

CASO CLINICO

16 Abril 2010

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

Paciente de 48^a remitida por su MAP, para valoración de hipercalciuria

A.P

No presenta enfermedades crónicas.

Mala tolerancia gástrica AINES.

Ingesta moderada de lácteos (2 vasos de leche). 400 mg/día y un yogurt (Ca=900 Mgr/dia). Necesita 1300 Mgr/dia

No ejercicio físico habitual . Vida sedentaria

I.Q. varices, sin antecedentes de TVP, ó Flebitis

No alergias medicamentosas conocidas ni fracturas

Historia ginecológica

Menarquía 13 años . Menopausia 46. (vida hormonal 33a)

2 embarazos a termino. No abortos No THS.

Presenta sintomatología climatérica.

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

A.F

Padre vive sano. HTA

Madre antecedentes frx. de Colles. Artrosis

Hermanos sanos

Exploración física:

Peso 56.6 kg., talla 157 cm., I.M.C. 22.9

No presenta alteraciones en columna dorsolumbar.

No dolor en apófisis espinosas ni transversas

Movilidad axial conservada.

Signos de Trocanteritis bilateral.

Manejo de esta paciente

1. Actitud ante esta paciente

* Analítica para confirmar la hipercalciuria

Analítica :

Sangre: Bioquímica normal incluido calcio, fósforo y magnesio.

HH.TT. Normales, PTH 22 pg/ml(10.0- 65.0)

Vit. D3 34.3ng/ml (valores de inf. Vit D < 30).

Orina: (24h.) Diuresis 2956 ml/24h, creatinina 43 mg/dl= **1268/24h**,

Aclaramiento de creatinina 98 ml/min. Calcio 9mg/dl, calcio 24h.

265 mg/24h. Resorción tubular de fosfatos dentro de la normalidad.

UCa/UCr= 0.20 (normal < 0.21), se entendería hipercalciuria con ingestas bajas de Calcio, ??

RX. Caderas, columna dorsal y lumbar

Dentro de la normalidad

¿Puede ser una OP secundaria relacionada con la hipercalciuria?

- Si
- No

HIPERCALCIURIA

Hiperparatiroidismo

Hipercalciuria idiopática (normocalcemia)

Insuficiencia renal

Síndrome de leche y alcalinos

Acidosis tubular renal

Sarcoidosis

Uso de diuréticos del asa

Intoxicación por vitamina D

La hipercalciuria idiopática (HI): > 4 Mg/Kg/día

-aumento mantenido en la eliminación urinaria de calcio

-ausencia de hipercalcemia y de otras causas conocidas de hipercalciuria.

-Es la causa más frecuente de litiasis renal (alrededor del 40% en niños y el 60% en las adultos). -La HI es una de las anomalías metabólicas más frecuentes en el ser humano

-Con tasas de prevalencia en población sana, entre 2,9 y 6,5%.

-En España, la prevalencia es algo más elevada, entre 6,5 y 7,8%.

La hipercalciuria idiopática presenta:

- aumento de la excreción urinaria de calcio de origen no definido.
- el calcio sérico se mantiene a expensas de la movilización del calcio desde el tejido óseo.
- Causa multifactorial o desconocida.

Confirmación:

- 2 recogidas de orina de 24 Horas
- Calciuria > 4Mg/Kg/día
- **UCa/Ucr > 0.20**
- Excepción: ingestas bajas en mujeres hasta 150 Mg/24h

Table 2
Causes of Generalized Secondary Osteoporosis in Adults*

Endocrine disease or metabolic causes	Nutritional conditions	Drugs	Disorders of collagen metabolism	Other
Hypogonadism	Malabsorption syndromes and malnutrition	Vitamin D toxicity	Osteogenesis imperfecta	Rheumatoid arthritis
Hyperadrenocorticism	Chronic liver disease	Phenytoin	Homocystinuria due to cystathionine deficiency	Myeloma and some cancers
Thyrotoxicosis	Gastric operations	Glucocorticoids	Ehlers-Danlos syndrome	Immobilization
Anorexia nervosa	Vitamin D deficiency	Phenobarbital	Marfan syndrome	Renal tubular acidosis
Hyperprolactinemia	Calcium deficiency	Excessive thyroid medication		Hypercalciuria
Porphyria	Alcoholism	Heparin		COPD
Hypophosphatasia in adults		Gonadotropin-releasing hormone antagonists		Organ transplantation
Diabetes mellitus, type 1				Cholestatic liver disease
Pregnancy				Mastocytosis
Hyperparathyroidism				Thalassemia
Acromegaly				

*COPD = chronic obstructive pulmonary disease.

Trocanteritis

Tabla I

CIRCUNSTANCIAS FAVORECEDORAS DE LA APARICIÓN DE TROCANTERITIS

Factores predisponentes de bursitis trocantérea

1. Coxartrosis ipsilateral o contralateral
2. Espondiloartrosis lumbar baja
3. Patología degenerativa discal lumbar baja
4. Gonartrosis
5. Dolor mecánico de espalda
6. Dismetría de miembros inferiores
7. Debilidad de cadera y musculatura pelvitrocantérea en postoperatorio de cadera
8. Artritis de cadera
9. Problemas neurológicos: hemiparesia, radiculopatía, etc.
10. Obesidad
11. Fibromialgia
12. Artroplastia total de cadera
13. Amputación de miembros inferiores
14. Pies planos
15. Tendinitis de rotadores externos de la cadera
16. Contractura de la cintilla iliotibial

Shbeeb MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome). Mayo Clin Proc 1996; 71: 565-9.

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

Factores de riesgo de OP

¿Considera que pueda tener OP esta paciente?

No

SI

¿ Porqué?

Factores de riesgo de OP

Si

- A.F. fractura osteoporótica
- Amenorrea mayor 1 año
- Dieta pobre en calcio.
- Vida sedentaria o inmovilización

Escalas de riesgo de OP

- *ORAI* : 11 (*corte* ≥ 9)
- *OST*: + 2 (*corte* ≤ 2)
- *OSTEORISK* Bajo
- *DIAZ CURIEL*: 4 (*corte* ≥ 2)
- *NOF*: 1 (*corte* ≥ 1)

Escalas riesgo de fracturas

– FRACTURE INDEX 1

Punto de corte: -Sin DMO: 4 puntos -Con DMO: 6 puntos

– FRAMO 1

Punto de corte ≥ 3

– **FRAX:** *Punto de corte : La situación ideal, la tendremos cuando tengamos -si es posible- el corte para cada país..De momento, utilizar el corte de 20% en fracturas mayores y 3% cadera (utilizando la de la población americana)*

Sin T-Score: Maj. Osteop. 1.3-Hip frac. 0.1

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

¿Cree necesario solicitar alguna prueba?

SI

¿Cuál ?

Densitometría

¿ Porqué?

Criterios de ISCD, SemFYC, AATRM, SEIOMM

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

Guía de Práctica Clínica de la SEIOMM. Osteoporosis Postmenopáusica

Tabla 4. Indicaciones de densitometría ósea diagnóstica en mujeres postmenopáusicas

Anomalías radiológicas vertebrales sugerentes de desmineralización
Fractura previa por fragilidad (vertebral, femoral, Colles)
Tratamientos prolongados con glucocorticoides
Insuficiencia ovárica prolongada
Historia de trastorno nutricional grave
Hiperparatiroidismo primario
Paciente que consulta por riesgo de osteoporosis/agrupación de factores de riesgo

Resultado DXA Septiembre 2009

T-Score c.lumbar -1.6

T-Score cuello de femur -2.1

Escalas riesgo de fracturas

– FRACTURE INDEX 1

Punto de corte: -Sin DMO: 4 puntos -Con DMO: 6 puntos

– FRAMO 1

Punto de corte ≥ 3

– **FRAX:** *Punto de corte : La situación ideal, la tendremos cuando tengamos -si es posible- el corte para cada país..De momento, utilizar el corte de 20% en fracturas mayores y 3% cadera (utilizando la de la población americana)*

Con T-Score: Maj. Osteop. 2.0-Hip frac. 0.5

Sin T-Score: Maj. Osteop. 1.3-Hip frac. 0.1

Para el presente caso se pueden asumir las tablas de riesgo de fractura de la publicación "Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres" de la Comunidad de Madrid - basadas en el modelo matemático del estudio epidemiológico de Rotterdam sobre osteoporosis y en datos de fractura de cadera del CMBD y en las cuales nos hemos basado para elaborar la GFIB. Modelo puntuación.



VERSIÓN CAST.
abril-junio 2009

Tratamiento farmacológico de la osteoporosis primaria posmenopáusica

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI

Factores clínicos de riesgo de fractura Puntuación de riesgo:

- Índice de masa corporal (IMC) ≤ 19 . 1
- Antecedente personal de fractura despues de los 50 anos (preferentemente fractura de humero, antebrazo, pelvis, femury pierna). 1
- Antecedente familiar de fractura de cadera (madre, padre,hermana). 1
- Fractura vertebral morfometrica previa: disminucion del 20% de altura del cuerpo vertebral. 2

CADERA

VERTEBRA

Edad	Puntuación de riesgo					
	0	1	2	3	4	5
50 años	0,2	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5
60 años	1,0	2,1	4,1	6,1	8,0	9,9
70 años	3,0	5,8	11,3	16,4	21,1	25,5
80 años	5,3	10,2	19,1	20,5	25,5	37,4

Edad	Puntuación de riesgo					
	0	1	2	3	4	5
50 años	0,9	1,8	3,6	5,4	7,1	8,8
60 años	3,3	6,5	12,5	18,1	23,3	28,1
70 años	4,7	9,2	17,4	24,7	31,1	36,4
80 años	4,2	8,1	15,4	21,8	27,4	32,1

- Riesgo alto (> 20%); se ha considerado que una probabilidad de presentar fractura de cadera en los próximos 10 años del 19,1% implica riesgo alto
- Riesgo medio (10% - 20%); se ha considerado que una probabilidad de presentar fractura de cadera en los próximos 10 años del 9,9% implica riesgo medio
- Riesgo bajo (< 10%)

Impresión diagnóstica

Osteopenia postmenopausica

Hipercalciuria Idiopática

Otras exploraciones

- Analítica sangre: bioquímica, perfil renal, perfil autoinmunes, (FR)
- Rx manos, etc
- Ecografía de cadera (trocanteritis?)
- Ecografía pélvica-renal
- Resonancia magnética de caderas

Tratamiento

- Líquidos
- Calcio + Vit. D y actividad física
- Restricción de ClNa y proteínas
- Tiazidas
- Bifosfonatos. THS??

Moltes gràcies

VI Reunión OP.
Caso clínico 16 Abril 2010
GTO. SEMI