

SÍNDROME DE EMBOLIA CON RECUPERACIÓN COMPLETA EN PACIENTE CON FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR

Álvaro Cerezal Canga, José Ignacio Echeopar Sabogal, Sarah Mills Gañán, Aitor Ibarzabal Gil

OBJETIVOS:

Describir el síndrome de embolia grasa como potencial complicación en el manejo del paciente politraumatizado con fractura de huesos largos

PRESENTACIÓN DEL CASO:

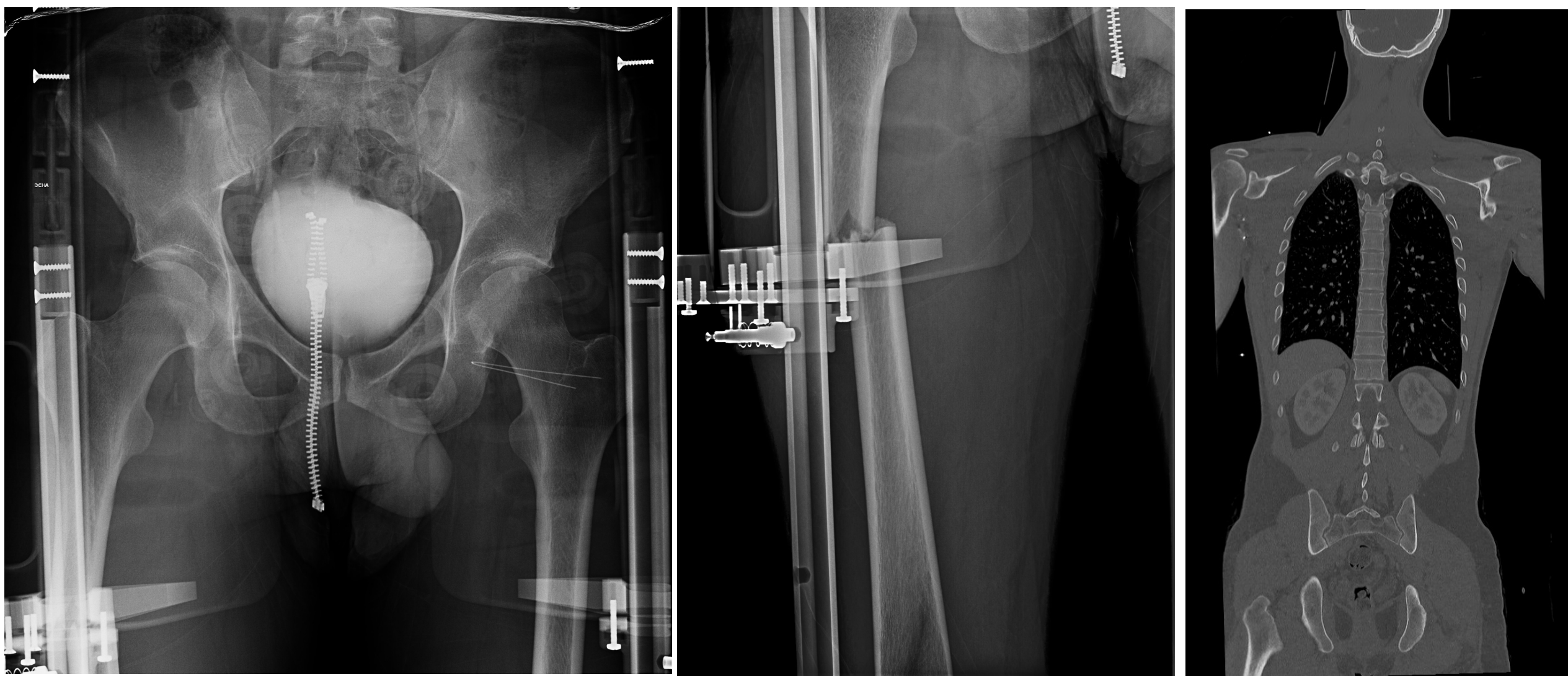
Varón de 28 años traído a nuestro centro tras sufrir atropello en motocicleta a alta velocidad.

A su llegada, presenta amnesia del episodio por TCE, GCS 15/15 y con estabilidad hemodinámica sin focalidad neurológica.

Exploración de extremidades compatible con fractura diafisaria de fémur derecho cerrada. Pelvis estable.

Tras valoración inicial en Box vital, se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Body TC sin alteraciones postraumáticas reseñables ni focos de sangrado craneales (figura 1C)
- Radiografías: fractura transversa de tercio medio de fémur derecho (figuras 1A, 1B)



Figuras 1A, 1B, 1C

Se prepara al paciente para tratamiento definitivo precoz. El paciente persiste estable hemodinámicamente y con GCS 15/15 durante toda su estancia en urgencias

Sin embargo, en la hora previa a su entrada a quirófano (11 horas tras el traumatismo) comienza con clínica de bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria global. Por ello, y tras valoración conjunta con el servicio de Medicina Interna, se solicita TC craneal y AngioTC torácico. Además, dada la sospecha de embolia grasa, se decide la reducción y fijación externa temporal de la fractura. Una vez en quirófano (13 horas tras el traumatismo) se observan petequias axilares.

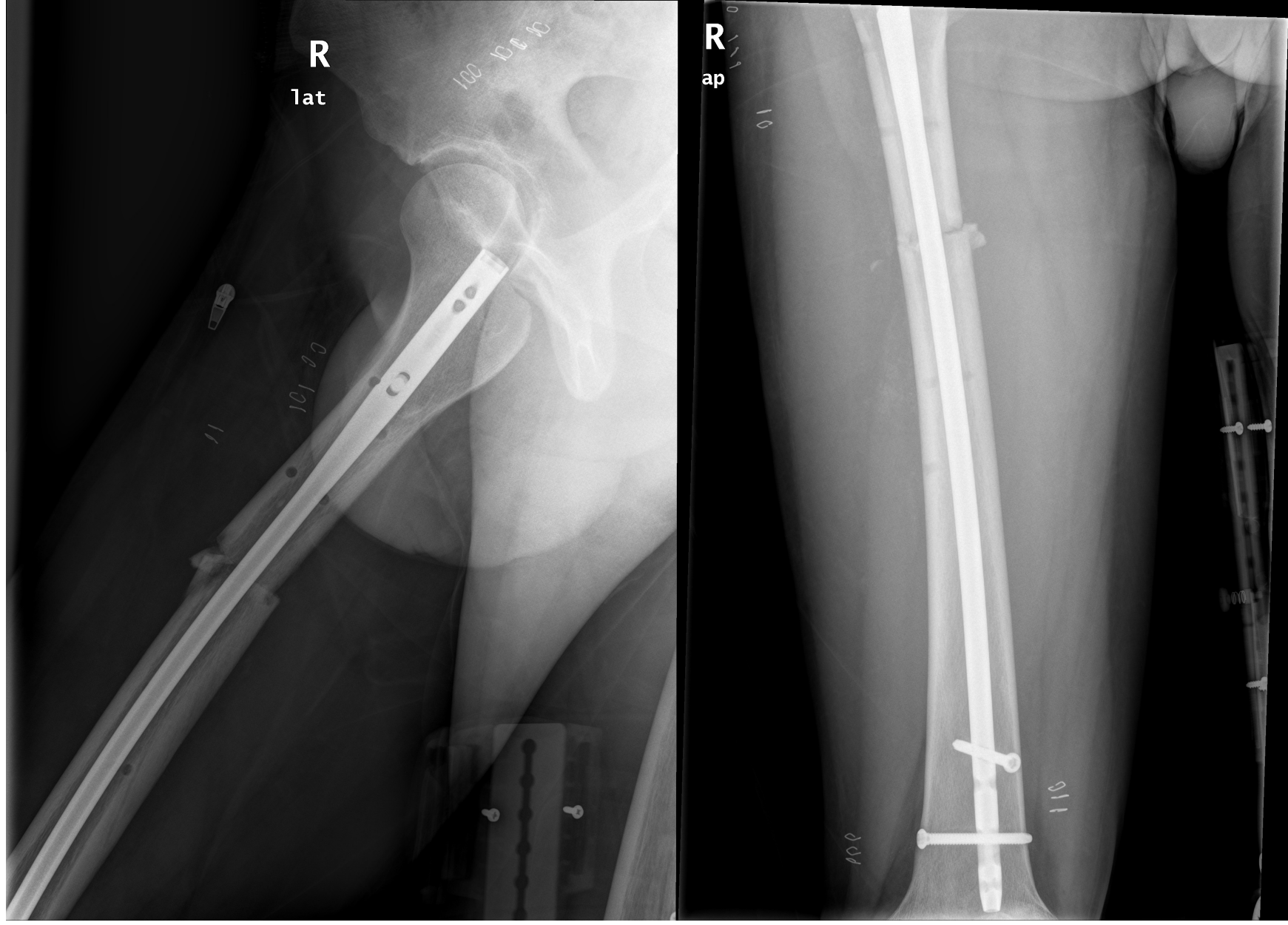
En las pruebas solicitadas se objetivan infiltrados en vidrio deslustrado bipulmonares sin signos de TEP, así como focos hiperdensos sugestivos de sangrado intralobar.

Se pauta terapia de soporte en Unidad de Reanimación con oxígeno en GN a 4L, diuresis forzada y vigilancia neurológica.

El paciente permanece 5 días en reanimación, tras los cuales, pasa a planta con mejoría neurológica progresiva.

14 días tras su ingreso, se lleva de nuevo a quirófano para enclavado endomedular (figuras 2ª y 2B)

El paciente presenta buena evolución en planta y es dado de alta 20 días tras su ingreso sin clínica neurológica y con carga sobre miembro intervenido



Figuras 1A y 1B

RESULTADOS:

6 meses tras el accidente el paciente presenta recuperación neurológica completa. Buen control del dolor. Caminando sin ayudas y con correcta consolidación de la fractura (figura 3)

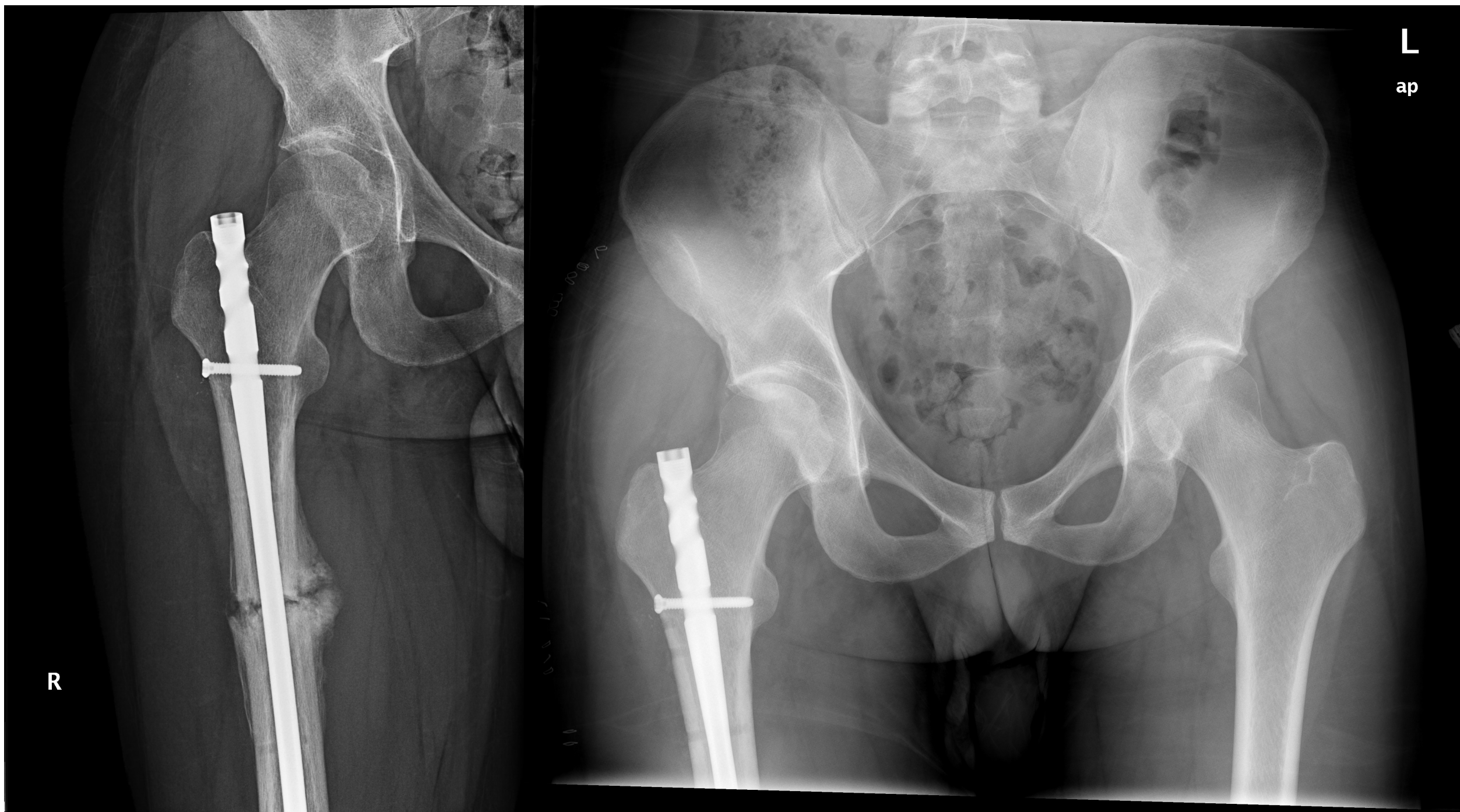


Figura 3A, 3B

CONCLUSIONES:

- El síndrome de embolia grasa representa una complicación rara, pero potencialmente grave de pacientes politraumatizados con fractura de huesos largos.
- La detección precoz de los síntomas: deterioro neurológico agudo en paciente inicialmente estable, agitación en pacientes jóvenes y signos (desaturación brusca, petequias axilares) es fundamental para el diagnóstico y poder iniciar las medidas de soporte hasta la posible solución espontánea.