

Osteomielite Enfisematosa

Emphysematous Osteomyelitis

Andreia Machado Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0002-0203-5536>), Joana Tavares Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-1424-3746>), Carla Tonel (<https://orcid.org/0000-0001-6325-3206>), José Barata (<https://orcid.org/0000-0003-1300-3051>)

Palavras-chave: Enfisema; *Escherichia coli*; Osteomielite.

Keywords: *Emphysema*; *Escherichia coli*; *Osteomyelitis*.

A osteomielite enfisematosa (OE) caracteriza-se pela presença intraóssea de gás. A via de infecção mais comum é hematogénea, sendo as *Enterobacteriaceae* e os anaeróbios os agentes mais frequentes.^{1,2}

Homem de 70 anos, com antecedentes de neoplasia da próstata com metastização ganglionar e óssea; hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2. Recorreu ao hospital por febre após realização de sessão de quimioterapia. Apresentava-se hipertenso, taquicárdico e com desconforto à palpação do hipogastro. Analiticamente, leucocitose 21200 com neutofilia 97%; creatinina 2,6 mg/dL; PCR 57,1 mg/dL; hiperglicémia 500 mg/dL, urina com leucocitúria 500/μL e nitritos positivos. A ecografia renal revelou uretero-hidronefrose esquerda e espessamento do urotélio por provável infecção associada. Ficou internado com o diagnóstico de infecção urinária e iniciou ceftriaxone.

A urocultura e hemoculturas identificaram *Escherichia coli* sensível ao trimetropim/sulfametoxazol pelo que a antibioterapia foi alterada. A tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica mostrou extensas alterações ósseas no sacro, com múltiplos pequenos focos de ar intramedular à direita, suspeito de osteomielite enfisematosa (Fig.s 1 e 2); próstata com nodularidade; marcada ureterohidronefrose crónica esquerda devido a massa adenopática tumoral ilíaca. A Ortopedia excluiu indicação cirúrgica.

Cumpriu 28 dias de antibioterapia, tendo-se verificado melhoria clínica e analítica progressiva. Teve alta com indicação para manter antibioterapia durante mais 4 semanas.

Os doentes diabéticos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de OE e têm maior risco de complicações.^{3,4}

A TC é o método de diagnóstico mais sensível.^{3,5} O tratamento inclui antibioterapia dirigida ao agente etiológico, embora ainda não exista consenso quanto à duração pensa-se que 4 a 6 semanas serão adequadas.³ O desbridamento



Figura 1: Osteomielite enfisematosa do sacro com presença de gás intraósseo em corte axial.

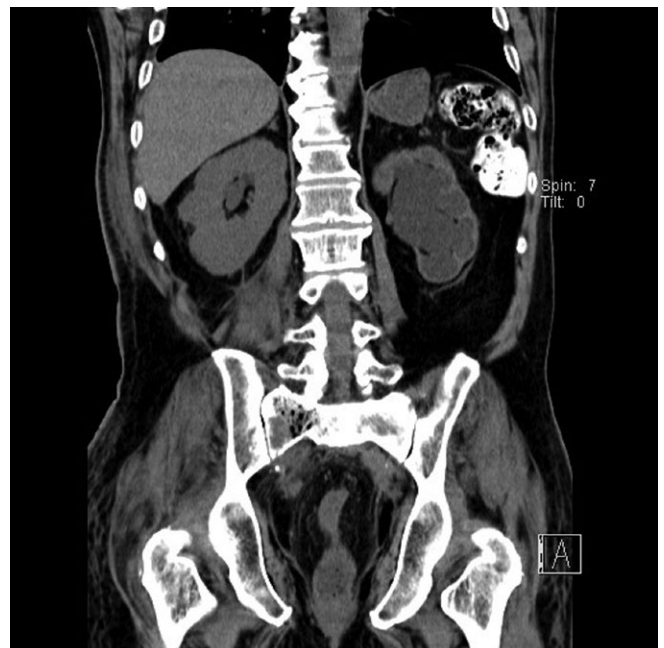


Figura 2: Osteomielite enfisematosa do sacro com presença de gás intraósseo em corte sagital.

Serviço de Medicina Interna, Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal.

DOI: 10.24950/rspmi.i.189.4.2021

cirúrgico está reservado para os casos complicados de abcesso ou necrose,^{4,6} e associa-se a pior prognóstico.^{2,6}

Estão descritos cerca de 50 casos de OE na literatura inglesa.⁵ A OE apresenta uma elevada taxa de mortalidade,^{1,5} pelo que exige um diagnóstico precoce e tratamento agressivo. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2021. Reutilização

permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Andreia Machado Ribeiro – andreiamachadoribeiro@gmail.com
Serviço de Medicina Interna, Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira, Portugal
Estrada Carlos Lima Costa Nº2, 2600-009 Vila Franca de Xira

Received / Recebido: 20/05/2021

Accepted / Aceite: 25/07/2021

Publicado / Published: 21/12/2021

REFERÊNCIAS

1. Mautone M, Gray J, Naidoo P. A case of emphysematous osteomyelitis of the midfoot: imaging findings and review of the literature. *Case Rep Radiol.* 2014;2014:616184. doi:10.1155/2014/616184.
2. Luey C, Tooley D, Briggs S. Emphysematous osteomyelitis: a case report and review of the literature. *Int J Infect Dis.* 2012;16:216-20. doi:10.1016/j.ijid.2011.11.007.
3. Kivrak A, Sumer S, Demir N, Aydin B. The life-saving little tip: intraosseous gas. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013201648. doi:10.1136/bcr-2013-201648.
4. Lee J, Jeong C, Lee M, Jeong E, Kim Y, Kim S, et al. Emphysematous osteomyelitis due to *Escherichia coli*. *J Infect Chemother.* 2017;49:151-4. doi:10.3947/ic.2017.49.2.151.
5. Sulyma V, Sribniak A, Bihun R, Sribniak Z. Emphysematous osteomyelitis: review of the literature. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2020; 22: 153-9 doi: 10.5604/01.3001.0014.3231.
6. Mujer M, Rai M, Hassanein M, Mitra S. Emphysematous osteomyelitis. *BMJ Case Rep.* 2018;2018:bcr2018225144. doi:10.1136/bcr-2018-225144.