



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

EMBOLIA GRASA

Introducción

La embolia grasa sobre todo se asocia con fracturas de huesos largos y pelvis. Su incidencia es baja, pero su mortalidad es cercana al 10 %.

Causas

- A) ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA: Fracturas de huesos largos, fracturas de pelvis, procedimientos ortopédicos, quemaduras, liposucción.
- B) ETIOLOGÍA NO TRAUMÁTICA: Pancreatitis, diabetes mellitus, osteomielitis, tratamiento con esteroides, esteatohepatitis alcohólica, infusión de lípidos.

Sintomatología

- Signos inespecíficos: hipertermia brusca, taquicardia, colapso, taquipnea. Posteriormente aparece una triada formada por insuficiencia respiratoria, manifestaciones neurológicas y petequias. Además, aparecen otras alteraciones como fiebre, anemia, trombopenia, coagulopatía y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.
A veces puede presentarse una forma fulminante que se caracteriza por la presencia de cor pulmonale agudo, fallo respiratorio, y/o fenómenos embólicos que conducen a la muerte a las pocas horas del inicio de los síntomas.
- Síntomas pulmonares: Son las más precoces y frecuentes, destacando la taquipnea y polipnea que van posteriormente a producir alcalosis respiratoria con hipocapnia de grado moderado.
- Síntomas neurológicos: Son síntomas de encefalopatía difusa como desorientación, estupor, confusión, convulsiones o rigidez.

En los casos de mayor gravedad se presentan coma hipertónico o crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas.

- Síntomas cutáneos: Son los más específicos y de aparición más tardía. El rash petequial es patognomónico de este síndrome. Se localiza en la parte superior del cuerpo afectando a tórax, cuello, parte superior de brazos, axilas, hombros, membranas mucosas orales y conjuntivas. Suelen aparecer 4 días después de los síntomas pulmonares. Se producen por la obstrucción grasa de capilares de la piel y por un aumento de la fragilidad capilar.

Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico. Actualmente se emplean los criterios de Gurd y Wilson que consisten en:

Criterios mayores

- *Petequias subconjuntivales y axilares*
- *Insuficiencia respiratoria*
- *Depresión del SNC*

Criterios menores

- *Taquicardia (FC > 110 lpm)*
- *Fiebre (T > 38,5° C)*
- *Anemia súbita inexplicable*
- *Trombopenia*
- *Aumento VSG*
- *Partículas de grasa en la retina*
- *Partículas grasas en orina*
- *Partículas grasas en esputo*

El diagnóstico de embolia grasa requiere la presencia en el paciente de 2 criterios mayores o de un criterio mayor y 3 criterios menores.

Diagnóstico diferencial

Debemos descartar otras alteraciones que pueden presentarse en el mismo marco clínico:

- Tromboembolismo Pulmonar: Lo haremos mediante la realización de gammagrafía de ventilación perfusión.
- Procesos infecciosos: Solicitar bioquímica y hemograma rutinario, gasometría arterial y hemocultivo.
- Traumatismo en pulmón: Mediante radiografía de tórax. En la embolia grasa pueden aparecer infiltrados bilaterales difusos (tormenta de nieve).
- Procesos vasculares cerebrales: Tendremos que solicitar un angio-TAC.

Tratamiento

- Hacer una buena oxigenación y ventilación del paciente.
- Mantener la estabilidad hemodinámica mediante fluidos o incluso drogas vasoactivas si se precisan.
- Reducir la fractura lo antes posible después de la lesión.
- Administrar antibióticos si no podemos excluir un proceso infeccioso.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda y de hemorragia gastrointestinal.
- Administrar corticoides como metilprednisolona a dosis de 6 mg/kg, en pacientes de alto riesgo (fracturas múltiples que incluyen a huesos largos).

BIBLIOGRAFÍA:

- Sánchez Castaño A, Moreno Rodríguez A, Tapia de Pedro G. Síndrome de embolia grasa. En: Julián Jiménez A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 4ª edición, 2014. Madrid: Edicomplet-Grupo SANED; 2010. p. 419-421.
- Campo-López C, Flors-Villaverde F y JR. Calabuig-Alborch JR. Síndrome de Embolia grasa tras fractura ósea. Rev. Clin Esp. 2012; 212(10):482-487.
- Vallejo Villalobos ML. Embolia grasa. Anestesia en el paciente con trauma. Medigraphic.org. (Internet). 2012(Abril-Junio); Vol. 35:150-154. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>

AUTOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

COLABORADORA:

D^a. Concepción Gómez Gómez

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 736-19-002-8
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>