

Caso	(732) Hallazgo inesperado en un Código Ictus: artritis séptica facetaria.
Autores	Sara De La Mano, Juan Carlos Paniagua, M.teresa Garzón, Sonia Yáñez, Piedad Arias, Irene Jiménez.
Centro	Complejo Asistencial Universitario De Salamanca.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente que acude a Urgencias por pérdida de visión bilateral y cefalea. Refiere dolor cervical, lumbar y de cadera derecha. En la analítica destaca PCR 37. Presenta antecedentes de artritis gotosa e ingreso hospitalario hace dos meses por sepsis por S.Aureus secundaria a bursitis de codo izquierdo. El paciente empeora con hipotensión, taquicardia e insuficiencia respiratoria además de somnolencia, afasia mixta de predominio motor, plejía de ESI y paresia de EII. Se activa código ictus y en el estudio craneal se evidencia extensa área hipodensa cortico-subcortical temporooccipital derecha e hipodensidad focal talámica derecha, hallazgos compatibles con infarto en territorio de ACP derecha. En el estudio angiográfico se visualiza stop en segmento P2 de ACP derecha. Incidentalmente se objetivan en nivel C2-C3 esclerosis y erosiones facetarias con ensanchamiento del espacio articular y colección yuxtarticular con realce periférico. Los hallazgos sugieren artritis séptica facetaria C2-C3 con absceso periarticular. En TC toracoabdominal se describen infartos esplénicos y renales y signos de artritis séptica L4-L5 y L5-S1 con abscesos en región paravertebral, presacro y psoas derecho. La ecografía cardiaca demuestra la presencia de vegetaciones en válvula mitral.

DISCUSIÓN

Diagnóstico: Embolismo séptico cerebral, facetario cervical y lumbar, esplénico y renal secundario a endocarditis subaguda sobre válvula mitral nativa por SASM.

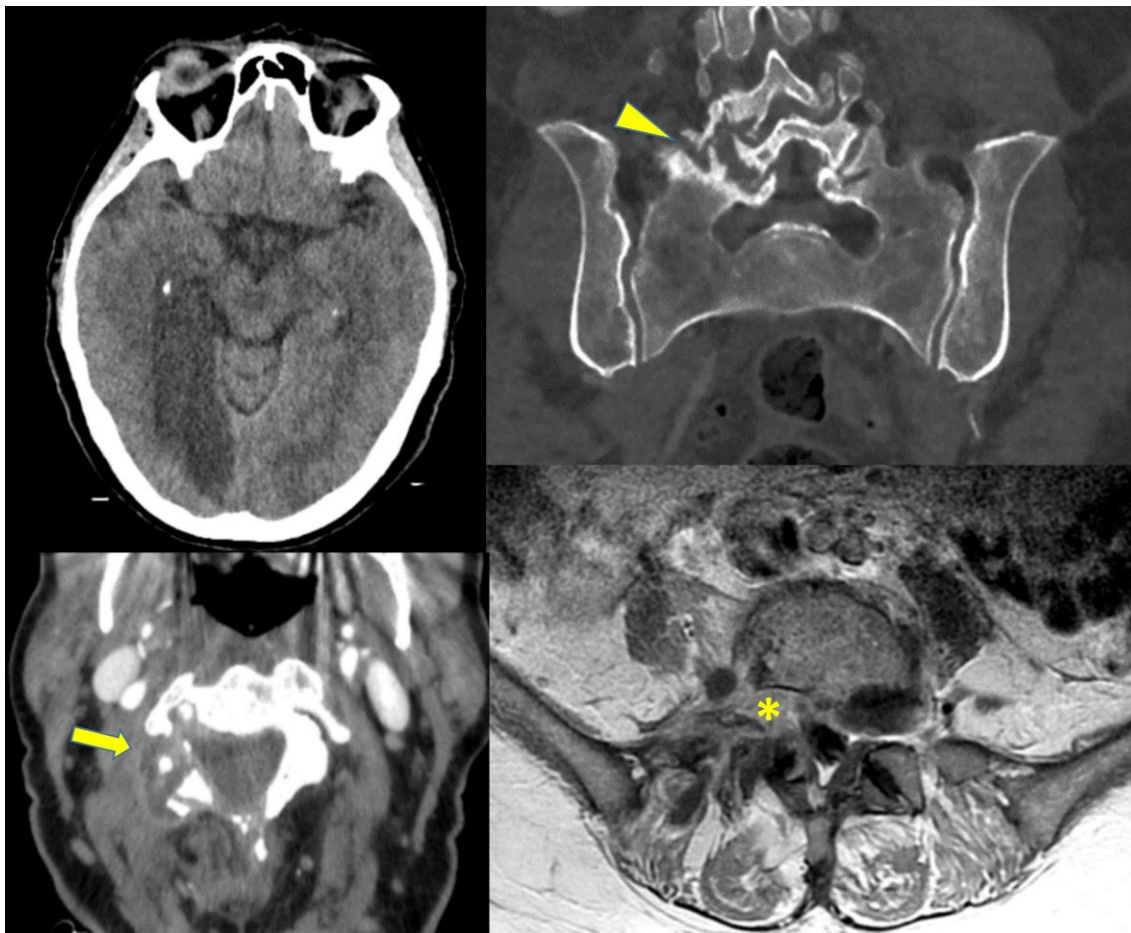
Las complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa pueden ser no vasculares (encefalitis, meningitis, absceso cerebral, empiema espinal epidural), embólicas (AIT e infartos únicos o múltiples) y hemorragias (arteritis necrótica, transformación hemorrágica de infarto isquémico y rotura de aneurisma micótico).

La infección de la articulación interfacetaria es poco frecuente y puede provocar espondilodiscitis infecciosa secundaria. Se localiza con mayor frecuencia en región lumbar, sobre todo a nivel L4-L5, de forma unilateral. La etiopatogenia se basa en diseminación hematógena (endocarditis, infección urinaria..) o inoculación directa por procedimientos diagnósticos o terapéuticos (infiltración de corticoides, acupuntura..). El germen etiológico más frecuente es S. Aureus. El síntoma neurológico predominante es la radiculopatía secundaria a compresión del proceso infeccioso. Las complicaciones locales son absceso epidural y paraespinal y la técnica de elección para el diagnóstico es la RM.

En nuestro paciente en el diagnóstico diferencial de la artropatía facetaria se incluye la afectación secundaria a gota.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico radiológico temprano de la artritis séptica facetaria es esencial para prevenir complicaciones como abscesos epidurales y déficits neurológicos.



En estudio TC, hipodensidad corticosubcortical occipitotemporal derecha correspondiente a infarto isquémico establecido en territorio de la ACP derecha. En TC cervical, esclerosis y erosiones facetarias con ensanchamiento del espacio articular y colección con realce periférico tras contraste en articulación posterior derecha C2-C3 (flecha). En TC lumbosacro, similares signos en articulaciones posteriores derechas L4-L5 y L5-S1 (cabeza de flecha). En RM lumbar, ocupación por material hiperintenso tras contraste del foramen radicular L5-S1 correspondiente a tejido inflamatorio que afecta a la raíz L5 derecha (asterisco).

BIBLIOGRAFÍA

- Anaya J, Coelho RN, Taneja A, Cardoso F et al. Differential Diagnosis of Facet Joint Disorders. Radiographics jan 22 2021.
- Stecher J, Georges Y. and Hitchon P. Cervical Facet Joint septic arthritis: a case report. The Iowa Orthopedic Journal 2010;30:182-187.
- Huguet S, Ibáñez N, Bernaus M&Font-Vizcarra L Acute medullar compression secondary to a septic arthritis of a thoracic facet joint: a case report and review of literature. Spinal Cord Series and Cases. Sept 2018.N 80.