

8. Holmes RO Jr, Hartzell JD, Tofferi JK, Roebuck JD, Kelly WF. Dual high titer antineutrophil cytoplasmic autoantibodies in association with systemic Q fever. *J Clin Rheumatol*. 2009;15:411–3.
9. Voloudaki AE, Kofteridis DP, Tritou IN, Courtsoyiannis NC, Tselentis YJ, Gikas AI. Q fever pneumonia: CT findings. *Radiology*. 2000;215:880–3.

Vicente Giner-Galvañ*, María del Carmen Nicolau-Laparra,
Gladys Carolina Arregocés-Muñoz
y María José Esteban-Giner

Servicio de Medicina Interna, Hospital Verge dels Liris, Alcoy,
Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: giner.vicgal@gva.es (V. Giner-Galvañ).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.11.010>

Artritis séptica facetaria con absceso epidural y paraespinal: a propósito de un caso



Septic arthritis of a lumbar facet joint with epidural and paraspinal abscess: Report of a case

Sr. Editor:

La bacteria *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) es uno de los principales microorganismos implicados en las infecciones osteoarticulares, siendo la columna vertebral una localización habitual. La artritis séptica de la articulación facetaria representa una minoría de la enfermedad vertebral infecciosa y es una causa infrecuente de dolor vertebral, normalmente de localización lumbar, motivo por el que hemos considerado de interés comunicar este caso.

Presentamos el caso de una mujer de 48 años sin antecedentes reseñables, que acudió a nuestro centro por un cuadro de 5 días de evolución de dolor lumbar izquierdo, acompañado de fiebre y escalofríos. La paciente negaba manipulaciones dentarias, traumatismos, heridas cutáneas, sobreesfuerzos físicos o realización de pruebas invasivas en las semanas previas. En la exploración física la presión arterial era de 80/65 mmHg y la temperatura de 39 °C. Destacaba dolor selectivo a la palpación en musculatura paravertebral lumbar izquierda que aparecía empastada, sin dolor a la percusión de las apófisis espinosas. En análisis, los leucocitos eran de 8.310/ml, la VSG de 113 mm/h y la proteína C reactiva de 17,30 mg/dl. En hemocultivos se aisló *S. aureus* sensible a meticilina. En la TC (fig. 1) y en la RM (fig. 2) se observó una artritis facetaria a nivel de L3-L4 que se extendía en forma de absceso epidural y paravertebral ipsilaterales. Se realizó punción y drenaje percutáneo, aislándose *S. aureus* sensible a meticilina. En ecocardiografía transtorácica y transesofágica no se apreciaron lesiones sugestivas de endocarditis. El tratamiento antibiótico empírico inicial fue ceftriaxona y vancomicina, que fue sustituido tras el resultado del antibiograma a cefazolina y gentamicina durante 7 días y, posteriormente, cefalexina de forma ambulatoria hasta completar 4 semanas. Se confirmó en la evolución, la resolución de las alteraciones clínicas y radiológicas.

La infección de la articulación interfacetaria fue descrita por primera vez en 1911¹ y, desde entonces, se han publicado menos de 50 casos². La localización más frecuente es lumbar, sobre todo a nivel de L4-L5³, y habitualmente unilateral. No obstante, hay descritos casos de localización dorsal³ y cervical⁴. La mayoría de los pacientes tienen comorbilidad asociada como diabetes mellitus, inmunosupresión, alcoholismo o neoplasias⁴.

Los mecanismos implicados en la etiopatogenia son esencialmente dos: diseminación hematógena (72%) por infecciones de focos distantes, como endocarditis e infecciones del tracto urinario² y las inoculaciones directas secundarias a procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos: infiltraciones con corticoides⁵, inyecciones en la articulación facetaria⁶ o

acupuntura⁷. En el caso de nuestra paciente no observamos ningún factor causal asociado y aunque el foco inicial no se pudo filiar, la concomitancia de hemocultivos positivos sugiere la diseminación hematógena.

El principal patógeno aislado es *S. aureus* hasta en un 80% de los casos, seguido por *Streptococcus* spp. y gérmenes gramnegativos⁸.

La presentación clínica habitual incluye dolor a nivel de las vértebras afectadas, habitualmente lumbares, fiebre y deterioro del estado general. Los síntomas neurológicos son raros y el más frecuente es la radiculopatía por compresión directa del nervio por el proceso infeccioso⁶. Las complicaciones a nivel local son el absceso epidural y paraespinal, como en nuestro caso, aunque su frecuencia es baja⁹.

El diagnóstico de sospecha debe ser confirmado con pruebas de imagen, siendo la RM la prueba de elección debido a su mayor sensibilidad y especificidad para detectar los cambios articulares y delimitar la extensión hacia estructuras contiguas como el espacio epidural, los agujeros de conjunción intervertebrales o la musculatura paraespinal¹⁰.

La duración del tratamiento no está completamente definida y, en general, se acepta iniciar antibioterapia por vía intravenosa durante 2 semanas y, posteriormente, por vía oral hasta completar 6 semanas. El drenaje percutáneo puede ser necesario en el caso de abscesos en la musculatura paraespinal, como en nuestra paciente. En estudios realizados se ha observado una tasa de éxito

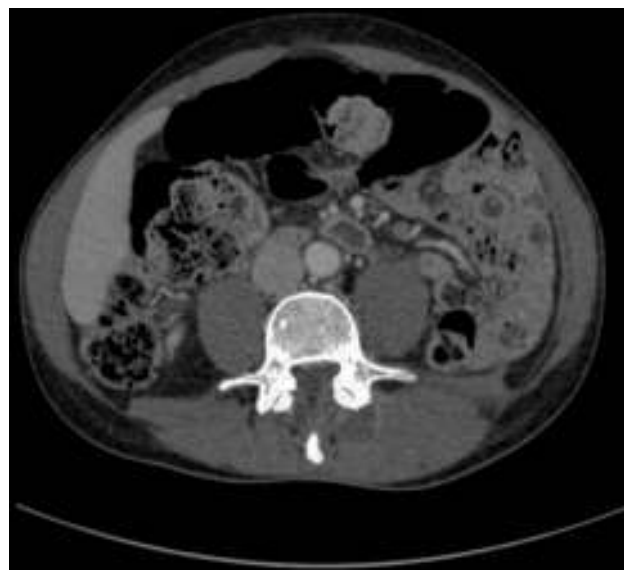


Figura 1. Corte axial de la TC con contraste intravenoso en el que se demuestra la presencia de una colección con una pared hipercaptante en la musculatura paravertebral izquierda compatible con absceso, y que está en íntimo contacto con la articulación facetaria. Se objetiva además un engrosamiento del ligamento amarillo ipsilateral.

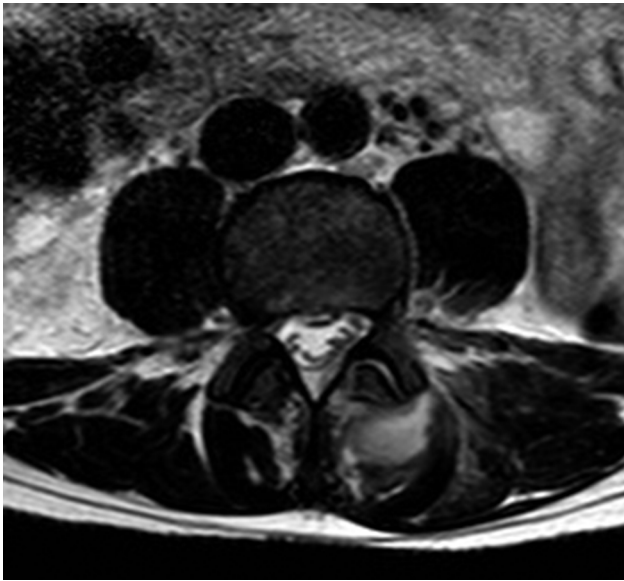


Figura 2. Imagen axial de la RM T2 donde se observa una ocupación del receso epidural posterolateral izquierdo que impronta mínimamente el saco dural en relación con flemón y una colección en la musculatura paravertebral izquierda. Ambas están en contigüidad con la articulación facetaria izquierda de L3-L4.

con antibioterapia aislada del 71% y con drenaje percutáneo asociado del 85%, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades. El desbridamiento quirúrgico está indicado si existe daño compresivo neurológico⁸.

Es fundamental tener en cuenta esta entidad e incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor vertebral para no retrasar el inicio de tratamiento, ya que puede conllevar importantes implicaciones pronósticas como déficits neurológicos o sepsis grave.

Bibliografía

1. Klekot D, Zimny A, Czapiga B, Sasiadek M. Isolated septic facet joint arthritis as a rare cause of acute and chronic low back pain. A case report and literature review. *Pol J Radiol*. 2012;77:72–6.
2. Herrero Herrero JL, García Aparicio J. *Escherichia coli* septic arthritis of a lumbar facet joint following urinary tract infection. *Int J Infect Dis*. 2011;15:e63–5.
3. Ben Abdelghani K, Gérard-Dran D, Combe B. Septic arthritis of thoracic facet joint. *Rev Med Interne*. 2009;30:724–6.
4. Jones JL, Ernst AA. Unusual cause of neck pain: Septic arthritis of a cervical facet. *Am J Emerg Med*. 2012;30, 2094.e1–4.
5. Weingarten TN, Hooten WM, Huntoon MA. Septic facet joint arthritis after a corticosteroid facet injection. *Pain Med*. 2006;7:52–6.
6. Alcock E, Regaard A, Browne J. Facet joint injection: A rare form cause of epidural abscess formation. *Pain*. 2003;103:209–10.
7. Daivajna S, Jones A, O'Malley M, Mehdian H. Unilateral septic arthritis of a lumbar facet joint secondary to acupuncture treatment. A case report. *Acupunct Med*. 2004;22:152–5.
8. Muffoletto AJ, Ketonen LM, Mader JT, Crow WN, Hadjipavlou AG. Hematogenous pyogenic facet joint infection. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001;26:1570–6.
9. Harries LW, Watura R. Septic arthritis of unilateral lumbar facet joint with contiguous abscess, without prior intervention. *BMJ Case Rep (revista electrónica)* 2012 [consultado 10 Jun 2014]. Disponible en: <http://casereports.bmj.com/content/2012/bcr.09.2011.4849>
10. Doita M, Nabeshima Y, Nishida K, Fujioka H, Kurosaka M. Septic arthritis of lumbar facet joint without predisposing infection. *J Spinal Disord Tech*. 2007;20:290–5.

Judith Álvarez Otero^{a,*}, Francisco Fernández Fernández^a,
María González Vázquez^b
y Javier de la Fuente Aguado^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: judithao@hotmail.com (J. Álvarez Otero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.11.004>