



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



262/155 - DOLOR LUMBAR EN MUJER POSTMENOPÁUSICA; ATENCIÓN AL RIESGO DE FRACTURA VERTEBRAL

A. Nadal Mañez^a, Á. Alborch Ferrís^b, M. March Bono^c, M. Morant Llidó^d y P. Sánchez Amador^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Hospital Lluís Alcanyís. Valencia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años que consulta por lumbalgia de un día de evolución tras caída casual de una silla. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, depresión. Tratamiento: fluoxetina, simvastatina, diazepam.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 138/84 mmHg, FC: 73 lpm, t^a 36,4 °C, SatO₂ 98%. Buen estado general. Columna: dolor a la percusión de apófisis espinosa L1. Resto normal por sistemas y aparatos. Se deriva a urgencias hospitalarias. Se realiza una Rx columna lumbosacra, apreciándose un acúñamiento osteoporótico en L1. Se recomendó frío local, reposo y analgesia. La paciente consulta en 4 ocasiones a su MAP por persistencia de lumbalgia. Se ajustó el tratamiento y se derivó a traumatología. Finalmente, volvió a consultar por dolor en ambas fosas renales, por lo que se realizó una analítica sanguínea (normal). Al alta se recomendó calor local junto con analgésicos. Tras 3 meses, por permanecer sintomática se remite a urgencias para realizar una radiografía de control. En ella se apreció una fractura-acúñamiento del platillo inferior de L1. Por este motivo traumatología la valoró y pautó calcio y vitamina D, corsé de Jewett y se solicitó TC lumbo-sacro. Tras 1 mes, en consulta, se objetivó leve mejoría del dolor. La paciente inició rehabilitación. En el TC se corroboró el diagnóstico.

Juicio clínico: Fractura L1.

Diagnóstico diferencial: Lesión ligamentosa/muscular, discopatía, fractura, espondilólisis, hernia discal, estenosis del canal.

Comentario final: Debemos percatarnos de los factores de riesgo de fractura que pueden presentar los pacientes como la edad avanzada, el bajo peso, los antecedentes personales y familiares de fracturas, el tratamiento con corticoides, la predisposición a caídas, el consumo de tabaco y/o alcohol, la menopausia precoz, la amenorrea, el hipogonadismo y enfermedades que disminuyen la densidad mineral ósea. Debemos informar de los factores de riesgo e iniciar tratamiento cuando esté indicado. Si existe elevado riesgo: antiresortivos (bifosfonatos, serm, denosumab), anabólicos

(paratohormona, teriparatida) y duales (ranelato de estroncio), fluoruro sódico, tiazidas o andrógenos.

Bibliografía

1. Bastida Calvo JC. Guía práctica del manejo de la osteoporosis y de la prevención de la fractura por fragilidad en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2014.
2. Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI, Gracia Lorenzo V, Ibero Esparza C, Lalueza Blanco A, Llenas García J, Torres Macho J, Yebra Yebra M. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 6ª ed. Madrid: MSD; 2007. p. 103-6.