



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA VERTEBRAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

José Eloy Oller Rodríguez¹, Elena Grau García¹, Samuel Leal Rodríguez¹, María Elisa Acosta², Carmen Riesco Bárcena¹, Anderson Víctor Huaylla Quispe¹, Cristóbal Pávez Perales¹, Marta De la Rubia Navarro¹, Isabel Martínez Cordellat¹, Carmen Nájera Herranz¹, Rosa Negueroles Albuixech¹, Francisco Miguel Ortiz Sanjuan¹, Elvira Vicens Bernabeu¹, Cristina Alcañiz Escandell¹, Inés Cánovas Olmos¹, Jorge Juan Fragio Gil¹, Luis González Puig¹, Jose Ivorra Cortés¹, Jose Andrés Román Ivorra¹.

1- Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; 2- Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El antecedente de fractura vertebral aumenta el riesgo de nuevas fracturas y la mortalidad.

Actualmente disponemos diferentes opciones terapéuticas para la prevención secundaria de fractura vertebral, como bisfosfonatos, denosumab o teriparatida, pero existe poca evidencia acerca de su eficacia en prevención secundaria en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo con pacientes que presentaron su primera fractura vertebral entre 2010 y 2017 y comprobamos la aparición ulterior de nuevas fracturas vertebrales.

Seleccionamos únicamente aquellos pacientes que habían completado un mínimo de 3 años de prevención secundaria con fármacos antirresortivos, o bien un esquema secuencial (tratamiento anabólico seguido de, al menos, 1 año con un fármaco antirresortivo), y se excluyeron aquellos que habían presentado nuevas fracturas en los primeros 6 meses de tratamiento.

OBJETIVOS

Evaluar la aparición de nuevas fracturas vertebrales en función de la estrategia elegida como prevención secundaria.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 400 pacientes sobre una base inicial de 1018, con predominio femenino (84% del total). La media de edad de la primera fractura vertebral fue de 69,7 años, con localización dorsal de dicha fractura en el 38,5% de los pacientes, lumbar en un 33,75% y dorsolumbar en un 27,75%.

Se clasificaron las diferentes estrategias de prevención secundaria en función de las diferentes opciones terapéuticas, como vemos en la Tabla 1.

Se analizó la asociación entre la aparición de nuevas fracturas vertebrales (corregida por sexo) y la edad de la primera fractura, así como su localización, sin encontrarse asociación.

Por otro lado, realizamos un modelo Bayesiano de regresión logística multivariante, con la intención de analizar la asociación entre la aparición de nuevas fracturas vertebrales y factores como la edad de la primera fractura, el sexo del paciente y el esquema farmacológico elegido para la prevención secundaria, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en la eficacia entre los diferentes fármacos.

Sin embargo, se observó una tendencia a presentar menor frecuencia de nuevas fracturas en pacientes sometidos a tratamiento secuencial.

Finalmente, se encontraron resultados similares en los pacientes que recibieron Denosumab y en aquellos que recibieron Bisfosfonatos Orales, con datos ligeramente peores en los pacientes que recibieron tratamiento con Zoledronato (figura 1).

Ello puede deberse a que este último grupo de pacientes presentase un mayor riesgo inicial de fracturas, así como un peor pronóstico.

FIGURA 1

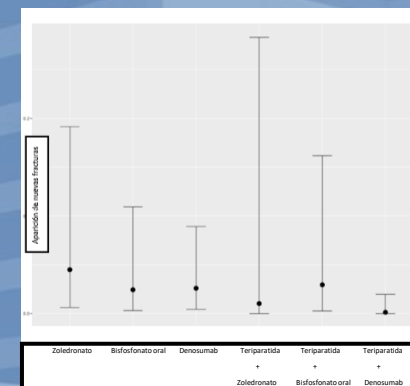


TABLA 1

Opción farmacológica	Pacientes (%)	Nuevas fracturas (%)
Denosumab	192 (48%)	10 (5.21%)
Teriparatida (hasta 2 años) + Denosumab (al menos 1 año)	86 (21.5%)	0 (0%)
Bisfosfonato oral (alendronato, risedronato o ibandronato)	58 (14.5%)	3 (5.17%)
Zoledronato	33 (8.25%)	4 (12.12%)
Teriparatida (hasta 2 años) + Bisfosfonato oral (al menos 1 año)	28 (7%)	2 (7.14%)
Teriparatida (hasta 2 años) + Zoledronato (al menos 1 año)	3 (0.75%)	0 (0%)

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias significativas entre las diferentes opciones farmacológicas de prevención secundaria, en términos de aparición de nuevas fracturas

