

OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN PACIENTES CON CORTICOTERAPIA CRÓNICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL



Oller Rodríguez JE, Grau García E, Riesco Barcena C, Huaylla Quispe AV, Torrat Noves AM, Ramos Castro D, Muñoz Martínez P, Mas Sánchez L, Leal Rodríguez S, Cánovas Olmos I, Ortiz-Sanjuán F, González Puig L, Ivorra Cortés J, Martínez Cordellat I, Vicens Bernabéu E, Nájera Herranz C, Negueroles Albuixech R, Tovar Sagrañes E, Charia H, Román Ivorra JA.

Servicio de Reumatología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

INTRODUCCIÓN

Los regímenes terapéuticos con glucocorticoides son ampliamente usados para el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas, siendo uno de los mayores factores de riesgo para la aparición de fracturas por fragilidad ósea.

Sin embargo, más allá de ensayos clínicos aleatorizados, existe poca evidencia sobre su impacto global, y factores asociados al mismo, en la práctica clínica habitual.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo fue evaluar la aparición de Osteoporosis y fracturas en pacientes sometidos a corticoterapia crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de Vasculitis (diferentes subtipos) y Polimialgia Reumática (PMR), entre otros, que habían recibido regímenes con dosis de, al menos, 5 mg/día de prednisona (o equivalente) durante un periodo no inferior a 3 meses, y en los que se había vigilado la aparición de fracturas durante, como mínimo, los 2 años posteriores.

RESULTADOS

Se incluyeron 234 pacientes (62,4% mujeres) con una edad promedio de 75,8 años al inicio de la corticoterapia y una duración media de la misma de 58 meses.

La enfermedad más representada fue la PMR, con 183 pacientes (78,2%), seguida de las Vasculitis de Grandes Vasos (12,4%), Vasculitis de Pequeño Vaso ANCA positivas (4,3%), Vasculitis de Pequeño Vaso ANCA negativas (3,4%) y una pequeña proporción de Vasculitis de Mediano Vaso y otras patologías como la Policondritis Recidivante.

Asimismo, 29 pacientes (12,39%) habían presentado fracturas previas por fragilidad, mientras que 32 pacientes (13,68%) experimentaron una o más fracturas tras el inicio del tratamiento con glucocorticoides, siendo la cadera su localización más frecuente (4,7%), seguida de las fracturas vertebrales (3,8%). Por su parte, entre los 32 pacientes que presentaron nueva fractura, la duración media de la exposición a glucocorticoides hasta la aparición de dicho evento fue de 4,5 meses.

Pese a no alcanzar significación estadística, observamos una edad más avanzada (80,5 años), mayor presencia del género femenino (81,25%) y de antecedentes de fracturas (18,75%) en pacientes con nuevas fracturas. Por otro lado, el 32,91% de los pacientes presentaba osteoporosis densitométrica al inicio de la corticoterapia.

Tabla 1. Comparación entre diferentes opciones terapéuticas/prevención de fracturas

Tratamiento	Pacientes (%)	Nuevas fracturas (%)	Periodo libre de fracturas (promedio en años):
Alendronato	31 (13,25)	5 (16,13)	5,39
Ibandronato	6 (2,57)	3 (50)	6,51
Risedronato	54 (23,07)	6 (11,11)	5
Zoledronato	8 (3,42)	5 (62,5)	5,03
Bazedoxifeno	1 (0,43)	0 (0)	1,19
Denosumab	38 (16,24)	6 (15,79)	4,41
Teriparatida	10 (4,27)	4 (40)	5,2
Sin tratamiento	86 (36,75)	3 (3,49)	3,88

Tras la realización de un modelo de regresión logística, observamos asociación entre la aparición de fracturas y el tratamiento con zoledronato ($p=0,012$) y una tendencia a la aparición de las mismas en aquellos en los que se empleó ibandronato para prevención de Osteoporosis y fracturas ($p=0,07$). La discreta entidad de las diferencias observadas se podría explicar por el efecto estadístico producido por el escaso número de nuevas fracturas; teniendo en cuenta, además, el hecho de que en nuestro Servicio de Reumatología, realizamos de modo sistemático una evaluación del riesgo de fracturas para decidir la indicación o no de tratamiento preventivo, prescribiendo, además, las opciones con mayor eficacia a pacientes con mayor riesgo basal de fractura.

Finalmente, no observamos diferencias estadísticamente significativas en el periodo libre de fracturas entre las diferentes opciones terapéuticas empleadas de modo más frecuente.

CONCLUSIONES

Observamos una tendencia a presentar mayor frecuencia de fracturas en pacientes con fracturas previas, edad avanzada y género femenino. Se observó una menor eficacia en la prevención de nuevas fracturas en pacientes en tratamiento con zoledronato y en aquellos pacientes en tratamiento con ibandronato, sin diferencias claras en el periodo libre de fracturas.