Cristina	Nombre:
de Gracia Serrano	Apellido:
Mª Carmen Castro Copete, Concepción Crespo Martínez, Jorge Calbo Maiques	Otros Autores:
cristina_de_gracia@hotmail.com	E-mail:
Hospital Universitario San Juan de Alicante	Hospital:
San Juan de Alicante	Ciudad:
Sacroileítis infecciosa postraumática	Título:
Varón de 17 años con antecedente de caída de espaldas una semana antes. Acudió a urgencias por dolor lumbosacro irradiado a pierna izquierda. Se realizó TC lumbosacro y RM pélvica apreciando varias colecciones en iliopsoas y piriforme izquierdos sugestivas de hematomas, sin trazos de fractura. Dada la mala evolución clínica se repitió RM donde se apreciaba captación difusa de la articulación sacroilíaca izquierda con líquido en su interior y edema óseo en relación con sacroileítis, y persistencia de las colecciones con mayor extensión de las mismas y de aspecto más organizado, compatibles con abscesos. Se realizó drenaje quirúrgico con cultivo positivo para Staphylococus aureus.	Presentación:
Se trataba de una sacroileítis infecciosa postraumática asociada a abscesos en la musculatura adyacente. La sacroileítis infecciosa es una entidad poco frecuente que suele afectar a niños y adultos jóvenes. Está asociada con infecciones de piel/ ginecológicas, traumatismos pélvicos y abuso de drogas. En la mayoría de casos es unilateral. El microorganismo causante más frecuente es Staphylococcus aureus. Suele pasar inicialmente desapercibida ya que la clínica es inespecífica, similar a otras entidades, con dolor glúteo unilateral, síntomas radiculares, fiebre y elevación de VSG y PCR. La RM es la técnica de elección. Los hallazgos característicos son: - Líquido en la interlínea articular con extensión a la interfase hueso ilíaco-iliopsoas, siendo este último hallazgo específico de sacroileítis infecciosa. - Erosiones corticales. - Edema óseo y de la musculatura adyacente. - Abscesos en partes blandas adyacentes. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa 3 semanas, seguido de un periodo de antibioterapia oral. Si no mejora requerirá drenaje percutáneo o quirúrgico.	Discusión :
La sacroileítis infecciosa postraumática es una entidad poco común que requiere un diagnóstico precoz para establecer un tratamiento adecuado y evitar complicaciones, siendo la técnica de elección la RM.	Conclusión:
1. Muñoz Hernández A, Herrezuelo M, Navarro Navarro R, Ruiz Caballero	Bibliografía:

JA, Jiménez Díaz JF, Brito Ojeda E. Sacroileítis Séptica. Hallazgos por resonancia magnética. 20 Jornadas Canarias de Traumatología y Cirugía Ortopédica. 2006;195-199 2. Mora de Sambricio A, Marimón Juan I, Rius Dalmau M, Pérez López A. Sacroileítis piógena en el niño y el adulto joven. A propósito de tres casos. Rev esp cir ortop traumatol. 2011;55(2):125—129 3. Hanson P, Delaere B, Nisolle J, Deltombe T. Pyrexia due to pyogenic sacroiliitis with iliopsoas abscess after spinal cord injury. Spinal Cord 2004; 42, 649–651 4. Vale-Fernandes E, Rodrigues F, Monteiro C, Carvalho L. Infectious Postpartum Sacroiliitis: The Importance and Difficulty of Early Diagnosis. Acta Med Port 2016 Jul-Aug;29(7-8):484-487 5. Vyskocil JJ, Mc Ilroy MA, Brennan TA, Wilson FM. Pyogenic infection of the sacroiliac joint. Case reports and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1991 May;70(3):188-97. 6. Loh JLM, Daruwalla ZJ, Chong M. Pyogenic Sacroiliitis in a Healthy and Fit Adolescent. J Clin Case Rep 2016; 6:7 7. Lindholm DA, Murray CK, Akers KS, O'Brien SD, Alderete JF, Vento TJ. Novel Pseudomonas fluorescens Septic Sacroiliitis in a Healthy Soldier. MILITARY MEDICINE 2013;178, 8:e963. 8. Haq I, Morris V. Post-partum septic sacroiliitis. Rheumatology 2001;40:1191-1192.	
a) Corte oblicuo de TC sin contraste con filtro de hueso: Se aprecian ambas articulaciones sacroilíacas, sin identificar trazos de fractura. b) Corte axial de la segunda RM* en secuencia T1 FS + C: Captación de contraste en la articulación sacroilíaca izquierda, con líquido en su interior y colecciones hipointensas con realce periférico a ambos lados de la misma, en músculo iliopsoas y musculatura paravertebral ipsilateral, compatibles con abscesos. c) Corte axial de la segunda RM en secuencia T1 FS + C: Colecciones hipointensas con realce periférico en el músculo piriforme y en la interfase entre el músculo iliopsoas y el hueso ilíaco izquierdos, siendo este último hallazgo específico de sacroileítis infecciosa. d) Corte coronal de la segunda RM en secuencia STIR: Líquido en la articulación sacroilíaca izquierda con edema óseo en sus vertientes sacra e ilíaca, asociado a una colección adyacente en el músculo piriforme y edema en musculatura adyacente. * No se aportan imágenes de la primera RM por presentar numerosos artefactos de movimiento.	Pie de foto: