

# ¿CÓMO AFRONTAR LAS FRACTURAS VERTEBRALES MÚLTIPLES AGUDAS?

Zafra Navas, J. Arias Rivero, M. Codony Arqués, I. Boadas i Gironés, L. Morales de Cano, J.



Hospital Universitario de Vic

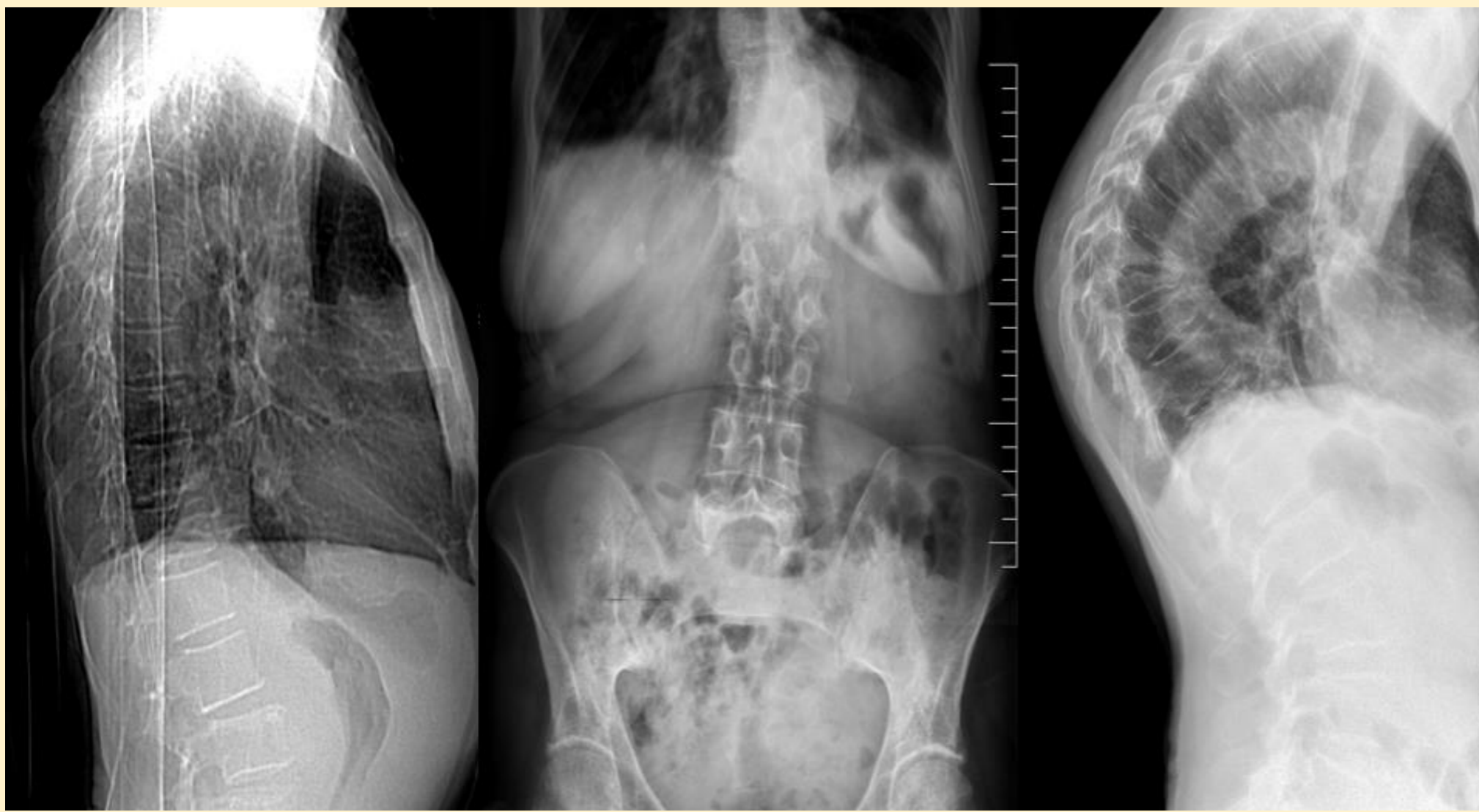


## INTRODUCCIÓN

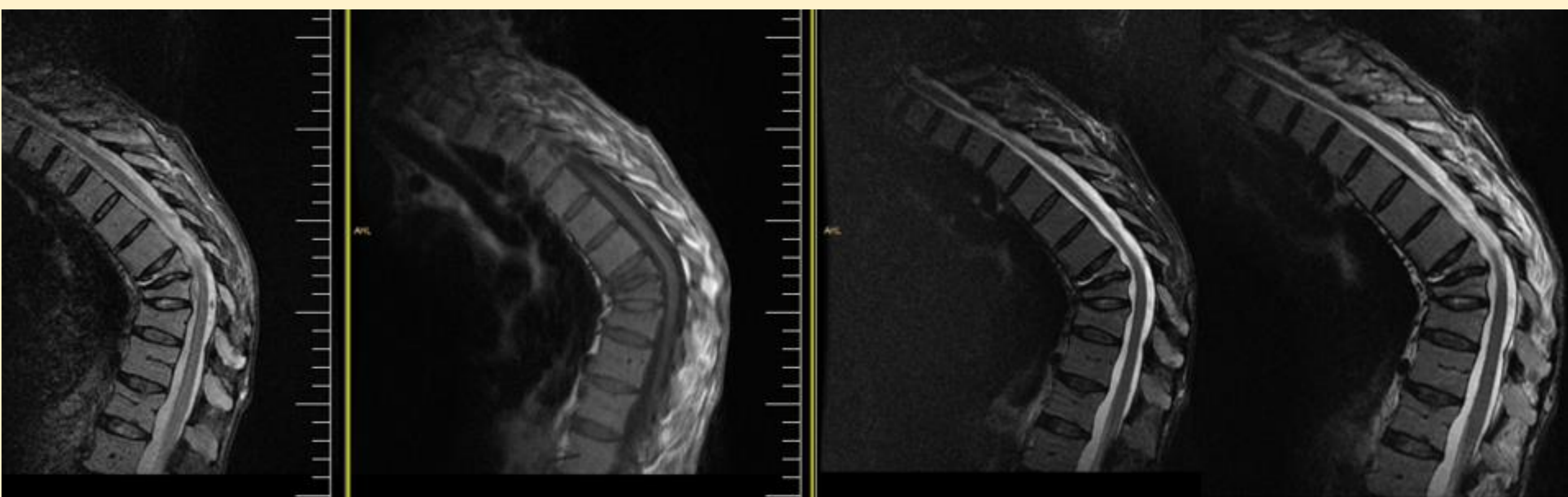
Se presenta el caso de una paciente joven con múltiples fracturas vertebrales sin causa desencadenante aparente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente, 61 años, consulta por dorsalgia aguda progresiva atraumática de 8-9 meses de evolución con aparición de cifosis dorsal significativa. No síndrome constitucional ni clínica respiratoria, digestiva, urinaria, neurológica o reumatológica. Afebril.



RX: Fracturas/Aplastamientos anteriores desde vértebra T8 hasta T12 (>75% cuerpo vertebra).

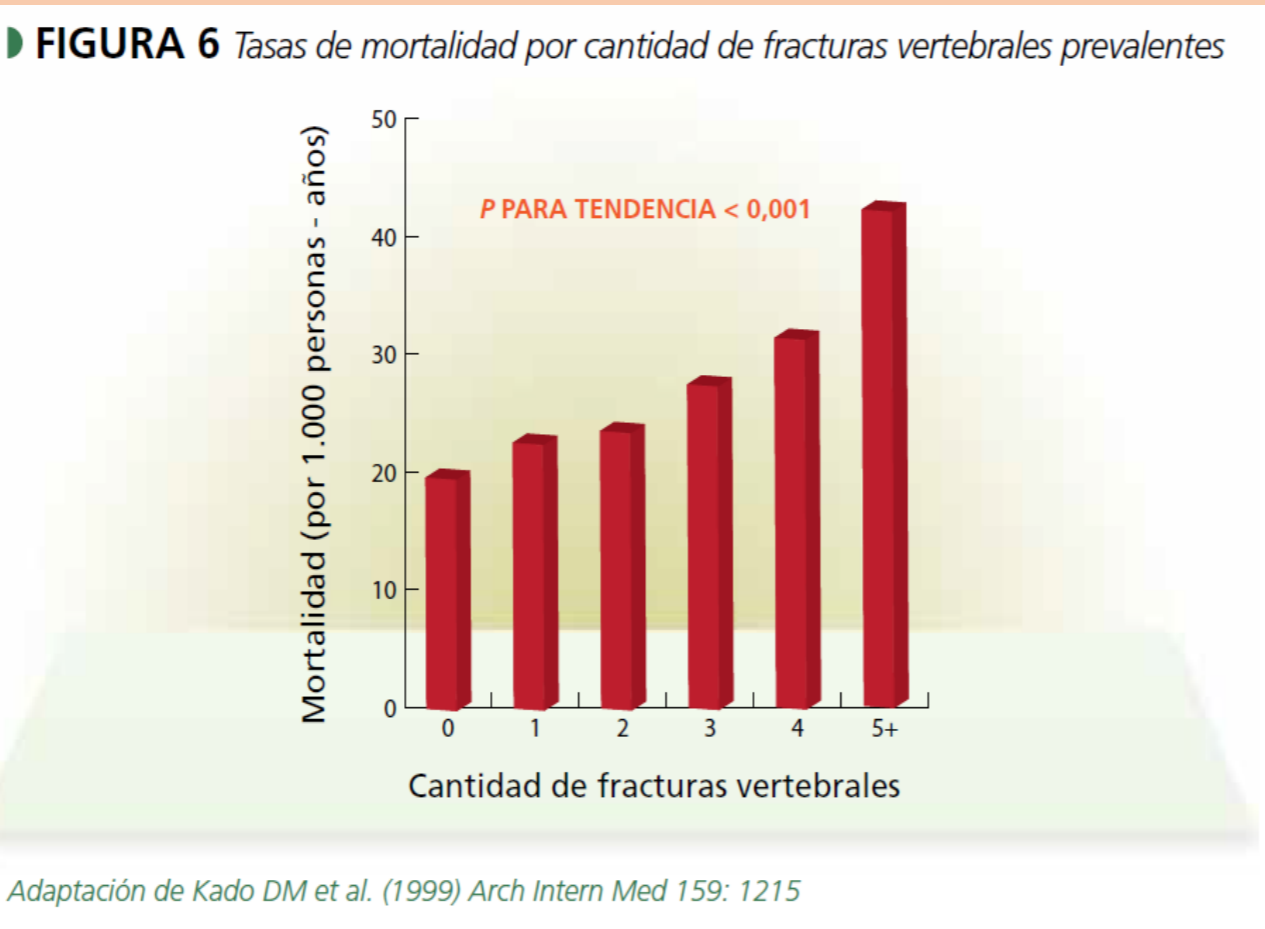
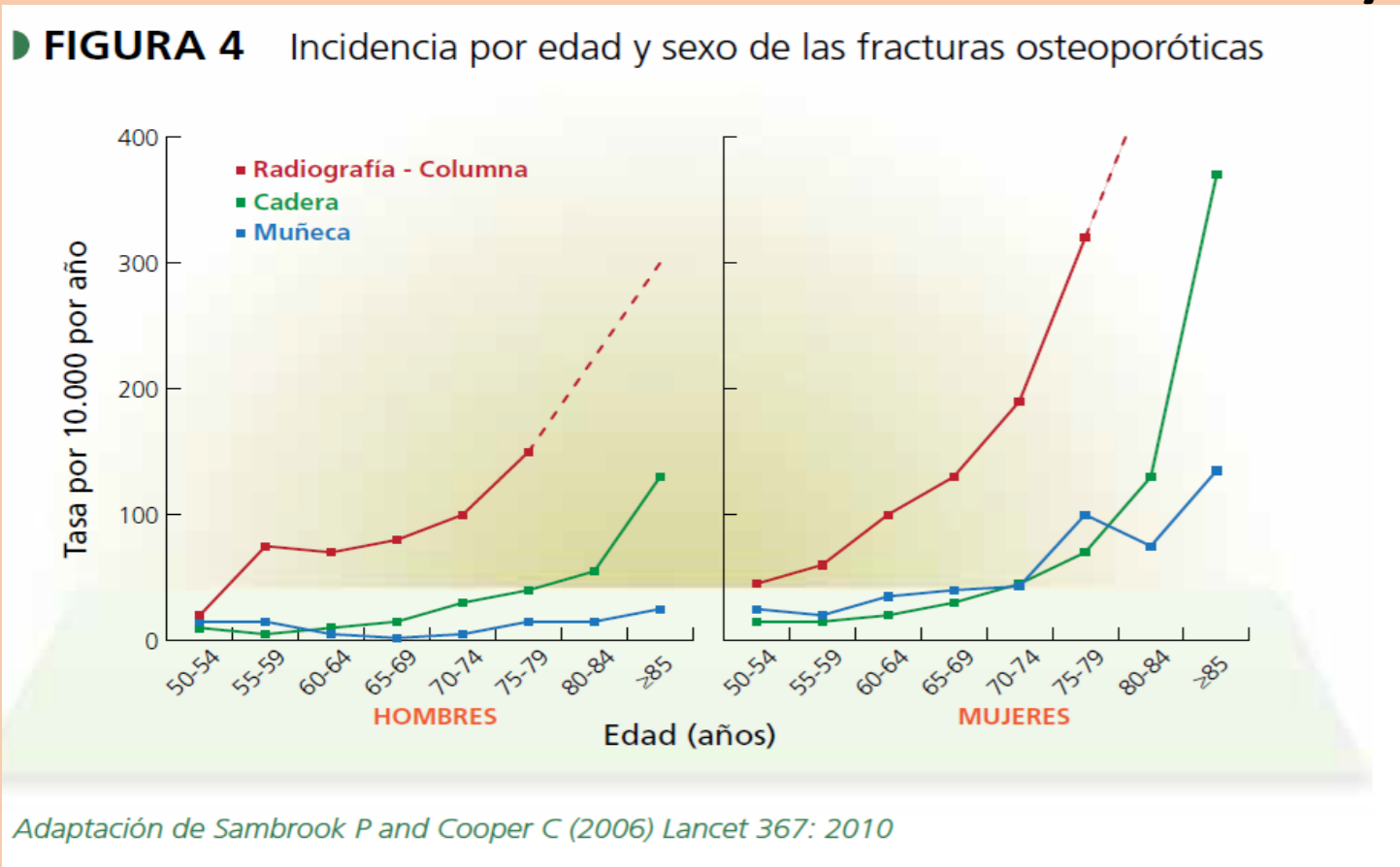


RMN: Fracturas/Aplastamientos subagudos en T8 y crónicos en T9, T10 y T12, sin retropulsión del muro posterior. Severa hipercifosis en T8-T9-T10.

- DXA:** T-score **-3,4 DE** a nivel de fémur y **-4.7 DE** en columna lumbar. Se pide valoración por Unidad Columna HVH, donde desestiman tratamiento con vertebroplastia ni IQ correctora de deformidad por su agresividad.
- Con la **orientación diagnóstica de fracturas vertebrales múltiples en contexto de osteoporosis** fracturaria grave atraumática y escasos síntomas clínicos guías, se solicita estudio completo de osteoporosis secundaria. Se inicia tratamiento con suplementos de Calcio, Vit D y tratamiento osteoformador (teriparatida)
- Estudio analítico:** Hemograma, Función renal, biología hepática, Vit B12, Ac. Fólico, Albúmina, Calcio y fosfato normal. PTH 59 y Vit D 16.
- Proteinograma:** Componente monoclonal en sangre y orina, mieloma múltiple (MM) Bence Jones Kappa.
- Evolución:** Hematología: MM candidato a tratamiento con QT y TPH. Se retira tto osteoformador y se inicia bifosfonato ev. (ZLD).
- PET-TC:** se visualizan las fractures orientadas como osteoporóticas y no se observa ninguna lesión focal ni componente de partes blandes en relación con el mieloma múltiple.

## DISCUSIÓN

La fx vertebral es causa frecuente de dolor agudo en pacientes con OP y repercute sobre su calidad de vida y supervivencia.



Está indicado:

- ❖ Valorar etiología y diagnóstico diferencial: Fx osteoporóticas (OP), traumáticas, infección, tumores, enf. Paget, angiomas, osteomalacia.
- ❖ Planteamiento diagnóstico-terapéutico dirigido a fx vertebrales osteoporóticas, orientando el proceso como OP 1º o 2ª a enf. renales, endocrinas, digestivas, hematológicas, autoinmunes, deficitarias, farmacológicas, etc., pues el tratamiento de la enfermedad de base mejorará el pronóstico.

## CONCLUSIONES

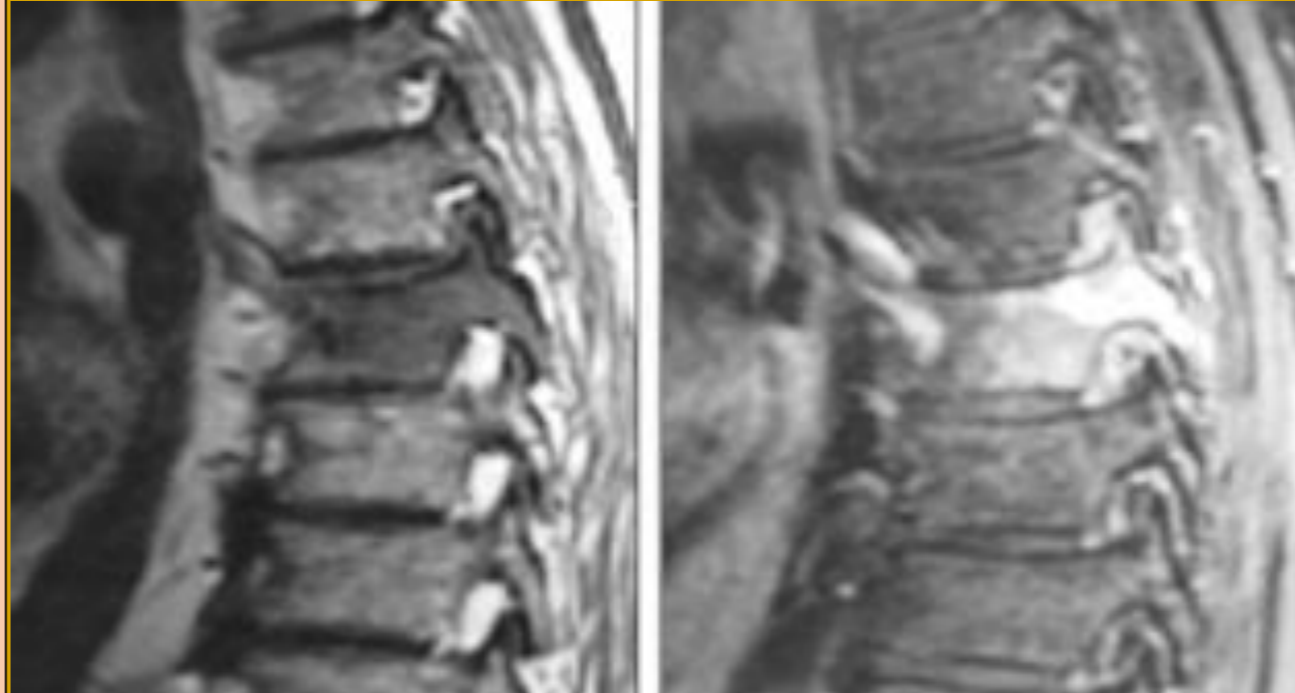
- Las fracturas vertebrales son una proceso patológico muy frecuente con alta morbimortalidad.
- El diagnóstico se basa en la clínica y la RX (+/- TC o RMN)
- Ante un paciente joven con múltiples fracturas sin causa desencadenante aparente, es obligado estudio para descartar causas 2º, pues su tratamiento mejora el pronóstico.
- El tratamiento se basa en reposo, analgesia y en ciertos casos, inmovilización con corsé o intervención quirúrgica.
- Los objetivos del tratamiento de las fracturas patológicas son maximizar la función y la integridad esquelética mientras se minimiza la morbilidad.

### SIGNOS DE MALIGNIDAD DE UNA FX VERTEBRAL EN RMN

- Margen posterior del cuerpo vertebral convexo
- Alteración de señales en pedículo, elementos posteriores o columna torácica superior.
- Masa epidural o paraespinal
- Las M1 suelen respetar el espacio intervertebral discal, a diferencia de las infecciones.

#### FX VERTEBRALES PER M1

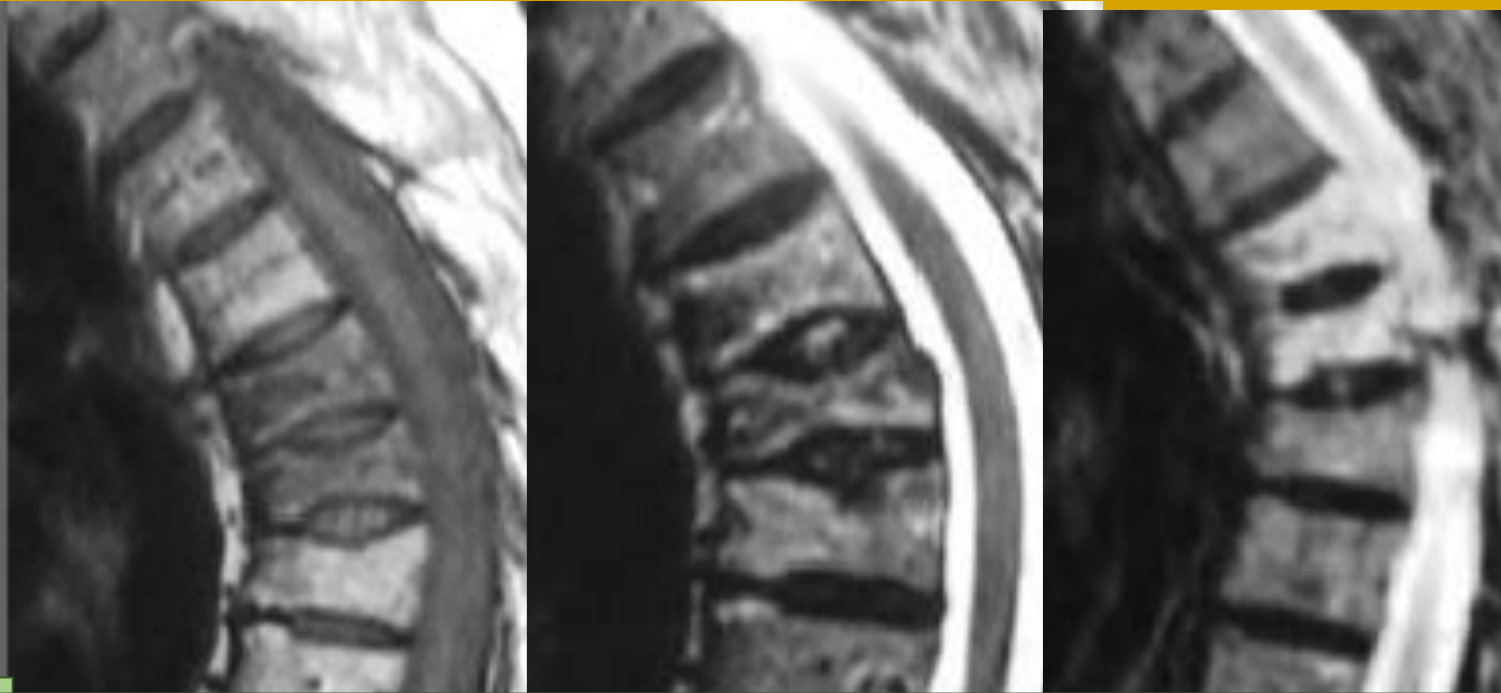
- ↓ señal T1, ↑ en T2.
- Afectación elementos posteriores vertebrales, pedículos, tejidos blandos, espacio epidural o regiones paraespinales.
- DIFUSIÓN** (M1 hiperintensas)



FX V por M1 (Afectación elementos posteriores e Hiperintenso en T2 y difusión)

#### FX VERTEBRALES OP

- ↓ señal T1, ↑ en T2.
- Aplastamiento anterior, aumento relativo de la trabeculación vertical en varios niveles, esclerosis reactiva de platillos vertebrales. Fenómenos degenerativos asociados, pedículos bien definidos.
- DIFUSIÓN** (iso o hipointensas)



FX V per OP (Aplastamiento anterior, esclerosis reactiva platillos, hipo/isointenso en difusión)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA