



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Osteítis condensante ilíaca como causa de lumbalgia crónica



Condensing iliac osteitis as a cause of chronic low back pain

La lumbalgia, síntoma de multitud de enfermedades, puede clasificarse desde el punto de vista temporal en aguda, subaguda o crónica (6 semanas, entre 6 y 12, más de 12 semanas, respectivamente), y etiológicamente puede ser mecánica o inflamatoria. En su variante inflamatoria puede ser debida a diversas causas (reumatológica, infecciosa, oncológica), que se sospecharán ante los siguientes síntomas de alarma¹: mayor de 50 años, fiebre, síndrome general, neoplasias, dolor nocturno o que aumenta con maniobras de Valsalva, dolor que no mejora tras dosis plenas de antiinflamatorios.

La osteítis condensante ilíaca (OCI) es una causa benigna y poco conocida de lumbalgia axial². Puede presentarse tanto en varones como en mujeres, siendo el perfil típico el de una mujer joven y múltipara. Aunque la etiología exacta es desconocida, se evidencia en estos casos que el aumento de la tensión mecánica a través de la articulación sacroilíaca produce cambios en el hueso ilíaco.

El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos, reservándose la resección quirúrgica para los casos refractarios.

En la práctica diaria, el médico de Atención Primaria atiende a multitud de pacientes con lumbalgia recidivante como síntoma principal, es importante tener presente la OCI como parte del diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Acude a consulta una mujer de 38 años con dolor lumbar de 4 meses de evolución. Sin antecedentes personales ni familiares de interés ni hábitos tóxicos, 2 hijos (partos vaginales no complicados). Pelquera de profesión.

Presenta lumbalgia irradiada a nalgas, de predominio nocturno, intermitente, con rigidez matutina a nivel lumbar de media hora de duración. No hay alteración motora ni sensitiva en las extremidades inferiores. No muestra aftas orales ni antecedente traumático.

En cuanto a la exploración física, no refiere dolor en apófisis espinosas, pero sí en la musculatura paravertebral lumbar, intensificándose a nivel sacroilíaco izquierdo. El signo de Fabere izquierdo es positivo, y la maniobra dedo-suelo, de 5 cm. El test de Schober resulta ser no patológico. Las maniobras sacroilíacas y Lasègue son negativas. La fuerza y la sensibilidad están conservadas en las extremidades inferiores y los reflejos osteomusculares están presentes. No muestra lesiones cutáneas.

Ante estos hallazgos, se solicitan los siguientes estudios complementarios:

- Análisis: hemograma y bioquímica general sin alteraciones. Proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular normales. HLA-B27 negativo. Factor reumatoide negativo.
- Radiografía de columna lumbosacra: escoliosis lumbar de convexidad izquierda. Imagen compatible con OCI izquierda (fig. 1).

Debido a la clínica de la paciente y la imagen radiológica indicativa de OCI, se decide derivarla al Servicio de Traumatología para confirmación diagnóstica y completar el estudio si fuese preciso.

Dado que la paciente no tolera la realización de una resonancia magnética nuclear por claustrofobia, se realiza una tomografía axial computarizada lumbar, que muestra una actitud escoliótica lumbar de concavidad derecha, con preservación de la forma, la altura, la densidad y el alineamiento de los elementos vertebrales, además de conservación de la altura de los espacios discales. También evidencia unos incipientes fenómenos degenerativos en las articulaciones interapofisarias L5-S1, de predominio izquierdo. No se detectan hernias discales francas, datos de estenosis de canal o estenosis foraminales significativas.

Finalmente se confirma el diagnóstico de lumbalgia crónica secundaria a OCI izquierda. Se le explica a la paciente la naturaleza benigna de la lesión y se pauta tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos para las crisis de dolor.

Discusión

La OCI es una entidad benigna que se caracteriza por dolor lumbar bajo de ritmo inflamatorio. Esto obliga a un diagnóstico diferencial con otras entidades más frecuentes, como



Figura 1 Radiografía lumbosacra que muestra una imagen compatible con osteítis condensante ilíaca izquierda.

la sacroileítis o la espondilitis anquilosante, entre otras^{3,4} (tabla 1). Puede encontrarse como hallazgo radiológico aislado en el 1,6 al 2,47% de las radiografías lumbopélvicas^{5,6}, afectando casi exclusivamente a mujeres y siendo, por lo general, bilateral y simétrica. Aunque mucho menos frecuente, también se puede dar en mujeres nulíparas y varones.

Se ha considerado el embarazo y el trauma como mecanismos causales⁷, sin embargo, la fisiopatología de esta enfermedad a día de hoy todavía no está bien definida. Las hipótesis más plausibles para los casos que se dan en mujeres múltiparas indican que el útero grávido realiza una compresión sobre algunas ramas de la arteria aorta produciendo una isquemia crónica que desencadena el proceso. Otras teorías se fundamentan en la propia sobrecarga del útero grávido sobre la pelvis^{8,9}.

Desde el punto de vista clínico, el dolor lumbar en la OCI es una condición común y a menudo incapacitante¹⁰.

Los pacientes manifiestan molestias a nivel lumbar bajo que pueden simular desde simples contracturas musculares hasta cuadros compatibles con sacroileítis. Si bien el dolor se exagera con la actividad física, también puede manifestarse durante el decúbito, pudiendo, incluso, interrumpir el sueño. Suele presentarse de forma intermitente, dejando periodos de tiempo variables asintomáticos. Los pacientes presentan dolor irradiado a la región glútea, sin que se observen signos de mielopatía ni radiculopatía. Las maniobras de estiramiento del nervio ciático son siempre negativas, y característicamente la maniobra de Fabere es positiva, denotando un bloqueo de la articulación sacroilíaca.

Debido al grupo de edad en el que se producen estas manifestaciones, es frecuente que la orientación clínica considere procesos inflamatorios autoinmunes como las espondiloartritis; sin embargo, los pacientes con OCI no presentan sintomatología sistémica¹¹.

Tabla 1 Diagnóstico diferencial

	OCI	EA	Sacroileítis	Metástasis
Edad	Adultos jóvenes	Adultos jóvenes	Adultos jóvenes	> 40 años
Sexo predominante	Mujeres	Varones	Mujeres	Cualquiera
Lumbalgia axial	Presente	Presente	Presente	Inconstante
Espacio articular	Normal	Estrechado	Estrechado	Variable
Esclerosis triangular ilíaca	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Erosiones	Ausentes	Frecuentes	Frecuentes	Frecuentes
Osteopenia	Ausente	Presente	Presente	Presente
HLA-B27	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
Compromiso sistémico	Ausente	Presente	Ausente	Presente

Fuente: Dähnert¹².

La apariencia radiológica clásica es la esclerosis triangular, bilateral y simétrica, afectando solo a la mitad inferior del lado ilíaco de las articulaciones sacroilíacas, con preservación del espacio articular. Este es un diagnóstico radiológico importante, que no debería confundirse con la sacroileítis, en la que el espacio articular se encuentra disminuido y la mitad sacra de la articulación también presenta una densidad aumentada¹².

Actualmente no se dispone de un tratamiento médico efectivo para la OCI. En función de la frecuencia e intensidad de los síntomas se decidirá no tratar en absoluto, utilizar antiinflamatorios no esteroideos a demanda, o incluso recurrir a la resección del fragmento óseo osteítico.

A largo plazo, la resección quirúrgica parece ser la estrategia que mejores resultados da, aunque debe reservarse para casos muy sintomáticos que no responden a tratamiento oral⁹.

Conclusión

El dolor lumbar es una de las afecciones más frecuentes en las consultas de Atención Primaria^{4,13}. Cerca de un 80% de la población padece esta dolencia a lo largo de su vida, generando unos costes totales equivalentes al 2% del PIB, y es la segunda causa de absentismo laboral¹⁴. Por todo ello, el tratamiento y la prevención de la lumbalgia deberían formar parte de las prioridades en la sanidad actual. Su diagnóstico diferencial es amplio, y debería incluir causas poco habituales como la OCI.

La OCI predomina en mujeres jóvenes, y el cuadro clínico típico es el síndrome sacroilíaco (dolor en nalgas, rigidez matutina y limitación de la movilidad lumbar). En raras ocasiones, mujeres nulíparas, ancianos y varones pueden verse afectados, además de poder ser unilateral. El diagnóstico es clínico-radiológico (condensación triangular). En cuanto al diagnóstico diferencial, se deben tener en cuenta diversas entidades, como la sacroileítis, la espondilitis anquilosante, la artritis inflamatoria, o incluso las metástasis. El tratamiento conservador con analgésicos y fisioterapia es el pilar del tratamiento¹⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: Systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7095, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7095>.
- Mitra R. Osteitis condensans ilii. *Rheumatol Int*. 2010;30:293–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-009-1100-7>.
- Vadivelu R, Green TP, Bhatt R. An uncommon cause of back pain in pregnancy. *Postgrad Med J*. 2005;81:65–7.
- Fabra Noguera A, Rubio Villar M, Sabaté Cintas V, Pablos Herrero E. Sacroilitis en mujer joven. *Semerger*. 2010;36:230–2.
- Albadalejo C, Gasulla G. Osteitis condensans ilii. *Aten Primaria*. 1993;11:239–41.
- Lam CM. Worsening back pain in pregnancy. *Hong Kong Med J*. 2007;13:409.
- Jenks K, Meikle G, Gray A, Stebbings S. Osteitis condensans ilii: A significant association with sacroiliac joint tenderness in women. *Int J Rheum Dis*. 2009;12:39–43.
- Olivieri I, Ferri S, Barozzi L. Osteitis condensans ilii. *Br J Rheumatol*. 1996;35:295–7.
- Guillén CA, Sifuentes A. Otor Diagnóstico diferencial de la lumbociática y la sacroilitis: osteitis condensans Il Il. Miércoles 3 de julio de 2013. Disponible en: <http://reumails.blogspot.com.es/2013/07/otor-diagnostico-diferencial-de-la.html>
- Berker E. Epidemiology and risk factors for low back pain. *TJPMR*. 1998;44:8–12.
- Clarke DP, Higgins JN, Valentine AR, Black C. Magnetic resonance imaging of osteitis condensans ilii. *Br J Rheumatol*. 1994;33:599–600.
- Dähnert W. *Radiology review manual*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
- Palomino B, Jiménez L, Ferrero A. El dolor lumbar en el año 2009. *Rehabilitacion*. 2010;44:69–81.
- Reimundez G. La lumbalgia: más que un problema de salud. *Rev Esp Econ Salud*. 2004;3.
- Alkan B, Karaarslan H, Eroğlu E, Alemdar A, Yamçıci S, Ardiçoğlu Ö. Osteitis condensans ilii: Case report. *Open J Rheumatol Autoimmune Dis*. 2011;1:1–4, <http://dx.doi.org/10.4236/ojra.2011.11001>.

B. Ubeira-Bao*, N. Carbone-Gromás, I. González-Lema, C. Morado-González y M.I. Méndez-Fabeiro

*Miembros del Grupo de Trabajo de Locomotor de la Asociación Gallega de Medicina de Familia (AGAMFEC), Santiago de Compostela, A Coruña, España
Médicos de familia del Área Sanitaria de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatriz.ubeira@live.com
(B. Ubeira-Bao).