

Open Acces



DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA. EVALUACIÓN Y MANEJO

Bernat de Pablo Màrquez¹, Alba Girbau Moreno², Joaquim Chaler Vilaseca³

1 Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria. Hospital Universitari Mútua Terrassa

2 Médico residente en Medicina física y rehabilitación. Hospital Universitari Mútua Terrassa

3 Médico especialista en Medicina física y rehabilitación. Egarsat, Terrassa

Dirección para correspondència:

Bernat de Pablo Màrquez

Correo electrónico:

bernatdepablo@gmail.com

RESUMEN

El dolor lumbar es uno de los síntomas más comunes en la población general. La disfunción de la articulación sacroilíaca es una de las causas de estos síntomas y en los últimos años se han publicado trabajos que muestran que su prevalencia es mayor a la que se creía anteriormente (el 10-30% de los casos de dolor lumbar según las series). Presentamos una revisión de esta enfermedad con el objetivo de mejorar la concienciación de éste diagnóstico y su manejo en atención primaria. Existen varias pruebas ortopédicas que pueden utilizarse para intentar reproducir los síntomas asociados a la disfunción articular sacroilíaca y que deben ser conocidas por los médicos de atención primaria.

Palabras clave: Dolor; articulación sacroilíaca; rehabilitación

RESUM

El dolor lumbar baix és un dels símptomes més freqüents en la població general. La disfunció de l'articulació sacroilíaca és una de les causes d'aquesta simptomatologia sobre la qual s'estan realitzant molts estudis en els últims anys, mostrant una prevalença molt superior a la qual es creia anteriorment (fins a 10-30% dels casos de dolor lumbar segons les sèries). Presentem una revisió d'aquesta patologia per millorar el seu diagnòstic i maneig a nivell d'atenció primària. Existeixen diverses proves ortopèdiques que poden utilitzar-se per intentar reproduir els símptomes associats a la disfunció articular sacroilíaca i que han de ser conegudes pels metges d'atenció primària.

Mots clau: Dolor; articulació sacroilíaca; rehabilitació

Low back pain is one of the most common symptoms in the general population. Sacroiliac joint dysfunction is one of the causes of these symptoms and many studies have been conducting in the recent years showing a prevalence that is higher to that previously believed, with approximately 10-30% of the cases of low back pain according to the series. We present a review of this disease aimed to improve the awareness of this diagnosis and management at the primary care setting. There are several orthopaedic provocative tests that can be used in an attempt to reproduce the symptoms associated with sacroiliac joint dysfunction and must be known by general practitioners.

Key words: Pain; sacroiliac joint; physical therapy

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar bajo es un motivo frecuente de consulta. Se estima que el 84% de los pacientes padecerá dolor lumbar bajo a lo largo de su vida. El dolor suele ocasionar un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y es una de los principales motivos de absentismo laboral¹.

La mayor dificultad para determinar la etiología del dolor lumbar radica en que la columna vertebral y la pelvis funcionan como una estructura dinámica integrada. Cualquier modificación de una estructura lumbosacroccóigea repercute directamente en los discos y las articulaciones de los niveles vertebrales, por lo cual hay diversas estructuras anatómicas que podrían estar implicadas en el origen de este tipo de dolor¹.

DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA

La disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca es una causa de dolor lumbar bajo a tener en cuenta. Diversos estudios han estimado una prevalencia del 10-30% de disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca en pacientes con dolor lumbar¹⁻⁵. Las patologías que pueden afectar la articulación sacroilíaca son diversas: inflamatorias, metabólicas, infecciosas, iatrogénicas, y así como la disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca, que presenta dolor en la región sin alteración anatómica demostrable⁶.

La articulación sacroilíaca es una superficie articular plana, protegida por un cartílago delgado (fácilmente degradable, sobretodo en mujeres). La función de la articulación es transmitir las fuerzas de la columna vertebral a extremidades inferiores tanto en estático como en dinámico, así como mitigar el estrés de las fuerzas de torsión de la pelvis y las rotaciones durante la marcha. La disfunción de la articulación es causada por una presión excesiva o insuficiente sobre la superficie articular, provocando un fallo en la transmisión de cargas^{7,8}.

Las causas más habituales de la disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca son el embarazo/posparto y los traumatismos, sobre todo tras accidentes de circulación o caídas, pero también en relación con traumatismos de baja intensidad (elevación de un peso con el torso en torsión, o perder el paso al bajar un escalón)^{1,6,9}. El embarazo predispone a la disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca por una combinación de factores, que incluyen el aumento de peso, la postura hiperlordótica, el trauma mecánico del parto y la laxitud ligamentosa inducida por la hormona relaxina^{7,8}.

CLÍNICA

La disfunción de la articulación sacroilíaca puede manifestarse con dolor a nivel de cuadrante superior y medial o cuadrante lateral de las nalgas que se puede irradiar a

trocánter mayor, cara lateral del muslo e ingle. Uno de los factores diferenciales del dolor de la disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca es la ausencia del mismo por encima del nivel de L5. Típicamente, el dolor empeora con la flexión del tronco y con la sedestación y mejora con la deambulación y la bipedestación.

Exploración física^{8,9}:

Movilidad de la articulación:

- Flexión en bipedestación. Es positivo si hay ascensión de la espina ilíaca.
- Flexión en sedestación. Es positivo si hay ascensión de la espina ilíaca.
- Test de Gillet. Se sitúan los pulgares en S2 y espina ilíaca posterosuperior. Es positivo si hay ascensión de la espina ilíaca al levantar la pierna ipsilateral (test de la cigüeña).

Test de provocación de dolor: Tienen como objetivo el estiramiento del ligamento sacroilíaco; en caso de disfunción de la articulación sacroilíaca aparece dolor.

- Palpación dolorosa ligamento sacroilíaco dorsal largo al estiramiento (anteversión o contranutación de pelvis).
- Test de Gaenslen: hiperextensión de la cadera ipsilateral y flexión contralateral (**Figura 1**).

Figura 1. Test de Gaenslen: hiperextensión de la cadera ipsilateral y flexión contralateral.



- Test de Patrick o FABER: flexión, abducción y rotación externa (*Flexion, ABduction, External Rotation*) de la cadera (**Figura 2**).

Figura 2. Test de Patrick (FABER): flexión, abducción y rotación externa (Flexion, ABduction, External Rotation) de la cadera.



- Test de Yeoman o test de extensión de cadera: es el más específico y fiable (**Figura 3**).

Figura 3. Test de Yeoman o test de extensión de la cadera.



- *Anterior gaping* (apertura). Apertura de la articulación sacroilíaca realizando presión sobre alas ilíacas.

- *Posterior gaping* (apertura). Con el paciente en decúbito lateral sobre lado sano, realizamos apertura posterior de la articulación sacroilíaca apoyándonos sobre la cadera afecta.

- *Thigh thrust* (compresión cadera). Cadera afecta en flexión y ligeramente en aducción. Se ejerce presión posterior en el eje de diáfisis femoral.

- *Sacral thrust* (compresión posterior). Compresión sobre región sacroilíaca con el paciente en decúbito prono.

- ASLR (*Active Straight Leg Raise*). Elevación en contrarresistencia de la extremidad en extensión.

Otros signos:

- Marcha antiálgica

- Test de Trendelenbourg: debilidad glútea en la pierna contralateral.

La disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca presenta en ocasiones un difícil diagnóstico, ya que no existen signos patognomónicos y las maniobras de provocación de dolor son sensibles pero poco específicas (nivel de recomendación B). Entre un 2 y 20% de pacientes asintomáticos tiene alguna de las maniobras positivas^{1,7}.

Los tests que han demostrado una mayor eficiencia en la detección de la disfunción de la articulación sacroilíaca son: Patrick o FABER (sensibilidad del 63-100% y especificidad del 73-77%), Gaenslen (sensibilidad del 71% y especificidad del 26%) y Yeoman¹. La combinación de tres o más maniobras positivas (*anterior gaping, thigh thrust test, test de Gaenslen, posterior gaping, cranial shear test, sacral thrust test*) tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 78%⁴.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la disfunción de la articulación sacroilíaca se puede agrupar en entidades congénitas, degenerativas, traumáticas, tumorales, infecciosas, psiconeuróticas, mecánicas, metabólicas e inflamatorias (**Tabla 1**).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la disfunción mecánica de la articulación sacroilíaca.

Congénito	Degenerativa	Traumáticos
Espina bífida oculta.	Espondilolistesis L5-S1.	Esguince. Distensión ligamentaria.
Lumbarización de vértebra sacra.	Síndrome facetario. Síndrome miofacial.	Traumatismo agudo o crónico.
Asimetría congénita de miembros pélvicos.	Artropatías vertebrales. Coccigodinia.	Fractura lumbosacra.
Espondilolisis o espondilolistesis		

congénita.		
Tumoral	Infeciosos	Psiconeurosis
Osteoma osteoide.	Osteomielitis.	Histeria.
Osteoblastoma.	Tuberculosis.	Lumbalgias fingidas.
Mieloma múltiple.	Discitis lumbosacra.	Simuladores (por búsqueda de compensación económica o incapacidad).
Metástasis de tumores de mama, pulmón, próstata, riñón.	Quiste sacro.	
Nervios primitivos.		
Mecánicos	Metabólica	Inflamatoria
Discopatías única o múltiples.	Osteoporosis.	Espondilitis anquilopoyética.
Lumbalgia.	Enfermedad de Paget.	Espondilitis post traumática.
Lumbociatalgia.		Artritis reumatoidea.
Disfunción del músculo psoasílica.		Artritis psoriásica.
Cirugía fallida de espalda.		

Exploraciones complementarias

- Radiografía simple. Tiene poca sensibilidad en fases precoces. Los hallazgos más habituales son disminución del espacio articular, esclerosis subcondral, osteofitos. La anquilosis es típica de la sacroileítis inflamatoria.

- TAC. Más sensible y específica que la radiografía simple¹⁰.

- Resonancia magnética. Es la prueba de elección, ya que muestra edema óseo con inflamación dentro y alrededor de la articulación (hiperseñal). Es utilizada para ver enfermedad activa y como seguimiento de respuesta al tratamiento. Tiene una sensibilidad del 95%¹⁴.

- Medicina nuclear: gammagrafía y SPECT. Son útiles para el diagnóstico diferencial con sacroileítis, fracturas de stress,

cambios degenerativos. Se tratan de pruebas ultrasensibles, mostrando una elevada tasa de falsos positivos.

- Doble bloqueo intraarticular de la articulación sacroilíaca. Administración de corticoides depot y/o anestésicos locales guiado por fluoroscopia o guía radiológica (p. ej. TAC)^{4,5}. Es el *gold standard* para el diagnóstico de disfunción de la articulación sacroilíaca, aunque se ha puesto en discusión en algunos estudios. La articulación sacroilíaca tiene una inervación multisegmentaria por ramas ventrales (L3-S2), dorsales lumbosacras (L4-S2) y la porción pélvica del nervio simpático y plexo hipogástrico. El bloqueo global efectivo de todas las ramas es poco probable motivo por el cual se ha puesto en duda la efectividad de ésta técnica¹¹. El doble bloqueo tiene menor ratio de falsos positivos que el bloqueo único⁴.

Se considera positivo si mejora la escala visual analógica del dolor >80%^{4,5} y la habilidad de realizar movimientos previamente dolorosos. El bloqueo intraarticular identifica el 60% de los casos (no valora causas extraarticulares) y tiene un 30% de falsos positivos (causas no intraarticulares). En un estudio realizado por Murkami en 2007 se realizó bloqueo con lidocaína en 50 pacientes con test de provocación positivos; en 25 pacientes se realizó bloqueo intraarticular y en 25 bloqueo periarticular. El bloqueo intraarticular resultó efectivo en 9/25 pacientes y el bloqueo periarticular en 25/25⁸.

Criterios diagnósticos disfunción de la articulación sacroilíaca según la IASP (Asociación Internacional para el estudio del dolor)^{7,9}.

- Anamnesis + clínica: dolor de la sacroilíaca, nalga, espina ilíaca posterosuperior.

- Test de confirmación: 3 pruebas positivas (sensibilidad del 94% y especificidad del 78%¹¹, con un nivel de evidencia 1B+).

- Radiografía sin otras anomalías (descartar otras causas de dolor lumbar bajo).

- Respuesta positiva al bloqueo intraarticular (fluoroscopia).

TRATAMIENTO^{8-12,15,16}

• Antiinflamatorios, frío local: moderada evidencia.

• Terapia física (evidencia 2B): musculatura abdominal, espinal, pélvica y de miembros inferiores^{15,16}.

Potenciación músculos estabilizadores estáticos y dinámico.

Estiramientos cadena posterior y estabilizadores.

• Ortopedia (cinturones pélvicos – sin evidencia-).

• Bloqueo intraarticular (hasta 3). Tiene indicación en bloqueo intraarticular y periarticular de la articulación sacroilíaca en pacientes con dolor lumbar crónico sin respuesta a tratamiento conservador durante más de tres meses y que han tenido una reducción del dolor $\geq 80\%$ después del diagnóstico por bloqueo de la articulación sacroilíaca⁴. El nivel de evidencia de bloqueo articular y periarticular es limitado a corto y largo plazo (nivel de evidencia C)^{4,13}.

• Radiofrecuencia. Se bloquean las ramas dorsales L4-5 y ramas laterales S1-3. Denervación térmica (80°). Nivel de evidencia 2C+. Se considera respuesta positiva si el paciente presenta una disminución de 50% del dolor a las dos semanas después de la neurolisis por radiofrecuencia¹¹. Encontramos dos ensayos aleatorizados con mejoría del 47-64% en los primeros 3 meses y de 38-57% a los 6 meses¹¹.

• Cirugía: Fusión articular. Indicación cuando fallan las otras opciones terapéuticas. Nivel de evidencia 3¹².

• Proloterapia (infiltración intraarticular). Terapia para la regeneración y fortalecimiento de lesiones articulares, ligamentos y tendones. En dos estudios se observó una mejoría a corto plazo, pero la evidencia es baja^{17,18}.

Tabla 2. Niveles de evidencia usados en este artículo.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
4	Opiniones de expertos.
Grado de recomendación (USPSTF)	
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente)
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios).
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.

BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo González JC, Quintero ST. Escala de diagnóstico (SI5) de disfunción de la articulación sacroilíaca: estudio piloto. Rev Soc Esp Dolor. 2014;21:123-30.
2. Chou R. In the clinic. Low back pain. Ann Intern Med. 2014;160:ITC6-1.
3. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. BMJ. 2003;327:323.
4. Yavuz F, Kelle B. The interventional pain management of sacroiliac joint pain: A brief review. J Adv Neuroscience Res. 2015;2:25-9.

5. Ledonio CGT, Polly Jr DW. Minimally invasive versus open sacroiliac joint fusion. Are they similarly safe and effective? *Clin Orthop Relat Res.* 2014;472:1831-8.
6. Szadek KM, van der Wurff P, van Tulder MW, Zuurmond WW, Perez RS. Diagnostic validity of criteria for sacroiliac joint pain: A systematic review. *J Pain.* 2009;10:354-68.
7. Agerson A, Benzon HT, Malik K. Sacroiliac joint syndrome: Sacroiliac joint injections and block/radiofrequency of the lateral branches. En: *Practical management of pain*, 5th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2013; pp. 866-75.
8. Slipman CW, Whyte II WS. Sacroiliac joint syndrome. Review article. *Pain Physician.* 2001;4:143-52.
9. Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the Patient with Hip Pain. *Am Fam Physician.* 2014;89:27-34.
10. Cusi MF Paradigm for assessment and treatment of SIJ mechanical dysfunction. *J Bodyw Mov Ther.* 2010;142:152-61.
11. McGrath MC. Composite sacroiliac joint pain provocation tests: A question of clinical significance. *Int J Osteopathic Med.* 2010;13:24-30.
12. Neira F, Ortega JL. Revisión del tratamiento con corticoides en el dolor de espalda según la medicina basada en la evidencia. Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;16:352-69.
13. Braun J, Sieper J, Bollow M. Imaging of sacroiliitis. Review article. *Clin Rheumatol.* 2000;19:51-7.
14. Fenton DS. Sacroiliitis. En: Czervionke LF, Fenton DS. *Imaging painful spine disorders.* 1st Ed. Philadelphia: Elsevier, 2011; pp. 476-81.
15. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *Clinical Rehabilitation.* 2015;29:1155-67.
16. Hartigan C, Rainville J. Exercise-based therapy for low back pain. *UptoDate* (Internet). Actualizado en 5 abril 2016. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/exercise-based-therapy-for-low-back-pain>
17. Cusi M, Saunders J, Hungerford B, Wisbey-Roth T, Lucas P, Wilson S. The use of prolotherapy in the sacroiliac joint. *Br J Sports Med.* 2010;44:100-4.
18. Kim WM, Lee HG, Jeong CW, Kim CM, Yoon MH. A randomized controlled trial of intra-articular prolotherapy versus steroid injection for sacroiliac joint pain. *J Altern Complement Med.* 2010;16:1285-90.

Como citar el artículo: De Pablo Márquez B, Girbau Moreno A, Chaler Vilaseca J. Disfunción de la articulación sacroilíaca. Evaluación y manejo en la atención primaria. *But At Prim Cat* 2017;35:18.