



Protocolo diagnóstico y tratamiento de las fracturas vertebrales

F.A. Ojeda Morillo^a y J. Blanch Rubió^{b,*}

^aServicio de Reumatología. ^bUnidad de Osteoporosis y Metabolismo Mineral y Óseo. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Mar. Parc de Salut-Mar. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Osteoporosis
- Fractura vertebral
- Vertebroplastia
- Dolor

Keywords:

- Osteoporosis
- Vertebral fracture
- Vertebroplasty
- Pain

Resumen

Las fracturas vertebrales son frecuentes y causa de dolor lumbar agudo y crónico. La mayoría de las fracturas no son llamativas clínicamente, pero su identificación es importante como predictor de fracturas futuras, el diagnóstico se hace por radiología simple de columna. Distinguir la etiología es fundamental para definir el tratamiento oportuno, hay que diferenciar las fracturas osteoporóticas de las de otro origen (traumatismo, tumores, otras patologías). En caso de fracturas osteoporóticas, primarias o secundarias, tener en cuenta los factores de riesgo de osteoporosis. El tratamiento debe comenzar con el control del dolor y la etiología de la fractura y, si se confirma que la fractura es por fragilidad, iniciar el tratamiento preventivo de nuevas fracturas de acuerdo con el perfil del paciente y sus comorbilidades. En el período agudo de la fractura hay que considerar la ortesis para controlar el dolor y facilitar la movilización precoz. La vertebroplastia puede ser una opción en pacientes seleccionados.

Abstract

Diagnostic and treatment protocol for vertebral fractures

Vertebral fractures are common and cause acute and chronic lower back pain. Most fractures are not striking clinically, but it is important to identify them as a predictor of future fractures; diagnosis is confirmed by plain x-ray of the spine. It is essential to establish the aetiology of the fracture to determine the appropriate treatment, osteoporotic fractures must be distinguished from those of other origin (trauma, tumours, other diseases). The risk factors for osteoporosis must be considered in the case of primary or secondary osteoporotic fractures. Treatment should start with pain control and, if it is confirmed that the aetiology is fragility, treatment to prevent further fractures should be initiated in accordance with the profile of the patient and their comorbidities. In the acute period of the fracture, orthotics should be considered to control pain and facilitate prompt mobilisation. Vertebroplasty can be an option for certain patients.

Introducción

Las fracturas vertebrales son el tipo de fractura por fragilidad ósea más común. Haber tenido una fractura vertebral osteoporótica incrementa en 4 veces la probabilidad de tener otra. Más de la mitad de las mujeres mayores de 80 años tienen una fractura vertebral prevalente. No es infrecuente observar

la falta de diagnóstico de fracturas vertebrales por infravalorar el dolor del paciente.

El diagnóstico se inicia con la realización de la historia clínica, interrogando sobre antecedentes traumáticos y la realización de la exploración física detallada. Deben recogerse datos sobre factores de riesgo y manifestaciones de procesos causantes de fracturas vertebrales. Se continúa con análisis de sangre en función del interrogatorio y descartar otras posibles causas. Se incluirá en la analítica: hemograma, velocidad de sedimentación, perfil bioquímico (creatinina, transaminasas, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, LDH), electroforesis de pro-

*Correspondencia

Correo electrónico: JBlanch@parcdesalutmar.cat

teínas, hormonas tiroideas, hormona paratiroidea y 25-hidroxitamina D, sedimento de orina y calciuria¹.

Una vez sospechada la fractura vertebral, el diagnóstico definitivo se establecerá principalmente con una radiología simple, a través de la cual se podrán visualizar las características de la fractura (imagen típica por aplastamiento, imágenes sospechosas, afectación o no del muro posterior). Otras exploraciones complementarias utilizadas son la resonancia magnética (RM), la tomografía computadorizada (TC) y también, aunque no suelen estar indicadas en primer lugar, la gammagrafía ósea (GGO) así como, en los casos de que se disponga, el estudio morfométrico vertebral mediante densitometría (absorciometría de rayos X de energía dual -DEXA-). Antes de confirmar la fractura vertebral osteoporótica se deben descartar otras causas de pérdida de la altura vertebral y deformidad.

Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar la fractura vertebral de otras posibles imágenes radiológicas que nos puedan confundir, entre otras señalamos las siguientes.

Enfermedad de Scheuermann

Puede aparecer en la adolescencia y dejar secuelas como vértebras con platillos irregulares.

Cambios degenerativos

Las vértebras dorsales van disminuyendo discretamente su altura anterior, por lo que pueden aparecer algunos acuña- mientos.

Espondilodiscitis

Puede provocar pérdida de altura de los cuerpos vertebrales adyacentes a la infección, pero hay afectación preferente del disco, que se manifiesta por un pinzamiento del espacio intervertebral (en las fracturas ocurre lo contrario, ya que el cuerpo vertebral pierde altura, pero el espacio intervertebral se conserva).

Hueso límbico

Es una anomalía del desarrollo, el ángulo anterosuperior de la vértebra aparece separado del resto.

Vértebra en arco de Cupido

Es una deformidad en arco de los platillos, en la radiografía lateral puede confundirse con un pequeño hundimiento cen- tral.

Etiología neoplásica

Características:

1. Se afectan vértebras por encima de T6 y/o hay una sola vértebra fracturada.
2. Presencia de lisis de los pedículos (vértebra «tuerta» o vértebra «ciega») o del cuerpo vertebral y zonas de osteo- condensación.
3. Manifestaciones clínicas de tipo síndrome tóxico (pér- dida de peso, sudoración nocturna).
4. Antecedente de neoplasia.
5. Afectación del muro posterior.

Otras

La enfermedad de Paget puede afectar a las vértebras, debi- litándolas y ocasionando su fractura. Los angiomas vertebra- les son frecuentes, pero generalmente representan un hallaz- go casual intrascendente. Sin embargo, en ocasiones tienen un comportamiento agresivo y debilitan las vértebras. El diagnóstico se suele sospechar por la imagen de estriación vertical del cuerpo vertebral y se confirma mediante TC o RM. Aunque es rara en nuestro medio, la osteomalacia puede presentarse de una forma indistinguible por radiología a la osteoporosis.

Factores de riesgo

Existen numerosos factores, varios de ellos influyen directa- mente sobre la resistencia ósea y otros se encuentran relacio- nados con la tendencia a las caídas y las características de las mismas². Los dos principales factores del desarrollo de frac- turas son la edad y la densidad mineral ósea (DMO) (tabla 1).

TABLA 1
Factores de riesgo de fracturas

Edad > 60 años
Densidad mineral ósea
Antecedente de fractura por fragilidad
Sexo: mujer y menopausia
Antecedente de fractura por fragilidad en al menos un familiar de primer grado
Tabaco
Alcohol (> 3 UBE/día)
IMC < 20 kg/m ² **
Osteoporosis secundaria
Hipogonadismo
Menopausia precoz
Amenorrea
Anorexia nerviosa
Malabsorción
Artritis reumatoide
Diabetes mellitus, en especial la tipo I
Corticoides
Inhibidores de la aromatasa
Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas
Hipertiroidismo
Inestabilidad postural
Pérdida de capacidad visual

**Por cursar habitualmente con valores bajos de masa ósea. IMC: índice de masa corporal; UBE: unidad de bebida estándar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764185>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764185>

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