

CASO CLÍNICO ACE

Mujer

Edad: 59 años

Natural y procedente de Bogotá

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Bachiller

Convive: Esposo, hijo, nuera

Religión: Cristiana

Motivo de consulta: Dolor lumbar

Enfermedad actual:

Paciente femenina de 59 años con cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en dolor lumbar de intensidad 10/10 no irradiado, que se exacerba con los movimientos y durante la última semana limita de manera importante la movilidad, asociado hace 10 días a deposiciones diarreas #20 al día, con rectorragia ocasional.

Durante estudio evidencian múltiples fracturas vertebrales por lo que interconsultan al servicio de endocrinología.

Antecedentes:

- Patológicos: Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerativa) desde los 18 años. Tromboembolismo pulmonar diagnosticado en junio de 2018.
- Farmacológicos: Mesalazina, Dalteparina desde junio de 2018 (Reacción alérgica a enoxaparina)
- Alérgicos: sulfasalazina (Rash cutáneo y exacerbación de síntomas intestinales). Enoxaparina
- Quirúrgicos: Conización cuello uterino hace 20 años. Reducción fractura radio izquierdo hace 5 años
- Traumáticos: Fractura radio izquierdo por caída de su propia altura
- Transfusionales: no refiere
- Ginecoobstétricos: G1P1V1, menopausia a los 34 años (no recibió terapia de reemplazo hormonal)
- Tóxicos: Índice tabaquico: 2 paquetes año hasta hace 20 años
- Familiares: Hermana síndrome de Sjögren, hermano enfermedad coronaria < 50 años

Exámen Físico

Buen estado general con signos vitales:

TA 106/70 mmHg - FC 100 lpm - FR 16 rpm

Talla 161 cm (Talla previa 165) Peso 45 Kg IMC 17.3 Kg/m²

Conjuntivas normocromicas, mucosa oral humeda, Bocio grado II, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, Ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando con leve dolor a la palpación en marco colico izquierdo, no se palpan masas ni megalias. Extremidades eutróficas, sin edemas, perfusión distal adecuada, Neurológico: Sin déficit motor o sensitivo. Dolor a la palpacion y percusion vertebral y paravertebral. No cifosis

Paraclínicos iniciales:

HemogrÁma: Leuc: $4.08 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neut: $2.43 \times 10^3/\mu\text{L}$, Linf: $1.36 \times 10^3/\mu\text{L}$, Monoc: $0.29 \times 10^3/\mu\text{L}$, HTO: 37.7 %, HB: 12.7g/dl, MCV: 85.3 fl, MCH: 28.7pg, MCHC: 33.7 g/dl, RDW: 22.3%, PLT: $269.000 \times 10^3/\mu\text{L}$.

BUN: 5.5 mg/dl, Creatinina: 0.64 mg/dl

Na: 139 mmol/L, K: 3.88 mmol/L

Radiografía de columna dorsal (AP y lateral)

Abombamiento central de los platillos terminales superiores de T9 y T10 con esclerosis de los mismos. Nódulo de Schmorl en T11.

Cambios por espondilosis incipiente de predominio en la columna lumbar, con osteofitos marginales laterales.

Actitud escoliótica dorsal de vértice derecho.

La altura de los espacios intervertebrales dorsales es normal, con presencia de esclerosis de los platillos intervertebrales T5-T6.

Signos de esclerosis facetaria en la transición dorsolumbar.

Apófisis espinosas, pedículos y elementos posteriores conservados.

La amplitud del canal central y de los forámenes es adecuada.

Radiografía de columna lumbosacra (AP y lateral).

Fractura bicóncava de L2 con pérdida de aproximadamente 20% de la altura del cuerpo vertebral.

Fractura por acuñamiento anterior de L3 con pérdida de aproximadamente 10% de la altura.

Fractura por aplastamiento de L4 con pérdida de aproximadamente 30% de la altura.

Fractura de L5, por aplastamiento, con pérdida de aproximadamente 25% de la altura del cuerpo vertebral.

Cambios espondilósicos multinivel con formación de osteofitos marginales laterales en la columna lumbar.

Cambios por artrosis facetaria y signos de osteocondrosis multinivel más prominente en L2-L3.

Anterolistesis L5/S1 grado I por espondilolisis.

Estenosis foraminal multinivel, moderada en L4-L5 y L5-S1 sin poder descartar compresión radicular.

Disminución generalizada de la densidad mineral ósea.

Conclusión: Múltiples fracturas vertebrales por insuficiencia. Cambios degenerativos espondilósicos, osteocondrósicos y de artrosis facetaria multinivel descritos, con estenosis foraminal moderada L4-L5 y L5-S1 sin poder descartar compresión radicular.

Anterolistesis grado I L5-S1 por espondilolisis.