P-172

"CUANDO LA DIABETES ROMPE EL HUESO: UN RETO PARA ATENCIÓN PRIMARIA"

María Del Carmen Anton Sanz[1], Silvia Olea Mata[1], Elena Horcajada Sarmiento[1]

[1] *CL Los Molinos (Madrid)*

DESCRIPCIÓN

Mujer de 68 años.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 (11 años evolución), hipertensión arterial y dislipemia.

IMC: 29 kg/m^2. Menopausia (49 años). No fumadora.

Tratamiento: metformina 850 mg/12 h, empagliflozina 10 mg/día, losartán 100 mg/día y atorvastatina 20 mg/día.

HbA1c: 7,4%. FG: 68 mL/min/1,73 m^2.

Motivo de consulta: dolor lumbar. Varias semanas de evolución, sin traumatismo relevante.

Refiere que hace un mes sufrió una caída desde su propia altura al tropezar en casa. Inicialmente pudo caminar, pero desde entonces mantiene dolor lumbar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración física: No apofisalgia. Lasègue negativo. No alteraciones de fuerza ni de sensibilidad.

Radiografía de columna lumbar: acuñamiento anterior L1 compatible con fractura vertebral por compresión.

Estudio del metabolismo óseo:

Calcio: 9,3 mg/dL. Fósforo: 3,5 mg/dL. Creatinina: 0,9 mg/dL. FG: 68 mL/min/1,73 m^2. Fosfatasa alcalina: normal. 25-OH-vitamina D: 18 ng/mL. PTH: normal. TSH: normal.

Densitometría: columna lumbar T-score −2,5; cuello femoral −2,2; cadera total −2,0.

JUICIO CLÍNICO

Osteoporosis establecida por fractura vertebral por fragilidad

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dolor lumbar: distinguir entre causas mecánicas (inespecíficas, sobrecarga muscular, origen discal, facetario y estenosis de canal) o inflamatorias (espondiloartritis...).

EVOLUCIÓN

Tratamiento osteoporosis: denosumab 60 mg/6 meses.

Corrección del déficit de vitamina D.

Establecer un programa de ejercicio de fuerza y equilibrio.

Revisión de factores de riesgo de caídas.

Optimizar control metabólico.

A los 12 meses no presenta nuevas fracturas, HbA1c 7,1%, mantiene actividad física regular. Ha mejorado fuerza muscular y estabilidad.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus tipo 2 se asocia con un incremento del riesgo de fractura, aunque la densidad mineral ósea puede ser normal o incluso superior a la de personas sin diabetes. En la diabetes tipo 2 puede existir una DMO no extremadamente baja y, simultáneamente, un mayor riesgo de fractura. Por ello, el T-score puede infraestimar el riesgo real de fractura en personas con diabetes tipo 2.

Además, las complicaciones microvasculares, la neuropatía, las alteraciones visuales y las hipoglucemias pueden

aumentar el riesgo de caídas.

El tratamiento debe individualizarse considerando función renal, riesgo de nuevas fracturas, adherencia, comorbilidades, preferencias del paciente y situación de salud dental. Revisar el tratamiento antidiabético teniendo en cuenta también el riesgo de fractura.

Realizar prevención caídas, revisión equilibrio y marcha, valorar riesgo hipoglucemia y entorno domiciliario. Ejercicio adaptado: entrenamiento de fuerza, ejercicios equilibrio y actividad física regular. Corregir déficit de vitamina D y revisar ingesta de calcio. La suplementación debe individualizarse según dieta, niveles de vitamina D y riesgo de fractura.

En diabetes, proteger el hueso no es tratar una comorbilidad: es prevenir una complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Inzerillo AM, Epstein S.

Osteoporosis and diabetes mellitus.

Rev Endocr Metab Disord, 5 (2004), pp. 261

https://dx.doi.org/10.1023/B:REMD.0000032415.83124.20 |

CÓMO CITAR

Anton Sanz MDC, Olea Mata S, Horcajada Sarmiento E. "CUANDO LA DIABETES ROMPE EL HUESO: UN RETO PARA ATENCIÓN PRIMARIA". Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):158-159. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4