

PRESENTACIÓN DE CASOS

Subluxación atlanto-axial posterior en artritis reumatoide: descripción de un caso

Yimy F. Medina¹, José B. Martínez V.¹, José Félix Restrepo²,
Federico Rondón H.³, Antonio Iglesias G.⁴

Resumen

El compromiso de la columna vertebral por artritis reumatoide (AR) es múltiple y se han descrito una variedad de alteraciones a nivel cervical, siendo los más comunes la subluxación atlanto-axial anterior (SAAA) y la subluxación vertical (SV). Sin embargo, la subluxación atlanto-axial posterior (SAAP) ha sido descrita en muy pocas ocasiones. En este artículo, describimos el caso de una paciente con SAAP, además de su manifestación poco frecuente de alteración de pares craneales bajos como manifestación de mielopatía.

Palabras clave: artritis reumatoide, subluxación atlanto-axial posterior, mielopatía.

Summary

The damage of the spine by rheumatoid arthritis is multiple and a variety of affectations have been described at cervical level, being the anterior atlanto-axial subluxation and vertical subluxation the more common. However, the posterior atlanto-axial subluxation has been rarely described. In this paper, we describe the case of a patient with pos-

terior atlanto-axial subluxation in addition to its infrequent manifestation of alteration of the lower cranial nerves as a manifestation of mielopathy.

Key words: rheumatoid arthritis, posterior atlanto-axial subluxation, mielopathy.

Introducción

La afectación de la columna cervical es frecuente en la artritis reumatoide (AR) y ha sido reconocida desde hace mucho tiempo, desde que fue descrita inicialmente por Garrod en 1890¹. Su incidencia oscila entre 15 y 70% y se atribuye a variaciones en la severidad de la enfermedad, así como al criterio diagnóstico usado para determinar las lesiones cervicales². En un estudio de pacientes con AR y seguimiento por 20 años se observó una frecuencia de la disminución del espacio discal cervical del 65%, de la subluxación anterior del 23% y de la subluxación vertical del 26%, siendo la más rara la subluxación lateral (SL) con una incidencia del 6%²⁻³. En otro estudio se observó una incidencia de subluxación vertical (SV) de 14% y de subluxación posterior (SAAP) de 0,05%⁴.

Han sido descrito los siguientes compromisos cervicales de la AR: subluxación atlanto-axial anterior (SAAA), subluxación vertical, subluxación subaxial

1 Residentes de Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.
2 Profesor Asociado de Medicina Interna y Reumatología, Coordinador Unidad de Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.
3 Profesor Asistente de Medicina Interna y Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.
4 Profesor Titular de Medicina Interna y Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.

Enviado para publicación: Mayo 7/2004
Aceptado en forma revisada: Mayo 28/2004

(SS), la combinación de estas, subluxación posterior, subluxación lateral y la fijación craneal (FC). A pesar de que se describe la SAAP, poco se publica sobre ella incluso en las descripciones de su fisiopatología y en su participación en el grupo de las lesiones cervicales de la AR.

El objetivo de esta descripción de caso es informar sobre la SAAP en un paciente con AR, asociación poco frecuentemente observada.

Presentación del caso

Mujer de 59 años quien consultó por un cuadro de dos meses de evolución de dolor en región occipital derecha tipo punzante que se irradia a regiones temporal y parietal derechas y se desencadena mientras duerme en decúbito lateral derecho y con movimientos de rotación del cuello. Posteriormente el dolor se hizo continuo asociándose a disfonía y disfagia alta para sólidos y líquidos con regurgitación nasal frecuente. Refiere como antecedente AR de 17 años de evolución con un importante compromiso de manos, codos, rodillas y pies. Cirugía correctora con prótesis de Swanson y Suter en manos y colocación de clavos

en articulaciones interfalángicas distales por dedos en gatillo. Fibrosis pulmonar diagnosticada hace 8 años y síndrome de Sjögren hace 10 años. Al examen físico: limitación importante de arcos de movimiento de columna cervical para la flexión, extensión y la rotación, desencadenándose dolor en región cervical y occipital, sin déficit neurológico sensitivo ni motor. En orofaringe se observa parálisis del velo del paladar con caída del paladar blando y xerostomía importantes, hallazgos confirmados por otorrinolaringología, que además documentó parálisis de la cuerda vocal izquierda y xeroftalmia importantes. En sus manos se observan cambios típicos de AR dados por desviación cubital de articulaciones metacarpofalángicas, manos en tenedor, sinovitis crónica y nódulos subcutáneos en codos.

El estudio imagenológico de resonancia nuclear magnética (RNM) de unión cráneo cervical mostró subluxación atlanto-odontoidea con desplazamiento posterior, superior y lateral derecho de la apófisis odontoides, con formación de pannus y ejerciendo leve efecto sobre médula. Posteriormente se realizó otra RNM cervical confirmándose la subluxación atlanto-axial posterior. (Figuras 1 y 2).

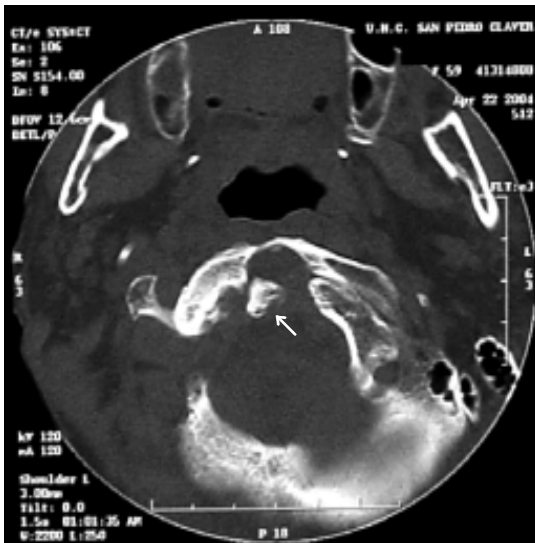


Figura 1. Tac corte transversal.

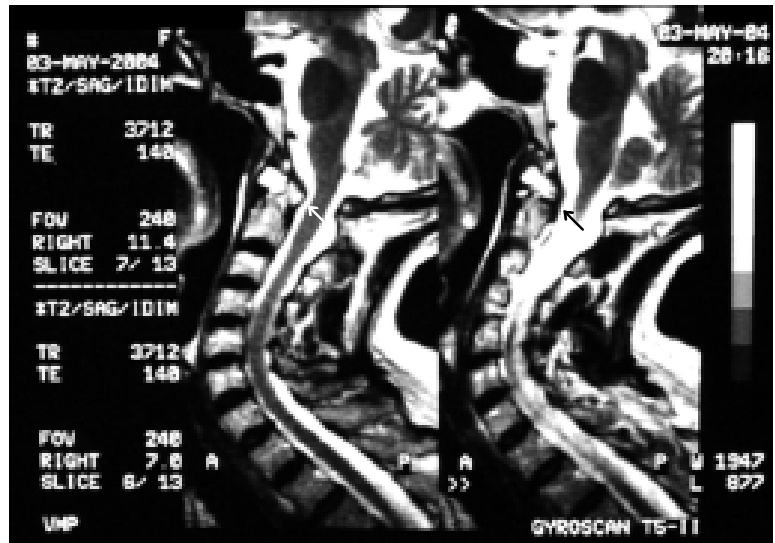


Figura 2. Resonancia magnética T2, corte sagital.

Figuras 1 y 2. Compromiso de la unión cráneo cervical por formación de pannus y evidencia de subluxación atlanto-odontoidea con desplazamiento posterior y lateral derecho de la odontoides, la cual ejerce leve efecto compresivo sobre la médula espinal (flechas).

Discusión

La SAAP es una patología que se observa en la AR y cuya gama incluye múltiples procesos que afectan prácticamente todas las estructuras de la columna vertebral. En la literatura se discute el compromiso cervical y se ha estudiado cada vez más el curso natural de la enfermedad en esta localización, pero poco se ha descrito la SAAP; se conocen pocos casos informados en la literatura mundial y, hasta donde sabemos, ninguno publicado en la nacional. Así mismo, se ha informado que la subluxación vertical es la menos frecuente de las subluxaciones⁴, y también que la SAAP es escasa en los informes de casos⁵ y poco se describe en la secuencia de la fisiopatología del daño cervical en la AR⁵. Riise y cols. publicaron la alta mortalidad en pacientes que tenían compromiso cervical, igualmente evidenciaron que el compromiso cervical estaba presente desde los estadios tempranos de la AR. Estos autores se basaron en estudios retrospectivos radiológicos y en las historias de 241 pacientes que habían fallecido por múltiples causas, encontrando una incidencia de SV de 1,4% y de SAAP de 0,5%⁶. Se informa que el síntoma neurológico aislado más común de la alteración cervical en general es el compromiso de la sensibilidad⁷, pero en el caso presentado la afectación consistía en alteración de pares craneales bajos y de dolor.

Se ha determinado que el compromiso de la columna cervical se correlaciona con la duración y progresión de la AR⁸. Winfield y cols. comunicaron que las erosiones articulares periféricas y las subluxaciones cervicales tienden a coincidir en severidad y en tiempo, sugiriendo que estos dos procesos están fuertemente relacionados con la actividad de la enfermedad⁹. Ochi propuso que los pacientes con AR fueran divididos en tres subgrupos basados en el número de articulaciones con más de diez años de evolución de las erosiones (NAE) y en el nivel de C1q en suero en mg/ml, definiéndolos así: enfermedad menos erosiva (EmE): NAE de 10,9 (Desviación estándar [DE]: 5,0) y C1q de 186,7 (DE 27,1); enfermedad más erosiva (EME): NAE de 32,2 (DE 4,8) y C1q de 297,4 (DE 29,8) y una enfermedad mutilante (EM): NAE de 53,5 (DE 4,8) y C1q de 340,7 (DE 23,9)¹⁰. Fujiwara, uno de los autores que más ha descrito la alteración cervical de la AR, ha

observado mayor incidencia de alteraciones de columna cervical en el subgrupo de EME (64%) y aún más en el subgrupo de la EM (prácticamente 100%), sin que se encontrara en el subgrupo de la EmE⁴.

A diferencia de otras articulaciones no sinoviales, como la articulación manubrio-esternal o la sínfisis del pubis en las que no hay destrucción articular, las articulaciones discovertebrales de la columna cervical presentan frecuentemente destrucción osteocondral. Se han postulado dos posibles mecanismos para esta destrucción: el primero es que haya una extensión del proceso inflamatorio desde las articulaciones adyacentes de Luschka que son cubiertas por sinovial y el segundo es que la inestabilidad cervical crónica iniciada por la destrucción articular apofisiaria lleve a una subluxación, esto llevaría a la producción de microfracturas de los bordes superiores de los cuerpos vertebrales, herniación discal y degeneración del cartílago discal¹¹.

De otra parte, se ha estudiado el curso natural de las lesiones en la columna cervical de pacientes con AR y se ha podido determinar la secuencia de los diferentes daños que se van dando a medida que progresa la enfermedad. La lesión cervical superior inicia con una SAAA reducible causada por una insuficiencia del ligamento transversal y de las cápsulas de las articulaciones atlanto-axiales que permiten el movimiento o traslado anterior del atlas sobre el axis. Con el desarrollo de una masa periodontoide de tejido de granulación y el colapso óseo de las masas laterales, sobreviene la SV que se combina con la SAAA y así el movimiento atlanto-axial durante los movimientos de flexión y extensión disminuye. El desarrollo de la SV disminuye el intervalo atlanto-odontoide; en los estados avanzados del curso natural de la enfermedad la SAAA es ocultada pudiéndose demostrar únicamente la SV y se sugiere que la fusión del atlas sobre el axis ocurra como consecuencia de la destrucción rápida de las articulaciones facetarias atlanto-axiales¹². Con base en estas lesiones demostrables patológicamente y radiológicamente se ha postulado un abordaje quirúrgico más fisiológico¹³. La SAAA es la lesión cervical más común en la AR⁴, en contraste con la SAAP del atlas que es infrecuente y es vista únicamente en presencia de erosión severa y fractura o dislocación de la apófisis odontoide⁷.

Referencias

- Matteson, Eric L. Cervical spine disease in rheumatoid arthritis: How common a finding? How uncommon a problem? *Arthritis and Rheumatism* Vol 48, No. 7, July 2003, pp 1775-1778.
- Roig Escofet, D.; Rodríguez Moreno, J. Manifestaciones clínicas articulares. En: *Artritis reumatoide, sociedad española de reumatología*. Drug Farma, 2003, pp. 162-164.
- Neva MH, Kaarela K, Kauppi M. Prevalence of radiological changes in the cervical spine. A cross sectional study after 20 years from a presentation of the rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987; 14:531-534
- Agarwal, Amrit K; Peppelman, Walter Jr C; Kraus, David R; Einseleis, Carl H Jr. The cervical spine in rheumatoid arthritis (Editorials), Volume 306 (6870), 9 January 1993, pp 79-80.
- Santavirta, Sandelin J, Slati P. Posterior Atlanto-Axial subluxación in Rheumatoid Arthritis. *Acta orthop Scand* 1985 August; 56147: 298-301.
- Riise T, Jacobse BK, Gran JT. High Mortality in patients with Rheumatoid Arthritis and atlanto-axial subluxation. *J Rheumatol* 2001, Nov; 28 (11): 2425-2429.
- Keersmaekers A, Truyen L, Ramon F, Cras P, De Clerck L, Martin JJ. Cervical myelopathy due to rheumatoid arthritis. Case report and review of the literature. *Acta Neurol Bel* 1998; 98 (3): 248.
- Fujiwara K, Fujimoto Masahiro, Owaki Jaime, Kono Jyoji, Nadase Takanobu, Yonenobu Kasuo, Ochi Takagi. Cervical lesion related to systemic progression in rheumatoid Arthritis. *Spine* 1998; 23: 2052-2056.
- Winfield J, Young A, Williams P, Cobertt M. Prospective study of radiological changes in hands, feet, and cervical spine in adult rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1983; 42: 613-618.
- Ochi T, Iwase R, Yonemasu K, et al. Natural course of joint destruction and fluctuations of serum C1q levels in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 37-43.
- Harris, Edward Jr. Clinical features of rheumatoid arthritis. En: *Kelly's textbook of rheumatology*, editado por W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania. 2001, pp. 981-982.
- Fujiwara K, Yonenobu K, Ochi T. Natural history upper cervical lesions in rheumatoid arthritis. *J Spinal Disord* 1997; 10: 275-281.
- Kandziora F, Mttlmeier T, Kersbauner F. Stage-related surgery for cervical spine instability in rheumatoid arthritis. *Eur Spine J*. 1999; 8(5) 371-381.

FE DE ERRATAS

En el volumen 11 # 1 de la Revista Colombiana de Reumatología (Páginas 40-45) se publicó el artículo de investigación original titulado:

Utilidad de la ferritina sérica en el diagnóstico de pacientes con artritis reumatoide juvenil de tipo sistémico

Luis Alberto Ramírez G¹, María Claudia Prada², Pilar Alarcón L², Abel Díaz³, Ruth Erazo G⁴.

Se presentó un error en el orden en que deberían aparecer los autores. El orden de los autores en el orden correcto es como sigue:

Utilidad de la ferritina sérica en el diagnóstico de pacientes con artritis reumatoide juvenil de tipo sistémico

María Claudia Prada², Pilar Alarcón L², Ruth Erazo G⁴, Abel Díaz³, Luis Alberto Ramírez G¹.

- Jefe sección de Reumatología.
- Residentes del Departamento de Pediatría.
- Estadístico del centro de Investigaciones Médicas.
- Docente del Departamento de Pediatría.

Facultad de Medicina, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.