

OSTEOPOROSIS PRIMARIA

Introducción

La osteoporosis es una de las enfermedades crónicas más prevalentes. Las fracturas por fragilidad asociadas a la osteoporosis ocasionan un aumento de la mortalidad, pérdida significativa de la calidad de vida y un incremento del gasto sanitario. A pesar de que disponemos de medidas preventivas y terapias eficaces para revertir esta situación, la mayoría de los individuos con fractura osteoporótica o con alto riesgo de sufrirla no están diagnosticados ni tratados.

Diagnóstico

La clave para realizar un adecuado diagnóstico es pensar en ella. Para ello es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- 1. La osteoporosis es una enfermedad asintomática hasta la aparición de la fractura por fragilidad.
- 2. Un porcentaje significativo de las fracturas vertebrales son asintomáticas y debemos buscarlas.
- 3. En pacientes sin fractura previa por fragilidad es fundamental identificar a los de mayor riesgo.
- 4. En pacientes con fractura previa por fragilidad, el diagnóstico ya está establecido y debemos minimizar el riesgo de fracturas sucesivas.
- 5. El protocolo de estudio a seguir propuesto por la SEIOMM es:

Protocolo de estudio de la Osteoporosis

- 1. Anamnesis y exploración física
- 2. Analítica:
Hemograma
Bioquímica: función renal y hepática, calcio, albúmina, fósforo, fosfatasa alcalina, proteinograma, calciuria.
Evaluación hormonal: tirotropina (TSH), 25-hidroxitamina D, δ PTH, MRO?
- 3. Densitometría
- 4. Fractura Vertebral mediate VFA o radiología convencional
- 5. Determinaciones especiales si sospecha de causa secundaria

SEIOMM (Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral)
VFA: vertebral fracture assessment; PTH: parathormona;
MRO: marcadores de remodelado óseo.

- 6. El objetivo es descartar la existencia de causas secundarias y categorizar a las pacientes en diferentes niveles de riesgo. Esto condicionará nuestra actitud terapéutica:

Clasificación del riesgo de Fractura

Clasificación de riesgo de fractura en mujeres con OP posmenopáusica		
Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo moderado- bajo
Si se cumple al menos uno de los siguientes criterios	Si se cumple alguno de los siguientes criterios	Si se cumplen todos los criterios
Fractura reciente	Edad: posmenopáusica	Edad: posmenopáusica
Fracturas múltiples	+	+
Fractura mientras está en tratamiento osteoporótico	Fractura previa	Sin fractura anterior
Fractura mientras está tomando medicamentos que aumentan la fragilidad ósea.	T-score $\leq -2,5$	T-score $> -1,0$
T-score muy bajo	+	+
Probabilidad de fracturas > 30% FMO, > 4,5% cadera	FRAX $\geq 10\%$ FMO con DMO	FRAX $< 3\%$ cadera, < 20% FMO
	FRAX $\geq 7,5\%$ FMO sin DMO	

DMO: densidad mineral ósea; FMO: fractura mayor osteoporótica; FRAX: Fracture Risk Assessment Tool.

Pedro Rozas Moreno. Jefe de Sección de Endocrinología y Nutrición. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real.
Rebeca Reyes García. FEA Endocrinología y Nutrición. Unidad de Endocrinología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.
Manuel Muñoz Torres. Catedrático de Medicina. Departamento de Medicina. Universidad de Granada. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Enfoque terapéutico

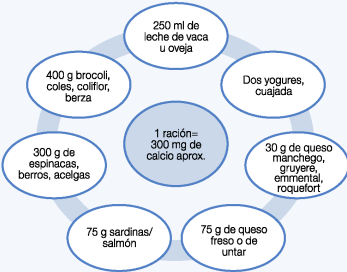
1. **Abordaje no farmacológico:**
un estilo vida saludable es fundamental para prevenir y tratar la osteoporosis:

- 1. Dieta y/o suplementos:
 - 1. Calcio: 1.000-1.200 mg/día.
 - 2. Vitamina D: objetivo > 30 ng/ml.
- 2. Ejercicio de manera regular (fuerza, aeróbico, flexibilidad, equilibrio). Evitar impacto.
- 3. Aporte de 1-1,5 g/kg/día de proteínas.
- 4. Limitar el consumo de cafeína (< 3 tazas/día) y sal (< 2,4 g/día).
- 5. Evitar consumo de alcohol y tabaco.

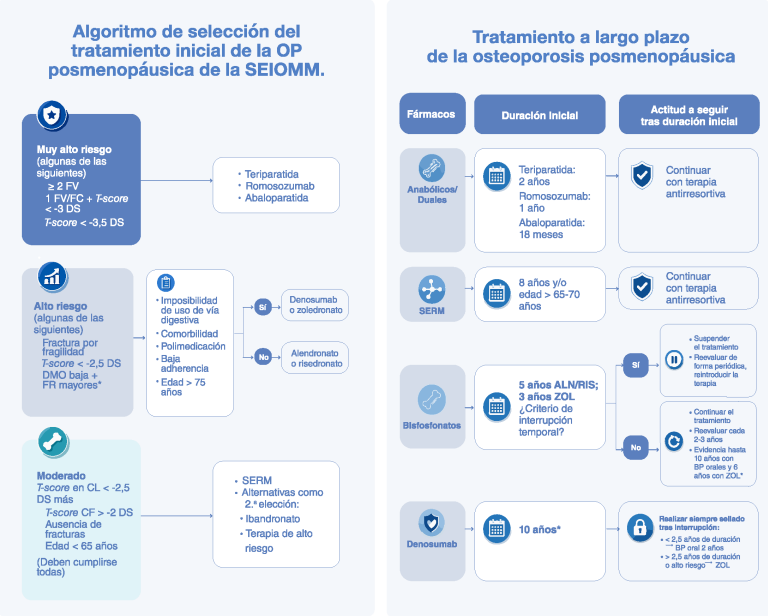
Suplementación de vitamina D

Niveles basales inferiores a 10 ng/ml (deficiencia severa)
Calcifediol 266 μ g/semana durante 5 semanas
Colecalciferol: 50.000 U/semana durante 6-8 semanas
Posteriormente continuar con pauta de insuficiencia
Niveles basales 10-30 ng/ml (insuficiencia):
Calcifediol: 266 μ g/3-4 semanas
Colecalciferol: 50.000 U/mes o 1.000-2.000 U/día

Aporte de calcio dietético (3-4 raciones)



2. Abordaje farmacológico:



*FR mayores: T-score ≤ -2 DS + hipogonadismo, menopausia precoz, glucocorticoides, antagonistas de hormonas sexuales, OP: cuello de fémur; CL: columna lumbar; DMO: densidad mineral ósea; DS: desviación estándar; FC: fractura de cadera; FR: factores de riesgo; FV: fractura vertebral; SEIOMM: Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral; SERM: moduladores selectivos de los receptores estrogénicos.

ALN: alendronato; BP: bisfosfonatos; RIS: risedronato; SERM: modulador selectivo del receptor de estrógenos; ZOL: zoledronato; * > 6 años con ZOL y 10 años con BP oral o denosumab: evidencia limitada, individualizar la actitud.

Adaptado de SEIOMM 2022

No olvides...

- 1. La osteoporosis es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada: pesar de sus conocidas consecuencias sociosanitarias.
- 2. Es necesario realizar una adecuada evaluación diagnóstica para estratificar el riesgo de fractura de cada paciente.
- 3. Disponemos de herramientas terapéuticas eficaces que deben ser seleccionadas según el riesgo y las características individuales de cada paciente.