

ACTUALIZACIONES / Reviews

FRACTURAS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS: TRATAMIENTO INCRUENTO

María Cecilia Merlo,^{1*} Samuel Hernán Kees²

1) Centro Traumatólogo Uriburu; 2) Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

El tratamiento inicial de las fracturas vertebrales por osteoporosis es conservador. Su objetivo es calmar el dolor con drogas analgésicas y diferentes tipos de ortesis como el corsé en extensión de Jewett. El reposo en cama está indicado solamente al comienzo y se debe evitar la inmovilización prolongada. La fisioterapia (ejercicios) es una gran ayuda porque disminuye la pérdida ósea y mejora el estado del raquis disminuyendo el dolor y las deformaciones.

Palabras clave: fracturas vertebrales, inmovilización, ortesis, analgésicos, kinesiología.

Summary

OSTEOPOROTIC VERTEBRAL FRACTURES: CONSERVATIVE TREATMENT

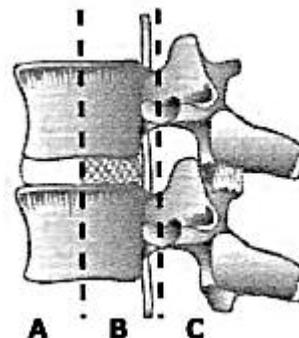
Initial treatment for osteoporotic vertebral fractures is conservative. Its goals are pain control with analgesic drugs or narcotic medication, and with various types of orthosis such as Jewett's extension brace. Bed rest is only indicated initially because prolonged immobilization must be avoided. Physical exercise is of great help because it decreases bone loss and improves the spinal balance, reducing pain and deformities.

Key words: vertebral fractures, immobilization, orthosis, analgesics, physical therapy.

Introducción

La movilidad global de la columna es la suma del movimiento de todos sus segmentos móviles. El segmento móvil (unidad funcional) está formado por dos vértebras adyacentes y por las partes blandas entre ellas (disco intervertebral). Cada unidad funcional está dividida a su vez en 3 regiones. La región anterior abarca la parte comprendida entre el ligamento vertebral común anterior hasta la mitad del cuerpo vertebral; la media, desde este punto hasta el ligamento vertebral común posterior y la posterior desde este segmento hasta el arco posterior inclusive (Figura 1). Esta división es importante porque la zona de mayor debilidad propensa a fracturarse es la región anterior, de allí la frecuencia de fracturas por acuñaamiento del cuerpo vertebral.

Figura 1. Concepto de las tres columnas: anterior (A), media (B) y posterior (C).



* Correo electrónico: ceciliamerlokees@gmail.com



Cuando un paciente presenta osteoporosis en su columna tiene como riesgo la fractura de uno o de varios cuerpos vertebrales. En general ocurren en la columna dorsal o lumbar.

Desde el punto de vista epidemiológico, las fracturas vertebrales que ocurren en las personas mayores presentan 3 características:

1. la incidencia aumenta con la edad.
2. son más frecuentes en mujeres.
3. se asocian habitualmente a traumatismos moderados.

El traumatismo implicado suele ser una caída sentada, pero también podría ser el resultado de un estornudo o de un acceso de tos.

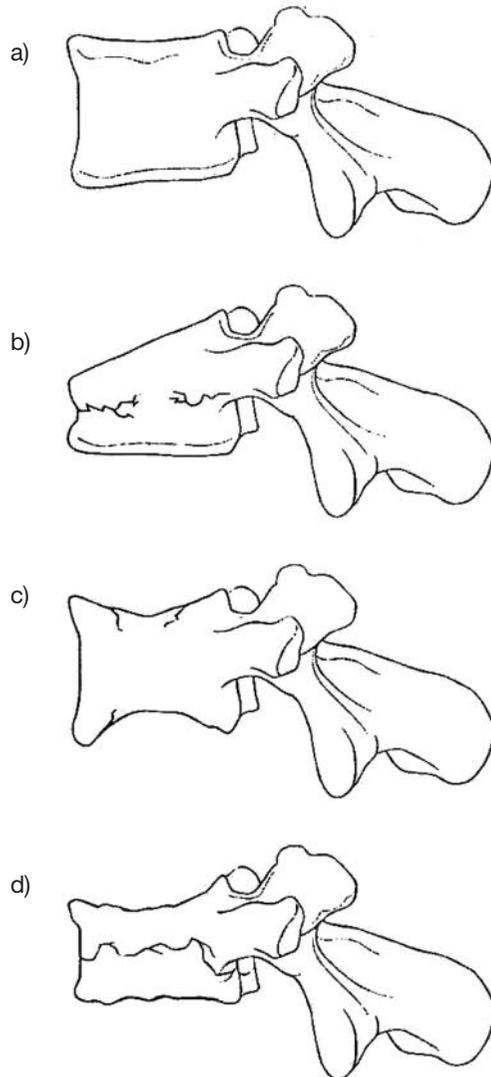
Dado que estas fracturas son consecuencia de un trauma de baja energía, ellas afectan una sola columna (la anterior) de las tres que componen la vértebra y por lo tanto entran en el grupo de las denominadas "fracturas estables". Las "fracturas inestables" son aquellas que interesan dos o las tres columnas de la vértebra y requieren por lo tanto un tratamiento quirúrgico.

Los síntomas clínicos son dolor moderado a severo que se exagera con los movimientos. También suele verse una cifosis aumentada cuando la fractura afecta varios cuerpos vertebrales (columna dorsal). Raras veces puede haber un compromiso neurológico como adormecimiento, parestesias o debilidad en los miembros inferiores.

En un paciente con una probable fractura de columna es imperativo realizar una radiografía en posición de frente y de perfil. Debemos pensar que la fractura se puede evidenciar a la semana o a los diez días; por lo tanto, de no efectuarse el diagnóstico de entrada es de buen proceder repetir los estudios radiográficos pasado ese lapso.

Las fracturas vertebrales pueden ser acuña-das, por aplastamiento o bicóncavas según la parte del cuerpo vertebral afectado, anterior, medio o total (Figura 2).

Figura 2. Tipos de fracturas vertebrales. a) vértebra normal, b) acuñaamiento anterior, c) vértebra biconcava, d) aplastamiento vertebral.



Hay casos en que a través de una radiografía no es posible tener un panorama real de la magnitud del traumatismo. Por ello, la tomografía axial computada (que nos permite evaluar la calidad ósea y el conducto raquídeo) puede ser una gran ayuda. También la resonancia nuclear magnética es de utilidad porque podemos descartar otra patología además de la osteoporosis (metástasis).

La mayoría de las fracturas por osteoporosis se tratan en forma incruenta.

Los objetivos del tratamiento son:¹

1. Disminuir el dolor.
2. Movilización temprana.
3. Conservación de la estabilidad sagital y coronal del raquis.
4. Prevención del compromiso neurológico tardío.

Etapa aguda

El tratamiento inicial es siempre conservador y está dirigido a controlar el dolor y mantener la alineación normal del raquis. Durante este período se prescriben medicamentos analgésicos hasta que el paciente pueda levantarse y no sentir dolor. Habitualmente se indican el paracetamol, el dextropoxifeno o incluso los opiáceos según la intensidad de las molestias. También se puede indicar calcitonina por vía nasal por sus efectos analgésicos y antirresortivos.

El reposo en cama y la limitación de las actividades son auto-impuestas por el paciente pero sólo debe permanecer recostado sobre un lecho plano durante no más de 1 a 2 semanas. Este reposo debe acompañarse de ejercicios respiratorios y activos de los miembros superiores e inferiores para evitar trombosis, atrofas musculares, atelectasias, etc.

El paciente puede sentir alivio también al recostarse en decúbito lateral con las caderas y rodillas flexionadas. Estos traumatismos se acompañan de contractura muscular paravertebral refleja por lo que es muy útil aplicar calor moderado mediante una bolsa de agua caliente o una almohadilla eléctrica térmica por 15-30 minutos varias veces al día.²

Luego de este período de reposo de 1 a 2 semanas se puede indicar un corsé o soporte tóracolumbar durante 3 a 4 meses (Figuras 3 y 4).

Figura 3. Corsé de Jewett (concepto de los tres puntos).

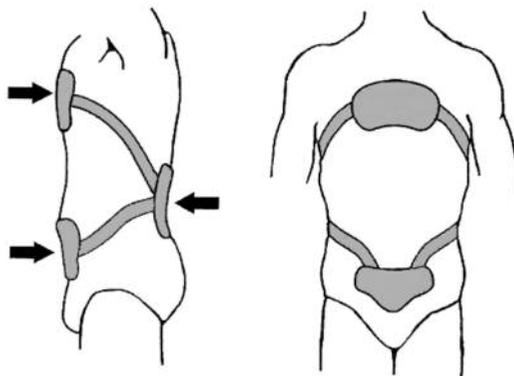
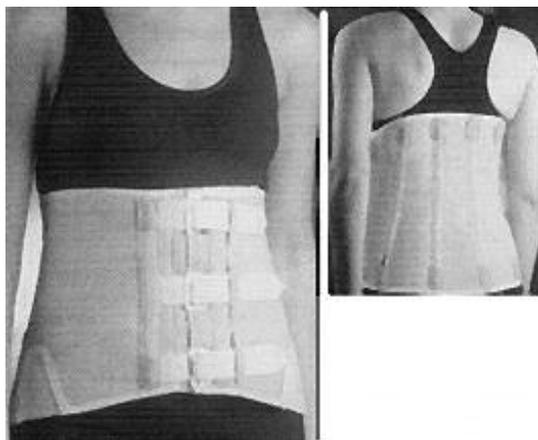


Figura 4. Corsé de Jewett.



El corsé en extensión de Jewett con tres puntos de fijación es fácil de colocar y ajustar, evita la restricción de la caja torácica y el dorso, permite la carga axial y tiene mayor aceptación por parte de la población geriátrica.³ Los tres puntos de fijación son el esternón y la parte anterior del pubis y sobre la mitad del raquis en la parte posterior. La mayoría son de aluminio. Debido a sus áreas de contacto limitado y a su peso liviano, la tolerancia del paciente en general es buena.⁴ Sin embargo, se pueden prescribir también fajas lumbares o dorsolumbares que no cumplen ninguna función inmovilizadora pero son



un sostén válido cuando los pacientes lo solicitan. Al usar estas fajas ellos se sienten “protegidos” y esto es una ayuda desde el punto de vista psicológico. Además aumentan la presión abdominal y por lo tanto mejoran la postura en flexión del raquis. El uso de estas ortesis rígidas o semirrígidas debe ser constante, pero pueden retirarlas para higienizarse y a veces durante la noche.

Hay que enfatizar la marcha pero restringir la inclinación, el encorvarse, el retorcerse y levantar pesos mayores a 10 kg. Estimular al paciente para que vuelva al trabajo tan pronto como sea posible y si es necesario, modificar sus tareas.⁴

Etapa crónica

Si después de una fractura vertebral el dolor persiste varios meses, es conveniente indicarle al enfermo sesiones de kinesiología. En este momento, el objetivo será mejorar la postura y aliviar el dolor. El paciente con una cifosis residual la compensa aumentando la lordosis lumbar y esto conlleva espasmos musculares.

El defecto de la postura debe corregirse mediante ejercicios de fortalecimiento de la musculatura paravertebral extensora. Este programa se adaptará a cada paciente según la edad, estado físico y grado de osteoporosis. Estos ejercicios se realizan en decúbito prono y siempre deben estar supervisados por un kinesiólogo. Deben ser realizados diariamente y en lo posible 2 a 3 veces por día sobre el suelo o sobre una colchoneta fina.⁵

Para corregir la lordosis, los pacientes deben efectuar ejercicios isométricos de la musculatura abdominal. Nunca deben efectuarse con flexión del tronco porque sería contraproducente por su osteoporosis.

Es conveniente también que el kinesiólogo les

enseñe una serie de ejercicios de autoposturas para que las realicen en su casa. El *Feldenkrais*, la gimnasia conciente o la eutonía son opciones válidas.⁵

Conclusiones

El tratamiento incruento de las fracturas vertebrales por osteoporosis tiene como objetivo disminuir el dolor, mejorar la movilidad y la calidad de vida, reduciendo al mismo tiempo los riesgos y las complicaciones que llegaran a surgir. Las ortesis inmovilizadoras, los analgésicos y la kinesiología son aliados indispensables para lograr estos objetivos. Pero en casos seleccionados no deberá descartarse la posibilidad de tratamientos invasivos como la vertebroplastia (inyección de cemento dentro del cuerpo vertebral) o una fijación quirúrgica.

(Recibido: febrero de 2009. Aceptado: marzo de 2009)

Referencias

1. Truumees E. Osteoporosis. En: Vaccaro AR (ed). Spine. Core Knowledge in Orthopaedics. Philadelphia: Elsevier-Mosby, 2005: 179-80.
2. Garay Lillo J. Osteoporosis en el anciano. Clínica y rehabilitación. Barcelona; Edikamed, 1999: 181-3.
3. Lane JM, Sandhu HS. Osteoporosis of the spine. En Garfin, SR, Vaccaro AR (eds). Orthopaedic Knowledge Update. Spine. North American Spine Society & American Academy of Orthopaedic Surgeons; Rosemont (Illinois), 1972: 232.
4. Green BW. Essentials of Musculoskeletal Care, 2nd ed. American Academy of Orthopaedic Surgeons & American Academy of Pediatrics; Rosemont (Illinois), 2002: 551, 572.
5. Mautalen C. ¿Tiene usted osteoporosis? Buenos Aires; Lidium, 1996: 87, 96.