

## FRACTURA FEMORAL BILATERAL. ¿CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS (DCO) VS FIJACIÓN INTERNA INMEDIATA (ETC)?

*Pérez Pérez E, Martínez Sañudo B, Pereira Mosquera E, Andrés Cano P.  
Unidad de Gestión Clínica Traumatología-Reumatología  
Hospital Universitario Virgen del Rocío*

### INTRODUCCIÓN

El **síndrome de embolia grasa** es una complicación poco frecuente pero descrita en fracturas de huesos largos. Se presenta en 1-10% de fracturas de diáfisis femoral, y en mayor porcentaje en el caso de fracturas bilaterales. Se caracteriza por la tríada: insuficiencia respiratoria, compromiso neurológico y rash petequial.

### OBJETIVOS

Realizamos una revisión retrospectiva del manejo de un paciente varón de 19 años con diagnóstico de **fractura cerrada diafisaria de fémur bilateral** tras accidente de tráfico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El paciente es trasladado a urgencias con diagnóstico de fractura cerrada diafisaria de fémur bilateral (Figuras 1 y 4). No presentaba antecedentes personales de interés. Se realiza body-TC al ingreso **sin objetivarse lesiones a nivel craneal, torácico ni abdominal**. Tras la evaluación inicial se determina un Injury Severity Score (ISS) de 16.

Ante su estabilidad clínica y hemodinámica, y la ausencia de lesiones asociadas, se decide realización de cirugía definitiva mediante fijación **interna inmediata (Early Total Care - ETC)**. Se interviene mediante enclavado endomedular bilateral encerrojado y fresado. A las 24 horas del postoperatorio, el paciente **desatura** tras la retirada de oxigenoterapia, presentando **petequias axilares** asociadas. Se realiza Angio-TC, descartando TEP y siendo diagnosticado de **síndrome de embolia grasa masivo**. Precisa intubación orotraqueal y traslado a UCI. Se realiza radiografía de tórax apreciando infiltrado pulmonar bilateral (Figura 5).



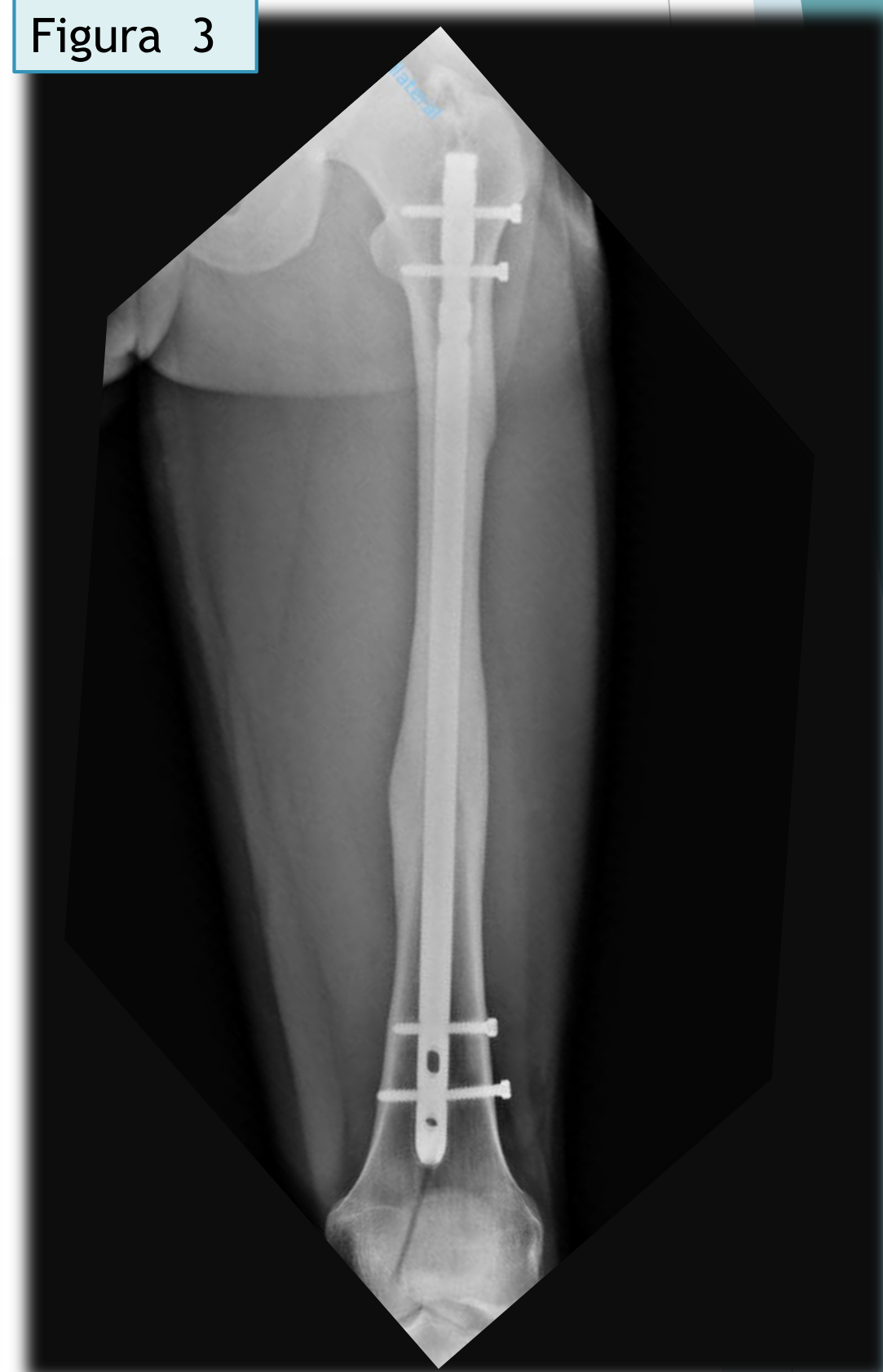
Figura 1

Radiografía inicial en el box de emergencia donde se objetiva fractura diafisaria bilateral de fémurs. No hay lesiones en la pelvis.

Figura 2



Figura 3



Figuras 2 (Derecho) y 3 (Izquierdo). Radiografías de ambos fémurs a los 6 meses tras la cirugía, donde se pueden observar las fracturas ya consolidadas.

Figuras 4, 5 y 6. Radiografías seriadas de tórax. Normal en el box de emergencia (Fig. 4), A las 48h postoperatorias se observa un patrón difuso bilateral con aparición de opacidades micronodulares o "copos de nieve" (Fig. 5). Recuperación de un patrón normal al alta de la UCI (Fig. 6).

Figura 4

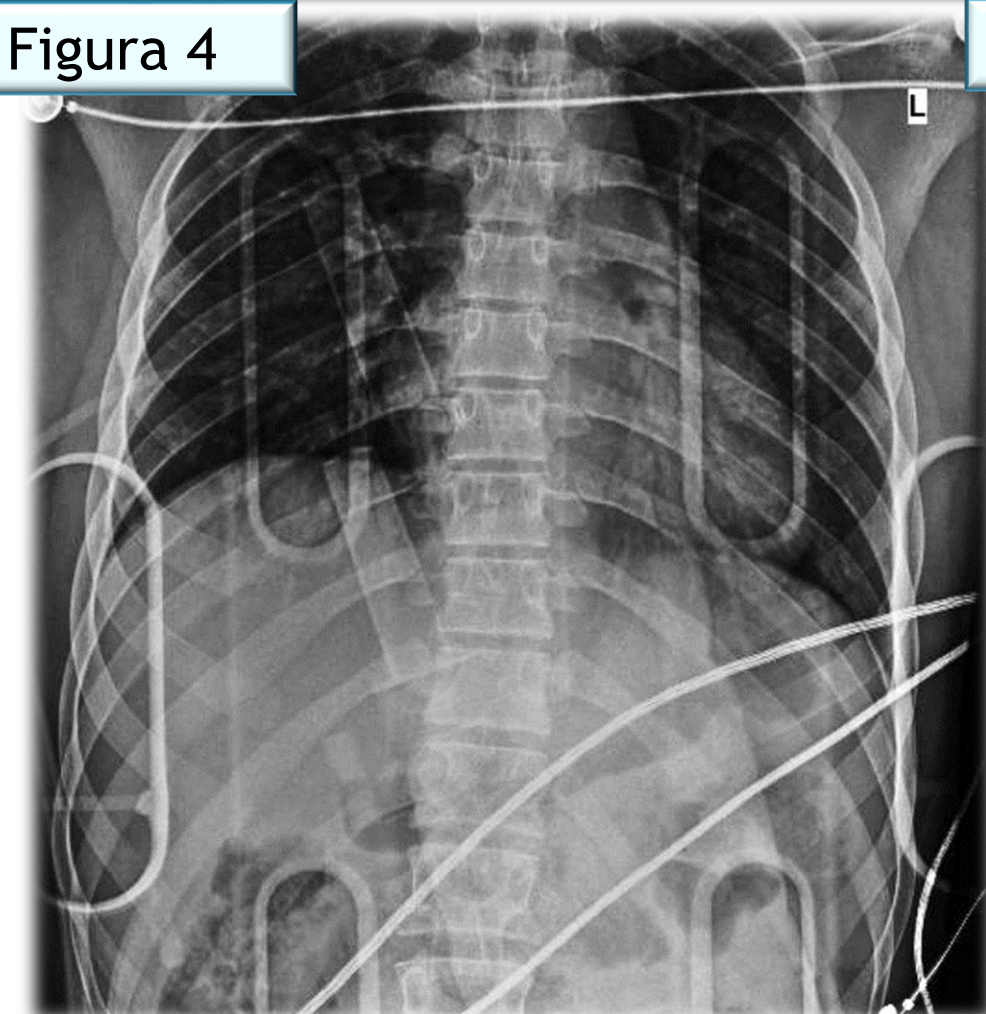


Figura 5

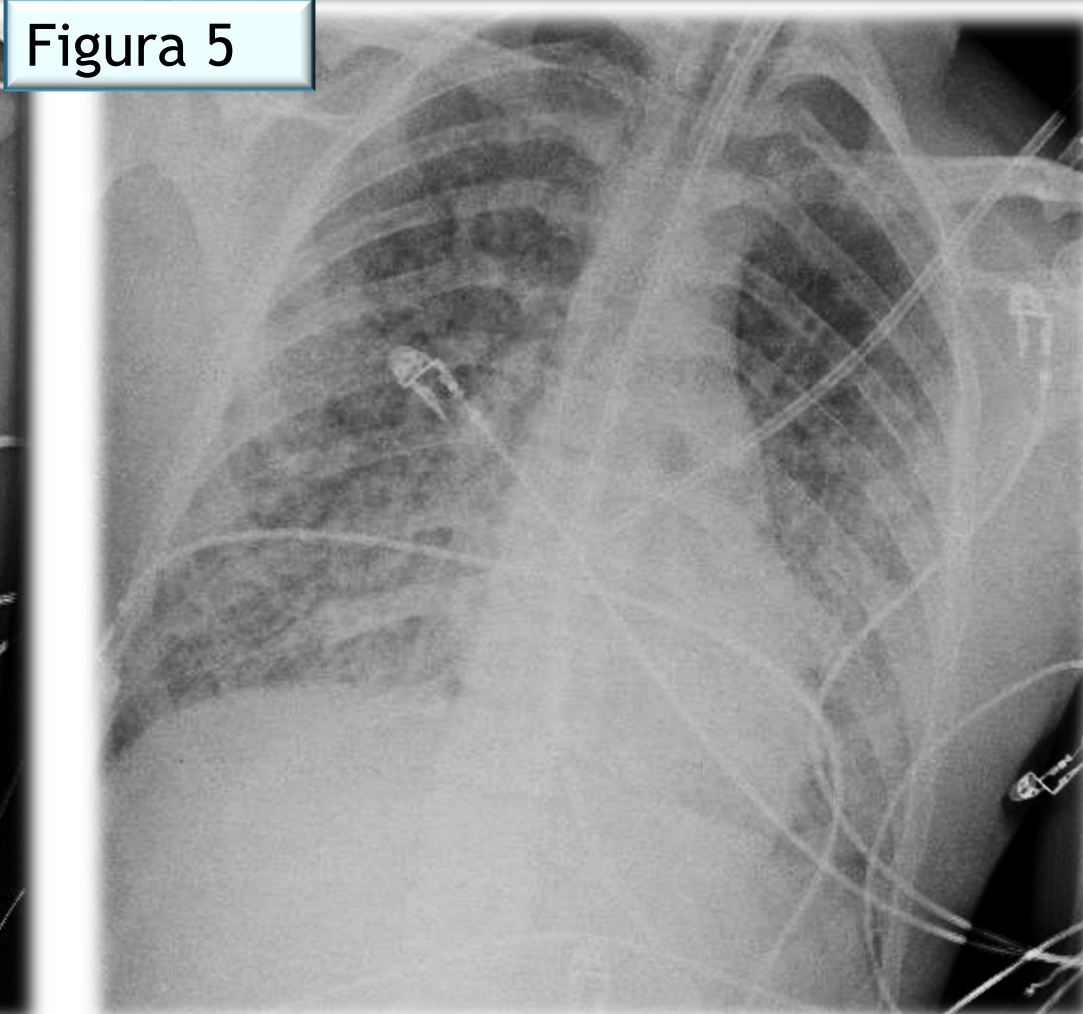
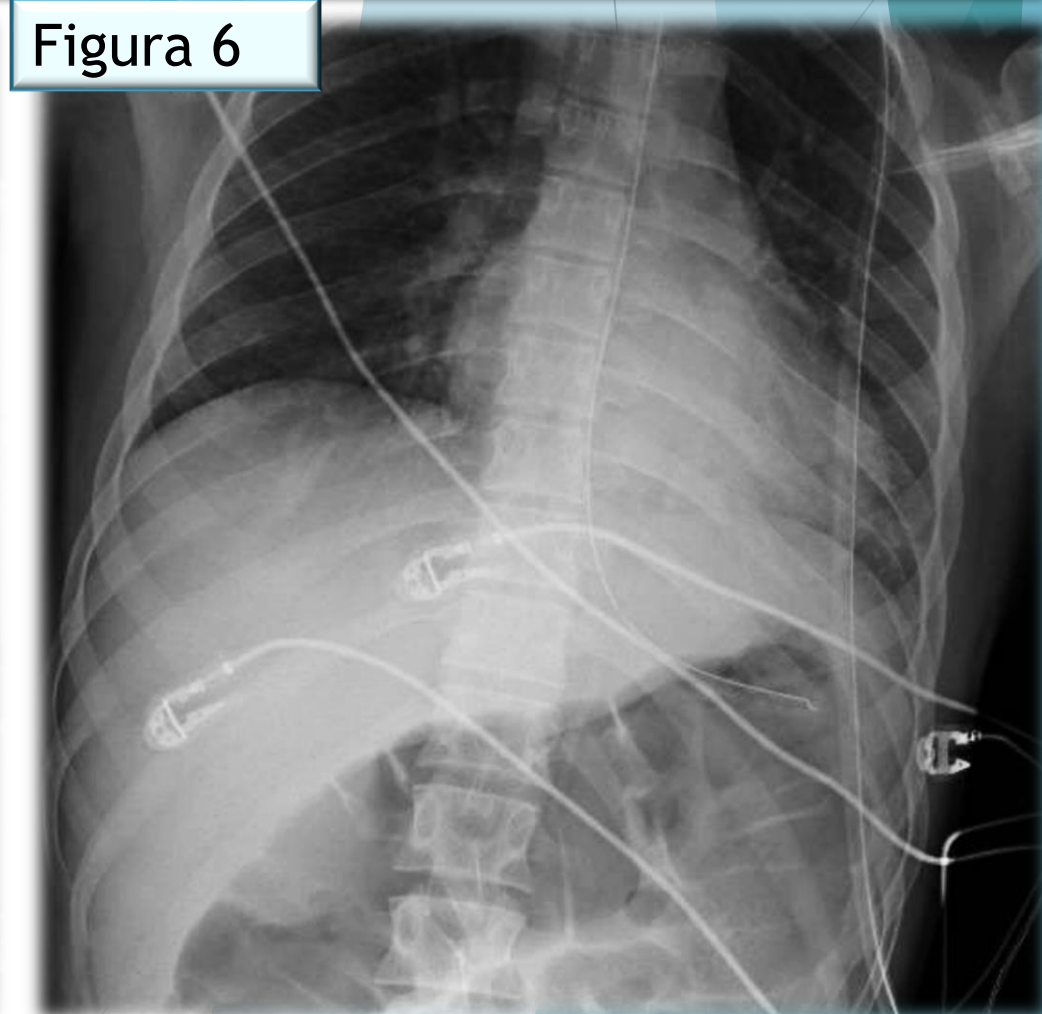


Figura 6



### RESULTADOS

Finalmente el paciente es dado de alta de UCI a los 30 días (Figura 6). Presenta como secuelas émbolos retinianos grasos. Respecto a las fracturas femorales, el paciente comienza la movilización y carga asistida directamente desde la UCI con buena tolerancia. A los 6 meses, las fracturas estaban consolidadas (Figuras 2 y 3), y el paciente haciendo una vida normal sin limitaciones deportivas al año del accidente.

### CONCLUSIONES

Aunque el síndrome de embolia grasa en fracturas diafisarias es poco frecuente, está ampliamente descrito en la bibliografía, siendo temidas sus repercusiones sobre la salud del paciente.

Actualmente existe amplio consenso sobre el tratamiento del paciente **politraumatizado** mediante la cirugía de control de daños (DCO), reservando la fijación interna inmediata (ETC) para aquellos **pacientes estables o sin lesiones asociadas**. La fractura bilateral de fémur es una entidad grave y poco frecuente que presenta diversas controversias y escasa evidencia respecto al tratamiento inicial más adecuado. Es fundamental el **manejo multidisciplinar**, el consenso con el anestesiólogo para indicar la cirugía DCO vs ETC y la vigilancia postoperatoria estrecha.