



## P-353 - OSTEOMIELITIS SACRA COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Calcerrada Alises, Enrique; Zurita Saavedra, María Sol; González Puga, Cristina; Garde Lecumberri, Carlos; García Fernández, Estefanía; Capitán del Río, Inés; Alcaide Lucena, Miriam; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** La osteomielitis pélvica es una complicación muy poco frecuente de la enfermedad de Crohn y no son muchos los casos documentados en la literatura. Debemos tenerla en cuenta cuando el paciente con enfermedad de Crohn refiere dolor lumbar, ya que la osteomielitis puede ser grave y potencialmente mortal. Es necesaria una temprana evaluación con pruebas de imagen.

**Caso clínico:** Varón de 41 años diagnosticado de enfermedad de Crohn en tratamiento con mesalazina y azatioprina. Seguido en consulta de Cirugía General desde hace varios años por afectación perianal con la presencia de varios trayectos fistulosos que han requerido antibioterapia oral y drenaje quirúrgico con colocación de setones en varias ocasiones. Presenta supuración crónica. Refiere en su última visita dolor a nivel sacro. Se realiza RMN que además de los trayectos fistulosos observa ausencia de cóccix alteración de señal y captación de contraste en sacro desde S2 a su extremo inferior que sugiere osteomielitis. Ante los hallazgos se pauta antibioterapia y nueva revisión en la que el paciente presenta mejoría clínica. Se decide por el momento continuar con tratamiento conservador y seguimiento.

**Discusión:** La enfermedad de Crohn puede producir infecciones músculo-esqueléticas como absceso glúteo y en ileopsoas, fistulas en pared abdominal y osteomielitis de huesos pélvicos. Esta última, debido a su baja frecuencia no suele sospecharse durante el curso de una agudización de la enfermedad. La osteomielitis en la enfermedad de Crohn se ha observado en el 0,7% de las series radiológicas. Afecta a las estructuras óseas de columna inferior y pelvis, más frecuentemente al ilion, por su proximidad a íleon terminal y ciego, zonas más afectadas por la enfermedad. El mecanismo de propagación de la infección puede producirse por contigüidad a una masa pélvica inflamatoria, absceso que erosiona el hueso, trayecto fistuloso intestinal o tromboflebitis séptica que se extiende por los plexos venosos vertebrales retroperitoneales a huesos vertebrales. Por tanto el microorganismo causal pertenecerá a la flora intestinal. Produce un dolor persistente que puede asociar rigidez y alteración de la sensibilidad. Para el diagnóstico se recomienda prueba de imagen, radiografía, TAC y sobre todo RMN que detecta anomalías de la médula ósea antes de producirse la destrucción ósea y permite el diagnóstico diferencial con otras causas como espondilitis aséptica, sacroileítis, tuberculosis o brucellosis. El tratamiento incluye antibioterapia y en caso de refractariedad o déficit neurológico, drenaje quirúrgico del absceso o estoma desfuncionalizador en el caso de fistula. Por tanto debemos tener presente esta entidad en paciente con enfermedad de Crohn que refieren dolor lumbar o alteraciones de la sensibilidad para aplicar un tratamiento óptimo lo antes posible.