

Caso clínico sobre trastornos del metabolismo óseo

Enrique Espinosa Urrutia,* María Fernanda Río de la Loza Cava**

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 56 años de edad, empleada de oficina (trabaja la mayor parte del tiempo frente a una computadora).

PA: Dolor crónico de un año de evolución de moderada a gran intensidad en la zona dorsal, predominantemente en región interescapular, que se presenta en forma cotidiana, se incrementa con esfuerzo físico y disminuye con calor y reposo pero sólo cede con la administración de analgésicos y relajantes musculares. Actualmente acude a consulta porque el dolor es constante e inclusive no logra conciliar el sueño. No hay síntomas acompañantes.

ANTECEDENTES

HF: Padre muerto por infarto del miocardio, madre finada por CA de CU con metástasis a columna.

Personales no patológicos: Vida sedentaria, tabaquismo positivo desde los 16 años de edad, fumando de 6 a 20 cigarros al día. Ingesta de café diariamente (6 tazas en promedio).

AGO: Menarca a los 11 años, GII, PII, FUP 25 agosto 1980. Salpingoclasia en 1981. Última menstruación hace seis años. Control ginecológico cada seis meses con revisión clínica, y determinación de nivel estrogénico en células vaginales. A los 52 años su ginecólogo indicó estrógenos por vía oral y posteriormente alendronato, pero la paciente sólo realizó el tratamiento por un periodo de cuatro meses debido a que notó incremento de peso en forma importante por lo que, por decisión propia, abandonó ambos tratamientos.

Patológicos: Histerectomía a los 54 años por miomatosis uterina. Resto sin importancia.

A la EF: Femenino de raza blanca, de edad aparentemente igual a la cronológica, de 1.60 de estatura, 51 kg, complejión delgada, con discreta cifosis dorsal que se corrige en forma activa, dolor a la digitopresión sobre zona in-

www.medigraphic.org.mx

* Cirujano Ortopédico, Hospital Río de la Loza.

** Médica Gineco-Obstetra, Hospital Río de la Loza.

Dirección para correspondencia:

Dr. Enrique Espinosa Urrutia

Alexander Von Humboldt No. 88-202 Lomas Verdes III Sección. 53120 Naucalpan Estado de México.
Correo electrónico: espinosa@doctor.com

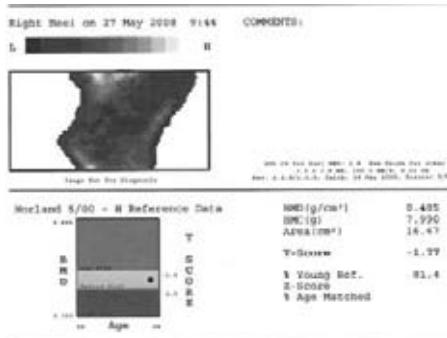
terescapular que se incrementa con la flexión y disminuye con la extensión.
Resto normal.



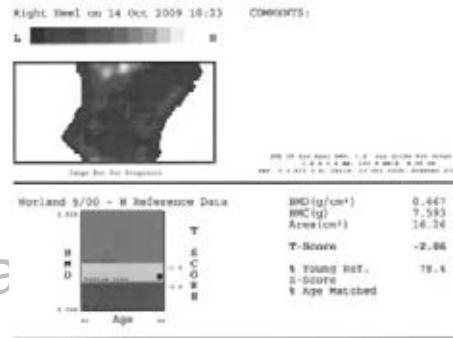
Figura 1. AP de columna dorsal.



Figura 2. Lateral columna dorsal.



THE VALUE OF BONE DENSITY TESTING: **LOW RISK OF FRACTURE:**
 A LOW RISK OF FRACTURE IS ASSOCIATED WITH A LOW RISK OF BONE LOSS.
 A HIGH RISK OF FRACTURE IS ASSOCIATED WITH A HIGH RISK OF BONE LOSS.
THE RESULTS MEAN:
 THE RISK OF BONE LOSS IS LOW.
 1. BASED ON THE NUMBER OF STANDARD DEVIATIONS (ONE STANDARD DEVIATION = ONE STANDARD DEVIATION FROM THE MEAN).
 2. BASED ON A 10-YEAR RISK FOR FRACTURE AS DEFINED BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).



THE ABSOLUTE VALUE OF INHERENT LINEAR THICKNESS	LOW RISK OF FRACTURE
THE HIGH RELATIVE VALUE OF AN INHERENT THICKNESS IS THE ADDITIONAL THICKNESS AND LINEAR THICKNESS OF THE BONE THAT HAS BEEN ADDED BY THE BONE-BUILDING PROCESSES THAT HAVE BEEN USED TO REPAIR THE BONES THAT HAVE BEEN DESTROYED.	A person who has a fracture due to the bone-building processes (osteoporosis).
THE ABSOLUTE VALUE OF INHERENT LINEAR THICKNESS	MEDIUM RISK OF FRACTURE
THE HIGH RELATIVE VALUE OF INHERENT LINEAR THICKNESS IS THE ADDITIONAL THICKNESS AND LINEAR THICKNESS OF THE BONE THAT HAS BEEN ADDED BY THE BONE-BUILDING PROCESSES THAT HAVE BEEN USED TO REPAIR THE BONES THAT HAVE BEEN DESTROYED.	A person who has a fracture due to the bone-building processes (osteoporosis).
THE ABSOLUTE VALUE OF INHERENT LINEAR THICKNESS	HIGH RISK OF FRACTURE
THE HIGH RELATIVE VALUE OF INHERENT LINEAR THICKNESS IS THE ADDITIONAL THICKNESS AND LINEAR THICKNESS OF THE BONE THAT HAS BEEN ADDED BY THE BONE-BUILDING PROCESSES THAT HAVE BEEN USED TO REPAIR THE BONES THAT HAVE BEEN DESTROYED.	A person who has a fracture due to the bone-building processes (osteoporosis).

Figura 3. Densitometría de calcáneo (2008).

Figura 4. Densitometría de calcáneo (2009).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

BH: Hb 16, Hc 35 VCM: QS: glucosa 100 mg/dl, urea 9.2 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl VSG 25 mm/hora. EGO: ámbar, cristalino, densidad 1.011 pH 5.9 leucos 1 x C, sedimento: escaso. Ca en sangre: 10.1 mg/dl, calcio en orina: 37 mg/2 h.

Gabinete: Ap y lateral de columna dorsal (*Figuras 1 y 2*).

Densitometrías: Se anexan densitometrías realizadas sobre calcáneo: 2008 (*Figura 3*) y 2009 (*Figura 4*).

CUESTIONAMIENTOS

1. Desde el punto de vista clínico, ¿cuál es su impresión diagnóstica?
2. ¿En qué datos la fundaría?
3. ¿Qué alteraciones encuentra en los estudios de gabinete?
4. ¿Éstos modificarían su impresión diagnóstica?
5. ¿Cuál sería su diagnóstico definitivo?
6. ¿Solicitaría algunos otros estudios para apoyar su diagnóstico?
7. ¿Qué esperaría encontrar en éstos?
8. ¿Qué sugerencias haría a esta paciente para modificar su estilo de vida?
9. ¿Qué tratamiento aplicaría en este caso?
10. ¿Cuál sería su fundamento?
11. ¿Qué pronóstico le daría a esta persona?