

# OSTEOMIELITIS ENFISEMATOSA DE FÉMUR PROXIMAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Rubio, C; Vergara Ferrer, A; Martínez Cabañas, LM; Mon Fidalgo, R; Estévez González, M

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid

SaludMadrid Hospital Universitario Severo Ochoa



## OBJETIVOS

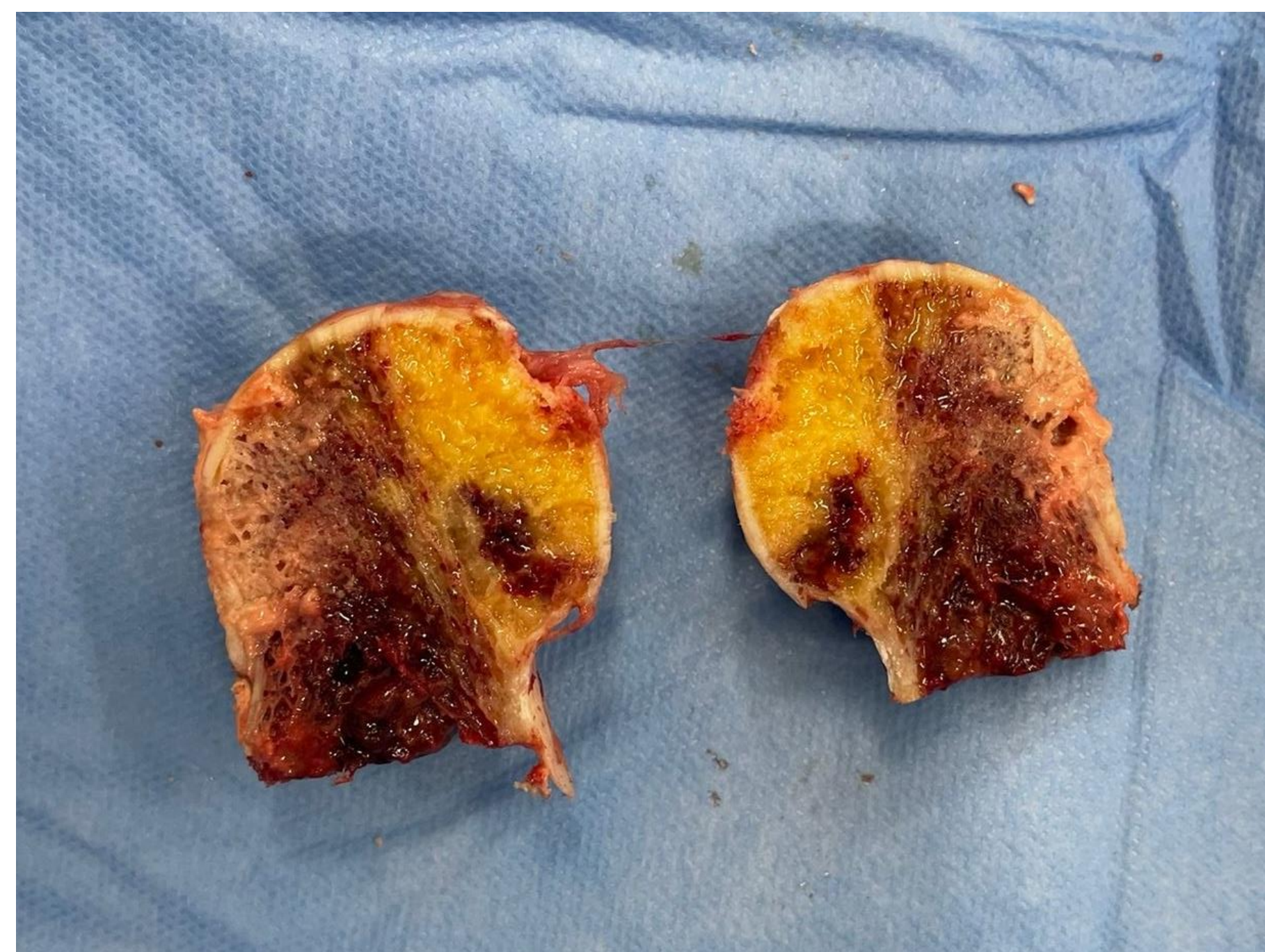
- Describir el caso de una paciente con **coxalgia de larga evolución**, que presenta un empeoramiento brusco atraumático en menos de 24 horas asociado a alteración de parámetros analíticos, siendo finalmente diagnosticada de osteomielitis enfisematosa. Se analiza el proceso diagnóstico y terapéutico basado en la antibioterapia de amplio espectro y la cirugía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Se presenta el caso de una paciente de 76 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por coxalgia derecha atraumática de larga evolución, que empeora en las últimas horas (EVA 7). La analítica sanguínea muestra elevación de reactantes de fase aguda. Se descarta fractura de fémur proximal y pelvis por parte de Traumatología y se ingresa para estudio.
- Durante el ingreso se aísla ***S. agalactiae*** en hemocultivos y se realiza TC de pelvis, que muestra pequeñas burbujas intraóseas en cabeza femoral derecha, hallazgo compatible con osteomielitis enfisematosa.
- Ante este diagnóstico, se pauta **antibiótico de amplio espectro** con Meropenem y Vancomicina e **intervención quirúrgica** mediante lavado, desbridamiento, toma de muestras, extracción de cabeza femoral e implantación de espaciador de cemento.

## RESULTADOS

- Los resultados de los cultivos intraoperatorios confirman presencia de ***S. agalactiae*** y ***Bacterioides fragilis***, por lo que se pauta a antibiótico dirigido con **Ceftriaxona y Metronidazol**, con mejoría clínica, analítica y radiológica.
- Tras dos meses de hospitalización, la paciente es dada de alta, a la espera de nueva intervención quirúrgica para implantación de prótesis total de cadera.



## CONCLUSIONES

- La **osteomielitis enfisematosa** es una entidad rara, descrita por primera vez en 1981. Su etiología se relaciona con bacterias productoras de gas, principalmente anaerobias (*Clostridium* spp. y *Bacterioides* spp), con una **mortalidad del 32%**, lo que exige un abordaje terapéutico precoz y agresivo.
- El mecanismo de infección más frecuente es la **diseminación hematógena**.
- El diagnóstico diferencial incluye: linfangiomatosis óseas, patología degenerativa, osteonecrosis o malignidad.
- El **TC con contraste es la prueba diagnóstica de elección** por su alta sensibilidad, mostrando el "signo de la piedra pómez" en más del 90% de los casos, junto con enfisema en partes blandas y ausencia de destrucción de la cortical ósea.
- El tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: antibioterapia intravenosa de amplio espectro y control quirúrgico del foco mediante la resección de la cabeza femoral, lavado, desbridamiento y toma de muestras.