

Artritis séptica facetaria lumbar

Reporte de 2 casos

Juan Manuel Velasco^{1*}, Martín Reimundo², Álvaro Rocchietti¹

Resumen

Se presentan dos casos de lumbalgia febril, producida por artritis séptica de las facetas articulares vertebrales, secundaria a infección extravertebral y sepsis. Por su rareza es una afección que frecuentemente pasa desapercibida, si no se piensa en ella, y de no ser tratada en tiempo y forma puede dejar secuelas graves. La conducta puede variar según la fase de su diagnóstico, puede responder solo a antibioticoterapia adecuada y/o puede ser necesario asociarle drenaje quirúrgico.

Palabras clave

Artritis séptica; Articulación facetaria; *Staphylococcus Aureus*.

Title

Lumbar facet septic arthritis. Report of two cases.

Abstract

We report two cases with isolated septic arthritis of a lumbar facet after a non articular infection, and sepsis. Being a rarity, it is a condition that goes frequently unnoticed, unless taken into account directly. If it is not treated on time, it can leave serious sequelae. The treatment may vary, according to the time of diagnosis. It might have a good response to antibiotic therapy alone, or it may be necessary to associate surgical drainage.

Key Words

Septic arthritis; Facet joint; *Staphylococcus aureus*.

Introducción

La principal causa de dolor lumbar en la población mayor a 30 años es la producida por cambios en los discos intervertebrales, sean discopatía degenerativa o hernia de disco.

Datos epidemiológicos muestran que 70 % de la población mundial mayor a 30 años por lo menos una vez en la vida ha sufrido un episodio de lumbalgia ¹. Existen otras patologías, además de las degenerativas discales, como procesos inflamatorios (espondilopatías médicas o infec-

ciosas), afecciones de la musculatura (síndrome miofasciales), procesos tumorales y alteraciones degenerativas o inflamatorias de las facetas articulares, etc., que pueden originar dolores lumbares. Ante esta variedad de procesos patológicos nos referiremos a la infección de las facetas articulares que por su poca frecuencia nos motivó a mostrar estos casos.

La artritis séptica facetaria es una patología rara. Tan solo hay aproximadamente 100 casos descritos en la literatura, 5 de ellos son

1. Cirujano de Columna de CE.DEF.CO (Centro de Deformidades de Columna), Montevideo, Uruguay.

2. Alumno de post-grado de Traumatología y Ortopedia.

* Contacto: Juan Manuel Velasco. E-mail: jmvelasco1978@gmail.com

pediátricos. Probablemente haya más casos pero no han sido publicados

Fue descrita por primera vez en 1911 [1]. La incidencia exacta es desconocida, quizás vinculada al subdiagnóstico. La localización más frecuente es lumbar, sobre todo a nivel L4 L5, y habitualmente unilateral. No obstante, hay descritos casos de localización dorsal [2] y cervical [3]. Hay una leve predominio de sexo masculino con una edad promedio de presentación de 60 años. La afectación bilateral también ha sido descrita. La inmunodeficiencia es un factor de riesgo, la diabetes mellitus, el abuso de alcohol y el uso crónico de corticoides están entre los factores predisponentes más frecuentes.

El objetivo del trabajo es hacer consideraciones diagnósticas, terapéuticas y una revisión de la bibliografía sobre dos casos de Artritis Séptica Facetaria Lumbar (ASFL).

Este artículo no contiene información sobre dispositivos médicos ni fármacos. Los autores declaran expresamente no tener conflicto de intereses.

Contamos con el consentimiento de los pacientes a que sus casos fueran publicados.

Materiales y Métodos

Caso 1

Paciente de 62 años con antecedentes personales de hiperuricemia, hipertensión arterial y migraña. Comenzó 10 días previo al ingreso con dolor lumbar izquierdo, irradiado a flanco y glúteo, sin elementos fluxivos de piel. Realizó múltiples consultas donde recibe anti-inflamatorios no esteroideos por vía intramuscular (IM) y opiáceos sin lograr analgesia. Ingresó por persistencia del dolor aún bajo analgesia continua, con el agregado de fiebre y sepsis. El laboratorio mostró leucocitosis elevada (22.500) con neutrofilia, VES 76, PCR 23.4.

La resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbosacra no mostraba lesiones en columna que explicaran la sintomatología. Se realizó encuesta microbiológica (hemocultivos, urocultivo) y se inició tratamiento con ceftriaxona intravenosa (IV) ingresando a centro de cuidados intensivos (CTI) con cuadro confusional.

A las 24 horas se le realizó RMN de pelvis que sugiere la presencia de un absceso glúteo izquierdo. Se realizó tratamiento quirúrgico de exploración y drenaje de absceso glúteo, cultivando

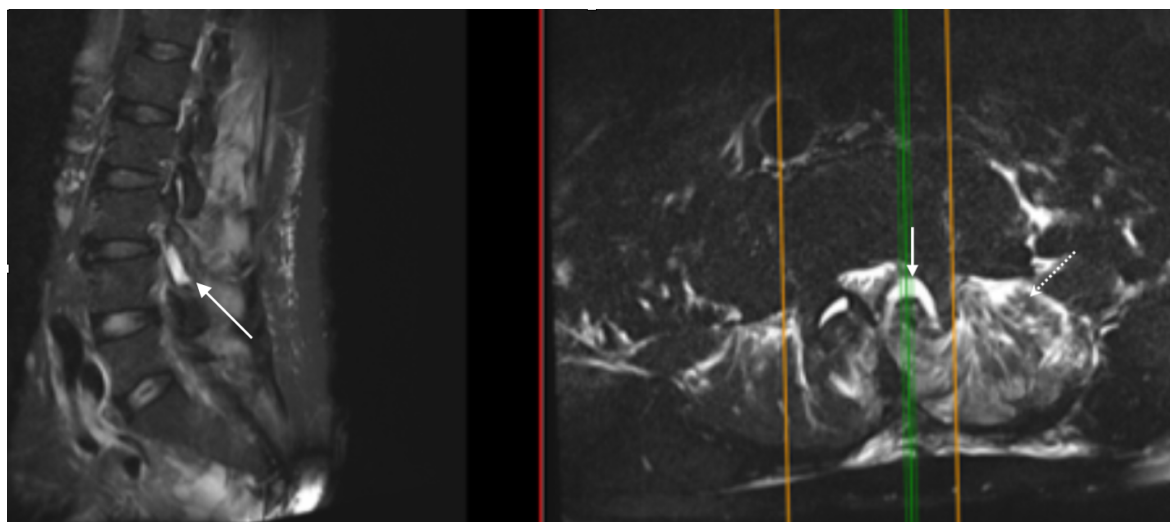


Figura 1. Caso 1: Resonancia Magnética Nuclear con correlación de cortes sagital y axial de artritis séptica facetaria L3-4 (flecha blanca). Se ve una imagen hiperintensa de las cavidades articulares mayor en la faceta izquierda. Lo mismo se ve en el enfoque sagital, junto con edema de partes blandas (flecha interrumpida).

Staphylococcus aureus metilino sensible (SAMS).

Luego de varias limpiezas quirúrgicas y evolución tórpida, el dolor lumbar seguía en aumento, por lo que se decidió a los 6 días realizar RNM de pelvis y columna lumbosacra, donde se puso en evidencia artritis facetaria L3 L4 izquierda, con absceso epidural que llegaba hasta la altura de L5 sin compromiso medular.

Se realizó abordaje quirúrgico, obteniéndose pus de dicha articulación, que cultivó el mismo germen. Se utilizaron distintos planes de tratamiento con antibióticos, hasta la consolidación de plan cefradina más rifampicina (guiado por la evolución del paciente y antibiograma) con lo cual mejoró. Se realizó antibioticoterapia al alta con cefradina 2g c/6 horas y rifampicina 600 mg diarios por 4 semanas. Cursó buena evolución y hasta la fecha de entrega de este artículo para su publicación (lleva 2 años), el paciente no ha tenido dolor lumbar ni radicular. Al cumplir el primer año se le realizaron controles clínicos con exámenes de sangre habituales (hemograma, VES y PCR) que fueron normales.

Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 63 años, sin factores de riesgo. El mismo se presentó con cervicalgia, decaimiento, tos y fiebre de 39 grados con radiografía de tórax patológica. Ingresó con diagnóstico de neumopatía aguda. Se realiza hemocultivo aislándose SAMS. Comenzó con tratamiento antibiótico con cefalosporina de segunda generación. En la evolución el paciente instaló una lumbalgia por lo que se solicitó RMN donde se evidenció edema facetario L4-L5 a izquierda con compromiso de partes blandas adyacentes, edema

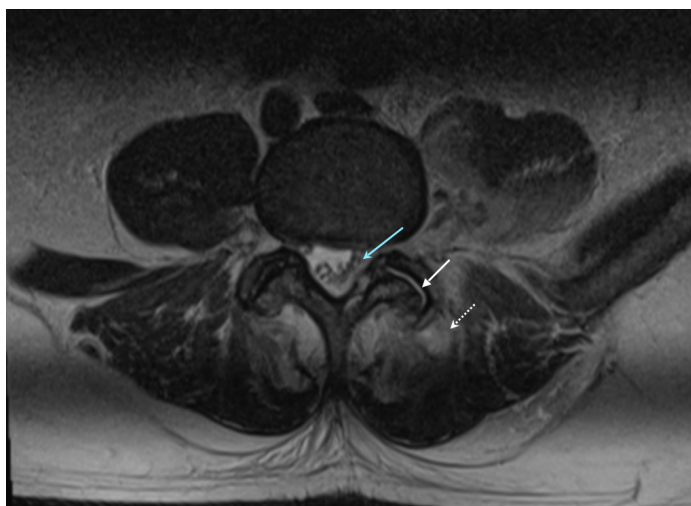


Figura 2. Caso 2: Resonancia Magnética Nuclear, Secuencia STIR (Short Time Inversion Recovery) con gadolinio. Se observa artritis facetaria L4-L5 izquierda (flecha blanca continua) con absceso de partes blandas (flecha interrumpida) y peridural (flecha celeste).

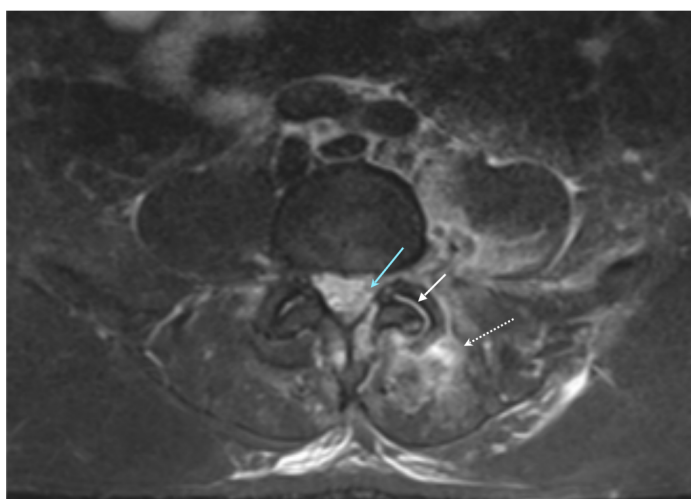


Figura 3. Caso 2: Resonancia Magnética Nuclear, Secuencia T2, mostrando compromiso facetario en L4-L5 a izquierda (flecha blanca continua), absceso de partes blandas (flecha interrumpida) y peridural (flecha celeste).

del músculo psoas y absceso peridural.

Se realizó en block quirúrgico exploración, limpieza quirúrgica facetaria y drenaje del absceso peridural mediante laminectomía, enviando muestra para cultivo, obteniéndose el mismo germen SAMS.

Cursó buena evolución con antibiótico intravenoso por 3 semanas y se continuó al alta

antibioticoterapia por 3 semanas con trimetoprim sulfametoxazol vía oral. Lleva 9 meses de evolución desde el momento del diagnóstico hasta la entrega del artículo, con controles trimestrales. Ha mantenido una muy buena evolución, sin dolor ni recidivas infecciosas, con normalidad de hemograma VES y PCR.

Discusión

Como mencionamos, el dolor lumbar puede corresponder a múltiples causas, desde la más común y frecuente discopatía degenerativa, a la poco frecuente y rara artritis séptica facetaria lumbar (ASFL)1.

La etiología de la artritis facetaria lumbar es bacteriana; siendo el principal germen patógeno aislado, el *Staphylococcus aureus*, hasta en un 80% de los casos, seguido por *Streptococcus pneumoniae* y gérmenes gramnegativos [4-7]. La patogenia es la vía hematógena, aunque también puede ocurrir por contigüidad o inoculación directa por catéteres epidurales, infiltraciones facetarias, discectomías o cirugía vertebral.

Se trata de una patología rara, a diferencia de la espondilodiscitis cuya frecuencia es de 1 a 8 cada 250.000 habitantes [8].

La presentación clínica es similar a la espondilodiscitis, predomina la lumbalgia, con el dolor presente tanto en reposo como con la actividad.

Puede haber fiebre, y pueden presentarse con rigidez lumbar y dolor muy localizado; y rara vez tener una tumefacción lumbar a la palpación. La hiperextensión forzada puede incrementar el dolor (como todo síndrome facetario) y la flexión producir cierto alivio del dolor (poco común).

La movilidad lumbar suele estar disminuida en todos los planos y el test de elevar el miembro inferior puede incrementar el dolor (simulando un dolor radicular). Estos signos clínicos son inespecíficos y pueden sugerir otros diagnósticos como



Figura 4. Caso 2: Resonancia Magnética Nuclear, Secuencia T1 con sustracción de grasa. Se visualiza compromiso facetario (flecha blanca), absceso peridural (flecha celeste) y de musculatura paravertebral (flecha interrumpida).

un absceso muscular para espinal, tumores, absceso epidural, discopatías, pero ante la presencia de lumbalgia y fiebre, generalmente la sospecha es de espondilodiscitis [8].

En la ASFL el dolor se sitúa más lateral a las apófisis espinosas vertebrales (signo inespecífico). El sufrimiento es más agudo, con mayor severidad en las etapas tempranas. En la ASFL el dolor puede irradiar más hacia las fosas lumbares, glúteos o muslos y puede asemejarse a los producidos por otras causas que lleven a otros diagnósticos, incluyendo la lumbalgia aguda, lumbociatalgia, inclusive pielonefritis.

Pueden presentar complicaciones neurológicas, a menudo de naturaleza radicular y en algunos casos con déficits severos. Han sido descritos casos con síndrome de cola de caballo. Estas complicaciones son producidas por la formación de un absceso epidural (25-50%), de hecho la infección de una faceta puede extenderse por contigüidad al espacio epidural o la musculatura paraespinal. si se extiende al espacio peridural dará sintomatología neurológica, según su tamaño y se debe tratar como todo absceso intrarraquídeo, con el drenaje quirúrgico (como nuestro caso 2).

La paraclínica es similar a la encontrada en la espondilodiscitis, es frecuente un hemograma

con glóbulos blancos aumentados a predominio de los neutrófilos (50%). Los parámetros inflamatorios como VES y PCR están elevadas con mayor frecuencia.

El *S. aureus* es el organismo más frecuentemente implicado. Otros como estreptococos y Gram negativos son reportados menos frecuentemente. *Staphylococcus epidermidis* también ha sido identificado.

La identificación del organismo causal se realiza frecuentemente por hemocultivos el cual es positivo en un 50% o por punción del área y la aspiración percutánea de la faceta o absceso paraespinal guiada por imagen con tomografía axial computada. Algunos autores plantean la aspiración solo si los hemocultivos son negativos o si la naturaleza séptica de la artritis está en duda.

Pensamos que si se puede aislar el germen del foco directamente, el diagnóstico será más preciso. La no obtención del germen en el foco (por fallos en la punción o material escaso) no descartará el diagnóstico, si estamos en frente a un paciente con clínica e imagenología acorde al planteo. Será así un diagnóstico presuntivo.

De obtener el hallazgo del germen en el foco articular facetario dará la certeza de diagnóstico.

Por otra parte los estudios imagenológicos son esenciales y permiten valorar la extensión del proceso infeccioso.

Las radiografías son normales en las etapas iniciales, las anormalidades óseas se hacen evidentes recién luego de varias semanas a meses de evolución. Además las mismas son solo evidentes en enfoques oblicuos. La disminución del espacio articular o irregularidades de las facetas son los signos radiológicos tempranos. Posteriormente se agregan erosiones subcondrales, disminución o ensanchamiento del espacio articular (muchos de estos signos son compartidos con otras patologías). El centellograma (con tecnecio) muestra alteraciones más precoces y posee buena sensibilidad. Carece de resolución espacial y especificidad y es un procedimiento que irradia.

La TAC acerca al diagnóstico temprano y la determinación exacta de la localización de la infección. Identifica en la primera semana los cambios inflamatorios en las facetas y los tejidos adyacentes. Luego de 2 semanas permite ver erosiones y cambios en el espacio articular. Posee una sensibilidad y especificidad altas.

La RMN es el estudio por excelencia para su diagnóstico.

Hoy en día la RMN con gadolinio es el método de elección para el diagnóstico de la artritis facetaria, sobre todo en etapas iniciales. Permite detectar mejor el compromiso de las partes blandas: abscesos intrarraquídeos y para espinales. Además descarta diagnósticos diferenciales, que pueden llevar a confusiones diagnósticas especialmente la espondilodiscitis [8, 9].

Como tratamiento la antibioticoterapia intravenosa de inicio será dirigida contra el *S. Aureus* y luego ajustada a germen y a la sensibilidad del germen según el antibiograma correspondiente. Se mantendrá la vía IV por 2-3 semanas y luego vía oral por un periodo no menor a 4 o 6 semanas.

No existe consenso en cuanto al tratamiento de los abscesos epidurales sin síntomas neurológicos. En muchos casos se logró la curación solo con antibióticos. No fue así en nuestros casos. Algunos autores recomiendan drenaje percutáneo, pero nosotros preferimos el drenaje abierto, con lavado profuso, cuando se decide hacer un tratamiento quirúrgico.

Si estuviéramos ante un caso con déficit neurológico, aumento del dolor, o no respuesta al tratamiento antibiótico, se deberá realizar tratamiento quirúrgico mediante laminectomía y descompresión del espacio epidural.

En caso de absceso epidural también se procederá a la descompresión y toilette quirúrgica.

En los dos casos analizados se realizó tratamiento quirúrgico mediante laminectomía, toilette quirúrgica, y se dejó drenaje aspirativo por 72 hs. La mejoría fue inmediata no requiriendo nuevas cirugías con toilette quirúrgicas.

En el caso 1, la artritis séptica facetaria fue secundaria a una infección de partes blandas de la región glútea, y en el caso 2 fue secundario a una neumopatía aguda. No habiendo en ninguno de los casos una causa aparente, local o sistémica, que favoreciera la localización facetaria bacteriana.

El tratamiento antibiótico no fue guiado por médico infectólogo y varió al principio dado que uno de los pacientes fue directo al CTI con sepsis sin foco.

El o los antibióticos a elegir dependerán del germen y de su sensibilidad. La elección del antibiótico se hará en conjunto con el infectólogo.

La efectividad del tratamiento se manejará valorando la respuesta clínica y los parámetros biológicos (VES, Proteína C reactiva y hemograma) que ayudarán a valorar la respuesta al tratamiento.

El pronóstico de esta patología una vez correctamente diagnosticada y tratada, en general es favorable, aunque puede persistir una lumbalgia residual.

Conclusiones

El diagnóstico de la artritis facetaria se realiza si se piensa en ella o se la busca. Será basado en una correcta anamnesis, examen físico (dolor lumbar y fiebre, infección en otro órgano, o sepsis sumado a dolor lumbar), exámenes de laboratorio (hemograma, VES, Proteína C reactiva, pro calcitonina), siendo la RMN con gadolinio el estudio imagenológico por excelencia.

Se trata de una afección de baja incidencia. Su conocimiento permite considerarla dentro de los planteos diagnósticos a realizar, evitando así la morbimortalidad asociada al diagnóstico tardío, como pueden ser lesiones neurológicas irreversibles, dolor lumbar crónico, sepsis, y la posible necesidad de un tratamiento quirúrgico.

Recomendamos el drenaje quirúrgico, si estamos en la etapa supurada, con aislamiento del germen involucrado y antibioticoterapia adecuada

al germen según antibiograma.

Uno diagnostica lo que busca, busca lo que sabe, sabe lo que lee o vivió junto a un paciente

Referencias

1. Muffoletto AJ, Ketonen LM, Mader JT, Crow WN, Hadjipavlou AG. Hematogenous pyogenic facet joint infection. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001;26(14):1570-6
2. Ben Abdelghani K, Gérard-Dran D, Combe B. Septic arthritis of thoracic facet joint. *Rev Med Interne*. 2009;30(8):724-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2008.11.004>
3. Jones JL, Ernst AA. Unusual cause of neck pain: Septic arthritis of a cervical facet. *Am J Emerg Med*. 2012;30(9):2094.e1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2011.12.041>
4. Rhyu KW, Park SE, Ji J-H, Park I, Kim YY. Pyogenic arthritis of the facet Joint with concurrent epidural and paraspinal abscess: a case report. *Asian Spine J*. 2011;5(4):245-9. <http://dx.doi.org/10.4184/asj.2011.5.4.245>
5. Krishnan V, Amritanand R, Sundararaj GD. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a cause of lumbar facet joint septic arthritis: a report of two cases. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(2):465-8. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.H.01888>
6. Mas-Atance J, Gil-García MI, Jover-Sáenz A, Curià-Jové E, Jové-Talavera R, Charlez-Marco A, et al. Septic arthritis of a posterior lumbar facet joint in an infant: a case report. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(13):E465-E468. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a4e64b>
7. Rombauts PA, Linden PM, Buyse AJ, Snoecx MP, Lysens RJ, Gryspeerdt SS. Septic arthritis of a lumbar facet joint caused by *Staphylococcus aureus*. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(13):1736-8.
8. Graña D, Gutiérrez MI, Torres D, Perendones M, Dufrechou C: Espondilodiscitis bacteriana inespecífica: una afección con incidencia creciente. *Arch Med Int*. 2014;36(2):55-9.

9. Papaliodis DN, Roberts TT, Richardson NG, Lawrence JP. Spontaneous septic arthritis of the lumbar facet caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in an otherwise healthy adolescent. Am J Orthop. 2014;43(7):325-7.