

**Absceso sacroilíaco  
por *Serratia marcescens*  
en paciente inmunocompetente**

**Sr. Editor:** Presentamos el caso de un varón de 23 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos, que como antecedente médico de interés encontrábamos amputación traumática de miembro superior derecho a los 7 años e infección de orina un año antes con buena respuesta a tratamiento antibiótico oral que curó sin secuelas, que ingresó en nuestro centro

por cuadro de dolor en muslo y nalga derecha e impotencia funcional progresiva de una semana de evolución, sin antecedente traumático, y malestar general con fiebre termometrada de 39 °C, sin que se evidenciara cuadro de vías respiratorias, genitourinario, neurológico ni gastrointestinal.

A la exploración presentaba dolor selectivo a la presión en articulación sacroilíaca derecha con maniobras sacroilíacas positivas, sin limitación de la movilidad de las caderas, siendo normal la exploración del resto de los órganos.

El hemograma, coagulación, bioquímica general, proteinograma y análisis de orina fueron normales destacando aumento de la proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), con radiografías de columna lumbar y sacroilíacas también normales, por lo que fue ingresado con el diagnóstico de sacroileítis asociado a síndrome febril para continuar estudio. Entre las principales causas posibles se barajaron la sacroilitis infecciosa, sobre todo brucelar, al ser germen endémico de la zona, o espondiloartropatía inflamatoria (síndrome de Reiter).

Durante su ingreso se pautó tratamiento antibiótico intravenoso (i.v.) y posteriormente oral, de forma empírica, con rifampicina, ciprofloxacino y doxiciclina y se realizaron gammagrafía, que evidenció una hiperfijación en articulación sacroilíaca derecha compatible con sacroilitis y tomografía computarizada (TC) (fig. 1) que mostró erosiones en porción inferior de sacroilíaca derecha con esclerosis del ilíaco en zona próxima a la articulación sacroilíaca con imágenes líticas de pequeño tamaño en el seno de dicha esclerosis. Durante su estancia hospitalaria el hemograma, coagulación, bioquímica general (incluyendo marcadores tumorales) y analítica de orina fueron normales así como el estudio serológico, incluyendo rosa de Bengala, serología brucelar, serología *Salmonella* Ac anti-O y anti-H negativos, con Mantoux y hemocultivos. Los reactantes de fase aguda disminuyeron progresivamente (PCR y VSG) hasta su normalización. La sintomatología y el síndrome febril remitieron, por lo que fue dado de alta con el diagnóstico de sacroileítis probablemente infecciosa, dada su buena respuesta al tratamiento antibiótico, aunque sin filiar el germen causante, para seguimiento en consultas externas, permaneciendo asintomático aunque en RM repetidas se continuaba observando lesión en la articulación sacroilíaca derecha.

A los 10 meses fue ingresado de nuevo por cuadro similar de dolor en muslo derecho y sacroilíaca derecha de 4 días de evolución con sensación distérmica acompañante y síndrome febril termometrado de 39 °C, que me-

joraba con ibuprofeno, y no presentaba síntomas otorrinolaringológicos, respiratorios, genitourinarios ni gastrointestinales.

En la exploración se evidenció dolor a la presión en glúteo y sacroilíaca derecha, con maniobras sacroilíacas negativas, y que aumentaba a las rotaciones y a la flexión forzada de cadera derecha, aunque no limitaba la movilidad, no apreciándose signos inflamatorios y siendo normal la exploración del resto de los órganos.

El hemograma, coagulación y bioquímica fueron normales, excepto PCR y VSG, que se encontraban muy elevadas, por lo que fue ingresado para descartar sacroileítis infecciosa, pautándose de nuevo tratamiento antibiótico intravenoso de forma empírica con ceftriaxona y ciprofloxacino. Se realizó gammagrafía y TC que puso de manifiesto lesión esclerosa de ilíaco derecho con necrosis central o lesión quística con reacción inflamatoria de partes blandas adyacentes. Durante su estancia hospitalaria se realizaron urocultivos que fueron negativos y hemocultivos que fueron recogidos en los picos febriles, objetivándose crecimiento de *Serratia marcescens* que tras tratamiento antibiótico específico según antibiograma con ciprofloxacino y ceftriaxona intravenoso hasta completar 21 días, se negativizaron. Esta cepa de *S. marcescens* presentaba sensibilidad a amikacina, cefotaxima, cefoxitina, ciprofloxacino, fosfomicina y gentamicina entre otros, siendo resistente a amoxicilina-ácido clavulánico, ampicilina, cefuroxima y cefalotina. Se realizó urografía intravenosa y enema opaco que fueron normales por lo que se decidió limpieza quirúrgica del foco, mediante curetaje de la lesión sacroilíaca, siendo dado de alta hospitalaria a la semana de la intervención, de forma asintomática, afebril y con analíticas normales, para ser seguido en consultas externas, continuando tratamiento con ciprofloxacino oral y ceftriaxona intramuscular durante 2 semanas de forma ambulatoria, y permaneciendo asintomático y con normalización de los reactantes de fase aguda.

*S. marcescens* es un microorganismo oportunista, que produce infecciones en pacientes con inmunidad disminuida, bien por enfermedades sistémicas consideradas debilitantes como enfermedades reumáticas (artritis reumatoide<sup>1</sup>, lupus y espondilitis anquilosante), diabetes mellitus<sup>2</sup>, mielomas y trasplante renal<sup>3</sup> o bien por tratamiento médicos con corticoides sistémicos o intraarticulares<sup>4</sup>, fármacos inmunosupresores o antibióticos previos de forma prolongada y en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP)<sup>2,5</sup> entre otras causas. De todas las formas clínicas, la infección os-



Figura 1. TC realizada al paciente.

teoarticular es una de las más infrecuentes, siendo descritos muy pocos casos en la literatura internacional.

En nuestra presentación se describe un caso excepcional de infección osteoarticular por *S. marcescens*, cuya característica principal es que se produce en un paciente sano e inmunocompetente<sup>6,7</sup>, sin enfermedades sistémicas, tratamientos previos, ni hábitos tóxicos<sup>2,5</sup> que puedan predisponer a este tipo de patología, y que de forma espontánea refiere clínica de sacroilitis similar a otras sacroilitis infecciosas, siendo en principio sospechada una sacroilitis por *Brucella*, ya que este es un germen endémico de la zona, confirmando posteriormente el germen causal (*S. marcescens*) por los hemocultivos seriados. El tratamiento seguido en un primer momento consistió en antibioterapia intravenosa empírica y una vez cultivado el germen y tras antibiograma se realizó tratamiento antibiótico intravenoso específico con ciprofloxacino y ceftriaxona y con posterior tratamiento quirúrgico de la lesión sacroilíaca.

Aurelio Jesús Centeno<sup>a</sup>,  
Antonino Abejón<sup>a</sup>, Juan José Moreno<sup>b</sup>  
y Juan José Aznar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General de Mérida. <sup>b</sup>Servicio de Microbiología.

<sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Mérida. Badajoz. España.

## Bibliografía

1. Dorwart BB, Abrutyn E, Schumacher HR. Serratia arthritis. Medical eradication of infection in a patient with rheumatoid arthritis. JAMA. 1973;225: 1642-3.
2. Donovan TL, Chapman MW, Harrington KD, Nagel DA. Serratia arthritis. Report of seven cases. J Bone Joint Surg (Am). 1976;58:1009-11.
3. Tannenbaum DA, Matthews LS, Grady-Benson JC. Infection around joint replacements in patients who have a renal or liver transplantation. J Bone Joint Surg (Am). 1997;79:36-43.
4. Lafuente Martínez D, Bonilla Velasco FA, Sampedro Álvarez J, Menéndez Lozano A. Septic arthritis caused by *Serratia marcescens*. Arthritis Rheum. 1981;24:567-8.
5. Ross GN, Baraff LJ, Quismorio FP. Serratia arthritis in heroin users. J Bone Joint Surg (Am). 1975;57:1158-60.
6. Bergamo DF, Thirumoorthi MC. Osteomyelitis caused by *Serratia marcescens* without predisposing factors. Clin Pediatr (Phila). 1989;28:485.
7. Atienza MP, Beato JL, Romero C, Jiménez JA, Aguilar A. Hematogenous osteomyelitis by *Serratia marcescens* in a patient with no risk factors. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1997;15:117.