



RELATO DE CASO

Sacroiliite séptica: relato de caso

Septic sacroiliitis: case report

José Marques Filho*

Resumo

A Sacroiliite Séptica é uma forma relativamente rara de artrite piogênica, que, quando não reconhecida, pode causar toxemia e necessidade de drenagem cirúrgica da articulação afetada, levando a seqüelas e prolongada sintomatologia.

Este relato refere-se à adolescente do sexo feminino com 12 anos de idade, internada com quadro de lombalgia, impotência funcional de membro inferior direito e febre alta. A cintilografia óssea e o RX de bacia evidenciaram sacroiliite à direita e a cultura do material colhido com biópsia cirúrgica foi positiva para *S. aureus*. A resposta a antibioticoterapia foi adequada com completa remissão do quadro clínico após prolongada sintomatologia.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(4):258-262: sacroiliite séptica, artrite séptica, Stafilococo aureus.

Introdução

A artrite séptica de sacroilíaca é um quadro relativamente raro, que pode ter seu reconhecimento dificultado a menos que o médico esteja familiarizado com a doença. A demora no diagnóstico pode estar associada com toxemia, abscessos pélvicos e complicações típicas de infecção bacteriana.

Incide com maior freqüência em adolescentes e adultos jovens¹⁻⁷.

Poore, em 1878⁸, descreve dois casos em crianças com 4 e 5 anos de idade, e esse parece ser o primeiro relato na literatura. Shaad⁷, em 1980, revisando a literatura, encon-

Abstract

Bacterial pyogenic sacroiliitis is a relatively rare infection that may be difficult to diagnose. A delay in the diagnosis may be associated with marked toxemia and demanded surgical drainage of the septic joint.

We report clinical and laboratorial findings in a 12-year-old white girl with onset low back and leg pain two weeks before admission to the hospital.

Bone scintigraphy showed increased uptake in the right sacroiliac joint and radiologic changes were typical of sacroiliitis. Oxacilin-sensitive *S. aureus* was cultured from fluid of surgical biopsy.

Antibiotic treatment leads to complete recovery after long time with low back pain.

The diagnosis and treatment of this rare disease are discussed based on our finding and the literature data.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(4):258-262: septic sacroiliitis, septic arthritis, Staphylococcus aureus.

trou 71 casos em pacientes pediátricos e acrescenta seis casos adicionais.

Vysocyl⁹, de Michigan, recentemente fez extensa revisão da literatura de língua inglesa de 1878 a 1989, encontrando um total de 166 casos relatados.

Entre nós, salvo engano, não há relatos de artrite séptica de sacroilíaca em crianças.

Este relato visa descrever um caso dessa forma pouco freqüente de artrite bacteriana e discutir aspectos relativos ao diagnóstico e ao tratamento.

Relato de Caso

A paciente E.C.R.M., 12 anos de idade, cor branca, sexo feminino, foi internada com história de dor lombar baixa há 14 dias com irradiação para coxa direita, com ritmo inflamatório e grande dificuldade de deambulação,

* Reumatologista pela SBR.
Setor de Reumatologia do Depto. de Clínica Médica da Santa Casa de Araçatuba, São Paulo.

acompanhada de febre alta desde o início do quadro. Negava contato com doenças infecciosas, assim como passado mórbido significativo ou doença atual.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, levemente toxemiada, com palidez cutânea e febre. O exame dos diferentes aparelhos não mostrava alterações, exceto por dor intensa em fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonismo.

Deambulava com extrema dificuldade. A avaliação clínica de coxofemoral direita e a coluna lombar estava prejudicada devido ao quadro doloroso. As manobras para sacroilíacas foram positivas à direita.

O hemograma revelou ausência de anemia, leucocitose ($18.000/\text{mm}^2$) com desvio à esquerda; as provas de atividade inflamatória estavam alteradas (VHS = 110 mm), e as hemoculturas realizadas foram negativas. A sorologia para brucelose foi negativa, e o PPD foi não reagente.

A cintilografia óssea indicou intensa captação em topografia de sacroilíaca direita, e o RX de bacia apresentava sinais de sacroiliite a direita, com RX do tórax normal.

Diante da hipótese de sacroiliite séptica, foi realizada biópsia cirúrgica em sacroilíaca direita com colheita de

pequena quantidade de material, cuja cultura mostrou crescimento de *S. aureus*, sensível à Oxacilina.

A investigação clínica e laboratorial falhou ao revelar fatores de risco ou foco primário de infecção.

O tratamento realizado consistiu de repouso no leito, Oxacilina 6 gramas por dia, endovenosa, durante três semanas e após a alta hospitalar, Cefalexina por via oral, 3 gramas por dia, durante 3 semanas.

No seguimento clínico, houve persistência do quadro doloroso em topografia de sacroilíaca direita por 2 meses, controlado com antiinflamatório não hormonal, tornando-se assintomática após esse período.

Discussão

As articulações sacroilíacas são estruturas fundamentais e têm significativa importância na prática reumatológica, porém seu detalhamento anatômico talvez seja o mais pobre comparando com articulações de tamanho similar. A interpretação radiológica é muitas vezes problemática, principalmente em crianças e adolescentes, pelas características normais de desenvolvimento dessas articulações.

Figura 1 - RX de sacroilíacas em AP: esclerose periarticular, irregularidade do espaço articular à direita

Figura 2 - Cintilografia de bacia: nota-se intensa hipercaptação em topografia de sacroilíaca direita

O sintoma clínico cardinal de acometimento de articulação sacroilíaca é a dor, que pode ser difusa na região lombar baixa e não somente localizada em seu sítio anatômico; usualmente é descrita como profunda, freqüentemente localizada no quadrante interno superior da nádega, com irradiação para região posterior da coxa. Outras vezes manifesta-se como dor em região lombar ou quadril.

Não há sinais infalíveis de alterações de sacroilíacas, e um exame clínico cuidadoso e minucioso deve ser feito e repetido freqüentemente na evolução do quadro clínico. O ritmo mais freqüente é o inflamatório, com piora da sintomatologia após repouso prolongado e dor noturna freqüente.

Várias manobras são descritas na avaliação de sacroilíacas. As mais utilizadas são as seguintes:

- *Manobra de Volkman* - com o paciente em decúbito dorsal, o examinador apóia suas mãos sobre as cristas ilíacas, forçando-as para trás;

- *Manobra de Lewin* - com o paciente em decúbito lateral com joelhos e quadris fletidos, o examinador faz pressão forte sobre a crista ilíaca voltada para cima;

- *Manobra de Mennel* - com o paciente em decúbito lateral, com o membro inferior apoiado sobre a maca em flexão e o outro membro em extensão, o examinador provoca extensão forçada de coxofemoral.

As alterações das articulações sacroilíacas estão associadas com um grande número de doenças. As doenças inflamatórias são, de longe, as mais freqüentes e importantes. As espondiloartropatias soro negativas, ligadas ao HLA-B27, têm na sacroiliite a sua manifestação cardinal, principalmente a espondilite anquilosante, a síndrome de Reiter, a artropatia das doenças inflamatórias intestinais e a artropatia psoriásica. Doenças infecciosas, degenerativas e metabólicas associam-se menos freqüentemente a alterações de sacroilíacas.

Embora alguns autores antigos considerassem que sacroiliite unilateral deveria ser considerada tuberculose até que se demonstrasse o contrário¹⁰, outras duas infecções devem ser consideradas: a brucelose¹¹ e a sacroiliite séptica.

A infecção piogênica de sacroilíaca não é comum e pode ter seu diagnóstico dificultado, devendo ser diferen-

ciado de artrite séptica de quadril, úlceras glúteas, abscesso do psoas, osteomielite de ílio, ciática, discite, piolome-trite, apendicite⁴ e neoplasias primárias ou metastáticas¹².

Os testes clínicos para afecção de sacroilíacas devem ser utilizados, quando o diagnóstico for suspeito.

Várias condições são descritas associadas à sacroiliite séptica, principalmente trauma pélvico⁴, uso de drogas endovenosas (viciados)^{13,14}, infecções respiratórias e cutâneas⁴ e menos freqüentemente endocardite bacteriana⁹ e gravidez¹⁴. Há descrição de casos em crianças de um ano de idade e em adultos idosos. A média de idade encontrada por Vyscocy⁹ foi de 22 anos.

Existem duas maneiras de apresentação do quadro clínico. A primeira é uma doença aguda, febril, com sinais de infecção presentes, com dor intensa em região de nádegas e dificuldade para deambular. Essa apresentação é a mais freqüente. O segundo modo de apresentação é de uma doença sub aguda, de lenta evolução, sem febre ou com febrícula e dor menos intensa, sendo este menos freqüente.

Os testes laboratoriais em geral mostram as provas de atividade inflamatória alteradas, com velocidade de hemossedimentação freqüentemente maior que 100 mm; a contagem leucocitária em geral é elevada, mas pode estar normal.

A radiologia no início do quadro usualmente não mostra alterações, mas com a evolução do quadro lesões típicas de sacroiliite são verificados como o pseudo alargamento do espaço articular, a perda da nitidez da cortical e a esclerose sub condral, alterações estas de difícil avaliação em crianças¹⁵.

A cintilografia óssea, que pode ser positiva em até 48 horas do início do quadro, poderá confirmar o diagnóstico clínico^{1,16-18}, sendo este considerado o método mais precoce e seguro, principalmente com o uso de estudo de perfusão.

Outros métodos por imagens são usados, como a tomografia computadorizada^{19,20}, e a ressonância magnética²¹, porém com menos eficiência nas fases iniciais da doença.

O diagnóstico deve ser confirmado com punção de sacroilíaca com agulha ou biópsia cirúrgica para colheita de material para cultura²². Deve-se ressaltar que raríssimos casos de sacroiliite séptica bilateral são descritos⁹. O organismo mais comumente isolado é o *Stafilococo aureus*^{6,7,9,14}; outras bactérias são descritas menos freqüentemente, incluindo o *Stafilococo epidermidis*, *Streptococo*, *Salmonela*, *Pseudomonas*, *Klebsiela*, *N. gonorrhoea* e outros⁹.

Terapia empírica deve ser dirigida contra o *S. aureus* até a identificação do patógeno, em altas doses, endovenosa, com duração de tratamento não inferior a seis semanas.

Em pacientes com história de uso de drogas endovenosas, cobertura antibiótica para *Pseudomonas* deve ser providenciada¹³.

Muitos pacientes têm persistentes alterações radiológicas em sua evolução, e alguns mantêm quadro de dor por alguns meses.

Deve-se notar que no presente relato há atraso no diagnóstico de pelo menos duas semanas, sendo provavelmente esse o motivo da manutenção do quadro doloroso prolongado após a alta hospitalar. Esse atraso é compatível com os dados da literatura, e a causa provável é a dificuldade diagnóstica. O retardo no início do tratamento adequado também é responsável pelas extensas alterações radiológicas presentes neste relato.

Devemos ressaltar, finalmente, que este quadro, apesar de raro, deve ser lembrado naquelas crianças com história sugestiva, e o exame físico cuidadoso e a cintilografia óssea podem ser a chave do diagnóstico.

Referências bibliográficas

1. Ailsby RL, Staheli LT. Pyogenic infections of the sacroiliac joint in children: radioisotope bone scanning as a diagnostic tool. Clin Orthop 1974; 100: 96-100.
2. Andersen K, Kristensen B, Junker, P. Septisk sacroiliitis. Ugesker Laeger 1992; 154: 74-8.
3. Bearse C. Osteomyelitis of the ilium in children. JAMA 1923; 80: 991-2.
4. Bellamy N, Park, W, Rooney PJ. What do we know about sacroiliac joint? Semin Arthritis Reum 1983; 12: 282-313.
5. Chung SMK, Borns P. Acute osteomyelitis adjacent to the sacroiliac joint in children. J Bone Joint Surg 1973; 55-A: 630-4.
6. Niklander C, Palma S, Cerda C, Basualdo J, Guzman L. Sacroiliitis infecciosa: características clínicas em 11 casos. Rev Med Chil 1990; 118: 275-9.
7. Shaad UB, McCracken OH Jr, Nelson MD. Pyogenic arthritis of the sacroiliac joint in pediatric patients. Pediatrics 1980; 66: 375-9.
8. Poore CT. Disease of the sacroiliac synchondrosis. Am J Med Sci 1878; 75: 62-73.
9. Vyscocy JJ, McIlroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint - case report and review of the literature. Medicine 1991; 70: 188-97.
10. Seddon HI, Strange FG. Sacroiliac tuberculosis. Br J Surg 1940; 28: 193-221.
11. Steinberg CL: Brucellosis as a cause of sacroiliac arthritis. JAMA 1948; 138: 15-9.
12. Morrissy RT. Lowell and winter's pediatric orthopaedics. 3ª ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1990.
13. Gifford DB, Patzakis M, Ivler D, Swezery RL. Septic arthritis duo Pseudomonas in heroin addicts. J Bone Joint Surg 1975; 57-A: 613-35.
14. Schilling A, Silva S. Sacroiliitis septica. Rev Child Obstet Ginecol 1989; 54: 98-100.
15. Ryan LM, Carrera GF, Lightfoot RM, Hoffman RG, Kozin F. The radiographic diagnosis of sacroiliitis. Arthritis Rheum 1983; 26: 760-3.

16. Berghs H, Remans J, Driekens L, Kieboonash, Polderman J. Diagnostic value of sacroiliac joint scintigraphy with 99 mTc technetium pyrophosphate in sacroiliitis. *Ann Rheum Dis* 1978; 37: 190-4.
17. Horgan JG, Walker M, Newman JM, Watt I. Scintigraphy in the diagnosis and management of septic sacroiliitis. *Clin Radiol* 1983; 34: 337-46.
18. Miller JH, Gates GF. Scintigraphy of sacroiliac pyoarthrosis in children. *JAMA* 1977; 238: 2701-4.
19. Chen Ws, Wan YL. Computed tomography in diagnosis of septic sacroiliitis: Report of three cases. *J Formos Med Assoc* 1982; 91: 538-42.
20. Morgan GJ, Schlegelmilch JG, Spiegel PK. Early diagnosis of septic arthritis of the sacroiliac joint by use of computerized tomography. *J Rheumatol* 1981; 8: 979-82.
21. Klein MA, Winalski CS, Wax MR, Piwnica-Worms DR. MR imaging of septic sacroiliitis. *J Comput Assist Tomogr* 1991; 15: 126-32.
22. Miskew DB, Block RA and Witt PF. Aspiration of infected sacroiliac joint. *J Bone Joint Surg* 1979; 61-A: 1071-4.

Endereço para correspondência:

Dr. José Marques Filho
Rua General Glicério, 580
CEP 16010-080 - Araçatuba, SP