

Reumatología clínica en imágenes

Sacroiliitis y absceso glúteo secundarios a infección por *Staphylococcus aureus*



Sacroiliitis and gluteal abscess secondary to *Staphylococcus aureus* infection

Maria Llop Vilaltella*, Valentina Maldonado Romero, Carlos Guillén Astete, Carlos de la Puente Bujidos y Celia de Casanova Peña

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de agosto de 2014

Aceptado el 22 de enero de 2015

On-line el 26 de marzo de 2015

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 56 años que consultó en urgencias por fiebre y dolor en el glúteo izquierdo irradiado a la cara posterior del muslo, de 48 h de evolución. Tres días antes del inicio de los síntomas el paciente se había administrado una dosis de alprostadilo intrauretral como tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a la prostatectomía por adenocarcinoma de próstata. En la exploración física destacaba dolor a la presión en la articulación sacroilíaca izquierda. Las maniobras de Lasègue y de compresión del músculo piriforme del lado izquierdo fueron positivas. En la analítica destacaba una proteína C reactiva de 251 mg/l (0-5) y procalcitonina 1,18 ng/ml (< 0,25), sin leucocitosis ni desviación izquierda. La tomografía computarizada abdominopélvica (fig. 1) detectó la presencia de erosiones corticales predominantes en la vertiente ilíaca de la articulación sacroilíaca izquierda, en su mitad inferior, asociado a esclerosis subcondral, todo ello compatible con el diagnóstico radiológico de sacroiliitis izquierda.

La resonancia magnética (RM) de pelvis (fig. 2) mostró edema óseo subcondral en ambas vertientes de la articulación sacroilíaca izquierda, así como discreta hiperintensidad de señal en la interlínea articular. Se identificó además miositis en la vecindad, en los rotadores izquierdos, así como en el glúteo mayor, donde el área de miositis era mayor y se acompañaba de un pequeño absceso central. Se inició, por tanto, tratamiento antibiótico con ceftriaxona y cloxacilina de forma empírica.

En los hemocultivos obtenidos en urgencias se aisló posteriormente *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina, por lo que se suspendió la ceftriaxona, manteniendo la cloxacilina.

La ecocardiografía no mostró datos de endocarditis. Al mes se realizó una RM de control (fig. 3), que mostró persistencia del edema óseo subcondral en ambas vertientes articulares de la sacroilíaca izquierda, indicativa de persistencia de sacroiliitis; en cambio, mostró desaparición del área de miositis y del absceso del glúteo mayor izquierdo, hallazgo esperable debido al corto plazo desde la primera RM. La evolución del paciente fue favorable tanto clínica como analíticamente con el tratamiento antibiótico mantenido durante 6 semanas.

Discusión

Tanto la sacroiliitis infecciosa como el absceso del glúteo son entidades infrecuentes, sumando menos del 1% de todas las artritis sépticas^{1,2}. El diagnóstico clínico suele ser difícil, siendo los signos clásicos la fiebre y el dolor con impotencia funcional de la articulación afectada^{3,4}. Como en la mayoría de las series, en este caso el agente causal fue *Staphylococcus aureus*¹⁻¹⁰.

Los factores de riesgo más comúnmente identificados para este tipo de infección articular descritos en la literatura son: usuarios de drogas por vía parenteral, embarazo, traumatismo, endocarditis, hemoglobinopatías, estado inmunodeprimido e infecciones cutáneas, respiratorias o genitourinarias⁵. Según diferentes series, en un 40-44% de los casos no se identifican agentes predisponentes o factores de riesgo^{3,5,6}. En nuestro paciente, la administración intrauretral de alprostadilo es verosíblemente la puerta de entrada responsable de la bacteriemia.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariallop@hotmail.com (M. Llop Vilaltella).



Figura 1. Tomografía computarizada abdominopélvica.

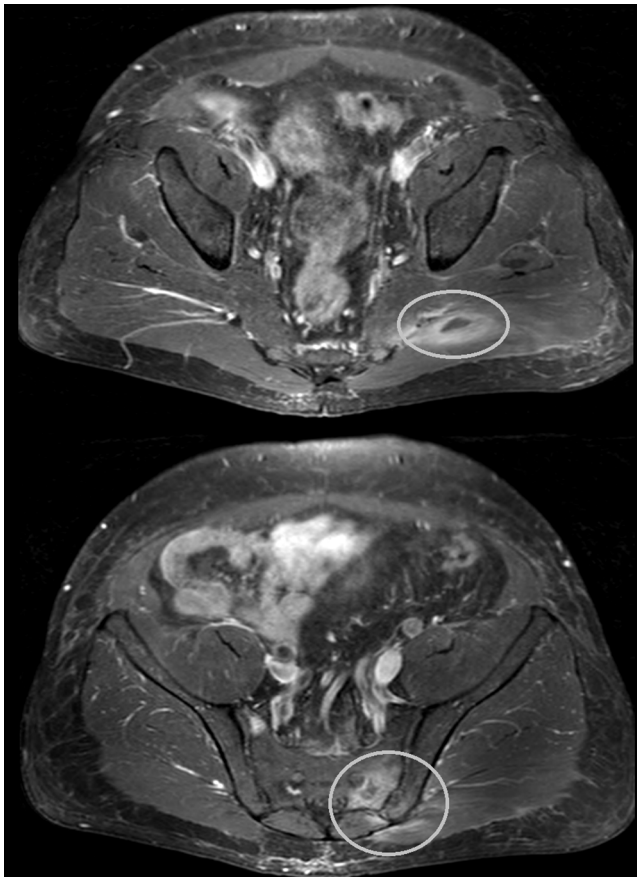


Figura 2. Resonancia magnética de pelvis.

Habitualmente, el manejo del absceso es con drenaje mediante punción-aspiración o cirugía⁸⁻¹⁰. A pesar de ello, se han descrito casos de resolución completa con antibioterapia únicamente¹⁰, como sucede en el caso que exponemos. La duración del tratamiento antibiótico sigue sin tener una pauta establecida, pero en la mayoría de las revisiones apuestan por una duración mínima de 6 semanas, prolongable según la clínica del paciente^{1,3-5,7-10}.

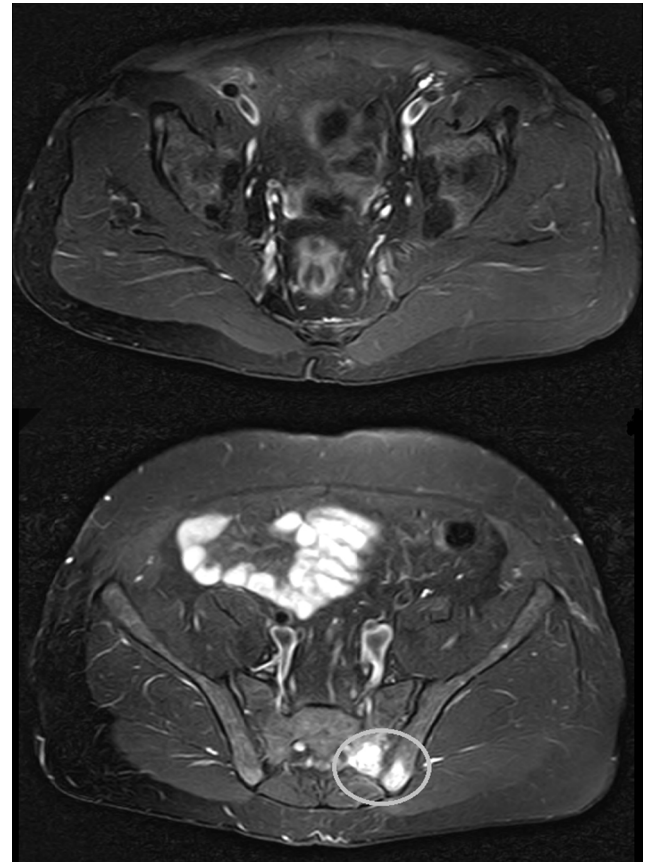


Figura 3. RM de control.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, Tanase Y, Nishida K, Miyamoto H, et al. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine*. 2003;28:E384-9.
- Stürzenbecher A, Braun J, Paris S, Biedermann T, Hamm B, Bollow M. MR imaging of septic sacroiliitis. *Skeletal Radiol*. 2000;29:439-46.
- Vyskocil JJ, McLroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1991;70:188-97.
- Bindal M, Krabak B. Acute bacterial sacroiliitis in an adult: A case report and review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88:1357-9.
- Mancarella L, de Santis M, Magarelli N, Ierardi AM, Bonomo L, Ferraccioli G. Septic sacroiliitis: An uncommon septic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27:1004-8.

6. Zimmermann B 3rd, Mikolich DJ, Lally EV. Septic sacroiliitis. *Sem Arthritis Rheum*. 1996;26:592–604.
7. Kadir SW, Jeurissen ME, Franssen MJ. Two young girls with pyogenic sacroiliitis. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:1353–4.
8. Gordon G, Kabins SA. Pyogenic sacroiliitis. *Am J Med*. 1980;69:50–6.
9. Carlson SA, Jones JS. Pyogenic sacroiliitis. *Am J Emerg Med*. 1994;12:639–41.
10. Gutiérrez Macías A, Barreiro García G, Ribacoba Bajo L, Alonso Alonso JJ, Aguirre Errasti C. Sacroileitis piógena. Presentación de 10 casos. *Rev Clin Esp*. 1993;193:235–8.