

# Estudio retrospectivo sobre la sacroilitis infecciosa en niños: presentación clínica, manejo y evolución

J.V. Arcos Machancoses, S. Sánchez Zahonero, Y. García Camuñas, D. Pérez Tamarit, M.C. Otero Reigada  
Sección de Infectología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic «La Fe». Valencia

## Resumen

**Introducción:** Las sacroilitis infecciosas son una forma de artritis que deben diferenciarse de las inflamatorias. Suponen una fracción pequeña de las infecciones articulares en niños y requieren un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz.

**Pacientes y métodos:** Se llevó a cabo una revisión de los casos infantiles diagnosticados en nuestro centro en los últimos 20 años. A través de las historias clínicas se recogieron diversas variables clínicas y microbiológicas: presentación clínica, duración, exploración, resultados de las pruebas complementarias, microorganismos involucrados, farmacoterapia y procedimientos quirúrgicos empleados. Se completó con una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos bibliográficas, priorizando los trabajos sobre población pediátrica y extrayendo los resultados más relevantes.

**Resultados:** Once pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Los grupos de edad afectados fueron los niños de 1-2 y 11-16 años. Más del 80% presentó clínica de fiebre, alteraciones de la marcha y dolor lumbar bajo, espontáneo o por provocación. Un tercio de los casos presentó patología cutánea o infección de partes blandas. *Staphylococcus* y *Brucella* fueron los principales microorganismos responsables. La resonancia magnética pélvica permitió realizar el diagnóstico en todos los casos.

**Conclusiones:** La combinación de la anamnesis, la exploración y las pruebas de imagen permite orientar el diagnóstico. En los niños pequeños, tanto el rechazo a la sedestación como a la bipedestación debe hacer sospechar la presencia de esta entidad. El tratamiento antibiótico precoz mejora el pronóstico y la antibioterapia empírica debe cubrir *S. aureus*.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Sacroilitis, absceso del psoas, articulación sacroiliaca, artritis infecciosa, resonancia magnética

## Introducción

La sacroilitis es una entidad que responde a dos causas principales: infección bacteriana o inflamación en el contexto de espondi-

## Abstract

**Title:** Retrospective study on the infectious sacroiliitis in children: clinical presentation, management and outcome

**Introduction:** Infectious sacroiliitis is a form of arthritis that must be differentiated from the inflammatory condition. Represent a small fraction of joint infections in children and require a high index of suspicion for early diagnosis.

**Patients and methods:** Review of childhood clinical cases diagnosed in our hospital during the last 20 years. Several variables were gathered from medical records, including clinical and microbiological: presentation, duration, physical examination, complementary tests, microorganisms involved, pharmacotherapy and surgical procedures. We completed a systematic search of articles in major bibliographic databases, prioritizing reviews and studies on pediatric population and extracting the most relevant outcomes.

**Results:** Eleven patients met the inclusion criteria. The groups affected were children aged between 1-2 and 11-16 years. Over 80% of patients presented with a history of fever, gait abnormalities and low back pain, both spontaneous or provoked. One third of the cases had skin disease or soft tissue infection. *Staphylococcus* and *Brucella* were the main causal agents in our sample. The pelvic magnetic resonance imaging supported the diagnosis in all cases.

**Conclusions:** The combination of history, examination and image testing guided the diagnosis. This disease should be suspected in young children when rejection of sitting or standing is observed. Antibiotic treatment improves prognosis and empirical therapy should cover *S. aureus*.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Sacroiliitis, psoas abscess, sacroiliac joint, infectious arthritis, magnetic resonance imaging

loartropatías. El mecanismo por el que suelen llegar los microorganismos a la articulación sacroiliaca es la diseminación hematogena, pero también por inoculación directa o contigüidad<sup>1</sup>. El agente implicado con más frecuencia es *Staphylococcus au-*

TABLA 1

## Principales datos demográficos, epidemiológicos y clínicos de los pacientes menores de 16 años con sacroilitis infecciosa

Año (caso)	Edad (años)	Sexo	Días de clínica al diagnóstico	Síntomas	Exploración	Factor predisponente	Leucocitos (cél./mL)	Neutrófilos (%)
1993 (1)	13	M	3	Fiebre, claudicación de la marcha	Dolor en sacroiliaca derecha, limitación de la movilidad cadera derecha, Fabere +	No	8.200	50,7
1998 (2)	16	F	40	Fiebre, claudicación de la marcha	Dolor en sacroiliaca derecha, Fabere +	Enteritis por <i>Salmonella</i>	3.790	59,2
2002 (3)	13	M	3	Fiebre, claudicación de la marcha	Dolor en región sacra, limitación de la movilidad de la cadera izquierda, postura antiálgica, Fabere +	Herida en la piel	9.100	65,2
2003 (4)	13	F	7	Fiebre, claudicación de la marcha	Dolor en sacroiliaca derecha, Fabere +	Forúnculo en la nalga	9.300	70
2003 (5)	15	M	4	Febrícula, claudicación de la marcha	Dolor en sacroiliaca derecha, Fabere +	No	8.900	50
2009 (6)	1 + 9 m	M	7	Fiebre, rechazo de la marcha	Dolor en sacroiliaca izquierda	Herida en la piel	11.500	45,6
2010 (7)	11	M	14	Fiebre, cojera, dolor abdominal	Dolor en fosa iliaca derecha y postura antiálgica	Herida en la piel	15.400	95
2010 (8)	1 + 7 m	F	3	Fiebre, rechazo de la marcha	Rigidez en columna lumbar y dolor en sacroiliaca derecha	Dermatitis atópica	8.200	47,3
2010 (9)	1 + 3 m	F	2	Fiebre, rechazo de la sedestación	Dolor en región sacra	Infección respiratoria	22.300	63
2010 (10)	1	M	2	Febrícula, rechazo de la sedestación	Dolor en región sacra, limitación de la movilidad de la cadera izquierda y postura antiálgica	No	16.000	44,5
2011 (11)	1 + 6m	F	2	Fiebre, rechazo de la marcha	Dolor en región sacra y postura antiálgica	No	14.700	40,6

ATB: antibiótico; F: femenino; M: Masculino; PCR: proteína C reactiva; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada; VSG: velocidad de sedimentación globular.

*reus*<sup>2-4</sup>. Recientemente, se ha observado un aumento de la incidencia de patógenos como *Kingella kingae* y *Salmonella* spp.<sup>5-7</sup>.

La sacroilitis infecciosa aguda supone solamente un 1-2% de los casos de artritis séptica en la edad pediátrica<sup>8</sup>. No suele presentar signos claros de infección localizada<sup>9</sup> y se manifiesta con una clínica muy inespecífica. Puede simular una artritis séptica de cadera, una osteítis pélvica, una hernia lumbar o una espondilodiscitis.

La dificultad para llegar al diagnóstico de sacroilitis infecciosa suele retrasar el inicio del tratamiento antibiótico, lo que facilita el desarrollo de abscesos, secuestros óseos crónicos y secuelas a largo plazo. La antibioterapia precoz y prolongada puede ser curativa sin necesidad de cirugía<sup>10</sup>.

Entre los factores predisponentes se han descrito los siguientes: traumatismos, intervenciones quirúrgicas, inmunodeficiencias, hemoglobinopatías, diabetes, cateterización de vena umbi-

lical, toma de muestra de sangre de un vaso femoral, uso de drogas intravenosas o infecciones en otros órganos, como la piel, el tracto genitourinario o el aparato cardiovascular<sup>11</sup>.

Una acumulación reciente de casos en nuestro centro ha motivado una revisión bibliográfica del tema y un análisis retrospectivo de nuestra experiencia en los últimos años. Los objetivos de tal revisión son los siguientes:

1. Describir la presentación clínica, la etiología, el tratamiento, las complicaciones y la evolución de las sacroilitis infecciosas en la edad pediátrica.
2. Efectuar una actualización del tema basada en las pruebas disponibles en la bibliografía.

## Pacientes y métodos

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de sacroilitis a través del registro de la Unidad de Docu-

PCR máxima (mg/L)	VSG máxima (mm/h)	Germen aislado (material)	Pruebas de imagen	Absceso	Antibiótico parenteral [antibiótico oral]	Días de ATB i.v. (totales)	Punción/drenaje	Respuesta (días desde tratamiento)
11	57	No [Serología positiva para <i>Brucella</i> spp.]	RM, gammagrafía ósea	No	[Doxiciclina, estreptomycinas orales]	0 (30)	No	Disminución del dolor (7), marcha (7)
65	95	<i>Salmonella</i> grupo D no typhi (sangre)	RM, gammagrafía ósea	No	Ciprofloxacino	21 (21)	No	Afebril (2), disminución del dolor (14), marcha (15)
185	90	<i>Staphylococcus aureus</i> -MR (punción absceso)	RM	Sí (psoas, ileopsoas y musculatura glútea)	Cefotaxima (cloxacilina 3 primeros días)	21 (21)	Sí	Afebril (2), disminución del dolor (4), marcha (21-férula)
62,6	92	<i>Staphylococcus aureus</i> (punción absceso)	RM, TC, ecografía de caderas	Sí (musculatura glútea)	Cefotaxima [cefuroxima oral]	14 (28)	Sí	Afebril (2), disminución del dolor (7)
32	50	No [Serología positiva para <i>Brucella</i> spp.]	RM, gammagrafía ósea	No	Doxiciclina, gentamicina [rifampicina oral]	7 (30)	No	Disminución del dolor (5), marcha (5)
33,8	70	<i>Staphylococcus hominis</i> (sangre)	RM, radiografía de raquis y pelvis	No	Amoxicilina-ácido clavulánico	14 (21)	No	Afebril (1), disminución del dolor (1), marcha (14)
369	–	No [ATB previo]	RM	Sí (canal medular sacro)	Cefepime	21 (21)	Sí	Afebril (1), disminución del dolor (1)
38	–	No	RM	No	Ceftriaxona [cefuroxima oral]	14 (28)	No	Afebril (1), disminución del dolor (1)
98	69	No	RM	No	Ceftriaxona [cefuroxima oral]	14 (28)	No	Afebril (1), disminución del dolor (1)
135	100	No	RM	No	Ceftriaxona [cefuroxima oral]	14 (21)	No	Recuperación de la movilidad cadera y marcha asistida (5)
55	–	No	RM, ecografía caderas, radiografía raquis y pelvis	No	Ceftriaxona [cefuroxima oral]	14 (28)	No	Afebril (2), disminución del dolor (3), marcha (28-férula)

mentación de nuestra institución. El descriptor utilizado fue el diagnóstico codificado como 720.2 en la CIE-9 y se limitó la búsqueda a los menores de 16 años. No se establecieron restricciones por fecha de diagnóstico. Se consideraron las sacroilitis infecciosas establecidas por la combinación de hallazgos clínico-analíticos (fiebre, alteraciones en la exploración del aparato locomotor, elevación de marcadores inflamatorios o aislamiento de microorganismos en muestras biológicas) y resultado compatible en la gammagrafía ósea o la resonancia magnética de la región sacroiliaca. Se excluyeron los pacientes con espondilodiscitis, osteomielitis pélvicas y patología reumatológica.

Por otro lado, se efectuó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, Embase y Tripdatabse. Se utilizó el MeSH word «sacroilitis». Los resultados se limitaron a los artículos de los últimos 10 años sobre niños de cualquier edad respecto a la patología infecciosa, sin restringir por idioma o tipo de artículo.

Además, se recuperaron algunas referencias citadas en los trabajos más relevantes.

## Resultados

Un total de 11 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Un resumen de los datos recogidos de sus historias clínicas se muestra en la tabla 1. El periodo de estudio abarca desde enero de 1993 hasta diciembre de 2011. Seis de los casos se concentran en los últimos 2 años del estudio.

En la tabla 2 se muestran los principales datos demográficos y clínicos. Respecto a la distribución por edades, destaca un doble pico de prevalencia: uno entre los 12 y los 21 meses, y otro posterior entre los 11 y los 16 años. No se encontró ningún predominio por sexos. Entre los pacientes mayores se describe con mayor frecuencia el antecedente de posible factor predisponente.

TABLA 2

**Principales características clínicas de la sacroilitis infecciosa en niños**

Características clínicas	Total= 11
Mediana de edad (años)	11,5
Sexo (% femenino)	45,5
Inmunocomprometidos (%)	0
Manifestaciones:	
• Fiebre	9 (81,8%)
• Alteraciones de la marcha	9 (81,8%)
• Rechazo de la sedestación	2 de 5 (40% de los <2 años)
• Dolor:	
– Abdominal	1 (9,1%)
– Fosa iliaca derecha	1 (9,1%)
– Región sacra (espontáneo o con la exploración)	10 (90,9%)
- Bilateral	4 (36,4%)
- Izquierdo	1 (9,1%)
- Derecho	5 (45,5%)
Maniobra de Fabere positiva	5 (45,5%)
Postura antiálgica	4 (36,4%)
Factores predisponentes:	
• Herida cutánea	2 (18,2%)
• Dermatitis atópica	1 (9,1%)
• Infección de partes blandas	1 (9,1%)
• Gastroenteritis	1 (9,1%)
• Infección respiratoria superior	1 (9,1%)

En 7 de los 11 niños, el diagnóstico se realizó durante la primera semana en que presentaron sintomatología.

En los casos en que se registró fiebre, ésta apareció menos de 4 días antes del diagnóstico, y la combinación con dolor y alteraciones de la marcha fue la presentación clínica más habitual, llegando a describirse en más del 80% de los casos. En los pacientes menores de 2 años que todavía no habían alcanzado la bipedestación, la irritabilidad al sentarse fue el rasgo más específico.

En 8 de los 11 casos la sospecha de sacroilitis se estableció en la primera asistencia en el hospital; en el resto se planteó tras varios días de evolución clínica durante el ingreso o tras reconsultar en el servicio de urgencias. Uno de los casos fue remitido desde atención primaria con la presunción diagnóstica de recidiva brucelósica con sacroilitis.

En el análisis sanguíneo, la mediana de leucocitos/ $\mu\text{L}$  fue de 9.300 (rango de distribución: 3.790-22.300), con un 54,6% de neutrófilos (rango: 40,6-95). Se solicitó la determinación de la proteína C reactiva en todos los casos, y se obtuvieron valo-

TABLA 3

**Especies involucradas en las sacroilitis infecciosas**

Especie	Frecuencia	Método de detección	Muestra
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 (18,2%)	Cultivo	Absceso
<i>Brucella mellitensis</i>	2 (18,2%)	Serología	Sangre
<i>Staphylococcus hominis</i>	1 (9,1%)	Cultivo	Sangre
<i>Salmonella</i> grupo D no typhi	1 (9,1%)	Cultivo	Sangre
Total de diagnósticos etiológicos	6 (54,5%)		

res entre 11 y 369 mg/L, con una mediana de 62,6 mg/L. En 8 de los casos se obtuvo una muestra para la medición de la velocidad de sedimentación globular, que fue de más de 50 mm/h en todos los pacientes, con un máximo de 100 mm/h.

En 3 casos se aislaron especies del género *Staphylococcus* (tabla 3), en los que se describía como factor favorecedor la presencia de dermatosis: 2 con heridas cutáneas por traumatismo y 1 con un forúnculo. La cepa causal en uno de los niños fue *S. aureus* meticilin-resistente. En 1 caso con foco intestinal se aisló *Salmonella* en sangre. Se encontraron 2 artritis brucelósicas: una de ellas fue una recidiva tras haber realizado un régimen antibiótico incompleto; el otro fue el único paciente en el que no se utilizó la vía parenteral para la administración de antibióticos.

Todos los niños diagnosticados de absceso fueron intervenidos con punción diagnóstico-terapéutica. Este procedimiento permitió detectar *S. aureus* en 2 de las 3 ocasiones. El caso restante estuvo tratado con antibioterapia oral con amoxicilina-ácido clavulánico durante la semana previa, lo que pudo dificultar el aislamiento.

Se practicó una resonancia magnética (RM) en todos los casos y 3 gammagrafías óseas, ninguna de ellas en los últimos 2 años del estudio. Los hallazgos predominantes en la RM fueron una edematización de la zona medular adyacente a la articulación afectada, una mayor cantidad de líquido en la interlínea articular y una mayor intensidad de señal en las partes blandas circundantes, que realzan con la administración de contraste, junto con múltiples adenopatías regionales de aspecto reactivo. Todos los diagnósticos de abscesos se efectuaron por imagen tras más de 5 días de evolución clínica. Se repitió la exploración por RM al finalizar el tratamiento en 2 pacientes, ambos con resultado de mejora radiológica.

La respuesta clínica al tratamiento antibiótico fue excelente en todos los casos, con desaparición de la fiebre tras 1-2 días de la instauración del antibiótico y/o de la punción del absceso. La duración de los tratamientos fue de 3-4 semanas, con un mínimo de 2 semanas por vía intravenosa y en régimen hospitalario, excluyendo las artritis por *Brucella*. La recuperación de

la marcha y la desaparición del dolor no fueron tan precoces. En los casos 3, 9, 10 y 11, la vuelta a la deambulación estuvo condicionada por la inmovilización con férula.

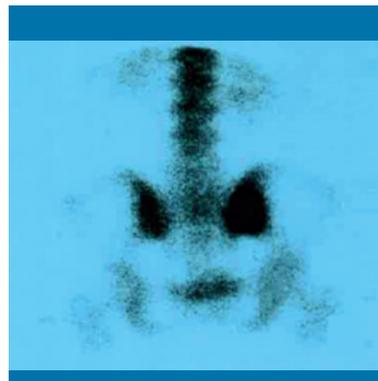
## Discusión

Se estima que la infección de la articulación sacroiliaca en la población pediátrica representa un 1-2% del total de artritis sépticas en este grupo<sup>12</sup>. Afecta aproximadamente por igual a ambos sexos, a diferencia de la edad adulta, en que afecta más a las mujeres<sup>2</sup>. Se describe una mayor frecuencia de aislamiento microbiológico en los niños mayores y adultos que en los lactantes y niños pequeños<sup>13</sup>. Una proporción importante de los pacientes que desarrollan una sacroilitis séptica tiene una infección previa, sobre todo del tracto urinario, la piel y las partes blandas. En algunos de nuestros pacientes existe el antecedente de heridas en la piel, infecciones cutáneas o de las vías respiratorias y gastroenteritis.

El microorganismo más frecuentemente aislado es *S. aureus*, aunque se han descrito casos producidos por *Salmonella* spp., *S. pneumoniae* y *K. kingae*, los mismos agentes predominantes en las espondilodiscitis sépticas<sup>1</sup>. En niños inmunodeficientes también se han descrito casos por *Candida* spp. o micobacterias.

El diagnóstico de sacroilitis es difícil de establecer, dada la inespecificidad de las manifestaciones clínicas. Generalmente es unilateral, como en todos nuestros casos. Debe tenerse en cuenta ante un cuadro de cojera, rechazo de la deambulación o sedestación, acompañado de fiebre pero no necesariamente de un aumento llamativo de los reactantes de fase aguda. También puede haber febrícula o temperatura normal. Los niños mayores son capaces de localizar el dolor, pero aun así, dada la poca frecuencia del cuadro, se deben descartar previamente otros diagnósticos, como la sinovitis y la artritis séptica de cadera<sup>8,14</sup>. En pacientes mayores colaboradores se puede realizar la maniobra de Fabere, que consiste en forzar la movilización de la articulación sacroiliaca; ésta se considera positiva si desencadena dolor con la flexión, abducción y rotación externa de la cadera apoyando el tobillo en la rodilla contralateral<sup>15</sup>. No es específica de la sacroilitis infecciosa: en el inicio de una espondiloartropatía juvenil, que con frecuencia cursa con fiebre y clínica muy localizada, habitualmente en adolescentes, esta exploración podría ser positiva y unilateral. Los antecedentes familiares y otros síntomas asociados podrían ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.

Inicialmente, una exploración clínica minuciosa, con palpación de la articulación sacroiliaca, puede orientar el diagnóstico. La radiografía de las caderas, la pelvis y la región lumbar permite descartar la presencia de fracturas, y la ecografía pone de manifiesto la presencia de líquido en dicha articulación. Con estas pruebas de imagen se descartan otras causas frecuentes de cojera en el niño (epifisiolisis, sinovitis transitoria, artritis



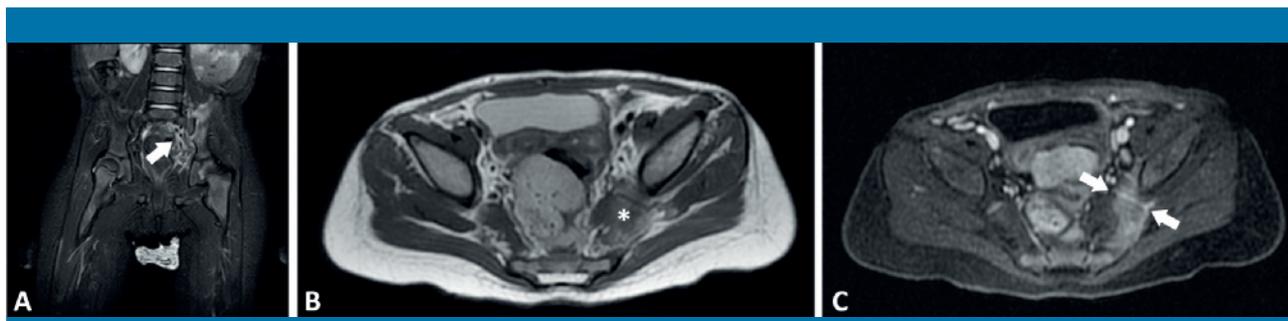
**Figura 1.** Gammagrafía ósea con fosfatos marcados con <sup>99m</sup>Tc. Se observa una discreta mayor captación en la articulación sacroiliaca derecha

séptica, fracturas o lesiones vertebrales), ya que a la presunción de sacroilitis se llega sobre todo por exclusión.

La gammagrafía ósea con fosfonatos-<sup>99m</sup>Tc es una prueba poco específica que localiza la lesión de forma precoz. El radiofármaco impregna el tejido óseo metabólicamente más activo, lo que precede a la lesión estructural (figura 1). Su sensibilidad en la primera semana es cercana al 87%<sup>13</sup> y se obtiene el máximo rendimiento en los casos con focalidad clínica poco clara y para localizar otros focos infecciosos en huesos largos. Por otro lado, la RM es muy específica y permite el diagnóstico de ciertas complicaciones, como la formación de abscesos<sup>16</sup> (figura 2). Se ha propuesto utilizar la RM como primera exploración por imagen cuando la clínica sea muy evidente y tras una gammagrafía compatible<sup>12</sup>, y recurrir inicialmente a la gammagrafía cuando se sospeche una osteomielitis, una artritis séptica a otros niveles o no exista un índice de sospecha elevado de sacroilitis, lo que constituye el escenario clínico habitual<sup>17</sup>.

Dada la dificultad del diagnóstico, puede retrasarse el inicio del tratamiento antibiótico y aparecer complicaciones importantes, como absceso del iliopsoas, alteraciones de la deambulación o sepsis<sup>18</sup>. Deben considerarse en el diagnóstico diferencial algunas neuropatías (plexitis o síndrome de Guillain-Barré), tuberculosis y procesos neoplásicos.

El tratamiento antibiótico debe cubrir *S. aureus*, dado que es el principal agente implicado (tabla 4). La incidencia de infecciones por cepas resistentes a meticilina (SARM) en nuestro medio está aumentando; al principio lo hizo a expensas de casos importados desde América, pero actualmente ya se ha difundido hasta la población nativa<sup>19</sup>. Se ha comunicado una estancia hospitalaria más prolongada en las infecciones producidas por SARM y una potencialidad mayor para la morbilidad a largo plazo a pesar de un tratamiento antibiótico y quirúrgico agresivo<sup>20</sup>. En las cepas resistentes se detecta más frecuentemente el gen *pvl*, que parece responsable de su mayor patogenicidad en las infecciones musculoesqueléticas en niños<sup>6</sup>. El impacto específico de SARM en las sacroilitis infecciosas no se ha estudiado de momento. Sin embargo, la



**Figura 2.** A) Corte coronal en la articulación sacroiliaca. Secuencia STIR. Mayor intensidad de señal en el lado izquierdo. La flecha señala la apófisis articular del sacro. B) Secuencia FRIFSE potenciada en T2. El asterisco marca el edema óseo yuxtaarticular. C) La línea imaginaria entre las flechas es la interlínea articular sacroiliaca, con marcada señal tras la administración de contraste intravenoso e intenso edema periarticular

#### TABLA 4

#### Antibióterápia empírica para el tratamiento de las sacroilitis infecciosas (dosis pediátricas)

Antibiótico	Vía	Dosis (mg/kg/día)	Dosis diarias	Particularidad
Cloxacilina	i.v.	100-200	4	De elección
Cefuroxima	i.v.	100-150	3	
	v.o.	40-60	3	
Ceftriaxona	i.v. o i.m.	75-100	1 o 2	Posibilidad de dar una vez al día
Cefotaxima	i.v. o i.m.	150-200	3 o 4	
Cefadroxilo	v.o.	60	2 o 3	
Cefalexina	v.o.	100-150	4	
Clindamicina	i.v.	20-40	2, 3 o 4	Primera opción si SARM documentado
	v.o.	10-30		

i.m.: vía intramuscular; i.v.: vía intravenosa; v.o.: vía oral; SARM: *S. aureus* meticilín-resistente.

antibióterápia empírica de primera elección para las infecciones causadas principalmente por *S. aureus* continúa siendo la cloxacilina. En los casos en que se aísla *Salmonella* puede ser necesario cambiar el fármaco a otro de mayor espectro, si inicialmente se ha recurrido a cloxacilina. El tratamiento de la brucelosis es especial y debe seguir los protocolos específicos para ello. El estreptococo del grupo A también ha sido señalado como agente causal de sacroilitis infecciosa, y el cuadro clínico puede simular un síndrome de *shock* tóxico estreptocócico<sup>21</sup>. Utilizar cefuroxima desde el principio permite no hacer un cambio de antibiótico al pasar de la pauta intravenosa a la oral. Aunque no existe una duración de antibióterápia intravenosa establecida, se suele utilizar por lo menos hasta la desaparición de los síntomas. Se podría optar por la pauta oral desde el inicio si se asegura un cumplimiento firme y un seguimiento prolongado durante toda la duración del tratamiento. En total se recomiendan 2-4 semanas

de antibióterápia<sup>1</sup>. Existe evidencia de que una pauta de 10 días con administración intravenosa en los 2-4 primeros días podría ser suficiente para las artritis sépticas, si se ha aspirado previamente, y en los pacientes en que se constata una disminución de parámetros inflamatorios<sup>22</sup>, lo que podría aplicarse también a los casos de sacroilitis infecciosa.

Es objeto de debate la necesidad y el tipo de inmovilización, pero algunos autores recomiendan el uso de un corsé durante el tiempo de tratamiento intravenoso. La cirugía se reserva para los casos muy extensos o complicados con abscesos.

Dado el buen pronóstico de esta entidad, cabría replantearse el diagnóstico en los casos en que no hubiera mejoría clínica en un corto periodo de tiempo. ■

#### Bibliografía

- Calvo Rey C, Merino Muñoz R. Espondilodiscitis y sacroilitis en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2011; 9: 275-280.
- Wu MS, Chang SS, Lee SH, Lee CC. Pyogenic sacroiliitis: a comparison between paediatric and adult patients. *Rheumatology (Oxford).* 2007; 46: 1.684-1.687.
- Hogsdon BF. Pyogenic sacroiliac joint infection. *Clin Orthop Relat Res.* 1989; 246.
- Grippi M, Zions LE, Ahlmann ER, Forrester DM, Patzakis MJ. The early diagnosis of sacroiliac joint infections in children. *J Pediatr Orthop.* 2006; 26: 589-593.
- Feldman LS. Salmonella septic sacroiliitis: case report and review. *Pediatr Infect Dis J.* 2006; 25.
- Martínez-Aguilar G, Avalos-Mishaan A, Hulten K, Hammerman W, Mason EO Jr, Kaplan SL. Community-acquired, methicillin-resistant and methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* musculoskeletal infections in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004; 23: 701-706.
- Bining HJ, Saigal G, Chankowsky J, Rubin EE, Camlioglu EB. *Kingella kingae* spondylodiscitis in a child. *Br J Radiol.* 2006; 79: e181-e183.
- Wada A, Takamura K, Fujii T, Yanagida H, Surijamorn P. Septic sacroiliitis in children. *J Pediatr Orthop.* 2008; 28: 488-492.
- Gutiérrez MA, Barreiro GG, Ribacoba BL, Alonso Alonso JJ, Aguirre EC. Pyogenic sacroiliitis. Presentation of 10 cases. *Rev Clin Esp.* 1993; 193: 235-238.

10. Doita M, Yoshiya S, Nabeshima Y, Tanase Y, Nishida K, Miyamoto H, et al. Acute pyogenic sacroiliitis without predisposing conditions. *Spine*. 1976; 2003; 28: 384E-389E.
11. Stoll ML, Bhole R, Dempsey-Robertson M, Punaro M. Spondyloarthritis in a pediatric population: risk factors for sacroiliitis. *J Rheumatol*. 2010; 37: 2.402-2.408.
12. Molinos QA, Morillo GB, Camacho Lovillo MS, Neth O, Obando SI. Pyogenic sacroiliitis in children: a diagnostic challenge. *Clin Rheumatol*. 2011; 30: 107-113.
13. Offiah AC. Acute osteomyelitis, septic arthritis and discitis: differences between neonates and older children. *Eur J Radiol*. 2006; 60: 221-232.
14. Ford LS, Ellis AM, Allen HW, Campbell DE. Osteomyelitis and pyogenic sacroiliitis: a difficult diagnosis. *J Paediatr Child Health*. 2004; 40: 317-319.
15. Rotes Querol J. Exploración del aparato locomotor. En: Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota JJ, eds. *Tratado de reumatología*. Madrid: Arán, 1998; 177-208.
16. Connolly LP, Connolly SA, Drubach LA, Jaramillo D, Treves ST. Acute hematogenous osteomyelitis of children: assessment of skeletal scintigraphy-based diagnosis in the era of MRI. *J Nucl Med*. 2002; 43: 1.310-1.316.
17. Albañil Ballesteros R, Calvo Rey C, Vázquez Álvarez MA, Alcázar Villar MJ, Merino Muñoz R, García-Consuegra J. Sacroiliitis infecciosa en niños: un diagnóstico difícil. *Rev Enferm Infecc Pediatr*. 2010; 23: 31-34.
18. Zrig M, Mnif H, Koubaa M, Jawahdou R, Mnari W, Golli W, et al. Iliopsoas abscess: a rare complication of pyogenic sacroiliitis in a child. *Arch Pediatr*. 2010; 17: 141-143.
19. Manzur A, Domínguez AM, Pujol M, González MP, Limón E, Hornero A, et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: an emerging threat in Spain. *Clin Microbiol Infect*. 2008; 14: 377-380.
20. Vander Have KL, Karmazyn B, Verma M, Caird MS, Hensinger RN, Farley FA, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in acute musculoskeletal infection in children: a game changer. *J Pediatr Orthop*. 2009; 29: 927-931.
21. Komatsu H, Nojiri H, Sogo T, Inui A, Sawa F, Fujisawa T. Sacroiliitis infected with group A streptococcus in a child presenting with confusion and combativeness. *J Infect Chemother*. 2009; 15: 328-330.
22. Peltola H, Paakkonen M, Kallio P, Kallio MJ. Prospective, randomized trial of 10 days versus 30 days of antimicrobial treatment, including a short-term course of parenteral therapy, for childhood septic arthritis. *Clin Infect Dis*. 2009; 48: 1.201-1.210.