Semergen. 2015;41 (Espec Congr):792

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2025 - FRACTURA VERTEBRAL Y NEURALGIA POSTRAUMÁTICA

J. Cobaleda Polo y E. González Moreno

Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años con AP de HTA, DM-2 y dislipemia, sin alergias conocidas, que acude a consulta por agravamiento de su dorsalgia valorada 7 días antes en urgencias tras caída de nalgas acrecentada después de golpe de tos, donde describen características mecánicas e informan la radiografía de tórax realizada como normal, pautándole fentanilo y pregabalina. En consulta la paciente refiere empeoramiento del dolor así como aparición de insomnio, debilidad generalizada e intenso dolor abdominal con estreñimiento. Al valorar cambios en la exploración física y revisar la Rx realizada, se suspende la medicación e iniciamos tratamiento con carbonato magnésico, lorazepam, paracetamol 1 g/8h y dosis ascendentes de tapentadol según algia y efectos secundarios que se les explica. A la vez, se realiza interconsulta con Rehabilitación para obtener prescripción de tratamiento ortopédico tipo corsé. A los 7 días, manifiesta mejoría parcial del dolor e insomnio y deposiciones cada 2 días; y a los siguientes 15 días, el dolor es totalmente tolerable con pocas limitaciones de sus actividades básicas y hábito intestinal normal.

Exploración y pruebas complementarias: Al inicio, la paciente presenta mal estado general, con palidez cutánea; auscultación cardíaca no patológica; disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha; dolor a la palpación en dorsales medias con limitación de la movilidad torácica por dolor 7-8 según EVA con picos de 10, de características mecánica y neuropática, abdomen distendido, silencio auscultatorio, timpánico en su totalidad con intenso dolor a la palpación generalizada. La Rx de tórax de urgencias muestra aplastamiento importante de D6 que confirmamos con nueva Rx de columna, así como disminución de densidad ósea vertebral generalizada. EKG normal. En segunda consulta, muestra mejoría de su estado general, con auscultación pulmonar normal y EVA 6-7 con picos de 8, que disminuye a EVA 4-5 y picos de 6 finalmente. La densitometría realizada por Rehabilitación, describe DMO normal de cadera y osteopenia de columna.

Juicio clínico: Fractura vertebral D6 por traumatismo.

Diagnóstico diferencial: Dado el antecedente traumático, las causas más probables de la dorsalgia descrita serían: espasmo muscular, fractura vertebral y hernia discal. No podemos olvidar causas degenerativas (espondiloartrosis, espondilolistesis), metabólicas (osteoporosis, enfermedad de Paget), infecciosas (espondilitis), tumorales (metástasis, linfomas...), y las derivadas de patología visceral (derrame pleural, cardiopatía isquémica, ulcus gástrico, patología pancreato-biliar, aneurisma torácico..).

Comentario final: Destacar la importancia de una valoración sistemática de la Rx, ya que nos aporta información múltiple. Matizar que, a pesar de que la densitometría muestra datos de osteopenia de columna, el aplastamiento superior al 75% de una vértebra se considera osteoporosis. Por último, la advertencia y valoración precoz de secundarismos farmacológicos previsibles, que en este caso hizo que se produjera un empeoramientos del cuadro inicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras MA, Protocolo diagnóstico de dorsalgia. Medicine. 2001;8(34):1811-2.

2. Correa-Illanes G, Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales Rev Med Clin Condes. 2014;25(2):189-99.

3. López Cuenca S, Luján Morera D, Osorio Prudencio RL, Cervicalgia y Dorsalgia 2011 (Guía Clínica Fisterra).

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.