

CC2

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FRACTURA POR ESTRÉS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autor y Coautores: BÁRBARA ZÚÑIGA VARGAS¹, MARCELA BARBERÁN MANRÍQUEZ¹, DANIELA EUGENIN CASTILLO¹, MARIA FRANCISCA GAJARDO MUÑOZ¹, VARSHA VASWANI REYES¹, MARÍA PÍA CID RAMIREZ¹

Lugar de Trabajo: ¹Hospital Clínico Universidad de Chile

Contenido:

Introducción

Las fracturas por estrés (FE) son el resultado de una carga cíclica y repetitiva, que aumenta la tasa de microdaño y altera la microarquitectura ósea sobrepasando la capacidad de remodelación normal. Ocurren más frecuentemente en jóvenes con hueso normal y son responsables del 20% de las lesiones de los atletas.

Casos

Caso 1: mujer, 61 años, portadora de anemia perniciosa y baja ingesta de calcio. Consulta por 2 meses de dolor en pie derecho e impotencia funcional luego de inicio repentino de actividad física. Radiografía pie: normal. Se maneja con analgesia, sin respuesta, por lo que se solicita resonancia magnética (RM). FA 95 UI/l, calcio 9 mg/dl, vitamina D (vit. D) 28 ng/ml, PTH 73 pg/ml (VN 12-72). Densitometría ósea (DO): osteopenia. RM pie: fractura 3er metatarsiano y cuña lateral, edema óseo y partes blandas. Se sospecha FE e inicia descarga mecánica, reposición de calcio y vit. D, con evolución satisfactoria.

Caso 2: mujer, 38 años, antecedentes de 2 años de amenorrea y baja de peso (IMC 19 kg/m²). En pandemia incrementó ejercicio (running) hasta 10 km día. Consulta por 1 mes de gonalgia derecha, exacerbada al correr, sin respuesta al disminuir actividad. RM pierna: FE de tibia distal, edema óseo y tejidos circundantes. FA 39 UI/l, vit. D 38 ng/ml, PTH 28 pg/ml, FSH 5.3 mUI/ml (VN 3.5-12.5), E2 7.7 pg/ml (VN 12.4-233), IGF-1 175 ng/ml (VN 63-223) CTX (B-Crosslaps) 0.203 ng/ml (VN 0.025-0.573). DO: normal. Se indica descarga mecánica, aporte calórico según actividad, calcio, vit. D y anticonceptivos para regularizar reglas, con mejoría de sintomatología.

Discusión

Se describen dos casos de presentación atípica de FE en mujeres pre y posmenopáusicas que no practican deporte de alto rendimiento, sino recreacional.

La FE es una patología subdiagnosticada. Se producen en áreas de carga de peso, frecuentes en extremidades inferiores (caso 1-2). Se debe sospechar frente a factores intrínsecos (hipoestrogenismo, baja ingesta calórica) o extrínsecos (tipo deporte, desacondicionamiento físico y mayor hrs de entrenamiento), presentes en ambos casos. Se debe alertar ante el inicio de dolor insidioso, persistente en actividad a pesar de analgesia. Se confirma con RM observándose edema óseo y tejidos circundante a la fractura, lo que determina además su severidad. Se asocia a densidad mineral ósea disminuida, deficiencia vit. D, PTH elevada (caso 1) e IGF-1 baja. No se describen cambios en CTX. En el diagnóstico diferencial considerar edema óseo transitorio, osteomielitis, necrosis avascular y neoplasias. El tratamiento depende de la localización y grado de severidad. En las de bajo riesgo (caso 1 y 2) incluye modificación y reinicio gradual de actividad que ocasionó la fractura, y en las de alto riesgo cese de la actividad, descarga precoz y a veces cirugía. Además, asegurar niveles de calcio, vit. D y modificación de factores de riesgo. No está aprobado el uso de bifosfonatos ni teriparatide.

Financiamiento: Sin financiamiento