

CASOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Programa de Formación Continua y Actualizada
para médicos de Atención Primaria mediante la exposición
de Casos Clínicos registrados en la consulta médica,
tras la elaboración de la historia clínica

Enero-diciembre 2006 (21 TEMAS)

Desarrollado por la Revista EL MEDICO en colaboración
con la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMergen)

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMergen

TEMA 2

■ Osteoporosis

PRÓXIMA ENTREGA

■ Dolor de espalda

OSTEOPOROSIS

OSTEOPOROSIS

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE LOS CASOS CLÍNICOS DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

AUTOR: PABLO PANERO HIDALGO

MÉDICO DE FAMILIA (ZBS ÓRGIVA-GRANADA). GRUPO DE APARATO LOCOMOTOR DE SEMERGEN

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis se define como “enfermedad esquelética caracterizada por una resistencia ósea disminuida que predispone a una persona a un riesgo aumentado de fractura”. La resistencia ósea refleja la integración de:

- Densidad ósea: Se expresa mediante gramos de mineral por área o volumen y viene determinada por el pico de masa ósea y la cantidad de pérdida de hueso.
- Calidad ósea: Se refiere a la arquitectura, recambio, acumulación de lesiones y mineralización.

Anteriormente se definía como enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por una masa ósea baja y el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo con aumento secundario de la fragilidad del hueso y la susceptibilidad del riesgo de fracturas.

Epidemiológicamente afecta en España a tres millones de personas, la mayoría mujeres, de forma que entre el 30 y el 50 por ciento de las mujeres postmenopáusicas padecen esta enfermedad, siendo el trastorno óseo más común. Afecta a una de cada cuatro mujeres y a uno de cada ocho hombres a partir de los 50 años de edad. Las mujeres con osteoporosis presentan mayor riesgo de fracturas de hueso trabecular respecto al hombre en una proporción de 8 a 1 y del tipo cortical de 2 a 1, siendo las fracturas vertebrales las más frecuentes. El 70 por ciento de todas las fracturas en mayores de 50 años se relacionan en general con causas osteoporóticas, siendo especialmente frecuentes en la columna vertebral, la cadera y el antebrazo distal.

Respecto a la clínica, se trata de una enfermedad si-

lente, pues los síntomas se derivan de las complicaciones: dolor (características mixtas), deformidades, acortamiento de talla, debilidad y atrofas musculares.

CASO CLÍNICO

1. Motivo de consulta

Lumbalgia de reciente inicio, sin relación traumática.

2. Enfermedad actual

Mujer de 76 años de edad, viuda que acude por consulta refiriendo cuadro de lumbalgia desde hace 2 días sin relación traumática. Aumenta al tumbarse y al levantarse y tiene sensación de debilidad en las piernas. No presenta fiebre. No cuadros parecidos anteriormente.

3. Antecedentes personales

No alergias conocidas. Menarquia a los 11 años y Menopausia a los 49 años de edad. Fórmula obstétrica: 3-0-3-3-3. Ulcus gástrico, hipertensión arterial primaria, dislipemia, artrosis generalizada. Osteoporosis diagnosticada en el año 2002 pero no tratada con medicamentos, solo con dieta rica en calcio. Tratamiento habitual: IECA, diurético tiazídico, simvastatina 20 mg, omeprazol 20 mg.

4. Antecedentes familiares

Padres fallecidos de viejos según refiere. Marido y hermana muertos por IAM. Hermana con proceso distímico.

5. Anamnesis

Comenta que de forma súbita, se nota dolor intenso en la parte baja de la espalda, que aumenta con la deambulación, pero niega que se irradie hacia las piernas aunque nota como si hubiese perdido las fuerzas. Está mejor acostada que caminando y no lo relaciona con ningún esfuerzo ni caída. No había tenido molestias previamente y hacia sus cosas del hogar sin ninguna dificultad.

6. Exploración física

Hipertensa grado I (TA 152/91), peso 68 kgrs, altura 1.68 m e IMC: 24.09. Bien coloreada y normohidratada. Afebril. No exantemas. No hallazgos cutáneos que sugiera proceso herpético. Inspección con aumento de lordosis lumbar pero sin signos inflamatorios. Puñopercu-

sión renal negativa. Dolor al palpar apófisis espinosa a nivel de primeras vértebras lumbares. Extremidades con pulsos conservados, no asimetrías ni alteraciones en temperatura. Maniobras de Bragard y Lassegué negativas. No pérdida de fuerzas ni alteración de reflejos. No dificultad para deambular de puntillas ni de talón aunque sí es doloroso el realizarlo. Intensidad del dolor según escala analógica visual de 8 sobre 10.

Se negocia con la paciente proceder a ampliar estudio, pero dada la lejanía de la consulta respecto al sitio donde debería realizarse las pruebas, se plantea iniciar tratamiento analgésico y si no mejora se procedería a ampliar estudio. Se pone tratamiento con AINE (diclofenaco 50 mg cada 8 horas y miorelajante) y a las dos semanas acude por consulta refiriendo que no hay apenas alivio. Ante tal situación se solicitan pruebas complementarias:

7. Pruebas complementarias

- Analítica sanguínea: Hemograma normal, glucosa 94, CT 320, LDL 221.4, HDL 43, LDH 346, Na 142, triglicéridos 278, urea 44, creatinina 0,82, calcio 9.9, fosfatasa alcalina 82, CPK 124, ácido úrico 7.64.

- Radiografía posteroanterior y lateral columna lumbar: rarefacción ósea cuerpos vertebrales haciéndose más marcados los platillos, así como imagen de pérdida de altura de primera y segunda lumbar sugerente de fracturas cuerpos vertebrales (Figura 1).

8. Juicio clínico

Lumbalgia aguda secundaria a fractura vertebral.

9. Plan de actuación

Se remite a traumatólogo y reumatólogo para su estudio, concluyendo en: osteoporosis postmenopáusica establecida y aplastamiento vertebral y espondilodiscartrosis.

10. Tratamiento

Risedronato semanal 1/7 días, calcio carbonato 1,5/colecalciferol comprimidos 1/12 horas, revisiones posteriores.

DISCUSIÓN

Se trata de uno de los casos que solemos ver en nuestras consultas de forma habitual, aunque es cierto que te-



Figura 1. Imagen de pérdida de altura de primera y segunda lumbar.

nemos muchos pacientes con deformidades tipo cifosis muy marcadas y que puesto que no se quejan de dolor, no le prestamos mucha atención, cuando deberíamos plantearnos realizar estudio de esa cifosis para comprobar la osteoporosis que presenta y tratarla de forma adecuada.

Para clasificarlas veríamos si es localizada o generalizada y entre las generalizadas si es primaria o secundaria:

I. Primaria:

- Tipo I: Es la osteoporosis postmenopáusica (hueso trabecular). Está relacionada con déficit de estrógenos. Las fracturas de este tipo predominan las vertebrales y la de Colles.

- Tipo II: Es la osteoporosis senil (hueso trabecular y cortical), suele predominar en mayores de 70 años de edad, y el tipo de fractura asociado más frecuente es el de cadera.

OSTEOPOROSIS

II: Secundaria:

Alimentaria, por medicamentos, endocrina, tóxicos, metabólica, reumática, nefropática, hematológica y neurológicas.

La OMS establece unos factores de riesgo, de forma que si cumple la presencia de uno mayor y dos menores, el riesgo de sufrir una osteoporosis es muy alto, indicándose proceder a estudiar. Estos criterios son:

Criterios mayores

- Edad > 65 años.
- Compresión vertebral por microfracturas.
- Fractura por fragilidad por encima de los 40 años.
- Historia familiar de fractura osteoporótica.
- Tratamiento con corticoides sistémicos.
- Síndrome de mal absorción.
- Hiperparatiroidismo primario.
- Tendencia a las caídas.
- Osteopenia apreciable en la radiografía.
- Hipogonadismo.
- Menopausia precoz (antes de los 45 años).

Criterios menores

- Artritis reumatoide.
- Antecedentes de hipertiroidismo clínico.
- Tratamiento crónico con anticonvulsivantes.
- Baja ingesta de calcio.
- Tabaquismo.
- Abuso de alcohol.
- Excesiva toma de cafeína.
- Peso < 57 kgrs.
- Pérdida de peso de un 10 por ciento.
- Tratamiento crónico con heparina.

En el caso que nos ocupa, figuraban 2 criterios mayores (edad y osteopenia apreciable en la Rx), pero ya tenía el diagnóstico previo de osteoporosis por una densitometría realizada.

Indicaciones de densitometría ósea diagnóstica en mujeres postmenopáusicas

Anomalías radiológicas vertebrales sugerentes de desmineralización.

Fractura previa por fragilidad (vertebral, femoral, Colles).

Tratamientos prolongados con glucocorticoides.

Insuficiencia ovárica prolongada.

Historia de trastorno nutricional grave.

Hiperparatiroidismo primario.

Paciente que consulta por riesgo de osteoporosis/agrupación de factores de riesgo.

Con respecto a la indicación de una radiografía para estudiar una lumbalgia, se trata de un proceso agudo. ¿Se debería solicitar de entrada un estudio radiológico? Existen unos datos que nos sugiere posible complicación y en este caso priorizar la realización de estudio radiológico. Sería pues la existencia de alguno de estos datos: (Tabla 1).

TABLA 1. Casos de complicación para

< 20 años ó > 50 años	Drogodependencia
Causa traumática	Síntomas infecciosos
Dolor sin características mecánicas	Inmunodepresión
Dolor torácico acompañante	Pérdida de peso
AP de carcinoma	Duración > mes
Corticoterapia	Deterioro neurológico

Por último, con respecto al tratamiento, vemos cómo entre sus antecedentes figuraba una dieta rica en calcio, sin embargo, pese a esto sufrió fractura, lo que podría hacernos pensar en problemas de mal absorción, no ingesta de la cantidad indicada o turnover superior a lo ingerido. Entre los tratamientos indicados para la reducción del riesgo de fractura por osteoporosis figuran: (Tabla 2).

TABLA 2. Grado de recomendación para los diferentes fármacos en la reducción de riesgo de fractura

Fármaco	Fractura		
	Fracturas vertebrales	Fracturas no vertebrales	Fracturas de fémur
Calcio	A	B o C	B o C
Vitamina D	C	C	C
Calcio + Vitamina D	-	A*	A*
THS	B	A	A¶
Raloxifeno	A	NE	NE
Tibolona	-	-	-
Etidronato	A	NE	NE
Alendronato	A	A	A
Risedronato	A	A	A
Calcitonina	B	NE	NE
Flavonoides	-	-	-
Parathormona	A	A	A¶
Anabolizantes	-	-	-

NE: no-eficacia demostrada en EAC, no diseñados específicamente para el tipo de fractura; *eficaz en población asilar con déficit, asociada a calcio; ¶eficacia para fractura no vertebral, que incluye fémur. Los EACs se han realizado prácticamente en su totalidad añadiendo calcio y, en un gran número, vitamina D.