



Síndrome da embolia gordurosa causando o padrão de pavimentação em mosaico na TC

Edson Marchiori¹, Bruno Hochhegger², Gláucia Zanetti¹

Um homem de 38 anos foi admitido 2 h após um acidente de motocross para tratamento de fratura diafisária do fêmur esquerdo (Figura 1A). A radiografia de tórax foi normal. A fratura do fêmur foi tratada com fixação com haste intramedular. Dois dias após o acidente, o paciente evoluiu com febre, falta de ar, dor torácica e sintomas neurológicos, incluindo confusão mental e convulsões. O exame físico revelou petéquias acometendo as conjuntivas (Figura 1B). A oximetria de pulso revelou diminuição da saturação de oxigênio para 70% em ar ambiente. A TC de tórax mostrou opacidades em vidro fosco bilaterais com espessamento dos septos interlobulares causando o padrão de pavimentação em mosaico (Figuras 1C e 1D). Estabeleceu-se o diagnóstico de síndrome da embolia gordurosa (SEG) pulmonar. O paciente foi tratado

conservadoramente com oxigênio suplementar, e seu estado respiratório melhorou gradualmente.

A embolia gordurosa é definida como a liberação de gordura, geralmente proveniente da medula óssea, na circulação sistêmica ou pulmonar. A SEG é uma complicação potencialmente fatal de trauma (particularmente fraturas de ossos longos) ou cirurgia ortopédica. O diagnóstico clínico de SEG baseia-se na tríade hipóxia, confusão mental e rash petequeial.⁽¹⁻³⁾ A SEG geralmente se apresenta na TC como opacidades em vidro fosco bilaterais difusas ou segmentadas.⁽¹⁻³⁾ Em suma, o diagnóstico de SEG deve ser considerado em pacientes que apresentam histórico de trauma ocorrido 1 a 3 dias antes do início dos sintomas em conjunto com achados clínicos e de imagem clássicos dessa síndrome.

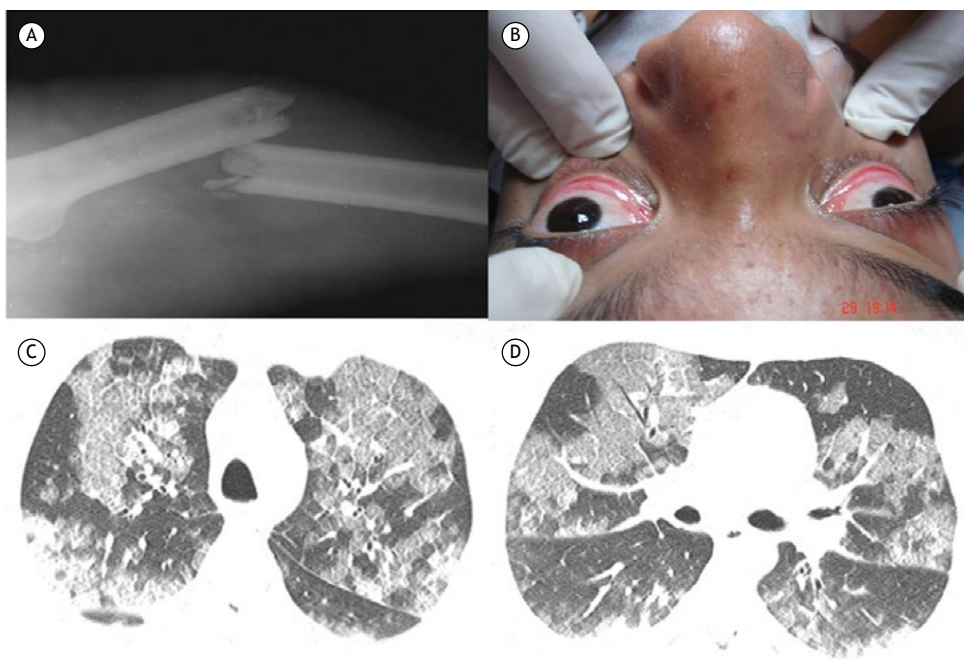


Figura 1. Em A, radiografia mostrando fratura diafisária completa do fêmur esquerdo. Em B, petéquias acometendo as conjuntivas. Em C e D, imagens axiais de TC de tórax obtidas ao nível dos lobos superiores e região subcarinal demonstram opacidades em vidro fosco bilaterais e esparsas com espessamento dos septos interlobulares causando o padrão de pavimentação em mosaico.

REFERÊNCIAS

1. Malagari K, Economopoulos N, Stoupis C, Daniil Z, Papiris S, Müller NL, et al. High-resolution CT findings in mild pulmonary fat embolism. *Chest*. 2003;123(4):1196-1201. <https://doi.org/10.1378/chest.123.4.1196>
2. Newbigin K, Souza CA, Torres C, Marchiori E, Gupta A, Inacio J, et al. Fat embolism syndrome: State-of-the-art review focused on pulmonary imaging findings. *Respir Med*. 2016;113:93-100. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.01.018>
3. Piolanti M, Dalpiaz G, Scaglione M, Coniglio C, Miceli M, Violini S, et al. Fat Embolism Syndrome: Lung Computed Tomography Findings in 18 Patients. *J Comput Assist Tomogr*. 2016;40(3):335-342. <https://doi.org/10.1097/RCT.0000000000000376>

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil.
2. Florida University, Miami (FL) USA.