

CASO CLÍNICO Nº 20 (SCLE CARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 62 años de edad con antecedentes de cirrosis hepática por hepatitis C postransfusional, hernia de hiato, hipertensión arterial y colecistectomía que ingresa desde el Servicio de Urgencias del Hospital por dolor en cadera izquierda de dos días de evolución e impotencia funcional para la deambulaci3n. No refiere antecedente traumático. De hecho, refiere que desde hace un a1o y medio apenas puede caminar, permaneciendo sentada la mayor parte del tiempo. Refiere un episodio doloroso similar al actual un mes antes, que mejor3 con fisioterapia. No se consignan otros dolores ni sntomas constitucionales.

En la exploraci3n ffsica, a la inspecci3n se observa que la actitud de los miembros inferiores era normal, con dolor inguinal espontáneo que aumentaba a la palpaci3n inguinal y, m3s, a las rotaciones de la cadera. La exploraci3n neurovascular distal fue normal. Una semana despu3s del ingreso el miembro estaba acortado y el dolor era m3s intenso.

La exploraci3n general revel3 un buen estado general, sin adenopatías periféricas. La exploraci3n de las mamas, t3rax y abdomen fue rigurosamente normal, sin objetivarse masas ni visceromegalias, que ratific3 el m3dico internista.

El resultado de las pruebas complementarias se resume en la tabla 1, incluyendo la de un nuevo estudio radiogr3fico que se realiz3 a la paciente una semana despu3s del ingreso, durante su estancia hospitalaria.

- Rx AP y axial de cadera derecha: ver figuras 1 y 2.
- TC de la cadera derecha: fractura del cotilo sin fragmentos encarcerados ni otras alteraciones intra3seas de inter3s (figura 3)
- TC t3raco-abdominal: cambios hepáticos compatibles con su cirrosis. No esplenomegalia ni otras alteraciones de inter3s, salvo un quiste cortical en el polo inferior del ri1on derecho.
- Gammagrafía 3sea de cuerpo entero: ver figura 4.
- Analítica:
 - Hemograma con VSG, bioquímica, pruebas reumáticas, pruebas de funci3n hepática: semiología de hepatopatía cr3nica. VSG 81. PCR 15,4 (0-5).
 - Marcadores tumorales: β 2-microglobulina 3,9 (0,8-2,2 mg/L), Ca 12.5 47,3 (0-35 UI/ml). Resto dentro de lmites normales.
 - Proteinograma: normal.
 - Cadenas ligeras kappa y lambda en orina de 24 horas: sin alteraciones.
- Rx AP cadera derecha (1 semana despu3s del ingreso): ver figura 5

Tabla 1

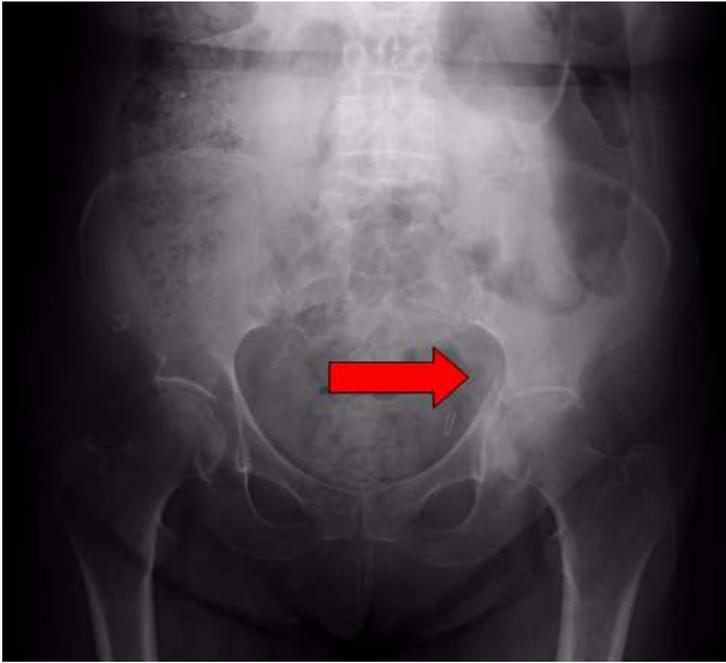


Figura 1



Figura 2

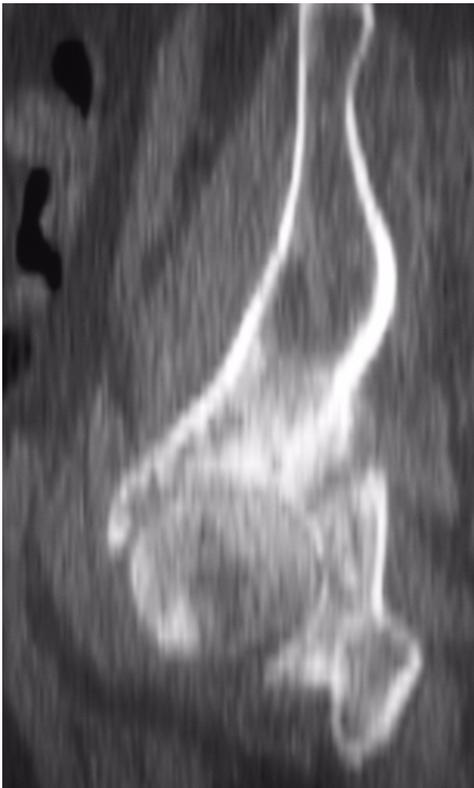


Figura 3



Figura 4



Figura 5

DIAGNÓSTICO

Fracturas patológicas osteoporóticas iterativas del cotilo y cuello femoral en paciente con hepatopatía crónica compensada.

TRATAMIENTO Y RESULTADO

Se realizó tratamiento sintomático, con algésicos y tracción blanda en el miembro inferior, con mala tolerancia por parte del paciente a esta última. A las 2 semanas se permitió el desencamamiento y la movilización pasiva de la cadera.

Un mes y medio después del ingreso la paciente estaba asintomática, si bien no podía caminar. La movilidad de la cadera era prácticamente normal y no era dolorosa. Se mantuvo la descarga del miembro hasta completar 3 meses. Tres meses más tarde podía desplazarse en casa con ayuda de un andador, sin dolor, continuando las revisiones rutinarias por su enfermedad basal.

DISCUSIÓN

Las fracturas se deben a la aplicación de fuerzas externas al hueso que exceden su resistencia. Según la energía del traumatismo que las causa se distinguen fracturas de alta y baja energía. Las de baja energía se deben a traumatismos menores repetidos cíclicamente (fracturas de estrés) o aplicados sobre huesos anormalmente débiles (fracturas patológicas o por insuficiencia). En este contexto, a veces se trata de fracturas espontáneas. Éste fue el caso de nuestro paciente.

Las fracturas patológicas espontáneas dependen fundamentalmente de la fortaleza del hueso, determinada por la cantidad y calidad del mismo. La causa más frecuente de la fragilidad es la osteoporosis. Cuando concurre en un paciente hepatópata el tratamiento preventivo de aquélla debe manejarse con precaución, insistiendo principalmente en las medidas de prevención primarias y terciarias. Las medidas farmacológicas deben considerarse bajo estricto control médico, sobre todo el de bisfosfonatos, que pueden facilitar úlceras y erosiones gástricas. No se instauró ninguno en el paciente objeto del estudio. Las fracturas fueron tratadas de forma acertadamente conservadora.

BIBLIOGRAFÍA

Kaplan FS, Hayes WC, Keaveny TM, Boskey A, Einhorn TA, Iannotti JP. Forma y función del hueso. En: Ciencias básicas en ortopedia. Edición española. Vol 1 (Simon SR, Ed). Barcelona: Medical Trens, SL, 1998:133-91.

Ramos L. Fracturas: clasificación, etiología, mecanismo y anatomía patológica. En: Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Cáceres E, Fernández A, Ferrández L, Gómez-Castresana F, Pérez-Caballer A, Rodríguez EC, coordinadores). Madrid: Editorial Médica Panamericana, SA, 2003:228-37.

Seeman E. Bone Quality. Advances in osteoporotic fracture management 2002;2:2-8.

SECOT. Formación SECOT en osteoporosis. Medical & Marketing Communications. Madrid. 2002.