

MÚLTIPLES FRACTURAS VERTEBRALES A PESAR DE TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Adrián Lozano Casarrubios; Pablo Mas Martínez; José Antonio Rodríguez Palomo; Santiago Sandoval Jiménez; Alberto Jurado Muñoz
Hospital General Universitario de Alicante

OBJETIVOS

El objetivo del póster es presentar un caso clínico de una mujer de 75 años con dolor dorso-lumbar de aparición brusca en ausencia de traumatismo durante el confinamiento domiciliario que experimenta incremento del dolor y la deformidad junto con la aparición de fallo mecánico precoz del implante a pesar de tratamiento médico y quirúrgicos inicialmente correctos. Se pretende poner de manifiesto la importancia del reconocimiento de pacientes con osteoporosis severa en patología vertebral traumática. Estos pacientes presentan una evolución más tórpida por lo que deben ser manejados de forma completa, ofreciéndoles el mejor tratamiento ortopédico/quirúrgico y frente a la osteoporosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso clínico prototipo de una mujer de 75 años con factores de riesgo de osteoporosis que presenta una fractura por fragilidad de T12 en ausencia de traumatismo durante el confinamiento domiciliario. Inicialmente la paciente recibió tratamiento con un fármaco antireabsortivo tipo alendronato y manejo ortopédico mediante corsé tipo Jewett durante 3 meses.

RESULTADOS

A pesar del tratamiento inicial, la paciente experimentó aumento del acúñamiento vertebral de T12 y de la deformidad en cifosis dorso-lumbar junto con mal control algíco. Se solicitó RMN de columna dorso-lumbar que objetivó incremento de acúñamiento vertebral de T12 y nuevo acúñamiento vertebral a nivel de T10 y densitometría mineral ósea.

Precisó tratamiento quirúrgico de la fractura y corrección de la deformidad mediante osteotomía de Ponte de T12 e instrumentación posterior transpedicular cementada T10-L2 y artrodesis postero-lateral con injerto de hueso autólogo. En el postoperatorio precoz, la paciente desarrolló una nueva fractura vertebral por fragilidad de T10 y aumento del acúñamiento de T11 junto con fallo mecánico del implante tipo pull out/cut out, por lo que se modificó el tratamiento analgésico, junto con modificación del tratamiento frente a la osteoporosis, sustituyendo el fármaco antireabsortivo (Alendronato) por un fármaco osteoformador (Teriparatida) junto con calcio y vitamina diarias. Aún estamos pendientes de valorar el tratamiento definitivo de esta paciente.

CONCLUSIÓN

Es importante realizar un abordaje integral del paciente con fractura por fragilidad ósea. Se debe brindar el mejor tratamiento médico/quirúrgico de su fractura y de la entidad subyacente. Se trata de una entidad que se encuentra infradiagnosticada e infratratada. En definitiva, consideramos que el tratamiento apropiado de la osteoporosis es una estrategia coste-efectiva.



Imagen 1. Primera visita a Urgencias. Rxs. AP y lateral columna dorso-lumbar en bipedestación. Fractura acúñamiento anterior T12. Tratamiento ortopédico (Analgésia y Corsé de Jewett)

Imagen 2. Segunda visita a Urgencias. Rxs. AP y lateral columna dorso-lumbar en bipedestación. Aumento de acúñamiento anterior y deformidad en cifosis charnela dorso-lumbar. Se solicita RMN columna completa

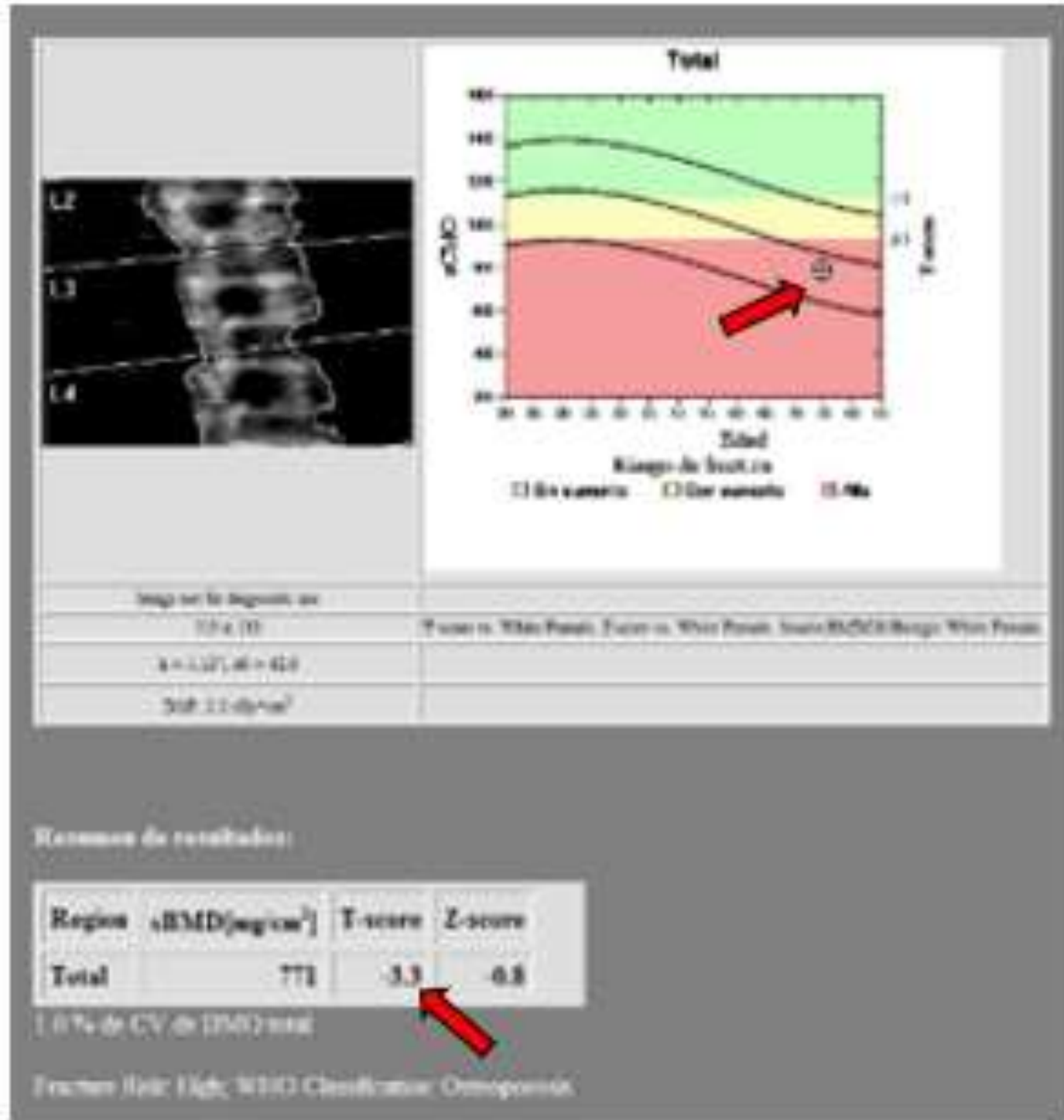


Imagen 3. DMO columna lumbar. Osteoporosis grave: DMO superior a -2.5 DS T-score (-3.3) y fractura vertebral T12 por fragilidad ósea



Imagen 4. Primera visita en consultas externas. RMN columna dorso-lumbar en secuencias T1, T2 y STIR respectivamente. Se objetiva aumento de acúñamiento vertebral junto con deformidad dorso-lumbar en cifosis y edema óseo en STIR que indica que la fractura es aguda-subaguda. Se ofrece tratamiento quirúrgico



Imagen 7. Rx. Lateral en decúbito supino postoperatoria. Se observa instrumentación transpedicular cementada T10-T11 y L1-L2. Artrodesis posterolateral. Se objetiva acúñamiento de T11 y T12.



Imagen 8. Segunda visita en consultas externas tras intervención quirúrgica. Se observa instrumentación posterior transpedicular cementada T10-L2 sin instrumentación de T12 por imposibilidad técnica. Se aprecian nuevos acúñamientos en T10 y T11 a pesar de instrumentación y cementación junto con inicio de fallo mecánico del implante tipo Pull-out/Cut-out de los tornillos de T10 y T11