

Sacroileíte Infecciosa em Paciente com Doença de Crohn: Relato de Caso

Infectious Sacroiliitis in a Patient with Crohn's Disease: Case Report

Mariana Araújo Costa¹, Sílvia Araújo Lima¹, Ana Teresa Peixoto¹, Eliseo Martínez¹

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Mariana Araújo Costa [marianacosta9633@gmail.com]

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-1654-1876>

RESUMO

Homem, 25 anos, com antecedentes de doença de Crohn, sob tratamento biológico, recorre à Consulta Aberta por lombalgia aguda e pico febril. Pelo quadro de lombalgia associada a sinais de alarme é encaminhado para o Serviço de Urgência, onde realiza estudo imagiológico e analítico, com ligeira leucocitose, sem outras alterações. Alta com diagnóstico de presunção de lombalgia sem causa secundária. O quadro clínico agrava progressivamente, com incapacidade para a marcha. É reavaliado, apresentando teste de Patrick positivo. Pede-se novo estudo imagiológico, sem alterações. Realiza ressonância magnética, sendo diagnosticado com sacroileíte infecciosa associada a extensos abscessos. Em internamento, realiza múltiplos ciclos de antibioterapia e várias tentativas de drenagem das coleções, sem sucesso. Alta após 54 dias de internamento com recuperação funcional progressiva. O caso pretende alertar para a maior suscetibilidade a infeções associadas ao uso crescente de biológicos e para a complexidade assim acrescida no acompanhamento de doentes com doença inflamatória intestinal.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Crohn/complicações; Sacroileíte/diagnóstico; Sacroileíte/tratamento farmacológico

ABSTRACT

A 25-year-old man, with a history of Crohn's disease undergoing biological treatment, seeks Open Consultation for low back pain and a fever spike. Due to low back pain associated with alarming signs, he is referred to the Emergency Department, where he undergoes imaging and analytical studies, showing slight leukocytosis. Discharged with a presumed diagnosis of nonspecific low back pain. The clinical condition progressively worsens. Upon reassessment, he exhibits a positive Patrick's test. Another imaging study is requested, showing no abnormalities. Magnetic resonance imaging is performed, diagnosing infectious sacroiliitis with extensive abscesses.

1. ULS Barcelos e Esposende - USF Alcaldes de Faria, Vila Seca, Portugal

Recebido/Received: 2024-03-11. Aceite/Accepted: 2024-08-12. Publicado online/Published online: 2024-09-11.

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2024. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

During hospitalization, multiple cycles of antibiotic therapy are administered and several attempts to drain the collections are unsuccessful. Discharged after 54 days with progressive functional recovery. This case aims to alert to the increased susceptibility to infections associated with the use of biological agents and the added complexity in managing patients with inflammatory bowel disease.

KEYWORDS: Crohn Disease/complications; Sacroiliitis/diagnosis; Sacroiliitis/drug therapy

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) crônica, cuja incidência e prevalência continuam a aumentar a nível mundial, afetando atualmente 0,2% da população europeia.¹ O seu pico de incidência ocorre na adolescência ou início da vida adulta.²

É uma doença progressiva, caracterizada por inflamação, ulceração, edema e espessamento da parede intestinal,^{2,3} podendo afetar qualquer parte do sistema digestivo, desde a boca até ao ânus.²

Pode traduzir-se clinicamente em diversos sintomas e sinais, como dor abdominal, diarreia persistente, fadiga e perda de peso.^{2,3} Os sintomas e sinais musculoesqueléticos, como espondiloartrite com envolvimento articular axial ou periférico constituem a sua principal manifestação extra-intestinal.⁴⁻⁷

O exato mecanismo fisiopatológico é desconhecido, porém, pensa-se que é uma combinação de fatores ambientais, imunitários e fatores genéticos.²

O tratamento da DC consiste na instituição de medidas de estilo de vida, nomeadamente alterações dietéticas adaptadas ao doente e redução de *stress*, associada a terapêutica farmacológica.

A terapêutica farmacológica consiste no uso de imunomoduladores, como a azatioprina ou o metotrexato e agentes biológicos, como agentes anti-TNF (*tumor necrosis factor*), anti-integrinas ou inibidores de interleucinas que, por sua vez, revolucionaram o tratamento da DC nas últimas décadas.^{2,8-10} A terapêutica biológica habitualmente é reservada para quadros clínicos mais severos ou para utentes refratários às primeiras linhas de tratamento. Em casos particulares, o tratamento cirúrgico pode ser considerado.

O uso crescente de agentes biológicos destinados ao tratamento e controlo da DII está consequentemente associado a maior suscetibilidade a infeções oportunistas de maior gravidade, de difícil diagnóstico e tratamento, bem como ao desenvolvimento de reações alérgicas, risco aumentado de doenças oncológicas como linfoma não-Hodgkin ou melanoma, insuficiência

cardíaca, entre outros.^{2,8,10} Desta forma a vigilância dos doentes sob este tipo de tratamento torna-se imperativa.

Antes da introdução de um agente biológico, o doente deve ser submetido a um rastreio infeccioso protocolado e o seu plano vacinal deve ser atualizado.

Durante o tratamento, o doente deve ser avaliado clínica e analiticamente de forma sistemática, com avaliação de possíveis complicações, nomeadamente infecciosas.^{2,8}

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 25 anos. Seguido em Consulta Hospitalar de Gastrenterologia por DC. Medicado com infliximab 5 mg/kg de 8/8 semanas, administrado por via endovenosa.

Recorre à Consulta Aberta nos Cuidados de Saúde Primários por quadro de lombalgia irradiada à direita há cerca de três dias. Dor de início súbito e de carácter mecânico, com irradiação para o membro inferior direito. Doente nega alteração do trânsito gastrointestinal, dor abdominal ou história de trauma. Já medicado previamente com relaxante muscular (ciclobenzaprina) e anti-inflamatório não esteróide (diclofenac), com melhoria sintomática discreta, todavia mantém dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária. Após exploração do quadro algico, utente refere pico febril único de 38°C nesse dia. Ao exame objetivo, de destacar, contratura muscular na região lombar direita.

Por quadro de dor lombar associado a pico febril em doente sob tratamento biológico, o utente é referenciado para Serviço de Urgência (SU).

No SU realiza estudo analítico, com presença de ligeira leucocitose (Leucócitos 12500x10⁹/L). Realiza tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica e TC da coluna lombar, sem nenhuma alteração de relevo observada. É assumido quadro de lombociatalgia sem causa secundária e tem alta.

Dois dias após alta é feito um contacto telefónico ao doente, que refere agravamento dos sintomas, com incapacidade de levantar e de deambulação. Iniciou es-

quema de corticoterapia (prednisolona 40 mg durante 3 dias, seguida de 20 mg durante 5 dias) e paracetamol associado a tiocolquicosido, sem melhoria clínica. É marcada consulta presencial para reavaliação em quatro dias.

Utente chega em cadeira de rodas por impossibilidade de marcha autónoma. Com agravamento progressivo da dor. Nega febre ou outros sintomas. Ao exame objetivo destaca-se dor à palpação/compressão da região sacroilíaca direita. Manobra de Patrick positiva à direita. Por suspeita de quadro de sacroileíte é pedido novo estudo analítico e radiografia das articulações sacroilíacas.

Após uma semana, volta para nova reavaliação. Continua sem capacidade para realizar levante. Mantém lombalgia incapacitante. Refere quadro de anorexia, sendo quantificada uma perda ponderal de cerca de 10 kg, equivalente a 15,7%, em dezasseis dias. Traz estudo analítico pedido: hemoglobina 15,4 g/dL; leucócitos $19200 \times 10^9/L$ com neutrofilia de 80,7%; plaquetas $426 \times 10^9/L$; velocidade de sedimentação 6 mm/h; proteína C reativa 124,98 mg/L; HLA-B27 negativo; fator reumatoide negativo e radiografia das articulações sacroilíacas sem alterações. Nesta consulta, por alteração do estado geral e do estudo analítico, é referenciado novamente para o SU.

No SU é assumido o diagnóstico de presunção de sacroileíte direita provavelmente associado a síndrome de resposta inflamatória sistémica. O utente é internado para estudo e inicia antibioterapia com piperacilina/tazobactam associada a vancomicina.

No internamento recebe resultado de ressonância magnética, que realizou em contexto particular no dia anterior à sua admissão: "Muito provável sacroileíte infecciosa do lado direito, justificando a formação de extensas coleções (prováveis abscessos), profundas ao psoas direito, que se prolongam para o ilíaco, glúteo máximo e piriforme. A coleção na profundidade do ilíaco mede 6,8 cm de maior eixo latero-lateral, 4,4 cm de maior eixo crânio-caudal e uma altura de cerca de 9 cm. A segunda coleção, mais inferior à articulação, que se insinua pelo piriforme e vai até ao glúteo máximo direito apresenta trajeto complexo e muito menor volume, a maior loca estando no piriforme, medindo 1,5x1,1x1,9 cm. Extenso fleimão adjacente, que poderá irritar as raízes do plexo lombar. Não há insinuação intra-canal de abscessos."

É submetido a tentativa de drenagem por radiologia de intervenção com isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (MSSA). Na avaliação objetiva não

foram constatadas lesões cutâneas que pudessem justificar resultado da cultura.

Durante o internamento realiza exames de imagem seriados e é submetido a mais duas tentativas de drenagem por radiologia de intervenção, sem sucesso.

Realiza vários ciclos de antibioterapia, nomeadamente piperacilina/tazobactam associada a vancomicina, flucloxacilina e cefazolina.

Após intervenções realiza nova ressonância magnética com alterações evolutivas favoráveis em relação ao exame anterior, com redução das dimensões das coleções infecciosas.

É também avaliado por Reumatologia, que excluiu clínica sugestiva de espondiloartrite associada à DII.

O utente tem alta para domicílio após 54 dias de internamento, clinicamente assintomático e estável, com diagnóstico de sacroileíte infecciosa com abscessos pélvicos e bacteriemia por MSSA. Medicado para domicílio com amoxicilina 1 g 6/6 horas, que suspende 3 semanas após alta, por indicação de infeciolgia.

Tem consulta de Gastrenterologia dois meses após alta. Realiza endoscopia digestiva baixa que relata algumas erosões/úlceras de fundo branco com menos de 5 mm, envolvidas por halo inflamatório e algumas áreas dispersas de edema de vilosidades. Identificadas ainda algumas cicatrizes. Com SES-CD (*Simple Endoscopy Score for Crohn's Disease*) de 3 pontos. Devido às alterações verificadas, reinicia infliximab 5 mg/kg de 8/8 semanas, administrado por via endovenosa.

DISCUSSÃO

O presente caso clínico descreve um jovem com antecedentes pessoais de DC, sob tratamento biológico, que recorre a Consulta Aberta por lombalgia aguda à direita e pico febril.

A sacroileíte é uma manifestação extra-intestinal relativamente comum nas DII.⁴⁻⁵ Todavia a sacroileíte de etiologia Infecciosa é um diagnóstico raro.¹¹ A sua clínica variável, associada a sintomas inespecíficos, pode levar a um atraso no seu diagnóstico.¹¹

Utentes que apresentam quadro de lombalgia que agrava com a deambulação, associada a febre e fatores de risco como, neste caso, a imunossupressão, devem ser avaliados de forma criteriosa com o objetivo de excluir este possível diagnóstico infeccioso.

Este caso clínico ilustra a complexidade do acompanhamento de doentes com DII, reforçando a necessi-

dade de uma avaliação clínica e analítica contínua do doente, registo da atividade da doença crónica e monitorização de possíveis complicações, de forma a evitar o seu diagnóstico tardio.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, a monitorização sequencial destes doentes representa uma tarefa desafiadora, face à substancial quantidade de utentes atendidos diariamente. A impossibilidade de conduzir exames de ressonância magnética também se revelou uma restrição significativa, contribuindo para o atraso no diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

MC, SL, AP e EM: Contribuição intelectual, escrita e revisão do artigo. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada

MC, SL, AP and EM: Intellectual contribution, writing and revision of the article. All authors have approved the version to be published

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Zhao M, Gönczi L, Lakatos PL, Burisch J. The burden of inflammatory bowel disease in Europe in 2020. *J Crohns Colitis*. 2021;15:1573–87. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab029
2. Cushing K, Higgins PD. Management of Crohn Disease. *JAMA*. 2021;325:69–80. doi:10.1001/jama.2020.18936
3. Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:22. doi:10.1038/s41572-020-0156-2
4. Bourikas LA, Papadakis KA. Musculoskeletal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15:1915–24. doi:10.1002/ibd.20942
5. Bandinelli F, Manetti M, Ibba-Manneschi L. Occult spondyloarthritis in inflammatory bowel disease. *Clin Rheumatol*. 2015;35:281–9. doi:10.1007/s10067-015-3074-z
6. Sanz Sanz J, Juanola Roura X, Seoane-Mato D, Montoro M, Gomollón F. Criterios de cribado de Enfermedad inflamatoria intestinal y espondiloartritis para derivación de Pacientes entre Reumatología y gastroenterología. *Reumatol Clín*. 2018;14:68–74. doi:10.1016/j.reuma.2017.07.001
7. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, Geboes K, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Gut*. 2006;55:i1–15. doi:10.1136/gut.2005.081950a
8. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, Verstockt B, Abreu C, et al. ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease. *J Crohn Colitis*. 2021;15:879–913. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab052
9. Rahier JF, Magro F, Abreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohn Colitis*. 2014;8:443–68. doi:10.1016/j.crohns.2013.12.013
10. Adegbola SO, Sahnan K, Warusavitarne J, Hart A, Tozer P. Anti-TNF therapy in Crohn's disease. *Int J Mol Sci*. 2018;19:2244. doi:10.3390/ijms19082244
11. Barnes M, Bush C, Jones J. Pyogenic sacroiliitis: A rare complication of inflammatory bowel disease. *Am J Emerg Med*. 2019;37:1395.e1–1395.e2. doi:10.1016/j.ajem.2019.04.017