

# CASO CLÍNICO

- Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo Venezuela
  - Especialista en Ginecología y Obstetricia ORCID 0009-0004-2035-7389
  - Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctor en Medicina Clínica ORCID 0000-0002-5433-7149

## Declaración de aspectos éticos

**Reconocimiento de autoría:** Los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito.

**Responsabilidades éticas:** Protección de personas. 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 del Hospital Central de Maracaibo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de la paciente y/o sujeto referido en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

**Financiamiento:** Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

**Uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que los resultados y conclusiones presentados se basan en el análisis de datos recopilados mediante métodos de investigación tradicionales. Los autores no han empleado técnicas de IA como el aprendizaje automático o el procesamiento del lenguaje natural para generar nuevos datos o formular hipótesis, garantizando que los resultados presentados se basan en principios y metodologías científicas sólidos.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 16 julio 2024

Aceptado: 14 septiembre 2024

Publicación en línea: 14 diciembre 2024

## Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

Hospital Central "Dr. Urquinaona" Final Av. El Milagro, Maracaibo, Venezuela

+58162605233

sippenbauch@gmail.com

**Citar como:** Sarmiento-Piña M, Reyna-Villasmil E. Sacroileitis piógena posparto. Rev peru ginecol obstet. 2024;70(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2698>

# Sacroileitis piógena posparto

## Postpartum pyogenic sacroiliitis

Maira Sarmiento-Piña<sup>1,a</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>1,b</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2698>

## RESUMEN

El dolor de espalda y glúteos es un problema común e inespecífico que se presenta con frecuencia durante el embarazo y el puerperio. Generalmente, este dolor mejora por sí solo y rara vez ocasiona complicaciones. La sacroileitis séptica, por otro lado, es una inflamación de la articulación sacroilíaca causada por la invasión de microbios en el espacio sinovial. La sacroileitis piógena asociada al embarazo, aunque poco frecuente durante el período periparto, se relaciona con una morbilidad y mortalidad significativas. El diagnóstico oportuno puede ser difícil debido a la sintomatología inespecífica de la enfermedad. Se caracteriza por sensibilidad en la articulación sacroilíaca, dificultad para caminar y dolor lumbar lancinante y progresivo que puede irradiarse a los glúteos. Además, se observa un aumento en las concentraciones séricas de marcadores inflamatorios. Las imágenes de resonancia magnética pueden mostrar cambios edematosos en la articulación sacroilíaca. La antibioticoterapia intravenosa es el tratamiento de primera línea en pacientes diagnosticados con sacroileitis piógena, previniendo la aparición de complicaciones graves en la articulación. Se presenta un caso de sacroileitis piógena posparto.

**Palabras clave.** Sacroileitis, piógena, Posparto, Articulación sacroilíaca, Infección

## ABSTRACT

Back and buttock pain is a common and nonspecific problem that frequently occurs during pregnancy and the postpartum period. Generally, this pain improves on its own and rarely causes complications. Septic sacroiliitis, on the other hand, is an inflammation of the sacroiliac joint caused by microbial invasion of the synovial space. Pyogenic sacroiliitis coexisting with pregnancy, although rare during the peripartum period, is associated with significant morbidity and mortality. Timely diagnosis can be difficult due to the nonspecific symptomatology of the disease. It is characterized by sacroiliac joint tenderness, difficulty walking, and progressive, lancinating low back pain that may radiate to the buttocks. In addition, increased serum concentrations of inflammatory markers are observed. Magnetic resonance imaging may show edematous changes in the sacroiliac joint. Intravenous antibiotic therapy is the first-line treatment for patients diagnosed with pyogenic sacroiliitis, preventing the occurrence of severe joint complications. A case of postpartum pyogenic sacroiliitis is presented.

**Key words:** Postpartum, Pyogenic, Sacroiliitis, Sacroiliac joint, Infection

## INTRODUCCIÓN

La sacroileitis piógena durante el embarazo y el puerperio es una enfermedad poco frecuente, con menos de 20 casos documentados en la literatura médica. El diagnóstico puede ser un desafío, ya que el dolor lumbar es común en las mujeres embarazadas (con una prevalencia que oscila entre el 30% y el 78%) y generalmente se resuelve espontáneamente<sup>(1,2)</sup>. Si bien la mayoría de los casos se presentan como artritis inespecíficas, la articulación sacroilíaca puede albergar bacterias después de una bacteriemia<sup>(2)</sup>. La sacroileitis piógena también puede ser una consecuencia de la susceptibilidad a cualquier bacteriemia transitoria que ocurra en el contexto de la inmunosupresión inducida por el embarazo. Un diagnóstico oportuno es crucial, ya que un retraso en el tratamiento puede provocar la destrucción irreversible de la articulación sacroilíaca<sup>(3)</sup>. Se presenta un caso de sacroileitis piógena posparto.

## COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente de 42 años, 2 gestas, 2 cesáreas, quien acudió a la emergencia por presentar dolor de aparición repentina y carácter continuo en región lumbar y glútea izquierda, que se irradiaba al muslo izquierdo, sin desencadenantes. La intensidad del dolor aumentaba con la deam-

bulación, producía restricción de la movilidad e impedía soportar el peso corporal. La intensidad del dolor fue incrementándose en los 6 días previos. El cuadro estaba acompañado de anorexia, escalofríos y malestar general. La paciente refería cesárea ocho días antes por desproporción cefalopélvica y otra cesárea anterior realizada con anestesia epidural en un centro privado. El periodo periparto transcurrió sin complicaciones. Negaba complicaciones quirúrgicas, antecedentes de traumatismos pélvicos, síntomas urinarios, infecciones ginecológicas u otros síntomas sistémicos. También negaba antecedentes médicos, personales y/o familiares de importancia.

Al examen físico, la paciente estaba febril (38,1°C), pero hemodinámicamente estable. El índice de masa corporal era de 34,5 kg/m<sup>2</sup>. Refería dolor intenso a la palpación en la parte baja de la espalda y el lado izquierdo de la región pélvica, sin evidencia de alteraciones neurológicas. El dolor se exacerbaba al caminar / moverse y se aliviaba al sentarse / acostarse. La región del glúteo izquierdo presentaba sensibilidad marcada con dolor intenso al moverse, estar de pie o sentada. La prueba de elevación de la pierna recta fue positiva (30° a 40°), y la prueba de Patrick fue difícil de evaluar debido al dolor intenso. No se registró déficits neurológicos, parestias, debilidad o irradiación al miembro inferior. La herida quirúrgica denotaba cicatrización correcta sin evidencia de infección, dehiscencia y/o inflamación. El resto del examen físico estaba dentro de límites normales.

La radiografía de tórax y columna lumbosacra no presentaban alteraciones ni alteraciones óseas agudas. La radiografía pélvica no mostró hallazgos notablemente anormales como osteólisis u osteoesclerosis. Los resultados de laboratorio fueron: conteo de linfocitos 10,400 células/mL, neutrófilos 79%, velocidad de sedimentación globular de 50 mm/h (valor normal [VN] 0 a 20 mm/hora), procalcitonina 0,4 ng/mL (VN hasta 0,5 ng/mL) y proteína C reactiva de 198 mg/L (VN menor de 10 mg/L). Los parámetros del examen de orina estaban dentro de límites normales. En vista de los hallazgos se decidió ingresar a la paciente con el diagnóstico clínico de dolor lumbopélvico e iniciar antibioticoterapia intravenosa empírica de amplio espectro (amoxicilina, metronidazol y gentamicina) y analgesia.

La resonancia magnética de columna lumbar no reveló alteraciones, pero las imágenes de la pelvis identificaron ensanchamiento de la articulación sacroilíaca izquierda con pequeño absceso de 3,5 x 2,9 x 2,2 centímetros en la cara posteroinferior de la articulación sacroilíaca izquierda que se extendía hacia la escotadura mayor con aumento de volumen de los tejidos circundantes y los tejidos óseos periarticulares. Estos hallazgos representaban un proceso inflamatorio / infeccioso que afectaba a la articulación sacroilíaca izquierda y la cara periarticular (figura 1), compatibles con sacroileitis séptica izquierda. La cadera, cabeza femoral y acetábulo estaban intactos y mostraban congruencia normal.

En vista del pequeño tamaño de la colección, se decidió realizar manejo conservador, cambiando la antibioticoterapia a metronidazol - ceftriaxona - amikacina y control del dolor con analgésicos no esteroideos más opioides. Los resultados del urocultivo y hemocultivo no presentaron crecimiento bacteriano.

La paciente mostró mejoría clínica con disminución del dolor y capacidad de deambular sin apoyos al tercer día del tratamiento intravenoso, con normalización de los marcadores de inflamación (conteo de linfocitos 7,100 células/mL, neutrófilos 61%, sedimentación globular 19 mm/h, procalcitonina 0,03 ng/mL y proteína C reactiva 24 mg/L). La paciente fue dada de alta al

FIGURA 1. IMAGEN CORONAL DE RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA IZQUIERDA AL INICIO. LA FLECHA SEÑALA COLECCIÓN EN LA CARA INFERIOR DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA QUE SE EXTIENDE A LA ESCOTADURA CIÁTICA MAYOR.

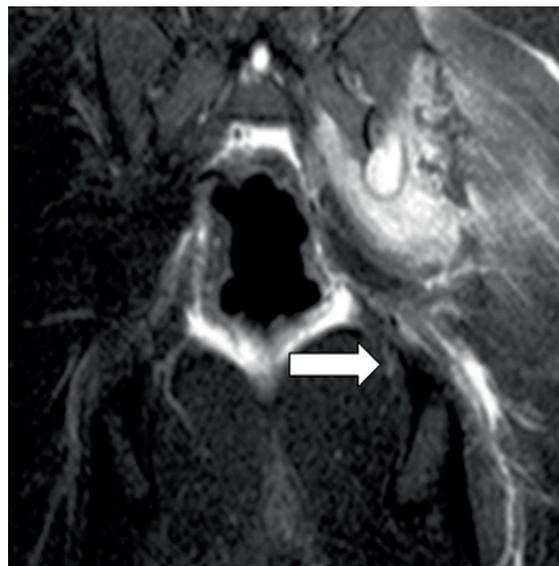
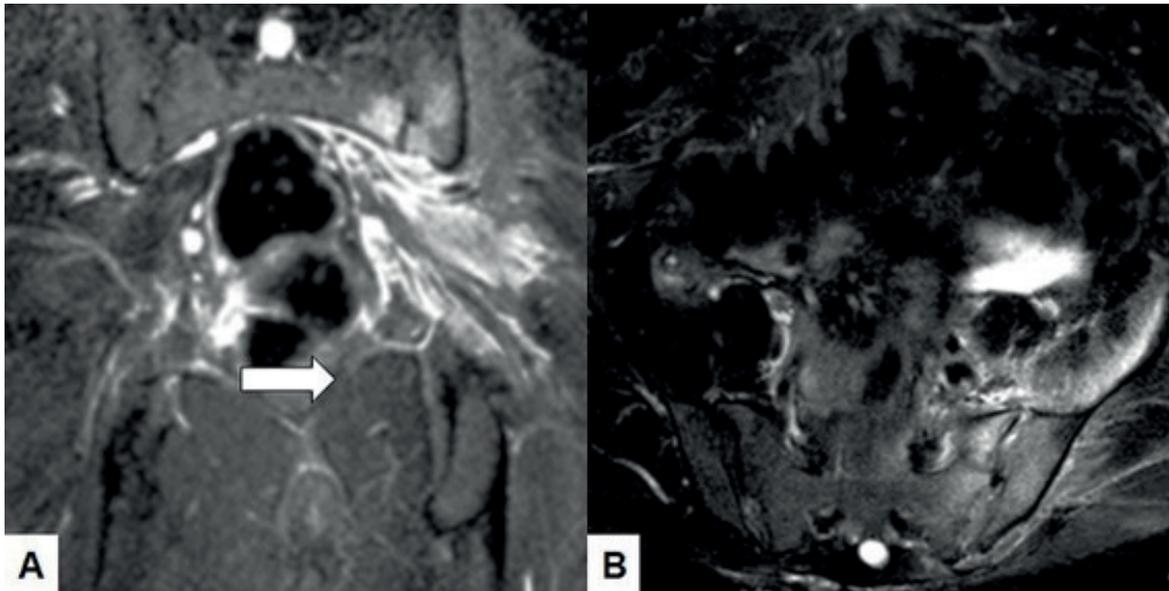




FIGURA 2. IMAGEN CORONAL DE RESONANCIA MAGNÉTICA LUEGO DEL TRATAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA IZQUIERDA. LA FLECHA MUESTRA DESAPARICIÓN DE LA COLECCIÓN CON LIGEROS CAMBIOS RESIDUALES PERSISTENTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y DISMINUCIÓN DEL EDEMA DE LA MÉDULA ÓSEA DE LA ARTICULACIÓN.



décimo día con antibioticoterapia (ciprofloxacina por 7 días) más antiinflamatorios no esteroideos por vía oral.

En la valoración a los 14 días del ingreso, la paciente confirmó la desaparición del dolor con recuperación casi total de la deambulación y ausencia de signos de alteración de la articulación sacroilíaca (figura 2). Las imágenes de resonancia control 30 días y a los 6 meses después del ingreso mostraron desaparición de la colección líquida y disminución / desaparición de los cambios inflamatorios.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de afecciones patológicas en la articulación sacroilíaca durante el embarazo puede ser un verdadero desafío para los profesionales de la salud. La lumbalgia, la manifestación más común de procesos inflamatorios en esta articulación, es extremadamente frecuente durante el embarazo y el puerperio mediato. De hecho, hasta un 20% de las embarazadas experimentan dolor generalizado en la región lumbar y los glúteos, lo que dificulta el diagnóstico preciso de enfermedades de la articulación sacroilíaca<sup>(4)</sup>.

La sacroileitis piógena es una infección poco común de la articulación sacroilíaca, causada por la invasión de bacterias. Suele presentarse en pacientes con antecedentes de uso de drogas intravenosas, trauma, prótesis de la articu-

lación, endocarditis infecciosa o infección del tracto urinario. Si no se trata de manera oportuna, las complicaciones pueden ser graves e irreversibles, incluyendo la destrucción rápida de las articulaciones, formación de abscesos y osteomielitis. A pesar de su baja incidencia, representa entre el 1% y el 1,5% de todos los casos de artritis séptica, y alrededor del 10% de los casos ocurren durante el embarazo, el puerperio o después de un aborto<sup>(5)</sup>.

La sacroileitis piógena posparto, una infección poco común pero grave de la articulación sacroilíaca, se asocia a un conjunto de factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en mujeres que han dado a luz recientemente<sup>(6)</sup>:

- Hiperlaxitud de los ligamentos pélvicos: El aumento de peso y los cambios hormonales durante el embarazo pueden provocar una laxitud excesiva de los ligamentos pélvicos. Esta laxitud afecta la estabilidad de la articulación sacroilíaca, haciéndola más susceptible a microlesiones. Estas microlesiones en el periostio pueden crear puntos de entrada para las bacterias.
- Alteraciones de la microcirculación: La articulación sacroilíaca tiene una red de vasos sanguíneos pequeños con un flujo relativamente lento. Esto facilita que las bacterias que circulan en la sangre (bacteriemia) se depositen en la articulación.



- Ausencia de membrana basal protectora: La articulación sacroilíaca carece de una membrana basal completa en su revestimiento interno. Esta membrana actúa como barrera contra la entrada de microorganismos. Su ausencia facilita la invasión bacteriana en el líquido sinovial, el fluido que lubrica la articulación.
- Bacteriemia: La bacteriemia es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo. Puede ocurrir durante el parto o en el período posparto debido a infecciones en el útero, la vagina o el tracto urinario. Las bacterias de la bacteriemia pueden llegar a la articulación sacroilíaca a través del flujo sanguíneo lento.
- Inoculación directa: En casos menos comunes, la infección puede originarse por la inoculación directa de microorganismos en la articulación. Esto puede ocurrir durante procedimientos médicos, como una cesárea o parto instrumental, o por traumatismos en la zona pélvica.

Los principales microorganismos responsables de la sacroileitis piógena durante el embarazo son los estreptococos de los grupos A y B, así como el *Staphylococcus aureus*. El estreptococo del grupo A es de especial relevancia debido a su alta tasa de mortalidad (20% a 25%) asociada al síndrome de *shock* tóxico desencadenado por su exotoxina. Además, puede provocar una rápida destrucción osteoarticular que conduce a una discapacidad crónica. En contraste, los bacilos gramnegativos representan menos del 20% de los casos comunicados<sup>(7)</sup>.

El dolor lumbar y glúteo se observa con frecuencia durante el embarazo y el puerperio, por lo que los médicos pueden pasar por alto fácilmente la sacroileitis piógena séptica por sus síntomas inespecíficos. La mayoría de los casos suelen mostrar afectación de un solo lado, con mayor frecuencia el izquierdo (59% de los casos). Su diagnóstico es complejo debido a que los síntomas pueden confundirse con otras afecciones como la ciática o la espondilodiscitis<sup>(8)</sup>. Dos tercios de las pacientes experimentan un inicio repentino de los síntomas, que incluyen dolor lumbar o en los glúteos, dificultad para caminar, sensibilidad, hinchazón y dolor al realizar ciertos movimientos, lo que altera la marcha. El examen físico y las pruebas de provocación del dolor, como la maniobra de Patrick, pueden su-

gerir el diagnóstico, pero no son concluyentes. La ausencia de fiebre en un número significativo de pacientes dificulta aún más el diagnóstico<sup>(9)</sup>. El diagnóstico definitivo se basa en la combinación de evidencia clínica, biológica y radiológica, junto con la respuesta favorable al tratamiento antibiótico, incluso si no se logra aislar el agente patógeno<sup>(8)</sup>.

No existe una prueba de laboratorio específica para el diagnóstico de la sacroileitis séptica. El conteo de leucocitos no es un marcador sensible para el diagnóstico de sacroileitis piógena posparto, ya que un tercio de los pacientes presentan un conteo normal de glóbulos blancos<sup>(2)</sup>. Los marcadores de inflamación (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular) pueden ser útiles para orientar el diagnóstico; sin embargo, no han demostrado una sensibilidad o exactitud diagnóstica aceptables<sup>(10)</sup>. Solo un tercio de los pacientes tienen hemocultivos positivos<sup>(11)</sup>.

En los casos de sacroileitis piógena asociada al embarazo, la radiografía simple de pelvis suele ser normal debido a que se requiere una pérdida ósea considerable para observar alteraciones. Los cambios más tempranos, que pueden observarse dos semanas después del inicio de los síntomas, incluyen difuminación de los bordes articulares, aumento del espacio articular o erosión periarticular<sup>(8)</sup>. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son pruebas útiles para el diagnóstico. No obstante, la resonancia magnética es la prueba de imagen de elección en el período perinatal, ya que permite una evaluación detallada de la articulación y los tejidos blandos circundantes. En ella se observa edema prominente de la médula ósea adyacente a las superficies de la articulación sacroilíaca, sinovitis de la propia articulación y edema en los tejidos blandos vecinos. También facilita la detección de la extensión de la infección a los tejidos musculares cercanos y diferenciarla de condiciones como artropatías cristalinas, artritis reactiva, fracturas por insuficiencia, artritis séptica, enfermedades relacionadas con la IgG4, sarcoidosis, afecciones hematológicas y enfermedades neoplásicas. Dado que las anomalías de la señal pueden durar meses, las evaluaciones deben realizarse de forma sistemática. La gammagrafía ósea puede ser útil, pero solo debe realizarse durante el período posparto debido al riesgo de exposición fetal a radiaciones ionizantes<sup>(12)</sup>.



La evaluación del líquido sinovial mediante artrocentesis para aislar el agente infeccioso es el estándar de oro para el diagnóstico. La aspiración con aguja guiada por tomografía computarizada o por fluoroscopia puede ser útil para la confirmación diagnóstica. Sin embargo, estos métodos diagnósticos invasivos deben considerarse como último recurso, ya que la obtención de una muestra de líquido sinovial de la articulación sacroilíaca puede ser difícil en estos casos<sup>(11)</sup>.

El tratamiento de la sacroileitis piógena durante el embarazo se basa en la antibioticoterapia intravenosa de amplio espectro. En los casos en los que existe una alta sospecha, el tratamiento inicial consiste en antibióticos endovenosos de amplio espectro junto con antibióticos endovenosos específicos según el cultivo y, finalmente, tratamiento con antibióticos orales. Debe considerarse el tratamiento antibiótico empírico contra el estafilococo antes de que se hayan identificado el o los microorganismos específicos y las sensibilidades antimicrobianas, y debe ampliarse para incluir las bacterias gramnegativas en caso de fracaso. La transición de antibióticos de amplio espectro a antibióticos específicos para cultivo puede realizarse tras aspirar una muestra adecuada de la articulación sacroilíaca o realizar la biopsia<sup>(8)</sup>. Los retrasos en el inicio del tratamiento pueden provocar daños en las articulaciones y los huesos, e incluso septicemia<sup>(13)</sup>. En cuanto a la duración de la antibioticoterapia, no existe un consenso claro. Algunos autores proponen 2 semanas de antibióticos parenterales seguidas de 6 semanas de antibióticos orales<sup>(14)</sup>. En algunos casos, se pueden prescribir antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares durante la fase aguda de la enfermedad, aunque su eficacia disminuye en casos crónicos. La cirugía suele reservarse como último recurso<sup>(15)</sup>.

En conclusión, la sacroileitis piógena posparto es un diagnóstico complejo ya que los síntomas y signos son inespecíficos, lo que puede ocasionar un retraso en el tratamiento adecuado. El hallazgo característico es el dolor lumbar y/o glúteo que se intensifica con la carga de peso o con el movimiento de la articulación sacroilíaca. La antibioticoterapia intravenosa es el tratamiento de primera línea en pacientes con diagnóstico confirmado de sacroileitis piógena, con el objetivo de prevenir complicaciones articulares graves.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi M, Abiri F, Ahmadiani S, Jenabi E. Pregnancy-associated sacroiliitis following an uncomplicated pregnancy. *Case Rep Med.* 2022;2022:3596672. doi: 10.1155/2022/3596672
- Monteiro R, Cabrera JA, Salvador R, Pereira C, Monteiro M. Infectious sacroiliitis as a rare postpartum complication: A case report. *Cureus.* 2024;16(2):e54621. doi: 10.7759/cureus.54621
- Lee A, Gupta M, Boyinepally K, Stokey PJ, Ebraheim NA. Sacroiliitis: A review on anatomy, diagnosis, and treatment. *Adv Orthop.* 2022;2022:3283296. doi: 10.1155/2022/3283296
- Kreps E, Smith V, Mielants H, Wittoek R. A challenging case of septic sacroiliitis with psoas involvement. *Acta Clin Belg.* 2014;69(2):127-9. doi: 10.1179/2295333714Y.0000000008
- Carneiro BC, Rizzetto TA, Silva FD, da Cruz IAN, Guimarães JB, Ormond Filho AG, et al. Sacroiliac joint beyond sacroiliitis-further insights and old concepts on magnetic resonance imaging. *Skeletal Radiol.* 2022;51(10):1923-35. doi: 10.1007/s00256-022-04067-9
- Walsh R, Thornton A, Abdelnour LH. Septic sacroiliitis in the post-partum period with haematogenous spread. *IDCases.* 2021;24:e01118. doi: 10.1016/j.idcr.2021.e01118
- Kandagaddala M, Sathyakumar K, Mathew AJ, Regi SS, Yadav B, David K, et al. MRI predictors of infectious etiology in patients with unilateral sacroiliitis. *Int J Rheum Dis.* 2024;27(7):e15246. doi: 10.1111/1756-185X.15246
- Østergaard M. MRI of the sacroiliac joints: what is and what is not sacroiliitis? *Curr Opin Rheumatol.* 2020;32(4):357-64. doi: 10.1097/BOR.0000000000000718
- Hrvatin I, Rugelj D, Šćepanović D. Pregnancy-related pelvic girdle pain affects balance in the second and third trimesters of pregnancy. *PLoS One.* 2024;19(3):e0287221. doi: 10.1371/journal.pone.0287221
- Nutcharoen AA, Salih AA, Volio A, Skolaris A, Ayad S. Suspected septic sacroiliitis following recent cesarean section under spinal anesthesia. *Cureus.* 2020;12(6):e8891. doi: 10.7759/cureus.8891
- Kheder EM, Sharahili HH, Albahrani SY, Alfarhan AM, Alquraynis AM, Maitigue MB, et al. Perinatal sacroiliitis diagnostic challenges. *SAGE Open Med Case Rep.* 2021;9:2050313X211052442. doi: 10.1177/2050313X211052442
- Jurik AG. Diagnostics of sacroiliac joint differentials to axial spondyloarthritis changes by magnetic resonance imaging. *J Clin Med.* 2023;12(3):1039. doi: 10.3390/jcm12031039
- Cekmez Y, Göçmen A, Arslan O, Şanlıkan F, Bağcı Türkmen S. A Rare Reason for Pelvic Pain in Pregnancy: Infectious Sacroiliitis. *Case Rep Med.* 2015;2015:690429. doi: 10.1155/2015/690429
- Sondag M, Gete K, Verhoeven F, Aubry S, Prati C, Wendling D. Analysis of the early signs of septic sacroiliitis on computed tomography. *Eur J Rheumatol.* 2019;6(3):122-125. doi: 10.5152/eurjrheum.2019.18209
- Lipatov KV, Asatryan A, Melkonyan G, Kazantsev AD, Solov'eva EI, Cherkasov UE. Septic arthritis of the hand: Current issues of etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment. *World J Orthop.* 2022;13(7):622-30. doi: 10.5312/wjo.v13.i7.622