

Sacroileítis aguda en el niño. A propósito de una observación

B. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M. GARCÍA FERNÁNDEZ, A. CARBAYO, E. VILLENA Y A. GRANDE

RESUMEN: Se presenta un caso de sacroileítis aguda en una niña de once años de edad, con clínica florida. La radiología fue positiva desde el inicio de la sintomatología y la gammagrafía ósea confirmó el diagnóstico. El tratamiento antibiótico mantenido durante tres semanas, consiguió una normalización clínica y funcional completa de la extremidad afectada. Se revisan aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta rara localización de las artritis purulentas en la edad pediátrica. PALABRAS CLAVE: SACROILEÍTIS AGUDA BACTERIANA. ARTRITIS PURULENTE DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA.

ACUTE BACTERIAL SACROILIITIS IN CHILDREN. APROPOS OF A CASE (SUMMARY): A case of an acute bacterial sacroiliitis in an 11 year-old girl with profuse clinic is presented. Radiology was positive from the beginning of the symptomatology and bone gammagraphy confirmed the diagnostic. Medical treatment with antibiotics maintained for 3 weeks obtained a complete functional and clinical normalization of the affected extremity. The clinical, diagnostic and therapeutical aspects of this uncommon location of the suppurating arthritis in a pediatric age are revissed. KEY WORDS: ACUTE BACTERIAL SACROILIITIS. SUPPURATING ARTHRITIS OF SACROILIAC JOINT.

INTRODUCCIÓN

La infección purulenta de la articulación sacroilíaca en la infancia afecta, principalmente, a niños de 7 a 14 años de edad siendo más frecuente en varones. Representa aproximadamente el 1,5% de las artritis supuradas del niño, siendo por tanto una localización muy poco frecuente, lo que puede conducir a errores diagnósticos y terapéuticos (1).

El comienzo es agudo en un tercio de los pacientes y lentamente progresivo en los dos tercios restantes. En muy pocas ocasiones se encuentran antecedentes de traumatismos previos.

Dado que la artritis reumatoide juvenil, el síndrome de Reiter, las enfermedades inflamatorias crónicas intestinales tipo colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, el psoriasis y la fiebre mediterránea familiar (2), pueden asociarse con afección de la articulación sacroilíaca en la infancia, se debe intentar establecer la etiología específica.

Como en el resto de las artritis sépticas, tiene una extraordinaria importancia el diagnóstico y tratamiento oportunos para que el pronóstico sea satisfactorio. Con tratamiento adecuado el pronóstico de las sacroileítis en los pacientes pediá-

* Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca

tricos es excelente a pesar de que las alteraciones radiológicas persistan en la mayoría de los casos.

CASO CLÍNICO

Niña de 11 años de edad sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de alergia a pólenes de gramíneas, que ingresa de urgencia por presentar proceso de 24 horas de evolución que se caracteriza por fiebre elevada, dolor en la región glútea izquierda que le dificulta la marcha provocándole claudicación de dicha extremidad, y que se

El resto de la exploración física no evidencia hallazgos anormales.

Exámenes complementarios: leucocitos: 15.400 (58% granulocitos) VSG: 50mm/h; ASLO 88 UI/L; PCR 1,02 mg/dl; Factor reumatoideo (-). Mantoux: 2U PPD (-). Seroaglutinaciones a tiphy y brucella (-). Bacteriología: urinocultivo, hemocultivos, frotis faríngeo y vaginal (-). HLA B27 (-). Ecografía abdominal: normal. Radiografía de pelvis (Fig 1): se aprecia borramiento de la interlínea articular a nivel de la articulación sacroilíaca izquierda. Gammagrafía ósea

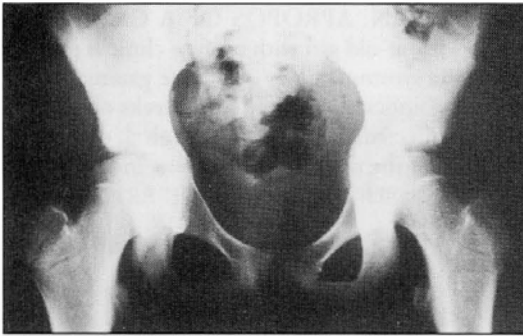


FIG. 1. Radiografía de pelvis en la que se aprecia borramiento de la interlínea articular de la articulación sacroilíaca izquierda

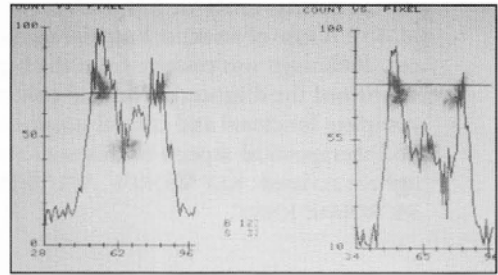


FIG. 2. Gammagrafía ósea que muestra aumento de la captación del radioisótopo en la articulación sacroilíaca izquierda

acompaña de afectación del estado general. No se refieren antecedentes traumáticos, ni procesos infecciosos recientes.

A la exploración física, existe afectación moderada del estado general, fiebre elevada y dolor referido a región glútea izquierda con impotencia funcional y claudicación en la marcha de dicha extremidad. La movilidad pasiva de cadera no es dolorosa y adopta en reposo actitud de extremidad inferior en extensión, siendo muy dolorosa la maniobra de FABERE.



FIG. 3. Radiografía de pelvis tres meses después del alta. Persiste el borramiento de la interlínea articular de la articulación sacroilíaca izquierda

(Fig 2): se aprecia aumento de captación del radioisótopo en la articulación afectada.

Se instauró tratamiento antibiótico con cefotaxima por vía intravenosa y se mantuvo durante 12 días para pasar después a tratamiento oral con cefadroxilo hasta completar tres semanas.

La evolución fue satisfactoria cediendo la fiebre a las 24 horas de instaurar la medicación. Los signos clínicos y datos analíticos fueron progresivamente normalizándose y tres meses después del alta, en ausencia de sintomatología clínica y con analítica normal, persistían las alteraciones radiológicas (Fig 3) siendo normal la gammagrafía.

DISCUSIÓN

La artritis purulenta de la articulación sacroilíaca es una infección que se produce principalmente en la infancia tardía, con ligero predominio (2 a 1) en varones. La articulación izquierda se afecta más frecuentemente que la derecha y no se han observado afecciones bilaterales. Los traumatismos de la pelvis y las infecciones cutáneas se citan entre los antecedentes aunque en muy raras ocasiones (1).

El comienzo de la enfermedad es agudo sólo en un tercio de los casos y el síntoma principal es el dolor referido generalmente a la nalga. Se acompaña de claudicación y signos de afectación general, propios de la infección bacteriana, aunque en un 15% de casos la fiebre puede faltar.

El dolor en la nalga es bastante característico haciendo adoptar al niño una postura antiálgica con la cadera en extensión al contrario que en las afecciones de la articulación coxo-femoral en que se aprecia contractura en flexión y abducción.

A la exploración física se observa una acusada sensibilidad dolorosa en la cara posterior de la articulación sacroilíaca así

como dolor al tacto rectal, a la palpación profunda del abdomen inferior, y en el miembro inferior siguiendo la distribución del ciático.

La tensión dolorosa de la articulación sacroilíaca provocada por la compresión pélvica es la causante de la sintomatología clínica referida pudiéndose poner de manifiesto por la maniobra de FABERE (acrónimo de Flexión, Abducción, Extensión y Rotación Externa): colocando al enfermo en decúbito supino, al poner el maléolo externo del lado afecto sobre la rodilla opuesta, la flexión, abducción y rotación externa de la cadera provocará dolor en una articulación sacroilíaca inflamada.

El diagnóstico inicialmente considerado en la mayoría de los niños con estos síntomas suele ser: infección de la articulación de la cadera, osteomielitis de los huesos de pelvis o fémur, neoplasias, sinovitis inespecífica, discitis e infecciones o abscesos intra o retroperitoneales. Aunque una adecuada exploración física pudiera prácticamente excluir algunos de los procesos anteriormente citados, la normalidad radiológica en las fases iniciales, y lo poco específico de las alteraciones analíticas hacen que no sea extraño el retraso en el diagnóstico correcto de la afección (3,8 semanas por término medio en los que no se practica gammagrafía, y 1,7 si ésta se realiza).

La artritis crónica juvenil (ACJ), espondilitis anquilosante, el síndrome de Reiter, el psoriasis, la brucelosis, las enteropatías inflamatorias crónicas y la fiebre mediterránea familiar, pueden asociarse con afectación de la articulación sacroilíaca en la infancia por lo que debe establecerse con ellas diagnóstico diferencial (2 y 3).

Los hallazgos de laboratorio suelen ser inespecíficos. La leucocitosis que suele ser moderada se acompaña de aumento de la VSG y de los otros reactantes de la

fase aguda de la inflamación como la PCR.

Como la sacroileítis está íntimamente relacionada con la presencia de antígeno HLA-B27 en la mayoría de las artropatías de las enfermedades anteriormente citadas, es conveniente su determinación en estos enfermos (2, 3, 4 y 5) aunque, al igual que en la fiebre mediterránea familiar que cursa con sacroileítis, suele ser negativo.

La bacteriología establece la etiología bacteriana de la enfermedad.

No obstante el hemocultivo sólo es positivo en un porcentaje muy bajo de casos y como la aspiración articular no siempre se realiza, bien por la dificultad de acceso o bien porque la sospecha clínica tras realizar la gammagrafía hace que se inicie tratamiento antibiótico dirigido al estafilococo aureus, sólo un tercio de los pacientes suelen tener confirmación bacteriológica de la afección.

La radiología en los momentos iniciales del proceso es normal en más del 75% de los pacientes. A las dos semanas de evolución (antes en nuestro caso) ya se observan signos de esclerosis, destrucción lítica y sinóstosis con borramiento de la interlínea articular.

La gammagrafía ósea con Tc-99 es la prueba diagnóstica más aceptada en la detección precoz de enfermedades específicas como osteomielitis, fracturas ocultas, metástasis óseas, artritis sépticas o sacroileítis (6). Es una exploración muy sensible ya que puede detectar y localizar precozmente (hasta a los dos días del comienzo de los síntomas) un proceso patológico en el curso de la enfermedad (7 y 8). Se recomienda su realización precoz para la evaluación de los niños con dolor óseo o articular no aclarado (9). En la revisión de Ter

Meulen y cols, (6), de 367 niños estudiados con dolor óseo de causa desconocida, la gammagrafía ósea establece el diagnóstico en el 36,4% (Tabla I). De los 227 casos en que la gammagrafía es normal sólo en 23 se diagnostica a posteriori una ACJ, desapareciendo espontáneamente la sintomatología en el resto. Por tanto, en pacientes con dolor óseo o articular impreciso, si la gammagrafía es normal puede excluirse una enfermedad ósea importante con un alto grado de certidumbre, excepción hecha de la ACJ.

La Tomografía Computerizada puede poner de manifiesto, ensanchamiento articular, presencia de gas interóseo o intramedular y tumefacción o abscesos. Para algunos sería una indicación absoluta para el diagnóstico de sacroileítis purulenta (10).

El tratamiento inicial consiste fundamentalmente en la evacuación del pus si lo hay, y en la utilización de antibióticos según los resultados bacteriológicos. Si los cultivos fueran negativos se recomienda terapéutica dirigida a Estafilococos por ser el germen hallado en más del 90% de los casos. Debería hacerse tratamiento inicialmente por vía intravenosa los primeros 7 a 14 días y posteriormente por vía oral otras dos semanas aunque para algunos el tratamiento antibiótico por vía oral controlado cuidadosamente puede ser tan eficaz como el realizado por vía parenteral en las infecciones óseas de los niños (11 y 12). La respuesta al tratamiento es en general excelente a pesar de que persistan las alteraciones radiológicas durante tiempo. Incluso la anquilosis postinfecciosa de la articulación sacroilíaca es compatible con una completa actividad (12).

TABLA I. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS FINALES EN 367 NIÑOS CON DOLOR ÓSEO DE ORIGEN DESCONOCIDO TRAS REALIZAR GAMMAGRAFÍA ÓSEA (TER MEULEN Y COLS)

	nº de casos	% del total
A- TRAUMATISMOS	43	11,7
Fracturas	25	
Espondilólisis	5	
Distrofia simpática refleja	8	
Sinovitis postraumática	3	
Condrólisis	2	
B- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	73	19,6
Osteomielitis	31	
Artritis séptica	8	
Sacroileítis	5	
A.C.J.	14	
Otras artritis	8	
C- NEOPLASIAS	19	5,1
Leucemia	10	
Neuroblastoma metastásico	2	
Rabdomiosarcoma metastásico	3	
Histiocitosis X	1	
Linfoma de Burkitt	1	
Osteoma ostoide	2	
D- MISCELÁNEA	5	1,4
Enfermedad de Legg-Perthes	5	
E- NORMALES	227	61,8
Desaparición espontánea de síntomas	187	
Tratados como sinovitis	17	
Diagnósticados posteriormente de ACJ	23	

BIBLIOGRAFÍA

- SCHAAD, U.B.; MCCracken, and NELSON, J.D.: *Piogenic Arthritis of the Sacroiliac Joint in pediatric patients*. Pediatrics 1980; 66:375
- MILLS, D.M.; ARAI, Y.; GUPTA, R.C.: *HL-A antigens and sacroileitis*. JAMA 1975; 231:268-270
- LEHMAN, T.J.A.; HANSON, V.; KORNFRICH, H.; PETERS, R.S.; SCHWABE, A.D.: *HLA-B27-negative sacroileitis: A manifestation of familial Mediterranean fever in childhood*. Pediatrics 1978; 61:423-426
- SCHALLER, J.G.: *Artritis e infecciones óseas y articulares en niños*. Clin Ped N 1977; 775-791
- BREWERTON, D.A.: *HLA B27 and the inheritance of susceptibility to rheumatic disease*. Arthritis Rheum 1976; 19:656-659
- TER MEULEN, D.C. and MJAD, M.: *Bone Scintigraphy in the evaluation of children with*

- obscure skeletal pain*. Pediatrics 1987; 79:587-590
7. GILDAY, D.L.; ENG, B.; PAUL, D.J.: *Diagnosis of osteomyelitis in children by combined blood pool and bone imaging*. Radiology 1975; 117:331
 8. PARK, H.M.; ROTHSCHILD, P.A.; KERNEK, C.B.: *Scintigraphic evaluation of extremity pain in children: it's efficacy and pitfalls*. AJR 1985; 145:179-183
 9. HOLDER, L.E.: *Radionuclide bone imaging in the evaluation of bone pain*. J Bone Joint Surg 1982; 64-A:1391-1396
 10. ROSENBERG, D.; BASKIES, A.M.; DECKERS, P.J.; LEITER, B.E.; ORDIA, J.I.; YABLOND, I.G.: *Pyogenic Sacroiliitis. An absolute indication for Computerized Tomographic Scanning*. Clinical Orthopaedics and Related Research. 1984; 184:128-132
 11. KOLYVAS, E.; AHRONHEIM, G.; MARKS, M.I.; GLEDHILL, R.; OWEN, H. y ROSENTHALL, L.: *Tratamiento antibiótico de las infecciones óseas en los niños*. Pediatrics (ed esp) 1980; 9:323-327
 12. DE LA TORRE, J.A.; NAVARRO, J.: *Sacroileitis aguda en el niño. A propósito de un caso*. Acta Ped Esp 1983; 41:337-341

Petición de Separatas:

ANTONIO GRANDE BENITO
C/ Cuesta de Sancti-Spíritus 6-8, 5º B
37001 SALAMANCA