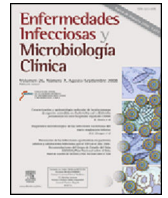




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Una causa inusual de dolor lumbar en paciente con sepsis



An unusual cause of low back pain in a patient with sepsis

José Pablo León Salinas^{a,*}, Nicolás Albertz Arévalo^b, Elena Belloch Ramos^a y Antonio Guerrero Espejo^c

^a Servicio de Radiología, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^c Consultor de Enfermedades Infecciosas, Valencia, España

Descripción clínica

Un varón de 61 años con diabetes mellitus tipo II insulinodependiente con mal control, consultó por dolor progresivo lumbar y fiebre persistente asociada a disuria. Desde hacía 3 días recibía oralmente amoxicilina más ácido clavulánico por sospecha de una infección del tracto urinario. En la exploración física destacó dolor en fosa renal derecha con puño percusión positiva. En la analítica básica presentó una leucocitosis de $18.300 \times 10^9/l$ con una neutrofilia del 92,3%, elevación del lactato (2,7 mmol/l), la procalcitonina (11,57 ng/ml) y el fibrinógeno (703 mg/dl). El sedimento de orina no mostró bacteriuria ni leucocituria. Se realizó una ecografía abdominal urgente sin hallazgos de significado patológico.

Evolución

El paciente fue ingresado con el diagnóstico de sepsis de probable foco urinario. Se cambió el tratamiento con amoxicilina/clavulánico, por ceftriaxona más amikacina. En los hemocultivos practicados al ingreso creció *Escherichia coli* con el siguiente patrón de sensibilidad: sensible a cefuroxima, ciprofloxacino, gentamicina y cotrimoxazol, sensibilidad intermedia a amoxicilina/ácido clavulánico y resistente a ampicilina. El urocultivo fue negativo. Ante estos resultados se mantuvo el mismo tratamiento. Al cuarto día de ingreso persistía con lumbalgia y fiebre, añadiéndosele dolor irradiado a la extremidad inferior derecha. Por este motivo se solicitó estudio de resonancia magnética de la columna lumbar por sospecha de espondilodiscitis. En esta se observaron hallazgos compatibles con una artritis séptica facetaria con meningitis focal adyacente (fig. 1). Se realizó una punción/aspiración guiada por tomografía computarizada de la articulación facetaria derecha L4-L5, obteniendo líquido articular, cuyo cultivo resultó positivo también para *Escherichia coli*.

Con el objetivo de detectar posibles focos intraabdominales que explicaran la presencia de esta bacteria en la articulación facetaria, se realizó una tomografía computarizada de abdomen, observándose una pielonefritis focal en el riñón derecho (fig. 2). El paciente fue dado de alta a los 10 días de tratamiento antibiótico intravenoso mostrando una buena respuesta al mismo, recibiendo antibioterapia oral con cefuroxima más ciprofloxacino durante 30 días.

Comentario final

La artritis séptica facetaria es una entidad poco frecuente¹⁻³. Dicha afección forma parte del diagnóstico diferencial del dolor de espalda, y probablemente esté siendo infra-diagnosticada.

El principal agente implicado en esta condición corresponde a *Staphylococcus aureus*, sin embargo, se han publicado casos que implican a otros microorganismos aunque con menor frecuencia^{1,4}. Los microorganismos alcanzan la articulación por vía hematogena (en ocasiones por infección de catéteres vasculares), pero también se ha descrito por inoculaciones directas tras punciones diagnósticas y terapéuticas, o por contigüidad⁵.

El diagnóstico de la artritis séptica facetaria constituye un desafío clínico, microbiológico y radiológico. Por un lado se trata de una afección poco común, con clínica escasamente orientativa y, por otro lado, el método diagnóstico microbiológico de certeza implica técnicas invasivas para obtener líquido articular. Su presentación clínica es muy similar a la espondilitis o espondilodiscitis, siendo importante distinguir las dada las diferencias en el tratamiento y el pronóstico. La espondilodiscitis por el dolor y por el riesgo de inestabilidad requiere una mayor inmovilización, y posterior fisioterapia, tendiendo a tener más complicaciones; siendo las principales los abscesos epidurales, la compresión de la médula espinal y las deformidades de la columna vertebral^{6,7}. En este contexto, las técnicas de imagen juegan un rol clave para alcanzar el diagnóstico definitivo. Entre estas destaca la resonancia magnética, por su mayor sensibilidad y especificidad, que la sitúan como el principal método diagnóstico de esta entidad⁸.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jpabloleons@gmail.com, jpabloleonsalinas@hotmail.com (J.P. León Salinas).

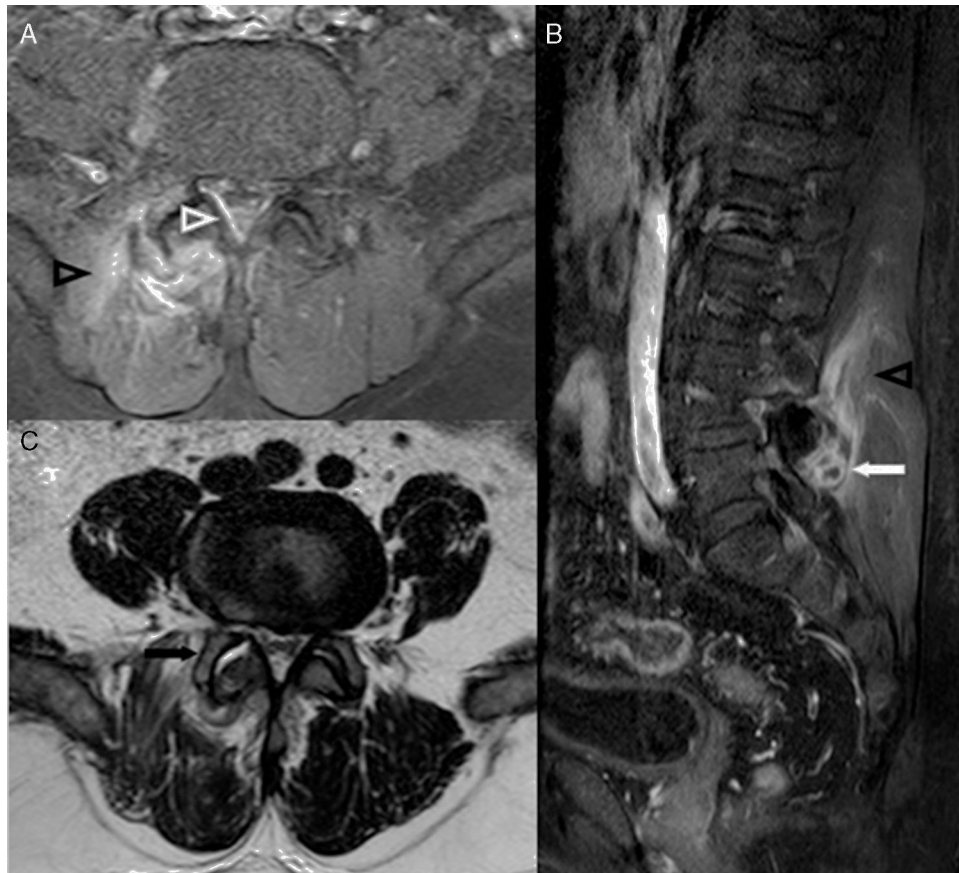


Figura 1. Estudio de resonancia magnética de la columna lumbar compatible con una artritis séptica facetaria L4-L5 derecha. Imagen axial (A) y sagital (B) potenciadas en T1 con supresión grasa y contraste intravenoso. Imagen axial (C) potenciada en T2. Se identifica derrame articular (flecha negra) y una pequeña colección (flecha blanca) localizada posterior a la articulación facetaria. La musculatura paraespinal adyacente presenta cambios inflamatorios (puntas de flecha negras). En el espacio epidural posterior y lateral derecho se identifica un engrosamiento y realce de contraste (punta de flecha blanca), por meningitis focal adyacente.



Figura 2. Estudio de tomografía computarizada de abdomen, que muestra hallazgos compatibles con una pielonefritis focal derecha. Imagen axial (A) y coronal (B) con contraste intravenoso en fase nefrográfica. Se identifica en polo inferior renal, afectando a corteza y médula, una hipodensidad focal de bordes mal definidos (flechas blancas).

El tratamiento de esta condición requiere fundamentalmente el uso de antibióticos sistémicos, aunque en algunos casos puede presentar compromiso neurológico severo que precise la realización de drenajes percutáneos y/o quirúrgicos⁹. Si bien esta entidad no suele tener un desenlace fatal, es posible que deje secuelas funcionales permanentes o se acompañe de complicaciones sistémicas secundarias a la sepsis¹⁰.

Bibliografía

1. Herrero Herrero JI, Garcia Aparicio J. *Escherichia coli* septic arthritis of a lumbar facet joint following urinary tract infection. *Int J Infect Dis*. 2011;15:e63–5.
2. Andre V, Pot-Vaucel M, Cozic C, Visee E, Morrier M, Varin S, et al. Septic arthritis of the facet joint. *Med Mal Infect*. 2015;45:215–21.
3. Muffoletto AJ, Ketonen LM, Mader JT, Crow WN, Hadjipavlou AG. Hematogenous pyogenic facet joint infection. *Spine*. 2001;26:1570–6.
4. Kitova-John MB, Azim-Araghi A, Sheikh FT, Kitov BD. Idiopathic septic arthritis of a lumbar facet joint associated with paraspinal abscess. *BMJ Case Rep*. 2015;2015, pii: bcr2015211135.
5. Weingarten TN, Hooten WM, Huntoon MA. Septic facet joint arthritis after a corticosteroid facet injection. *Pain Med*. 2006;7:52–6.
6. Galhotra R, Jain T, Sandhu P, Galhotra V. Utility of magnetic resonance imaging in the differential diagnosis of tubercular and pyogenic spondylodiscitis. *J Nat Sci Biol Med*. 2015;6:388–93.
7. Gouliouris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: Update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*. 2010;65:11–24.
8. 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.
9. Papalioidis DN, Roberts TT, Richardson NG, Lawrence JB. Spontaneous septic arthritis of the lumbar facet caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in an otherwise healthy adolescent. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2014;43:325–7.
10. Narváez J, Nolla JM, Narváez JA, Martínez-Carnicero L, de Lama E, Gómez-Vaquero C, et al. Spontaneous pyogenic facet joint infection. *Semin Arthritis Rheum*. 2006;35:272–83.