

I N D I C E

	<i>Pág.</i>
I. Introducción	7
II. Breve Reseña Histórica	9
III. Etiología y Patogenia	12
Fracturas oseas	12
Traumatismos de las partes blandas	15
Quemaduras	15
Disbarismos	16
Embolismo Adiposo atraumático	16
IV. Anatomía Patológica del Embolismo Adiposo	18
Material y métodos	19
Resultados	21
Embolismo adiposo fulminante	21
Embolismo adiposo generalizado	25
Discusión	30
Conclusiones	34
V. Cuadro Clínico	34
Embolismo adiposo fulminante	35
Embolismo adiposo generalizado	38
Embolismo adiposo generalizado, clínico	41
Conclusiones	45
VI. Diagnóstico de Laboratorio	46
	75

	Pág.
Tratamiento con alcohol etílico	65
Método, resultados y conclusiones	66
X. Nuestro Concepto del Embolismo Adiposo	67
Anatomía Patológica	68
Cuadro Clínico	69
Diagnóstico de laboratorio	69
Pruebas indirectas	69
La prueba del criostato	69
Pruebas cuantitativas	69
Trtamiento	70
XI. Bibliografía	71
XII. Ilustraciones	75

I. INTRODUCCION

La sintomatología y la anatomía patológica de los síndromes embólicos son bien conocidos en Medicina cuando aparecen como complicaciones de las tromboflebitis, enfermedad mitral o endocarditis bacterianas; entonces, se suele anticipar su presentación, se pueden tomar medidas preventivas y el diagnóstico se hace pronta y fácilmente. No sucede así con la embolia grasa, la que pasa clínicamente desapercibida y aún causa muertes inexplicables.

El embolismo graso consiste de la movilización circulatoria de glóbulos grasos y su retención en los capilares del pulmón, cerebro, corazón, riñones y otros órganos. La misma denominación incluye un cierto número de síndromes tales como el embolismo accidental por inyección de sustancias oleoginosas en las venas, el embolismo post-linfografía, el embolismo postraumático y el embolismo atraumático. El más frecuente de todos es el embolismo graso postraumático producido por el desprendimiento de grasa neutra de los depósitos adiposos del organismo bajo la acción del trauma y su entrada en el torrente circulatorio. Ocurre de preferencia como una complicación de las fracturas óseas y ocasionalmente después de traumatismos de las partes blandas, en todo caso se trata de grasa neutra; por eso desde un punto de vista práctico el embolismo graso postraumático se le considera una complicación de las fracturas óseas y debe designarse como embolismo adiposo postraumático en virtud de la procedencia de la grasa embolizante.

El embolismo adiposo postraumático es conocido desde hace alrededor de un siglo; durante este lapso ha sido estudiado extensamente; sin embargo, estos estudios o bien no se han difundido o no tienen aplicación práctica porque sigue siendo un síndrome de diagnóstico infrecuente a pesar de la creciente incidencia de las enfermedades traumáticas.

Durante los últimos tres años hemos estudiado la anatomía patológica, el diagnóstico de laboratorio y los aspectos clínicos y terapéuticos de este síndrome con el objeto de transformarlo, de una curiosidad de autopsia, como se le considera ahora, en una entidad clínico-patológica susceptible de tratamiento específico. Estos estudios han mostrado la inusitada frecuencia de esta complicación y por cierto han multiplicado nuestras incógnitas; pero también nos han permitido diagnosticar objetivamente un número limitado de pacientes, han con-

tribuido al concepto de la embolización adiposa como un fenómeno fisiopatológico del período postfractura y han demostrado la efectividad terapéutica del alcohol endovenoso y por inhalación en aquellos pacientes así tratados.

Los resultados anotados en esta tesis proceden de nuestra experiencia en Topeka, Kansas, Estados Unidos de Norte América; sin embargo las mismas observaciones serían igualmente válidas e igualmente útiles en cualquier país del orbe, dondequiera los accidentes de trabajo y los accidentes de tránsito siguen cobrando, en vidas humanas, el alto precio del desarrollo industrial y del transporte mecanizado. Por eso, me he permitido el honor de presentar el resumen de estas investigaciones a la consideración de la Medicina Peruana, dignamente representada por la Unversdad Peruana Cayetano Heredia, como un modesto homenaje de un médico de laboratorio a la medicina asistencial de mi Patria.

Deseo expresar mi agradecimiento a mis colaboradores: Internista William Nice, M. D., Innez Young, HT, ASCP, y Kathy Gardner, MT, ASCP; co-autores de publicaciones previas. También agradezco al Saint Francis Hospital, Topeka, Kansas, por haberme permitido el uso irrestricto de sus instalaciones; a Lattimore-Fink, Damon Laboratories y especialmente a Nenita Alonso por su decidida contribución mecanográfica.