

Indicaciones de estudios de Patología de Articulaciones Sacroilíacas

La articulación sacroilíaca, considerada durante mucho tiempo como una anfiartrosis sin capacidad de movimiento, es en realidad una articulación de tipo diartrodial, constituida por una cavidad articular, con membrana sinovial en su interior, protegida por una fuerte estructura cápsulo-ligamentosa, que consta de cierto rango de movimiento. Esta articulación conecta la columna vertebral.

Las articulaciones sacroilíacas pueden ser el origen de diferentes cuadros clínicos caracterizados por dolor lumbar bajo. En base a la presentación clínica, incluyendo la edad del paciente, las características del cuadro doloroso (dolor mecánico o inflamatorio), y a la existencia o no de factores desencadenantes (traumatismo, sobreuso,...), pueden establecerse distintos escenarios diagnósticos.

DOLOR SACROILÍACO NO TRAUMÁTICO

DOLOR LUMBAR BAJO DE TIPO INFLAMATORIO

1. Espondiloartritis

El dolor inflamatorio lumbar bajo en un paciente joven, típicamente menor de 45 años y con una duración igual o superior a 3 meses, es la presentación clínica característica de las espondiloartritis.

Las espondiloartritis, antes denominadas espondiloartropatías y artritis seronegativas, son un grupo de enfermedades reumatológicas que comparten mecanismos patogénicos, características clínicas y una predisposición genética determinada por la positividad del antígeno de histocompatibilidad leucocitario (HLA) B27.

Se considera que la sacroileítis en contexto de espondiloartritis representa hasta un 5% de los cuadros de dolor lumbar bajo crónico.

1.1. La Rx es la exploración inicial que debe realizarse ante la sospecha clínica de sacroileítis debida a espondiloartritis.

- La realización de una proyección AP de pelvis permite la valoración simultánea de las articulaciones sacroilíacas y coxofemorales, por lo que es recomendada por sociedades como ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society). La afectación de las articulaciones coxofemorales tiene valor pronóstico.
- La obtención de proyecciones adicionales (proyección de Ferguson: AP con angulación cefálica del rayo de 30°) no ha demostrado mejorar la rentabilidad diagnóstica.
- La Resonancia Magnética (RM) puede sustituir a la radiografía en pacientes en edad pediátrica y adolescentes.

1.2. Cuando el diagnóstico no se pueda confirmar en base a la presentación clínica y radiográfica (radiografías normales o equívocas), debe realizarse Resonancia Magnética (RM).

1.3. La RM también está indicada en casos ya diagnosticados para valorar la existencia de enfermedad activa.

2. Diagnóstico diferencial de las espondiloartritis

La hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH, Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis) habitualmente cursa con escasa sintomatología y se diagnostica por su aspecto radiológico característico en la columna. La afectación de las articulaciones sacroilíacas, a diferencia de lo establecido en los criterios de Resnick, es común y puede confundirse en las radiografías con el aspecto de la sacroileítis.

2.1. La TC es la técnica de elección para diferenciar la afectación sacroilíaca en la hiperostosis esquelética idiopática difusa de las espondiloartritis.

- Los osteofitos anteriores formando puentes que fusionan el margen anterior de la articulación y la ausencia o poca importancia de las erosiones permiten el diagnóstico de hiperostosis esquelética idiopática difusa.

3. Artritis séptica

La artritis séptica sacroilíaca cursa también con dolor inflamatorio, pero a diferencia de lo que ocurre en la espondiloartritis, la afectación suele ser unilateral, los síntomas tienen una duración menor a los 3 meses y en la mayor parte de casos los pacientes son de edad media o avanzada.

3.1. La prueba de elección en el diagnóstico de la sacroileítis séptica es la RM.

- Esta prueba permitirá establecer no sólo el diagnóstico, sino también el grado de afectación extraarticular, identificando abscesos periarticulares, factores que influirán en la planificación terapéutica.

3.2. La TC puede sustituir a la RM cuando esta esté contraindicada, y está indicada como método de guía de punción articular y/o de colecciones periarticulares.

DOLOR LUMBAR BAJO DE TIPO MECÁNICO

Las articulaciones sacroilíacas pueden ser el origen de cuadros de lumbalgia baja mecánica sin antecedente traumático, agrupadas bajo el epígrafe disfunción sacroilíaca. Característicamente, se trata de cuadros de lumbalgia no irradiada, que se diagnostican clínicamente por los tests de provocación del dolor y en los que los estudios radiológicos tienen un papel limitado.

- La radiografía AP de sacroilíacas es el estudio de imagen inicial en este escenario clínico.
- La RM es útil en el diagnóstico diferencial para excluir otras etiologías del dolor (discogénico, facetario, radicular, sd. piramidal,...).

1. Osteítis condensante del ilíaco

Una de las entidades que cursa con dolor lumbar bajo mecánico es la osteítis condensante del ilíaco (osteítis condensans ilii) que afecta pacientes jóvenes, más frecuentemente mujeres con antecedente de embarazo reciente.

- La radiografía AP de sacroilíacas es el estudio de imagen inicial en esta patología. Habitualmente no se requieren más exploraciones para establecer el diagnóstico.
- La Tomografía Computarizada es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico en casos equívocos.
- La RM puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con la sacroileítis característica de las espondiloartritis, ya que ambas entidades se puede detectar edema óseo y esclerosis en la región subcondral de las carillas articulares, de forma más frecuente en las ilíacas. La ausencia de erosiones y la morfología y localización de la esclerosis subcondral son las claves que orienta hacia la osteítis condensante del ilíaco.

DOLOR SACROILÍACO TRAUMÁTICO

1. Fractura-luxación de las articulaciones sacroilíacas

Las lesiones traumáticas de las articulaciones sacroilíacas deben considerarse siempre como parte de las fracturas del anillo pelviano. Estas fracturas se clasifican de acuerdo con el grado de estabilidad residual del anillo pelviano y pueden dividirse en fracturas completas, en las que el anillo se rompe en dos puntos, y fracturas incompletas, en las que el anillo no se interrumpe o lo hace solo en un punto. Las articulaciones sacroilíacas constituyen uno de los puntos débiles del anillo pelviano.

- La radiografía AP de pelvis es la técnica inicial en el caso de sospecha de fractura/luxación de articulaciones sacroilíacas.
 - La radiografía es poco sensible para detectar fracturas pélvicas en comparación con la TC, particularmente en fracturas sacras e ilíacas, con una sensibilidad reportada del 67-78%.
- La TC es la técnica de elección para: a) establecer el diagnóstico en pacientes hemodinámicamente inestables en los que la realización de radiografías puede retrasar el tratamiento, b) estadificar una fractura ya detectada en las radiografías y c) detectar fracturas no detectadas en las radiografías en caso de fuerte sospecha clínica.
 - La angio-TC permite el diagnóstico de lesiones vasculares asociadas, mientras que la replección por sonda de la luz vesical (cisto-TC) permite detectar lesiones traumáticas de la vejiga urinaria.

2. Fractura de estrés

Las fracturas de estrés de la región sacroilíaca asientan sobre todo en el sacro, y son más frecuentemente fracturas por insuficiencia que afectan a pacientes de edad media a avanzada, con factores predisponentes (osteoporosis, tratamiento corticoideo, radioterapia, ...). Las fracturas por fatiga son menos frecuentes y se han descrito sobre todo en corredores de larga distancia, siendo más frecuente en mujeres.

- La RM es la técnica diagnóstica de elección de las fracturas de estrés sacroilíacas.
 - Las radiografías son poco sensibles para el diagnóstico de fracturas de estrés.
 - La TC puede emplearse cuando la RM esté contraindicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernard SA, Kransdorf MJ, Beaman FD, et al. ACR appropriateness criteria chronic back pain suspected sacroiliitis-spondyloarthropathy. *J Am Coll Radiol* 2017;14:S62-S70.
2. Kang Y, Hong SH, Kim JY, et al. Unilateral sacroiliitis: differential diagnosis between infectious sacroiliitis and Spondyloarthritis based on MRI findings. *Am J Roentgenol* 2015;205:1048-1055,
3. Lee MJ, Wright A, Cline M, et al. Pelvic fractures and associated genitourinary and vascular injuries: a multisystem review of pelvic trauma. *Am J Roentgenol* 2019;213:1-10.
4. Leibushor N, Slonimsky E, Aharoni D, Lidar M, Eshed I. CT abnormalities in the sacroiliac joints of patients with Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis. *Am J Roentgenol* 2017;208:1-4.
5. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of Spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1327-39.
6. Obaid AK, Barbelen A, Porral D, Lush S, Cinat M. Pelvic radiography in ATLS algorithms: a diminishing role?. *World J Emerg Surg* 2008;3:11.
7. Poddubnyy D, Weineck H, Diekhoff T, et al. Clinical and imaging characteristics of osteitis condensans ilii as compared with axial Spondyloarthritis. *Rheumatol* 2020;0:1-9.
8. Sacroiliac joint pain. Anatomy, Biomechanics, Diagnosis, and Treatment. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:997-1006.
9. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess Spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68(Suppl II):ii1-ii44.
10. Thawrani DP, Agabegi SS, Asghar F. Diagnosing sacroiliac joint pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2018;00:1-9.
11. Tsiridis E, Upadhyay N, Giannoudis PV. Sacral insufficiency fractures: current concepts of management. *Osteoporos Int* 2006;17:1716-25.
12. Yahara Y, Yasuda T, Kawaguchi Y, et al. Sacroiliac joint variation associated with Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis. *BMC Musculoskelet Disord* 2020;21:93.