



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

242/2835 - ATENCIÓN PRIMARIA HUBIERA HECHO PREVENCIÓN

M. Barroso Delgado^a, M. Gómez García^b, B. Ricalde Muñoz^c, E. Bermejo Ruiz^d, M. Ramos Lagüera^e y S. Sánchez Herran^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Consultorio de Guriezo. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. ^dMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. Cantabria. ^eATS. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^fMédico de Familia. SUAP. Centro de Salud Corrales. Corrales de Buelna. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 43 años con AP de glomerulonefritis membranosa Estadio II diagnosticada 4 años antes, en tratamiento con corticoides orales en pauta 1 mg/kg/día durante un año y pauta descendente otro año; HTA secundaria e IRC. Acude a consulta médica por un cuadro de dos meses de evolución de dolor costal a múltiples niveles tras cuadro gripal con tos seca. No fiebre ni síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: Desde Atención Primaria Rx tórax: sin alteraciones parenquimatosas; Rx parrilla costal múltiples fracturas costales. Se deriva a Reumatología donde se completa estudio: gammagrafía ósea 12 fracturas costales, densitometría osteoporosis en columna lumbar AP L1-L5, osteoporosis en cuello fémur, osteopenia en fémur total. Analítica: urea 65, creatinina 1,5 proteinuria 24 horas 430 mg, PTH intacta 63, 25-OH-VIT D 7 resto normal.

Juicio clínico: Osteoporosis secundaria con fracturas costales, osteomalacia.

Diagnóstico diferencial: Osteoporosis, mieloma múltiple, metástasis.

Comentario final: Los pacientes que reciben corticoterapia por espacios de tiempo prolongado, tienen un riesgo muy alto de desarrollar osteoporosis y presentar fracturas que repercuten en su calidad de vida. Se debe evaluar el riesgo beneficio antes de iniciar su administración y valorar este riesgo tomando las medidas preventivas. En este caso fue controlado por nefrología no siendo valorado nunca por Atención Primaria. No se pautó de manera preventiva calcio durante el tratamiento corticoideo. En AP se habría realizado un tratamiento más integral y quizás se hubieran evitado las fracturas.

Bibliografía

1. Practice patterns in patients at risk for glucocorticoid-induced osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 2005;16:2168-74.
2. Corticosteroids and fractures: a close encounter of third cell kind. *J Bone Miner Res.* 2005;15:1001-5.
3. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. *J Bone Miner Res.* 2000;15:993-1000.

Palabras clave: Osteoporosis. Corticoides. Fracturas óseas.