



Clínica cotidiana

Gaída y fractura vertebral: osteoporosis

Rebeca Hernández Román^{a,*}, Tejashree Diego Nieto^b, Nubia Maritza Gutiérrez Tello^c,
 Susana Villar Antón^d, Cristina Fanarraga Vergel^e, Aleja Cuevas Arthur^f

^aCentro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bCentro de Salud Tordesillas. Valladolid. ^cCentro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

^dCentro de Salud Parquesol. Valladolid. ^eCentro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Osteoporosis

Fracturas por fragilidad

FRAX

R E S U M E N

La lumbalgia es un motivo frecuente de consulta, generalmente benigno, que requiere una valoración clínica exhaustiva para detectar signos de alarma.

La osteoporosis es una enfermedad crónica caracterizada por la disminución de la densidad mineral ósea y la alteración de la microarquitectura del hueso, lo que incrementa el riesgo de fracturas por fragilidad.

Se presenta el caso de una mujer de 76 años con dolor lumbar persistente tras una caída de baja energía. La exploración física muestra apofisalgia en L1 y limitación funcional, por lo que se solicita una radiografía que confirma fractura a dicho nivel. La paciente presenta múltiples factores de riesgo para osteoporosis: edad avanzada, tratamiento crónico con glucocorticoides, artritis reumatoide, bajo peso, tabaquismo activo y uso de inhibidores de la aromatasa.

En atención primaria, la herramienta FRAX permite estimar el riesgo de fractura, aunque la densitometría ósea (DXA) sigue siendo la prueba diagnóstica de referencia.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L..

Fall and vertebral fracture: osteoporosis

A B S T R A C T

Low back pain is a frequent reason for consultation, generally benign, requiring a thorough clinical evaluation to detect any warning signs.

Osteoporosis is a chronic disease characterized by decreased bone mineral density and altered bone microarchitecture, which increases the risk of fragility fractures.

We present the case of a 76-year-old woman with persistent low back pain following a low-energy fall. Physical examination revealed apophysis pain at L1 and functional limitation, prompting an X-ray which confirmed a fracture at that level. The patient presented multiple risk factors for osteoporosis: advanced age, chronic glucocorticoid treatment, rheumatoid arthritis, low weight, active smoking, and use of aromatase inhibitors.

Keywords:

Osteoporosis

Fragility fractures

FRAX

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rhernandezrom@saludcastillayleon.es (R. Hernández Román).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.054>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

In primary care, the FRAX tool allows for estimating fracture risk, although bone densitometry (DXA) remains the gold standard diagnostic test.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 76 años, que acude a consulta de atención primaria por dolor lumbar bilateral no irradiado desde hace 3 días, tras una caída desde su propia altura en sedestación, que no cede a pesar de tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas. Como antecedentes personales destaca artritis reumatoide en tratamiento con prednisona 5 mg diarios, hipertensión arterial en tratamiento con valsartán/hidroclorotiazida 80 mg/12,5 mg, cáncer de mama intervenido hace 4 años en tratamiento actual con letrozol 2,5 mg y fumadora de 28 paquetes-año desde los 20 años.

A la exploración, la paciente presenta dolor a la palpación de la apófisis espinosa de la primera vértebra lumbar, con dolor sobre todo a la extensión del tronco e importante limitación de la movilidad.

Ante los antecedentes descritos, se solicita una radiografía de la columna lumbar por sospecha de fractura vertebral a dicho nivel que confirma aplastamiento de la vértebra L1 (figura 1).

Comentario

Las lumbalgias constituyen un motivo de consulta frecuente tanto en los servicios de urgencias como en atención primaria. Aunque el dolor lumbar suele tener un origen benigno y, en la mayoría de los casos, se debe a causas mecánicas, es fundamental realizar una anamnesis y una exploración física exhaustivas para identificar posibles signos de alarma.

La osteoporosis es una patología ósea crónica y progresiva, caracterizada por disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y alteración en la microestructura del hueso, lo que aumenta el riesgo de fractura por fragilidad^{1,2}.

Las fracturas por fragilidad son la consecuencia clínica de la osteoporosis. Se producen ante mecanismos de baja energía y muestran especial predilección por la columna vertebral, seguida del radio distal, el fémur y el húmero proximales². Constituyen un marcador de riesgo futuro: una fractura vertebral previa multiplica el riesgo de nuevas fracturas debido al denominado fenómeno de “cascada osteoporótica”, en el cual cada fractura aumenta la probabilidad de sufrir otra en los meses o años siguientes³.

La paciente presenta múltiples factores de riesgo bien establecidos para osteoporosis (tabla 1), entre ellos: edad mayor de 65 años, uso crónico de glucocorticoides para el tratamiento de su artritis reumatoide, bajo peso, tabaquismo activo y tratamiento con inhibidores de la aromatasas (fármaco que acelera



Figura 1 – Radiografía lateral de columna lumbar, donde se objetiva aplastamiento vertebral a nivel de L1.

la resorción ósea en mujeres posmenopáusicas)¹. La coexistencia de varios factores potencia su efecto acumulativo sobre la pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura².

En atención primaria, la herramienta FRAX constituye un instrumento accesible y validado para estimar el riesgo de fractura mayor osteoporótica y de cadera a 10 años¹. Se recomienda clasificar a los pacientes como alto riesgo de fractura cuando el riesgo cuantificado por FRAX sea $\geq 3\%$ para fractura de cadera¹. Puede emplearse con o sin el valor de la DMO, lo

Tabla 1 – Factores de riesgo de osteoporosis.

Riesgo alto	Riesgo moderado
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > 65 años. • IMC < 20 kg/m². • Antecedente personal de fractura por fragilidad. • Antecedente materno de fractura de fémur. • Glucocorticoides (> 5 mg/d de prednisona > 3 meses). • > 2 caídas en el último año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo activo. • Consumo > 3 UBE diarias de alcohol • Menopausia precoz < 45 años • Enfermedades que reducen la DMO: artritis reumatoide, EII, Cushing, celiaquía, malabsorción, hepatopatías, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo... • Fármacos que reducen la DMO • Trastornos relacionados con las caídas

IMC: índice de masa corporal; UBE: unidad de bebida estándar; DMO: densidad mineral ósea; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.
 Modificado de: Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arbolea Rodríguez L, Casado Burgos E, Castañeda S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2019;15(4):188-210.

que facilita su uso en situaciones donde la densitometría ósea (DXA) no está disponible de forma inmediata. No obstante, la DXA sigue siendo la prueba de elección para el diagnóstico de osteoporosis debido a su elevada especificidad^{1,4}.

Se define osteoporosis en cualquiera de las siguientes circunstancias¹⁻³:

- T-score en columna lumbar, cuello femoral o cadera total < -2,5 DE.
- Fractura femoral por fragilidad, independientemente del valor de la DMO.
- Fractura por fragilidad de vértebra, húmero proximal o pelvis, si se constata una DMO baja (T-score < -1,0 DE).

La mayoría de las guías internacionales recomiendan solicitar una DXA en mujeres de ≥ 65 años, o en menores de 65 que presenten factores de riesgo. En el caso de los varones, se indica a partir de los 70 años, o antes si existen factores de riesgo¹. Algunos autores proponen que la estrategia debiera comenzar con la estimación del riesgo de fractura según dichos factores, para lo cual resulta especialmente útil la herramienta FRAX¹.

La radiografía de columna dorsolumbar está indicada en pacientes con dolor de nueva aparición asociado a factores de riesgo, o pérdida ≥ 4 cm de altura³. El diagnóstico de osteoporosis quedaría confirmado si obtenemos un T-score < -1,0 DE¹⁻³.

Este caso ilustra la relevancia del abordaje integral en atención primaria ante lumbalgia en pacientes con perfiles de riesgo, reforzando la necesidad de reconocer oportuna-

mente los signos de alarma que orientan a fractura vertebral osteoporótica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arbolea Rodríguez L, Casado Burgos E, Castañeda S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *ReumatolClin (EnglEd)*. 2019;15(4):188-210.
2. Riancho JA, Peris P, González Macías J, Pérez-Castrillón JL. Executive summary clinical practice guideline of postmenopausal, glucocorticoid-induced and male osteoporosis (2022 update). Spanish Society for Bone and Mineral Metabolism Investigation (SEIOMM). *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2022;22(7):432-9.
3. LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2022;33(10):2049-102. doi: 10.1007/s00198-021-05900-y. Erratum in: *Osteoporos Int*. 2022;33(10):2243.
4. Martineau P, Morgan SL, Leslie WD. Bone Mineral Densitometry Reporting: Pearls and Pitfalls. *Can Assoc Radiol J*. 2021;72(3):490-504.