



# Una mujer de 68 años con dolor dorsal de reciente inicio

M. Sosa Henríquez, D. Hernández Hernández y J. Gómez Díaz

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Grupo de Investigación en Osteoporosis. Unidad Metabólica Ósea. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria.

## Exposición clínica inicial

Una mujer de 68 años consulta por presentar dolor dorsal. Se encontraba realizando una vida normal hasta una semana antes, cuando tras realizar un esfuerzo (levantar unas cajas), presentó bruscamente dolor localizado en la región dorsal, que no se alivió tras la ingestión de paracetamol. Acudió al servicio de urgencia, donde se le realizó una radiografía de columna dorso-lumbar, se le prescribió un relajante muscular y un analgésico, y se le remitió a nuestra consulta.

La paciente tenía antecedentes de depresión, considerada endógena y tratada con sertralina. Había acudido a urgencias 2 años atrás por un cólico nefrítico, comprobándose la existencia de cálculos renales por medio de una radiografía simple de abdomen. Hipertensa desde los 58 años, estaba bien controlada con una combinación de enalapril y nitrendipino. La menopausia se había producido de manera natural a los 50 años y no tenía antecedentes de fracturas.

La exploración física mostró una contractura muscular y dolor selectivo a la palpación a nivel de D12. El resto de la exploración física, incluida la tensión arterial, fue normal.

La paciente aportaba la radiografía realizada de urgencia (fig. 1), donde se observó una fractura vertebral localizada en D8.

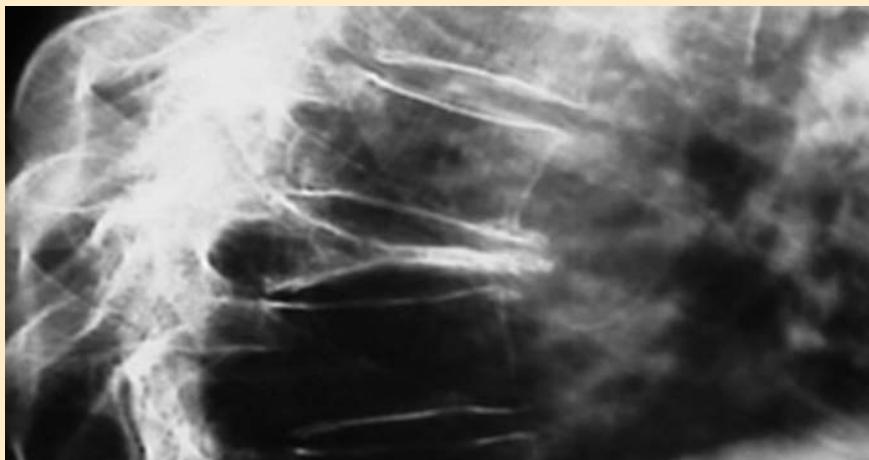


Fig. 1. Radiografía lateral de columna dorsal

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

## ¿Cuál es la sospecha inicial y cuáles son las pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico?

Se trata de una mujer postmenopáusicas de 68 años, que tras un esfuerzo ha sufrido una fractura vertebral, que se comprobó radiológicamente. La sospecha clínica inicial es la de osteoporosis complicada con una fractura vertebral.

Para confirmar la existencia de una osteoporosis es necesario realizar una determinación de la densidad mineral ósea, siendo preferible una densitometría radiológica dual en columna lumbar y en la extremidad proximal del fémur (EPF). Dado que la paciente tiene más de 65 años, los resultados más fiables los proporciona la EPF.

La densitometría de la paciente se muestra en la **figura 2**. Se observa que, tanto en la columna lumbar como sobre todo en la EPF, el valor de la puntuación T es inferior a -2,5, lo que permite confirmar el diagnóstico de osteoporosis.

## ¿Qué otras pruebas complementarias son necesarias realizar y por qué?

En una osteoporosis confirmada por densitometría y con fracturas debe descartarse o confirmarse la existencia de otra enfermedad subyacente y que la osteoporosis sea secundaria a este proceso. Una relación de posibles causas de osteoporosis se recoge en la **tabla 1**.

Para efectuar este diagnóstico diferencial es necesario interrogar de nuevo a la paciente y revisar la exploración física en búsqueda de síntomas y signos físicos sugerentes de la enfermedad de base. A continuación debe solicitarse una analítica general que incluya hemograma completo con velocidad de sedimentación globular, estudio bioquímico con función renal, función hepática e iones, así como un proteinograma y una orina de 24 horas, que incluya creatinina, fósforo, magnesio y calcio.

En el caso de nuestra paciente, los datos clínicos que nos llamaron la atención fueron la presencia de síndrome depresivo, hipertensión arterial y urolitiasis en una paciente con una osteoporosis y fractura vertebral. Todo ello es muy su-

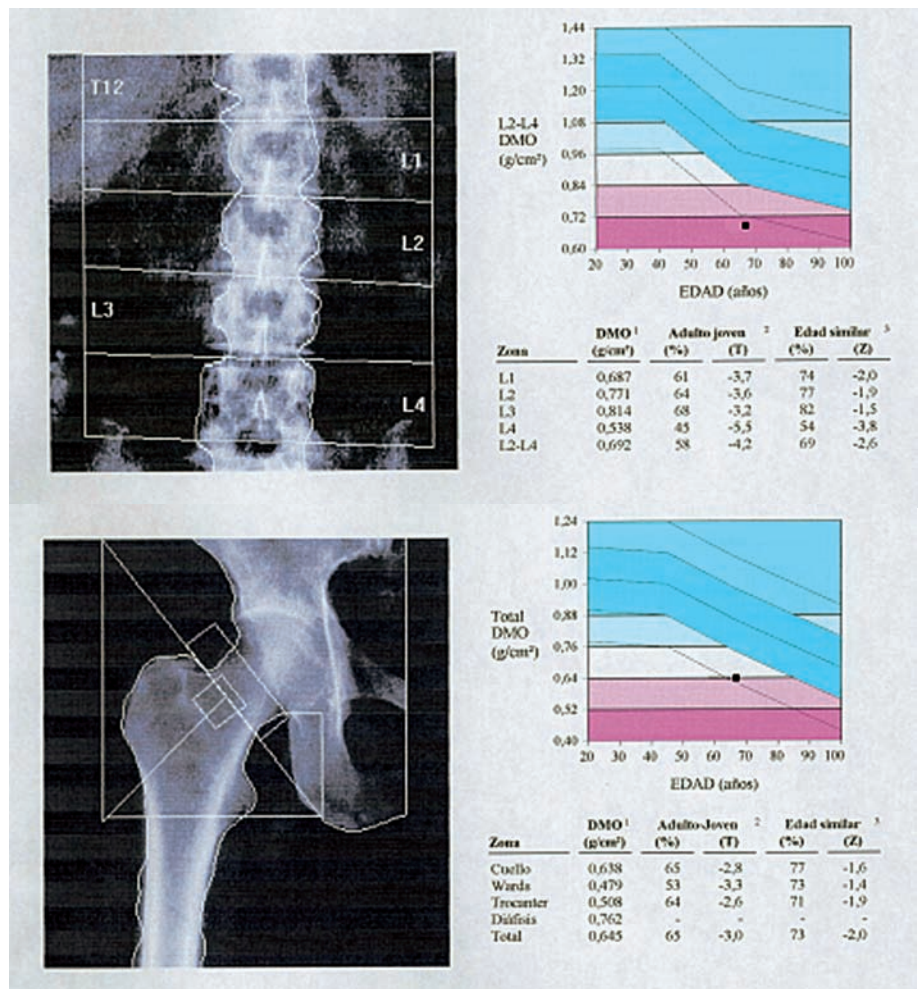


Fig. 2. Densitometría ósea de columna lumbar (L2-L4) y extremidad proximal del fémur.

gerente de la existencia de un hiperparatiroidismo primario.

La analítica fue normal, con la excepción de un calcio sérico de 11,2 mg/dl (11,4 mg/dl corregido con proteínas totales). Por ello se solicitó una determinación sérica de PTH que mostró una cifra de 125 pg/ml (normal hasta 65 pg/ml) y de 25-hidroxicalciferol (25-HCC) que mostró un valor de 20 ng/ml (normales).

## ¿Qué debe hacerse a continuación?

Con la sospecha clínica de hiperparatiroidismo primario debe solicitarse una gammagrafía de paratiroides. El resultado en nuestra paciente se muestra en la **figura 3**. Se observa la existencia de un adenoma paratiroideo.

TABLA 1

### Causas de osteoporosis secundarias

**Enfermedades endocrinas**  
 Hiperparatiroidismo primario  
 Hipertiroidismo  
 Enfermedad de Cushing  
 Diabetes mellitus tipo I  
 Hipogonadismos

**Enfermedades reumáticas**  
 Artritis reumatoide  
 Espondilitis anquilosante

**Enfermedades digestivas**  
 Enfermedad inflamatoria intestinal  
 Enfermedad celíaca  
 Patología gástrica crónica.  
 Gastrectomía  
 Insuficiencia pancreática  
 Enfermedad hepática crónica  
 Cirrosis biliar primaria

**Enfermedades renales**  
 Insuficiencia renal crónica

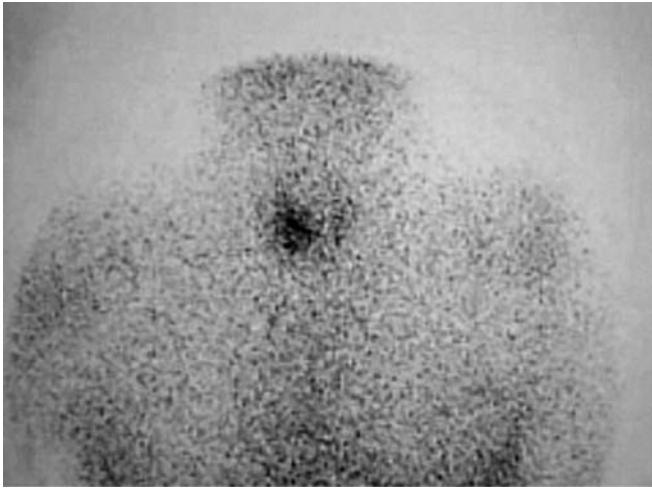


Fig. 3. Gammagrafía de paratiroides.

Completado el diagnóstico se consultó con el servicio de cirugía general. La paciente fue intervenida un mes después, extirpándosele un adenoma de paratiroides.

## Curso clínico

Después de la intervención quirúrgica, la calcemia se normalizó en las primeras 24 horas y la calciuria hizo lo mismo tras

72 horas. A la paciente se le indicó un tratamiento que incluía la realización de actividad física, caminar a diario una hora, realizar ejercicios de extensión, tomar un suplemento de calcio y vitamina D y un aminobifosfonato en administración semanal. Se le ofreció la posibilidad de vertebroplastia, que rechazó. Las cifras de tensión arterial están controladas, pero necesita mantener la medicación de fondo. El síndrome depresivo, por el contrario, está igual, incluso ha empeorado ligeramente tras el ingreso hospitalario y la intervención quirúrgica. Fue dada de alta hospitalaria y se citó por consultas externas para controles posteriores.

## Bibliografía recomendada

● Importante    ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología

Bilezikian JP, Brandi ML, Rubin M, Silverberg SJ. Primary hyperparathyroidism: new concepts in clinical, densitometric and biochemical features. *J Intern Med.* 2005;257:6-17.

Farnebo LO. Primary hyperparathyroidism. Update on pathophysiology, clinical presentation and surgical treatment. *Scand J Surg.* 2004;93:282-7.

Ruda JM, Hollenbeak CS, Stack BC Jr. A systematic review of the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism from 1995 to 2003. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;132:359-72.

Younes NA, Shafagoj Y, Khatib F, Ababneh M. Laboratory screening for hyperparathyroidism. *Clin Chim Acta.* 2005;353:1-12.