

Cas clínic

FRACTURA VERTEBRAL EN DONA DE 60 ANYS, A PROPÒSIT D'UN CAS

**Cristina Escardó Font¹, Lluís Esteve Balagué²,
German Las Heras³**

1 Metgessa Resident Medicina Família. ABS Martorell.

2 Metge Família. ABS Martorell.

3 Metge Hematòleg. Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.

Correspondència:

Lluís Esteve i Balagué

ABS Martorell

Av. de les Mancomunitats Comarcals, 9

08760 Martorell

Adreça electrònica: llesba@wanadoo.es

Publicat: 1 de juny de 2009

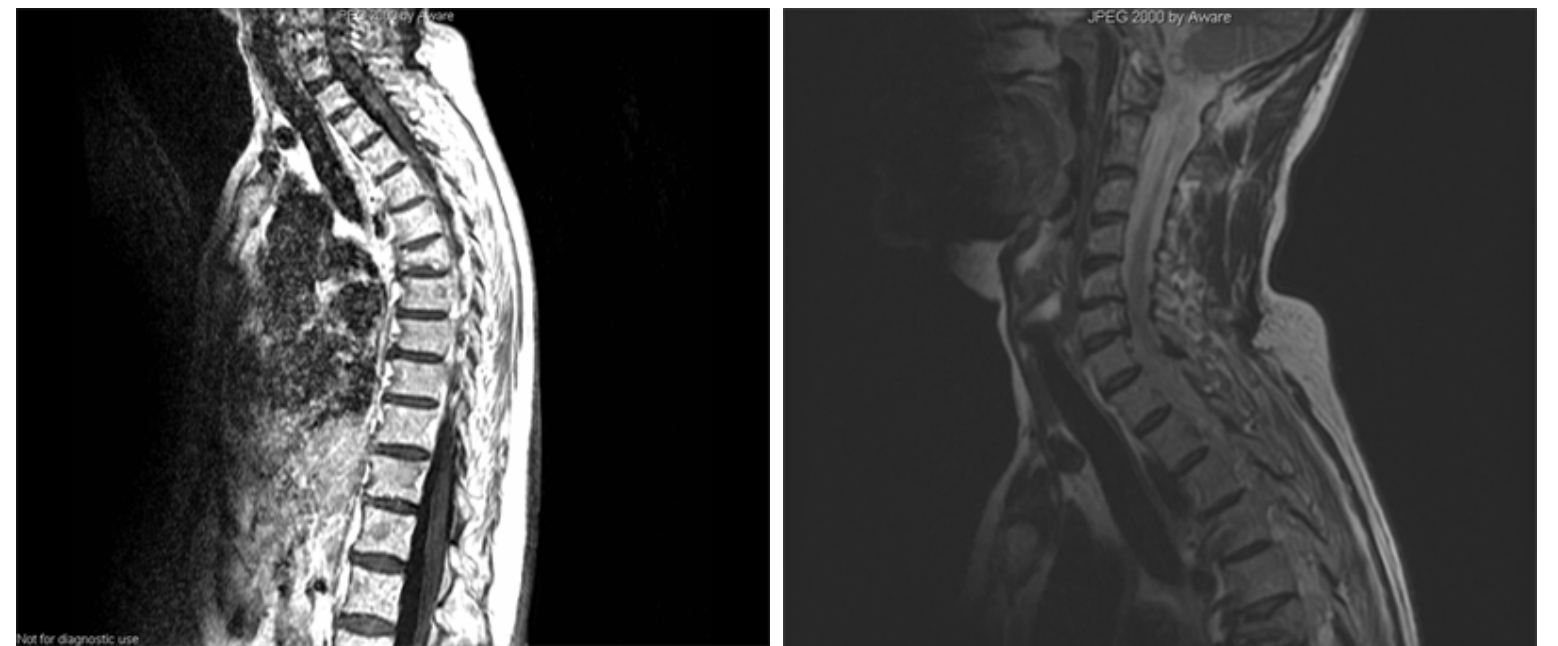
Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss2/1/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Introducció
La fractura vertebral és una patologia freqüent en dones postmenopàusiques, en aquest segment d'edat la causa principal és l'osteoporosi. Hi ha, però, altres etiologies que hem de tenir presents a l'hora de fer un diagnòstic correcte.

Descripció del cas
Dona de 60 anys d'edat, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, ni hàbits tòxics), amb antecedents patològics de: lumbàlgies de repetició amb degeneració discal i protusió global a nivell de L4-L5, psoriasi, síndrome d'Ehlers-Danlos, estat menopàusic climàtic, gastritis, apendicectomia, lligadura de trompes.
La pacient consulta per dorsàlgia intensa d'aparició sobtada i característiques mecàniques de 2-3 setmanes d'evolució, amb irradiació a tòrax anterior en hemicinturó, sense antecedent traumàtic conegut i cap altra simptomatologia acompanyant, que no millora amb paracetamol.
A l'exploració presenta bon estat general, està conscient i orientada, normocolorejada i normohidratada, eupnèica en repòs. S'objectiva contractura muscular a nivell paravertebral dorsal de predomini esquerre, amb dolor a la palpació que augmenta amb la mobilització de la columna dorsal i sense dèficits sensitius ni motors. La tensió arterial i la freqüència cardíaca són normals, així com l'auscultació cardiorespiratòria. L'electrocardiograma no demostra alteracions.
Davant d'aquesta clínica es demana una radiografia de columna dorsal en la que és pot veure osteopènia, cifoscoliosi i deformitat dorsal mitja amb reducció anterior a D6.
Amb la sospita diagnòstica fractura vertebral osteoporòtica, s'inicia tractament amb ibuprofè, bifosfonats i calci oral.
Després d'una setmana com la pacient no millorava, es va sol·licitar una RMN de columna dorsal i una anàlítica amb hemograma, VSG, bioquímica, proteinograma, immunoglobulines i orina de 24 hores.
La RMN de columna dorsal (**figures 1 i 2**) informa d'una fractura encunyament del cos vertebral D6 i parcialment de plataformes vertebrales superiors de D5, així com presència de múltiples lesions focals hipodenses (en seqüència, T1) als diferents cossos vertebrales de la columna dorsal. La captació del contrast endovenós obliga a descartar en primer terme secundarisme ossi, per la qual cosa es demana una gammagrafia òssia. Aquesta revela múltiples imatges osteogèniques a raquis i arcs costals bilaterals suggestives d'afectació òssia metastàsica.



L'anàlítica de sang de la pacient mostra: VSG 134 mm/h, leucòcits 5,60x10⁹/L, hemoglobina 105 g/L, VCM 88,4 fL, HCM 29,1 pg, plaquetes 189x10⁹/L, fórmula leucocitària sense alteracions. Creatinina 0,8 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 4,1 mEq/L, Calci 2,59 MMOL/l, perfil hepàtic normal. Proteïnes 104 g/L. Proteinograma: albúmina 33,1%, α 1-Globulines 4,1%, α 2-Globulines 8,9 %, β -Globulines 50,9%, g-Globulines 3%, albúmina/globulina 0,50. PCR 0,24 mg/L. Amb banda monoclonal en la zona de les β -globulines i un component monoclonal de 37 g/L. Immunoglobulina A 7,86 g/L, immunoglobulina G 3,07 g/L, immunoglobulina M 0,28 g/L. En l'orina de 24 hores s'objectiva una excreció de calci de 604,4 mg/24h, fosfat 1 g/24h, proteïna 0,1 g/24h. No es va detectar banda monoclonal en orina Per tant, es detecta una banda monoclonal que la immunofixació plasmàtica identificà com Ig A Lambda.
Davant dels resultats de les proves complementàries i amb la sospita diagnòstica de mieloma múltiple, es va remetre la pacient a l'hospital de referència on es realitzà un aspirat de medul·la òssia que va confirmar el diagnòstic. Es va iniciar tractament amb poliquimioteràpia alternant VBCMP/VBAP amb l'intenció de fer autotrasplantament de progenitors hematopoètics al finalitzar el tractament quimioteràpic. En la reavaluació feta després de la recol·lecció de progenitors, quan la pacient ja havia rebut quatre cicles de quimioteràpia, es va constatar una resposta subòptima al tractament, motiu per qual es va decidir canviar l'esquema i administrar dos cicles de lenalidomida amb dexametasona abans de l'autotrasplantament.

Discussió
Tot i que existeixen diferents causes, l'etiologia més freqüent de fractura vertebral no traumàtica, és l'osteoporosi i, en segon lloc, els processos neoplàsics (mieloma múltiple o metastasis de tumors sòlids). A la **taula 1** s'exposen les causes més freqüents de fractures vertebrales no traumàtiques.

TAULA 1. Causes de fractura vertebral no traumàtica
Osteoporosi primària
Neoplàsies (mieloma múltiple, metastasis de tumor sòlid)
Infeccions
Malaltia de Paget
Osteomalàcia
Angiomes
Hiperparatiroidisme
Hipertiroidisme
Tractament amb glucocorticoides

Per tal de fer un diagnòstic etiològic correcte, cal realitzar un interrogatori sistemàtic, complet i ordenat, per conèixer la història del dolor i si hi ha simptomatologia acompanyant:

- Si el dolor és agut i intens (≤ 6 setmanes), cal sospitar una fractura vertebral recent; si el dolor és insidiós, cal pensar en una fractura de temps d'evolució.
- Si s'acompanya de símptomes o signes constitucionals (pèrdua de pes, anorèxia, astènia, anèmia...), cal pensar en una malaltia subjacent neoplàsica.
- Si presenta signes de lesió neurològica, hem de sospitar patologia tumoral o altres causes, ja que és excepcional en osteoporosi.

Existeixen senyals d'alerta que faran sospitar que hi ha una malaltia subjacent potencialment greu, els quals s'exposen a la **taula 2**.

TAULA 2. Signes d'alarma de malaltia neoplàsica

Clínic	Radiològics	Analítics
Edat menor a 50 anys	Fractura/aplastament per sobre T6	Anèmia
Antecedent de càncer	Una sola vèrtebra afectada, sent la resta normals	VSG elevada
Dolor que empitjora en repòs o a la nit	Vèrtebres afectades molt nombroses	Hipercalièmia
Síntomes constitucionals (astènia, anorèxia, pèrdua de pes inexplicada...)	Desaparició de pedicles o lisi del cos vertebral	Fosfatasa alcalina elevada Hipercalcúria
Signes de lesió neurològica, radicular o medul·lar		Augment de les proteïnes totals

Les proves complementàries necessàries per realitzar una correcta orientació diagnòstica són: 1) Radiografia simple de columna (front i perfil), 2) Anàlítica de sang: hemograma, VSG, perfil bioquímic (creatinina, transaminases, LDH, fosfatasa alcalina, calci, fòsfor), proteinograma, hormones tiroïdals, PTH i 25-hidroxivitamina D, 3) Estudi bàsic d'orina, calciúria, 4) TC/RMN (les imatges de fractura d'etiologia tumoral són hiperintenses en la seqüència T2), 5) Gammagrafia òssia, 6) Biòpsia òssia.

El 70% dels pacients amb mieloma múltiple pateixen dolor ossi, que sol afectar a l'esquena i a les costelles, i empitjora amb el moviment.

Les lesions òssies són múltiples, lítiques i rara vegada s'acompanyen d'una resposta osteoblàstica, per la qual cosa les gammagrafies òssies resulten menys útils que les radiografies.

Les cèl·lules tumorals produeixen citoquines activadores dels osteoclasts, el que origina una substancial mobilització del calci, hipercalièmia (amb la seva simptomatologia) i hipercalcúria.

Existeix anèmia en el 80% dels pacients, relacionada amb mieloptisi i amb l'inhibició de l'eritropoesi per productes tumorals.

La tríada clàssica de presentació del mieloma múltiple inclou: 1) plasmacitosi medul·lar >10%, 2) lesions osteolítiques i 3) component monoclonal (proteïna M) en sèrum o orina.

Així doncs, ens trobem davant un cas que difereix lleument de la presentació típica de mieloma múltiple, ja que la gammagrafia òssia és reveladora de patologia subjacent, i ho fa en forma de múltiples lesions osteogèniques, en comptes de lesions osteolítiques. A més, la RMN revela la presència de múltiples lesions focals hipodenses, quan en principi les fractures tumorals són hiperintenses en seqüència T2. Tot i així, les característiques del dolor ossi que presenta aquesta pacient, a l'igual que les alteracions analítiques detectades, sí que concorden amb les del mieloma múltiple.

Com a conclusió podem dir que a les consultes d'atenció primària, tot i que sabem que la causa més freqüent de dolor de columna vertebral no traumàtic en pacients dones majors de 60 anys és l'osteoporosi, no hem d'oblidar mai altres possibles etiologies, i per aquest motiu hem d'utilitzar tots els recursos necessaris per assegurar un diagnòstic correcte.

Bibliografia

1. Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson. Harrison Manual de Medicina 16a edició. Lumbàlgia i cervicàlgia; Neoplàsies malignes limfòides.
2. Riancho Moral, González Macías. Manual Práctico de Osteoporosis y Enfermedades del Metabolismo Mineral 2004. Aplastamiento vertebral.
3. Bordas, Forcada, García, Joaniquet, Pellisé, Mazeres, Prat, Romera. Direcció clínica en l'atenció primària. Guies de pràctica clínica i material docent 2004. Patologia de la columna lumbar en l'adult.
4. Harousseau JL, Dreyling M; ESMO Guidelines Working Group. Multiple myeloma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2008 May;19 Suppl 2: 55-7.
5. Anderson KC, Alsina M, Bensinger W, Biermann JS, Chanan-Khan A, Comenzo RL, De Castro CM, Djulbegovic B, Farag S, Huff CA, Meredith R, Schriber J, Shrieve D, Singhal S, Smith MR, Stockerl-Goldstein K, Vose JM, Weber D, Yahalom J, Yunus F; National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Multiple myeloma. Clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2007 Feb;5(2):118-47.
6. Related Articles, LinksDurie BG, Kyle RA, Belch A, Bensinger W, Blade J, Boccadoro M, Child JA, Comenzo R, Djulbegovic B, Fantl D, Gahrton G, Harousseau JL, Hungria V, Joshua D, Ludwig H, Mehta J, Morales AR, Morgan G, Nouel A, Oken M, Powles R, Roodman D, San Miguel J, Shimizu K, Singhal S, Sirohi B, Sonneveld P, Tricot G, Van Ness B; Scientific Advisors of the International Myeloma Foundation. Myeloma management guidelines: a consensus report from the Scientific Advisors of the International Myeloma Foundation. Hematol J. 2003;4(6):379-98.