Fractura atípica de fémur

Categoría: Casos clínicos interactivos
Publicado: Martes, 17 Julio 2018 18:38
Escrito por: Valeria Caacupe
Visitas: 13201

Revisión ilustrada con un caso clínico



Las fracturas de fémur atípicas (FFA) son aquellas fracturas que se ubican a lo largo de la diáfisis femoral, distal al trocánter menor y proximal a la línea supracondílea.

Al menos cuatro de los cinco criterios mayores deben estar presentes.

No requiere ninguna de los criterios menores, pero se han asociado con estas fracturas.

Criterios mayores

-Se asocia con un trauma mínimo o nulo, como ser una caída desde la propia altura o menor impacto

-La línea de fractura se origina en la corteza lateral y tiene una orientación transversal, aunque puede volverse oblicua a medida que avanza medialmente a través del fémur

-Las fracturas completas se extienden a través de ambas cortezas y pueden estar asociadas con una espícula medial; las fracturas incompletas involucran solo la corteza lateral

-No son conminutas o son mínimamente conminutas

Phoca PDF

-El engrosamiento perióstico localizado, o endostal de la corteza lateral, está presente en el sitio de la fractura (“beaking” or “flaring”) o se requiere ninguna de los criterios menores, pero se han asociado con estas fracturas.

Criterios menores

-Aumento generalizado del grosor cortical de las diáfisis femoral

-Dolor prodrómico unilateral o bilateral, en la ingle o el muslo

-Fracturas bilaterales (pueden ser completas o incompletas)

-Cura tardía de la fractura

Epidemiología

Aunque no se ha podido establecer una relación causal entre bisfosfonatos (BF) y FFA, existe creciente evidencia de una fuerte asociación entre las FFA y el uso de estos fármacos.

Aunque el riesgo relativo de FFA en pacientes que toman BF es alto, el riesgo absoluto es bajo, oscilando entre 3,2 y 50 casos por 100.000 años-persona.

Sin embargo, el uso a largo plazo (más de 3 años) puede estar asociado con un mayor riesgo (~100 casos por 100.000 personas-año).

Fisiopatología de las FFA

El uso de los BF conduce a una supresión generalizada del remodelado óseo, pero esta supresión no impacta negativamente en la formación del callo óseo.

La evidencia sugiere que las FFA son fracturas por estrés.

Sin embargo, debido a que los BF se concentran en áreas que desarrollan fractura por estrés, es probable que la supresión del remodelado óseo intracortical en el sitio de una FFA, perjudique los procesos necesarios para la reparación de las mismas.

Phoca PDF

También es posible, e indirectamente apoyado por la diferencia en el riesgo entre grupos étnicos, que la geometría de la extremidad contribuya al riesgo de desarrollar una FFA.

Estudios complementarios

La Task Force según la ASBMR 2014 recomienda que cuando se detecta un área de engrosamiento cortical ya sea por radiografía simple o por DXA, se realicen más estudios para determinar si existe un trazo de fractura cortical asociado al engrosamiento perióstico:

Resonancia magnética nuclear (RMN): puede detectar un trazo de fractura cortical, así como edema e hiperemia ósea y medular asociados

Tomografía axial computada (TAC): puede detectar la fractura cortical y formación de hueso nuevo asociado

Gammagrafía ósea: permite evaluar la presencia de hiperemia focal en huesos y médula, pero con menor especificidad que la RMN o la TAC

Si se detecta trazo de fractura se puede considerar una FFA incompleta. Si no se detecta el trazo de fractura pero hay edema medular tales lesiones podrían considerarse una reacción de estrés

A esta paciente se le solicitó una gammagrafía ósea



Phoca PDF

Fijación del trazador en sector cortical de diáfisis media de fémur derecho probablemente en relación con micro-fractura a dicho nivel

Manejo médico

Las recomendaciones de la Task Force de la ASBMR ante una reacción de estrés, fractura por estrés o FFA incompleta o completa son:

Interrupción de los BF.

Aporte adecuado de calcio y vitamina D.

Consideración de teriparatida (TPTD) para aquellos casos que parecen no sanar con terapia conservadora. Hay reportes en la literatura de muchos casos para los que se uso TPTD en pacientes con FFA, pero dado que no hay estudios randomizados, controlado con placebo, no se puede llegar a una conclusión definitiva con respecto a su eficacia en FFA.

Tratamiento quirúrgico

Se recomienda la fijación profiláctica con clavos para las fracturas incompletas (con trazo de fractura cortical) acompañadas de dolor.

En caso de fracturas incompletas y sin dolor, o aquellos con engrosamiento perióstico pero sin trazo de fractura cortical, se puede considerar tratamiento conservador, limitando la carga de peso mediante el uso de muletas o un andador y evitar actividad vigorosa, y si no hay mejoría sintomática y radiográfica después de 2 a 3 meses, se debe considerar la fijación profiláctica con clavos.

Se debe continuar con la actividad reducida hasta que no se detecte edema óseo en la RMN o no se detecte hipercaptación en la gammagrafía ósea.

Conclusión

Las FFA son raras, particularmente cuando se comparan con la incidencia de fracturas osteoporóticas comunes, incluidas las fracturas de cadera, para las que se ha demostrado disminución del

Phoca PDF

riesgo con el tratamiento con BF.

Las FFA son un motivo de preocupación y se necesita más información, tanto para ayudar a identificar pacientes de riesgo, como para guiar la toma de decisiones sobre la duración del tratamiento con BP.

El riesgo de AFF puede disminuir después de que se suspendan los BF.

*Shane E, et al. Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 29, No. 1, January 2014, pp 1–23

Copyrigth2018 ENDOweb. Citar este artículo: Mujer de 60 años posmenopaúsica que consulta por osteoporosis: revisión ilustrada con un caso clínico- ENDOweb- 17 de Jul 2018

Phoca PDF