

EMBOLISMO GRASO

Dr. Alfredo Guerreros Benavides

Jefe de la Unidad de Investigación y Docencia de la Clínica Internacional

Paciente varón de 22 años, obrero, natural y procedente de Huacaybamba, Huánuco; quien ingresó a la Clínica Internacional con historia de poco menos de 24 horas de haber sufrido un accidente laboral. El paciente recibió un poste de luz sobre la pierna izquierda, presentando dolor e impotencia funcional, fue conducido a una clínica local donde le colocaron yeso, luego se le transfirió por vía terrestre a la Unidad de Emergencia donde fue hospitalizado para tratamiento quirúrgico.

Ingresó refiriendo dolor en la zona afectada, con hemodinamia estable, ventilando espontáneamente con oxígeno ambiental, se indicó AINES parenterales y ranitidina EV, se programó electivamente a Sala de Operaciones, por fractura de diáfisis de tibia y peroné.

Un día después, se recibió resultados de hemograma: 12300 leucocitos, 6 abastados; y se evidenció flictenas y sufrimiento de piel en zona meniscal de rodilla y muslo izquierdo.

28 horas después, la enfermera reportó tos seca, taquipnea y saturación de O₂ 87 a 91%. Lo evaluó el médico residente e indicó O₂ 4 l por minuto por cánula bi-nasal. Se solicitó prueba de hemograma; quince minutos después presentó fiebre 38.4° y 2 horas posteriores tuvo expectoración hemoptoica, los síntomas persistieron hasta el día siguiente.

Fue evaluado por medicina interna: radiografía de tórax mostrando opacidades acino-nodulares difusas planteando tuberculosis miliar y neumonía, opinión compartida por Neumología.

Se solicitó baciloscopia seriada en esputo que resultó negativo. Se inició vancomicina y ceftazidima por sospecha de neumonía intrahospitalaria.

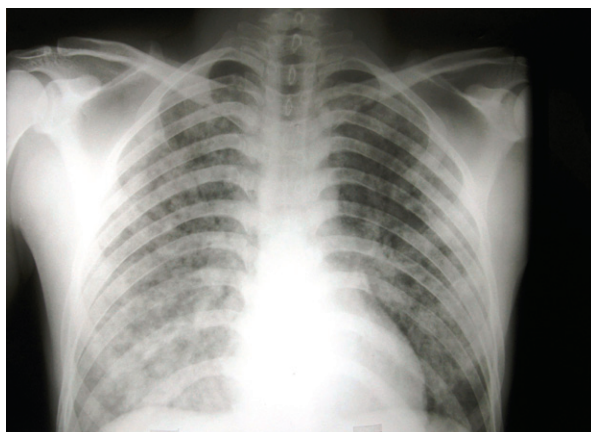


Figura 1. Radiografía de tórax tomada al inicio de los síntomas respiratorios.

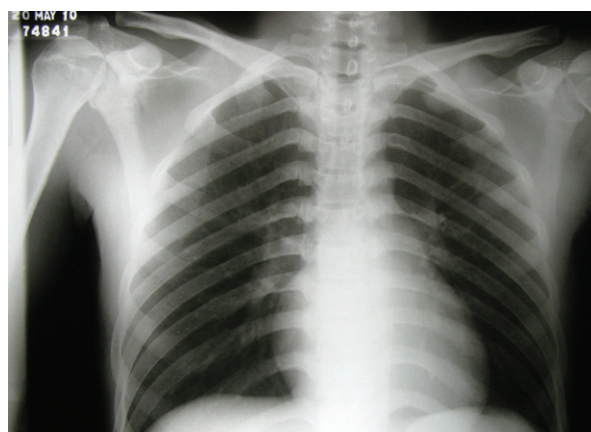


Figura 2. Radiografía de tórax de control tomada a los 3 días de iniciado el tratamiento definitivo.

La sintomatología persistió. Fue reevaluado por Neumología se indicó dexametasona por sospecha de embolismo graso, presentó gran mejoría clínica y radiológica.

El embolismo graso es una condición que requiere de una gran sospecha clínica, se produce generalmente secundaria a trauma o procedimientos quirúrgicos de huesos largos.

La patogénesis permanece controversial. Se han propuesto algunas teorías que revelan disfunción orgánica, como resultado directo de la entrada de depósitos grasos en el torrente sanguíneo o de la producción de intermediarios grasos tóxicos derivados del plasma tales como quilomicrones u otros lípidos.

La evaluación tomográfica, es inespecífica y la broncofibroscopía con lavado bronco-alveolar que detecte gotas grasas en los macrófagos alveolares continúa el diagnóstico, pero es de muy limitada utilidad práctica.

Referencias

- Akhtar S. Fat embolism. *Anesthesiol Clin.* 2009;27:533-50.
- Parisi D, Koval K, Egol K. Fat embolism syndrome. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2002;31:507-12.