



## V-54. - SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Fole Vázquez<sup>1</sup>, M. Fernández Almira<sup>2</sup>, J. Cascón Hernández<sup>1</sup>, A. Martínez Zapico<sup>2</sup>, C. Quezada Loaiza<sup>1</sup>, H. Gómez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Ariza Prota<sup>1</sup>, I. Piñero de Paz<sup>2</sup> <sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Revisar la incidencia, características clínicas, diagnósticas, determinar los factores pronósticos, identificar los factores asociados a mayor mortalidad y valorar la eficacia de los tratamientos en el síndrome de embolia grasa (SEG) en un hospital de tercer nivel en los últimos 15 años.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de SEG entre enero de 1998 y enero de 2013 en un hospital de tercer nivel.

**Resultados:** Se evaluaron 6 pacientes, 5 varones y 1 mujer, con edad media de 25 años. Todos presentaban fracturas de huesos largos como consecuencia de un politraumatismo, siendo más frecuente el accidente de tráfico (66%). La clínica respiratoria fue la más frecuente, estando presente en todos los casos, seguida de la presencia de petequias (83%), fiebre (66%) y clínica neurológica (33%). El tiempo medio de presentación desde el ingreso fue de 36 horas. En todos se realizó estabilización precoz de la fractura, corrección quirúrgica (67%) y tratamiento conservador (33%). Todos recibieron tratamiento profiláctico con HBPM y solo uno de ellos recibió además corticoides intravenosos. Todos requirieron ingreso en UVI para soporte ventilatorio siendo la estancia media de 8 días. El 50% de los pacientes precisaron ventilación mecánica. La estancia media hospitalaria fue de 15 días. Ninguno de los casos falleció como causa de esta patología y dos de ellos presentaron secuelas secundarias al traumatismo. La incidencia de SEG fue de 0,11%.

**Discusión:** El SEG continúa siendo una entidad controvertida con un amplio espectro de manifestaciones clínicas hecho que dificulta el diagnóstico. En concordancia con lo descrito en la literatura, la clínica respiratoria fue la más frecuente, seguida del exantema petequial, siendo menos frecuentes las manifestaciones neurológicas; hecho que los diferencia de las series publicadas. El diagnóstico del SEG es fundamentalmente clínico. En las últimas décadas se han publicado diversos criterios diagnósticos. Los propuestos por Gurd y Wilson en 1974 son históricamente los más aceptados y aquellos en los que se han apoyado la mayor parte de series publicadas. Aunque no debemos limitarnos a criterios clínicos, no disponemos de procedimientos diagnósticos con sensibilidad y/o especificidad suficiente como para realizar un diagnóstico de certeza por lo que se recurre a otro tipo de técnicas tales como el lavado broncoalveolar y el examen de fondo de ojo entre otras. Las pruebas de imagen (radiografía simple de tórax y la TAC torácica) a menudo muestran infiltrados bilaterales típicos pero muy inespecíficos. Este sería el caso de nuestra serie, en la que todos presentaban estos hallazgos en la radiografía simple de tórax. Solo en uno de los casos se

realizó TAC torácica en la que se observaron defectos de repleción excéntricos en arterias pulmonares compatibles con émbolos sin poder precisar etiología. A diferencia de otras series, uno de nuestros pacientes había recibido corticoides de forma profiláctica. A pesar de que su uso es controvertido, se acepta en pacientes de alto riesgo no disponiéndose de suficiente evidencia como para recomendar su uso rutinario una vez instaurado el cuadro clínico. La incidencia del SEG varía en las distintas series publicadas, entre un 0,2% y un 35%, pudiendo reflejar las dificultades diagnósticas. Hecho indiscutible es que la incidencia es superior en pacientes con fracturas múltiples que implican huesos largos.

*Conclusiones:* En nuestra serie, al igual que en lo descrito en la literatura, el SEG se produjo en pacientes jóvenes, con fractura de huesos largos como consecuencia de un politraumatismo, tras un periodo asintomático medio desde el evento de 36 horas. Sólo dos de ellos presentaron la triada clásica compuesta por insuficiencia respiratoria, clínica neurológica y exantema petequial. El SEG es una entidad probablemente infradiagnosticada por las limitaciones comentadas anteriormente, hecho que refleja la variabilidad en la incidencia descrita en las distintas series publicadas.