

I CÁTEDRA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS

Prof. H. DURÁN SACRISTÁN

Enfermedad de Grisel

(A propósito de dos casos)

L. FERRANDEZ PORTAL, F. GOMEZ CASTRESANA y G. SIERRA ARREDONDO

RESUMEN

Se presentan dos casos de enfermedad de Grisel caracterizados porque el asiento de las lesiones, dislocaciones cervicales, está situado por debajo de la articulación atlóido-axoidea, siendo además, uno de ellos de múltiple localización.

Descriptor: Síndrome de Grisel. Subluxación atlantoaxoidea.

SUMMARY

Two cases of Grisel's disease located below the atlanto-axial joint, one of them being of multiple location, are reported.

Key words: Grisel's syndrome. Atlantoaxial dislocation.

La enfermedad de Grisel ha venido siendo definida como una dislocación no traumática de la articulación atlóidoaxoidea, en relación sobre todo con infecciones de vecindad, especialmente del tracto orofaríngeo, y, muy en concreto, con niños recientemente amigdalectomizados.

Ha sido llamada de diversas maneras; WATSON-JONES (8), habla de «Dislocación hiperémica espontánea»; FITZWILLIAMS (3), de «Dislocación inflamatoria»; y HESS (5), de «Dislocación espontánea»; pero el término que más ha venido aceptándose ha sido el de «Subluxación no traumática de la articulación atlóido-axoidea». Pero lo que hace algunos años se creía que era una afectación específica de dicha articulación, se ha demostrado, según experiencia de algunos autores como

LIPPMANN (7), (1952), que puede afectar a niveles articulares más bajos y, a veces, incluso produciendo lesiones asociadas de más de una articulación, como sucede en los casos que vamos a exponer. Por lo tanto, en el concepto actual, habría que definir la enfermedad de Grisel como subluxación no traumática de las vértebras cervicales en coincidencia con fenómenos inflamatorios de vecindad.

Aunque existen referencias antiguas de este proceso, como las de BELL (1), (1830) y DALLY (2), (1875), fue GRISEL (4), quien en 1930 en un artículo publicado en *La Press Médicale* definió el concepto de la enfermedad que lleva su nombre.

Es un proceso poco diagnosticado, quizá porque no se piense en él y las referencias en la literatura son escasas aludiendo

la mayoría de ellas a la afectación de la articulación atloido-axoidea y muy pocas veces a localizaciones más bajas.

Hay que hacer constar también, que la enfermedad de Grisel no es exclusiva de las edades infantiles, sino que puede manifestarse en el adulto, como demostró KEUTER (6), (1969), en tres casos por él recogidos.

Existen varias teorías patogénicas para explicar el mecanismo de producción del proceso que nos ocupa. Para algunos se trataría de una dislocación articular causada por el espasmo de la musculatura cervical profunda, debido a la osteoartritis linfógena. Otros piensan que la hiperemia causada por la inflamación produciría una

decalcificación especialmente a nivel de las inserciones ligamentosas, actuando sincrónicamente en los propios ligamentos produciendo su inflamación y reblandecimiento. La dislocación sería el resultado, en estas condiciones, de un movimiento voluntario brusco o debido al miospasma.

Pero parece ser que una asociación de varios de estos factores sería la causante del proceso, jugando algunos un papel más prominente que otros, según los casos.

La sintomatología va siempre precedida de un proceso inflamatorio, que puede estar localizado en el tracto orofaríngeo o en el cuello. Pasados algunos días, o a veces semanas, del comienzo de la inflamación, aparece la sintomatología típica del

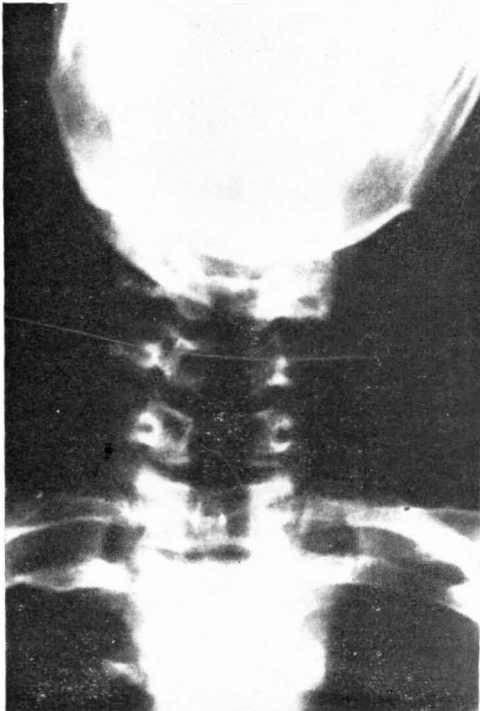


FIG. 1.—Proyección anteroposterior, en la que se evidencia una inclinación de la columna cervical y de la cabeza hacia la derecha, así como una flexión de la cabeza, por lo que la proyección de la mandíbula cubre a la tercera vértebra en su totalidad.

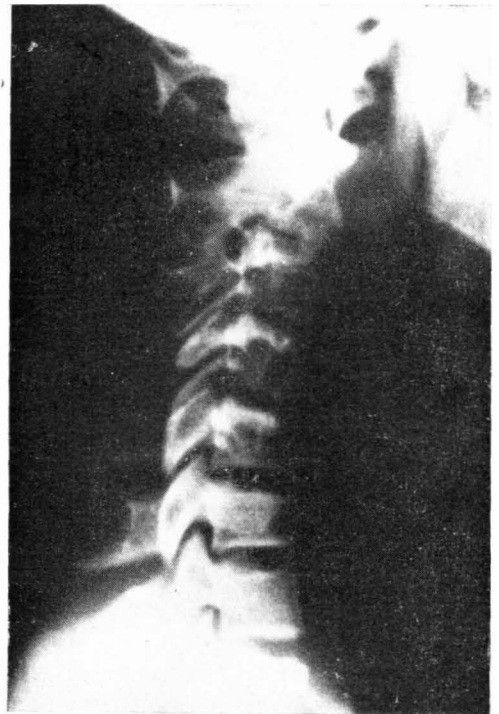


FIG. 2.—La proyección lateral evidencia una subluxación del axis sobre la tercera vértebra, y de ésta sobre la cuarta y de la cuarta sobre la quinta. El grado más patente de subluxación se sitúa entre el axis y la tercera vértebra.

proceso. Muchas veces, inflamación y subluxación están presentes en el momento de explorar al enfermo.

Por lo general, el paciente, que no refiere antecedente traumático previo, aqueja un dolor de nuca irradiado hacia el oído y cabeza, al mismo tiempo que se observa una inclinación de ésta hacia el lado doloroso, con rotación del mentón hacia el lado contrario y el hombro se halla elevado.

Junto con esto, aparece un *trismus* más o menos evidente, alteraciones de la voz en forma de rinolalia e hipoacusia relacionada con la obstrucción de la trompa de Eustaquio.

A la exploración se evidencia un espasmo del músculo esternocleidomastoideo, con rigidez posicional, que al tratar de corregirla pasivamente desencadena fuerte

dolor. Existe una hipersensibilidad a nivel de columna cervical alta y desviación de las apófisis espinosas lateralmente en los casos con subluxación marcada.

Aquellos casos en los que persiste el cuadro inflamatorio son evidentes las adenopatías regionales y con una exploración cuidadosa de la orofaringe podemos demostrar la existencia de algún foco de infección.

El tratamiento debe ir dirigido a resolver ambos problemas: Proceso inflamatorio local causal y dislocación vertebral.

El primero requiere, a veces, el abordaje directo del foco y su evacuación combinada con el tratamiento antibiótico adecuado.

La lesión vertebral a veces se resuelve espontáneamente una vez eliminada la in-



FIG. 3.— Control radiológico a los 5 días, que pone de manifiesto la reducción de las dislocaciones a todos los niveles.



FIG. 4.—Proyección anteroposterior que muestra la inclinación de cabeza y columna cervical hacia la derecha y una flexión de la primera con rotación del mentón hacia el lado contrario.

fección causal, no precisando estos casos tratamiento específico alguno.

Otras veces, es necesario proceder a una inmovilización, que puede hacerse con un collarín, incluso con un vendaje escayolado del tipo Minerva, y en los casos más pronunciados nos veremos obligados a colocar una tracción transcraneal durante 15 ó 20 días, seguida de la colocación temporal de un collarín.

El proceso por lo general, cura sin secuelas, aunque se citan casos con cuadros neurológicos o complicados con procesos inflamatorios de las meninges.

Presentación de los casos

Caso núm. 1. — J. M., varón de 13 años de edad, que refiere entre sus antecedentes una amigdalectomía por amigdalitis de repetición

a los 8 años. Reumatismo cardioarticular a los 10 años. Desde hace mes y medio, y sin antecedente traumático previo, nota dolor en el cuello que va en aumento, agudizándose sobre todo en la última semana, localizado en el lado izquierdo e irradiado a la cabeza. Tortícolis izquierdo. *Trismus* que impide la masticación, habiendo permanecido el paciente tres días en ayunas. Rinolalia. Fiebre de 38°.

Exploración: Facies febril. Paciente agitado e irritable. Espasmo del músculo esternocleidomastoideo izquierdo. Dolor a la palpación de la columna cervical y a los intentos de movilización de la misma. Elevación del hombro izquierdo. Adenopatías cervicales bilaterales elásticas y rodaderas.

A la exploración radiológica y en la proyección anteroposterior se puede observar una desviación de la columna cervical hacia la izquierda, con flexión e inclinación de la cabeza hacia el mismo lado, por lo que la proyección de la mandíbula llega hasta la tercera vértebra cervical cubriéndola en su totalidad (fig. 1). En la proyección lateral (fig. 2), se observa

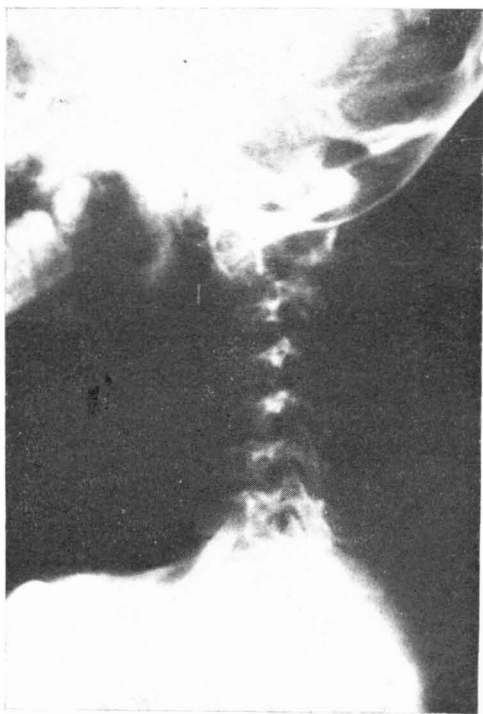


FIG. 5. — Radiografía lateral que pone de manifiesto la subluxación del axis sobre la tercera vértebra cervical.



FIG. 6. — Radiografía funcional en flexión que confirma los hallazgos de la proyección lateral simple.

subluxación del axis sobre la tercera vértebra, así como de ésta sobre la cuarta, y de la cuarta sobre la quinta, siendo el grado de subluxación mayor entre el axis y la tercera vértebra cervical.

Se instaura un tratamiento mediante tracción con compás de Roger-Anderson con 2 kilogramos de peso y se procede al drenaje de un absceso faríngeo posterolateral y tratamiento antibiótico con gevamicina y carbenicilina.

El control radiológico efectuado a los 5 días (fig. 3), muestra una reducción de los deslizamientos en todos los niveles. Después de 25 días se sustituye la tracción por un collarín de Thomas, que ha mantenido durante tres meses.

Caso núm. 2. — J. P., varón de 6 años de edad, con antecedente de otitis media y amigdalitis de repetición. Desde hace cinco días y sin antecedente traumático previo, dolor cervical derecho, con desviación de la cabeza hacia ese lado. Fiebre, astenia y anorexia.

Exploración: Facies febril. Cabeza y cuello inclinados hacia el lado derecho. Espasmo del músculo esternocleidomastoideo de ese lado. Adenopatía submaxilar derecha de un volumen de 2 x 2 cm. Hipertrofia de la amígdala derecha, que se encuadra enrojecida y con exudado.

Al día siguiente de su ingreso se drena un flemón retroamigdalares derecho.

Los datos analíticos revelaban una fórmula de infección aguda y una V. S. G. de 115 a la primera hora.

Exploración radiológica: En la proyección anteroposterior (fig. 4), se pone de manifiesto una desviación de la columna cervical y de la cabeza hacia el lado derecho. En la proyección lateral (fig. 5), aparece una subluxación del axis sobre la tercera vértebra cervical, que se confirma en una radiografía funcional en flexión (fig. 6). Tras el vaciamiento del absceso, complementado con terapéutica antibiótica, desaparece la sintomatología, así como la posición viciosa de la cabeza y cuello. Realizada la radiografía de control (fig. 7), se observa todavía una pequeña subluxación por lo que realizamos un tratamiento exclusivamente con un collarín que se mantiene durante dos meses.

Conclusiones

Los casos presentados entran a formar parte de la enfermedad de Grisel pues las características clínicas y radiológicas son

típicas de este proceso. No obstante, existen en los mismos ciertas particularidades ya que el primero presenta lesiones múltiples de subluxación, no afectando, sin

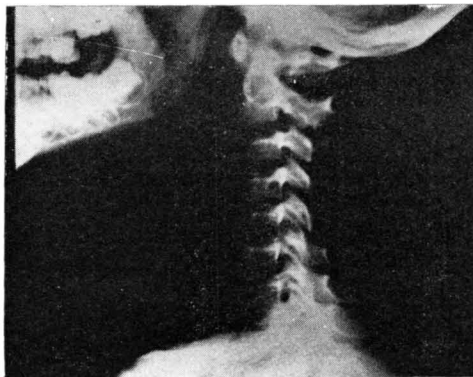


FIG. 7. — Radiografía de control en la que se aprecia todavía una pequeña subluxación entre axis y tercera vértebra.

embargo, a la articulación atloido-axoidea. El segundo, aunque de localización a un solo nivel, tampoco afecta a la citada articulación. Todo esto hace que ante cualquier proceso infeccioso de localización orofaríngea deba explorarse en su totalidad la columna cervical, ante la posibilidad de encontrarnos ante un caso similar a los descritos. El tratamiento debe ir dirigido, en principio, a la resolución del proceso infeccioso, ya que muchas veces con ello logramos la completa curación. En ocasiones, sin embargo, estas medidas no son suficientes y es preciso conseguir la reducción de la subluxación o subluxaciones, bien con compás de tracción craneal o bien con collarín de inmovilización cervical.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BELL, CH. (1830): The nervous system of the human body, embracing the papers delivered to The Royal Society on the subject of the nerves. p. CXXXVII case LXIV.
- 2 DALLY (1875): Du torticolis occipito-atloïdien. *Bull. Général de thérapeutique*, 89, 354-356; 388-400; 438-447.

- 3 FITZWILLIAMS, D. C. L. (1934) : Inflammatory Dislocation of the atlas. *Brit. Med. J.*, 2.
- 4 GRISEL (1930) : Énucléation de l'atlas et torticolis nasopharyngien. *La Press Med.*, 45, 50-53.
- 5 HESS, J. H. ; ABELSON, S. M., y BRONSTEIN, I. P. (1942) : Spontaneous atlanto-axial dislocation : possible relation to deformity of the spine. *Am. J. Dis. child.*, 64, 51-54.
- 6 KEUTER, E. J. W. (1969) : Non-traumatic Atlanto-axial Dislocation Associated With Nasopharyngeal Infections (Grisel's Disease). *Acta Neurichirurgica*, 21, 11-22.
- 7 LIPPMANN, R. K. (1953) : Arthropathy due to adjacent inflammation. *J. B. J. S.*, vol. 35-A, núm. 4, 967-979.
- 8 WATSON-JONES, R. (1932) : Spontaneous Hyperaemic Dislocation of the Atlas. *Proc. Royal Soc. Med.*, 25, 586-590.