

Caso	(254) Embolia grasa pulmonar
Autores	Miriam Huelves García, Ana Santos Angel, Carlos Sánchez Almaraz, Arturo Cabeza Carreto, Maria Pire Solaun, Esther Dominguez Franjo
Centro	Hospital Universitario Infanta Sofía

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 20 años con AP de fractura abierta de tibia derecha por accidente de moto intervenida quirúrgicamente hace 3 días y dado de alta del hospital el día anterior que acude de nuevo a urgencias por referir disnea súbita. A la exploración clínica a su llegada destaca una saturación del 92% y taquicardia sinusal a 110 lpm; Con la sospecha clínica de embolia pulmonar grasa se solicita angioTC torácico urgente que muestra los siguientes hallazgos:

-En las zonas declives de ambos lóbulos superiores y especialmente en los lóbulos inferiores se observan múltiples opacidades de densidad vidrio deslustrado de predominio periférico junto con zonas de mayor atenuación en relación con zonas de consolidación y engrosamiento de los septos interlobulillares.

-No se objetivan defectos de repleción en arterias pulmonares principales, lobares ni segmentarias.

-No se visualiza derrame pleural ni pericárdico.

Los hallazgos radiológicos descritos aunque inespecíficos, en el contexto clínico aportado son altamente sugestivos de embolismo pulmonar graso.

DISCUSIÓN

El embolismo pulmonar graso suele presentarse en el contexto de fractura de hueso largo, pudiendo ocurrir hasta en el 1-3% de los pacientes con fractura única de tibia o fémur y hasta en el 20-33% de los pacientes con traumatismos más severos; otras causas menos frecuentes y no traumáticas incluyen las hemoglobinopatías, pancreatitis, grandes quemados, trasplante de médula ósea, liposucción, osteomielitis, tras reanimación cardiopulmonar...

Los síntomas suelen desarrollarse en las primeras 24-72 hs tras el traumatismo y la clínica es variable, pudiendo llegar a tratarse de una entidad grave con afectación multisistémica debido a la presencia de múltiples émbolos; la aparición de la tríada clásica es infrecuente e incluye hipoxemia, alteraciones neurológica y rash petequeal, siendo los síntomas respiratorios los más frecuentes.

Para su diagnóstico es imprescindible la sospecha clínica, ya que tanto las pruebas analíticas como radiológicas son inespecíficas.

Los hallazgos en la TC de tórax pueden incluir:

-Áreas de consolidación.

-Aumento de la atenuación en vidrio deslustrado que puede tener una distribución geográfica y asociarse a engrosamiento de los septos interlobulillares.

-Nódulos centrolobulillares y subpleurales menores de 10 mm, mal definidos y de diferentes tamaños.

-Sin embargo, los defectos de repleción de atenuación grasa en las arterias pulmonares es un hallazgo extremadamente raro en los casos no fulminantes.

El tratamiento consiste en cuidados de soporte dependiendo de la clínica existente (hidratación, oxigenación e incluso ventilación mecánica si es necesario). Es importante reseñar que el tratamiento precoz de las fracturas de huesos largos puede prevenir su desarrollo.

El diagnóstico diferencial incluye otros síndromes embólicos (trombos, líquido amniótico, tumoral, gaseoso, cuerpo extraño), SDRA, neumonía y las vasculitis.

CONCLUSIÓN

La embolia pulmonar grasa es una entidad poco frecuente pero que puede alcanzar tasas de mortalidad de hasta el 5-15% y con presentación clínica y hallazgos de laboratorio y radiológicos inespecíficos, por lo que es de vital importancia la sospecha clínica para un diagnóstico adecuado.

Aunque los hallazgos en TC de tórax son inespecíficos, su utilidad en el servicio de urgencias reside en la exclusión de otras entidades que pueden presentarse con síntomas similares, haciendo especial hincapié que a pesar de no objetivarse defectos de repleción en las arterias pulmonares, en un contexto clínico adecuado, los hallazgos en TC descritos previamente son altamente sospechosos de esta entidad.

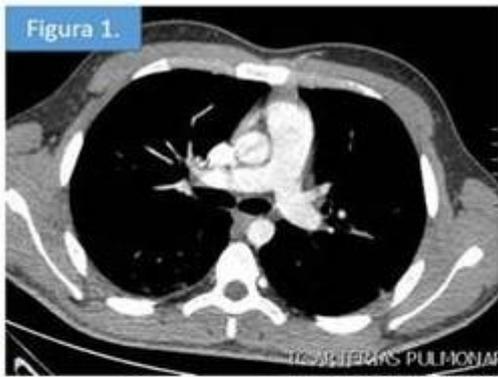


Figura 1. No se observan defectos de repleción en arterias pulmonares. Figura 2. Aumento de atenuación en vidrio deslustrado en porciones posteriores de lóbulos superiores. Figura 3. Aumento de atenuación en vidrio deslustrado y áreas de consolidación en porciones posteriores de lóbulos inferiores. Figura 4. Engrosamiento de septos interlobulillares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Han D, Lee KS, Franquet T, et al. Thrombotic and nonthrombotic pulmonary arterial embolism: spectrum of imaging findings. *Radiographics* 2003;23:1521-1539. <https://doi.org/10.1148/rg.1103035043>.
2. G. Nucifora, F. Hysko, A. Vit, A. Vasciaveo. Pulmonary fat embolism: common and unusual computed tomography findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2007;31: 806-807. <https://dx.doi.org/10.1097/rct.0b013e318032566e>
3. Stein PD, Yaekoub AY, Matta F, Kleerekoper M. Fat embolism syndrome. *Am J Med Sci* 2008; 336:472.