

Osteoporosis: Reconocimiento y divulgación de las fracturas vertebrales

La osteoporosis es un problema de salud pública serio. La incidencia de fracturas por osteoporosis aumenta con la edad. Debido al aumento de la esperanza de vida de la población mundial la proporción de gente mayor ha aumentado y esto condicionará que los costes financieros y humanos asociados a fracturas por osteoporosis se multipliquen de forma exponencial. Según la Fundación Internacional de Osteoporosis, más del 40% de mujeres de mediana edad en Europa sufrirán una o más fractura por osteoporosis durante el curso de su vida. Las fracturas vertebrales por osteoporosis son las que aparecen en edad más temprana, incluyendo fracturas de la cadera (1). Sin embargo, es difícil determinar su incidencia anual exacta, pues una proporción substancial carecen de manifestaciones clínicas (2).

Tanto las fracturas vertebrales sintomáticas como asintomáticas se asocian con aumento de la morbilidad (3) y de la mortalidad (4-6). Los síntomas clínicos de fracturas vertebrales incluyen dolor de espalda, movilidad limitada, pérdida de la altura, deformidad e incapacidad (6). La morbilidad que se asocia a las fracturas vertebrales incluye disminución de la función física y el aislamiento social, que tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente (7). La presencia de una fractura vertebral aumenta el riesgo de padecer una fractura vertebral subsiguiente en cinco veces (8). De las mujeres que tienen una fractura vertebral reciente por osteoporosis el 20% presentarán una nueva fractura en el plazo de los 12 meses próximos (9).

Puesto que la mayoría de fracturas vertebrales por osteoporosis no acuden a la visita clínica, el diagnóstico radiológico se considera la mejor manera para identificar y confirmar su presencia. (10). La severidad de fracturas vertebrales se puede determinar visualmente mediante radiografías usando los criterios (SQ) semicuantitativos de gravedad desarrollados por Genant (11). En el método SQ visual (figura), basándose en el grado de pérdida de altura a cada vértebra se le asigna un grado de severidad de 0, 1, 2, o 3, correspondiendo a, no fractura, fractura mínima, moderada, o severa respectivamente.

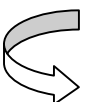
La severidad de la fractura se correlaciona con la intensidad del dolor y las limitaciones físicas de espalda que produce. (12). Las manifestaciones clínicas, la morbilidad y la mortalidad son más altas en pacientes con fracturas vertebrales más severas. Sin embargo, la presencia de cualquier fractura vertebral, incluso de esas clasificadas como mínimas o moderadas, aumenta el riesgo creciente de fracturas y de las consecuencias asociadas para la salud. Por lo tanto, la distinción radiográfica más importante está entre el normal, o no-fractura, y la fractura vertebral definida. Para realizar esta diferenciación y distinguir normal o deformidades vertebrales no traumáticas de las fracturas verdaderas, se debe poner atención en buscar los signos específicos de fractura. De vez en cuando, el uso de una proyección radiográfica adicional o gracias a un rastreo óseo isotópico, una tomografía computarizada o incluso una resonancia magnética ayudarán en el diagnóstico diferencial o nos aumentará la sensibilidad para la detección.

En resumen, el diagnóstico radiográfico se puede utilizar para identificar la presencia de las fracturas vertebrales por osteoporosis, muchas de las cuales ocurren sin detección clínica. Todas las vértebras con fracturas definidas del platillo y/o aproximadamente disminuciones en la altura 20% o más y signos que indique fractura se deben informar como "fracturada" para evitar posibles ambigüedades. El seguimiento clínico apropiado, debe incluir el diagnóstico radiográfico precoz de la fractura vertebral, y una terapia apropiada, ambos ayudarán a prevenir la aparición de nuevas fracturas y el sufrimiento innecesario.

Correspondencia a: Profesor Harry K Genant a nombre de European Society of Skeletal Radiology, International Osteoporosis Foundation. harry.genant@oarg.ucsf.edu

- (1) Meunier PJ, et al. Clin Ther 1999; 21(6):1025-1044.
- (2) Riggs BL, Melton LJ3rd. Bone 1995; 17(5 Suppl):505S-511S.
- (3) Ettinger B, et al. J Bone Miner Res 1992; 7(4):449-456.
- (4) Kado DM, et al. Arch Intern Med 1999; 159(11):1215-1220.
- (5) Ensrud KE, et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48(3):241-249.
- (6) Nevitt MC, et al. Ann Intern Med 1998; 128:793-800.

- (7) Gold DT. Rheum Dis Clin North Am 2001; 27(1):255-262.
- (8) Melton LJ, et al. Osteoporos Int 1999; 10(3):214-221.
- (9) Lindsay R, et al. JAMA 2001; 285(3):320-323.
- (10) Genant HK, et al. J Clin Densitom 2000; 3(3):281-290.
- (11) Genant HK, et al. J Bone Miner Res 1993; 8(9):1137-1148.
- (12) Ross PD. Am J Med 1997; 103(2A):30S-42S.



Valoración visual semicuantitativa de las fracturas vertebrales

Normal

(grado 0)



Fractura por compresion



Mínima

(Grado 1, ~20-25%)



Fractura biconcava



Moderada

(Grado 2, ~25-40%)



Severa

(Grado 3, ~40%)

