

La Enfermedad de Kummel. Su manejo.

Eva María Vera Porras, Carlos Navío Serrano, Gregorio Valero Cifuentes, Alonso Escudero Martínez, Juan Fernando Navarro Blaya, Antonio Ondoño Navarro. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, El Palmar, Murcia.

Introducción

Este estudio radica en la necesidad de distinguir la E. de Kummel de una fractura osteoporótica (más frecuente) para un manejo adecuado del paciente.

Objetivo

Definir características clínico-radiológicas del Kummel y sus opciones de tratamiento.

Material y método

Historia clínica detallada, exploración física, radiografía simple y RMN como prueba de elección. Documentación desde web of science 1980-2017.

Resultados

Mujer de 71 años, con artritis reumatoide evolucionada de más de 20 años de evolución, espondiloartrosis, osteoporosis, PTR bilateral, fractura de cadera izquierda con clavo.

Desde hace 1 mes, presenta dolor lumbar de inestabilidad progresiva sin traumatismo, irradiándose a extremidad inferior izquierda con empeoramiento con la deambulación y mejoría en reposo. Hipoestesia en cara anterior y lateral pie, sin pérdida de fuerza. No dolor nocturno, fiebre, diarrea, clínica urinaria ni pérdida de peso.

En radiografía simple: espondiloartrosis con fusión L3-L4 y fractura L5.

En RM lumbar: osteonecrosis de Kümmel L5 (aire intervertebral, pseudoartrosis, niveles normales adyacentes) y espondilolisis bilateral con anterolistesis grado I. Osteocondrosis L3/L4-L5/S1 con estenosis adquirida en este segmento, y severa estenosis del foramen izquierdo L5/S1 que condiciona radiculopatía de L5 izquierda.

El tratamiento conservador, la cirugía y la cifoplastia cementada son opciones de tratamiento. La cifoplastia con balón proporciona estabilización y alivio del dolor, pero puede provocar fracturas adyacentes y cifosis agravada.

Conclusiones

La enfermedad de Kummel es un trastorno espinal infrecuente por osteonecrosis avascular tardía de un cuerpo vertebral toraco-lumbar tras traumatismo menor. Se diferencia de fracturas osteoporóticas por el retraso en la presentación clínica y las características de señal en RMN. Su manejo incluye tratamiento no quirúrgico, cirugía y aumento vertebral percutáneo.

