

Rotação da segunda vértebra cervical em paciente pediátrico

Rotation of the second cervical vertebra in pediatric patient

Priscila Dias Peyneau¹, Gina Delia Roque-Torres¹, Luiz Roberto Godolfim², Eliana Dantas da Costa¹, Solange Maria de Almeida¹, Gláucia Maria Bovi Ambrosano¹

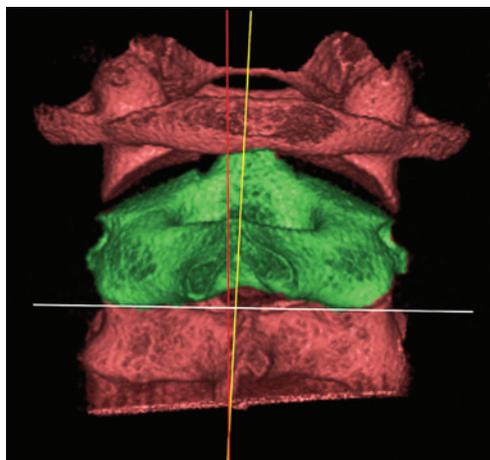


Figura 1. Reconstrução tridimensional das três primeiras vértebras cervicais (vista posterior). Notar rotação da segunda vértebra cervical (verde). Linha amarela destacando o plano sagital mediano; linha vermelha representando a rotação da segunda vértebra; linha branca indicando a inclinação laterolateral da segunda vértebra



Figura 3. Reconstrução coronal das vértebras cervicais. Setas vermelhas indicando a inclinação laterolateral da segunda vértebra

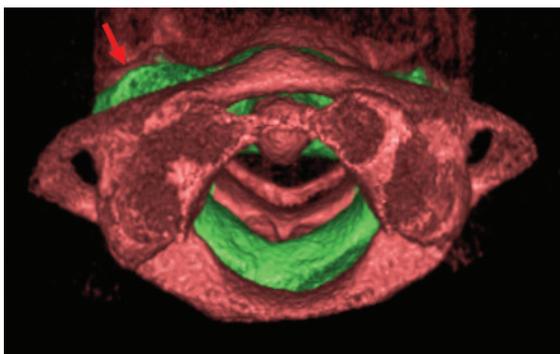


Figura 2. Reconstrução tridimensional das três primeiras vértebras cervicais (vista transversal). Notar rotação da segunda vértebra cervical (verde). Setas vermelhas indicando a rotação da segunda vértebra

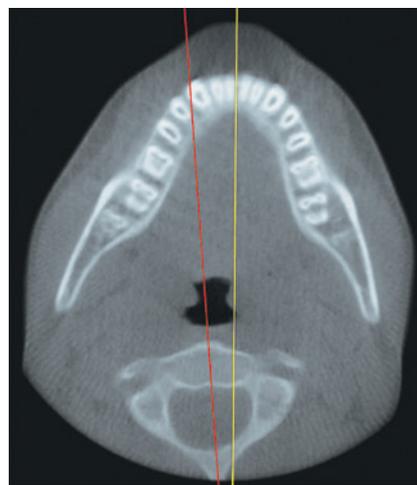


Figura 4. Reconstrução axial. Linha amarela mostrando o plano sagital mediano; linha vermelha indicando a rotação da segunda vértebra cervical

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente: Eliana Dantas da Costa – Avenida Limeira, 901 – Areião – CEP: 13414-903 – Piracicaba, SP, Brasil – Tel.: (19) 2106-5327 – E-mail: elianusp@yahoo.com.br

Data de submissão: 1/2/2016 – Data de aceite: 12/4/2016

DOI: 10.1590/S1679-45082016A13631

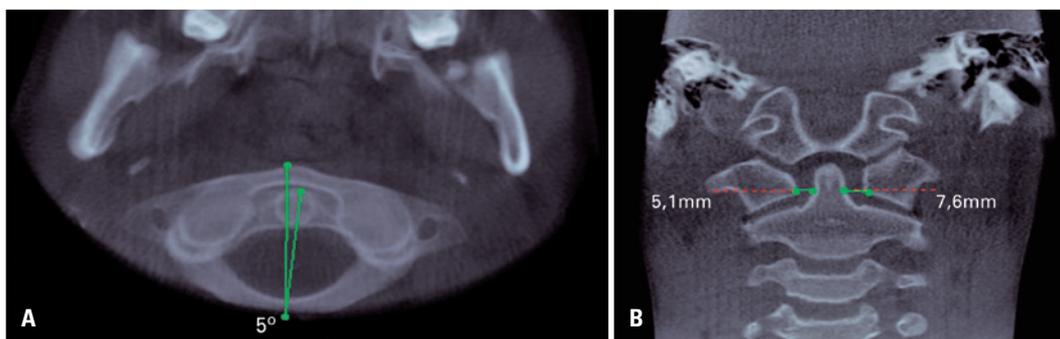


Figura 5. Tomografia computadorizada de feixe cônico mostrando 5° de rotação axial em relação a linha média (A), espaçamento atlanto-axial de 5,1 e 7,6mm (B)

A instabilidade rotatória é caracterizada pela rotação entre os corpos vertebrais, sendo a causa mais comum de torcicolos em crianças.⁽¹⁻⁵⁾ Essa prevalência ocorre devido às características anatômicas específicas da infância, como desproporção entre cabeça-pescoço, musculatura cervical subdesenvolvida, frouxidão da cápsula articular, elasticidade ligamentar e formato horizontal das facetas articulares entre as vértebras atlas e axis.⁽³⁻⁷⁾ Essa condição pode ocorrer devido a inflamação/infecção^(2,6,7) ou trauma,^(1,2,4,6) ou ter origem neurogênica ou idiopática.⁽²⁾

O diagnóstico inclui exame clínico e imagiológico.^(7,8) Entre os exames por imagem do tecido ósseo, as radiografias em projeções anteroposteriores e laterais são de uso limitado, pois não permitem uma visualização precisa dessa alteração, devido à dificuldades no posicionamento dos pacientes (desalinhamento da cabeça ou da fonte de raios X, e sobreposição de estruturas), levando à dificuldade na interpretação das radiografias.^(1,6,7) Já a tomografia computadorizada é considerada o padrão-ouro.^(1,6,7) Imagens de reconstrução tridimensional proporcionam uma visualização global da rotação, auxiliando no diagnóstico.^(2,3,7) Além disso, a ressonância magnética também pode ser solicitada para avaliar o risco de comprometimento do feixe vâsculo-nervoso e injúrias dos ligamentos adjacentes às vértebras.^(1,5-7)

No presente estudo, um paciente masculino, 12 anos de idade, compareceu à clínica de radiologia para realização de tomografia computadorizada de feixe cônico com fins ortodônticos. Foram realizadas as reconstruções tridimensionais, axial, coronal e sagital (Figuras 1 a 5). Durante a avaliação da imagem, observaram-se rotação da segunda vértebra cervical de 5° em relação à linha média e espaçamento entre vértebras atlanto-axial de

5,1mm (lado direito) e 7,6mm (lado esquerdo) (Figura 5). Na anamnese, o paciente relatou ter sofrido trauma há 1 ano e, após o incidente, observou-se presença constante de torcicolo.

O correto diagnóstico é fundamental para uma conduta adequada. O tratamento pode ser conservador por meio de imobilização,^(3-5,7,9) tração ou redução manual,^(3,4,7,9) com uso de analgésicos,⁽³⁾ fisioterapia^(1,9) ou cirúrgico.^(3,7,9)

REFERÊNCIAS

1. Gradl G, Maier-Bosse T, Penning R, Stäbler A. Quantification of C2 cervical spine rotatory fixation by X-ray, MRI and CT. *Eur Radiol.* 2005;15(2):376-82.
2. Tachibana A, Imabayashi H, Yato Y, Nakamichi K, Asazuma T, Nemoto K. Torticollis of a specific C1 dislocation with split atlas. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35(14):E672-5.
3. Meza Escobar LE, Osterhoff G, Ossendorf C, Wanner GA, Simmen HP, Werner CM. Traumatic atlantoaxial rotatory subluxation in an adolescent: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:27.
4. Min Han Z, Nagao N, Sakakibara T, Akeda K, Matsubara T, Sudo A, et al. Adult traumatic atlantoaxial rotatory fixation: a case report. *Case Rep Orthop.* 2014;2014:593621.
5. Missori P, Marruzzo D, Peschillo S, Domenicucci M. Clinical remarks on acute post-traumatic atlanto-axial rotatory subluxation in pediatric-aged patients. *World Neurosurg.* 2014;82(5):e645-8.
6. Maida G, Marcati E, Sarubbo S. Posttraumatic atlantoaxial rotatory dislocation in a healthy adult patient: a case report and review of the literature. *Case Rep Orthop.* 2012;2012:183581.
7. Bellil M, Hadhri K, Sridi M, Kooli M. Traumatic atlantoaxial rotatory fixation associated with C2 articular facet fracture in adult patient: case report. *J Craniovertebr Junction Spine.* 2014;5(4):163-6.
8. Mönckeberg JE, Tomé CV, Matías A, Alonso A, Vásquez J, Zubieta JL. CT scan study of atlantoaxial rotatory mobility in asymptomatic adult subjects: a basis for better understanding C1-C2 rotatory fixation and subluxation. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009;34(12):1292-5.
9. Fuentes S, Bouillot P, Palombi O, Ducolombier A, Desgeorges M. Traumatic atlantoaxial rotatory dislocation with odontoid fracture: case report and review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2001;26(7):830-4.