



Dorsalgia aguda en paciente con artritis reumatoide y cuadro diarreico

A. Turrión Nieves^{a,*}, R. Martín Holguera^b, M.E. Acosta de la Vega^a, G. Manzano-Canabal^a y L. Gómez-Lechón^a

^aServicio de Enfermedades Autoinmunes-Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España. ^bDepartamento de Anatomía Humana. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y alteración tiroidea en tratamiento sustitutivo. Diagnosticada de artritis reumatoide desde los 56 años, factor reumatoide positivo y anticuerpos antipeptido citrulinado positivos, síndrome de Sjögren asociado, menopausia espontánea a los 50 años, no fumadora, ingesta escasa de lácteos, sin antecedentes de fracturas previas ni en familiares de fractura de cadera. En abril de 2017 ingresó en el servicio de nefrología por fracaso renal agudo prerrenal, debido a un cuadro diarreico. No presentaba fiebre, sí palpitations y pérdida de peso de más de 5 kg, así como aumento de nerviosismo en el último mes y hasta al menos 10 deposiciones diarias. Entre las pruebas realizadas se incluyeron marcadores tumorales, colonoscopia, biopsia intestinal, determinaciones serológicas frente a virus y bacterias, así como coprocultivos; todas las pruebas fueron normales o negativas. Se observó en la radiografía de tórax la presencia de aplastamiento vertebral D6 antiguo (fig. 1). TSH: 0,006; anticuerpos antiperoxidasa tiroidea IgG+ 125,3 UI. Se relacionó el cuadro diarreico con una descompensación tiroidea y una posible intolerancia a olmesartán. La diarrea se resolvió con la suspensión del fármaco. Se encontraba en tratamiento con leflunomida, prednisona 2,5 mg/día y adalimumab cada 15 días para su artritis reumatoide desde 2016, denosumab y carbonato cálcico con vitamina D para la osteoporosis.

Acude a urgencias una semana después de ser dada de alta del cuadro diarreico por dolor dorsal medio intenso muy limitante que no respeta el sueño y que se inició tras un acceso de tos. Es valorada por de traumatología que observa una fractura-aplastamiento vertebral D8 (fig. 2) para lo que recibe tratamiento analgésico, opiáceos, y es remitida a nuestra consulta con carácter preferente. Presenta una significativa afectación por el dolor, con irradiación en cinturón, importante estreñimiento y limitaciones para sus actividades de la vida diaria. El peso de la paciente es de 72 kg y mide 164 cm de altura. Se observa un aumento de la cifosis dorsal con espinopresión dorsal media-baja dolorosa, sin otras alteraciones reseñables. La analítica básica es normal, en el estudio densitométrico realizado año y medio antes se diagnosticó osteoporosis en región lumbar ya conocida T-score lumbar: -3,8 (fig. 3).

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicine www.medicineonline.es/casosclnicos

*Correspondencia
Correo electrónico: anaturrion@hotmail.com

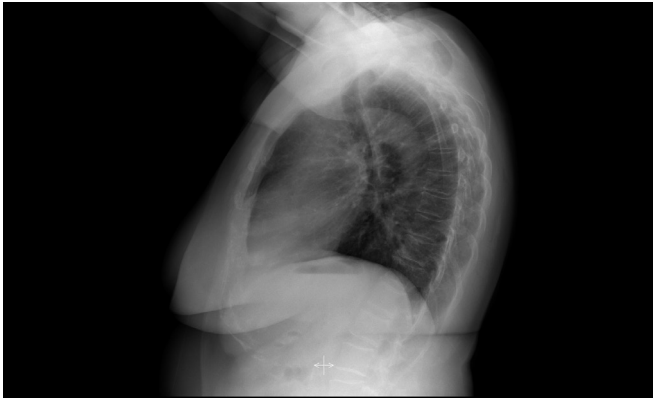


Fig. 1. Rx (radiografía) lateral de tórax en la que se aprecia aplastamiento vertebral D6 .

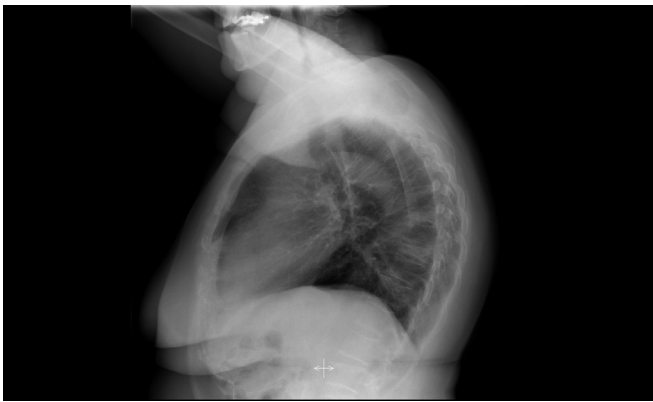


Fig. 2. Rx lateral de torax en la que se aprecia aplastamiento vertebral D6 ya presente en rx previa y D8 .

A partir de la exposición indicada ¿Cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial y el diagnóstico diferencial?

Nos encontramos con una paciente posmenopáusica con dorsalgia aguda en relación con fractura-aplastamiento vertebral. Como factores de riesgo hallamos la presencia de fractura vertebral previa (asintomática), enfermedades crónicas autoinmunes como la artritis reumatoide, el hipertiroidismo y un cuadro de malabsorción en relación con fármaco que conllevó a fracaso renal y su ingreso en semanas previas.

Los principales factores de desarrollo de fracturas son la edad, la densidad mineral ósea baja y el antecedente de fractura previa por fragilidad¹. En nuestra paciente la descompensación de la patología autoinmune tiroidea y el desarrollo de malabsorción por olmesartán² se suman como causa de osteoporosis secundaria.

En el diagnóstico diferencial, la patología a descartar inicialmente es la relacionada con cuadros tumorales, debido a la presencia de síndrome constitucional, bien hematológicos (mieloma, linfoma, etc.) como de origen metastásico. Ambos puntos fueron recientemente descartados en el ingreso por cuadro de insuficiencia renal aguda. Otra de las causas de

osteoporosis secundaria es la ingesta crónica de otros fármacos los glucocorticoides, inmunosupresores u hormona tiroidea.

¿Qué pruebas complementarias solicitaría?

Entre las pruebas a realizar más importantes se encuentran todas aquellas que nos lleven a descartar los posibles agentes relacionados, desde el punto de vista analítico tenemos: hemograma básico y proteinograma para la detección de alteración hematológica, bioquímica con estudio de metabolismo fosfocálcico y estudios de malabsorción.

En las pruebas de imagen puede ser de interés la realización de una resonancia magnética ante la presencia de dolor lumbar nocturno incapacitante, para completar el estudio básico radiológico con la intención de descartar un proceso invasivo a ese nivel. A nuestra paciente no se le realizó dicha prueba debido a que se observó la presencia en radiografías previas de una fractura-aplastamiento vertebral D6 que en teoría había pasado desapercibida desde el punto de vista clínico y ausencia en estudios previos de sospecha de neoplasia oculta.

¿Cuál fue el procedimiento de certeza?

La radiografía de columna dorsal en proyección lateral confirma la presencia de fractura vertebral. Se encuentra en discusión la necesidad o no de repetir el estudio densitométrico, ya que tras ser observada una fractura por insuficiencia con anterioridad, el diagnóstico de osteoporosis ya ha sido verificado y se puede seguir la evolución clínica con radiografías periódicas laterales del raquis. Está indicada la realización de densitometría ósea para control evolutivo y de sus variaciones en el tiempo o si se plantea cambio de tratamiento según el tipo de hueso parótico más afectado; ya que existen fármacos en el tratamiento de la osteoporosis cuya eficacia a nivel de cuello femoral es controvertida.

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

Inicialmente es de interés conseguir la estabilidad de los procesos autoinmunes (la artritis reumatoide y el hipertiroidismo) y el malabsortivo, que llevan a incrementar el riesgo de nuevas fracturas. La paciente debe permanecer con la dosis de esteroide más reducida posible, a poder ser suspensión de este; asimismo es aconsejable la normalización de la función tiroidea y adecuados niveles de vitamina-D en sangre periférica.

La paciente se encontraba ya en tratamiento para su osteoporosis con suplementos de calcio y vitamina D³ y un inhibidor del Rank-ligando que es denosumab, del que existe en la actualidad controversia en relación con el momento de su retirada. Se ha descrito la posible aparición de nuevas frac-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764190>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764190>

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