

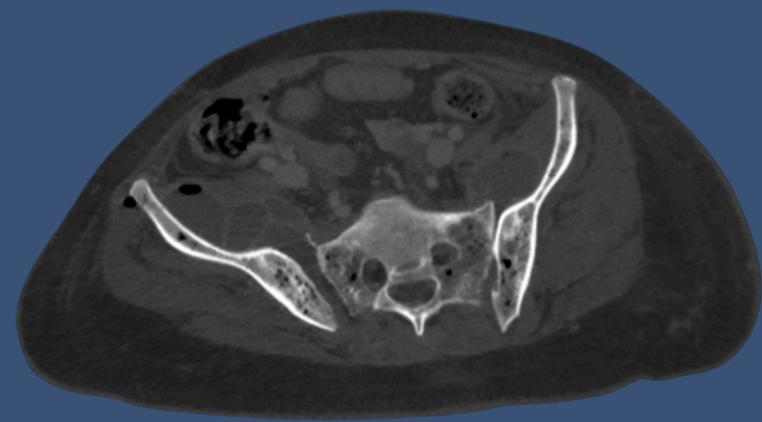


# Neumatosis Ósea:

## Un caso de

# Necrosis Isquémica

Dra. Katherine Gutreiman Rubinstein<sup>1,2</sup>/ Dr. Sergio Seas Azofeifa<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital México, San José, Costa Rica / <sup>2</sup>Magna Médica, San José, Costa Rica / <sup>3</sup>Hospital San Rafael de Alajuela, Alajuela, Costa Rica



## INTRODUCCIÓN

-La drepanocitosis es una enfermedad causada por producción anómala de hemoglobina con rigidez y deformación de eritrocitos, con consecuente destrucción de glóbulos rojos con congestión vascular e isquemia.

-Produce manifestaciones radiológicas por hematopoyesis anómala como ensanchamiento del espacio diplóico de aspecto veloso, vértebra en H o boca de pez y hematopoyesis extramedular, o manifestaciones por vaso oclusión como infartos óseo o necrosis avascular.

-Son pacientes más propensos a artritis séptica u osteomielitis por gérmenes atípicos como *Salmonella*, *S. aureus*.

## CASO CLÍNICO

Femenina de 24 años.

APP: Drepanocitosis esplenectomizada hace 13 años.

Consulta por cuadros de dolor a nivel de cadera derecha y espalda en múltiples ocasiones en los últimos 2 meses.

Actualmente con crisis de dolor de aproximadamente una semana de evolución la cual ha ido empeorando y se caracteriza por dolor en miembros inferiores, de predominio derecho y a nivel de cadera. Presentó caída desde propia altura con trauma pélvico y múltiples fracturas, hace aproximadamente 15-22 días.

Ingresa en mal estado general, taquicárdica y desaturada.

## HALLAZGOS

-Múltiples colecciones retroperitoneales las cuales muestran focos de gas en su interior, que se ubican en espacio pararenal posterior izquierda y anterior al espacio L4-L5.

-Además, se identifican colecciones intra musculares de similares características a las previamente descritas las cuales comprometen ambos músculos pectíneos, obturadores internos, iliacos y piriformes, iliopsoas (hacia su inserción distal), aductores y obturador interno derechos, así como, glúteo menor y medio izquierdos y rodeando la sínfisis púbica.

-En las estructuras óseas adyacentes a estas colecciones se observan múltiples focos de gas.

-Múltiples fracturas óseas.

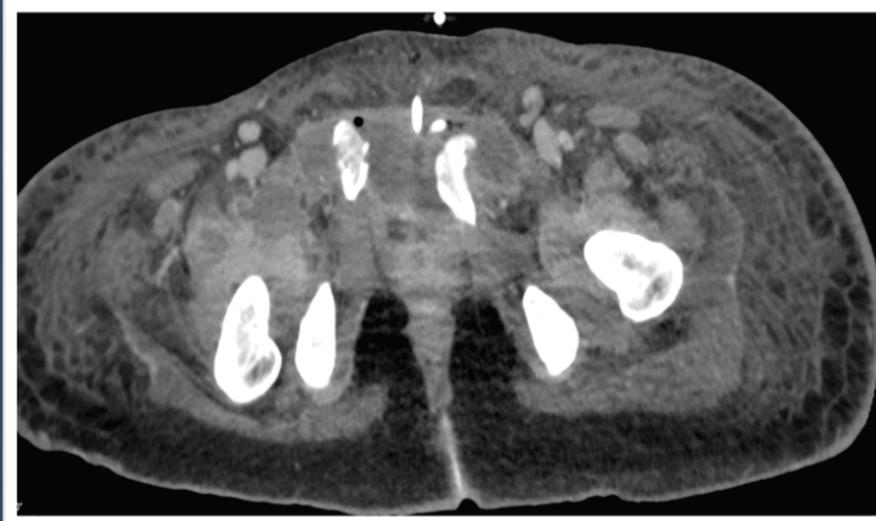


Fig 1. Diastasis de sínfisis púbica con colecciones intramusculares

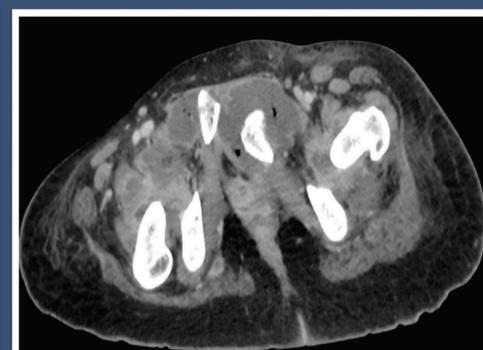
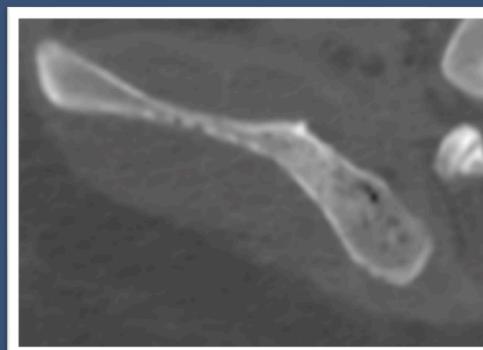


Fig 2. Neumatosis ósea y gas en colecciones intramusculares.

## CONCLUSIONES

-La presencia de neumatosis ósea medular difusa y el cuadro clínico séptico de la paciente, plantea la sospecha radiológica de osteomielitis enfisematosa, sin embargo, se descarta proceso infeccioso medular con biopsia y cultivo, con diagnósticos de isquemia y necrosis ósea difusa en relación la patología vaso oclusiva de esferocitosis de la paciente.

-El cambio en la forma de los eritrocitos condiciona las crisis vaso oclusivas que eventualmente provocan isquemia, infartos y daño orgánico final, como ocurrió en este caso.

-En este caso el signo de la piedra pómez descrito en osteomielitis enfisematosa se demostró darse debido a un componente isquémico de necrosis medular, por lo que en pacientes con estos antecedentes a pesar del proceso séptico severo presente siempre es importante tener presente la necrosis isquémica como causal.

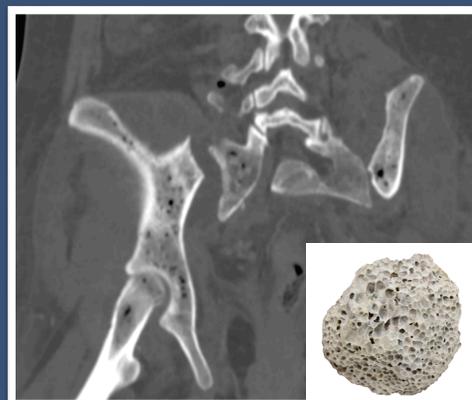


Fig 3. Signo de la piedra pómez.

Origen de la pieza
CRESTA ILIACA
Descripción Microscópica
El aspirado medular muestra aproximadamente el 60% de las células con cambio picnótico de su núcleo, compatible con necrosis. La mayoría de las células viables corresponden a eritrocitos y algunos precursores mieloides. No se observan granulomas ni células sugestivas de neoplasia.
Diagnóstico
MÉRULA ÓSEA - ASPIRADO: - CAMBIOS COMPATIBLES CON NECROSIS ISQUÉMICA.
Fecha diagnóstico: 23/05/2023

Fig 4. Reporte histológico.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. Leturia Etxeberria M, Biurrun Mancisidor MC, Ugarte Nuño A, Arenaza Choperena G, Mendoza Alonso M, Esnaola Albizu M, et al. Imaging Assessment of Ectopic Gas Collections. *RadioGraphics*. 2020 Sep;40(5):1318-38.  
2. Solomon N, Segaran N, Mohamed, Elsayes KM, Pellerito JS, Katz DS, et al. Manifestations of Sickle Cell Disorder at Abdominal and Pelvic Imaging. 2022 May 13; Jul-Aug;42(4):1103-1122.  
3. Ejindu VC, Hine AL, Mashayekhi M, Shorvon PJ, Misra RR. Musculoskeletal Manifestations of Sickle Cell Disease. *RadioGraphics*. 2007 Jul;27(4):1005-21.  
4. Kıvrak AS, Sumer S, Aktug Demir N, Aydin BK. The life-saving little tip: intraosseous gas. *Case Reports*. 2013 Dec 5;2013(dec05 1):bcr2013201648-8.