

EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA



Autores: Montolio Chiva L¹, Martínez-Ferrer A¹, Aguilar Zamora M¹, Orenes Vera AV¹, Vázquez Gómez I¹, Vergara Dangond C², Sendra Garcia A^{1,3}, Valls Pascual E¹, Ybáñez García D¹, Núñez Monje V^{1,3}, Torner Hernández I¹, Alegre Sancho JJ¹.

1. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia. 2. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. 3. Fundación para el fomento de la investigación sanitaria y biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO).

Introducción

Algunos estudios indican que los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan una pérdida de masa ósea aumentada debido a la inflamación crónica, pero los datos en población española son escasos.

Objetivo

Estudiar la evolución de la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con APs e investigar los factores relacionados.

Material y métodos

Se incluyeron pacientes con APs y afectación articular periférica. Fueron atendidos en el Hospital Universitario Doctor Peset y se realizó un seguimiento a 3 años. A todos ellos se les realizó una densitometría ósea y se recogieron los antecedentes de fractura por radiología convencional en el momento basal y a los 3 años. Asimismo, se les analizó el metabolismo fosfocálcico. Se recogieron parámetros demográficos y clínicos [incluyendo duración de la enfermedad, DAS28, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo]. Se definió déficit de vitamina D (25OHD) como valores de 25OHD inferiores a 20 ng/ml y, se consideró una baja masa ósea una escala T o Z < -1 DE y osteoporosis una escala T < -2,5 DE o Z < -2 DE. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0.

Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES (N=91)

Edad: 56,4 (DE 1,2) años.
Duración media de la enfermedad : 104,9 (DE 11,8) meses.
IMC: 27,6 (DE 0,5) kg/m ² .
Hábito tabáquico: 36,3%.
Déficit 25OHD: 33,3%.
DMO:
➤ Osteopenia: 39.5%.
➤ Osteoporosis: 14.3%.
Antecedentes de fracturas:
➤ Antebrazo distal: n=6.
➤ Vertebrales: n=5.
➤ Fémur: n=1.
Tratamiento antirresortivo:
➤ Bifosfonatos: n=9.
➤ Denosumab n=3.
➤ SERM: 1n=1.
Suplementos de 25OHD: 39,6%.

No observamos ninguna correlación significativa entre los valores de 25OHD y los parámetros de actividad de la APs. Sin embargo, observamos niveles más bajos de vitamina D en pacientes obesos. A los 3 años, la DMO se mantuvo estable en la mayoría de pacientes (68,1%) que recibía tratamiento antirresortivo, y empeoró en 2 pacientes a pesar del tratamiento con bifosfonatos. Se registraron nuevas fracturas en 7 pacientes (4 FV, 1 fractura fémur y dos pacientes presentaron más de una fractura). La presencia de nuevas fracturas no se relacionó con la edad, con el déficit de 25OHD ni con el tratamiento osteoporótico previo. Se observó una mayor progresión de la DMO en pacientes expuestos al tabaco.

Conclusiones

Más de la mitad de pacientes con APs presentan una baja DMO (53,8%) y un porcentaje no despreciable niveles de 25OHD deficientes (33,3%). Al igual que en la población general, en nuestra serie parece que los factores de riesgo clásicos como el tabaco se relacionan con la progresión de la DMO. Es importante realizar una valoración de la DMO en estos pacientes e intervenir de forma precoz.