



SITUACIÓN CLÍNICA

Fractura osteoporótica en paciente varón, secundaria a hipogonadismo por privación androgénica para tratamiento de adenocarcinoma prostático

J. Verdú Solans^{a,*}, I. Roig Grau^b y C. Almirall Banqué^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Gavarra, Institut Català de la Salut, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Sagrada Familia, Institut Català de la Salut, Manresa, Barcelona, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Bartomeu Fabrés, Institut Català de la Salut, Gavá, Barcelona, España

Recibido el 9 de diciembre de 2012; aceptado el 2 de abril de 2013

Disponible en Internet el 13 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma
prostático;
Hipogonadismo;
Fractura
osteoporótica

KEYWORDS

Prostate cancer;
Hypogonadism;
Osteoporotic fracture

Resumen Se presenta el caso de un paciente varón de 84 años, con fractura osteoporótica de la primera vértebra lumbar, bajo tratamiento durante los últimos 5 años con privación androgénica por adenocarcinoma prostático. Se resalta la posición clave del médico de atención primaria en la prevención de la osteoporosis secundaria a hipogonadismo en estos pacientes. © 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Osteoporosis fracture in a male patient secondary to hypogonadism due to androgen deprivation treatment for prostate cancer

Abstract A 84 year-old patient, in therapy with androgen deprivation during the last 5 years due a prostate cancer, is presented with a osteoporotic fracture of the first lumbar vertebra. The pivotal role of the primary care physician, in the prevention of the osteoporosis secondary to the hypogonadism in these patients, is highlighted.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El riesgo de recibir un diagnóstico de cáncer de próstata a lo largo de la vida de un paciente varón se acerca a un 17%, mientras que el riesgo de morir a causa de este baja hasta

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jverdu@ambitcp.catsalut.net
(J. Verdú Solans).

alrededor de un 3%, lo que señala que un manejo conservador de dicha enfermedad puede resultar apropiado para muchos de estos pacientes^{1,2}.

Dentro de un contexto amplio del manejo conservador de esta enfermedad tienen un papel específico, dentro de sus indicaciones de uso, como parte de las terapias por privación androgénica, los agonistas de la hormona liberadora de luteotropina (LHRH), acrónimo de Luteinizing Hormone Releasing Hormone, en inglés, de los que cabe destacar el hipogonadismo que provocan, implícito en su mecanismo de acción.

En España, la causa más frecuente de osteoporosis (OP) en el varón es el hipogonadismo, seguida de la corticoterapia crónica y el enolismo. La OP masculina conlleva una morbimortalidad similar o superior a la de la mujer. La incidencia de fracturas vertebrales radiológicas en varones menores de 65 años se estima en un 20%, llegando en los varones mayores de 65 años hasta el 25%³.

Caso clínico

Paciente varón de 84 años, que acude a la consulta de urgencias de nuestro centro de atención primaria por dolor lumbar, consecutivo a caída vertical posterior, sobre ambos glúteos, desde una postura de bipedestación, de 9 días de evolución y que no mejora con el tratamiento con ibuprofeno, 600 mg/8 h, paracetamol 1 g/8 h y omeprazol 20 mg/24 h, que se instauró en la consulta a domicilio ese mismo día. Manifiesta que el dolor ha ido en aumento y le impide conciliar el sueño.

Entre sus antecedentes destacamos hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad de Parkinson. En tratamiento con amlodipino, 5 mg/día, insulina insulatard 22 UI/día, y carvidopa/levodopa 25/100 mg., 3 veces al día. Además está desde hace 5 años en tratamiento con privación androgénica continuada, por adenocarcinoma prostático, instaurado por su urólogo en forma de inyectables trimestrales de triptorelina, 11,25 mg. Los últimos valores de testosterona sérica son de 0,57 nmol/l (límites de referencia: 9,9-27,8) y del antígeno prostático específico (PSA) 0,97 ug/l (límites de referencia: 0,5-4).

Está pendiente de una próxima revisión urológica, para valoración clínico-terapéutica.

En la exploración física constatamos un paciente con buen estado general, consciente y orientado. Inquieto por la incapacidad de encontrar una posición antiálgica adecuada. Sin temblor de reposo. La palpación de las apófisis espinosas lumbares es dolorosa, en especial la correspondiente a la primera vértebra lumbar (L1). También lo es la palpación de la musculatura paravertebral lumbar. La movilidad de la columna vertebral es dolorosa y está muy limitada.

En la radiografía convencional de columna lumbar se evidencia, en el perfil, una disminución de la altura del cuerpo vertebral de L1, compatible con fractura por aplastamiento (fig. 1), acompañada de osteopenia de la misma L1 y del resto de cuerpos vertebrales.

Con el diagnóstico de fractura L1 osteoporótica o por fragilidad ósea, dado que fue ocasionada por un traumatismo de bajo impacto, caída estando de pie a nivel del suelo, seguimos lo recomendado en el reciente consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis³



Figura 1 Radiografía convencional de columna lumbar. Perfil. Se aprecia una disminución de la altura del cuerpo vertebral L1, compatible con fractura por aplastamiento. Asimismo, calcificación de la pared arterial de la aorta abdominal.

respecto al tratamiento de la fractura vertebral aguda. En este caso, dado que el dolor había alcanzado una intensidad relevante y habían fracasado los analgésicos convencionales, comenzamos terapia con opioides, en concreto parche transdérmico de fentanilo, 12 µg/h, aumentando la dosis a 25 µg/h a la semana siguiente. Además, el reposo relativo junto con la utilización de un corsé lumbar y la terapia de rehabilitación nos han permitido que, al cabo de 3 meses, el paciente vuelva a su estado funcional previo a la caída, con la retirada progresiva de la terapia con opioides y del corsé lumbar, junto con la instauración de tratamiento continuado, diario, de 1.000 mg de calcio y de 800 UI de vitamina D3, por vía oral, previa constatación analítica de unos valores normales de calcio sérico, 2,30 mmol/l (límites de referencia: 2,15-2,51) y relativamente bajos de vitamina D, calcidiol (25OH VITD) 59 nmol/l (límites de referencia ≥ 75 hasta sospecha de intoxicación ≥ 500).

Al mes de haber empezado el tratamiento recibimos el resultado de la densitometría mineral ósea (DMO), que nos confirmó la sospecha inicial de osteoporosis previa del paciente, por los valores por debajo de 2,5 T-score, tanto en cuello femoral como en columna lumbar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834714>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834714>

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