



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1007 - Fracturas escondidas y engañosas

L.V. Quiles Sánchez<sup>a</sup>, J.F. Menárguez Puche<sup>b</sup>, L. Simao Aiex<sup>c</sup>, L. Galera Morcillo<sup>a</sup>, S. Bernabeu Alacid<sup>a</sup> y K. Qaader<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No alergias medicamentosas. Consultó por dolor localizado en articulación de cadera, de carácter mecánico, de 3 semanas de evolución sin mejoría con toma de ibuprofeno. Continuó el dolor hasta los tres meses de evolución sin mejoría tras asociar tramadol y paracetamol y mantenerse en reposo. Sin tener diagnóstico claro, asociamos parches de fentanilo, con los cuáles puede moverse, pero no está mejor además de empezar ahora con efectos secundarios de la medicación. Dos semanas después, acordamos derivarla a unidad del dolor. Mientras asociamos amitriptilina y subimos dosis de parches. También en estudio por Reumatología, persistiendo dolor de intensidad moderada y limitándole la vida.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor en región de articulación de cadera izquierda, con movilización en todos los planos dolorosa y carga positiva. Se pidió radiografía de columna lumbar y cadera, que muestra signos degenerativos lumbares y en caderas pero sin claras lesiones líticas. Ante persistencia de sintomatología, se solicitó TAC con signos degenerativos lumbo-sacos pero sin lesiones agudas y RM de cadera normal pero en columna presentaba aplastamientos vertebrales múltiples en L1, L2 y L3. Sin saber dilucidar si fuera mieloma u osteoporótico el origen de la fractura, se realizó analítica con resultado normal y densitometría con reflejo de densidad ósea baja.

**Juicio clínico:** Fracturas vertebrales a nivel de L1, L2 y L3.

**Diagnóstico diferencial:** Ante el cuadro clínico, pudimos pensar primeramente en artrosis. A pesar de tratamiento farmacológico durante meses sin mejoría, nos hizo indagar para descartar si el origen fuera una fractura, ya fuera tumoral u osteoporótica.

**Comentario final:** La osteoporosis es una fuente común de fracturas vertebrales por compresión en población de edad avanzada, que pueden ser indistinguibles de los de origen metastásico. La diferenciación entre las fracturas por compresión osteoporóticas y fractura maligna es necesario establecer una puesta en escena adecuada y una planificación terapéutica, especialmente en las etapas aguda y subaguda. Datos de anamnesis sobre la enfermedad preexistente pueden ser útiles para individualizar la causa. La radiografía simple muestra algunas dificultades en distinguir si la fractura representa una consecuencia de la osteoporosis, una lesión metastásica o alguna otra neoplasia primaria de hueso. La tomografía computarizada es una de las técnicas de imagen más adecuados para la evaluación de la estructura y el grado de destrucción de hueso cortical; RM (resonancia magnética) es la técnica útil en la distinción entre metastásico y fracturas por compresión osteoporóticas agudas. Los síntomas atípicos de la fractura vertebral por compresión en ocasiones nos hacen

retrasar su diagnóstico y adecuado tratamiento repercutiendo sobre calidad de vida de paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Estrada E. Dolor en extremidad inferior (cadera, rodilla y tobillo). Guía de actuación en Atención Primaria. Capítulo 11.7, p. 974-84.
2. Cherie Dewar BS. Diagnosis and treatment of Vertebral Compression Fractures. Radiologic Technology. 2015;86(3).
3. Cicala D, et al. Atraumatic vertebral compression fractures: differential diagnosis between benign osteoporotic and malignantfractures by MRI. Muskuloskelet Surg. 2013;97 Suppl 2:S169-79.