

Open Acces



DISFUNCIÓ DE L'ARTICULACIÓ SACROILÍACA. AVALUACIÓ I MANEIG EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

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

¹Metge especialista en Medicina familiar i comunitària. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

²Metgessa resident en Medicina física i rehabilitació. Hospital Universitari Mútua de Terrassa

³Metge especialista en Medicina física i rehabilitació. Egarsat, Terrassa

Adreça per a correspondència:

Bernat de Pablo Màrquez

Adreça electrònica:

bernatdepablo@gmail.com

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

ABSTRACT

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

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

INTRODUCCIÓ

El dolor lumbar baix és un motiu freqüent de consulta. S'estima que el 84% dels pacients patirà dolor lumbar baix al llarg de la seva vida. El dolor sol ocasionar un efecte negatiu sobre la qualitat de vida dels pacients i és una dels principals motius d'absentisme laboral¹.

La major dificultat per determinar l'etiologia del dolor lumbar rau que la columna vertebral i la pelvis funcionen com una estructura dinàmica integrada. Qualsevol modificació d'una estructura lumbosacroccògia repercuteix directament en els discos i les articulacions dels nivells vertebrals, per la qual cosa hi ha diverses estructures anatòmiques que podrien estar implicades en l'origen d'aquest tipus de dolor¹.

DISFUNCIÓ DE L'ARTICULACIÓ SACROILÍACA

La disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca és una causa de dolor lumbar baix que cal tenir en compte. Diversos estudis han estimat una prevalença del 10-30% de disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca en pacients amb dolor lumbar¹⁻⁵. Les patologies que poden afectar l'articulació sacroilíaca són diverses: inflamatòries, metabòliques, infeccioses, iatrogèniques, així com la disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca, que presenta dolor a la regió sense alteració anatòmica demostrable⁶.

L'articulació sacroilíaca és una superfície articular plana, protegida per un cartílag prim (fàcilment degradable, sobretot en dones). La funció de l'articulació és transmetre les forces de la columna vertebral a extremitats inferiors tant en estàtic com en dinàmic, així com mitigar l'estrès de les forces de torsió de la pelvis i les rotacions durant la marxa. La disfunció de l'articulació és causada per una pressió excessiva o insuficient sobre la superfície articular, provocant una fallada en la transmissió de càrregues^{7,8}.

Les causes més habituals de la disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca són l'embaràs/postpart i els traumatismes, sobretot després d'accidents de circulació o caigudes, però també en relació amb traumatismes de baixa intensitat (elevació d'un pes amb el tors en torsió, o perdre el pas en baixar un graó)^{1,6,9}. L'embaràs predisposa a la disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca per una combinació de factors, que inclouen l'augment de pes, la postura hiperlordòtica, el trauma mecànic del part i la laxitud lligamentosa induïda per l'hormona relaxina^{7,8}.

CLÍNICA

La disfunció de l'articulació sacroilíaca pot manifestar-se amb dolor a nivell de quadrant superior i medial o quadrant lateral de les natges que es pot irradiar a trocànter major, cara lateral de la cuixa i engonal. Un dels factors diferencials del dolor de la disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca és l'absència del mateix per sobre del nivell de L5. Típicament, el

dolor empitjora amb la flexió del tronc i la setestació i millora amb el caminar i la bipedestació.

Exploració física^{8,9}:

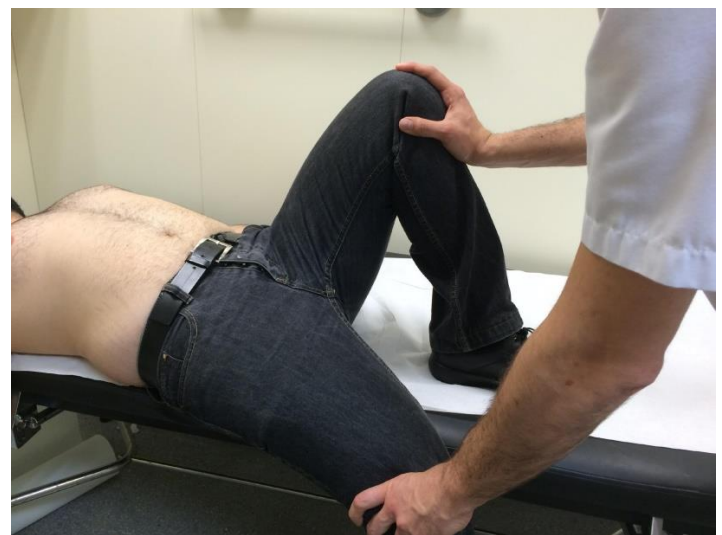
Mobilitat de l'articulació:

- Flexió en bipedestació. És positiu si hi ha ascensió de l'espina ilíaca.
- Flexió en sedestació. És positiu si hi ha ascensió de l'espina ilíaca.
- Test de Gillet. Es situen els polzes en S2 i espina ilíaca posterosuperior. És positiu si hi ha ascensió de l'espina ilíaca a l'aixecar la cama ipsilateral (test de la cigonya).

Test de provocació de dolor: Tenen com a objectiu l'estirament del lligament sacroilíac; en cas de disfunció de l'articulació sacroilíaca apareix dolor.

- Palpació dolorosa del lligament sacroilíac dorsal llarg a l'estirament (anteversió o contranutació de la pelvis).
- Test de Gaenslen: hiperextensió del maluc ipsilateral i flexió contralateral (Figura 1).

Figura 1. Test de Gaenslen: hipertensió del maluc ipsilateral i flexió contralateral.



- Test de Patrick o FABER: flexió, abducció i rotació externa (*Flexion, ABduction, External Rotation*) del maluc (Figura 2).

Figura 2. Test de Patrick (FABER): flexió, abducció i rotació externa (Flexion, ABduction External Rotation) del maluc.



- Test de Yeoman o test d'extensió del maluc: és el més específic i fiable (Figura 3).

Figura 3. Test de Yeoman o test d'extensió del maluc.



- *Anterior gaping* (obertura). Obertura de l'articulació sacroilíaca fent pressió sobre les ales ilíaqües.
- *Posterior gaping* (obertura). Amb el pacient en decúbit lateral sobre el costat sà, realitzem obertura posterior de l'articulació sacroilíaca recolzant-nos sobre el maluc afectat.
- *Thigh thrust* (compressió del maluc). Maluc afectat en flexió i lleugerament en adducció. S'exerceix pressió posterior en l'eix de diàfisis femoral.
- *Sacral thrust* (compressió posterior). Compressió sobre la regió sacroilíaca amb el pacient en decúbit pronus.

- ASLR (*Active Straight Leg Raise*). Elevació en contraresistència de l'extremitat en extensió.

Altres signes:

- Marxa antiàlgica
- Test de Trendelenbourg: feblesa glútia a la cama contralateral.

La disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca presenta en ocasions un difícil diagnòstic, ja que no existeixen signes patognomònics i les maniobres de provocació de dolor són sensibles però poc específiques (nivell de recomanació B). Entre un 2 i 20% de pacients asimptomàtics té alguna de les maniobres positives^{1,7}.

Els tests que han demostrat una major eficiència en la detecció de la disfunció de l'articulació sacroilíaca són: Patrick o FABER (sensibilitat del 63-100% i especificitat del 73-77%), Gaenslen (sensibilitat del 71% i especificitat del 26%) i Yeoman¹. La combinació de tres o més maniobres positives (*anterior gaping*, *thigh thrust test*, test de Gaenslen, *posterior gaping*, *cranial shear test*, *sacral thrust test*) presenta una sensibilitat del 94% i una especificitat del 78%⁴.

Diagnòstic diferencial^{2,3}:

El diagnòstic diferencial de la disfunció de l'articulació sacroilíaca es pot agrupar en entitats congènites, degeneratives, traumàtiques, tumorals, infeccioses, psiconeuròtiques, mecàniques, metabòliques i inflamatòries (Taula 1).

Taula 1. Diagnòstic diferencial de la disfunció mecànica de l'articulació sacroilíaca.

Congènit	Degeneratiu	Traumàtics
Espina bífida oculta.	Espondilolistesi L5-S1.	Esquinç.
Lumbarització de vèrtebra sacra.	Síndrome facetària.	Distensió lligamentosa.
Asimetria congènita de membres pelvians.	Síndrome miofacial.	Traumatisme agut o crònic.
	de Artropaties vertebrals.	Fractura lumbosacra.
	Coccigínia.	
Espondilolisi o espondilolistesi congènita.		

Tumoral	Infecciosos	Psiconeurosi
Osteoma osteoide.	Osteomielitis. Tuberculosi.	Histèria.
Osteoblastoma.	Discitis lumbosacra.	Lumbàlgies fingides.
Mieloma múltiple.	Quist sacre.	Simuladors (per cerca de compensació econòmica o incapacitat).
Metàstasis de tumors de mama, pulmó, pròstata, ronyó.		
Nervis primitius.		
Mecànics	Metabòlic	Inflamatori
Discopaties única o múltiples.	Osteoporosis.	Espondilitis aquirlopoètica.
Lumbàlgia.	Malaltia de Paget.	Espondilitis posttraumàtica.
Lumbociatàlgia.		Artritis reumatoide.
Disfunció del múscul psoasílic.		Artritis psoriàsica.
Cirurgia fallida d'esquena.		

Exploracions complementàries

- Radiografia simple. Té poca sensibilitat en fases precoces. Les troballes més habituals són disminució de l'espai articular, esclerosi subcondral, osteòfits. L'anquilosi és típica de sacroilitis inflamatòria.

- TAC. Més sensible i específica que la radiografia simple¹⁰.

- Ressonància magnètica. És la prova d'elecció, ja que mostra edema ossi amb inflamació dins i al voltant de l'articulació (hipersenyal). És utilitzada per veure malaltia activa i com a seguiment de resposta al tractament. Té una sensibilitat del 95%¹⁴.

- Medicina nuclear: gammagrafia i SPECT. Son útils per al diagnòstic diferencial amb sacroilitis, fractures d'estrès, canvis degeneratius. Es tracten de proves ultrasensibles, mostrant una elevada taxa de falsos positius.

- Doble bloqueig intraarticular de l'articulació sacroilíaca. Administració de corticoides depot i/o anestèsics locals guiat per fluoroscòpia o guia radiològica (p. ex. TAC)^{4,5}. És el *gold standard* per al diagnòstic de disfunció de l'articulació sacroilíaca, encara que s'ha posat en discussió en alguns estudis. L'articulació sacroilíaca té una innervació multisegmentària per branques ventrals (L3-S2), dorsals

lumbosacres (L4-S2) i la porció pelviana del nervi simpàtic i plexe hipogàstric. El bloqueig global efectiu de totes les branques és poc probable, motiu pel qual s'ha posat en dubte l'efectivitat d'aquesta tècnica¹¹. El doble bloqueig té menor ràtio de falsos positius que el bloqueig únic⁴.

Es considera positiu si millora l'escala visual analògica del dolor >80%^{4,5} i l'habilitat de realitzar moviments prèviament dolorosos. El bloqueig intraarticular identifica el 60% dels casos (no valora causes extraarticulares) i té un 30% de falsos positius (causes no intraarticulares). En un estudi realitzat per Murkami en el 2007 es va realitzar bloqueig amb lidocaïna en 50 pacients amb test de provocació positius; en 25 pacients es va realitzar bloqueig intraarticular i en 25 bloqueig periarticular. El bloqueig intraarticular va resultar efectiu en 9/25 pacients i el bloqueig periarticular en 25/25⁸.

Criteris diagnòstics de la disfunció de l'articulació sacroilíaca segons l'IASP (Associació Internacional per a l'estudi del dolor)^{7,9}.

- Anamnesi + clínica: dolor de la sacroilíaca, natja, espina ilíaca posteriorsuperior.

- Test de confirmació: 3 proves positives (sensibilitat del 94% i especificitat del 78%¹¹, amb un nivell d'evidència 1B+).

- Radiografia sense altres anomalies (descartar altres causes de dolor lumbar baix).

- Resposta positiva al bloqueig intraarticular (fluoroscòpia).

TRACTAMENT^{8-12,15,16}

- Antiinflamatoris, fred local: moderada evidència.
- Teràpia física (evidència 2B): musculatura abdominal, espinal, pelviana i de membres inferiors^{15,16}:

Potenciació dels músculs estabilitzadors estàtics i dinàmics.

Estiraments cadena posterior i estabilitzadors.

- Ortopèdia (cinturons pelvians – sense evidència-).
- Bloqueig intraarticular (fins a 3). Té indicació en bloqueig intraarticular i periarticular de l'articulació sacroilíaca en pacients amb dolor lumbar crònic sense resposta al tractament conservador durant més de 3 mesos i que han tingut una reducció del dolor ≥80% després del diagnòstic per bloqueig de l'articulació sacroilíaca⁴. El nivell d'evidència del bloqueig articular i periarticular és limitat a curt i llarg termini (nivell d'evidència C)^{4,13}.
- Radiofreqüència. Es bloquegen les branques dorsals L4-5 i branques laterals S1-3. Dennervació tèrmica (80°). Nivell d'evidència 2C+. Es considera resposta positiva si

el pacient presenta un minvament del 50% del dolor a les dues setmanes després de la neuròlisi per radiofreqüència¹¹. Trobem dos assajos aleatoritzats amb millora del 47-64% en els primers 3 mesos i de 38-57% als 6 mesos¹¹.

- Cirurgia: Fusió articular. Indicació quan fallen les altres opcions terapèutiques. Nivell d'evidència 3¹².
- Proloteràpia (infiltració intraarticular). Teràpia per a la regeneració i enfortiment de lesions articulessis, lligaments i tendons. En dos estudis es va observar una millorança a curt termini, però l'evidència és baixa^{17,18}.

Taula 2. Nivells d'evidència usats en aquest article.

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
1++	Meta-anàlisis de gran qualitat, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb molt baix risc de biaixos.
1+	Meta-anàlisis ben realitzades, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb baix risc de biaixos.
1-	Meta-anàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb alt risc de biaixos.
2++	Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls, o Estudis de cohorts o de casos i controls d'alta qualitat, amb molt baix risc de confusió, biaixos o atzar i una alta probabilitat que la relació sigui causal.
2+	Estudis de cohorts o de casos i controls ben realitzats, amb baix risc de confusió, biaixos o atzar i una moderada probabilitat que la relació sigui causal.

2-	Estudis de cohorts o de casos i controls amb alt risc de confusió, biaixos o atzar i una significant probabilitat que la relació no sigui causal.
3	Estudis no analítics (observacions clíniques i sèries de casos).
4	Opinions d'experts.
Grau de recomanació (USPSTF)	
A	Extremadament recomanable (bona evidència que la mesura és eficaç i els beneficis superen àmpliament).
B	Recomanable (almenys moderada evidència que la mesura és eficaç i els beneficis superen els perjudicis).
C	Ni recomanable ni desaconsellable (almenys moderada evidència que la mesura és eficaç, però els beneficis són molt similars als perjudicis i no pot justificar-se una recomanació general).
D	Desaconsellable (almenys moderada evidència que la mesura és ineficaç o que els perjudicis superen els beneficis).
I	Evidència insuficient, de mala qualitat o contradictòria i el balanç entre beneficis i perjudicis no pot ser determinat.

BIBLIOGRAFÍA

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. A: 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). Actualitzat a 5 d'abril 2016. Disponible a: <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.

Com citar l'article: De Pablo Màrquez B, Girbau Moreno A, Chaler Vilaseca J. Disfunció de l'articulació sacroilíaca. Avaluació i maneig en atenció primària. *But At Prim Cat* 2017;35:18.