



## P-094 - UN HUESO NADA DURO DE ROER

M.P. Carlos González, N. Ovalle González, R. Segura Granda, R. López Sánchez, J.L. Cepeda Blanco y R. Ferrero Osher

Servicio Cántabro de Salud.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 54 años que consulta por aumento de volumen de extremidad inferior izquierda de 24 horas de evolución sin traumatismo previo ni sintomatología acompañante. AP: Paraplejía secundaria a sección medular de origen traumático tras accidente de tráfico hace 12 años. Sin tratamiento farmacológico.

**Exploración y pruebas complementarias:** T: 36,2 °C, TA: 120/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, SatO<sub>2</sub>: 98%. Exploración de EEI: Aumento del volumen con edema con fovea desde 1/3 distal del muslo. No cutánea ni cambios en la coloración. No signos de insuficiencia venosa crónica. No alteración de temperatura. No crepitación a la palpación. Dolor y movilidad no explorada por patología de base del paciente. Pulso pedio presente. Ante la sospecha clínica alta de una trombosis venosa profunda (TVP) se deriva al hospital de referencia para completar estudio. Se realiza: hemograma y bioquímica, normal. Dímero D: 650. Eco doppler: ausencia de signos de TVP. Se objetiva disrupción en la diáfisis del fémur. Rx fémur: fractura de la diáfisis del fémur de EII.

**Juicio clínico:** Fractura patológica de fémur de EII en paciente con lesión medular.

**Diagnóstico diferencial:** Las fracturas patológicas en pacientes con lesión medular suele ser un diagnóstico tardío por la ausencia de antecedente traumático y dolor. Clínicamente puede cursar de forma asintomática o presentar signos como: deformación de la articulación y alteración cutánea. Esto obliga a hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades tales como: patología venosa, Infecciones y tumores. El diagnóstico de confirmación se obtiene mientras prueba de imagen (Rx en muchos casos) mientras que el tratamiento suele ser la inmovilización de la extremidad hasta la consolidación de la misma.

**Comentario final:** La aparición de fracturas sin antecedente traumático en pacientes con lesión medular es un hallazgo frecuente. Las fracturas suelen localizarse en los huesos situados por debajo del nivel de la lesión medular. La lesión medular se asocia a una rápida pérdida de masa ósea. Hasta un 60% de los pacientes con paraplejía tienen osteoporosis. La etiopatogenia es desconocida. Se postula un origen multifactorial en el que intervienen: el metabolismo del calcio, la ausencia de carga, la desregulación del sistema nervioso simpático y mecanismos hormonales. Además, factores como la edad, el nivel de la lesión medular, el grado de espasticidad y el tiempo de evolución de la enfermedad favorecen la osteoporosis. Con todo esto, se concluye que la osteoporosis es una complicación de la lesión medular que se asocia con un riesgo aumentado de fracturas. Por ello debe

tenerse en cuenta la posibilidad de una fractura en pacientes con lesión medular que presenten tumefacción y signos de inflamación a nivel de las extremidades sin antecedente traumático. Se recomienda un estudio de osteoporosis en pacientes con lesión medular para iniciar tratamiento específico y evitar este tipo eventos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jiang SD, Dai LY, Jiang LS. Osteoporosis after spinal cord injury. *Osteoporos Int.* 2006;17:180.
2. Maïmoun L, Fattal C, Micallef JP, et al. Bone loss in spinal cord-injured patients: from physiopathology to therapy. *Spinal Cord.* 2006;44:203.