

# FRACTURA VERTEBRAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA. ENFERMEDAD DE KÜMMEL.

María del Carmen Viejobueno Mayordomo, Francisco López Caba, Laura Gil Martínez, Juan David Serrano  
Alonso, Elvira Moreda López.  
HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ CUENCA

## OBJETIVOS

Conocer a través de un caso clínico de una fractura vertebral de evolución tórpida, el correcto diagnóstico y manejo de los pacientes con enfermedad de Kümmel.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de una paciente de 71 años con antecedentes de HTA, cardiopatía hipertensiva, osteoporosis y depresión que sufre traumatismo lumbar de baja energía tras caída accidental desde su propia altura. Tras estudio en Servicio de Urgencias mediante radiografía simple, se realiza diagnóstico de fractura aplastamiento L1 (<50%) (*Imagen 1*).



Imagen 1

Inicialmente se realiza inmovilización con ortesis rígida toracolumbar tipo Jewett y control analgésico de la paciente. Ante evolución tórpida de la misma, con aumento de dolor y empeoramiento de aplastamiento, así como retropulsión del muro posterior en control radiográfico, se amplió estudio de imagen mediante RNM (*Imagen 2*) observado fractura de características patológicas con afectación de muro posterior, asociada a masa de partes blandas. Tras hallazgos en pruebas de imagen se decide ingreso de la paciente para diagnóstico diferencial de posible lesión neoplásica (metástasis única vs tumor primario), así como estudio de extensión mediante TAC de extensión (*Imagen 3*) y PET-TAC que no presentaron hallazgos patológicos. Posteriormente se realizó biopsia transpedicular sin evidencia de infiltración neoplásica en la muestra, así como estudio microbiológico negativo de la misma.

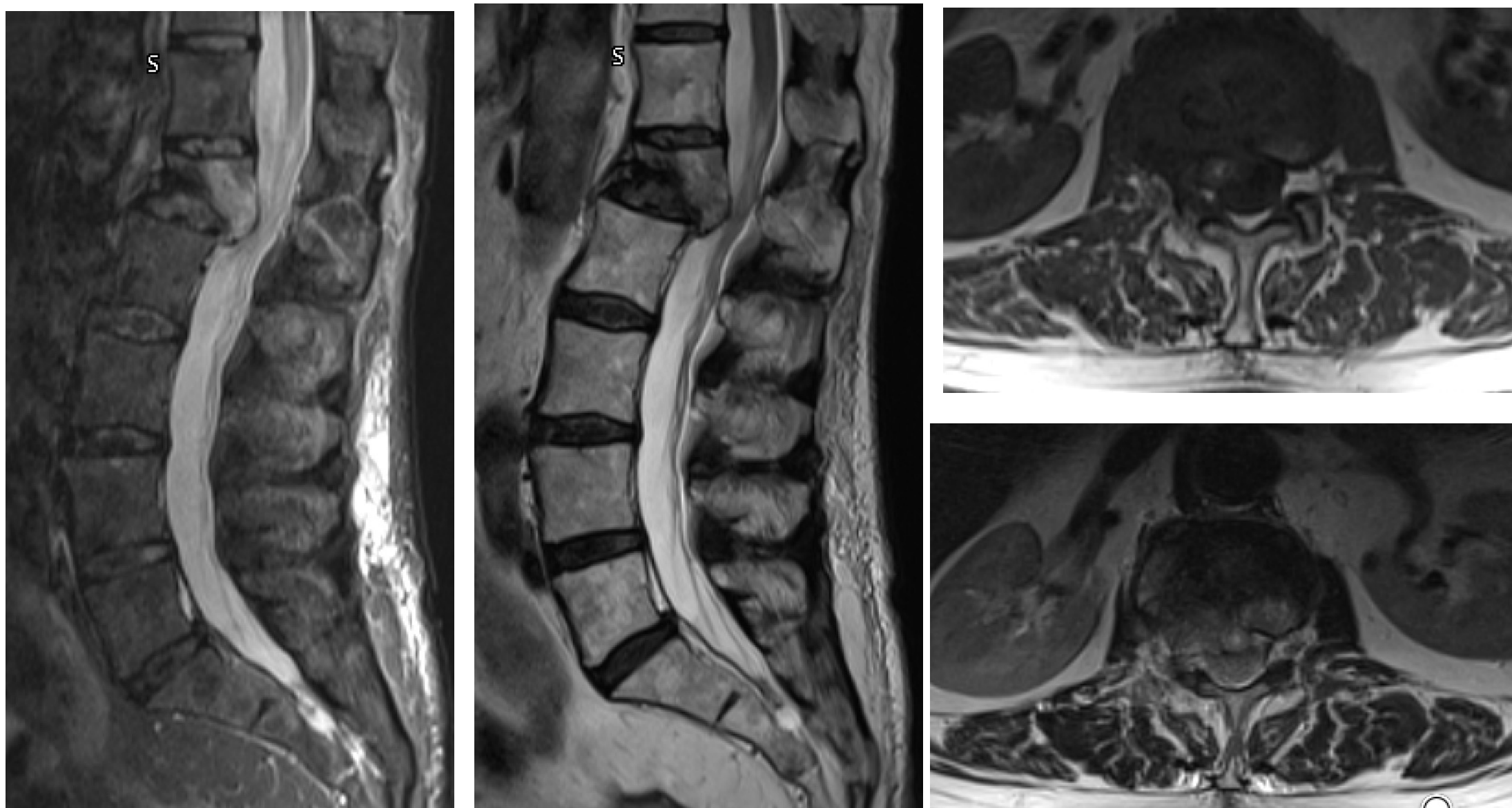


Imagen 2

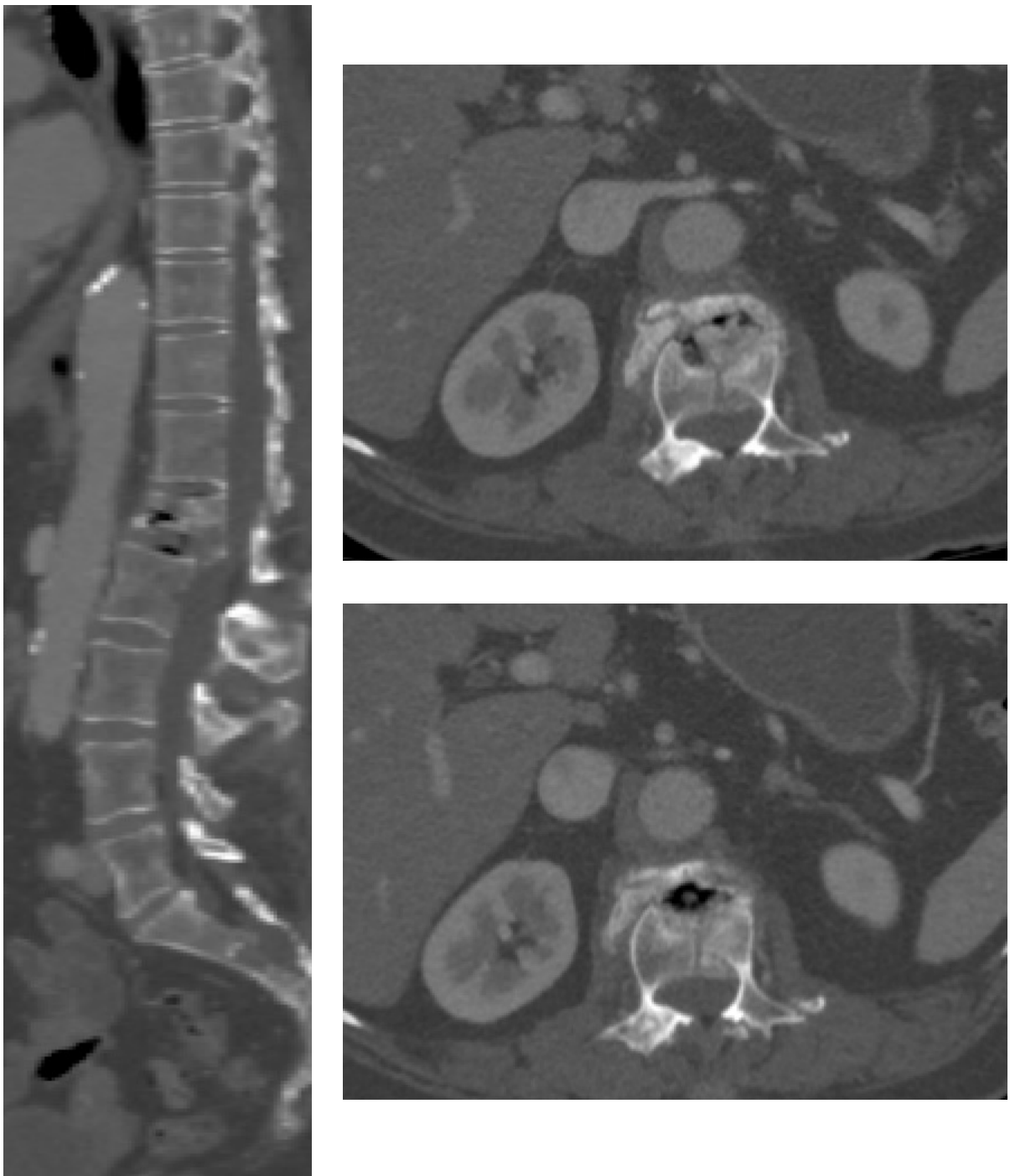


Imagen 3

## RESULTADOS

Tras estudio de la paciente, se realiza valoración conjunta por Comité de Tumores Musculoesqueléticos con diagnóstico definitivo de exclusión de Enfermedad de Kümmel-Verneuil L1. Tras resultados y ante empeoramiento del dolor, así como inicio de clínica neurológica con radiculopatía asociada, se decide intervención quirúrgica de la paciente mediante descompresión central (laminectomía + flavectomía) a nivel de la fractura de L1 e instrumentación percutánea con aumentación T11-L3 (*Imagen 4*). En la revisión al mes de la intervención la paciente presenta buena evolución postoperatoria con mejoría del dolor y desaparición de clínica neurológica.



Imagen 4

## CONCLUSIONES

Es importante el conocimiento de esta enfermedad para realizar un correcto diagnóstico diferencial con patología tumoral o infecciosa, e insistir en la realización de pruebas de imagen ante la evolución tórpida de una fractura vertebral, siendo la biopsia vertebral la que nos va a proporcionar el diagnóstico de confirmación de esta patología.