

PRESENTACIÓN DE CASOS

Sacroileitis infecciosa. A propósito de un caso

Sacroileitis infectious. Presentation of case

***Laura E. Alvaré Alvaré^I, Ma. Dolores Lobato Pastrana^{II}, Martha Melo Vítores^{III},
Yoel Concepción Concepción^{IV}, María del C. Luis Alvarez^V, Ivette González
Concepción^{VI}***

I Especialista de I Grado en Pediatría, Máster en Educación de la Sexualidad, Profesora Auxiliar, Investigadora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Pediatría, Investigadora Agregada, Máster en Infectología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de I Grado en Pediatría, Máster en Infectología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Pediatría. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista de I Grado en Pediatría, Máster en Infectología, Profesora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VI Licenciada en Enfermería. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La sacroileitis infecciosa es una afección poco común que en ocasiones se diagnostica tarde por la escasa especificidad de los síntomas. Además se requiere de técnicas de imagen como la gammagrafía, tomografía y la resonancia magnética nuclear para valorar la extensión y gravedad de las lesiones. Si se hace un diagnóstico y tratamiento precoz, la evolución clínica es satisfactoria y no deja secuelas. Caso clínico: Se describe una paciente adolescente femenina, que acudió a nuestro centro por dolor intenso en la región glútea izquierda e impotencia absoluta funcional a la marcha. Se le realizaron complementarios, un completo

examen físico, y técnicas de imagen, siendo las más útiles la gammagrafía ósea, donde se observó intensa captación del fármaco en la articulación sacro ilíaca izquierda de apariencia séptica y la TAC con irregularidad de la misma articulación y borramiento de sus contornos. Se impuso tratamiento con antibióticos durante seis semanas y es dada de alta sin secuelas. **Palabras clave:** artritis séptica, sacroileitis séptica, adolescentes.

ABSTRACT

The sacroileitis infectious is a not a very common affection that is occasionally diagnosed late because the scarce specificity of the symptoms in occasions. Besides it is also required technical images like the bone gammagraphy, tomography and the nuclear magnetic resonance to value the extension and graveness of the lesions. If a precocious diagnosis and treatment is made, the clinical evolution it is satisfactory and doesn't leave sequels. Clinical case: a feminine adolescent patient is described that comes to our center for intense pain in the left low region and functional absolute impotence to the march. complementary studies are carried out as ,a physical and technical complete exam of image, being the most useful the bone gammagraphy, where an intense accumulation of the radiopharmaceutical is observed in the left sacred iliac articulation of septic appearance and the TAC with irregularity of the same articulation and erase of its contours. Treatment is imposed with antibiotics during six weeks and the patient is delivered without sequels. **Key words:** septic arthritis, pyogenic sacroilitis, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones osteoarticulares constituyen patologías frecuentes diagnosticadas en pediatría, con una incidencia entre 5 y 12 x 100,000 niños⁽¹⁾ para la artritis séptica y menos frecuente en la osteomielitis. Sin embargo, la Sacroileitis infecciosa es rara en los niños y adolescentes, aparece entre el 1 y 2 % de las infecciones osteoarticulares y en edades comprendidas entre los 7 y 15 años. El comienzo es agudo en un tercio de los pacientes y lentamente progresivo en los dos tercios restantes⁽²⁾. El diagnóstico puede ser tardío por lo confuso del cuadro clínico.

La sintomatología asociada a esta entidad es muy pobre y poco específica, además de lo poco que puede aportar la exploración física. Para llegar al diagnóstico

correcto es imprescindible tener un alto índice de sospecha que permita orientar los exámenes complementarios.

La variedad del cuadro clínico, hace que muchas veces se diagnostiquen otras patologías como: artritis reumatoide juvenil, el síndrome de Reiter, las enfermedades inflamatorias crónicas intestinales, y la psoriasis entre otras. Por asociarse con afección en la articulación sacroilíaca en estas edades. Por tanto se debe establecer la etiología específica⁽³⁾.

Como en el resto de las artritis sépticas, tiene una extraordinaria importancia el diagnóstico y tratamientos oportunos para que el pronóstico sea satisfactorio.

Esta entidad es causada en el 25 % de los casos, por el *Staphylococcus aureus*, *Salmonella sp*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis* y *Brucella*. Además es frecuente la *Pseudomona aeruginosa* en pacientes que consumen drogas por vía parenteral.

Existe dolor en las articulaciones sacroilíacas con irradiación hacia los glúteos o a la pelvis y la fiebre puede estar presente o no. El paciente adopta una posición típica que hace sospechar el diagnóstico, más la maniobra de Fabere positiva.

La resonancia magnética nuclear es de gran valor, así como la gammagrafía ósea y la tomografía axial computarizada.

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Anamnesis

CPG adolescente de 15 años de edad, femenina, mestiza. 4 meses antes de presentar dolor en la región glútea tuvo una caída de una motocicleta, con múltiples excoriaciones con algunas quemaduras por fricción; es observada en una institución médica y dada de alta con tratamiento de hielo y analgésicos. Posteriormente a este evento se recoge el antecedente de una forunculosis en la región anterior del muslo izquierdo que fue tratada con cura, fomentos y antibióticos locales. Pasado el tiempo mencionado comienza con impotencia funcional y dolor intenso a la marcha que se reflejaba en la región glútea izquierda irradiándose hacia la zona lumbar por lo que acudió a varias instituciones médicas. Se diagnosticó una sacro lumbalgia y se le indicó fisioterapia, antiinflamatorios y ejercicios (natación), los cuales empeoraron aún más el cuadro clínico. Llega a nuestro centro con dolor intenso e impotencia funcional absoluta que le impiden la marcha.

APP

Asma bronquial.

Alergia a la penicilina.

Forúnculo en cara anterior del muslo izquierdo referido.

Examen físico

Datos positivos: afectación del estado general.

Columna y pelvis: a la exploración física se constató contractura de la musculatura paravertebral y lumbosacra del lado izquierdo, que se irradia hacia la región glútea, maniobra de Fabere positiva y dolor intenso a la palpación en la región sacroilíaca izquierda que le impide la marcha.

Miembros inferiores: Ausencia de signos locales de infección, rango articular con dolor intenso a la flexión activa de la cadera izquierda.

Exploración neurovascular: normal.

Exámenes complementarios:

- Hemograma con diferencial.
- Hemoglobina 11,5 g/l.
- Hto 36.
- Leucocitos 6,9 x10.
- Neutrófilos 76.
- Linfocitos 20.
- Monocitos 1.
- Eosinófilos 3.
- Eritrosedimentación 88 mm.
- PCR Positivo (60,27 mg x l).
- Factor reumatoideo negativo.
- ANA negativo.
- HLA B27 negativos.
- Mantoux negativo.
- Exudados nasal y faríngeo negativos.
- Urocultivo: negativo.
- Hemocultivo positivo a estafilococos aureus.

- Ultrasonido abdominal normal.
- Gammagrafía ósea: existe una intensa captación del fármaco en la articulación sacroilíaca izquierda de apariencia séptica.
- TAC de columna lumbo-sacra irregularidad de la articulación sacroilíaca izquierda con borramiento de sus contornos y alteración de la densidad.
- RMN alteraciones de la intensidad de señal a nivel de la articulación sacroilíaca izquierda con ligero ensanchamiento del espacio articular que se informa como compatible con proceso infeccioso, sin poder descartar otras patologías.
- Survey óseo: normal, excepto los hallazgos de la referida articulación.

Por el dolor referido en la articulación sacroilíaca izquierda que se extendía hacia la región glútea del mismo lado, con cojera que le impedía la marcha, mas los hallazgos de laboratorio y de imaginología y la evolución clínica llegamos a la conclusión de que estábamos frente a una paciente con una Sacroileitis infecciosa, decidiendo poner tratamiento antibiótico, el cual describimos a continuación.

Tratamiento impuesto

Se comenzó tratamiento antibiótico con Claforán y Amikacina por vía endovenosa durante tres semanas; posteriormente, de forma secuencial, se completó con ciprofloxacina por vía oral durante tres semanas más.

La evolución resultó satisfactoria, a partir de la medicación con antibióticos. Los signos clínicos y los resultados analíticos fueron normalizándose progresivamente, la eritrosedimentación se normalizó, la proteína C reactiva y otros reactantes. Tres meses después del tratamiento, la paciente camina perfectamente sin dolor y sin impotencia funcional. La Gammagrafía ósea se normalizó, Grafico 1, persistiendo algunas alteraciones radiológicas menores que fueron monitoreadas evolutivamente.

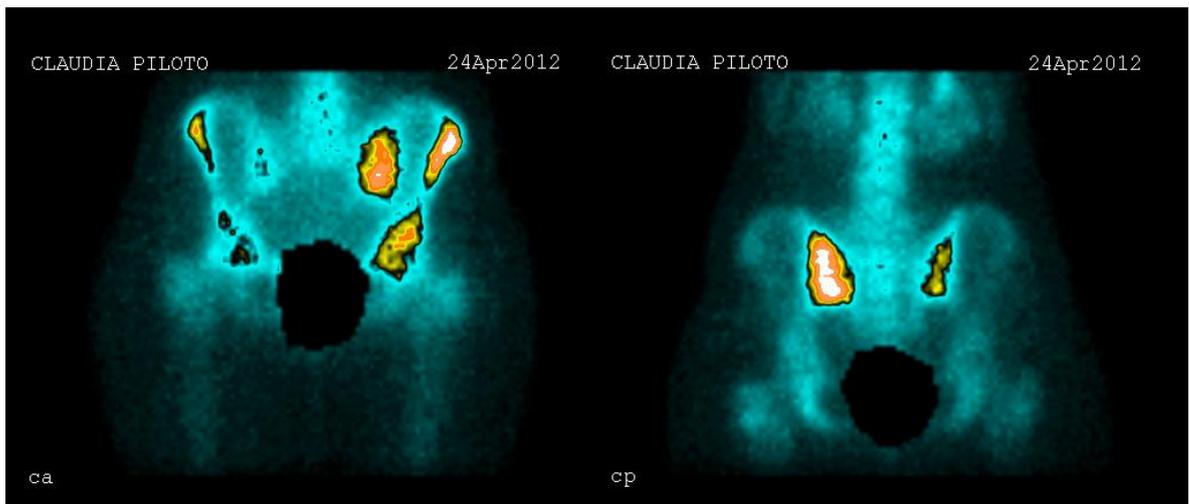


Figura 1. Gammagrafía evolutiva

Mejoría evolutiva de captación del radio fármaco, en la articulación sacro ilíaca izquierda.

DISCUSION

La sacroileitis infecciosa es una infección no muy frecuente en la infancia y la adolescencia y por tanto poco conocida⁽¹⁾. Tiene un ligero predominio en el sexo masculino; la afectación mayormente encontrada es en el lado izquierdo⁽³⁾. El estafilococo aureus es el agente causal implicado con mayor frecuencia⁽⁴⁾, seguido de los estreptococos y las bacterias gramnegativas⁽⁵⁾. El diagnóstico etiológico se establece a partir de los hemocultivos.

Entre los factores predisponentes se encuentran los traumatismos, la adicción a drogas por vía parenteral, las infecciones previas de tipo cutáneas⁽⁶⁾, genitourinarias o infecciosas. La puerta de entrada puede ser por contigüidad o por vía hematógena. No obstante hasta en un 41 % de los pacientes no llega a identificarse el agente causal.

La sintomatología clínica de esta entidad es poco específica, la fiebre puede no estar presente, el dolor lumbar bajo se puede confundir con dolor abdominal o de miembros inferiores⁽¹⁾, el dolor que aparece al estar sentado o a la marcha puede parecer típico de una espondilodiscitis, de una artritis séptica o una osteomielitis, por lo que es necesario establecer el diagnóstico diferencial.

Existen dos exploraciones de las articulaciones sacro ilíacas básicas para su diagnóstico: la maniobra de Fabere (cadera en flexión, abducción y rotación externa, apoyando el pie en la rodilla contra lateral) que es positiva cuando después de realizada aparece dolor en la región glútea homolateral; y la otra, consiste en hacer presión en la cresta ilíaca, habiendo colocado al paciente en decúbito lateral del lugar sospechado y ejerciendo presión con las manos sobre esta región.

Existen otros parámetros además de los clínicos que incluyen la elevación de la Eritrosedimentación y de la proteína C reactiva (PCR) como aparecen en nuestra paciente y solo en el 50 % de los casos se encuentra leucocitosis⁽¹⁾.

Por otra parte, la gammagrafía permite localizar la lesión de forma precoz, y se considera la prueba de elección para localizar las áreas de hueso afectadas⁽⁷⁾. No obstante, la resonancia magnética aporta mucha información en caso de complicaciones y abscesos así como otras localizaciones en partes blandas⁽⁸⁾ y en la actualidad está siendo desplazada por la TAC.

El éxito del tratamiento se relaciona con el diagnóstico precoz⁽⁹⁾ y el uso de antibióticos por vía endovenosa a tiempo. El retraso diagnóstico terapéutico implica destrucción de la articulación, formación de abscesos y sepsis⁽¹⁰⁾. Afortunadamente, la mayoría de los pacientes evolucionan satisfactoriamente si han tenido un diagnóstico oportuno.

Pensamos que en nuestra paciente, la infección de la articulación comenzó después del trauma que tuvo al caerse de la motocicleta con múltiples escoriaciones en piel donde se aisló en el hemocultivo un estafilococo aureus que está entre los gérmenes más descritos en la etiología. Al ponerse tratamiento oportuno con antibiótico terapia todas las manifestaciones clínicas regresaron a la normalidad así como los

exámenes

complementarios.

Figura

2.

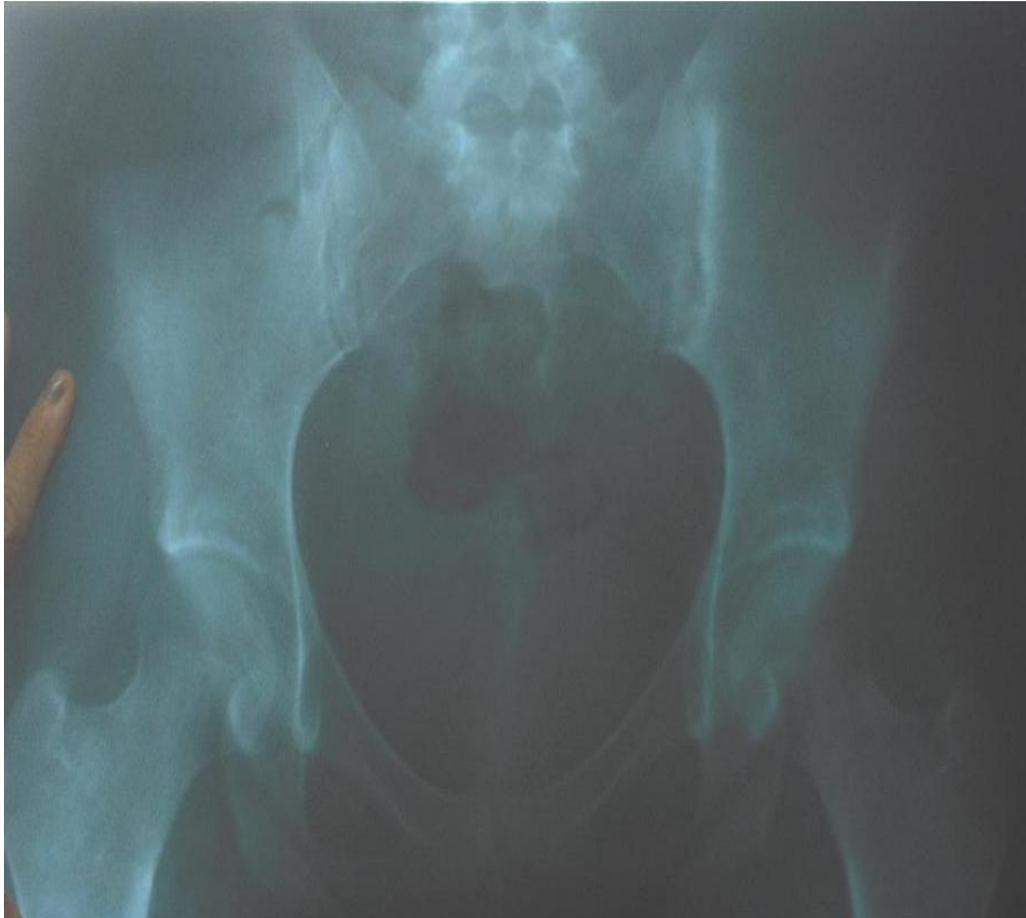


Figura 2. Rayos X de cadera evolutivo tres meses posteriores al tratamiento con antibiótico donde se visualiza línea a nivel de articulación sacro ilíaca izquierda cicatrizal, secuela de la sacroileitis.

RECOMENDACIONES

Cuando acuda un niño o adolescente con fiebre o no, acompañado de dolor lumbar que se irradie hacia la pelvis o la zona glútea, debe pensarse en una Sacroileitis infecciosa. Y realizar el estudio pertinente para llegar al diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albañil R, Calvo C, Vázquez MC, Alcázar MJ, Merino R, García J. Sacroileitis infecciosa en niños. Un diagnóstico difícil. *Rev Enf Infec Pediat.* 2010;23(93):31-4.
2. Sánchez B. Sacroileitis aguda en el niño. A propósito de una observación. La articulación izquierda se afecta más que la derecha. *Septic sacroileitis in children. J Pediatric Orthop.* 2008;28:488-92.
3. Wada A. Septic sacroileitis in children. *J Pediatric Orthop.* 2008;28:488-92.

4. Cañadell E. Sacroilitis infecciosa una localización poco frecuente de osteomielitis / artritis séptica en la infancia. Presentación de dos casos. *Pediatr Catal.* 2006;66(2):66-70.
5. Vergara E, Rojas M, Herrera C. Sacroileitis bacteriana en niños. *Rev Colomb Ortop traumatol.* 2010;24(1):53-7.
6. Ordóñez A. Sacroileitis piógena complicada con absceso de psoas tras infiltraciones subcutáneas en el abdomen. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29(9):465-6
7. Ter DC. Bone Scintigraphy in the evaluation of children with obscure skeletal pain. *Pediatr.* 1987;79:587-90.
8. Karmazyn B. The Role of pelvic magnetic resonance in evaluating nonhi sources of infection in children with acute nontraumatic hip pain. *J Pediatric Ortho.* 2007;27:158-64.
9. Grippi M. The early diagnosis of sacroiliac joint infection in children. *J Pediat Orthop.* 2006;26:589-93.
10. Porcar B, Carranza A, Forriol F, Moreno A. Fiebre y cojera en el niño. No todo son sinovitis o artritis sépticas de cadera. *SECOT.* 2011;11:21.

Recibido: 21 de enero del 2014 Aceptado: 14 de mayo del 2014

Dra. Laura Alvaré Alvaré. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11 B, Siboney, La Habana, Cuba.

Correo electrónico:vddi@infomed.sld.cu