

Enfermedad de Kummel como complicación de una fractura vertebral

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón, 64 años, trasladado a nuestro centro tras sufrir **caída desde unos 2 metros de altura**, sufriendo **traumatismos craneoencefálico y dorso-lumbar**. Como A.P., destacan HTA y FA paroxística; a tratamiento crónico con AAS 300 mg.

Exploración física: COC, Glasgow 15; **dolor** generalizado a nivel **dorso-lumbar, sin déficits neurológicos** de ningún tipo, no dolor a otros niveles.

TC tóraco-abdomino-pélvico: **fracturas vertebrales múltiples** (T4 y L1, sin invasión de canal, y apófisis transversa de L2); casualmente, se detectan **masas en ambos riñones** compatibles con angiomiolipoma en riñón derecho e hipernefroma en riñón izquierdo.

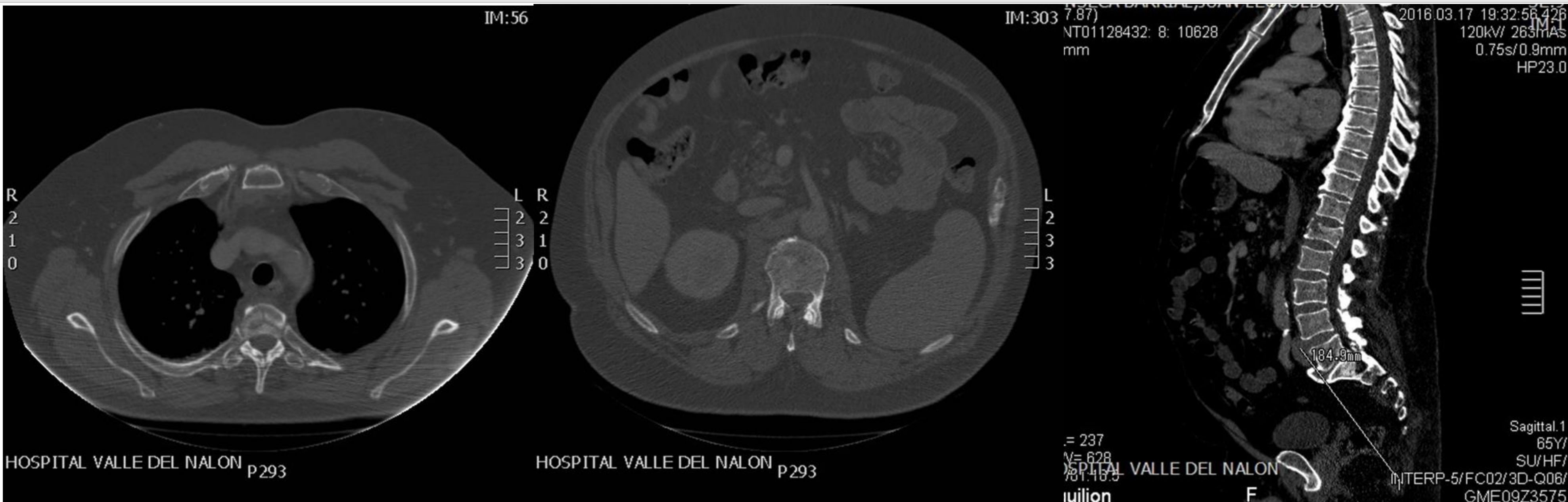
Diagnósticos: policontusiones; **fracturas vertebrales T4, L1 y apófisis transversa de L2**; TCE sin repercusión neurológica; **masas renales bilaterales a estudio**.

Plan:

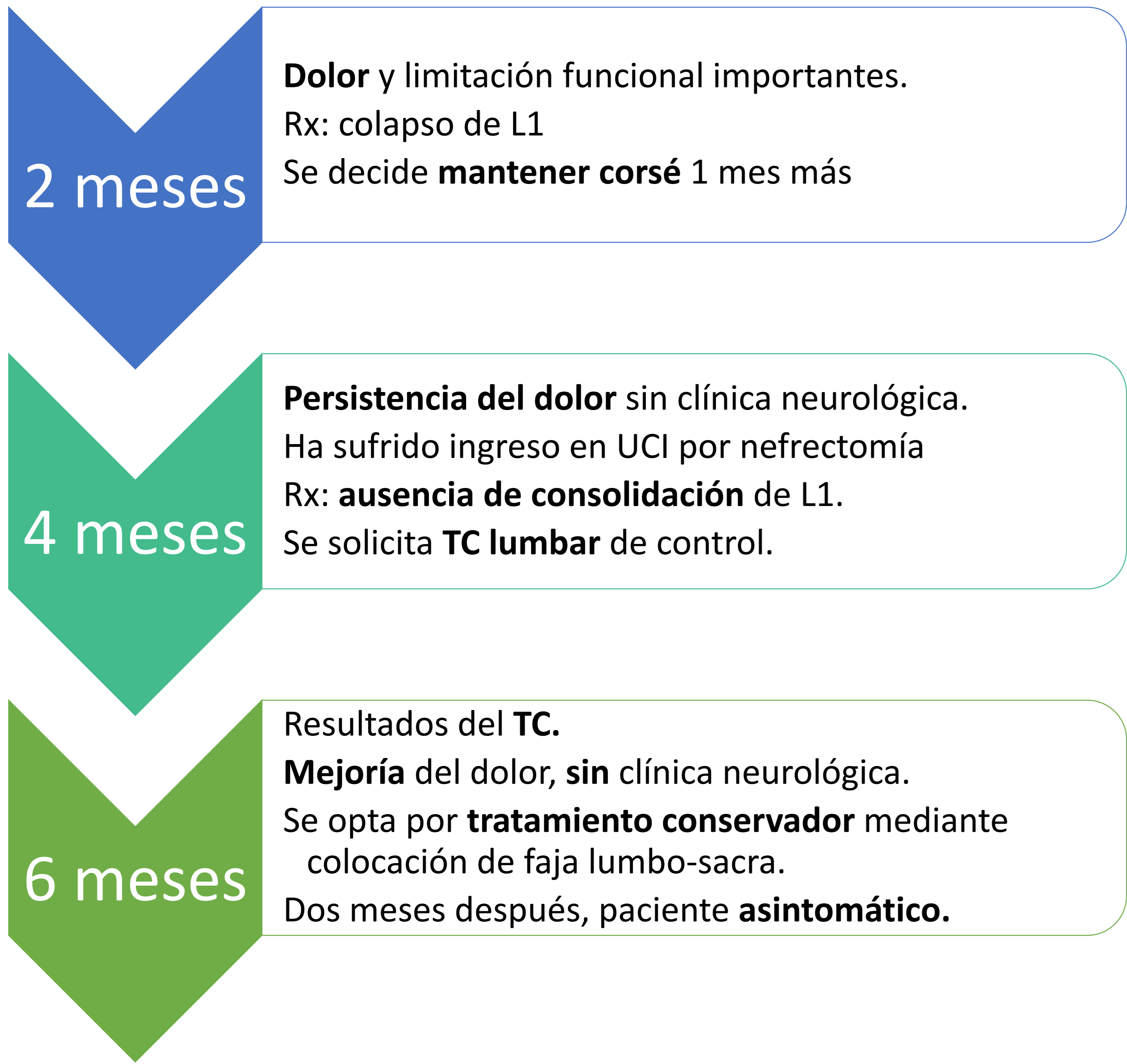
- El paciente ingresa a cargo del servicio de Traumatología, solicitándose RMN para decisión terapéutica.
- Se opta por **actitud conservadora**, con reposo absoluto hasta obtención de corsé termoplástico que permita reiniciar deambulacón.

Interconsulta a Urología: solicitan TC con contraste, detectándose **TEPA bilateral asintomático**, tratado mediante reposo absoluto y HBPM; se confirman diagnósticos de hipernefroma y angiomiolipoma.

Alta hospitalaria: el paciente inicia **deambulacón con buena tolerancia** a las **3 semanas**, por lo que es dado de alta.



Imágenes del TC inicial, donde se objetivan las fracturas vertebrales descritas (T4 y L1)



TC lumbar (6 meses)

- Fractura-acuñamiento de L1 **sin consolidación efectiva** y retropulsión del muro posterior
- Presencia de **gas en el interior del cuerpo vertebral**

¿Qué es la enfermedad de Kummel?

La *enfermedad de Kummel* es una **necrosis avascular del cuerpo vertebral**, más frecuente en varones y relacionada con múltiples factores como **osteoporosis, traumatismos o corticoterapia**. Presenta una incidencia variable (7-37%).

Su síntoma principal es el **dolor creciente** tras la mejoría de los síntomas iniciales, con una **fase latente intercurrente poco sintomática** que puede durar semanas o meses y, tras la cual, se exacerba el dolor; la clínica neurológica es poco frecuente.

En las *pruebas de imagen* no existen signos patognomónicos, aunque típicamente se objetiva **gas en el interior del cuerpo vertebral**.

Inicialmente, el *tratamiento* es **conservador**, excepto en aquellos casos en los que se desarrolle **clínica neurológica** o exista una **afectación importante del muro posterior**, que requerirían tratamiento **quirúrgico** mediante descompresión y estabilización.

Diego Velasco Villa
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias
SECOT 2018, Valladolid



55 CONGRESO
secot