

Mujer con osteoporosis con dolor en región iliaca

J. Bachiller Corral^a, M. Revenga Martínez^a, A. Morales Piga^a, I. Sánchez del Campo^b
y J. Beltrán Gutiérrez^a

^aServicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Descripción del caso clínico

Mujer de 64 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Parkinson en tratamiento con levodopa, y de depresión mayor en tratamiento con litio desde hace 2 años. Hace 6 meses había sido diagnosticada de fractura y aplastamiento de L3 de causa osteoporótica y estaba en tratamiento con alendronato y calcio. Desde hace 2 semanas presentaba dolor en región inguinal y zona iliaca derecha de aparición espontánea sin traumatismo ni sobreesfuerzo físico. Presentaba una importante limitación funcional para la marcha, que la obligaba a desplazarse con muletas, sin apoyar el miembro inferior derecho. No refería parestesias ni pérdida de fuerza. En la exploración física presentaba dolor selectivo a la palpación de cresta iliaca y región trocantérea derecha. La flexión de cadera era normal, aunque la rotación de cadera estaba abolida por dolor.

En la radiografía de pelvis (fig. 1) se aprecia imagen lineal craneocaudal en pala iliaca derecha sugerente de fractura. Las caderas son normales con incipientes signos degenerativos. La gammagrafía ósea (fig. 2) mostró una hipercaptación lineal en pala iliaca. No existía captación patológica del isótopo en otras áreas. Por último la TC mostraba una línea de fractura no desplazada sin alteración de la estructura ósea y sin apreciarse afectación o masa en partes blandas (fig. 3). El hemograma y la bioquímica general fueron normales. La VSG era de 16 mm/h. Las inmunoglobulinas y el EEF fueron normales. En el estudio metabólico óseo la fosfatasa alcalina era de 73 U/l, el calcio sérico de 9,2 mg/dl, la calciuria de 175 mg/24 h y la hidroxiprolina en orina de 24,6 mg/24 h. El valor de la PTH fue de 41 pg/ml (normal, 15-65), y el de 25 hidroxivitamina D3 fue de 29,61 ng/ml (normal, 19,1-57,6). Una densitometría ósea mostró valores de osteopenia en columna lum-



Figura 1. Hemipelvis derecha con línea de fractura en pala iliaca.

bar (T score, -2,31 desviaciones estándar) y cadera (T score, -1,9 desviaciones estándar).

Diagnóstico y evolución

Fractura por insuficiencia ósea en pala iliaca derecha en mujer con osteoporosis. Dada la rareza de la fractura y su forma de presentación se decidió realizar biopsia ósea abierta de los márgenes óseos fracturados que se informó como normal. La enferma mantuvo reposo durante 8 semanas, con mejoría clínica y recuperación funcional completa. A las 12 semanas una radiografía mostraba consolidación completa de la imagen de fractura. La paciente continúa con tratamiento para su osteoporosis con alendronato, y suplementos de calcio y vitamina D.

Comentario

Se utiliza el término *fractura de estrés* para definir las fracturas óseas que aparecen sin un traumatismo

Correspondencia: Dr. J. Bachiller Corral.
Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. Colmenar Viejo, Km. 9,100. 28034 Madrid. España.

Manuscrito recibido el 13-5-2003 y aceptado el 27-6-2003.

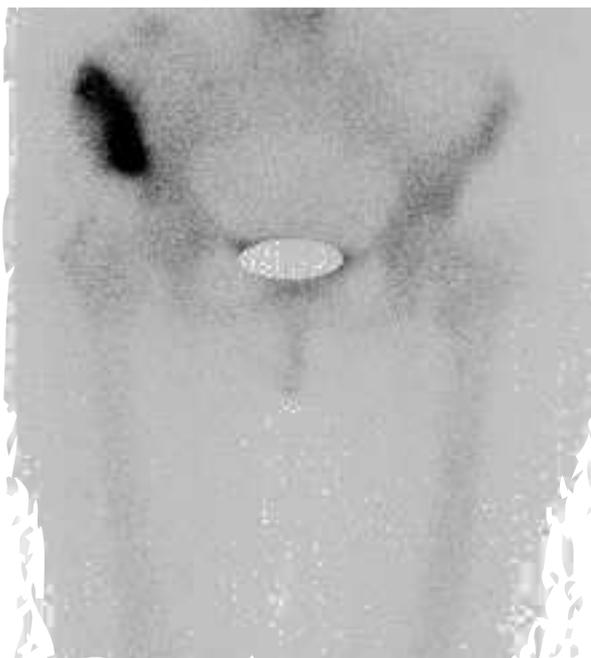


Figura 2. Gammagrafía ósea que muestra imagen lineal de captación del isótopo en pala iliaca, sugerente de fractura de estrés.



Figura 3. TC pélvica. Se aprecia fractura completa en tercio anterolateral de pala iliaca derecha, sin alteración de la estructura ósea ni de partes blandas.

mo violento. Éstas pueden clasificarse en dos tipos atendiendo al estado del hueso sobre el que asientan: fracturas por fatiga o sobrecarga y fracturas por insuficiencia^{1,2}. Las fracturas por fatiga son consecuencia de la acción de fuerzas excesivas o repetitivas sobre un hueso sano. Suelen aparecer en zonas de carga máxima, como son la pelvis y las extremidades inferiores, principalmente en metatarsianos, tibia y peroné. Se presentan con más frecuencia en atletas, militares, bailarinas, excursio-

nistas, aunque pueden acontecer en cualquier persona con sobrecarga repetitiva³.

Por el contrario, las fracturas por insuficiencia aparecen sobre un hueso debilitado sometido a esfuerzos normales o fisiológicos. Son frecuentes en pacientes con osteoporosis, osteomalacia, enfermos de Paget, pacientes sometidos a radioterapia, fibrodisplasia y osteogénesis imperfecta¹. Suelen localizarse en columna dorsolumbar, pelvis y cuello femoral y aparecen espontáneamente con las actividades habituales. En el caso que presentamos, el antecedente de osteoporosis condicione la disminución de la resistencia ósea y favorece la aparición de fractura de estrés por insuficiencia⁴. El término *fractura patológica* debe reservarse para aquellas fracturas que se producen sobre un hueso con afectación neoplásica bien sea primaria o metastásica².

Las fracturas por insuficiencia en el anillo pélvico suelen localizarse con más frecuencia en las ramas púbicas y en el sacro⁵. En general son muy sintomáticas y se acompañan de una gran impotencia funcional. La afectación de la pala iliaca es rara. Hasta ahora se han descrito 33 casos⁶⁻¹⁰ de fractura no traumática de pala iliaca, la mayoría asociados a otras fracturas del anillo pélvico, y en pacientes con enfermedades debilitantes óseas. La tensión transmitida por la musculatura glútea se ha implicado en la patogénesis de este tipo de fracturas⁷. Se ha observado que la fractura puede ser de 4 tipos según la trayectoria^{7,9}: a) oblicua, partiendo de la escotadura ciática mayor, b) superomedial, paralela a la articulación sacroilíaca, c) supraacetabular, y d) transilíaca con rotura completa del ala iliaca. El caso que presentamos corresponde a este último tipo de fractura.

Los pacientes con fractura de pala iliaca presentan dolor de instauración insidiosa en región lumbar baja y glútea con irradiación a cara posterior de pierna. Puede simular una radiculopatía o una sacroileítis. Con frecuencia la línea de fractura no se visualiza en el estudio radiológico simple y es preciso realizar una gammagrafía ósea. Con esta técnica se pueden detectar otras fracturas simultáneas de la cintura pélvica. La TC y la RM confirman el diagnóstico de fractura de estrés y permiten descartar la infiltración tumoral. En general tienen una buena evolución con reposo, observándose la consolidación ósea a las 6-8 semanas.

Bibliografía

1. Resnick D, Goergen TG, Niwayama G. Physical injury. En: Resnick D, Niwayama G, editors. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: Saunders Company, 1988; p. 2757-3008.

2. Peris Bernal P. Fracturas por estrés. En: Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota JJ, editores. Tratado de Reumatología. Madrid: Aran Ediciones, 1998; p. 2059-71.
3. Peña Gómez FA, Gómez-Castresana Bachiller F, Ferrandez Portal L. Fracturas de estrés. En: Herrera Rodríguez A, Herrero-Beaumont G, Ferrandez Portal L, Rodríguez de la Serna A, editores. El deporte y la actividad física en el aparato locomotor. Barcelona: Masson, 2002; p. 107-21.
4. Resnick D, Niwayama G. Osteoporosis. En: Resnick D, Niwayama G, editors. Diagnosis of bone and joint disorders. Philadelphia: Saunders Company, 1988; p. 2023-85.
5. Renner JB. Pelvic insufficiency fractures. Arthritis Rheum 1990;33:426-30.
6. Francon C, Monteiro I, Rannou F, Paufler A, Le Parc JM. Stress fracture of the iliac wing due to bone insufficiency. Rev Rhum [engl ed] 1998;65:598-600.
7. Davies AM, Bradley SA. Iliac insufficiency fractures. Br J Radiol 1991;64:305-9.
8. Chary-Valckenaere I, Blum A, Pere P, Grinon B, Pourel J, Gaucher A. Insufficiency fractures of the ilium. Rev Rhum [engl ed] 1997;64:542-8.
9. El Maghraoui A, Lecoules S, Lechevalier D, Magnin J, Eulry F. Un nouveau type de fracture iliaque par insuffisance osseuse. Presse Med 1999;28:1161-3.
10. Gaucher A, Peré P, Bannwarth B, Aussedat R. Unusual features of stress fractures of the pelvic girdle. J Rheumatol 1986;13:826-7.