

DOLOR LUMBAR EN PACIENTE OSTEOPORÓTICO. FRACTURA EN SACRO POR INSUFICIENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

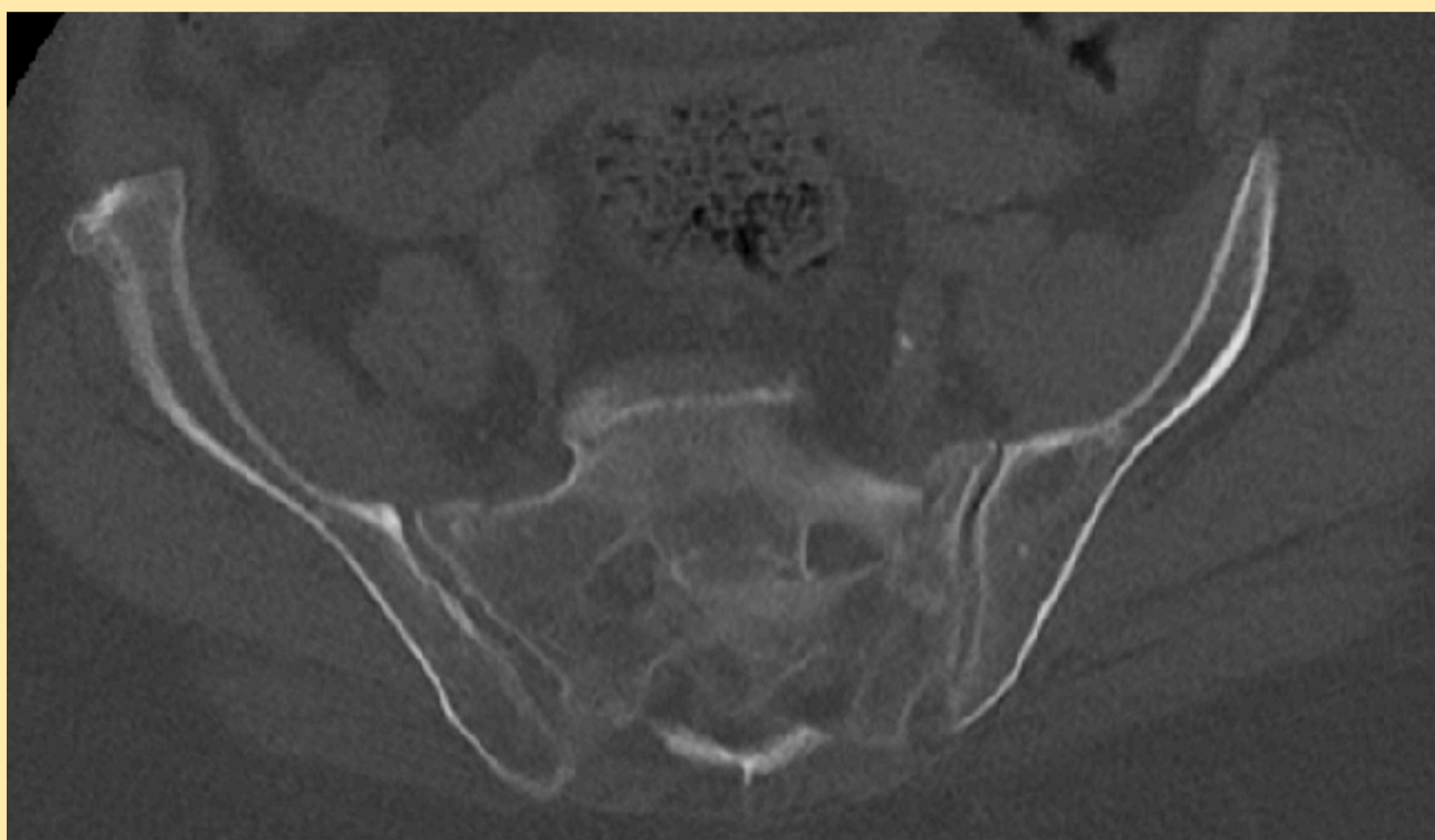
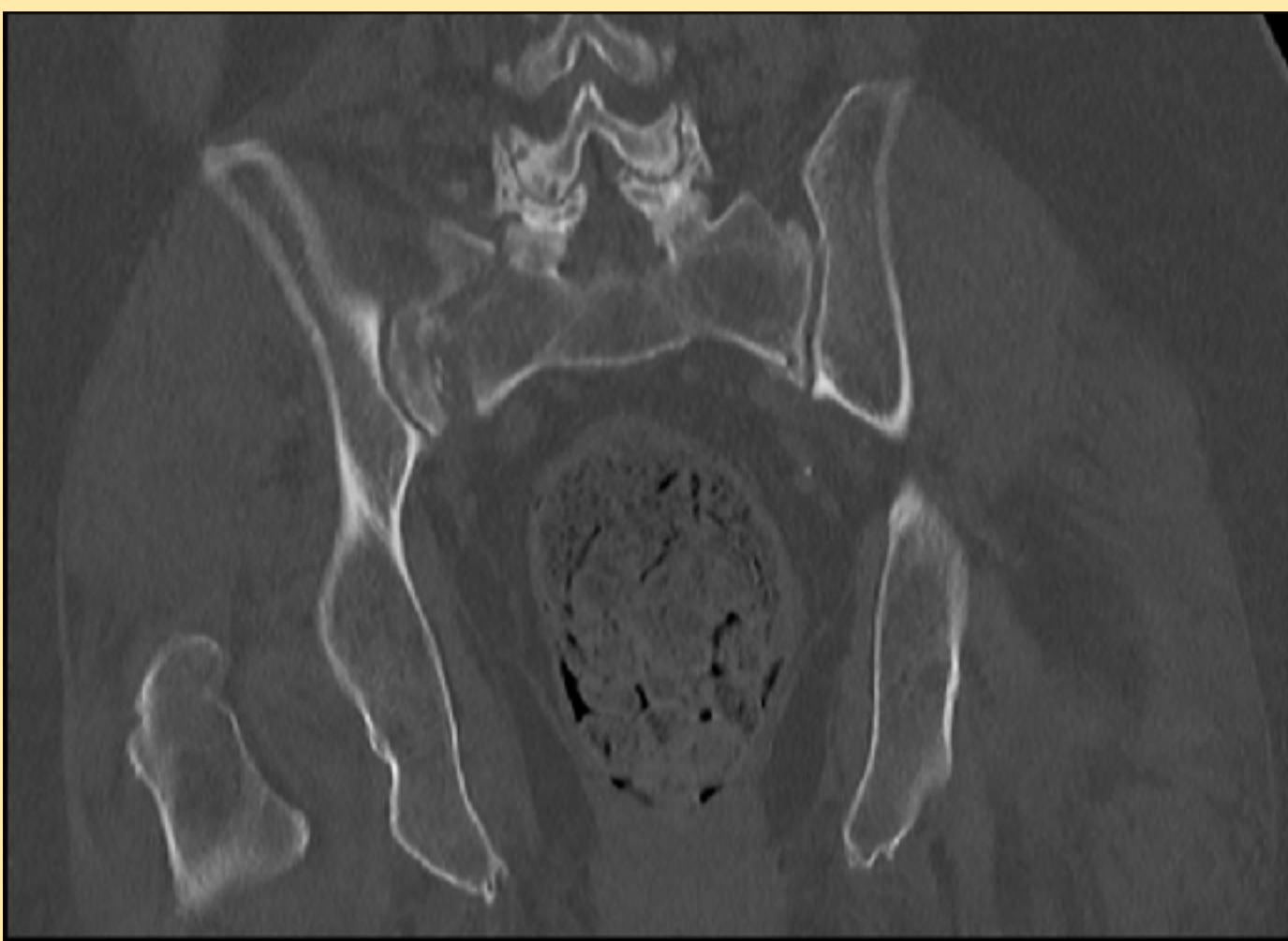
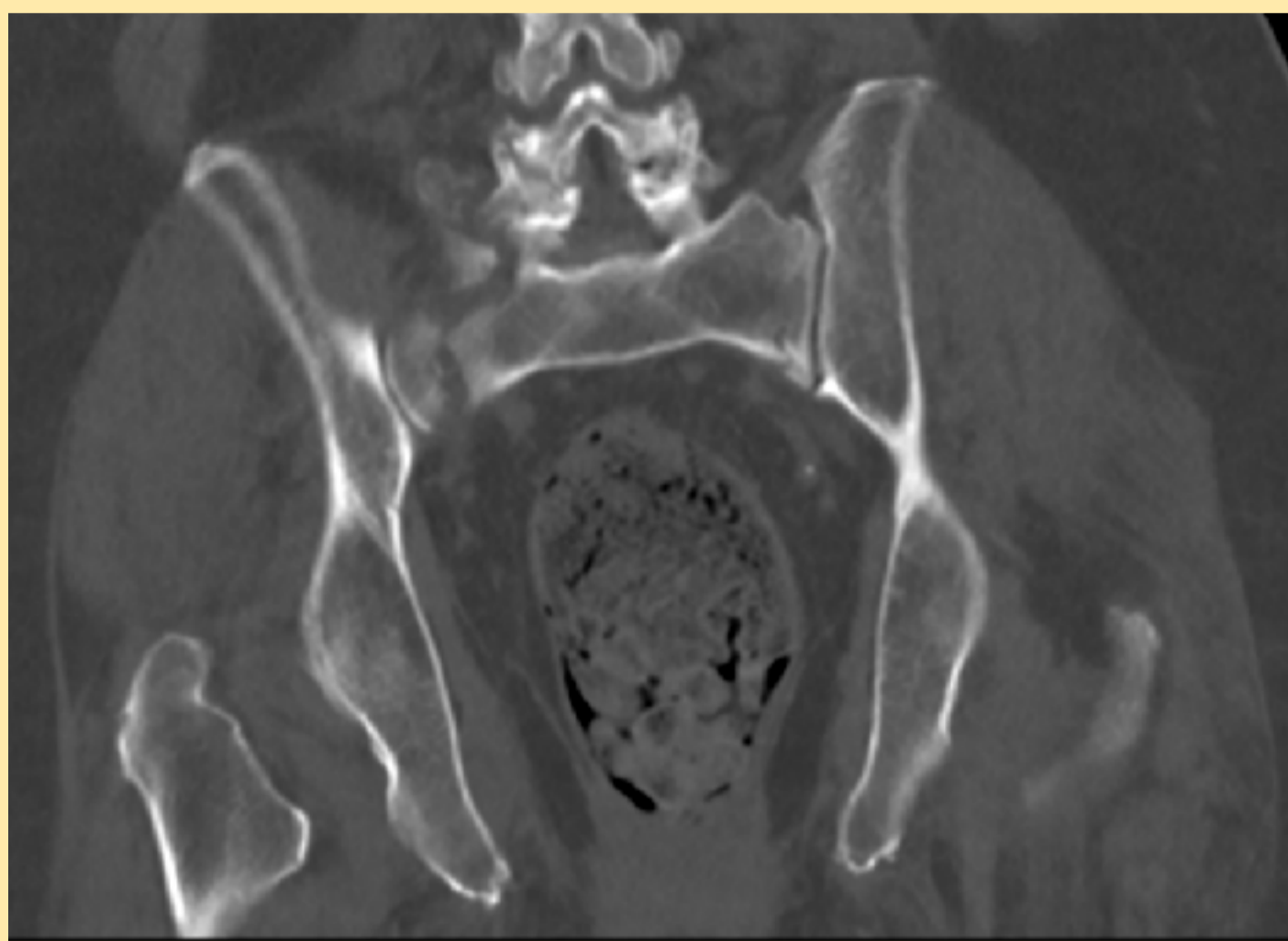
de Sitjar de Togores Sendra F, Muñoz Vicente A, Vargas Zuñiga I, Rubio Bravo B, Adrien Lara B.
Hospital Universitario de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Las fracturas sacras por insuficiencia son infraestimadas, por su poca frecuencia y dificultad diagnóstica. Presentamos el caso de una fractura por insuficiencia en sacro y revisión de la literatura.

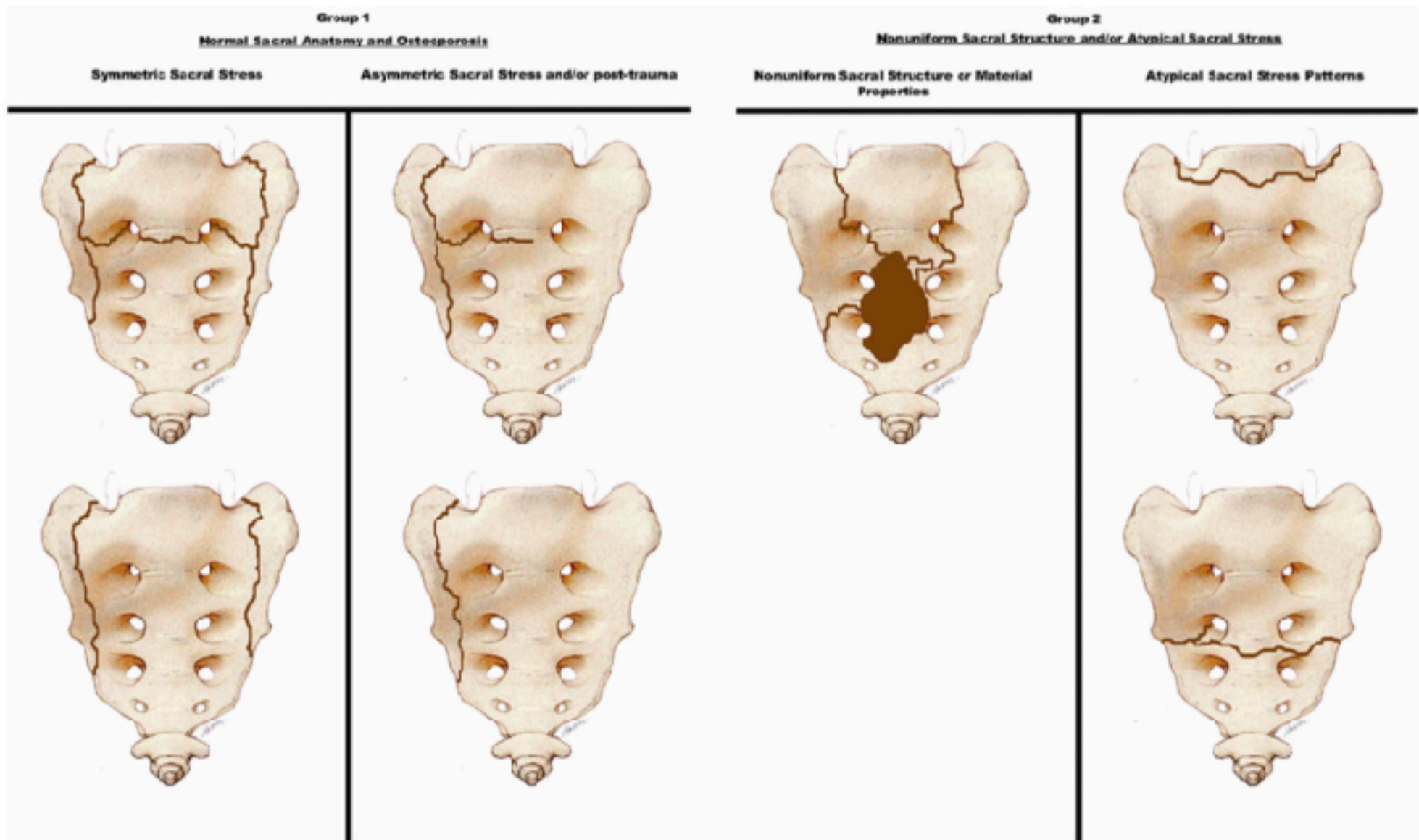
MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 74 años, valorada por dificultad para bipedestación sin ayudas y dolor lumbar asociado, sin antecedente traumático. En radiografía de columna lumbosacra se visualiza trazo de fractura en sacro. Objetivando fractura en “H” de sacro (ambas alas y trazo transverso en S2) en TAC pélvico. Se decidió manejo conservador y tratamiento osteoporótico, presentando nueva caída desde su propia altura al reinicio de la marcha y nueva fractura subcapital de cadera izquierda.



RESULTADO

Las fracturas por insuficiencia sacra son consecuencia de algún tipo de condición de mala calidad ósea, generalmente **osteoporosis (90%)**. Las cirugías de columna lumbar con **desequilibrio sagital o fusiones de 4 niveles lumbares** también asocian mayor riesgo. Se estima entre el 1-5% de los pacientes con alto riesgo pueden presentarlas, con tendencia al alza. Hasta un 70% pueden presentar radiculopatía. La **radiografía es normal en el 70% de los casos**, siendo la RMN la técnica más sensible para el diagnóstico. EN más del **60% no existe traumatismo causal**, requieren alta sospecha, presentando un retraso en el diagnóstico entre 24 y 55 días.



Linstrom NJ, Heiserman JE, Kortman KE, et al. Anatomical and biomechanical analyses of the unique and consistent locations of sacral insufficiency fractures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(4):309-315. doi:10.1097/BRS.0b013e318191ea01

Suelen presentar trazos verticales, que asientan en la zona I de Denis. El **patrón en H es el más frecuente (61.2%)**. El tratamiento es principalmente conservador. **Se desaconseja la inmovilización prolongada** debido al alto riesgo. El manejo quirúrgico presenta desafíos técnicos, siendo de la **sacroplastia percutánea**. El 41% de los pacientes desarrolla una nueva fractura en los 2 años siguientes debido al alto riesgo osteoporótico.

CONCLUSIONES

- Se necesita un **alto índice de sospecha** y requiere de un TAC o RMN para su confirmación.
- **Incidencia en aumento**, incorporarlas al diagnóstico diferencial del dolor lumbar en pacientes con factores de riesgo.
- El manejo clásico es **conservador**, existen alternativas percutáneas con buenos resultados a corto plazo.
- Importancia del **tratamiento osteoporótico** por el alto riesgo de más fracturas de estas características.