



CASO CLÍNICO

SACROILEÍTE PIOGÉNICA – CASO CLÍNICO

Carolina Oliveira, Margarida Areias, Ana Pinheiro, Bruno Pombo, Filipa Raposo, Luís Silva, Pedro Sá

Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Carolina Oliveira, Margarida Areias, Ana Pinheiro, Bruno Pombo
Interno de Ortopedia

Filipa Raposo
Assistente Hospitalar de Pediatria

Luís Silva, Pedro Sá
Assistente Hospitalar de Ortopedia

Submetido em 24 janeiro 2017

Revisto em 29 maio 2017

Aceite em 4 junho 2017

Tipo de Estudo: Caso Clínico

Nível de Evidência: V

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar.

Correspondência

Carolina Oliveira

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Estrada de Santa Luzia, 1

4901-858 Viana do Castelo

Telefone: 966963941

carolinafernandesoliveira@gmail.com

RESUMO

A sacroileíte piogénica é uma patologia rara, representando apenas 1-2% de todas as infecções osteoarticulares em crianças. O seu diagnóstico é difícil devido à sua raridade, sinais clínicos vagos e semelhantes à artrite séptica da anca. Embora de prognóstico excelente, o diagnóstico tardio pode originar várias complicações como formação de abscesso, sequestro e sépsis. O tratamento implica um curso de antibioterapia prolongada, reservando-se a abordagem cirúrgica para casos selecionados. É apresentado um caso de sacroileíte piogénica, numa criança de sexo masculino, com 11 anos de idade.

Palavras chave: *Sacroileíte Piogénica, Staphylococcus aureus, Criança*

ABSTRACT

Pyogenic sacroiliitis is a rare disease, accounting for only 1-2% of all osteoarticular infections in children. The diagnosis is difficult because of its rarity, vague clinical signs and similar to septic arthritis of the hip. Although excellent prognosis, late diagnosis can lead to various complications such as abscess formation, sequestrum and sepsis. Treatment involves a course of prolonged antibiotic therapy, reserving the surgical approach for selected cases. A case of pyogenic sacroiliitis is displayed, in a male child, 11 years old.

Key words: *Pyogenic Sacroiliitis, Staphylococcus aureus, Child*

INTRODUÇÃO

A artrite séptica é uma patologia comum durante a infância com uma incidência entre 5 e 12/100.000 crianças¹. Contudo, a sacroileíte piogénica é rara, representando 1-2% de todas as infeções osteoarticulares¹.

A sua apresentação clínica variável e inespecífica tornam o seu diagnóstico difícil, e como tal, este pode ser adiado por vários dias/semanas. Esta entidade pode manifestar-se de 2 formas: aguda ou subaguda, sendo esta última mais rara².

A ressonância magnética (RM) é considerada por diversos autores como o exame de eleição para a confirmação do diagnóstico³. A cintigrafia pode ser usada mas apresenta uma baixa especificidade⁴. As hemoculturas e/ou cultura do líquido sinovial são fundamentais para a identificação do agente patogénico, sendo o mais comum o *Staphylococcus aureus*⁵.

O tratamento médico consiste em antibioterapia endovenosa, geralmente uma penicilina de largo espectro e/ou cefalosporina, durante um período de 4-6 semanas, reservando-se a drenagem do abscesso para os casos que não respondam à antibioterapia⁶.

RELATO DO CASO

Criança com 11 anos, sexo masculino, raça caucasiana, sem antecedentes de relevo, observada no serviço de urgência por dor na região paravertebral lombar direita com irradiação para a região glútea ipsilateral de início súbito. De referir história prévia de traumatismo da região glútea direita durante a prática de desporto com 2 dias de evolução.

Ao exame objetivo verificou-se apirexia, claudicação da marcha, dor intensa à palpação da articulação sacro-íliaca direita. De destacar exacerbação das queixas álgicas durante os movimentos flexão/extensão e rotação interna/externa da anca direita.

Realizou estudo analítico que revelou leucocitose (17780/ul) com neutrófilia e Proteína C Reativa (PCR) ligeiramente elevada (3.1mg/dl) bem como, a Velocidade de Sedimentação (VS) elevada (50mm). De referir ainda realização de hemocultura na admissão.

Realizou Rx da bacia, ecografia da anca direita e TC Bacia (Figura 1) onde não se visualizaram alterações

de relevo, incluindo a anca direita, e sem evidência de coleções/massas. Por persistência do quadro clínico, sem remissão de queixas álgicas após um período de 24 horas de vigilância, realizou RM (Figura 2a e 2b) onde se visualiza edema ósseo da articulação sacro-íliaca direita, com abaulamento da vertente anterior da cápsula sinovial a que se associa a uma coleção líquida com 5 mm de diâmetro, compatível com sacroileíte.

A criança foi admitida no serviço de Pediatria para tratamento com antibioterapia empírica endovenosa (Ceftriaxone e Vancomicina). Ao 10º dia de internamento verificou-se hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*. Completou em regime de internamento 21 dias de Ceftriaxone e Vancomicina

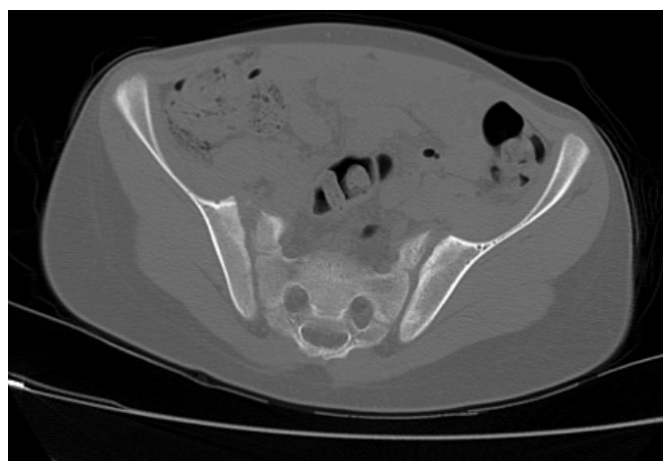


Figura 1: Tc Bacia (Corte axial).

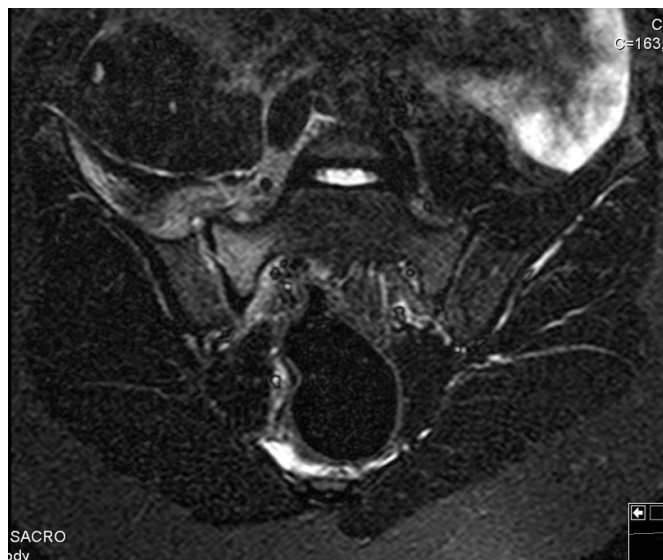


Figura 2a: RM Bacia (Sinal Stirlong)

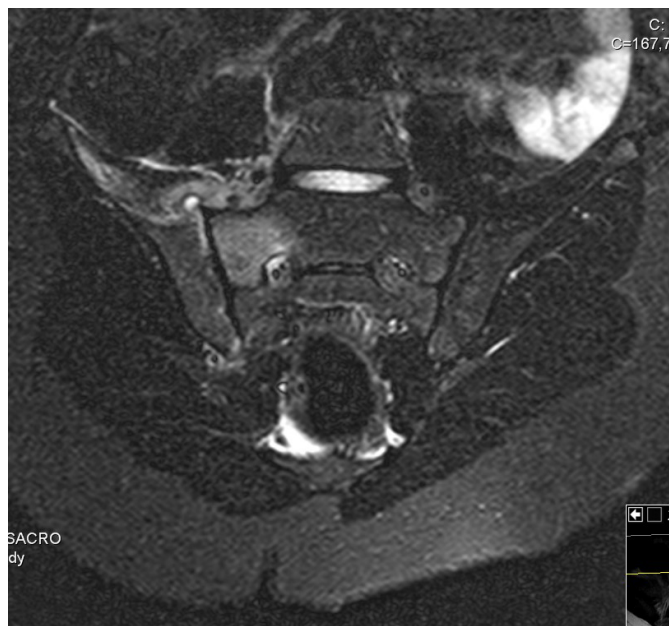


Figura 2b: RM Bacia (Sinal Stirlong)

endovenosos e na data da alta iniciou Flucloxacilina oral por um período de 21 dias. À data de alta estava apirético, sem queixas algícas, com remissão do quadro infeccioso do ponto de vista analítico e radiológico (Figura 3).

Atualmente o doente encontra-se em seguimento em consulta de Ortopedia e Pediatria, não apresentando evidência de recidiva de quadro infeccioso, nem sequelas.

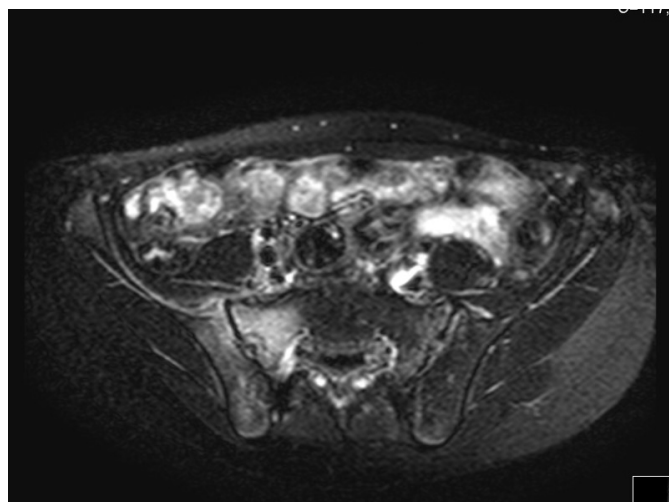


Figura 3: RM Bacia (Sinal T2)

DISCUSSÃO

A sacroileíte infecciosa é uma patologia pouco frequente e conhecida, encontrando-se cerca de 200 casos publicados em língua inglesa⁷. Foi descrita a primeira vez em 1878 por Poore⁸, publicando 2 casos em crianças com 4 e 5 anos. Mais recentemente, Shaad⁹, em 1980, efetuou uma revisão da literatura entre 1941 e 1979, encontrando 77 casos de sacroileíte piogénica em doentes com idade inferior a 17 anos.

A maioria dos casos ocorre em doentes do sexo masculino durante a infância tardia, tendo uma apresentação sobretudo subaguda⁹. Verifica-se um atingimento predominantemente unilateral, sendo a articulação sacroilíaca direita a mais afetada¹⁰. Os grupos de risco são as crianças imunodeprimidas e portadoras de anemia de células falciformes¹⁰. Os fatores predisponentes incluem trauma prévio¹¹ (10% casos), infeção respiratória prévia, dermatite atópica, picada de inseto e foliculite¹².

O diagnóstico das infeções osteoarticulares da região pélvica representa um desafio devido à pouca especificidade e variedade de sintomas. As manifestações clínicas mais comuns são dor, claudicação da marcha e febre, presentes em 59% dos casos¹³. A dor geralmente é difusa, frequentemente localizada no quadrante interno superior da nádega, com irradiação para a face posterior da coxa, embora nalguns casos se apresente apenas como lombalgia, com agravamento noturno.

O exame objetivo é essencial, fornecendo informação para o diagnóstico. Existem várias manobras/testes descritos para a avaliação da articulação sacroilíaca, sendo os mais importantes a manobra de Volkman, o teste de Gaenslen, o teste de FABER e o teste de Yeoman¹⁴. Todos são considerados positivos quando despertam dor na articulação sacroilíaca. A manobra de Volkman realiza-se com o paciente em decúbito dorsal, apoiando o examinador as mãos sobre ambas as cristas ilíacas, forçando-as para trás. No teste de Gaenslen o paciente segura em flexão máxima um dos membros inferiores, enquanto o examinador realiza a hiperextensão do membro superior contralateral, podendo ser efetuado em decúbito dorsal ou supino. O teste de FABER implica a realização da abdução, flexão e rotação externa da anca. O teste de Yeoman é realizado com o paciente em decúbito ventral e,

com joelho fletido a 90°, realiza-se a hiperextensão da anca.

As análises laboratoriais como o hemograma, a velocidade de sedimentação (VS) e a proteína c reativa (PCR), embora apresentem alta sensibilidade, são poucos específicos¹⁵. Em 85% dos casos a VS e PCR encontra-se aumentada, enquanto só 50% dos casos apresentam leucocitose¹⁶.

A hemocultura deve ser realizada antes da administração de antibioterapia, apresentando uma taxa de positividade baixa (45.5-60%)¹⁷. Embora a cultura do líquido sinovial da articulação sacroilíaca, através de aspiração apresente uma elevada taxa de identificação de agentes patogêneos, esta não está recomendada por rotina¹⁷. Além de tecnicamente difícil, apenas está recomendada em pacientes com sinais/sintomas e achados radiológicos sugestivos de sacroileíte, que apresentem hemoculturas negativas, e sem resposta à antibioterapia endovenosa¹². Os agentes isolados em hemoculturas e/ou líquido sinovial mais comuns são *Staphylococcus aureus* (80% casos), *Streptococcus beta-haemolyticus*, *Haemophilus influenza*, *Escherichia coli*, *Salmonella* e *Proteus mirabilis*^{18,19}.

Os exames radiológicos são úteis no diagnóstico, embora o Rx, a Tc e a ecografia, sobretudo no estadio inicial da doença, acrescentem pouca informação¹⁶. A cintilografia óssea permite detetar a localização da lesão precocemente, embora apresente uma baixa especificidade¹⁷. A RM é o exame que apresenta taxas de sensibilidade/especificidade mais elevadas (95%/100%), para a confirmação do diagnóstico de sacroileíte³. Combina a boa visualização da articulação sacroilíaca, com a capacidade de localizar a inflamação e permite observar a quantidade de líquido intra-articular, edema da medula óssea e abscesso³.

O diagnóstico diferencial inclui apendicite, tumor, espondilodiscite, artrite séptica da anca e espondiloartropatias soro negativas, tais como a espondilite anquilosante, síndrome de Reiter e artrite psoriática¹⁸.

O tratamento médico consiste em antibioterapia e repouso no leito. Quando diagnosticado precocemente, a sacroileíte piogénica tem um prognóstico excelente²⁰. O tratamento empírico deverá cobrir o *Staphylococcus aureus*, sendo uma cefalosporina de 1ª geração ou uma penicilina de

largo espectro, os antibióticos de escolha. A duração do tratamento recomendado é de 4-6 semanas, sendo que inicialmente deverá ser administrado por via endovenosa e, quando houver melhoria clínica/análítica, a antibioterapia deverá ser administrada oralmente¹⁸. Sempre que se isolar um agente microbiano, a antibioterapia deverá ser ajustada. A drenagem cirúrgica deverá ser reservada nos casos de doença avançada, que inclui a presença de abscesso pélvico acompanhado de sintomas sistémicos, e quando não há resposta clínica/análítica à antibioterapia¹³.

CONCLUSÃO

A sacroileíte piogénica deve ser incluída no diagnóstico diferencial de uma criança que apresenta febre associada a lombalgia e/ou coxalgia. Nestes pacientes, deve-se efetuar o teste de FABER e, caso seja positivo, recomenda-se a realização de RM. A antibioterapia é eficaz na maioria dos casos, sendo raras as sequelas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballesteros R. Sacroiliitis en niños: un diagnostic difícil. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 2010; XXIII (93): 31-34
2. Marques Filho J. Sacroiliite séptica: relato de caso. *Jornal de Pediatría*. 1996; 72 (4): 258-262
3. Blum U, Buitrago-Tellez C, Mundinger A. Magnetic resonance imaging (MRI) for detection of active sacroiliitis. A prospective study comparing conventional radiography, scintigraphy, and contrast enhanced MRI. *Journal of reumatology*. 1996; 23 (12): 2107-2115
4. Fluder LS, Ellis AM, Allen HW. Osteomyelitis and pyogenic sacroiliitis: A difficult diagnosis. *J paediatric Child Health*. 2004; 40: 317-319
5. Osman AA, Govender S. Septic sacroiliitis. *Clin Orthop Relat Res*. 1995; 313: 214-219
6. Miller C, Srinivasan S, Blackwood AR. Pediatric pyogenic sacroiliitis and osteomyelitis. *Infectious Disease Reports*. 2012; 4 (18): 63-65
7. Attarian DE. Septic sacroiliitis: the overlooked diagnosis. *J South Orthop Assoc*. 2001; 10: 57-60
8. Poore CT. Disease of the sacroiliac synchondrosis. *Am J Med Sci*. 1878; 75: 62-73
9. Shaad UB, McCracken OH Jr, Nelson MD. Pyogenic arthritis of the sacroiliac joint in pediatric patients. *Pediatrics*. 1980; 66: 375-379
10. Osman AA, Govender S. Septic Sacroiliitis. *Clinical Orthopaedics and linical Orthopaedics and Related Research*. 1995; 313: 214-219
11. VysKocil JJ, Mclroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. *Medicine*. 1991; 70: 188-197
12. Quintana AM, Gutierrez BM, Lovillo MSC, Santaella IO. Pyogenic sacroiliitis in children - a diagnostic challenge. *Clinical Rheumatology*. 2011; 30: 107-113
13. Aprin H, Turen C. Pyogenic sacroiliits in children. *Clin Orthop Relat Res*. 1993; 287: 98-106
14. Magee DJ. *Orthopedic Physical Assesment*. 4th.
15. Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine*. 2003; 18: 384-389
16. Grippi M, Zions LE, Ahlmann ER, Forrester DM, Patzakis MJ. The early diagnosis of sacroiliac joint infections in children. *J Pediatric Orthop*. 2006; 26: 589-593
17. Wu MS, Chang S, Lee H, Lee CC. Pyogenic sacroiliitis - a comparison between paediatric and adult patients. *Rheumatology*. 2007; 46: 1684-1687
18. Raman R, Dinopoulos H, Giannoudis PV. Management of pyogenic sacroiliitis: an update. *Current Orthopaedics*. 2004; 18: 321-324
19. Kerns SR, Dougherty K, Pope TL, Scheld WM. Septic Sacroiliitis due to *Proteus mibilis*. *Southern Medical Journal*. 1990; 83: 589-591
20. Morrissy RT. *Bone and Joint Sepsis*. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. 5th ed; 2001. p. 459-497.