

SÍNDROME DA EMBOLIA GORDUROSA NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ABUJAMRA, H. A.¹; SANTOS, F. K.¹; WEISS, C.¹; GROSSI, B. J.²; PELLIZZARO, D.²

¹ Discente do Curso de Medicina, Área das Ciências da Vida e Saúde – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba, SC

² Docente do Curso de Medicina, Área das Ciências da Vida e Saúde – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba, SC

Introdução: A descrição da Síndrome de Embolia Gordurosa (SEG) foi realizada após autópsia em 1861, caracterizada pelo aparecimento de gordura livre na circulação sanguínea e órgãos. A tríade clássica, insuficiência respiratória aguda (IRPA) com infiltrado pulmonar difuso, disfunção neurológica e rash petequial, ocorre em 0,5%-2% dos casos. Em 90% ocorre após fratura de ossos longos, geralmente de membros inferiores. **Objetivo:** Destacar a SEG na IRPA. **Relato de caso:** Homem, 21 anos, hígido, vítima de acidente automobilístico, com fratura diafisária de fêmur bilateral e exposta de perna esquerda, operado um dia após o acidente. Exames pré-operatórios normais. Realizada raquianestesia com 15 mg de bupivacaína hiperbárica e 100 ug de morfina, sedado com 50 ug fentanil + 2 mg midazolam. Procedimento sem intercorrências, durante 140 minutos, com colocação de tração transesquelética no fêmur bilateral e fixação externa da perna. Levado a SRPA estável hemodinamicamente. Com 12 horas de evolução, apresentou quadro de taquicardia e taquidispneia com dessaturação, associado com rebaixamento do nível de consciência, sendo submetido à intubação orotraqueal, mantido sedado em ventilação mecânica (VM), apresentando, 32 horas após a cirurgia, rash petequial em tronco, pescoço e conjuntivas. Gasometria arterial com pO₂ de 48 mmHg e FiO₂ 0,6. Radiografia de tórax com infiltrado difuso bilateral, TC de crânio sem alterações, TC de tórax com infiltrados perihilares e bibasais. Levado à UTI, mantido em suporte intensivo + sedoanalgesia e VM por seis dias, evoluindo com melhora do quadro respiratório e alta da UTI. **Conclusão:** IRPA é uma entidade bem-estabelecida na SRPA, tendo como diagnóstico diferencial a embolia gordurosa, principalmente em cirurgias ortopédicas de ossos longos. A SEG é definida com lesão e disfunção de órgãos causadas por êmbolos gordurosos, tratando-se de uma complicação ou evolução atípica da embolia gordurosa. O envolvimento pulmonar decorre do progressivo número de alvéolos que vão sendo preenchidos por sangue e/ou exsudato, ou que sofrem atelectasia, resultando num quadro de hipóxia generalizada. As alterações neurológicas variam de sonolência a coma, sendo o segundo órgão mais acometido. Na SEG, tanto os sintomas respiratórios quanto os neurológicos começam a se manifestar entre 12 e 48 horas após o trauma. Esse lapso de tempo é atribuído à demora na conversão dos triglicérides da gordura neutra em ácidos graxos livres. O aparecimento de petéquias, 24 a 48 horas após o trauma, praticamente assegura o diagnóstico de SEG. A principal causa de óbito nos pacientes com SEG é a insuficiência respiratória progressiva,

com lesão pulmonar que evolui para SARA. O manejo desses pacientes é baseado em suporte ventilatório e monitorização em UTI.

Figura 1 - Petéquia conjuntival direita



Fonte: os autores.

Figura 2 - Petéquias em tórax e abdome



Fonte: os autores.

Figura 3: Petéquia conjuntival esquerda



Fonte: os autores.

Palavras-chave: Embolia. Gordura. Pós-anestésica.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. D.; ARANTES, L. R.; MAGALHÃES, S. E. M. Síndrome da Embolia Gordurosa. **Rev Med Minas Gerais**, v. 19, n. 1, p. 63-66, 2009.

CHAVES, P. O. **Síndrome da Embolia Gordurosa - Revisão de Literatura**. 2012. Monografia (Graduação)-Instituto Têrzius de Pós-Graduação, Campinas, 2012.

FILOMENO, L. T. B. et al. Artigo de revisão - Embolia Gordurosa: Uma revisão para a prática ortopédica atual. **Acta Ortop Bras.**, v. 13, n. 4, 2005.