

OSTEOPOROSIS POR INMOVILIZACIÓN VOLUNTARIA

M.J. GÓMEZ DE TEJADA ROMERO,
D. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ* Y M. SOSA HENRÍQUEZ*

DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIDAD DE METABOLISMO ÓSEO.
UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. *GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
OSTEOPOROSIS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD
METABÓLICA ÓSEA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR.
UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

De forma clásica, múltiples patologías físicas se han considerado como causas de osteoporosis secundaria, entre ellas la inmovilización prolongada por enfermedades neurológicas paralizantes. Sin embargo, los desórdenes psíquicos causantes de osteoporosis son escasos y poco documentados, a excepción, lógicamente, de la anorexia nerviosa. Presentamos un caso de depresión mayor que llevó al paciente a un encamamiento voluntario durante más de 3 años; éste a su vez le ocasionó la aparición de una osteoporosis intensa, con producción de múltiples fracturas. Si bien no se trata de una etiología directa, la depresión debe considerarse, por la escasa actividad física que suele acompañarla (incluso en grado extremo, como en el caso presentado), como una posible causa de osteoporosis.

Classically, some physical pathologies have been considered as secondary causes of osteoporosis, being the prolonged immobilization produced by some neurological diseases one of them. Nevertheless, psychological causes of osteoporosis are rare and less documented, maybe with the exception of anorexia nervosa. We present a case of major depression in a patient who was confined to bed for three years and led to a severe osteoporosis with multiple fractures. Although depression by itself is not a direct cause of osteoporosis, the poor physical activity that usually have these patients (in its highest degree in the present patient) should be taken into account as a possible cause of secondary osteoporosis.

PALABRAS CLAVE: osteoporosis, inmovilización, depresión, fracturas, etiología.

KEY WORDS: osteoporosis, immobilization, depression, fractures, etiology.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis por encamamiento o inmovilización es una entidad clínica perfectamente definida¹. Se observa en pacientes que tienen que guardar cama durante largo tiempo por una patología neurológica paralizante, tal y como ocurre en aquellos que han sufrido tetraplejía o paraplejía (agrupándose por lo general bajo el epígrafe «lesiones de la médula espinal»)^{2,3}, o en los pacientes afectados de accidentes cerebrovasculares⁴⁻⁶. Como circunstancia similar se ha descrito la osteoporosis por ingravidez que padecen los astronautas, sobre cuyos huesos, aunque no estén inmovilizados ni encamados y a pesar de los programas de ejercicios que realizan durante sus prolongadas estancias en el espacio, la falta de gravedad tiene el mismo efecto perjudicial⁷.

El dolor crónico producido por las fracturas vertebrales puede ser causa de depresión⁸; sin embargo no se ha descrito el pro-

ceso inverso, es decir, la depresión como causa de osteoporosis. Por lo inusual de esta circunstancia, presentamos el caso de un paciente afecto de un síndrome depresivo mayor que le indujo a encamarse voluntariamente durante más de 3 años. Como consecuencia de una inmovilización tan prolongada ha sufrido múltiples fracturas: ambas mesetas tibiales, octava costilla y quinta vértebra lumbar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre remitido por primera vez a nuestra Unidad en abril de 2000, cuando contaba 61 años, con la sospecha clínica de osteoporosis.

Tres años antes acude al servicio de Urgencias por un proceso no aclarado, ya que no consta en su historia clínica informe alguno sobre dicha asistencia, y el enfermo tampoco aporta datos documentales de la misma. Según refiere «no fue correctamente atendido». Es dado de alta y al llegar a su domicilio decidió meterse en la cama, donde ha permanecido estos 3 últimos años. Desde entonces, la primera salida de su domicilio ha sido para acudir a nuestra consulta.

Los familiares indican que durante estos años el paciente sufrió en dos ocasiones

fracturas incompletas de tibia (de estrés), al ir a levantarse. Hubo de ser atendido en su domicilio por negarse a acudir al Centro de Salud.

La sintomatología que refiere en el momento de la consulta es la de debilidad generalizada, con imposibilidad para caminar. Al interrogarlo detenidamente se aprecian síntomas y signos que indican la existencia de una depresión intensa.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Acude a la consulta en camilla, ya que es incapaz de levantarse de la misma por presentar debilidad e hipotensión postural. Se objetiva una marcada atrofia de toda la musculatura y anquilosis de las extremidades inferiores. No presenta úlceras de decúbito.

DATOS COMPLEMENTARIOS

En la analítica el hemograma y estudio bioquímico eran normales, con la excepción de la fosfatasa alcalina total: 647 UI/l (normal 44-155 UI/l). El paciente no colaboró en la recogida de orina, ni de 24 ni de 2 horas.

La densitometría ósea se muestra en la tabla 1. Existe una importante osteoporosis

Correspondencia: M.J. Gómez de Tejada Romero. Universidad de Sevilla. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Avenida Dr. Fedriani s/n. 41009 Sevilla. Correo electrónico: mjgtr@us.es

Tabla 1
Densitometría de columna lumbar y extremidad proximal del fémur del paciente

	DMO (g/cm ²)	t-score	z-score
Columna lumbar L2-L4	0,657	-4,16	-3,47
Cuello femoral	0,664	-2,87	-1,25
Trocánter	0,475	-2,93	-2,24
Intertrocánter	0,993	-1,67	-0,80
Total cadera	0,765	-2,36	-1,44
Triángulo de Ward	0,500	-2,77	-0,56

DMO: densidad mineral ósea.



Fig. 1. Radiografía lateral de columna dorsal y lumbar en la que se observa un acúñamiento vertebral en L5.

tanto en columna lumbar como en extremidad proximal del fémur ($t\text{-score} < -2,5$).

En la radiografía lateral de columna dorsal y lumbar se observa un acúñamiento vertebral en L5 (fig. 1).

En la gammagrafía ósea se aprecia una zona de hipercaptación en el octavo arco costal posterior izquierdo sugerente de fractura costal (fig. 2).

COMENTARIO

Se trata de un paciente de 61 años que decide encamarse voluntariamente durante



Fig. 2. Gammagrafía ósea en la que se aprecia una zona de hipercaptación en el 8o arco costal posterior izquierdo sugerente de fractura costal.

3 años y que, tras su valoración clínica, se comprueba la existencia de una osteoporosis en columna lumbar y cadera, con acúñamiento en L5 y fractura costal. Todo esto establece el diagnóstico de osteoporosis por inmovilización complicada con fracturas.

Las características clínicas de este paciente son muy poco comunes. Si la osteoporosis por inmovilización es una entidad claramente descrita¹, la misma suele observarse en pacientes que no pueden deambular o se ven encamados por una enfermedad orgánica de base, sobre todo por lesiones de la médula espinal^{2,3}, o incluso los accidentes cerebrovasculares⁴⁻⁶. Lo peculiar de nuestro caso es la «etiología» que provocó el encamamiento, aparentemente un «disgusto» tras no ser atendido en urgencias, lo cual, en nuestra opinión, no es sino la expresión de una psicopatía grave.

Tras la primera visita al paciente se le indicó tratamiento con calcio, vitamina D y un fármaco antirresortivo. Asimismo, se insistió en la necesidad de acudir a la consulta de psiquiatría, que concertamos en ese mismo momento verbalmente. El paciente no acudió a dicha consulta, ni realizó el tratamiento que le indicamos; tampoco acudió a la revisión programada a los 6 meses. Vuelve a la consulta en enero de 2002, refiriendo encontrarse peor. En ese momento lo remitimos de nuevo al servicio de Psiquiatría, con una interconsulta preferente. El día de redactar esta nota clínica, contactamos con los familiares del paciente, quienes nos informaron de que el paciente no había acudido a la cita que tenía programada en Psiquiatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takata AS, Yasui N. Disuse osteoporosis. *J Med Invest* 2001;48:147-56.
2. Sabo D, Blaich S, Wenz W, Hohmann M, Loew M, Gerner HJ. Osteoporosis in patients with paralysis after spinal cord injury. A cross sectional study in 46 male patients with dual-energy X-ray absorptiometry. *Arch Orthop Trauma Surg* 2001;121:75-8.
3. Bauman WA, Spungen AM. Metabolic changes in persons after spinal cord injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2000;11:109-40.
4. Browner WS, Pressman AR, Nevitt MC, Cauley JA, Cummings SR. Association between low bone density and stroke in elderly women. *Stroke* 1993;24:940-6.
5. Chow YW, Inman C, Pollintine P, Sharp CA, Haddaway MJ, el Masry W, et al. Association between low bone density and stroke in elderly women. *Spinal Cord* 1996;34:736-41.
6. Steele R, Haddaway MJ, Davie MWJ, Hill SN. Ultrasound bone mineral density in patients with hemiplegia (stroke). *Bone* 1997;20:39.
7. Bikle DD, Halloran BP, Morey-Holton E. Space flight and the skeleton: lessons for the earth-bound. *Endocrinologist* 1997;7:10-22.
8. Gold DT. The Nonskeletal Consequences of Osteoporotic Fractures: Psychologic and Social Outcomes. *Rheum Dis Clin N Am* 2001;27:255-61.