









ARTROMIELITIS SACROILIACA: REPORTE DE CASO

SACROILIAC ARTHROMYELITIS: CASE REPORT

Roger Antonio Sernaque Mechato ^{1a}, Pablo Alberto Romero Sánchez ^{2b}, Julio Andrés Mamani Murillo ^{2b},
Yelenit Emily Quiñones Rodríguez ^{2b}, Marco André Moncada Solano ^{2b}, Jesús Darío Toledo de la Torre ^{3b}

RESUMEN

Introducción: La sacroileítis infecciosa (SII) 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 presenta el caso de una paciente mujer de 83 años, con antecedentes de enfermedad cerebrovascular isquémico, hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 e infección del tracto urinario que presentó dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, afebril; manifestó que al momento de levantarse de su silla sintió debilidad en el hemicuerpo izquierdo. Al ingreso, hipertensa, febril con T° 38°C SatO₂: 98 % con FiO₂: 0.4. Al examen físico con edema en MMII con fóvea (+), abdomen distendido, doloroso en flanco derecho y hemiparesia izquierda. Al laboratorio: hemoglobina 14,8 g/dl, plaquetas 38.000 µl. leucocitos 18.000 µl. Posteriormente, confirmando el diagnóstico clínico sustentado en radio imágenes, se procedió al abordaje quirúrgico. **Conclusión:** La SII es una enfermedad rara con complicaciones graves, cuyo diagnóstico precoz e inicio de tratamiento rápido son fundamentales, basándose principalmente en el cuadro clínico, estudios de imágenes y la duración adecuada de la terapia antibiótica.

Palabras clave: Artritis séptica; Sacroileítis séptica. (Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Infectious sacroiliitis is a rare condition that is sometimes diagnosed late due to the poor specificity of the symptoms. In addition, imaging techniques such as scintigraphy, tomography, and nuclear magnetic resonance are required to assess the extent and severity of the lesions. If early diagnosis and treatment are made, the clinical evolution is satisfactory and leaves no sequelae. **Clinical case:** the case of an 83-year-old female patient is presented, with a history of ischemic cerebrovascular disease, high blood pressure, type 2 diabetes mellitus and urinary tract infection, who presented with moderately intense colic-like abdominal pain, afebrile, and reported that at the time After getting up from his chair he felt weakness in his left side. On admission, hypertensive, febrile with T°: 38°C SatO₂: 98% with FiO₂: 0.4. On physical examination, there was edema in MMII with pitting (+), distended abdomen, pain in the right flank and left hemiparesis. To the laboratory: hemoglobin 14.8 g/dl, platelets 38,000 µl, leukocytes 18,000 µl. Subsequently, confirming the clinical diagnosis supported by radio images, the surgical approach was performed. **Conclusion:** IBS is a rare disease with serious complications, whose early diagnosis and rapid initiation of treatment are essential, based mainly on the clinical picture, imaging studies and the appropriate duration of antibiotic therapy.

Keywords: Septic arthritis; Septic sacroileitis. (Source: MESH-NLM)

¹ Hospital Santa Rosa. Lima, Perú

² Instituto de investigaciones en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

³ Universidad Federico Villarreal

^a Médico internista.

^b Interno de Medicina Humana.

Citar como: Sernaque Mechato RA, Romero Sánchez PA, Mamani Murillo JA, Quiñones Rodríguez YE, Moncada Solano MA, Toledo de la Torre JD. Artromielitis sacroiliaca: Reporte de caso. Rev Fac Med Hum. 2023;23(4):158-162. [doi 10.25176/RFMH.v23i4.6110](https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i4.6110)

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

La sacroileítis infecciosa (SII) fue descrita por primera vez por Poore en 1878 y, desde entonces, la literatura sobre esta infección proviene principalmente de informes de casos y pequeñas series de pacientes ⁽¹⁾. La incidencia del SII es relativamente baja, aprox. 1%. Representa el 2% de todos los casos.

Un caso de artritis séptica ^(2,3). Esto puede deberse a varias razones diferentes, causas que incluyen enfermedades degenerativas, traumatismos, embarazo, uso de drogas intravenosas, terapia inmunosupresora, trastornos de la hemoglobina, enfermedades inflamatorias e infecciones como endocarditis y del tracto urinario o dermatitis; sin embargo, estos factores de riesgo sólo pueden estar presentes en pacientes del 55% al 60% de los casos identificados ⁽¹⁾. La sacroileítis unilateral debe guiar el diagnóstico de la SII ⁽⁴⁾, aunque la sacroileítis unilateral se asocia con espondiloartropatías (artritis psoriásica, espondilitis anquilosante reactiva, temprana), lo que supone un desafío diagnóstico.

La contaminación puede ser producto de una bacteriemia, debido a una infección contigua, o por inoculación directa, como en el caso de las infiltraciones articulares ⁽⁷⁾. Las infecciones pueden ser causadas por organismos piógenos y tuberculosis ⁽⁵⁻⁸⁾.

Los síntomas iniciales inespecíficos y los hallazgos variables del examen físico dificultan el diagnóstico y a menudo se pasan por alto desde el principio. Las manifestaciones clínicas son diferentes, pero el dolor más común es en la zona lumbar y en los glúteos, que empeora al caminar. La resonancia magnética de imagen (MRI) de la pelvis es el estándar de oro para diagnosticar el SII ⁽⁶⁾. El tratamiento con antibióticos a largo plazo, que dure más de cuatro semanas, se considera un tratamiento adecuado ⁽⁹⁾.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 83 años, con antecedentes de enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e infección de vías urinarias. La paciente presentó, de forma brusca, dos días antes de su ingreso, dolor en flanco derecho tipo cólico de moderada intensidad, debilidad de hemicuerpo izquierdo, disartria y cuadros febriles intermitentes. Al examen físico de ingreso, en cuanto a los signos vitales se encontró: PA: 140/70, T:

38.2°. Con respecto a piel y faneras, se evidenció edemas de miembros inferiores y fóvea (+). A nivel respiratorio, el murmullo vesicular pasaba disminuido en ambos campos pulmonares. En cuanto al aparato CV, se auscultó un soplo holosistólico. Además, en lo que respecta al abdomen, había dolor a la palpación en hipogastrio y en cuanto al SNC, había hemiparesia izquierda.

Respecto al examen físico somático, se realizó prueba de flexión, abducción y rotación externa (FABERE), positivo, Prueba de Gaenslen-Mennel, positivo; Test Log Roll de la cadera izquierda, negativo; signos de irritación radicular negativos sin adenopatías inguinales palpables. Los exámenes de laboratorio revelaron: glucosa basal en 537, urea de 170, leucocitosis de 18000, plaquetopenia de 38 000, abastados de 3%, segmentados en 80%, linfocitos de 10%, T de protrombina de 17.3. Además, contó con un examen de orina patológico (proteínas 2+, nitritos +, sangre +, leucocitos +; en cuanto al sedimento urinario: glóbulos rojos en 139.92/uL, y glóbulos blancos en 640.20/uL).

Se realizó una TEM cerebral sin contraste, la cual evidenció signos tomográficos en relación a ACV isquémico subagudo fronto parieto temporal derecho, dependiente del territorio de la ACM derecha. Asimismo, se hizo un EKG con diagnóstico de fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada y una ecografía abdominal completa con diagnóstico de litiasis renal izquierda e hidronefrosis grado II. Debido a persistencia de cuadros febriles intermitentes con foco a determinar, se realizan exámenes de laboratorio seriado control a los siete días, los cuales revelaron glucosa basal de 221 mg/dL, urea de 211 mg/dL, PCR de 23.28, creatinina de 3.30 mg/dL, leucocitos de 13 380 xmm³, plaquetas de 42 000, abastados de 4%, segmentados en 88% y linfocitos en 6%.

Debido a la clínica destacable, pruebas de examen físico probables y exámenes ecográficos con resultados poco esclarecedores, se decide realizar una TEM de abdomen con contraste completo, con vistas a encontrar afección sacroiliaca con compromiso retroperitoneal; dichas imágenes evidenciaron a nivel de la articulación sacroiliaca una colección densa heterogénea con contenido aéreo asociado a erosión cortical que se extiende anteriormente a músculos psoas e iliacos y hacia posterior al músculo piramidal, así como signos

tomográficos en relación a artromielitis sacroiliaca con zonas de colección abscedada en músculo psoas iliaco y piramidal ipsilateral (figura 1). Se planteó el diagnóstico de absceso retroperitoneal, por lo cual se realizó una laparotomía exploratoria + drenaje de absceso +

dren mixto. En cuanto a los hallazgos operatorios, se menciona que a la apertura de la fascia de Todd se evidenció abombamiento de psoas derecho debido a líquido purulento de aproximadamente 100mL.

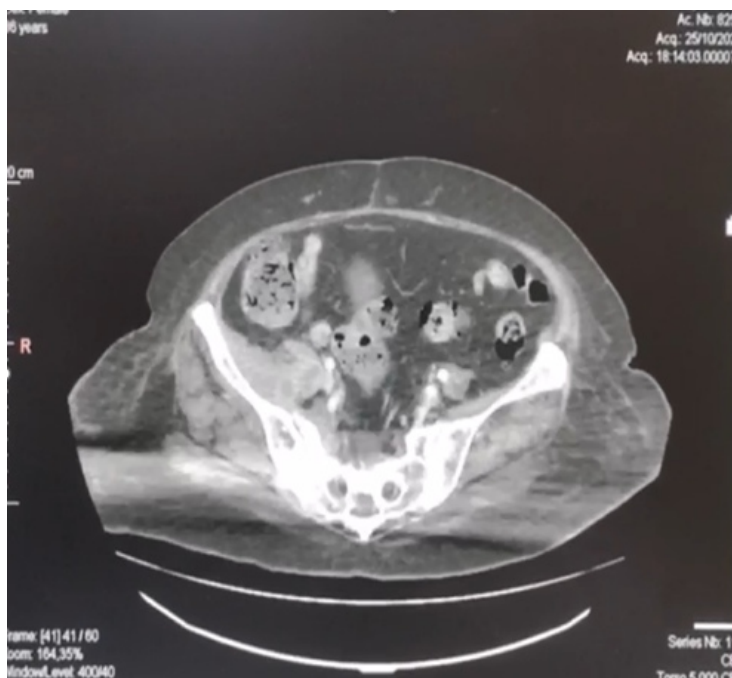


Figura 1. En la articulación sacroiliaca derecha se halla una colección densa heterogénea con contenido aéreo asociado a erosión cortical que se extiende anteriormente a músculos psoas e ilíacos y hacia posterior al músculo piramidal.

DISCUSIÓN

El SII es una enfermedad rara que se manifiesta con síntomas inespecíficos, lo que a menudo provoca un retraso en el diagnóstico. La presentación inicial puede indicar afecciones más comunes, como dolor de espalda, ciática, abscesos dentro o fuera de la pelvis, infección abdominal, cálculos renales o pielonefritis. La SII suele ser unilateral. Los síntomas típicos incluyen febrícula, dolor lumbar (ocurre hasta en el 100% de los pacientes), dolor en la cintura y parte posterior del muslo y dificultad para caminar del lado afectado. Sorprendentemente, más de la mitad de los casos notificados se diagnosticaron 10 días o más después de la aparición de los síntomas^(2,9).

El examen físico temprano reveló hallazgos específicos que incluyen sensibilidad en la región posterior del ASI y dolor causado por la compresión de la pelvis posterior, pero la palpación directa del ASI fue difícil, debido a su ubicación anatómica, lo que requirió un examen

provocativo para replicar el dolor y los síntomas: Gaenslen (flexión forzada de cadera contralateral e hiperextensión forzada de cadera ipsilateral con el paciente en decúbito supino) y una prueba FABERE positiva hasta en el 91,7% de los pacientes^(10,11). Estas pruebas han demostrado ser confiables con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (60%), para determinar el origen del dolor, pero no se realizan comúnmente en el entorno clínico actual, debido a un bajo índice de sospecha.

Berthelot y Laslett⁽¹²⁾ reportaron que, en el examen clínico de la ASI, ningún signo clínico podría indicar claramente el dolor, pero que la probabilidad de dolor articular o periarticular aumenta cuando tres de las cinco pruebas de provocación más confiables son positivas:

- 1) Maniobra de distracción de las alas ilíacas
- 2) Maniobra de compresión de las alas ilíacas



- 3) Compresión directa en el sacro
- 4) Prueba de Gaenslen
- 5) Prueba de Mennell (prueba de Gaenslen con el paciente en decúbito lateral)

Estas pruebas deben ser realizadas sobre una superficie dura, con la duración y fuerza suficientes para movilizar la articulación y reproducir el dolor. El riesgo de complicaciones, recurrencia y secuelas, como dolor crónico, aumenta con el retraso en el diagnóstico⁽¹³⁾. Aproximadamente, el 50% de los pacientes también pueden tener leucocitosis⁽¹⁴⁾, pero las pruebas de laboratorio más confiables son los marcadores de inflamación, incluidos VSG y PCR, y aunque estos marcadores son sensibles, no son específicos para el diagnóstico o el tratamiento⁽³⁾.

En la fisiopatología de la SII, la infección puede ser causada por diseminación hematogena de bacterias desde fuentes distantes del SIA, la circulación subcondral en el lado ilíaco de la articulación, donde terminan las arterias, puede servir como punto de entrada para los microorganismos y extenderse posteriormente a la articulación. Otras vías son a través de infección adyacente, ya sea muscular o intestinal, o por inoculación directa, como en la infiltración^(7,11). La TC se puede utilizar para el diagnóstico temprano, porque muestra cambios inflamatorios y una apariencia compatible con la SII. La resonancia magnética es la modalidad de imagen con mayor sensibilidad y especificidad (95% y 100%, respectivamente) y se considera la prueba de referencia confirmación de la SII.⁽¹¹⁾ La resonancia magnética combina una buena visualización de la compleja anatomía de la ASI con la capacidad de identificar diversos grados de inflamación y daño articular, como la presencia de derrames articulares y periarticulares, edema de la médula ósea, abscesos musculares, erosiones óseas y sequestro y capsulitis articular o ensanchamiento del espacio articular.

El edema de la médula ósea en la espondiloartritis sacroileítis se produce principalmente en la cadera, mientras que en la SII se produce principalmente en el sacro o se distribuye uniformemente⁽¹²⁾. En la resonancia magnética con contraste, se observa un aumento unilateral de la captación tres días después del inicio de los síntomas^(6,11-13). El diagnóstico microbiológico definitivo puede basarse en hemocultivos, toma de

muestras de líquido por punción percutánea guiada por radiografía o TAC o aseo quirúrgico. La aspiración de la ASI es técnicamente difícil, debido a su ubicación.

Bajo la guía radioscópica, se ubica una aguja de calibre suficiente para tomar una muestra de tejido y aspiración de la ASI, para enviarlas a estudio histopatológico, cultivos corrientes, y de tuberculosis⁽³⁾. El *S. Aureus* es el microorganismo aislado con más frecuencia, entre el 45% y el 83,3% de los casos, según distintos autores, seguido por *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Streptococcus* del grupo B, *Streptococcus pneumoniae*, Enterobacterias, como *Escherichia coli*, y especies de *Salmonella*, *mycobacterium catarrhalis*, *mycobacterium tuberculosis*, *haemophilus influenzae*, especies de *brucella*, y *pseudomona aeruginosa*^(2,17,27,28). Sin embargo, en el 27% al 40% de los casos, los cultivos son negativos⁽¹⁴⁾.

El retraso en el diagnóstico y/o tratamiento inadecuado de la SII puede llevar a consecuencias graves, tales como bacteriemia, shock séptico, osteomielitis o formación de abscesos^(13,14). En la actualidad, no existe un consenso sobre la duración del tratamiento antibiótico; la habitual es de 4 a 6 semanas, aunque algunos autores^(15,16) proponen de 4 a 8 semanas, y otros como Matt et al.¹⁷ reportaron que la ausencia de recaídas clínicas observada en su grupo de 18 pacientes, después de un seguimiento mínimo de 6 meses, sugiere que 6 a 12 semanas de tratamiento antibiótico son suficientes para obtener una cura. La elección del antibiótico se basa en el cultivo y el antibiograma.

La intervención quirúrgica se reserva para la falla del tratamiento conservador y la presencia de complicaciones como abscesos y osteomielitis^(18,19). El seguimiento de los pacientes es prolongado; la ausencia de los síntomas es el primer elemento a considerar, además de la normalización de los parámetros inflamatorios. En cuanto al seguimiento imagenológico, es importante tener en cuenta que el edema óseo persiste hasta veinte meses después de completado el tratamiento⁽²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La SII es una enfermedad rara, pero sus complicaciones pueden tener consecuencias graves y funcionales. Un alto índice de sospecha permite un diagnóstico precoz

y un rápido inicio del tratamiento. Aunque algunos diagnósticos requieren el aislamiento de microorganismos en hemocultivos o aspirados articulares, se considera que el cuadro clínico de un episodio agudo, afectación unilateral y dolor intenso en las nalgas, acompañado de fiebre respaldan el diagnóstico de SII. Los estudios de imágenes, especialmente la resonancia magnética, deben

realizarse lo antes posible para ayudar en el diagnóstico temprano. No existe consenso sobre la duración de la terapia con antibióticos, pero lo más apropiado es un ciclo de 4 a 6 semanas. La información actual se basa en reportes y series de casos, por lo que se necesitan estudios con muestras significativas para determinar el diagnóstico, la duración mínima del tratamiento y el seguimiento necesario para controlar esta condición.

Contribuciones de autoría: Todos los autores participaron en la conceptualización, investigación, metodología, recursos y redacción del borrador original.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de intereses: No se reportaron conflictos de interés en la elaboración del presente trabajo.

Recibido: 17 de Julio, 2023.

Aprobado: 27 de Octubre, 2023.

Correspondencia: Roger Antonio Sernaque Mecható.

Dirección: Av. Bolívar S/N Cdra. 8. Pueblo Libre. Perú.

Teléfono: 998 995 740

Correo electrónico: internistagg@gmail.com

REFERENCIAS

1. Diacinti D, Gioia C, Vullo F, Cannavale G, Catalano C, Valesini G. Magnetic resonance imaging findings of infectious sacroiliitis associated with iliopsoas abscess: a case report in a young male. *Reumatismo* 2018;70(04):264–267
2. Kucera T, Brtkova J, Sponek P, et al. Pyogenic sacroiliitis: diagnosis, management and clinical outcome. *Skeletal Radiol* 2015;44(01):63–71
3. Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, et al. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine* 2003;28(18):E384–E389
4. Vinceneux P, Rist S, Bosquet A. Arthrites septiques des sacroiliaques et de la symphyse pubienne. *Rev Rhum* 2006;73:177–182
5. Muche B, Bollow M, François RJ, Sieper J, Hamm B, Braun J. Anatomic structures involved in early- and late-stage sacroiliitis in spondylarthritis: a detailed analysis by contrast-enhanced magnetic resonance imaging. *Arthritis Rheum* 2003;48(05):1374–1384
6. Canella C, Schau B, Ribeiro E, Scaffi B, Marchiori E. MRI in seronegative spondyloarthritis: imaging features and differential diagnosis in the spine and sacroiliac joints. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200(01):149–157
7. Pertuiset É. Les autres causes de sacroiliites que les spondylarthropathies. *Rev Rhum* 2009;76:761–766
8. Osman AA, Govender S. Septic sacroiliitis. *Clin Orthop Relat Res* 1995;(313):214–219
9. Ghosh S, Narang H, Goel P, Kumar P, Soneja M, Biswas A. Atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess in two cases. *Drug Discov Ther* 2018;12(01):410
10. Barnes M, Bush C, Jones J. Pyogenic sacroiliitis: A rare complication of inflammatory bowel disease. *Am J Emerg Med* 2019;37(07):1395.e1–1395.e2. Doi: 10.1016/j.ajem.2019.04.017
1. Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. *Am Fam Physician* 2014;89(01):27–34
2. Berthelot J, Laslett M. Par quels signes cliniques s'assurer au mieux qu'une douleur est bien d'origine sacroiliaque. *Rev Rhum* 2009;76:741–749
3. Slobodin G, Rimar D, Boulman N, et al. Acute sacroiliitis. *Clin Rheumatol* 2016;35(04):851–856
4. Vyskocil JJ, McLroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1991;70(03):188–197
5. Hermet M, Minichiello E, Flipo RM, et al. Infectious sacroiliitis: a retrospective, multicentre study of 39 adults. *BMC Infect Dis* 2012;12:305
6. Bernard L, Dinh A, Ghout I, et al. Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group. Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385(9971):875–882
7. Scott KR, Rising KL, Conlon LW. Infectious sacroiliitis. *J Emerg Med* 2014;47(03):e83–e84
8. Cinar M, Sanal HT, Yilmaz S, et al. Radiological followup of the evolution of inflammatory process in sacroiliac joint with magnetic resonance imaging: a case with pyogenic sacroiliitis. *Case Rep Rheumatol* 2012;2012:509136
9. Sturzenbecher A, Braun J, Paris S, Biedermann T, Hamm B, Bollow M. RM de la arthrite séptica. *Skeletal Radiol* 2000;29:212–215
10. Shemer A, Eshed I, Levinkopf M. Septic Sacroiliitis: A Diagnostic Challenge for the Clinician. *Isr Med Assoc J* 2018;20(01):58–59