

## *Síndrome de disfunción sacroilíaca (Primera parte)*

Dres. \*Carlos Pozzoni  
\*\*María del Valle Sivanto  
\*\*\*Noemí Rosenfeld  
\*\*\*\*Luis Fandos  
\*\*\*\*\*Carlos Hlawaczek

### Introducción

Muchos sitios anatómicos han sido involucrados como posibles causas de dolor lumbar (DL). Entre ellos, la articulación sacroilíaca es uno de los más controvertidos.

Esta articulación tiene escasa movilidad en los adultos jóvenes, y es cada vez menor con el correr de los años.

Definimos como disfunción sacroilíaca a la disminución de la movilidad o cambios degenerativos en la articulación. Nadie duda que dicha articulación puede generar dolor; pero la prevalencia del síndrome de disfunción sacroilíaca como causante de DL es todavía discutida; de hecho, es pobremente considerada y mencionada en los textos médicos como causante de DL.

La artropatía de la articulación sacroilíaca puede existir sola, pero comúnmente es parte de un complejo doloroso como la degeneración discal, artrosis facetaria, canal estrecho y síndrome postlaminectomía, etc. La cirugía de columna, especialmente la fijación en la zona lumbar, son factores predisponentes para que se produzca el síndrome de disfunción sacroilíaca.

### Anatomía

La articulación sacroilíaca corresponde, dentro de la clasificación de las articulaciones, a una anfiartrosis, por ser de escasa movilidad y por la capa de fibrocartilago que se interpone entre sus dos superficies. Asimismo, también puede incluirse dentro de las diartrosis, por la cavidad que se encuentra en su centro y por la sinovial que cubre los ligamentos, siendo por lo tanto considerada una diartroanfiartrosis.

La interlínea sacroilíaca, vista por su cara anterior o endopélvica, reviste en su conjunto la forma de una S itálica. Las superficies por las cuales el sacro y el hueso coxal entran en contacto no son simples, dado que los huesos se penetran recíprocamente en muchos puntos, es decir, se yuxtaponen y se engranan recíprocamente.

Las superficies articulares del sacro y del hueso coxal están cubiertas por láminas de fibrocartilago. Estas dos capas aparecen muy distintas, según Farabeuf: "es como un riel ocupado". La capa cartilaginosa está muy desarrollada en los dos huesos; en cambio, la fibrocartilaginosa es mucho más gruesa en el sacro (1 a 1,5 mm) que en el hueso coxal (0,4 a 0,5 mm). Estas capas regularizan muy poco la superficie articular; mientras que la franja del sacro es casi lisa, la del hueso ilíaco es granulosa o mamelonada.

La bipedestación y el peso del tronco descansan sobre la base del sacro y son transmitidos a los miembros inferiores por medio de los huesos coxales. Para cumplir este rol, el sacro necesita estar fuertemente unido a los huesos propios de la pelvis, lo que constituye una especie de engranaje que caracteriza a esta articulación, todo ello sostenido por los ligamentos y la escasa movilidad articular.

En una visión de frente de la articulación con el paciente de pie, si se realizan tres cortes perpendiculares al eje céfalico-podálico del esqueleto: superior, medio e inferior, se aprecia que sólo en las secciones media y superior hay una depresión central y en la sección inferior se ve una convexidad. Esta forma de observación minuciosa nos posibilita apreciar la irregularidad de estas piezas que pivotean alrededor del mencionado eje céfalico-podálico, con un grado extremo de adaptación a la marcha bípeda.

Delmas ha podido demostrar que existe una "correspondencia entre el tipo de raquis y la morfología del sacro, ya que en disecciones cadavéricas se han observado grandes variaciones entre individuos al visualizar las carillas articulares. Al tipo anátomo-fisiológico de la columna vertebral con curvas muy acentuadas le corresponde un sacro muy horizontal y carilla articular muy incurvada sobre sí misma y notoriamente cóncava; es la llamada dinámica. Pero, en cambio, si las curvas raquídeas son poco acentuadas, se articulará como la anfiartrosis de escasa movilidad con un sacro casi vertical. La carilla articular es alargada, con poca curvatura y casi plana.

Las dos piezas esqueléticas que forman la articulación sacroilíaca se mantienen en posición por una cápsula fibrosa

\*Médico Anestesiólogo Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Unidad Docente Asistencial - Htal. San Fernando.

\*\*Jefa de División Anestesia Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Unidad Docente Asistencial - Htal. P. Piñero.

\*\*\*Médica Anestesióloga Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Htal. P. Piñero.

\*\*\*\*Médico Anestesiólogo del Consultorio de Dolor. Htal. San Fernando.

\*\*\*\*\*Médico Anestesiólogo Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Asesor del Consultorio de Dolor. Htal. Argerich.

en forma de manguito, la cual se encuentra reforzada por dos ligamentos: el sacroilíaco anterior (ubicado a nivel de la cara anteroinferior de la articulación) y el ligamento sacroilíaco posterior (situado en la cara posterosuperior). A estos dos ligamentos se los podría llamar intrínsecos y se debería añadir un ligamento extrínseco, que se extiende del hueso ilíaco a la parte inferior de la columna lumbar (apófisis transversa de la quinta vértebra lumbar) y se llama ligamento iliolumbar (figura 1).

La disposición de los ligamentos según la relación de las fuerzas es para Weisel pasible de clasificarse en dos grupos: 1) el craneal con dirección lateral y dorsal y 2) el caudal con dirección cefálica.

La articulación sacroilíaca está cubierta en su cara dorsal por la masa sacrolumbar. Su cara pelviana se encuentra en relación con el psoas ilíaco y los vasos ilíacos externos e internos, el músculo piramidal de la pelvis y los plexos lumbar y sacro. Su extremidad superior está relacionada con el músculo cuadrado lumbar. Su extremidad inferior se relaciona con la parte más elevada de la escotadura ciática mayor y aquí tiene relación más o menos íntima con el paquete vasculonervioso (vasos y nervios glúteos superiores) que, a través de la escotadura, pasa de la pelvis a la región glútea.

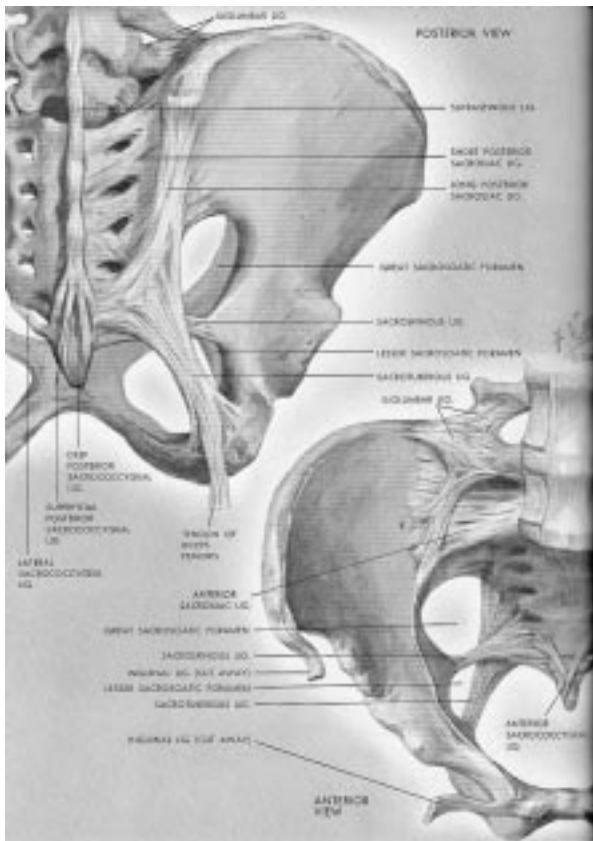


Fig. 1.- (ver explicación en el texto)

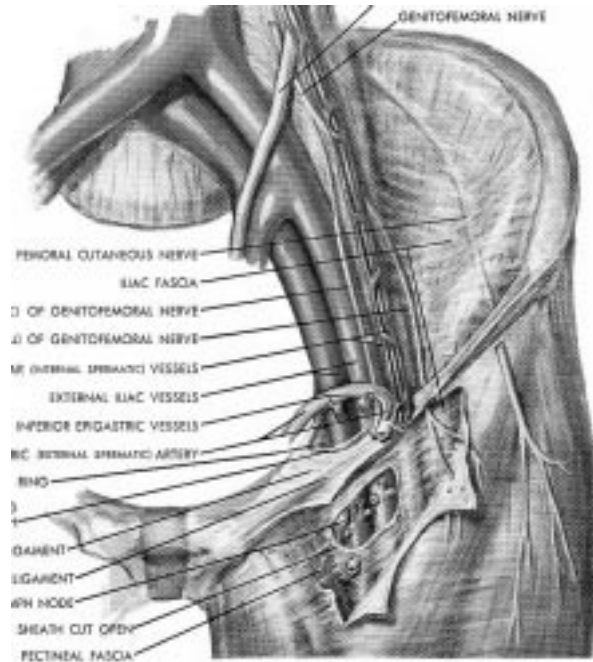


Fig. 2.- (ver explicación en el texto)

La inervación de la articulación sacroilíaca está dada por las ramas posteriores de los dos primeros nervios sacros, del glúteo superior, del plexo sacro y del nervio obturador, rama del plexo lumbar (figura 2).

En condiciones anatomofisiológicas normales, la articulación sacroilíaca posee dos únicos movimientos llamados de nutación y contranutación, que consisten en un movimiento de báscula del sacro alrededor de un eje transversal; por lo cual, las dos extremidades —superior e inferior— de este hueso se mueven en sentido inverso.

### Diagnóstico

#### Cuadro Clínico

La realización de actividades musculares vigorosas, como inclinarse hacia delante, levantar un objeto pesado, levantarse contra resistencia o sufrir una desaceleración brusca, puede dar lugar a un esguince o luxación de la articulación sacroilíaca. Las articulaciones tienen escasa movilidad, son relativamente estables, aunque débiles hacia adelante. Los ejercicios de levantamiento, u otros movimientos que involucren la contracción de los músculos de las pantorrillas, hacen que se mantengan tensas. Al levantar pesos y al utilizar estos músculos para ejercer palanca, las articulaciones sacroilíacas se hacen más susceptibles a la lesión. La edad de los pacientes oscila desde la mediana a ancianos, con un tiempo de padecimiento de 1 a 10 años.

Es frecuente que el paciente descargue la extremidad afectada apoyándose sobre el lado no afectado. El dolor articular agudo puede irradiarse hacia la cadera, la espalda, glúteo, muslo e incluso la rodilla, pudiendo ser bilateral. Asimismo puede presentarse como pesadez de miembros inferiores a nivel inguinal, pantorrillas o caderas.

Se agrava por todos los movimientos de torsión de la cadera, al sentarse sobre la tuberosidad isquiática ipsilateral o al apoyarse sobre el lado afectado. Pueden aparecer espasmos y contracturas de los músculos de la porción baja de la espalda y de la pantorrilla.

El diagnóstico es predominantemente clínico. Con frecuencia los pacientes relatan la dificultad para permanecer sentados, agacharse para ponerse las medias o calzarse, dificultad para los movimientos de rotación, como el jugar al golf o arrojar una pelota, y dificultad para poder levantar algo del piso.

#### Semiología

Hay varias maniobras ortopédico-traumatológicas que permiten la orientación y el diagnóstico clínico de esta patología:

- Inspección: El paciente mantiene al caminar una posición antálgica con el tronco desplazado hacia el lado normal, evita cargar peso sobre el lado con dolor, y sentado se apoya sobre la articulación no dolorosa.
- Signo de Lasegue: Revela patología lumbar, sacrolumbar o sacroilíaca. Produce dolor por distensión del nervio ciático mayor, conformado por las raíces de L4 a S3. La desventaja de este signo orientador es que no identifica cuál es la raíz afectada.
- Esta maniobra consta de dos partes: paciente apoyado en la camilla, en decúbito dorsal; se toma el miembro inferior por debajo del tendón de Aquiles y se lo eleva con la

rodilla bien extendida. Cuando aparece dolor en la cara posterior del miembro se considera que el signo de Lasegue es positivo. (Fig. 3 y 4)

- Si se baja lentamente el miembro inferior en cuestión por debajo de los 60 grados hasta que deja de doler y se dorsiflexiona el tobillo, y el dolor reaparece, nos orientará hacia una ciatalgia. Se realiza entonces la contraprueba para la ciatalgia: se toma el miembro elevado y con dolor y se flexiona la rodilla —suprimiendo, de esta manera, la distensión nerviosa— para provocar la desaparición del dolor.
- La segunda parte de la maniobra se realiza con el miembro inferior horizontal, se flexiona la rodilla y la cadera a 90 grados sobre el tronco. Si aparece dolor puede ser secundario a distensión sacroilíaca, de la cadera o sacrolumbar, ya que el ciático no se encuentra distendido con la rodilla flexionada. (Fig. 5)
- Signo de Gaenslen: Es un signo específico para diagnosticar afectación de la articulación sacroilíaca. Se indica al paciente colocarse en decúbito dorsal sobre la camilla, con el miembro inferior doloroso al borde de la misma. Se flexiona la rodilla del miembro que no duele sobre el tórax y se fija allí, de modo que la columna y la pelvis quedan fijadas en flexión. El médico con una mano ayuda a la maniobra y con la otra hiperextiende la cadera contralateral (dolorosa), bascula la hemipelvis y pone tensa la articulación sacroilíaca que se está evaluando, ocasionando dolor si se encuentra lesionada. (Fig. 6)
- Test de Patrick: consiste en aplicar presión a los ligamentos sacroilíacos en el surco del sacro, colocado el paciente en decúbito ventral. Esta maniobra debe ocasionar dolor en la articulación afectada.
- Maniobra de Yeoman: Colocando al paciente en decúbito ventral, se trata de provocar dolor sobre la articulación afectada con la hiperextensión de la cadera homolateral. (Fig. 7)



Fig. 3 y 4.- Signo de Lasegue (ver explicación en el texto)

Bernard sugiere que, de las maniobras de compresión lateral, anterior y posterior de la articulación sacroilíaca descritas, debe haber un mínimo de dos positivas para incluir al síndrome de disfunción sacroilíaca dentro del diagnóstico diferencial de otras patologías.

Del estudio llevado a cabo en el Penn Pain Center de la Universidad de Pennsylvania se acepta que como mínimo deben ser positivas tres de las maniobras más difundidas.

### Diagnósticos diferenciales

La disfunción sacroilíaca comparte idénticas características con varios síndromes de distintas etiologías: (tabla I)

### Radiología

Como rutina, basta un frente de caderas de pie con foco en ambas articulaciones sacroilíacas; pero ante la necesidad de estudiarlas a fondo, se solicitará un frente y cuatro oblicuas. (Fig. 8)

La Rx de frente se realiza con el paciente en decúbito dorsal, el foco queda cerca de la placa, los rayos se emiten desde arriba o cara anterior de la pelvis. En la proyección oblicua obturatriz se ve mejor la articulación la articulación sacroilíaca del lado enfermo.

Otra técnica radiológica se realiza sin mover al paciente del decúbito dorsal e incidiendo los rayos a 45° desde el lado enfermo.



Fig. 5.- Signo de Lasegue (ver explicación en el texto)



Fig. 7.- Maniobra de Yeoman (ver explicación en el texto)



Fig. 6.- Signo de Gaenslen (ver explicación en el texto)



Fig. 8.- (ver explicación en el texto)

Tabla I  
**Diagnóstico diferencial de la disfunción sacroiliaca**

<b>Congénito</b> Espina bífida occulta. Lumbarización de vértebra sacra. Asimetría congénita de miembros pélvicos. Espondilolisis o espondilolistesis congénita.	<b>Degenerativa</b> Espondilolistesis L5-S1. Síndrome facetario. Síndrome miofacial. Artropatías vertebrales. Coccigodinia.	<b>Traumáticos</b> Esguince. Distensión ligamentaria. Traumatismo agudo o crónico. Fractura lumbosacra.
<b>Tumoral</b> Osteoma osteoide. Osteoblastoma. Mieloma múltiple. Metástasis de tumores de mama, pulmón, próstata, riñón. Nervios primitivos.	<b>Infeciosos</b> Osteomielitis. Tuberculosis. Discitis lumbosacra.	<b>Psiconeurosis</b> Histeria. Lumbalgias frías. Simuladores (por búsqueda de compensación económica o incapacidad).
<b>Mecánicos – posturales</b> Discopatías única o múltiples. Lumbalgia. Lumbociatalgia. Disfunción del músculo psoasílico. Cirugía fallida de espalda.	<b>Metabólica</b> Osteoporosis. Enfermedad de Paget.	<b>Inflamatoria</b> Pelvispondilitis anquilopoyética. Espondilitis post traumática. Artritis reumatoidea. Artritis psoriásica.

La solicitud de las radiografías dependerá de las características y la distribución del dolor referido por el paciente.

La imagen más característica de ver es el ensanchamiento y pérdida de los márgenes articulares seguido de esclerosis con borramiento de los mismos.

#### Fundación Dolor

Presidente del Consejo de Administración:

Dr. Eugenio C. Silberman

Comité de Redacción:

Dres. Patricia Aiello, Emilio Capmourteres, Silvia Dreos,

Miguel A. Fernández Vigil, Diana Finkel,

Juan Carlos Flores y Alejandro Haidbauer.

#### Bibliografía consultada

1. Dejung B. Iliosacralgelenksblockierungen. Eine Verlaufstudie. *Manuelle Medizin* 1985; 23:109-15
2. Onsel C et al. Increased sacroiliac joint uptake after lumbar fusion/or laminectomy. *Clin. Nucl. Med.* 1992; 17:283-287.
3. Testut L, Latarjet A. Tratado de anatomía humana. Tomo I: Osteología, artrología, miología. Salvat Editores S.A. (1981), pág. 638-646
4. Neumann M. Dolor Torácico. En: Prithvi Raj P. Tratamiento práctico del dolor. Mosby Year Book (1994), 2da. Edición
5. Muriel Villoria C, Madrid Arias JL. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Tomo II. Editorial Libro del Año (1994), pág. 992-993.
6. Bravo Bernave PA, Enriquez JA. Dolor lumbar: fisiopatología, diagnóstico y opciones de tratamiento. *Rev. Anest. Mexicana* 1995; 7, 3: 139-160.

**Dirección postal:** Fundación Dolor, Fragata Pte. Sarmiento 541, (1405) Buenos Aires.