

FRACTURA VERTEBRAL EN EL TRATAMIENTO OSTEOPORÓTICO

Recomendación:

El tratamiento de elección de la fractura vertebral aguda, consiste en reposo, analgésica de escala rápida para controlar el dolor y, en el caso necesario, la utilización de ortesis y la rehabilitación

Los objetivos principales son el control del dolor y la recuperación funcional. Las fracturas pueden tardar hasta tres meses en consolidar.

Analgesia.

Analgesia adecuada a las necesidades del paciente siguiendo la escala analgésica de la OMS: paracetamol, paracetamol y/o AINE y/o opioide menor, opioides mayores.

Relajantes musculares las dos primeras semanas tras la fractura.

Bloqueo nervioso local en casos seleccionados.

Fármacos antiosteoporóticos:

Calcitonina, si la calcemia es normal, durante cuatro semanas, como coadyuvante en caso de dolor intenso, salvo indicación de bisfosfonato o PTH.

PTH/Teriparatida acorta el período de consolidación, estando indicada en caso de DMO baja, FRAX elevado, segunda fractura vertebral o presencia de dos o más fracturas vertebrales, durante 24 meses.

Bisfosfonatos intravenosos. hay datos con ibandronato; en casos seleccionados, y si no podemos usar PTH, puede ser útil el zoledronato. *Los bisfosfonatos orales, los SERM y el denosumab no han demostrado su utilidad en el control del dolor.*

Reposo en cama.

En decúbito supino. Movilización en bloque.

Puede ser útil una almohada bajo la zona de fractura. Con la ortesis colocada en caso de dolor intenso. Durante el menor tiempo posible, mientras se adecúa el tratamiento analgésico y ortésico, no sobrepasando las cuatro semanas.

Debe *realizarse profilaxis tromboembolia* con heparina de bajo peso molecular y del estreñimiento con líquidos, fibra y laxantes.

Ortesis.

El tipo dependerá de la localización de la fractura

Reducen el dolor y previenen la deformidad. Acortan el tiempo de reposo en cama. Se prescribe el modelo según la localización, el número y la gravedad de las fracturas, utilizándola los seis primeros meses tras la fractura.

Se indicará una *ortesis semirrígida* dorsolumbar para fracturas dorsales y lumbosacra para fracturas lumbares; si la fractura es grave o hay más de una fractura se indicará

un *corsé rígido*. El corsé debe de ser ligero, fácil de usar, cómodo y que no produzca dificultad respiratoria.

Rehabilitación.

En la fase de inmovilización es conveniente la realización de ejercicios respiratorios diafragmáticos y costales, movilizaciones activas de los pies, tobillos, rodillas y caderas con las rodillas flexionadas. Isométricos de cuádriceps, isquiotibiales, abdominales y erectores del raquis.

En la fase de inmovilización con ortesis se iniciará la sedestación y posteriormente la bipedestación y se continuará con fortalecimiento muscular global.

En la fase post-inmovilización puede ser útil la fisioterapia mediante masaje descontracturante y termoterapia y electroterapia antiálgicas; fortalecimiento muscular, especialmente de la musculatura extensora del raquis, glúteos y cintura escapular, abdominales isométricos; fortalecimiento muscular global de miembros inferiores y superiores; corrección de la hiperlordosis; estiramiento de isquiotibiales; hidrocinesiterapia.

Vertebroplastia/ Cifoplastia.

Recomendación:

Se usa para el tratamiento de la fractura vertebral únicamente en casos de dolor grave refractario a la escalera analgésica de la OMS, incluyendo opiáceos

dolor moderado a severo que impida la vida normal, y que no responde al tratamiento conservador en el primer o segundo mes tras la fractura, o que persista tras el periodo de consolidación.

Contraindicaciones:

- ✓ Vértebra en galleta,
- ✓ Infección activa (contraindicación relativa),
- ✓ Fractura inestable,
- ✓ Lesión del muro posterior o lesión pedicular

La evidencia de su eficacia clínica no es consistente. Las complicaciones asociadas al procedimiento son raras, pero pueden ser graves. No se puede determinar si la vertebroplastia conduce a un aumento del riesgo de nuevas fracturas en vertebras adyacentes.

Naranjo Hernández A et Al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. Reumatol Clin. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.004>

Miguel Bernad Pineda, M.A Victoria Garcés Puentes, Andrés Fernández Prieto, Remedios Frutos Martínez, Begoña Marín Aguilera. Fractura vertebral aguda y técnicas de refuerzo vertebral. Reumatol Clin. 2009;5(S2):32–35