

# Dorsalgia en varón de 65 años

Mónica Diosdado Figueiredo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Valga. Pontevedra.

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 134-134

Paciente de 65 años con vida activa, sin antecedentes de interés ni tratamientos previos.

Acude a urgencias por dorsalgia a raíz de caída de una escalera de un metro de altura, motivo por el que acudió a urgencias hace 3 meses.

En la exploración física encontramos un paciente de 165cm, 69kg, IMC: 25,3 y cifosis dorsal.

En la radiografía dorsal y lumbar (en urgencias) se observa un aplastamiento vertebral dorsal bajo.

En la densitometría ósea nos encontramos lo siguiente:

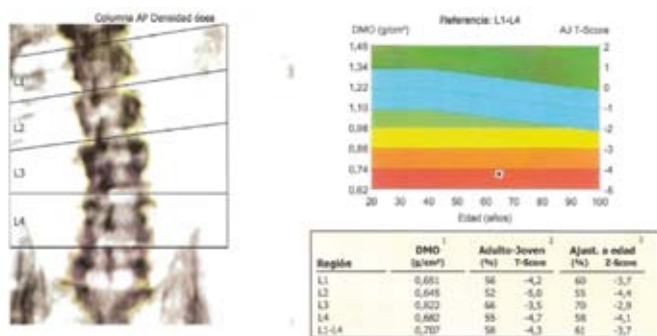


FIGURA 1

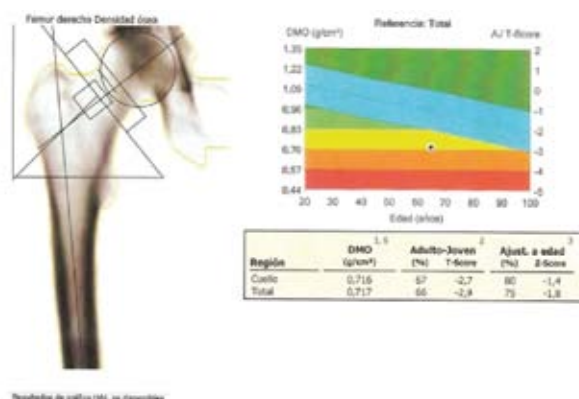


FIGURA 2

## PREGUNTAS

- ¿Cuál es el diagnóstico?
  - Osteoporosis leve
  - Osteoporosis moderada
  - Osteoporosis grave
  - Normal
- ¿Qué tratamiento recomendaríamos?
  - 800UI Vitamina D
  - Analgesia
  - Bifosfonatos VO
  - Todas

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DORSALGIA EN VARÓN DE 65 AÑOS

Este paciente presenta un aplastamiento vertebral traumático y además una osteoporosis severa, que predispone a este tipo de fracturas.

El tratamiento debemos basarlo en dos aspectos:

\* Para el aplastamiento vertebral:

- Tratamiento del dolor con analgésicos con o sin opiodes asociados.
- Prevención de caídas.
- Ejercicio físico regular aeróbico.

\* Para la osteoporosis:

- Bifosfonato vía oral; y calcio 1000 mg más Vitamina D a razón de 800UI, ambos diarios.

La osteoporosis es una enfermedad sistémica caracterizada por una resistencia ósea disminuida, debido a una disminución de la masa ósea y a un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo, que aumenta la fragilidad del mismo y como consecuencia aumenta la susceptibilidad para fracturas óseas.

Para su diagnóstico definitivo es necesario la medición de la masa ósea mediante DEXA (Dual Energy X-ray Absorciometry); que utiliza puntuaciones T-score, que comparan los resultados del paciente con una población joven sana comparable en raza y sexo.

Cualquier paciente con alteraciones vertebrales en la radiología indicativas de osteoporosis (osteopenia, fracturas vertebrales) ó una cifosis significativa debería hacerse un estudio de osteoporosis, aunque no es necesario esperar a su realización para iniciar tratamiento farmacológico.

Este paciente presenta una T-score entre -3,5 y -4,5 que corresponde a una osteoporosis severa. En este paciente aparte de actuar sobre la reducción de los factores de riesgo que pueda tener, se debe implantar un tratamiento con bifosfonato y calcio asociado a vitamina D en cantidades adecuadas, y la repetición de la medición de la masa ósea por densitometría con un intervalo de más de 23 meses (o más frecuentemente si estuviera justificado); recomendaciones de la FDA para las pruebas de densidad mineral ósea).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Dan L. Longo, Eugene Braunwald, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson: Osteoporosis. Principios de medicina Interna 16ª edición; 2496-2507
2. M.C.Amaya, M.M.Gómez, M.J.Martinez, J.M.Lendinez. Adecuación del tratamiento preventivo de fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopausicas. Semergen 2010;36(3):121-127
3. NICE technology appraisal guidance 161. Alendronate, etidronate, risedronate, raloxifene and strontium ranelate for secondary prevention of osteoporotic fragility fractures in postmenopausal women.2008.
4. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Guía de práctica clínica sobre osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica del SNS: AATRM N°2007/02.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO TORMENTA DE DOLOR

### DIAGNÓSTICO

Neuralgia occipital o neuralgia de Arnold.

### EXPLICACIÓN FINAL

Entendemos por neuralgia aquel dolor referido en el territorio de distribución de un nervio siendo el criterio más importante para su diagnóstico el espacial, la localización del dolor<sup>1</sup>.

La Neuralgia de Arnold es un síndrome doloroso en la zona de recorrido de los nervios occipitales mayor, menor y tercer nervio occipital.

El dolor puede desencadenarse con la presión en el punto de Arnold (punto de salida de C2), la extensión del cuello o la rotación hacia el lado doloroso.

Su etiología primaria es rara. La teoría sugiere un proceso inflamatorio del nervio occipital mayor o menor, debido a la contracción muscular crónica, provocando isquemia neural. Más comúnmente la neuralgia occipital se desarrolla posterior a un latigazo cervical o a una contusión occipital existiendo también otras causas de neuralgia occipital menos frecuentes (Tabla 1).