

Sacroileítis tuberculosa

Reporte de un caso y revisión bibliográfica

MICAELA BESSE, RICARDO DENARI, JOSÉ ROSADO, ANIBAL SAROTTO

*Servicio de Ortopedia y Traumatología, Unidad de Columna,
Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand", Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Recibido el 16-4-2016. Aceptado luego de la evaluación el 16-8-2016 • Dra. MICAELA BESSE • m.besse@hotmail.com.ar

RESUMEN

La tuberculosis es una de las principales causas infecciosas de muerte en el mundo, pese a que existe un tratamiento específico. La sacroileítis representa el 10% de la afectación ósea en la tuberculosis y sigue siendo una entidad de difícil diagnóstico y de tratamiento controvertido. Presentamos el caso de una mujer de 40 años, que comienza con dolor lumbar bajo, asociado a tumoración y fiebre. Luego de una demora inicial se llega al diagnóstico por punción biopsia. Recibe tratamiento médico. El conocimiento de esta enfermedad facilitará el diagnóstico temprano y su tratamiento. Se discuten la presentación clínica, los métodos auxiliares de diagnóstico y el tratamiento, y se presenta una revisión bibliográfica de la enfermedad.

Palabras clave: Sacroileítis; tuberculosis; tratamiento.

Nivel de Evidencia: IV

SACROILIAC JOINT TUBERCULOSIS. CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

Tuberculosis is a worldwide known cause of death, even nowadays with specific treatment. Tuberculosis of the sacroiliac joint represents 10% of bone involvement in this disease; diagnosis still remains a challenge, and treatment is controversial. We present a 40-year-old woman with lower back pain, fever and a lower back mass. After an initial delay, diagnosis of tuberculosis of the sacroiliac joint was established by fine-needle aspiration of the joint. Awareness of this particular presentation will facilitate early diagnosis and treatment. Clinical presentation, diagnostic methods and treatment are discussed, and a bibliographic review of this entity is made.

Key words: Sacroiliac joint infection; tuberculosis; treatment.

Level of Evidence: IV

Introducción

La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas infecciosas de muerte en el mundo, a pesar de que existe un tratamiento específico. Afecta a casi un tercio de

la población mundial, principalmente, de los países subdesarrollados.

Se ha comunicado un compromiso óseo del 3-5% en pacientes con tuberculosis. Un 10% del compromiso en el sistema esquelético corresponde a la articulación sacroilíaca.^{1,2}

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

La forma de presentación de la tuberculosis sacroilíaca es disímil, con síntomas inespecíficos, como dolor lumbar, dolor glúteo o cojera, lo que retrasa el diagnóstico. No siempre los pacientes tienen fiebre o compromiso pulmonar. Puede asociarse a un absceso del músculo psoas.¹⁻⁴

La resonancia magnética es el estudio complementario de elección para el diagnóstico temprano. La evolución natural de la enfermedad culmina con la anquilosis de esa articulación.⁴

Los factores de riesgo incluyen adicción a drogas endovenosas, inmunosupresión, embarazo, trauma o infección en otro sitio del cuerpo.^{5,6}

Si bien las imágenes son sugestivas, se requiere una punción para el diagnóstico definitivo; el diagnóstico se confirma con cultivos positivos para *M. tuberculosis*.

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso, discutir la presentación clínica y realizar una revisión bibliográfica.

Caso clínico

En septiembre de 2013, una mujer de 40 años de edad, de nacionalidad boliviana (reside hace 10 años, en la Argentina), consulta en el Departamento de Urgencias de nuestra institución, por tumoración de 20 x 15 cm en la zona lumbosacra, duroelástica, con eritema, asociada a dolor en reposo y al deambular, con una intensidad 9/10 en la escala analógica visual, síndrome febril y pérdida de peso de un año de evolución. Al ingresar no tiene síntomas radiculares ni signos de déficit neurológico.

En el Departamento de Urgencias, es evaluada por médicos de los Servicios de Clínica Médica y Cirugía General, quienes toman radiografías y realizan una punción para cultivo. La paciente continúa con seguimiento ambulatorio (Figura 1). En el cultivo, se desarrolla *M. tuberculosis* sensible a rifampicina e isoniazida, por lo que se le administra tratamiento antibiótico específico (isoniazida y rifampicina) en noviembre de 2013.



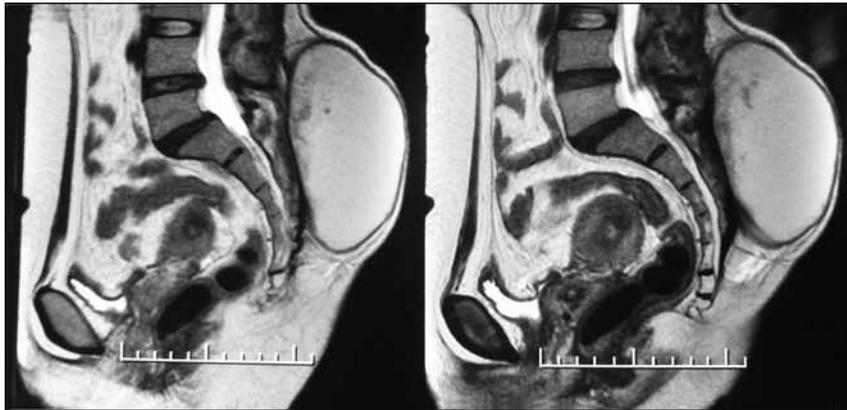
▲ **Figura 1.** Presentación de la paciente (2013) con tumoración posterior.

En diciembre de 2013, concurre al Consultorio Externo de Ortopedia y Traumatología de nuestra institución con estudios por imágenes (radiografías, tomografía computarizada, resonancia magnética) (Figuras 2-5). En las imágenes, se observa una extensa lesión erosiva en la articulación sacroilíaca derecha. Tanto en la resonancia magnética como en la tomografía computarizada, se puede apreciar la extensa colección a nivel retrovertebral de la columna lumbar en relación con la tumoración clínicamente visible (Figuras 1-5). La radiografía y la tomografía computarizada de tórax no revelaron alteraciones.

En marzo de 2014, se presenta el caso en el Ateneo del Servicio de Ortopedia y Traumatología para determinar la terapéutica. Se proponen dos posibles tratamientos: 1) artrodesis LIV-pelvis¹ y 2) tratamiento incruento (con antibioticoterapia) e inmovilización.^{7,8}



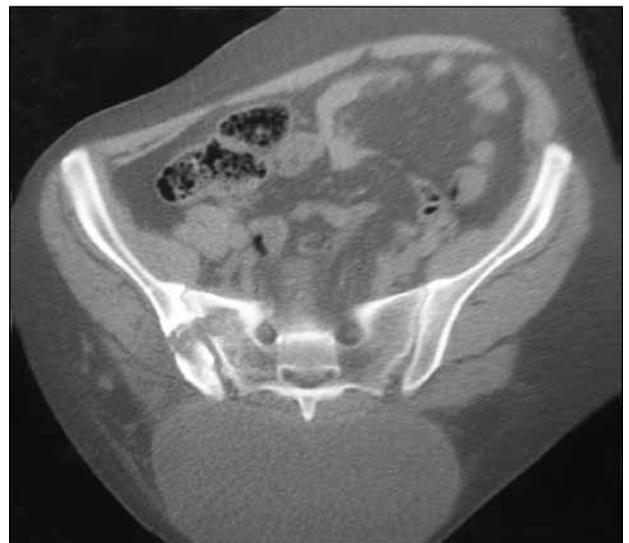
▲ **Figura 2.** Radiografía de pelvis, de frente (2013). Obsérvese la rarefacción en la articulación sacroilíaca derecha.



▲ **Figura 3.** Resonancia magnética de columna lumbar. Obsérvese la tumoración retrovertebral.



▲ **Figura 4.** Resonancia magnética de columna lumbar, corte axial. Obsérvese la tumoración retrovertebral.



▲ **Figura 5.** Tomografía computarizada. Obsérvese la asimetría de la articulación sacroilíaca con compromiso izquierdo.

Se opta por el tratamiento quirúrgico, pero por inconvenientes del medio hospitalario, la paciente realiza tratamiento médico bajo controles periódicos (trimestrales por 18 meses). Evoluciona con disminución del dolor, 1/10 en la escala analógica visual, aumento de peso y desaparición de la masa sacra; queda como remanente una ligera molestia a las maniobras de compresión de la articulación sacroilíaca derecha.

En las Figuras 6-14, se observan la esclerosis ósea en la articulación sacroilíaca derecha y una imagen de líquido residual en la zona retrovertebral sacra.



▲ **Figura 6.** Tomografía computarizada. Obsérvese la lesión osteolítica en la articulación derecha.



▲ **Figura 7.** Paciente a los 18 meses de tratamiento antibiótico.



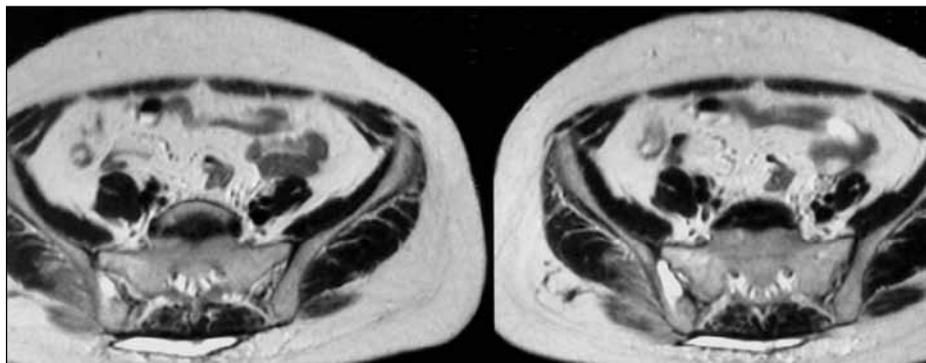
▲ **Figura 8.** Imagen de perfil a los 18 meses de tratamiento antibiótico.



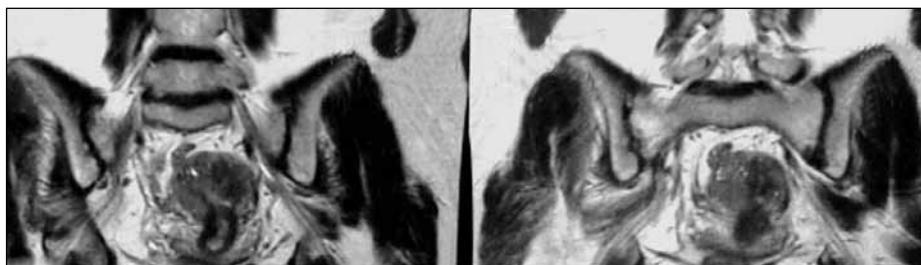
▲ **Figura 9.** Radiografía de pelvis, de frente. Se observa la esclerosis en la articulación sacroilíaca derecha, con signos de fusión.



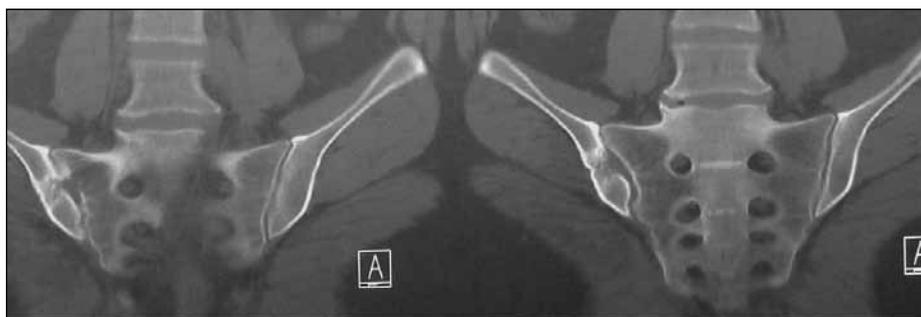
▲ **Figura 10.** Amplificación de la región sacroilíaca de la radiografía anterior.



▲ **Figura 11.** Resonancia magnética a los 18 meses de tratamiento antibiótico específico. Se detecta remanente de colección a nivel prevertebral. En la articulación sacroilíaca, se observa disminución de la lesión quística.



▲ **Figura 12.** Resonancia magnética a los 18 meses de tratamiento antibiótico específico. Corte frontal a nivel de la articulación sacroilíaca que revela disminución de la lesión lítica, ligero edema y signos de fusión en la articulación derecha.



▲ **Figura 13.** Tomografía computarizada, corte frontal a nivel de la articulación sacroilíaca. Obsérvese la disminución de la lesión lítica, con signos de esclerosis subyacente.



▲ **Figura 14.** Tomografía computarizada, corte axial. Se visualiza esclerosis en la articulación sacroilíaca.

Discusión

La infección de la articulación sacroilíaca es inusual y suele asociarse a algún factor de riesgo o infección en otra parte del cuerpo.^{3,4} Su diagnóstico no es sencillo y representa un desafío para el médico tratante, dado que se debe sospechar en pacientes con factores de riesgo, en especial aquellos inmunocomprometidos.¹⁻⁴

Kim y cols.⁹ describieron dos opciones de tratamiento quirúrgico: curetaje de la articulación sacroilíaca en etapas iniciales o curetaje más artrodesis cuando se anticipa la inestabilidad en casos avanzados, y comunicaron buenos resultados en cuanto a la evolución del dolor.

Ahmed y cols. publicaron un informe sobre 22 pacientes con sacroileítis sometidos a cirugía (11 tratados con curetaje y 11 con curetaje y artrodesis). Dos pacientes debieron ser revisados por sobreinfección, tres permanecieron con dolor y dos sufrieron complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica. Los autores concluyen en que, para los casos agudos, es suficiente con el curetaje y el desbridamiento de la lesión, mientras que, en pacientes con sacroileítis crónica, el desbridamiento no es suficiente y se debería realizar una artrodesis. Las tasas de consolidación a los dos años fueron similares en ambos grupos.¹

Shembekar y Babhulkar,⁷ y Watts y Lifeso⁸ prefirieron

el tratamiento conservador con inmovilización y antibióticos específicos, y obtuvieron resultados similares luego de dos años de tratamiento.

En nuestro caso, los colegas que elegían la opción no operatoria, lo hacían sobre la base de la limitación biomecánica que genera la artrodesis lumbopelviana, sumada a la dificultad técnica y a los riesgos potenciales de sobreinfección por gérmenes comunes que un procedimiento quirúrgico implica, todo esto en una paciente joven.

Sin intervención quirúrgica, pero con tratamiento médico, la lesión ósea de la paciente mejoró (con esclerosis subcondral) y recuperó la capacidad laboral. Continúa con tratamiento antibiótico durante seis meses más para cumplir los 24 meses propuestos.

Podemos concluir que la presentación de esta entidad es inespecífica, por lo que requiere un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico adecuado y temprano. Es necesaria una atención multidisciplinaria para evaluar al paciente y su entorno. Si bien el tratamiento es controvertido, en etapas tempranas, un tratamiento médico puede lograr resultados similares a los dos años, con mejoría clínica y progresión a la anquilosis de la articulación. Reconocemos, a su vez, nuestra baja casuística, pero dadas las escasas referencias bibliográficas realizamos una revisión bibliográfica de la entidad.

Bibliografía

1. Ahmed H, Siam AE, Gouda-Mohamed GM, Boehm H. Surgical treatment of sacroiliac joint infection. *J Orthop Traumatol* 2013;14(2):121-129.
2. Vyskocil JJ, McIlroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1991;70:188-197.
3. Martini M, Ouahes M. Bone and joint tuberculosis: a review of 652 cases. *Orthopedics* 1988;6:861-866.
4. Ramlakan RJ, Govender S. Sacroiliac joint tuberculosis. *Int Orthop* 2007;31:121-124.
5. Goldberg J, Kovarsky J. Tuberculous sacroiliitis. *South Med J* 1983;6(9):1175-1176.
6. Isaacson AS, Whitehouse WM. Spontaneous sacroiliac obliteration in patients with tuberculosis. *J Bone Joint Surg Am* 1949;31(2):306-311.
7. Shembekar A, Babhulkar S. Chemotherapy for osteoarticular tuberculosis. *Clin Orthop* 2002;398:20-26.
8. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78(2):288-298.
9. Kim NH, Lee HM, Yoo JD, Suh JS. Sacroiliac joint tuberculosis. Classification and treatment. *Clin Orthop* 1999;358:215-222.