



# SINFISITIS PÚBLICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SERGIO A. RODRÍGUEZ MONTERO

*Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.*

## RESUMEN

La sinfisis púbica, conocida también, entre otras denominaciones, como osteítis pubis, es una afección inflamatoria de la sínfisis púbica, caracterizada clínicamente por dolor pélvico intenso, marcha anómala con aumento de la base de sustentación y destrucción ósea de los márgenes de la sínfisis púbica. Asociada en su inicio a determinadas intervenciones quirúrgicas, las especulaciones acerca de su patogenia incluyen infección, traumatismos, anomalías vasculares locales y distrofia simpático-refleja. Esta confusión acerca de su etiología se refleja en la gran variedad de tratamientos que se han empleado a lo largo de los años, entre los cuales figuran la radiación, el reposo en cama por períodos prolongados de tiempo, la infiltración con anestésicos locales, los antiinflamatorios no esteroideos, los antibióticos, la heparina, el desbridamiento quirúrgico, la resección en cuña de la sínfisis púbica y el trasplante autólogo de hueso iliaco. Tanto la infección como la inflamación óseas del área púbica son raras. En la literatura médica estas 2 entidades se han confundido frecuentemente, de modo que muchos casos diagnosticados de osteítis pubis han mostrado ser en realidad osteomielitis púbicas mal diagnosticadas. Por este motivo se recomienda una aproximación diagnóstica agresiva, especialmente en los casos posquirúrgicos, con biopsia y artrocentesis de la sínfisis guiada por tomografía computarizada.

**Palabras clave:** Artritis. Sinfisis púbica. Osteítis pubis.

## ABSTRACT

Pubic symphysis, also known as osteitis pubis, is an inflammatory process characterized by severe pelvic pain, a wide-based waddling gait, and bony destruction of the margins of the pubic symphysis. Initially, this entity was recognized as a complication of several surgical procedures, but speculations concerning its pathogenesis have included infection, mechanical trauma, local vascular abnormalities, and reflex sympathetic dystrophy.

Confusion about the cause of this illness is reflected in the wide variety of treatments that have been used over the years, such as radiation, prolonged bed rest, injection of local anesthetics, anti-inflammatory drugs, antibiotics, heparin, surgical debridement, wedge resection of the symphysis pubis, and autologous iliac bone grafts. Bone infection or inflammation of the pubic area is rare. These two entities are commonly confused in the literature and many patients with a diagnosis of osteitis pubis actually have unrecognized osteomyelitis. Consequently, an aggressive diagnostic approach is advised, especially in postsurgical cases, including computed-tomography-guided biopsy and needle aspiration of the symphysis.

**Key words:** Arthritis. Pubic symphysis. Osteitis pubis.

## INTRODUCCIÓN

La sinfisis púbica, también conocida como osteítis pubis, es un proceso inflamatorio de la sínfisis púbica, que provoca intenso dolor y destrucción ósea de las superficies articulares del pubis. A pesar de 7 décadas de especulación sobre esta enfermedad y aunque tradicionalmente se ha considerado una entidad no infecciosa, lo cierto es que incluso en la actualidad su patogenia, sus criterios diagnósticos, su evolución natural y su tratamiento óptimo continúan siendo cuestiones controverti-

das. La literatura científica recoge numerosos casos de osteomielitis púbica inicialmente diagnosticados de osteítis pubis, por lo que actualmente son muchos los investigadores que sostienen que este cuadro puede ser, en una alta proporción, secundario a infección. En este artículo de revisión se repasan las diferentes afecciones de la sínfisis púbica, su terminología, su clínica, su diagnóstico y sus tratamientos más correctos, intentando clasificar adecuadamente cada entidad y realizar una correcta distinción entre las afecciones infecciosas y no infecciosas.



## CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

La sínfisis púbica es una articulación anfiartrodial situada en la confluencia de los 2 huesos púbicos. Un pequeño disco fibrocartilaginoso se interpone entre 2 estrechas láminas de cartílago hialino. Las superficies articulares carecen de una adecuada membrana sinovial, lo cual evita los importantes procesos destructivos que tienen lugar en artropatías inflamatorias, tales como la artritis reumatoide.

Análisis biomecánicos de la pelvis demuestran que este conjunto óseo funciona como un grupo de arcos que transfieren el peso del tronco desde el sacro hasta las caderas. Existen 3 ligamentos que confieren estabilidad a la sínfisis púbica: el superior, el anterior, y el inferior; este último –también llamado ligamento arqueado– es el principal responsable de mantener la estabilidad articular. Entre los 3 permiten únicamente un mínimo movimiento de la articulación durante la mayoría de las actividades corporales, si bien es posible cierto grado de angulación, de rotación y de desplazamiento que se producen durante el trabajo de las articulaciones sacroilíacas y de la cadera. En el caso de la mujer, en los últimos meses de gestación, y sobre todo durante el parto, se produce una cierta separación de los huesos púbicos.

La sínfisis está ricamente inervada con ramas de los nervios pudendo y genitofemoral, lo que explica el intenso dolor que pueden originar las afecciones inflamatorias de esta pequeña articulación. El aporte sanguíneo viene dado por ramas de las arterias pudendas, epigástrica inferior y circunflejas mediofemorales.

En cuanto a la musculatura que se inserta en la sínfisis púbica, incluye el recto del abdomen, el grácil, el pectíneo y los aductores, tanto largos como cortos.

## TERMINOLOGÍA

En 1924, Beer<sup>1</sup> acuñó el término osteítis pubis para describir una complicación posquirúrgica de la prostatectomía suprapúbica, caracterizada por dolor pélvico intenso, marcha anómala con aumento de la base de sustentación, y destrucción ósea de los márgenes de la sínfisis púbica. Durante décadas ha existido una importante confusión terminológica

ca, así como numerosas definiciones imprecisas del cuadro, que han contribuido a hacer de este síndrome una patología controvertida, de origen no completamente aclarado.

Desde un punto de vista estricto, la sinfisitis púbica consiste en una entesopatía del pubis, es decir, una inflamación dolorosa de las inserciones musculares en la zona de las ramas púbicas<sup>2</sup>. Es interesante considerar las diversas terminologías utilizadas para definir la entesopatía pubiana: pubalgia, pubitis, osteítis pubis, sinfisitis púbica, síndrome pélvico-artrosico, osteopatía dinámica del pubis, inguinocruralgia traumática, enfermedad de los aductores, osteopatía pubiana, osteopatía púbica, hernia deportiva, pubalgia deportiva, pubalgia atlética, lumbo-abdomino-pubalgia y lumbopubalgia.

A su vez, el término sinfisitis púbica resulta algo impreciso a la hora de definir a qué tipo de patología de la articulación del pubis queremos referirnos. De entrada, el sufijo *-itis* habla de una afectación inflamatoria, sin especificar su posible etiología infecciosa, traumática o de otro tipo. Desde un punto de vista práctico podríamos clasificar las enfermedades que afectan a esta articulación de la siguiente forma<sup>3</sup>:

- Anomalías congénitas (como la extrofia vesical, la disostosis craneocaudal y el síndrome de Dyggve-Melchior-Clausen) que provocan diversos grados de separación de los huesos púbicos, que resultan en un espectro variable de incapacidad funcional.

- Infecciones, como la artritis séptica de sínfisis púbica o la osteomielitis púbica, que en ocasiones son erróneamente diagnosticadas de osteítis pubis y a las que dedicaremos un apartado completo de esta revisión.

- Entre las enfermedades inflamatorias, la principal es la osteítis pubis o sinfisitis púbica, inflamación “estéril” que nos ocupa en esta revisión. Además de la anterior, las espondiloartropatías seronegativas pueden afectar a la articulación, de tal forma que en ellas la osificación progresiva de los elementos fibrosos de la articulación condicione una sinostosis completa de la sínfisis.

- Enfermedades metabólicas, como la osteodistrofia renal y el hiperparatiroidismo, puede originar

resorción ósea. Asimismo, la artropatía por cristales de pirofosfato cálcico, la ocronosis y la hemocromatosis también pueden provocar lesiones de la articulación, consistentes en calcificaciones del fibrocartilago, y erosiones del hueso subcondral.

– Enfermedades degenerativas. A partir de la quinta década de la vida comienzan a aparecer lesiones degenerativas de la sínfisis, que inicialmente consisten en esclerosis de las superficies articulares, con aparición progresiva de osteófitos marginales.

– Neoplasias. Como ocurre con otras articulaciones, la sínfisis del pubis es resistente a la invasión tumoral, es decir, si bien los tumores, malignos o benignos, pueden afectar el hueso púbico, raramente llegan a la articulación. Puede existir afectación bilateral de pubis en caso de carcinoma metastásico, mieloesclerosis, mieloma múltiple y enfermedad de Hodgkin. La afectación ósea unilateral ocurre en lesiones benignas, como el fibroma desmoplásico, y la sínfisis se mantiene siempre intacta.

– Enfermedad postraumática. Con 4 patrones lesionales típicos: diástasis púbica (la más frecuente; 45% del total), fractura desplazada, fractura intra-articular con luxación-solapamiento, y por último una combinación de las anteriores.

Las patologías que con mayor frecuencia afectan al pubis son de etiología no infecciosa, si bien se tendrán presentes otras etiologías importantes en el diagnóstico diferencial, como la artritis séptica, cuya identificación precoz resulta fundamental para evitar no sólo el pobre pronóstico derivado de una intervención terapéutica tardía, sino incluso la muerte del paciente.

## ETIOLOGÍA

Tradicionalmente, y en términos generales, la sinfistitis púbica se ha considerado un proceso inflamatorio de origen no bacteriano que se presentaba como complicación de varios tipos de intervenciones quirúrgicas<sup>4,7</sup> (en especial urológicas y ginecológicas), embarazo y parto<sup>8-10</sup>, traumatismos<sup>7,8,11</sup>, herniorrafias<sup>12</sup> y pielonefritis<sup>13</sup>. Sin embargo, la teoría que sostiene que la osteítis pubis es una enfermedad no infecciosa entra en conflicto directo con el registro de numerosos casos que no se recuperan

con tratamiento conservador<sup>4,8,10</sup>, pacientes que desarrollan incluso fístulas perineales<sup>4,14,15</sup> y pacientes cuya osteítis pubis se asocia a infecciones de una herida quirúrgica<sup>4,5,14</sup>, hemocultivos positivos<sup>16</sup> o el hallazgo de un absceso adyacente al pubis<sup>15,17</sup>. A esto se suma el hecho de que la mayoría de pacientes con osteítis pubis a los que se practica biopsia ósea muestran cambios sugestivos o típicos de osteomielitis<sup>14,17-20</sup>. En los casos en que se identifica un origen infeccioso, los gérmenes más frecuentemente aislados son *Staphylococcus aureus*, seguido por *Pseudomonas aeruginosa* y, por último, infecciones polimicrobianas<sup>21</sup>. En numerosos casos de osteítis pubis con buena evolución tras tratamiento conservador se infiere que no existe infección porque desaparecen los síntomas sin tratamiento antibiótico. Sin embargo, la ausencia de síntomas no debe considerarse la base para determinar que el paciente no tiene una osteomielitis púbica, ya que en la literatura científica existen varios casos de osteomielitis púbica que se resuelven “espontáneamente” sin tratamiento antibiótico<sup>18,22</sup>. A pesar de todos estos argumentos, el concepto de que la osteítis pubis es una enfermedad no infecciosa ha persistido hasta la actualidad, y aparece como tal en muchos de los libros de texto de traumatología, urología, ginecología y radiología.

Otros autores han especulado sobre su etiología, de tal forma que en 1941 Wheeler<sup>16</sup> propuso la teoría que sostiene que el origen del cuadro reside en una distrofia simpático-refleja del pubis. Más recientemente, en 1980, se intentó asociar a la trombosis de las venas parapúbicas<sup>23</sup>, lo que provocaría una dificultad al retorno venoso de la articulación, proponiéndose como tratamiento para el cuadro la administración de heparina. No obstante, estas 2 hipótesis no se han visto respaldadas por argumentos demasiado sólidos.

Al margen de estas consideraciones sobre su etiología, lo cierto es que su aparición es especialmente frecuente en deportistas, donde se relaciona de manera especial con 2 actividades: correr y cambiar súbitamente de dirección. De este modo, numerosos estudios demuestran que la enfermedad no presenta igual incidencia en todos los grupos de población: es mucho más frecuente en los varones (proporción de 5:1)<sup>2</sup>, y no por diferencias morfológicas entre sexos, sino por las actividades tradicionalmente ligadas al sexo masculino. De hecho, algunos autores definen esta patología como una

inflamación por sobreuso asociada a algunos deportes<sup>24</sup>. Según el estudio de Renström<sup>25</sup>, los deportes de mayor riesgo son:

1. Fútbol (50% de los casos).
2. Corredores de larga distancia.
3. Rugby.
4. Levantadores de pesas.
5. Ciclistas.

Si nos ceñimos al ámbito deportivo, para conocer los factores etiológicos que intervienen en el origen y desarrollo de una sinfisitis púbica es esencial diferenciar entre 2 formas clínicas de la enfermedad<sup>26</sup>:

#### **Osteoartropatía pubiana microtraumática (pubalgia traumática)**

Aparece como consecuencia de una agresión a la sínfisis del pubis. Se registran 2 posibilidades en cuanto a su etiología:

- Puede ser consecuencia de una caída sobre los pies en la que las fuerzas de recepción en el suelo sean desiguales, de modo que una rama pubiana se eleve más que la otra, ocasionando un cizallamiento del pubis, con estiramiento de los ligamentos púbicos.
- La pérdida de apoyo en el suelo, o un movimiento de oposición sobre la extremidad inferior, puede provocar una tensión súbita sobre los aductores, ocasionando un estrés que puede deteriorar los ligamentos o las inserciones musculares localizadas en el pubis.

#### **Pubalgia crónica**

A diferencia de la anterior, en la pubalgia crónica el pubis no es en absoluto la causa de la pubalgia, sino que ésta resulta de un esquema funcional alterado. Admite, a su vez, una subclasificación en 2 tipos:

- Pubalgia alta, secundaria a la afectación del músculo recto anterior del abdomen.

- Pubalgia baja. El daño se origina en la musculatura aductora, siendo generalmente el aductor mediano el causante de la osteopatía púbica.

Cabría destacar que los estudios realizados hasta la fecha apuntan a una serie de factores desencadenantes, que se clasifican en 2 grupos: factores intrínsecos, como el acortamiento de las extremidades inferiores, la hiperlordosis lumbar o las deficiencias de pared abdominal y/o del trayecto inguinal, y factores extrínsecos, como la calidad del terreno deportivo, el sobreentrenamiento o la práctica de ciertos movimientos peligrosos.

#### **FRECUENCIA**

La incidencia de esta patología en la población general no está totalmente establecida, pero numerosos estudios demuestran que existe una fuerte asociación, entre otras situaciones, con la cirugía de los órganos pélvicos<sup>1,5,6,15-17</sup>, de tal modo que, en concreto, tras la cirugía de incontinencia urinaria mediante la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, se calcula una incidencia de osteítis pubis del 2 al 3%<sup>27</sup>. Al margen de su relación con la cirugía, queda de manifiesto que se trata de un cuadro con un claro carácter ocupacional, es decir, la sinfisitis púbica está clara e indivisiblemente asociada a la práctica deportiva. En el estudio publicado por Montes González<sup>2</sup> en 2002, centrado en la determinación de la influencia de los factores de riesgo asociados a la práctica deportiva, se analizan factores extrínsecos (calidad del terreno, sobreentrenamiento, programación errónea del entrenamiento y práctica de ciertos movimientos peligrosos) en 3 subgrupos de individuos:

- Clase 1: individuos que entrenan con regularidad, realizando fortalecimiento de musculatura abdominal y estiramientos de la musculatura aductora.
- Clase 2: individuos que entrenan con regularidad, con preparación deficiente, basada en ejercicios de potenciación muscular sin control.
- Clase 3: individuos que no entrenan con regularidad (una o ninguna vez por semana).

Los resultados demuestran que la clase 2 presenta una incidencia de patología muy superior (7,58%),

siendo el grupo 3 el que presenta menos riesgo de desarrollar una osteopatía púbica (1%).

El estudio concluye que la incidencia de la patología, incluso en un grupo de alto riesgo como el considerado (asumiendo la incidencia global en las 3 clases), es muy baja, inferior al 5%. Existe una fuerte correlación entre los casos diagnosticados y los meses de competición deportiva, y demuestra cómo el sobreentrenamiento y el incorrecto acondicionamiento físico serán los elementos desencadenantes de la patología, mientras que la realización de ejercicios preventivos (estiramiento de aductores, fortalecimiento de abdominales e isquiotibiales) reduce significativamente las posibilidades de padecer osteopatía púbica.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma clásico de la sinfisitis púbica es el dolor en la región suprapúbica, que se puede irradiar a las ingles, las caderas y los muslos, siguiendo el trayecto de la musculatura aductora<sup>28</sup>. Caminar, subir o bajar escaleras, el apoyo monopodal o bien un cambio súbito de dirección durante la deambulación intensifican el dolor. También puede notarse un clic al levantarse de un asiento, volverse en la cama o caminar por terreno desigual. El paciente tiene una deambulación típica con aumento de la

base de sustentación. La flexión de la cadera, o bien la abducción y la rotación de la cadera en flexión, originan dolor. Sin embargo, estas maniobras son indoloras con la cadera en extensión. Puede aparecer un grado variable de eritema, edema y aumento de temperatura local, y en algunos casos llega a detectarse fiebre<sup>28</sup>.

Durante la marcha, el dolor suprapúbico puede deberse al desarrollo de fuerzas de torsión o compresivas sobre la sínfisis inflamada. Los ligamentos interóseos de las articulaciones sacroilíacas tienen un gran poder estabilizador y permiten sólo un movimiento imperceptible de la articulación. Este movimiento llega a ser de 0,5 mm en la sínfisis de varones, y de 1,5 mm en mujeres no embarazadas. Sin embargo, incluso pequeñas movilizaciones de la articulación sacroilíaca, al ser amplificadas por la palanca que representan las ramas púbicas, pueden originar movimientos detectables en la sínfisis púbica.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Históricamente siempre ha existido confusión entre la sinfisitis púbica (inflamación estéril de la sínfisis púbica), la osteomielitis púbica y la artritis séptica de sínfisis púbica (tabla 1). De hecho, el primero de estos síndromes (la sinfisitis púbica) es

Tabla 1 >

Características de la osteítis pubis en comparación con la osteomielitis púbica y la artritis séptica de sínfisis púbica

	Osteítis pubis	Osteomielitis púbica	Artritis séptica de sínfisis púbica
Naturaleza	Inflamatoria	Infeciosa	Infeciosa
Lugar de asiento	Inserción de la musculatura en la sínfisis púbica	Tejido óseo de las ramas púbicas	Articulación de la sínfisis púbica
Cultivos	Negativos	Positivos	Positivos
Etiología	Sobreuso (atletas), traumatismo, cirugía pélvica, embarazo y parto	Cirugía pélvica, patología abdominal, ADVP, embarazo y parto	Cirugía pélvica, patología abdominal, ADVP, embarazo y parto
Clínica	Dolor pélvico, marcha anómala	Dolor pélvico, marcha anómala	Dolor pélvico, marcha anómala
Técnicas de imagen	Radiografía convencional, TC, RM, gammagrafía ósea	Radiografía convencional, TC, RM, gammagrafía ósea	Radiografía convencional, TC, RM, gammagrafía ósea
Tratamiento	Autolimitado, reposo, AINE, corticoides	Antibióticos, AINE, reposo, cirugía para los casos complicados	Antibióticos, AINE, reposo, cirugía para los casos complicados

ADVP: adicción a drogas por vía parenteral; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.



Figura 1&gt;

Tomografía computarizada pélvica: erosiones bilaterales (flechas) de la sínfisis púbica en un paciente de 38 años con artritis séptica de pubis por *Staphylococcus aureus*.

clínicamente indistinguible de la osteomielitis púbica, y para realizar una adecuada diferenciación diagnóstica es preciso obtener cultivos negativos<sup>21</sup>. Además, para dificultar todavía más la distinción entre estas entidades, se han utilizado antibióticos, desbridamiento quirúrgico, glucocorticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento de la osteítis pubis.

Muchos casos de osteomielitis son inicialmente mal diagnosticados de osteítis pubis, especialmente después de cirugía urológica<sup>22,29-31</sup>. Sexton et al<sup>22</sup> registraron un caso de osteomielitis púbica resuelta a pesar de una inadecuada pauta antibiótica, sugiriendo que muchos casos de osteomielitis púbica “de bajo grado” son diagnosticadas de osteítis pubis, con una curación lenta y espontánea, en la mayoría de los casos por contención inmune (de la misma forma que en la era preantibiótica algunas osteomielitis vertebrales se resolvían sin tratamiento específico). De hecho, este fenómeno de contención se ve apoyado por un estudio reciente<sup>32</sup> en el que se demuestra que hasta el 71% de los pacientes con osteítis pubis tras intervención urológica mediante la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz tenían cultivos de biopsia ósea positivos.

La segunda patología que ha de tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial es la artritis séptica de sínfisis púbica. La inflamación de una osteítis pubis preexistente puede predisponer a una artritis séptica de pubis, si tiene lugar una bacteriemia por *S. aureus* (fig. 1). En el artículo de revisión



Figura 2&gt;

Imagen tomada durante la realización de un aspirado de sínfisis púbica guiado por tomografía computarizada. Se aprecia el trayecto de la aguja de punción desde el plano cutáneo hasta la cavidad articular.

de Ross y Hu<sup>21</sup>, publicado en *Medicine*, se recogen 100 casos de artritis séptica documentadas desde 1973 hasta 2003, identificadas en Pubmed. Los casos eran aceptados si existía aislamiento microbiológico procedente de artrocentesis, desbridamiento quirúrgico o bien hemocultivos, junto con imágenes que apoyasen el proceso séptico en la sínfisis. De los 100 casos, 34 estaban causados por *S. aureus*, 24 por *P. aeruginosa*, 19 eran de tipo polimicrobiano y el resto estaban producidos por *Escherichia coli* y otros bacilos gramnegativos. Clínicamente llama la atención el hecho de que sólo el 74% de los casos se presentó con fiebre, si bien el 88% tenía dolor púbico. El 59% presentaba una marcha anormal, y el 45%, dolor con los movimientos de la cadera. Sólo en el 4% de los casos se detectaron adenopatías inguinales. En cuanto al laboratorio, únicamente el 35% de los pacientes tenía leucocitosis, la velocidad de sedimentación globular (VSG) media era de 83 mm/h, y en el 86% se aislaron gérmenes es el aspirado de sínfisis púbica (fig. 2). Se identificaron 4 grandes grupos de riesgo: mujeres con cirugía reciente para incontinencia urinaria, deportistas, neoplasias pélvicas y adicción a drogas por vía parenteral (ADVP).

## DIAGNÓSTICO. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La sospecha inicial de que el paciente padece una osteítis pubis nos viene dada por unas manifesta-

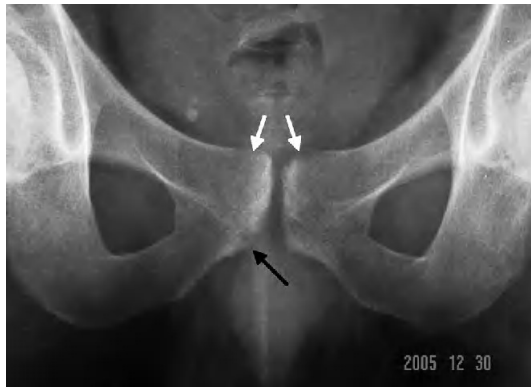


Figura 3&gt;

Radiografía convencional de un paciente con osteítis pubis. Se aprecia cierta esclerosis de las superficies articulares, junto con alguna geoda subcondral (flecha negra) y erosiones bilaterales (flechas blancas), más marcadas en la rama izquierda.



Figura 4&gt;

Gammaografía ósea de un paciente con osteítis pubis. Se aprecia un aumento muy significativo de depósito del trazador radioisotópico en la sínfisis púbica.

ciones clínicas típicas (dolor suprapúbico intensificado al caminar, al subir o bajar escaleras y, por supuesto, al correr, junto con una marcha anómala) en un paciente con una historia clínica congruente (deportistas, antecedente de cirugía, etc.). En cuanto a las pruebas complementarias, las técnicas de laboratorio suelen ser anodinas, o a lo sumo existe una ligera leucocitosis, con aumento de los valores de VSG<sup>28</sup>. La radiología convencional es a menudo normal en estadios iniciales, y en fases más avanzadas muestra esclerosis de las superficies articulares (fig. 3) e incluso alguna erosión del hueso subcondral, que característicamente suele aparecer de forma bilateral.

El retraso diagnóstico es bastante común, teniendo en cuenta que se trata de una patología infrecuente y que resulta complicado establecer un diagnóstico diferencial con cuadros urológicos, ginecológicos e incluso abdominales<sup>33</sup>. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de osteítis pubis suele variar de semanas a meses en la mayoría de los casos, si bien el tiempo medio es de aproximadamente 30 días.

Teniendo en cuenta –como hemos visto en el apartado de diagnóstico diferencial– que la osteítis pubis es clínicamente indistinguible de una osteomielitis púbica, para llevar a cabo un correcto diagnóstico pueden precisarse técnicas de imagen más específicas (fig. 4) que una simple radiografía de sínfisis púbica. En este sentido, la resonancia mag-



Figura 5&gt;

Tomografía computarizada pélvica del pubis de un paciente de 52 años con artritis séptica de sínfisis púbica por *Pseudomonas aeruginosa*. Nótese la presencia unilateral de erosiones en la superficie articular de la sínfisis (flecha).

nética (RM) y la tomografía computarizada (TC) pueden mostrar cambios inflamatorios en el hueso que orienten el cuadro hacia una osteomielitis. Las imágenes que suelen aparecer en la RM consisten en destrucción ósea, derrame articular, ensanchamiento de la sínfisis, y puede revelar la presencia de una masa y edema de la musculatura aductora y obturadora<sup>21</sup>. Los hallazgos de la TC consisten fundamentalmente en erosiones óseas (fig. 5), abscesos, flemones, irregularidades marginales de la sínfisis y ensanchamiento articular. No obstante, para descartar de un modo definitivo la existencia de

una afección de origen infeccioso se precisa una biopsia ósea guiada por TC<sup>34</sup> y una artrocentesis de la sínfisis, a fin de obtener muestras para su procesamiento microbiológico (cultivo de aerobios y anaerobios) e histopatológico<sup>22</sup>.

## PRONÓSTICO

La osteítis pubis, entendiendo como tal la inflamación estéril de la sínfisis púbica, es una entidad de buen pronóstico (incluso algunos autores<sup>33,35</sup> la describen como proceso autolimitado), que en la mayoría de los casos suele responder bien al tratamiento conservador<sup>2</sup>. Con diagnóstico y tratamiento correctos se suele conseguir la resolución del cuadro en aproximadamente 4-6 semanas.

Por el contrario, la osteomielitis púbica y la artritis séptica de sínfisis púbica son patologías de mayor entidad; requieren hospitalización para tratamiento intravenoso y pueden ocasionar secuelas del tipo de inestabilidad pélvica, que puede conducir incluso a fracturas sacroilíacas por estrés, diastasis púbica, incontinencia urinaria (en especial en los pacientes que desarrollan el cuadro tras una intervención quirúrgica), perforación de la vejiga urinaria y dolor pélvico crónico. Estos cuadros de origen infeccioso tienen incluso una mortalidad asociada que oscila en torno al 2%, según la serie de 100 casos de Ross y Hu<sup>21</sup>.

## TRATAMIENTO

La confusión existente sobre el origen de esta enfermedad se refleja en la gran variedad de tratamientos empleados en estos pacientes durante los últimos 50 años. Las diferentes opciones terapéuticas pasan por la radiación, el reposo absoluto en cama por períodos prolongados, la infiltración con anestésicos locales con o sin glucocorticoides, los AINE, los antibióticos, la heparina, el desbridamiento quirúrgico, la resección en cuña de la sínfisis púbica y el trasplante autólogo de hueso ilíaco<sup>22</sup>.

Para la instauración del tratamiento correcto resulta, obviamente, imprescindible descartar la existencia de una base infecciosa. Para la osteítis pubis entendida como tal, es decir, la inflamación estéril del hueso y de partes blandas periarticulares del

pubis, el tratamiento conservador suele ser suficiente<sup>2</sup>. La base de esta terapia consiste en reposo deportivo durante 4-6 semanas, tratamiento fisioterápico (trabajo isométrico de abductores, aductores, rectos del abdomen y oblicuos) y AINE. En los casos sin respuesta al tratamiento anterior se pueden realizar infiltraciones con anestésico local y corticoides. La cirugía está raramente indicada, y se estima que puede ser necesaria en el 5 al 10% de los casos. En el artículo de Mehin et al<sup>35</sup> se identifican fundamentalmente 4 tipos de intervención quirúrgica: curetaje, artrodesis, resección en cuña y resección amplia. Estos autores sostienen que los deportistas con osteítis pubis responden bien al curetaje, mientras que si la enfermedad es secundaria a intervenciones urológicas o ginecológicas, se requiere cirugía algo más agresiva hasta en el 50% de los casos.

En cuanto a los casos de sinfisitis en los que finalmente se identifica un microorganismo como causante del cuadro, el tratamiento de elección es, obviamente, el tratamiento antibiótico intravenoso mantenido al menos 4 semanas<sup>21</sup>, continuando con la pauta antibiótica por vía oral un mínimo de 2 semanas más. En ocasiones el tratamiento conservador con reposo y antibióticos puede no ser suficiente para garantizar el éxito terapéutico, requiriéndose entonces la realización de un curetaje y de limpieza quirúrgica.

En la serie de 100 artritis sépticas de pubis publicada por Ross y Hu, el 97% tenía osteomielitis púbica, y en más del 50% de los casos se precisó una actitud quirúrgica que consistía sobre todo en desbridamiento óseo y, en segundo lugar, incisión y drenaje del absceso.

## DISCUSIÓN

Durante décadas la sinfisitis púbica se ha definido por su presentación clínica y por sus manifestaciones radiológicas, si bien, en la mayoría de los registros, la osteomielitis no se excluía adecuadamente mediante biopsias o cultivos. Muchos pacientes que presumiblemente padecían osteítis pubis mostraban un curso clínico sugestivo o típico de osteomielitis intratada (formación de abscesos, desarrollo de fistulas, etc.). De ahí que algunos autores defiendan la hipótesis de que todos los casos de osteítis pubis son secundarios a infección, mientras



que otros intentan separar la sinfisitis púbica en 2 categorías: infecciosas y no infecciosas. Sin embargo, en la mayoría de casos registrados y de revisiones se asume que la osteítis pubis y la osteomielitis son 2 entidades diferentes, y que la osteítis pubis es de naturaleza no infecciosa.

Tras la realización de esta revisión, parece razonable plantearse fundamentalmente 2 cuestiones: en primer lugar, la necesidad de reexaminar los conceptos concernientes a la patogenia y el tratamiento de la osteítis pubis, y en segundo lugar, el cambio de actitud con respecto a los pacientes que se presenten con dolor púbico y hallazgos radiológicos sugestivos de sinfisitis púbica, que deberían someterse a una artrocentesis de la sínfisis púbica y a una biopsia ósea guiada por TC con el fin de obtener muestras para su procesamiento microbiológico y así poder descartar definitivamente la existencia de una enfermedad infecciosa subyacente.

## Bibliografía

- Beer E. Periostitis and ostitis of the symphysis and rami of the pubis following suprapubic cystotomies. *Int J Med Surg.* 1924;237:233-6.
- Montes Gonzalez A. Pubis osteitis relationship between the physical condition and its incidence in groups of risk. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte.* 2002;6:1577-0354.
- Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis, Anatomic and Pathologic Considerations. *Clinical Orthopaedics and Related Research.* 1986;205:195-203.
- Henderson D, St Clair L. Osteitis pubis with five case reports. *Br J Urol.* 1950;22:30-51.
- O'Learly JA. Osteitis pubis following vesicourethral suspension. *Obstet Gynecol.* 1964;24:73-7.
- McGinn EJ. Osteitis pubis in a female following ureterolithotomy. *The Urologic and Cutaneous Review.* 1949;53:264-7.
- Klinefelter EW. Osteitis pubis: review of the literature and report of a case. *AJR Am J Roentgenol.* 1950;63:368-71.
- Wiltse LL, Frantz CH. Non suppurative osteitis pubis in the female. *J Bone Joint Surg.* 1956;38:500-16.
- Wilensky AO. Osteomyelitis of the pelvic girdle. *Arch Surg.* 1938;37:371-400.
- Golden A. Lesions of isquium and pubis in pregnancy resampling osteitis. *J Urol.* 1952;67:370-3.
- Leucutia T. Osteitis pubis and its treatment by roentgen irradiation. *AJR Am J Roentgenol.* 1951;66:385-404.
- Harth M, Bourne RB. Osteitis pubis: an unusual complication of herniorrhaphy. *Can J Surg.* 1981;24:407-9.
- Kleinberg S. Osteitis pubis: with a report of a case in a woman. *J Urol.* 1942;48:635-41.
- Adams RJ, Chandler FA. Osteitis pubis of traumatic etiology. *J Bone Joint Surg.* 1953;35:685-96.
- Barnes FL. Osteochondritis of symphysis pubis following prostatectomy. *Tex Med.* 1933;28:601-4.
- Wheeler WK. Periostitis pubes following suprapubic cystotomy. *J Urol.* 1941;45:467-75.
- Goldstein AE, Rubin SW. Osteitis pubis following prostatectomy: results with deep roentgen therapy. *Am J Surg.* 1947;74:480-7.
- Lavalle LL, Hamm FC. Osteitis pubis: its etiology and pathology. *J Urol.* 1951;66:418-32.
- Friedenberg ZB. Osteitis pubis with involvement of the hip joint. *J Bone Joint Surg.* 1950;32:924-7.
- Lame EL, Chang HC. Pubic and ischial necrosis following cystostomy and prostatectomy. *AJR Am J Roentgenol.* 1954;71:193-212.
- Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: review of 100 cases. *Medicine.* 2003;82:340-5.
- Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, McCallum R, Levin LS, Corey GR. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis. *Clin Infect Dis.* 1993;17:695-700.
- Nisenkorn I, Servadio C, Lubin E. Treatment of osteitis pubis with heparin. *J Urol.* 1980;125:528-9.
- Lieberman GM, Harwin SF. Pelvis, hip, and thigh. *Sports Medicine: principles of primary care.* St Louis: Mosby; 1997. p. 306-35.
- Renström PA. Tendon and muscle injuries in the groin area. *Clin Sports Med.* 1992;11:815-31.
- Danowskik RG. *Manual de traumatología del deporte.* Barcelona: Mason; 1992.
- Lentz SS. Osteitis pubis. A review. *Obstet Gynecol Surv.* 1995;50:310-5.
- Sequeira W. Diseases of the pubic symphysis. *Sem Arth Rheum.* 1986;16:11-21.
- Bouza E, Winston DJ, Hewitt WL. Infectious osteitis pubis. *Urology.* 1978;12:663-9.
- Gilbert DN, Azorr M, Gore R, Hofeldt R. The bacterial causation of postoperative osteitis pubis. *Surg Gynecol Obstet.* 1975;141:195-8.
- Rosenthal RE, Spickard WA, Marckham RD, Rhamy RK. Osteomyelitis of the symphysis pubis: a separate disease from osteitis pubis. *J Bone Joint Surg Am.* 1982;64:123-8.
- Karpos PA, Spindler KP, Pierce MA, Shull HJ. Osteomyelitis of the symphysis pubic in athletes: a case report and review. *Med Sci Sports Exerc.* 1995;27:473-8.
- Pauli S, Willemsen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med.* 2002;36:71-3.
- Lupovitch A, Elie JC, Wysocki R. Diagnosis of acute bacterial osteomyelitis of the pubis by means of fine needle aspiration. *Acta Cytol.* 1989;33:649-51.
- Mehin R, Meek R, O'Brien P, Blachut P. Surgery for osteitis pubis. *Can J Surg.* 2006;49:170-6.