



P270 - Estudio descriptivo de la evolución radiológica de los pacientes con fracturas vertebrales por fragilidad y los factores que la determinan

M. Soto Subiabre¹, V. Mayoral³, L. Valencia², C. González López² y C. Gómez Vaquero²

¹Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago (Chile). ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. ³Clínica del Dolor. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet.

Resumen

Objetivos: Describir la evolución radiológica de las fracturas vertebrales por fragilidad (FVF) en pacientes atendidos en la Unidad de Fracturas (UF) de un hospital universitario entre el 2015 y 2018 y analizar los factores que la determinan.

Métodos: Se revisaron imágenes radiológicas de la columna vertebral de pacientes con FVF y atendidos en la UF. Se analizaron cambios en el grado de FVF (según método de Genant: leve-grado 1, moderado-grado 2 y grave-grado 3), ángulo de cifosis (medido entre la plataforma vertebral superior de la vértebra sobre la FVF y la plataforma vertebral inferior de la vértebra bajo la FVF), el índice de deformidad espinal (IDE, suma del grado de todas las FVF en cada paciente) y presencia de nuevas FVF. Se definió empeoramiento radiológico (ER) como aumento de grado, presencia de nuevas FVF o ambos respecto a la radiografía basal. Las exploraciones radiológicas se solicitaron por criterios clínicos sin protocolo predefinido. Posibles factores predictores de ER evaluados fueron: a) factores de riesgo de fractura por fragilidad y riesgo de fractura calculado por FRAX, b) presentación clínica de la FVF (localización, dolor de inicio agudo/progresivo, localizado/irradiado, historia de dolor lumbar crónico), c) características radiológicas basales (número de FVF, grado, ángulo de cifosis e IDE) y d) retraso en el inicio y tipo de tratamiento antirresortivo/osteoformador. Aprobación CEIC: UFO-2015-01.

Resultados: Se analizó una cohorte de 422 pacientes con FVF (74% mujeres; edad media: 74 ± 9 años sin diferencias entre sexos). Había como mínimo un control radiológico en 223 (53%), con un período de observación de 217 años-persona. La localización inicial de las FVF fue 30% dorsales, 48% lumbares y 26% ambas. En el 73% el dolor fue de inicio agudo; el 66% era localizado; el 43% tenía dolor lumbar crónico. En 161 (72%) pacientes existió ER, con una incidencia en los pacientes con seguimiento radiológico de 73,8 por 100 pacientes-año. El aumento de grado (61%) fue la forma de ER más frecuente en todas las localizaciones, seguido de presencia de nueva FVF (27%) y ambas causas (12%) (p: 0,003). En los 148 pacientes con ER en que se podía calcular el ángulo de cifosis, la media antes y después del ER fue de 15,4° ± 12,9° y 25,5° ± 13,3°, respectivamente (p: 0,008). El IDE inicial medio antes y después del ER fue de 2,9 ± 1,8 y 4,9 ± 2,3, respectivamente (p: 0,000). La mediana (RIQ) de tiempo hasta el ER fue de 5 (1-14) meses. El ER se relacionó significativamente con mayor edad, menor índice de masa corporal y menor densidad mineral ósea en cadera total, como factores de riesgo de fractura. Una menor concentración sérica de calcidiol se asoció a ER.

Respecto a la presentación clínica, las FVF lumbares tuvieron más ER que las dorsales. Las características radiológicas basales de la FVF (peor IDE y ángulo de cifosis) también se asociaron a ER. No se encontraron relaciones significativas entre el riesgo de fractura calculado por FRAX, las manifestaciones clínicas ni el tipo ni tiempo hasta inicio del tratamiento con el ER.

Conclusiones: Cerca del 40% de los pacientes con FVF atendidos en una UF tiene ER demostrado. Tres de cada cuatro pacientes con FVF y seguimiento radiológico, tienen ER. La mayoría de los pacientes presentan aumento del grado de fractura. Las FVF lumbares son las que más empeoran. Algunos factores de riesgo de fractura por fragilidad y la presentación radiológica de las FVF se relacionan con la forma de ER.