

Sacroileitis Piógena

Pedro Priego de Montiano*
Agustín Escorihuela Alegre*
Manuel Gomis Gavilán*
José María Pastor Gómez**

RESUMEN

La acción de las drogas por vía parenteral ha aumentado en los últimos años el número de artritis piógena en general y más concretamente la sacroileitis. Sin signos radiológicos evidentes la gammagrafía ósea permite evidenciar estas alteraciones si bien el diagnóstico se confirmará con la identificación del germen por hemocultivo o por punción-biopsia de la articulación.

SUMMARY

Pyogenic arthritis has an increasing presentation rate in recent years, and it could be related to the use of parenteral drugs. Before radiological signs are evident bone scintigraphy allows to make these lesions evident, diagnosis should anyway be confirmed with germen isolation from haemoculture or bioptic puncture of the joint.

INTRODUCCION

LA infección de la articulación sacroiliaca, excluyendo las formas tuberculosa y brucelar, representa aproximadamente el 5% de las osteoartritis sépticas (1,2). En los últimos años, el abuso de drogas por vía parenteral ha hecho que aumente el número de artritis piógenas en general y de sacroileitis en particular (3,4,5,6,7).

La gammagrafía ósea permite evidenciar una hiperfijación precoz en ausencia de signos radiológicos, aunque el diagnóstico deberá hacerse por identificación del germen responsable por hemocultivos o directamente por punción-biopsia de la articulación.

PATOGENIA

La articulación sacroiliaca está compuesta por superficies cartilaginosas yuxtapuestas de grosor que oscila entre 0,5 y 4 mm, y cuya capsula articular está recubierta por una membrana sinovial más abundante en su porción anterior (3).

La colonización de la articulación por un germen puede ocurrir por diseminación hematógena, diseminación desde un foco contiguo, o implantación directa por traumatismo o cirugía. La vía de infección más comúnmente aceptada es la hematógena, que

(*) *Capitán Médico del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Militar Central Gómez Ulla.*

(**) *Comandante Médico Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Militar Central Gómez Ulla. Febrero 1985.*



Figura 1. Sacroileitis piógena izquierda



Figura 2. Tomografía del caso anterior

supondría la presencia del germen en el lecho vascular de la membrana sinovial directamente desde un foco infectado distante o indirectamente desde una infección ósea adyacente. En ambos casos la infección de la membrana sinovial precede a la contaminación del líquido sinovial. Aunque la patogénesis precisa de la afección de estructuras articulares no es bien conocida, la aparición de depósito de fibrina en artritis sépticas puede ser importante. Los depósitos de fibrina adheridos a cartilago articular pueden interferir con la propia nutrición cartilaginosa desde el líquido sinovial e impedir la liberación de productos metabólicos desde el cartilago. La fibrina activa la quimiotaxis de los leucocitos quienes la fagocitan y liberan enzimas dentro del líquido sinovial acentuándose así el proceso inflamatorio intrarticular. Como la colagenasa parece ser importante en la patogénesis de destrucción cartilaginosa en la artritis reumatoide, se ha sugerido también la implicación de ésta enzima en la condrolisis de la artritis infecciosa. Algunos autores han sugerido un mecanismo inmune en la producción de éstas sacroilitis (8).

CLINICA

Existen dos formas clínicas distintas de sacroilitis infecciosas (1, 9): 1) subaguda, de debut progresivo, con poca o nula fiebre e impotencia funcional moderada y 2) aguda (que representa el 70% de las sacroilitis recogidas en la literatura), con inicio brusco de la sintomatología, hiperalgia, evidentes signos de infección e impotencia marcada.

La edad de presentación oscila alrededor de los 30 años, sin que parezca existir, en series largas, predominio por un sexo determinado (1,3,4). Cuando ha podido demostrarse, la puerta de entrada ginecológica es la recogida en un mayor número de ocasiones, seguida por la cutánea y otorrinolaringológica (1,2). El dolor unilateral, a veces incapacitante, más frecuentemente referido a nalgas que a cadera, que aparece ya a la movilización pasiva de la articulación, es el dato constante recogido de éstos pacientes (1,2,3,4,7,9), siendo excepcional la bilateralidad. La fiebre, que se presenta en el 80% de las formas agudas suele ser elevada, siendo bastante inconstante y poco intensa en las subagudas (1,2,3,9).

La elevación pasiva de la pierna en extensión puede estar limitada en el lado afecto por distensión de las raíces nerviosas sacras inflamadas cuando pasan a lo largo de la parte anterior de la articulación sacroiliaca, lo

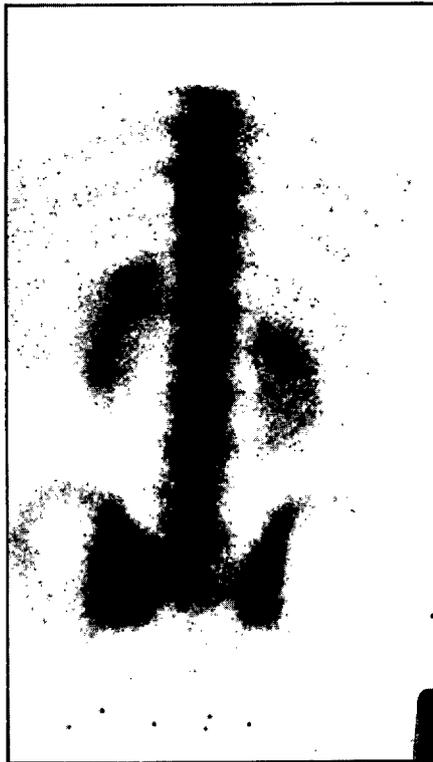


Figura 3. Hipercaptación de pirofosfato de teneo 99^m, especialmente por articulación sacroiliaca izquierda, en un paciente afecto de sacroilitis piógena.



Figura 4. Sacroilitis derecha vista en CT

que puede hacernos pensar erróneamente en patología discal. De igual manera, la relación de sacroiliacas con retroperitoneo, fosas iliacas y estructuras pélvicas, puede simular cuadros diversos que nos obliga a realizar un amplio diagnóstico diferencial en el que siempre debería incluirse la enfermedad de la articulación sacroiliaca, cuya exploración es frecuentemente omitida (3,10,11,12).

Las maniobras exploratorias deben ir encaminadas a provocar el dolor al presionar o movilizar la articulación. La mayoría de los pacientes tienen una hiperalgia a la palpación, en decúbito prono de la articulación sacroiliaca. Entre las maniobras que distienden específicamente ésta articulación están:

— Maniobra de Mennell en decúbito prono. Con una mano apoyada sobre la nalga contraria para fijar la pelvis, se hiperextiende con la otra mano el muslo teniendo la rodilla flexionada 90 grados.

— Maniobra de Gaenslen. Se realiza colocando al paciente en decúbito lateral y flexionando al máximo rodilla y cadera que están sobre la camilla e hiperextendiendo la extremidad inferior contraria.

— Intentos manuales de aproximación y separación, en decúbito supino de espinas iliacas anterosuperiores.

También deberá realizarse tacto rectal que despertará un intenso dolor en la sacroilitis al palpar el lado afecto.

LABORATORIO

La elevación de la VSG es común (1,4,7), mientras que la leucocitosis con desviación izquierda es variable, apareciendo en aproximadamente en el 50% de los casos (1,3,4,5). El antígeno HLA B-27 no guarda relación con ésta localización del proceso infeccioso (5,6).

Cuando clínica o radiológicamente se sospeche una sacroilitis infecciosa, el diagnóstico debe establecerse por aislamiento del germen patógeno en sangre o en el aspirado articular o, si los cultivos son negativos, por respuesta a los antibióticos. En los casos en que se realizó toma directa en el seno de la articulación, la biopsia con anestesia general y radioscopia dió resultados positivos con mayor frecuencia que si la toma fue por punción simple con aguja o punción-biopsia simple (1,13,14,15,16,17,18).

El germen aislado en más del 50% de los casos ha sido el estafilococo seguido del estreptococo y enterobacterias. El aislamiento de bacterias gramnegativas es especialmente común en la artritis piógena de los drogadic-tos (1,2,4,5,7,9,14,19).

RADIOLOGIA

Los primeros signos radiológicos, en la artritis piógena, generalmente aparecen dos o tres semanas después de iniciada la sintomatología, y consisten en la afectación unilateral de la sacroiliaca con borramiento de la línea ósea subcondral y ensanchamiento, posteriormente estrechamiento del espacio interóseo (20). Aunque éstas dos alteraciones frecuentemente coexisten, su tiempo de aparición está relacionado con la localización inicial de la lesión osteoarticular: Si la osteomielitis precede a la artritis, la anomalía ósea puede anteceder a los cambios del espacio interóseo; pero si la articulación es la afectada inicialmente, las alteraciones del cartilago y hueso pueden coexistir. En ambas situaciones, todos estos signos son más evidentes en la porción inferoanterior de la articulación donde faltan los ligamentos. El progreso de la enfermedad se acompaña de erosiones de los bordes de la articulación en un 50% y de geodas en un 10%. La condensación de los bordes de la sacroiliaca, signo tardío, es variable en incidencia y grado, y está influida por el tipo y virulencia del microorganismo infectante. En un última fase puede encontrarse una fusión ósea intrarticular,

con formación de puentes interóseos y desaparición de la esclerosis ósea.

La tomografía nos puede ayudar a precisar imágenes dudosas (1,8), pero la rentabilidad de los otros métodos diagnósticos que vamos a comentar hacen innecesaria la prueba.

OTROS METODOS DIAGNOSTICOS

La gammagrafía con citrato de Galio⁶⁷ y/o pirofosfato de Tecnecio^{99m} es de gran ayuda sobre todo en los primeros días que siguen al inicio de la sintomatología, en los cuales la radiología suele ser negativa. La captación unilateral de isótopos en la articulación sacroiliaca indica infección mientras no se demuestre lo contrario (1). Aunque para algunos autores (3) la utilización de uno u otro marcador no influiría en la rentabilidad diagnóstica de la prueba, la utilización de citrato de Galio⁶⁷, al ir además vehiculado por los macrófagos tiene la ventaja teórica de identificar, además de la infección, la formación de abscesos (21,22).

La tomografía computarizada ha sido introducida en la evaluación de los pacientes con sospecha de infección de la articulación sacroiliaca (23).

TRATAMIENTO

Ya que los antibióticos difunden bien a hueso y articulación, el tratamiento de la sacroileitis infecciosa debe ser fundamentalmente médico, iniciándolo lo más pronto posible y manteniéndolo un mínimo de cuatro semanas, siendo la duración media de seis semanas, para evitar la posibilidad de una osteomielitis periarticular. El antibiótico de elección será el adecuado según el germen responsable. La inmovilización de la articulación, basta con la permanencia en cama, es fundamental hasta la evidencia de curación clínica y biológica (3,9,24).

La fiebre y escalofríos desaparecen en unas 48 horas, pero la intensidad del dolor disminuye lentamente aproximadamente en dos semanas (1,3,11). Con éste tratamiento la evolución suele ser a la curación sin secuelas. Únicamente en un pequeño porcentaje se produce anquilosis articular que no va a repercutir en dinámica del sujeto (1,3,5,9,25).

El tratamiento quirúrgico se reserva en la actualidad para los casos de abscesos disecantes por rotura de la cápsula articular, secuestros por osteomielitis, cuando fracasa la terapia con antibióticos o como método diagnóstico (1,3,9).■

BIBLIOGRAFIA

1. FELDMANN, JL.; MENKES, CJ.; WEILL, B.; DELRIEU, F.; DELBARRE, F.: Les sacro-illites infectieuses. Etude multicentrique sur 214 observations; Rev Rhum. 48:83-91., 1981.
2. DEWSHAYES, P.; SIMININ, JL.; SOLNICA, J.; LE LOET, X.; OUVRY, D.; LBOUDER, F.: Sacro-coxites a germes banals. Sem Hop Paris. 52:21-31-2137, 1976.
3. GORDON, G.; KABINS, SA.: Pyogenic sacroillitis. Am J. Med. 69:50-56, 1980.
4. CARDELLAC, F.; AGUSTI, A. Jr.; INGELMO, M.; COCA, A.; ROTES, J.; MIRO, JM.; MORENO, A.; BALCELLS, A.: Sacroillitis piógena: Presentación de siete casos. Med Clin (Barc.). 80:438-442, 1983.
5. ICZKOVITZ, JM.; LEEK, JC.; ROBBINS, DL.: Pyogenic sacro-illitis. J. Rheumatol. 8:157-160, 1981.
6. LEWKONIA, RM.; KINSELLA, TD.: Pyogenic sacro-illitis. Diagnosis and significance. J. Rheumatol. 8:153-156, 1981.
7. COLLAZOS GONZALES, J.; AGUADO GARCIA, JM.; GOMEZ HUELIGAS, R.; DE VILLALOBOS MARTINEZ, E.; FERNANDEZ YRUEGAS, D.; FERNANDEZ YRUEGAS, D.; FERNANDEZ GUERRERO, ML.: Sacroileitis por Staphylococcus aureus. Rev Clin Esp 171:429-431, 1983.
8. RESNICK, D.; NIWAYAMA, G.: Diagnosis of bone and joint disorders. Págs. 2042-2237. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1981.
9. DELBARRE, F.; RONDIER, J.; DELRIEU, F.; EVRARD, J.; CAYLA, J.; MENKES, CJ.; AMOR, D.: Pyogenic infection of the sacro-iliac joint. J. Bone Joint Surg. 57 (A): 819-825, 1975.
10. ROUBERGUE, A.; BEAUVAIS, P.: Arthritis aigues sacro-iliaques a pyogenes de l'engant. Sem Hop Paris. 5:2541-2545, 1982.
11. COY, JT.; WOLF, CR.; BROWER, TD.; WINTER, WG.: Pyogenic arthritis of the sacro-iliac joint. J. Bone Joint Surg. 58:845-849, 1976.
12. ANONIMO: The sacro-iliac joint and backache. Lancet. 2 (8365-66): 1468-1469, 1983.
13. ROTES QUEROL, J.; SABATE ALMARZA, C.: Una vía fácil para la biopsia de la articulación sacroiliaca: La biopsia en librito. Rev Esp Reumatol 9:68-71, 1982.
14. SOLANS, P.; ARASS, J.; ROIG ESCOFET, D.; GUDIOL, F.: Sacroillitis estafilocócica. A propósito de tres observaciones. Rev Esp Reumatol. 6:90-96, 1979.
15. VINCENEUX, PH.; GROSSIN, M.; PIERRE, J.: Diagnostic bacteriologique des sacro-illites infectieuses par ponction percutanée au trocart. Nou Presse Med. 9:2253-2254, 1980.
16. VINCENEUX, PH.; LASSERRE, PP.; GROSSIN, M.: Technique de ponction-biopsie percutanée aun trocart de l'articulation sacro-iliaque pour le diagnostic bactériologique et histologique des sacro-illites. Rev Rhum. 48:93-94, 1981.
17. CHEVROT, A.; GODEFROY, D.; HORREARD, P.; PALLARDY, G.: Biopsie osseuse profonde au trocart sous radioscopie télévisée dans les arthrites sacroiliaques. Rev Rhum. 48:95-99, 1981.
18. MISKEW, DB.; BLOCK, RA.; WITT, PF.: Aspiration of Infected Sacro-iliac Joints. J. Bone Joint Surg. 61:1071-1072, 1979.
19. GONZALEZ, L.; COCA, A.; ROTES, J.; GONZALEZ, MA.; INGELMO M.; BALCELLS, A.: Sacroillitis estafilocócica bilateral diagnosticada mediante punción simple con aguja. Med Clin (Barc.). 79:385-386, 1982.
20. FORRESTER, DM.; HOLLINGSWORTH, PN.; DAWKINS, RL.: Difficulties in the Radiographic Diagnosis of Sacroillitis. Clinics Rheum Dis. 9:323-332, 1983.
21. FORRESTER, DM.; HENSEL, AL.; BROWN, JC.: The Use of Gallium-67 Citrate to Distinguish between Infectious and Non-Infectious Arthritis. Clinics Rheum Dis. 9:333-345, 1983.
22. KINGSTON, S.: The Role of Technetium and Gallium Imaging in Musculoskeletal Disorders. Clinics Theum Dis. 9:347-385, 1983.
23. CARRERA, GF.: Computed Tomography in Sacroillitis. Clinics Rheum Dis. 9:403-415, 1983.
24. SCHAAD, UB.; McCRACKEN, GH.; NELSON, JD.: Pyogenic Arthritis of the Sacroiliac Joint in Pediatric Patients. Pediatrics. 66:375-379, 1980.
25. SICARD, JL.; DELEPINE, G.; BONNARDOT, JP.; FLABEAU, F.: Les sacrocoxites infectieuses a germes banals de l'adulte. A propos de deux observations. Sem Hop Paris. 52:2301-2304, 1976.