

OSTEÍTIS CONDENSANTE ILÍACA BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

JENS JARED CARDENAS SALAS, PABLO FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS MÍNGUEZ, TOMÁS NÚÑEZ CALVO,
MIGUEL DIAZ MARTINEZ DE MORENTIN, ÁLVARO RAMASCO GARCÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

INTRODUCCION

La osteítis condensante ilíaca es una causa infrecuente y poco conocida de lumbalgia. La prevalencia de esta patología es del 0,9- 2,5%. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes mujeres jóvenes y multíparas, aunque se puede presentar tanto en varones como mujeres sin antecedente de gestación.

OBJETIVO

Presentar un caso de Osteítis condensante ilíaca bilateral.



MATERIAL Y MÉTODOS

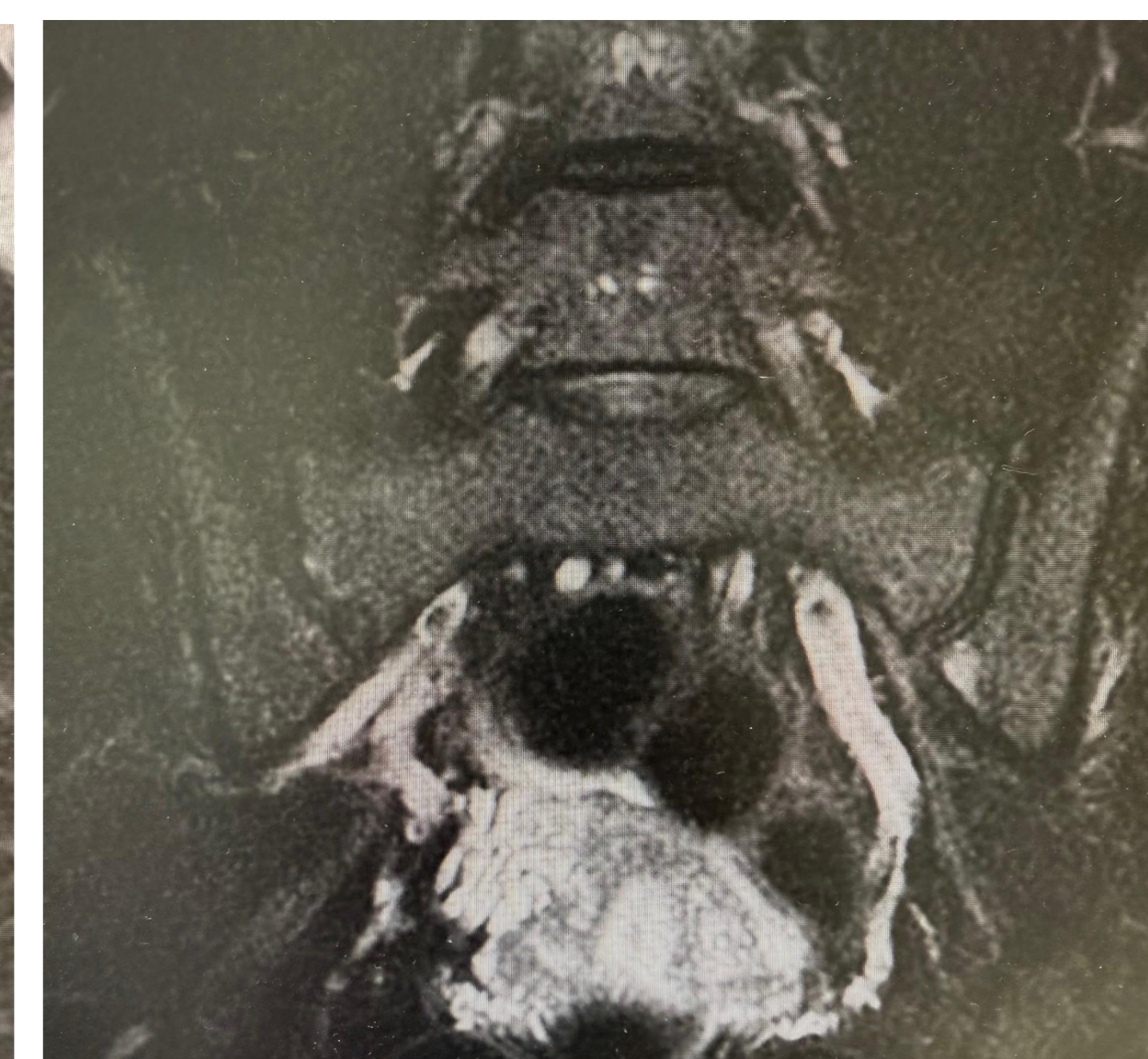
Presentamos en esta oportunidad una paciente mujer de 36 años que tras 6 semanas de postparto eutócico acude a urgencias por dolor lumbar intenso no irradiado a miembro inferiores. Al examen físico se evidencia dolor paravertebral lumbar bilateral, no

dolor en apófisis espinosas, maniobra de Lasegue negativo bilateral, maniobra de Fabere positivo bilateral, dolor a nivel de articulaciones sacroilíacas de forma bilateral, fuerza y sensibilidad de miembros inferiores conservado. Se solicita

radiografías anteroposterior y lateral de columna lumbar y sacro donde se evidencia leve esclerosis a nivel de la articulación sacroilíaca con espacio articular conservado. Se le indica tratamiento analgésico y seguimiento en consultas externas.

RESULTADOS

En consultas externas ante la persistencia de dolor se solicitan exámenes auxiliares. La analítica presenta hemograma y estudio bioquímico sin alteraciones, factor reumatoide negativo, proteína C y velocidad de sedimentación globular no patológicas, HLA-B27 negativo. Se solicitó resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas en las que se evidenció esclerosis sacroilíaca bilateral afectando al iliaco y al sacro, sin afectación de las corticales óseas y con espacio interarticular está conservado por lo que se le diagnostica de osteítis condensante ilíaca bilateral. Se indican analgésicos y tratamiento fisioterapéutico rehabilitador con buena evolución de los síntomas.



CONCLUSIONES

- La fisiopatología de esta enfermedad aún no está bien definida, aunque se considera a la gestación y a los antecedentes traumáticos factores predisponentes para desarrollar la misma. Es una patología para tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de entidades como la sacroileítis, la espondilitis anquilosante, la artritis inflamatoria, o incluso las metástasis. El tratamiento conservador mediante analgesia y fisioterapia es el pilar del tratamiento con buenos resultados en el mayor porcentaje de pacientes. El tratamiento quirúrgico mediante la resección del fragmento osteítico debe reservarse para casos muy sintomáticos o casos recidivantes que no respondan a tratamiento conservador.