

DISNEA TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO: EMBOLIA GRASA

Dra. Almudena Marco Ibáñez¹ / Dra. Blanca Cabañuz Plo² / Dra. Miriam Marco Ibáñez³

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Huesca

³ Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Zaragoza

RESUMEN

Varón de 16 años hospitalizado tras accidente de tráfico, diagnosticado de fractura diafisaria de tibia derecha y bifocal conminuta de tibia izquierda, tratadas mediante osteosíntesis. 48 horas después manifiesta disnea.

En su exploración física destaca somnolencia, TA 100/50mmHg, auscultación pulmonar con murmullo vesicular disminuido, petequias en piel de tórax, hipoxemia en gasometría venosa y anemia normocítica en analítica sanguínea. En radiografía de tórax PA se aprecian infiltrados parcheados alveolointersticiales bilaterales, y en TC de tórax infiltrados consolidativos en ambos campos pulmonares, preservando algunas zonas perilobulillares, y superposición de focos de "vidrio esmerilado", impresionando en su contexto clínico de embolia grasa pulmonar.

Evolucionó favorablemente con tratamiento de soporte, incluyendo transfusión de 2 concentrados de hematíes. Al alta es citado en consulta de traumatología para seguimiento y visitado por médico de Atención Primaria en domicilio, quien solicita analítica sanguínea de control por persistencia de astenia, objetivando anemia ferropénica, que se resuelve con hierro oral.

PALABRAS CLAVES

Embolia grasa, disnea, fractura de tibia

ABSTRACT

A 16-year-old male hospitalized after a traffic accident, diagnosed with diaphyseal fracture of the right tibia and comminuted bifocal fracture of the left tibia, treated by osteosynthesis. 48 hours later, he manifests dyspnea.

His physical examination revealed drowsiness, BP 100/50mmHg, pulmonary auscultation with diminished vesicular murmur, petechiae on the chest skin, hypoxemia in venous blood gases, and normocytic anemia in blood tests. A PA chest X-ray shows patchy bilateral alveolointerstitial infiltrates, and a chest CT shows consolidative infiltrates in both lung fields, preserving some perilobular areas, and overlapping "ground glass" foci, impressive in its clinical context of pulmonary fat embolism.

He evolved favorably with support treatment, including transfusion of 2 packed red blood cells. Upon discharge, he was summoned to the trauma clinic for follow-up and visited by a PCP at home, who requested control blood tests due to persistent asthenia, objectifying iron deficiency anemia, which was resolved with oral iron.

KEY WORDS

Fat embolism, dyspnoea, tibial fracture.

Diagnóstico por imagen

COMENTARIO CLÍNICO

El síndrome embolia grasa pulmonar, se define por la clásica triada estado confusional, hipoxemia y petequias cutáneas, si bien puede asociar asimismo alteraciones hematológicas como trombocitopenia y anemia. Se presenta en el 0.5% de los pacientes con fracturas de huesos largos, por embolización de grasa de la médula ósea hasta capilares pulmonares, habitualmente en las primeras 72 horas desde el traumatismo. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y no tiene tratamiento específico, recomendándose en casos graves el ingreso en UCI y la pauta de corticosteroides y heparina aunque, según algunos estudios realizados, no han demostrado claramente que mejoren la morbimortalidad de estos pacientes.

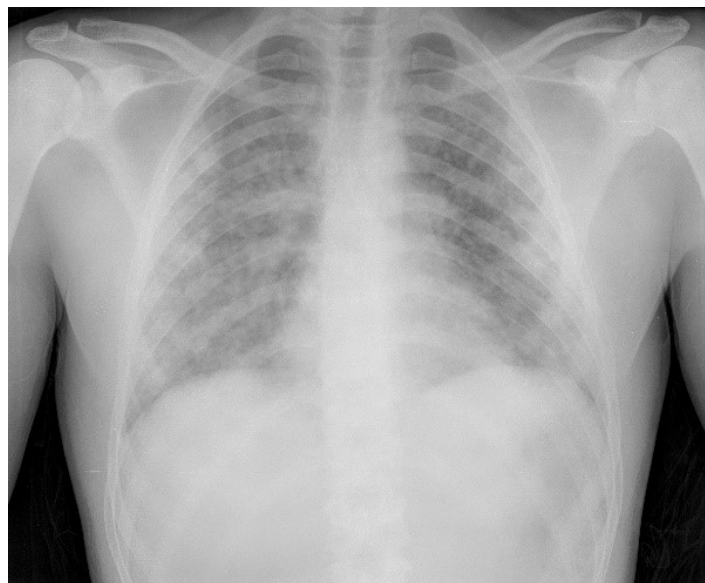


Fig. 1. Rx tórax PA: infiltrados parcheados alveolointersticiales bilaterales.

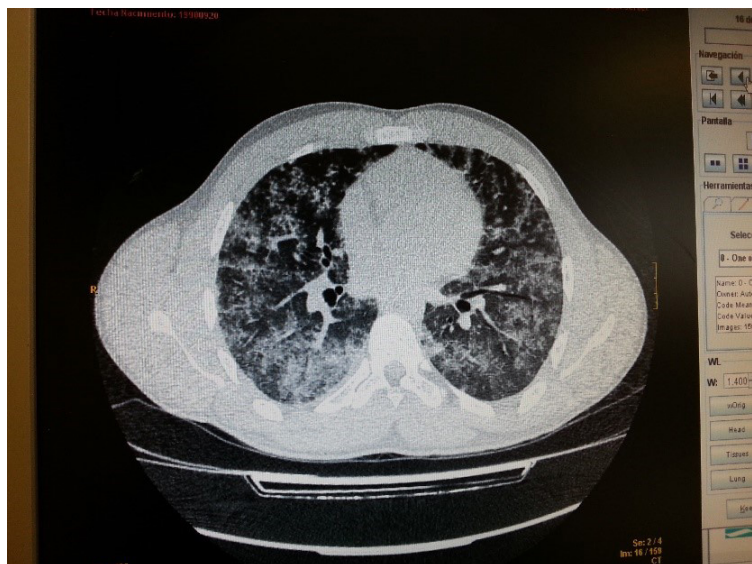


Fig.2. TC tórax sin contraste: infiltrados consolidativos en ambos campos pulmonares y superposición de focos de "vidrio esmerilado"

BIBLIOGRAFÍA

1. Kwiatt ME, Seamon MJ. Fat embolism syndrome. Int J Crit Illn Inj Sci. 2013;3(1):64-68. doi:10.4103/2229-5151.109426
2. Kosova E, Bergmark B, Piazza G. Fat Embolism Syndrome. Circulation. 2015;131:317-320. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010835.)
3. Hernández P, López J, Rodríguez E, Collado B, Febrer I y Alegre V. Síndrome de embolia grasa. Una entidad poco conocida para el dermatólogo. Actas Dermosifiliográficas. 2009;100:235-48