



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1288 - Elevación de VSG Y Fosfatasa Alcalina en paciente con aplastamientos vertebrales

I. Adanero Calvo^a, J.J. Jurío Burgui^b, A. Valle Campo^c, E. Álvarez Tutor^b, I. Fau Sánchez^a, M.E. Zubieta Floristán^d, C. Hijos Larranz^b, M. Otero Lago^c, L. Bustos Guillén^e y P. Palacio Cuenca^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona. ^dMédico de Familia Comunitaria y tutor de residentes. Centro de Salud Ermitagaña. Pamplona. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 67 años acude para resultados de analítica semestral realizada para control factores cardiovasculares por ACV hace 2 años. Antecedentes médicos: HTA esencial, desprendimiento humor vítreo posterior, Ataque isquémico transitorio carotídea izquierda aterotrombótico. Exfumadora desde hace 2 años. Insuficiencia renal funcional inducida por indapamida e IECAs. Antecedentes quirúrgicos: Cataratas. Endarterectomía arteria carotídea izquierda. Tratamiento actual: perindopril 4 mg/24h, ácido acetilsalicílico 200 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, ezemtibina 10 mg/24h, atorvastatina 40 mg/24h, torasemida neo 5 mg/24h. Analítica de sangre: VSG: 66 y fosfatasa alcalina (FA): 141, FG 34, AST36, ALT 40, resto normal. Está asintomática salvo que hace 4 meses episodio de lumbalgia al coger cajas de peso y desde entonces molestias lumbares. Exploración física: buen estado general, TA: 120/80, ACP: mvc, EEII no edemas, abdomen blando depresible, no masas ni megalias. Palpación columna dorso-lumbar molesta sin déficits a movilización activa ni signos de radiculopatía. Plan: derivación a Medicina Interna para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En atención primaria: exploración física y análisis de sangre. En medicina interna: elevación de gammaglobulinas en proteinograma (23,3%), B2 microglobulina: 3247 ng/L y PTH (149) con calcio normal e hipovitaminosis D leve (18). Radiografía dorso-lumbar: aplastamiento T10 moderado, L3 y L5. Mamografía y ecografía axilar: normal. Gammagrafía ósea: focos hipercaptantes en región intervertebral L4-L5, foco de hipercaptación articulación acromio-clavicular derecha sugestivo de patología osteoarticular. No focos de hipercaptación sugestivos de patología ósea osteogénica. TAC dorso lumbar: Osteopenia generalizada, fractura aplastamiento L3 y L5. Espondiloartrosis en segmentos L3-4, anterolistesis L4-5 y artrosis facetaria L5-S1. Ecografía abdomino-pélvica: colelitiasis y colesterosis. Densitometría ósea (DMO): osteopenia.

Juicio clínico: Aplastamientos vertebrales con características de benignidad. Osteopenia. Colelitiasis.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades con VSG elevada: enfermedades inflamatorias reumatológicas, infecciones, neoplasias, polimialgia reumática y arteritis de la temporal (es criterio diagnóstico), conectivopatías. Enfermedades y situaciones con FA elevada: en edad > 60 años puede ser normal en 30% asociándose a involución ósea. Alteraciones hepáticas (colestasis intra/extrahepática). Alteraciones óseas (hiperparatiroidismo primario/secundario, enfermedad Paget, fracturas en curación, tumores óseos

osteoblásticos, osteomalacia, raquitismo), Enfermedades intestinales, otras causas (neoplasias, IAM, infarto renal, hipertiroidismo, hiperfosfatemia benigna familiar).

Comentario final: En el contexto de una paciente con elevación de VSG, debiera repetirse el análisis antes iniciar búsqueda de enfermedad oculta, y FA: niveles altos se encuentran frecuentemente en pacientes de edad avanzada, y como en nuestro caso, en mujeres posmenopáusicas causada por recambio óseo elevado. Sus isoenzimas derivan del hueso e hígado principalmente debiendo realizarse separación electroforética siendo importante dirigir la correcta anamnesis y pruebas complementarias en función del origen para descartar patologías concordantes. El hallazgo de fracturas vertebrales osteoporóticas es un importante factor de riesgo de fracturas futuras independiente de la DMO. Con frecuencia los médicos no diagnostican osteoporosis en atención primaria a pacientes con fracturas vertebrales, perdiendo una importante oportunidad preventiva para pacientes con alto riesgo de fracturas futuras. Nuestra paciente se encuentra con bifosfonatos, suplementos de calcio y vitamina D.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merino Romero J. Utilidad diagnóstica de la velocidad de sedimentación globular. Medicina integral. 2002;39(7).
2. Mukaiyama K, Kamimura M, Uchiyama S, Ikegami S, Nakamura Y, Kato H. Elevation of serum alkaline phosphatase (ALP) level in postmenopausal women is caused by high bone turnover. Aging Clin Exp Res. 2015;27(4):413-8.
3. Sánchez Rodríguez J, Soriano Suárez E, Girona Bastús R, et al. ¿Por qué aumentan las fosfatasas alcalinas? Atención Primaria. 2002;29(4).
4. El médico interactivo. Semiología del aparato digestivo .Nº 892-10-Enero 2003.
5. Jager PL, Jonkman S, Koolhaas W, Stiekema A, Wolffenbuttel BH, Slart RH. Combined vertebral fracture assessment and bone mineral density measurement: a new standard in the diagnosis of osteoporosis in academic populations. Osteoporos Int. 2011;22(4):1059-68.
6. Neuner JM, Zimmer JK, Hamel MB. Diagnosis and treatment of osteoporosis in patients with vertebral compression fractures. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):483-91.