

Evolución tórpida de una fractura vertebral osteoporótica: ¿cuál puede ser la causa?

Ana Verdejo González*, Eloy Portero Martínez*, María de Gracia Guerrero Álvarez*, María del Carmen Viejobueno Mayordomo,** Noelia Ramayo Díaz*

*Hospital General Universitario de Albacete

** Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Objetivos:

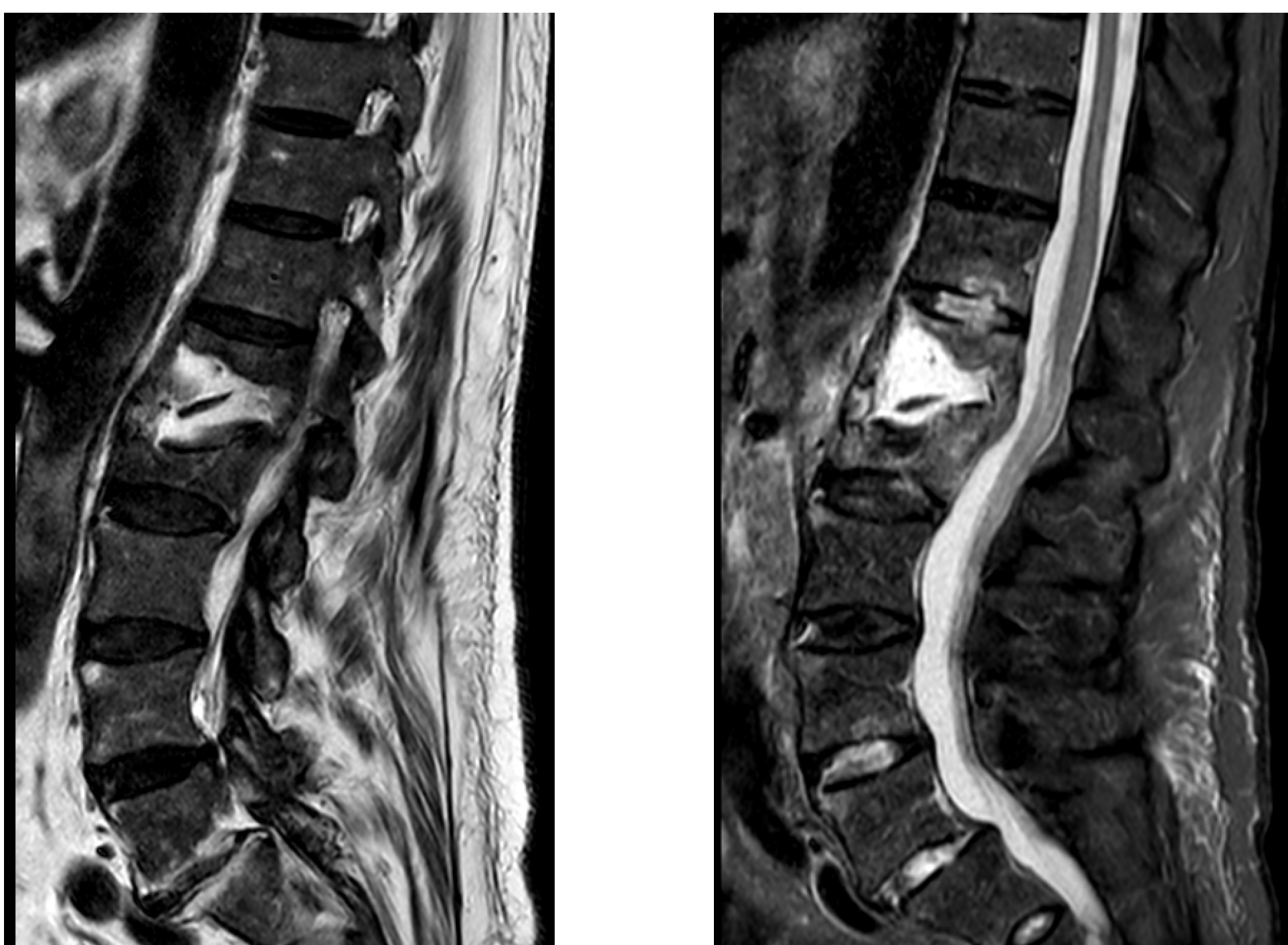
- **Fracturas vertebrales** frecuentes, más en ancianos y mujeres postmenopáusicas
- **Osteoporosis** → causa principal
- También producidas por tumores e infecciones
- **Evolución anormal de estas fracturas** → alta sospecha para un diagnóstico adecuado

Material y metodología:

- **Presentación de un caso + Revisión literatura:**
 - Identificar casos anómalos de fractura vertebral
 - Alta sospecha → Diagnóstico diferencial
- **Objetivo** → Diagnóstico y tratamiento adecuados

Resultados:

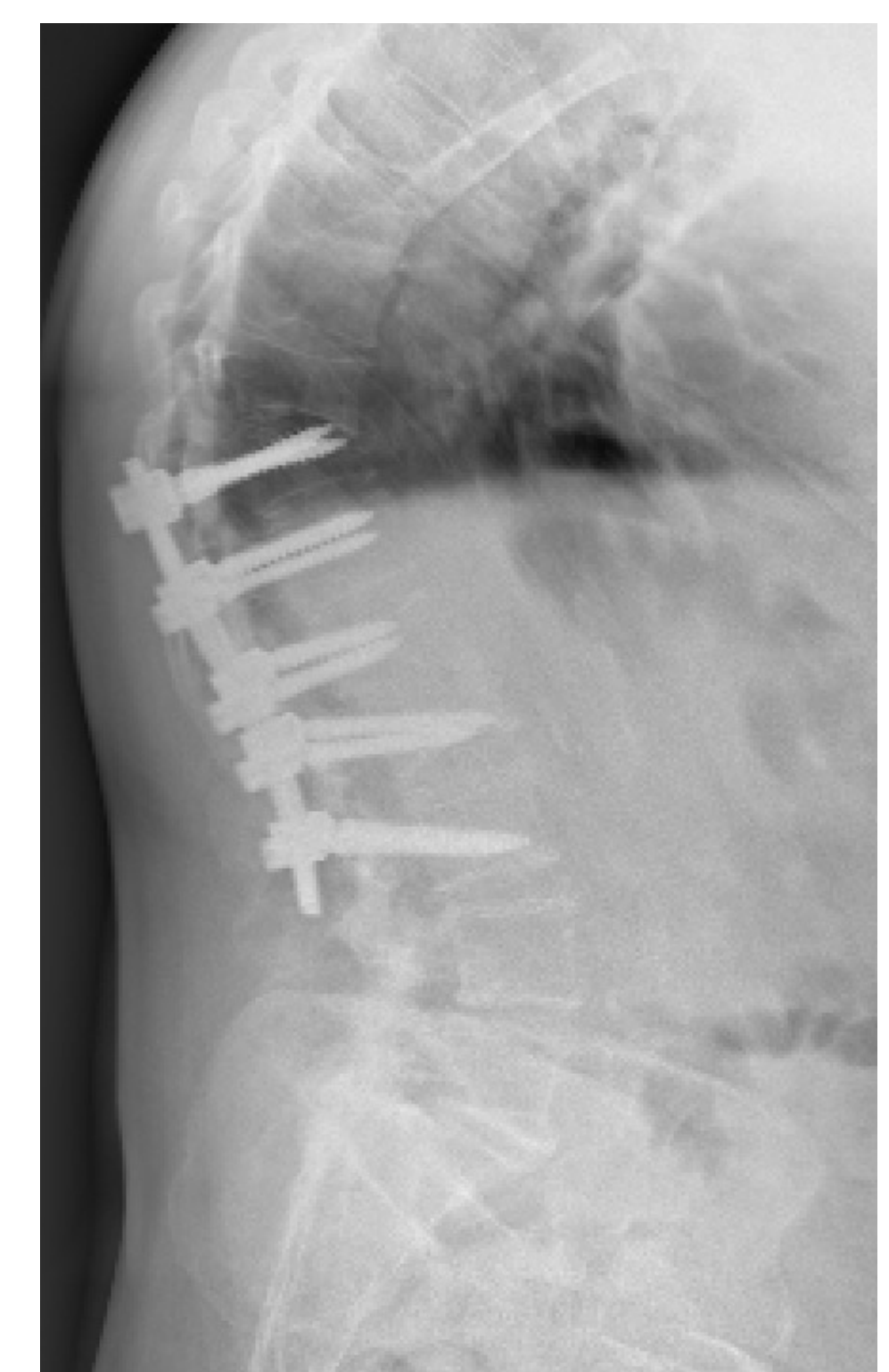
- Varón 80 años
- No antecedentes de interés
- **Mala evolución tras fractura vertebral osteoporótica L1-L2** → Aumento progresivo del dolor a pesar de ortesis y analgesia oral
- Exploración física: No déficit neurológico
- **No alteraciones analíticas**



RMN: Vértebra de Kümmel L1 con hematoma sin descartar espondilodiscitis

Cirugía

- Salida de material purulento transpedicular L1
- **Artrodesis posterolateral T11-L3**
- **Cultivos positivos para Streptococcus mitis oralis**
- Tratamiento antibiótico:
 - Ceftriaxona intravenosa 10 días
 - Amoxicilina + rifampicina oral 6 semanas
- Estudio de extensión → **no claro foco** a pesar de implantes dentales múltiples
- Un mes tras la cirugía → no dolor, camina con andador en exteriores y sin ayudas en domicilio + no signos de infección



Rx CV: control al mes postoperatorio

Conclusiones:

- **Espondilodiscitis** → enfermedad compleja con difícil diagnóstico y tratamiento
- Métodos de imagen (**RMN**) → papel clave en el diagnóstico diferencial
- **Evolución anormal de fractura vertebral** → descartar causas infecciosas y tumorales → tratamiento adecuado a cada caso

Bibliografía:

