



Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las fracturas vertebrales

L. Urpinell Palacio, M. Ciria Recasens y J. Blanch-Rubió*

Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Reumatología del Parc de Salut-Mar. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Fractura vertebral
- Osteoporosis
- Tratamiento dolor raquídeo
- Teriparatida
- Vertebroplastia

Keywords:

- Vertebral fracture
- Osteoporosis
- Spinal pain treatment
- Teriparatide
- Vertebroplasty

Resumen

Concepto. La fractura vertebral es una causa frecuente de dolor agudo raquídeo en pacientes con osteoporosis que repercute sobre su calidad de vida y su supervivencia.

Diagnóstico. El diagnóstico suele hacerse con la radiología simple convencional de columna.

Etiología. Debe valorarse su etiología, distinguiendo las fracturas osteoporóticas de las de otro origen (traumatismo, tumores, enfermedad de Paget, angiomas, osteomalacia). En caso de fracturas osteoporóticas pueden ser primarias o secundarias (hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercortisolismo, hipogonadismo, deficiencia de vitamina D, fármacos, etc.). También hay que evaluar los factores de riesgo de osteoporosis y las fracturas.

Tratamiento. El tratamiento tiene que orientarse inicialmente al control del dolor; es importante el tratamiento de la etiología de la fractura y, en caso de osteoporosis, plantear un tratamiento preventivo de nuevas fracturas con fármacos activos adecuados al perfil de riesgo del paciente. Debe considerarse la necesidad de ortesis para reducir el dolor y facilitar la movilización precoz. La vertebra/cifoplastia puede ser una opción en aquellos pacientes con dolor no controlable, con mala consolidación e inestabilidad de la fractura.

Abstract

Diagnostic and treatment protocol for vertebral fractures

Concept. Vertebral fractures are a common cause of acute spinal pain in patients with osteoporosis and have a significant impact on their quality of life and survival.

Diagnosis. The diagnosis is usually reached with simple conventional spine radiology.

Aetiology. The aetiology of vertebral fractures should be assessed, distinguishing the osteoporotic fractures from those of other causes (trauma, tumours, Paget's disease, angiomas and osteomalacia). Osteoporotic fractures can be either primary or secondary (hyperthyroidism, hyperparathyroidism, hypercortisolism, hypogonadism, vitamin D deficiency, drugs, etc.). The risk factors for osteoporosis and fractures should also be assessed.

Treatment. The treatment should initially be directed towards controlling the pain. It is important to treat the aetiology of the fracture and, in case of osteoporosis, establish a treatment to prevent new fractures using active drugs adjusting to the patient's risk profile. The need for braces to reduce pain and facilitate early mobilisation should be considered. Vertebroplasty/kyphoplasty can be an option for patients with uncontrollable pain, poor consolidation and fracture instability.

*Correspondencia

Correo electrónico: JBlanch@parcdesalutmar.cat

Introducción

La fractura vertebral (FV) es una entidad clínica frecuente; puede manifestarse como dolor raquídeo que conduce a una disminución de la calidad de vida y a un acortamiento de la esperanza de vida. Se estima su incidencia a la edad de 50-79 años en un 1,1% para mujeres y un 0,6% para hombres¹. A pesar de su alta prevalencia, cerca del 70% de los casos permanecen sin diagnosticar. La mayor parte son asintomáticas o solo ligeramente sintomáticas. Sin embargo, su identificación es importante, porque son robustas predictoras de futuras fracturas.

La anamnesis y la exploración física cuidadosas son importantes para el diagnóstico. Debe evaluarse la existencia de factores de riesgo clínico de fracturas, osteoporóticas y de otras etiologías. Los estudios de laboratorio permitirán descartar causas tumorales y osteoporosis secundarias. Se incluirá en la analítica hemograma, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación, perfil bioquímico (creatinina, transaminasas, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, LDH), proteinograma electroforético, hormonas tiroideas, PTH y 25-hidroxivitamina D3, estudio básico de orina y calciuria². El diagnóstico definitivo de FV se establecerá generalmente por radiología simple. La resonancia magnética (RM), la tomografía computadorizada (TC) y la gammagrafía ósea con ^{99m}tecnecio (GGO-Tc99) pueden ser útiles cuando los estudios básicos no permiten un diagnóstico definitivo.

Diagnóstico diferencial

En primer lugar, debemos confirmar la sospecha radiológica de FV. En algunas circunstancias, los problemas técnicos o las condiciones de la paciente pueden dificultar el diagnóstico (por ejemplo, proyecciones oblicuas por mala postura del paciente). Puede plantearse el diagnóstico diferencial con alguna de las siguientes entidades (tabla 1): enfermedad de Scheuermann, cambios degenerativos del envejecimiento, espondilodiscitis, hueso límbico o vértebra en arco de Cupido.

En segundo lugar, nos preguntaremos cuál es la causa de la fractura.

1. Fracturas traumáticas. Neoplasia. En varones de menos de 60 años o mujer premenopáusica, o cuando se afectan vértebras por encima de D6 y/o hay una sola vértebra fracturada, se observen lisis de los pedículos o del cuerpo vertebral, zonas de osteocondensación o haya signos de alarma clínicos o analíticas sospechosas (pérdida de peso, malestar general, déficit neurológico, etc.).

2. Enfermedad de Paget cuya radiología muestra aumento de tamaño del cuerpo vertebral e imágenes de esclerosis.

3. Angiomas vertebrales. Son muy frecuentes; generalmente no tiene relevancia clínica. Sin embargo, pueden tener un comportamiento agresivo y reducir la resistencia ósea vertebral. Es característica la imagen de estriación vertical del cuerpo vertebral y se confirma por TC o RM.

4. Osteomalacia. Suele ser indistinguible por radiología de la osteoporosis. También puede presentarse con biconcavidad generalizada de las vértebras y líneas de seudofractura en los huesos largos. Los datos bioquímicos que nos harán

TABLA 1

Diagnóstico diferencial de entidades cuyo aspecto radiológico puede simular una fractura vertebral

Enfermedad de Scheuermann	Vértebras con platillos irregulares y ligera pérdida de altura
Cambios degenerativos del envejecimiento	Disminución de la altura anterior y algunos acufiamientos, siempre muy discretos, que afectan a varias vértebras consecutivas, con el perfil de los platillos rectilíneo
Espondilodiscitis	Pérdida de altura de los cuerpos vertebrales adyacentes, con un pinzamiento del espacio intervertebral por afectación del disco
Hueso límbico	Anomalía del desarrollo; el ángulo anterosuperior de la vértebra aparece separado del cuerpo
Vértebra en arco de Cupido	Deformidad en arco de los platillos, puede confundirse con un pequeño hundimiento central en la radiografía lateral

sospecharla son la hipocalcemia y la hipofosfatemia, entre otros.

Una vez identificada la fractura como osteoporótica, se deberá clasificar en osteoporosis primaria o secundaria a otro proceso subyacente (hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercortisolismo, hipogonadismo, deficiencia de vitamina D, fármacos, etc.).

Métodos diagnósticos

La radiografía convencional es el método de elección para la identificación de FV. Se recomienda la proyección lateral dorsal centrada en D7 y lumbar centrada en L2. El análisis morfométrico permite cuantificar la deformidad vertebral considerando las alturas anterior, media y posterior de cada vértebra. El método morfométrico más empleado es el de Genant (fig. 1). Se requiere más de un 20% de disminución en la altura vertebral (anterior, media, posterior), estimada visualmente, para diagnosticar una FV³.

La RM y la TC son útiles cuando hay sospecha de malignidad, infección o compresión neurológica espinal. La existencia de edema óseo en la RM indica que la fractura es reciente. La hipercaptación en la GGO-Tc99 es inespecífica, pero puede ayudar a descubrir otras lesiones en caso de metástasis óseas.

Algunos aparatos densitométricos permiten analizar la morfometría vertebral y así detectar la FV⁴.

En el algoritmo (fig. 2) se recogen los métodos diagnósticos.

Tratamiento de las fracturas vertebrales sintomáticas agudas

La FV aguda puede ir acompañada de intenso dolor vertebral incapacitante, que puede persistir durante varios meses, y contractura muscular.

Las medidas generales incluyen descanso en la cama durante un corto plazo (iniciando sedestación y deambulación progresivas tan pronto como el dolor lo permita) y alivio del dolor según escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, en escalada rápida. Utilizaremos en primer lugar analgésicos no opioides como los antiinflamatorios no esteroideos (tratamiento de elección) y paracetamol. Si hay fracaso optaremos por los opiáceos menores, como tramadol, dejando

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3804979>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3804979>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)