutido, de maneira que se destaca a descompressão por via anterior⁹.

Conclusão

As artropatias inflamatórias, principalmente a artrite reumatóide (AR), podem acometer a coluna cervical em vários estágios da evolução da doença⁶. A subluxação atlanto-axial é o achado mais frequente e de maior risco, dada a possibilidade de compressão neurológica regional^{2,4}. Apesar dos grandes avanços

devido aos medicamentos que modificam a história natural da AR, os pacientes com essa doença associada ao envolvimento da coluna cervical continuam apresentando desafios para os neurocirurgiões tanto em seu diagnóstico, pelo desconhecimento da condição, quanto para seu tratamento, apesar das técnicas cirúrgicas terem evoluído consideravelmente nos últimos anos¹. Nesse sentido, é de suma

importância que os pacientes sejam monitorados visando a detecção de tal condição precocemente a fim de se evitar complicações que podem ser fatais. Conclui-se, então, que a avaliação sistemática e periódica da coluna cervical nos pacientes com AR, poderia ser empregado de maneira rotineira nos serviços de reumatologia e ortopedia que atendem esse público¹⁰.

Referências

1. Krauss WE et al. Rheumatoid arthritis of the craniovertebral junction. *Neurosurgery*. 2010;66(3 Suppl):A99-A100.
2. Arantes AF et al. Padrão de acometimento da coluna cervical na artrite reumatoide: seguimento de 6 anos. *Coluna/Columna*. 2011;10(4).
3. Alcalá JMF et al. Alterações radiográficas de coluna cervical em artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53(5):388-93.
4. Arantes AF et al. Avaliação da coluna cervical no paciente com artrite reumatoide. *Rev Bras Ortop*. 2010;45(2).
5. Alcalá JMF et al. Alterações radiográficas de coluna cervical em artrite reumatoide (RBR 53(5) - Arquivo livro). *Rev Bras Reumatol*. 2013;53(5).
6. Jain VK et al. Atlantoaxial dislocation. *Neurol India [Internet]*. 2012;60(1):3-5.
7. Casey AT et al. Atlantoaxial dislocation in rheumatoid arthritis: a long-term follow-up study. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40(7):811-6.
8. Jain VK et al. Atlantoaxial dislocation revisited in rheumatoid arthritis patients: diagnostic and surgical considerations for long-term outcomes in cervical spine instability cases (duplicate reference). *Neurol India*. 2012;60(1):3-5.
9. Jacob Júnior C et al. Tratamento cirúrgico de sub-luxação atlanto-axial por via transorofaríngea: relato de um caso com técnica de fixação laminar gancho-laminar para estabilidade atlantoaxial crônica em RA avançada (detalhes clínicos e técnicos). *Arq Neuropsiquiatr*. 1979;37(2):151-4.
10. Arantes AF et al., Avaliação longitudinal da instabilidade cervical em artrite reumatoide com correlações clínicas e radiográficas (seguimento de 6 anos). *Coluna/Columna*. 2011;10(4).