

FRACTURAS MÚLTIPLES COMO FRACASO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

González Lozoya, I. Gallach Sanchís, D. Cambrero Honrubia, I. Sánchez Cózar, L. Viejobueno Mayordomo C.

*Complejo Hospitalario de Albacete

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis determina una mayor susceptibilidad para sufrir fracturas que denominamos por fragilidad o de perfil osteoporótico. En estimaciones recientes se calcula una incidencia anual de aproximadamente 200.000 nuevas fracturas en nuestro país. (1)(2)

Habitualmente la clínica de presentación del paciente con osteoporosis es la fractura, es por ello que se ha considerado esta patología la epidemia silenciosa. Se estima que un 40% de los pacientes osteoporóticos fracturados se volverán a fracturar. Se han diseñado estrategias múltiples que pretenden minimizar la morbimortalidad de esta patología. (3)

OBJETIVO

Presentar un caso dínico de una paciente con múltiples fracturas como consecuencia del fracaso terapéutico en la osteoporosis, definir el mismo, así como revisar los posibles líneas de tratamiento para la patología osteoporótica.

MATERIAL Y METODO

Caso clínico

Mujer de 71 años que acude a urgencias por *dolor y tumefacción* en pie derecho tras torcedura. AP: osteoporosis en tto con alendronato desde 2007

Exploración física

Tumefacción importante, equimosis importante y dolor a la palpación en medio pie



RX



Osteosíntesis con tornillos y agujas de K

Entre los antecedentes personales de la paciente, destacan múltiples fracturas que se detallan a continuación:

2005 Fractura diafisaria de fémur D



2007 Fractura Subtrocanterea de fémur D



2012 Fractura rama iliopectínea D



2008 Fractura de húmero proximal D



2009 Fractura de radio distal I

RESULTADOS

Desde el año 2005 hasta el año 2016 fueron registradas un total de 6 fracturas en nuestro caso clínico, requiriendo intervención quirúrgica más del 50% de las mismas, con la consecuente morbimortalidad asociada.

Ante estos hallazgos se revisó el mecanismo de producción, siendo este baja energía en su totalidad, así como la etiología de las mismas, realizando, un nuevo estudio de marcadores óseos, que mostró niveles disminuidos de calcio y vit. D, y una nueva densitometría, cumpliendo criterios de empeoramiento de densidad ósea respecto de la previa, que junto con las múltiples fracturas confirmaron que nos hallábamos ante un caso con todos los criterios clínicos de fracaso terapéutico de osteoporosis. (1)



Herramienta de Cálculo

Por favor, responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años con OMS o con OMS.

país: **Reino Unido** Nombre/ID: _____

Cuestionario:

- Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento:
- Sexo: Hombre Mujer
- Peso (kg):
- Estatura (cm):
- Fractura previa: No Sí
- Fractura con Fractura de Cadera: No Sí
- Tratamiento Actual: No Sí
- Glucocorticoides: No Sí
- Anticácidos: No Sí

Sobre los Factores de riesgo:

10. Osteoporosis autoinmune: No Sí

11. Alcohol: 3 o más vasos por día: No Sí

12. Índice de Calidad (Puntaje):

13. Selección (OMS) (3):

Botón: **Calcular**

Así mismo se realizó una estimación del riesgo de fracturas con la herramienta FRAX® y se siguió el algoritmo de tratamiento recomendado por la sociedad española de Cirugía Ortopédica y Traumatología para instruar un nuevo tratamiento médico a la paciente (1)

Se optó por la suspensión de el tratamiento antiresortivo con bifosfonatos, y en sustitución se optó por la administración subcutánea diaria de teriparatida, análogo de la hormona paratiroidea con efecto osteoformador.

Actualmente la paciente mantiene una buena adherencia terapéutica, sin efectos adversos con una evolución favorable en los estudios de densidad y metabolismo óseo.

Figura 2 Algoritmo de identificación e indicación terapéutica.

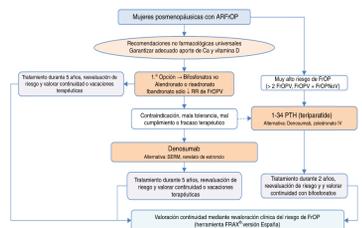


Figura 3 Algoritmo de tratamiento de mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fractura.

DISCUSIÓN

Ante un paciente con múltiples fracturas de perfil y etiología osteoporótica, debemos priorizar como objetivo la identificación de la falta de adherencia al tratamiento, ausencia del mismo, o el fracaso terapéutico, debiéndose realizar un nuevo estudio completo del metabolismo óseo, así como una estimación del riesgo de nuevas fracturas, para poder reajustar el tratamiento farmacológico y de este modo disminuir el riesgo de fracturas osteoporóticas, y por lo tanto, la morbimortalidad asociada a las mismas y la aparición de efectos adversos. (2)

CONCLUSIONES

En nuestro caso el estudio etiológico de la patología de base y las modificaciones en el tratamiento farmacológico fueron efectivos para frenar la recidiva de fracturas, así como la aparición de efectos adversos, permaneciendo la paciente asintomática. (2)