

Fracturas Vertebrales: ¿Son Inocuas?

Carlos Fuentealba P.

Reumatología, Hospital San Borja - Arriarán
Medicina, U. de Chile - Campus Centro, Santiago

Resumen

La masa ósea disminuye y el riesgo de fracturas aumenta con la edad, especialmente en la posmenopausia. Las fracturas vertebrales son las fracturas osteoporóticas más frecuentes, y se asocian a deformidad de columna, reducción de estatura, dolor de espalda, dificultad respiratoria, morbilidad y mortalidad aumentadas; y pueden predecir futuras fracturas vertebrales y de cadera.

Palabras clave: Fracturas vertebrales, osteoporosis, factores de riesgo.

Vertebral Fractures: Are Harmless?

Summary

Bone mass declines and the risk of fractures increases as people age, specially in postmenopausal women. Vertebral fractures are the most frequent osteoporotic fractures and associated to spine deformity, height loss, back pain, impaired breathing, increased morbidity and mortality; and predict future spine and hip fractures.

Key words: Vertebral fractures, osteoporosis, risk factors.

Las fracturas vertebrales (FV) corresponden a deformidades de los cuerpos vertebrales en la imagen de columna lateral (Figura 1). Se caracterizan de acuerdo a su forma, y son la manifestación más frecuente de osteoporosis.

Se estima que en EE.UU. anualmente ocurren 700.000 FV torácicas y lumbares sobre un total de 1,5 millón de fracturas osteoporóticas anuales.⁽¹⁾

Generalmente son diagnosticadas clínicamente cuando un paciente consulta por dolor de espalda, y la radiografía de columna revela fractura de un cuerpo vertebral, más frecuentemente en la región mediotorácica o en la zona de transición toracolumbar.

Las FV tienen mayor incidencia en mujeres.^(2,3) Sin embargo, muchas FV no captan la atención médica.

Clínicamente se diagnostican sólo un cuarto a un tercio de las FV radiográficamente incidentes.^(4,5)

Las FV radiográficamente prevalentes están discretamente asociadas con dolor de espalda. La probabilidad de dolor de espalda, disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y diagnóstico clínico aumentan con la severidad y número de fracturas.⁽⁶⁻⁸⁾ La discapacidad relacionada con FV puede ser mayor en fracturas lumbares que en las fracturas torácicas.^(6,7)

En adultos mayores las FV se asocian con mayor riesgo de muerte, lo que se debe en gran parte a las condiciones subyacentes asociadas con FV y muerte.⁽⁹⁾

La presencia de una FV aumenta el riesgo de fracturas subsiguientes⁽¹⁰⁾ y debería considerarse en decisiones de terapia que reduzcan el riesgo de FV.

La primera FV en mujeres ocurre generalmente varios años después de la menopausia.

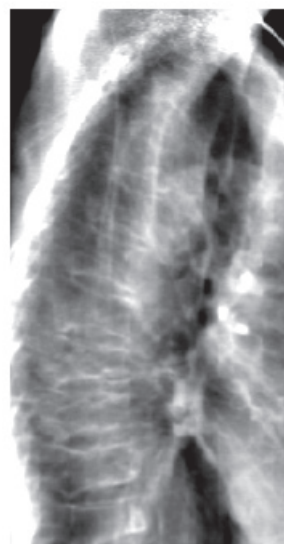


Figura 1. Fracturas vertebrales: radiografía columna dorsal lateral.

FACTORES DE RIESGO EN FRACTURAS VERTEBRALES (TABLA 1).⁽¹¹⁾

Diagnóstico

Anamnesis y examen físico pueden sugerir la posibilidad de FV clínica, pero el diagnóstico debe

Correspondencia: cfuentea@gmail.com

confirmarse con estudio de imágenes de columna. Frecuentemente la radiografía de tórax lateral incidentalmente revela FV, pero, a menudo, tal información no es reportada por el radiólogo o no es considerada por el médico tratante.

La radiografía de columna lateral torácica y lumbar es el estándar para valoración de FV.

Existen métodos cualitativos y cuantitativos para adjudicar una FV. El método semicuantitativo de Genant y cols.⁽¹²⁾ actualmente es el más usado, y considera forma vertebral, grado de reducción de altura vertebral a nivel anterior, medio o posterior.

En mujeres posmenopáusicas con T scores entre -1,5 y -2,4 en las que el beneficio del tratamiento farmacológico es incierto, la identificación de FV prevalentes puede cambiar el tratamiento.

La tomografía computada, resonancia magnética y cintigrama óseo se aconsejan para pacientes en que se necesita información adicional o diferenciar fracturas osteoporóticas de fracturas patológicas.

**TRATAMIENTO (TABLA 2)
FRACTURAS VERTEBRALES. HECHOS CLAVE:**

- Fractura osteoporótica más frecuente
- Frecuentemente indolora
- Evolución insidiosa, naturaleza progresiva
- Asociada con: deformidad de columna, reducción de estatura, dolor de espalda, dificultad respiratoria, morbilidad y mortalidad aumentadas
- Predictora de futuras fracturas vertebrales y de cadera.

**Tabla 1.
Factores de Riesgo de Fracturas Vertebrales**

<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Fractura previa • ≥ 1 Caídas • Inactividad • Tabaquismo actual • Corticoterapia • EPOC • Artritis Reumatoide • Enfermedad de Crohn • Índice de masa corporal disminuido • Disminución de estatura ≥ 4 cm. Desde los 25 años • Hipercifosis dorsal.
--

**Tabla 2.
Tratamiento de Fracturas Vertebrales**

<p>Manejo del Dolor: reposo (dolor severo), analgésicos (paracetamol, tramadol, narcóticos), AINE, lidocaína transdérmica, medicamentos dolor neuropático, calcitonina nasal</p>
<p>Rehabilitación: ortesis de columna FV aguda (primeras 6 semanas), ejercicios</p> <p>Calcio oral ≥ 1.000-1.200 mg/día + Vitamina D ≥ 600-800 UI/día</p>
<p>Farmacoterapia: riesgo de fracturas subsecuentes FV no resultantes de trauma mayor o cáncer, sin considerar signos asociados o el T score: bifosfonatos (alendronato, ibandronato, risedronato, ácido zoledrónico), raloxifeno, teriparatide, denosumab, ranelato estroncio, calcitonina</p> <p>• Otros (controversiales): vertebroplastia, cifoplastia.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riggs BL, Melton LJ III. The worldwide problem of osteoporosis: insight afforded by epidemiology. *Bone* 1995; 17:Suppl:505S-511S.
2. Cooper C, Atkinson EJ, O’Fallon WM, Melton LJ III. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989. *J Bone Miner Res* 1992; 7:221-7.
3. Van der Klift M, de Laet CE, McCloskey EV, et al. Risk factors for incident vertebral fractures in men and women: the Rotterdam study. *J Bone Miner Res* 2004; 19(7):1172-80.
4. Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, et al. What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? *J Bone Miner Res* 2005; 20:1216-22.
5. Ettinger B, Black DM, Nevitt MC, et al. Contribution of vertebral deformities to chronic back pain and disability. *J Bone Miner Res* 1992; 7:449-56.
6. Silverman SL, Minshall ME, ShenW, Harper KD, Xie S. The relationship of health-related quality of life to prevalent and incident vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis: results from the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation Study. *Arthritis Rheum* 2001; 44:2611-9.
7. Fink HA, Ensrud KE, Nelson DB, et al. Disability after clinical fracture in postmenopausal women with low bone density: the Fracture Intervention Trial (FIT). *Osteoporos Int* 2003; 14:69-76.
8. Nevitt MC, Ettinger B, Black DM, et al. The association of radiographically detected vertebral fractures with back pain and function: a prospective study. *Ann Intern Med* 1998; 128:793-800.
9. Ensrud KE, Thompson DE, Cauley JA, et al. Prevalent vertebral deformities predict mortality and hospitalization in older women with low bone mass. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:241-9.
10. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA III, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res* 2000; 15:721-39.
11. Ensrud KE, Schousboe JT. Vertebral Fractures. *N Engl J Med* 2011; 364:17:1634-42.
12. Genant HK, Wu CY, van Kujik C, Nevitt MC. Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. *J Bone Miner Res* 1993; 8:1137-48.