



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1294 - VÉRTEBRA EN GALLETA

E. Rodríguez Fernández^a, A. Lax Hernández^b, M. Martínez Guillamón^a, M. Gómez Rodríguez^c y A. Gómez Rodríguez^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Archena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Archena. Murcia. ^cDUE. Centro de Salud Mario Spreefíco Archena. Murcia. ^dGrado en Medicina. Centro de Salud Mario Spreefíco Archena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años que consulta por dorsalgia secundaria a fractura vertebral D12 desde hace dos meses, resistente a tratamiento. No ha tolerado corsé. No pérdida del control de esfínteres. Permanece encamada desde hace un mes, presentando hipotrofia muscular en MMII. Tras su ingreso en traumatología se decide intervenir quirúrgicamente. Tras cirugía, estabilidad hemodinámica.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía LAT columna dorsal: disminución altura cuerpo vertebral D12 (50%) y D11 (pérdida menor), en relación con fractura acunamiento. RM columna dorsal y lumbar: Fractura grave (vértebra en galleta) D12. Fractura acunamiento anterior D11 con pérdida de altura leve y hundimiento del platillo superior, estenosis del canal central y lateral.

Juicio clínico: Fractura de D12 con impotencia funcional y dolor resistente a tratamiento

Diagnóstico diferencial: Otras causas aplastamiento vertebral: osteomalacia, enfermedad de Paget, artritis reumatoide, osteogénesis imperfecta, neuropatías, amiloidosis, fibromatosis congénita, linfoma, radioterapia, enfermedad de Scheuermann, enfermedad de Gaucher, anemia células falciformes.

Comentario final: Las fracturas vertebrales son la manifestación clínica más habitual de osteoporosis. Tienen un elevado impacto en las actividades diarias con reducción del equilibrio y marcha, mayor fatiga muscular y riesgo de caídas y fracturas adicionales. Su impacto sobre la calidad de vida es muy profundo, distorsión de la propia imagen, pérdida de autoestima, limitación de actividad social y depresión, aumento progresivo en la dependencia de otros. La OMS, ante el elevado coste personal, social, sanitario y económico que suponen las fracturas osteoporóticas, declaró el decenio 2000-2010 Década del Hueso y las Articulaciones. De esta manera, instaba a reducir el incremento de nuevas fracturas osteoporóticas en un 25%. El patrón principal de este tipo de fracturas es fruto de cargas “normales” por una pérdida de resistencia esquelética. De una forma simplificada, se establece que se trata de una fractura vertebral cuando existe más de un 20% de disminución en cualquiera de las alturas de la vértebra o, al menos, 4 mm respecto a una radiografía basal previa.

Bibliografía

1. Díaz Curiel M. La fractura vertebral en la práctica clínica. Monografía del fondo editorial de Fhoemo. Madrid, 2005.
2. Mesa Ramos M. Tratamiento Multidisciplinar de la Fractura Vertebral Osteoporótica. Multimédica Proyectos, S.L. Madrid, 2010.

Palabras clave: Fractura vertebral. Osteoporosis. Atención Primaria.