

<b>Caso</b>	(209) Sacroileítis séptica, una entidad que debemos conocer	
<b>Autores</b>		Cristina Casado Perez, Sergio Plaza Diaz ; Andrés Abellán Albert ; Javier Bernad Andreu ; Albert Domingo Senan ; Andrea Alcalá-galiano Rubio
<b>Centro</b>		Hospital Universitario 12 De Octubre

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 28 años natural de Senegal con importante barrera lingüística acude al servicio de urgencias refiriendo dolor lumbar de 3 días de evolución, de predominio nocturno, con intensidad progresiva que condiciona impotencia funcional importante con incapacidad para deambular, se acompaña de fiebre termometrada de 38°C.

Exploración física: dolor lumbar bajo importante a la movilización activa y pasiva, de predominio izquierdo y maniobras sacroilíacas positivas. El resto de la exploración físico no presentaba hallazgos relevantes.

Analítica: PCR 12, PCT 24, leucocitosis de 12.1000 (PMN 88%), y coagulopatía leve. Sin leucocituria significativa.

Pruebas de imagen:

- La primera prueba fue una TC abdominopélvico con CIV pero ante la ausencia de hallazgos concluyentes se ingresa al paciente en medicina interna.
- El día siguiente se completa estudio con entero-RM y RM de sacroilíacas observándose signos de capsulitis y sinovitis en articulación sacroilíaca izquierda junto con edema y pequeña colección en músculo iliaco, hallazgos sugestivos de sacroileítis séptica dado el contexto clínico y analítico del paciente.

En el hemocultivo se aísla *Aggregatibacter Segnis* y el paciente presenta buena respuesta al tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

## DISCUSIÓN

La sacroileítis séptica es una entidad infrecuente (1-2% de las artritis sépticas) cuyos principales factores de riesgo son enfermedad crónicas (diabetes tipo II, artritis reumatoide...), cirugías de recambio articular, consumo de drogas endovenosas, la existencia de otras infecciones, embarazo y traumatismos.

En la mayoría de casos es unilateral y en un 90% de los casos la infección llega por vía sanguínea, siendo el *Staphylococcus aureus* el microorganismo más frecuentemente aislado.

Su diagnóstico inicial es difícil y suele confundirse con otras entidades más frecuentes con clínica similar como ciática, espondilodiscitis o incluso con una espondiloartropatía.

El diagnóstico precoz es muy importante para no retrasar el inicio de la antibioterapia y evitar la aparición de complicaciones como sepsis, abscesos o cambios estructurales irreversibles en la articulación.

Aunque el diagnóstico de certeza se obtiene con el cultivo del líquido articular en muchos casos imágenes de RM y clínica compatibles sugieren el diagnóstico y la respuesta al tratamiento antibiótico lo confirma sin ser necesaria la punción articular.

Los hallazgos característicos en RM son:

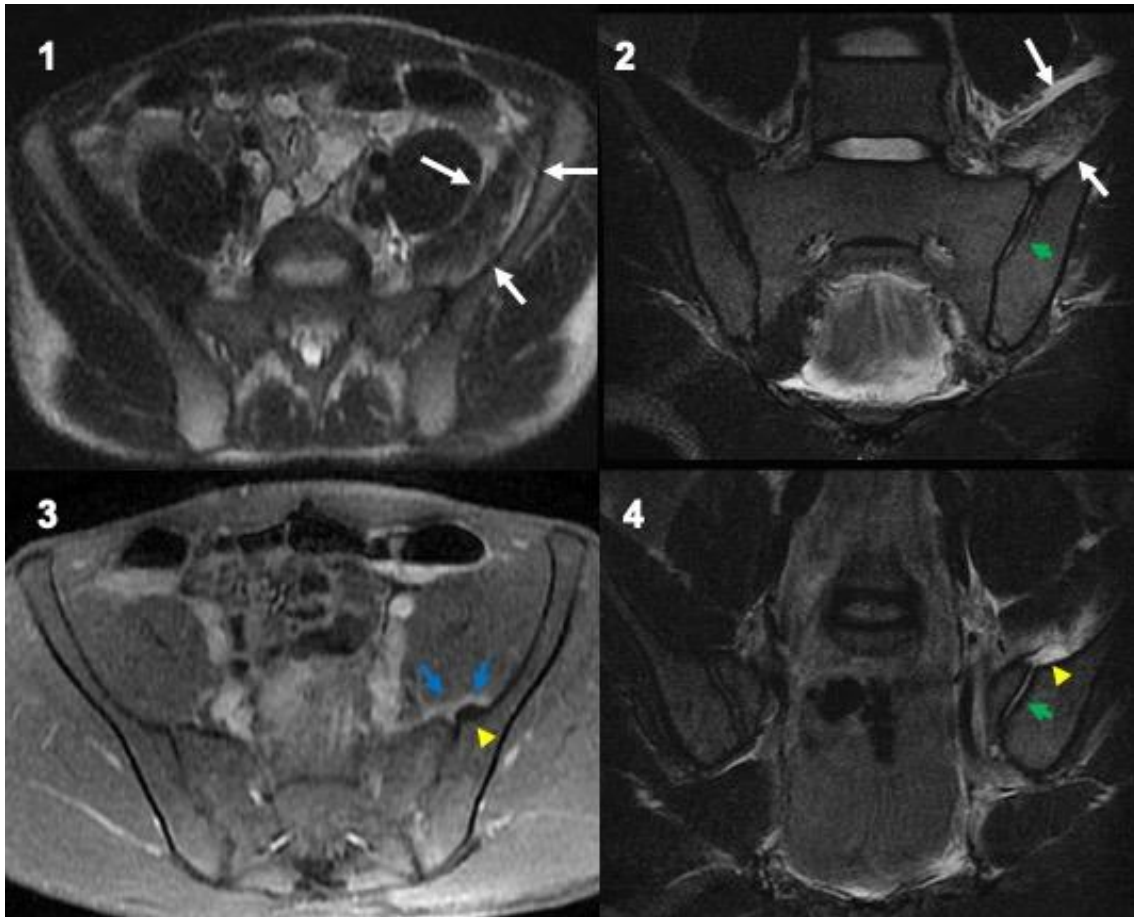
- Signos de inflamación aguda de la articulación: sinovitis, capsulitis y edema óseo.
- Erosiones corticales.
- Edema en la musculatura local/regional.
- Abscesos en partes blandas adyacentes.

El tratamiento inicial es con antibioterapia intravenosa, seguido de antibioterapia oral, la duración del tratamiento no está clara aunque como mínimo son necesarias 4 semanas de tratamiento intravenoso.

Para monitorizar la resolución hay que tener en cuenta que en la RM las anomalías persisten incluso meses después de la resolución de los síntomas clínicos y la mejora en los parámetros analíticos.

## **CONCLUSIÓN**

Nuestro caso es compatible con una sacroileítis séptica unilateral por *Aggregatibacter* *Segnis* con buena respuesta al tratamiento antibiótico. La sacroileítis séptica es una enfermedad que muchas veces pasa desapercibida, sin embargo, se puede sugerir el diagnóstico sin necesidad de punción articular sirviéndonos de las pruebas de imagen (siempre y cuando la clínica y la analítica sean compatibles). El inicio del tratamiento antibiótico precoz evita la aparición de complicaciones posteriores.



*Figura 1) Secuencia T2 SS de Entero-RM donde se observa edema en el músculo iliaco izquierdo (flechas blancas). Figura 2) Secuencia STIR de RM sacroiliacas, se observa edema del músculo iliaco izquierdo (flecha blanca) así como mínima sinovitis en articulación sacroiliaca izquierda (flecha verde). Figura 3) Secuencia con CIV de Entero-RM, se observa realce capsular de articulación sacroilica izquierda (flechas azules) y pequeña colección (punta de flecha amarilla). Figura 4) Secuencia STIR de RM sacroiliacas se observa la pequeña colección vista en figura anterior (punta de flecha amarilla) y la sinovitis de la articulación sacroiliaca izquierda (flecha verde).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Woytala, P. J., Sebastian, A., Blach, K., Silicki, J., & Wiland, P. (2018). Septic arthritis of the sacroiliac joint. *Reumatologia/Rheumatology*, 56(1), 55-58
2. Malhotra, A., Kalil, R., Jones, R., Schwartz, D., Qadeer, A. H., Huang, M., & Abdullah, R. (2017). Infectious Sacroiliitis: A Radiographic No Touch Lesion. *Journal of General Practice*, 05(05).
3. Kang, Y., Hong, S. H., Kim, J. Y., Yoo, H. J., Choi, J.-Y., Yi, M., & Kang, H. S. (2015). Unilateral Sacroiliitis: Differential Diagnosis Between Infectious Sacroiliitis and Spondyloarthritis Based on MRI Findings. *American Journal of Roentgenology*, 205(5), 1048-1055.
4. Sturzenbecher A (2000) MR imaging of septic sacroiliitis. *Skeletal Radiol* 29: 439-446