

Texto Completo Autorizado – TCA (full text)



An overview of the management of osteoporosis in the aging female population

Amin U, McPartland A, O'Sullivan M, Silke C
Women's Health 19, Ene 2023

Resumen SIIC (amplio, en castellano)



Osteoporosis en mujeres de edad avanzada

Manorhamilton, Irlanda: Esta revisión actualiza diversos aspectos del abordaje clínico para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica, incluidos la evaluación del riesgo de la paciente, el diagnóstico y las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas.

Comentarios exclusivos



Mabel Martino

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), Ciudad de Buenos Aires, Argentina



Laura Rinesi

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario (ASOGIR), Rosario, Argentina

Los autores del artículo original al que refiere el resumen son profesionales de un hospital de Irlanda y hacen una revisión detallada de los distintos aspectos relacionados con esta enfermedad. Una de cada 3 mujeres y uno de cada 5 hombres sufrirá una fractura por fragilidad con la edad avanzada; estas incluyen fracturas de cadera, columna vertebral y muñeca. Las consecuencias de estas fracturas, destacan los autores, son evidentes en términos de mortalidad, morbilidad (deterioro físico y mental), costo económico en salud y social (incapacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria, dependencia de cuidadores o familiares).

En el trabajo se detallan los factores de riesgo para las fracturas por fragilidad, dividiéndolos en factores modificables (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, dieta baja en calcio) y no modificables (edad, estructura corporal, antecedente familiar, posmenopausia, fracturas previas, etnia).

La osteoporosis puede ser de tipo primaria (asociada con el envejecimiento y con la menopausia) o secundaria (vinculada con enfermedades subyacentes como la artritis reumatoidea, o con ciertos

medicamentos, como los glucocorticoides usados por tiempo prolongado). El método más común para evaluar la densidad mineral ósea (DMO) es la densitometría de rayos X de energía dual (DXA), que permite categorizar el hueso como con DMO normal, osteopenia u osteoporosis. La osteoporosis no da síntomas si no ocurre la fractura (dolor e incapacidad, pérdida de altura, cifosis y dificultad respiratoria en caso de fractura vertebral). Los principales factores predictivos de fractura son la DMO, la edad y el antecedente personal de fracturas (el antecedente de una fractura de muñeca eleva el riesgo de una nueva fractura a 10 años al 55%, y a 20 años al 80%; el antecedente de una fractura vertebral aumenta el riesgo de padecer otra hasta en 5 veces). La herramienta digital de predicción de fractura *Fracture Risk Assessment Tool* (FRAX) estima el riesgo de presentar una fractura de cadera o una fractura grave (vértebra, muñeca o húmero proximal) a 10 años, teniendo en cuenta estos tres factores predictivos (edad, DMO de cadera y antecedente personal de fractura), a los que se les suman otros factores (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, uso sistémico de glucocorticoides, peso y altura, artritis reumatoidea, otras causas de osteoporosis secundaria y antecedente parental de fractura de cadera).

En pacientes con diagnóstico de osteoporosis o con factores de riesgo, surge la necesidad de implementar medidas para la prevención de fracturas por fragilidad. En el trabajo se detallan los tratamientos no farmacológicos (dieta rica en calcio, actividad física –entrenamiento de la fuerza y del equilibrio–, reducción del consumo de alcohol o tabaco). También se destacan las medidas para prevenir las caídas, como el acondicionamiento del entorno del hogar y el uso de calzado adecuado.

La suplementación con vitamina D (que favorece la absorción de calcio y la mineralización del hueso y disminuye el riesgo de caídas por su efecto a nivel muscular) se considera una intervención no farmacológica. Los tratamientos farmacológicos mencionados en el artículo incluyen agentes antirresortivos (bisfosfonatos, denosumab, moduladores selectivos de los receptores de estrógeno y terapia de reemplazo hormonal) y agentes anabólicos (análogos de la parathormona –teriparatida y abaloparatida– y romosozumab). La indicación de tratamiento farmacológico se basa en los valores de la DMO y los factores de riesgo.

Se recomienda el tratamiento en las mujeres posmenopáusicas con alguno de los siguientes criterios: osteoporosis diagnosticada por DXA; osteopenia y riesgo de fractura de cadera mayor del 3% o de cualquier fractura grave del 20% según FRAX; antecedente personal de fractura de vértebra o cadera, con cualquier valor de DMO; antecedente personal de fractura de húmero proximal, pelvis o muñeca con osteopenia; osteopenia con factores de riesgo de fractura (artritis reumatoidea activa, uso prolongado de corticoides).

En síntesis, este es un trabajo que desarrolla ordenadamente el diagnóstico de osteoporosis, los factores de riesgo de fracturas por fragilidad y su prevención mediante tratamientos no farmacológicos y farmacológicos. Sin embargo, olvida, al igual que lo hacemos en la práctica diaria, la prevención primaria de la osteoporosis. Si nos acordamos de esta enfermedad recién en la menopausia, estamos llegando tarde. Con el fin de alcanzar un pico de masa ósea más elevado, deberíamos enfatizar la prevención de la osteoporosis desde la infancia y la adolescencia. En el consultorio de pediatría, mediante la recomendación de hábitos dietarios y de actividad física; en ginecología, la atención de las adolescentes y jóvenes tendría que hacer foco en el interrogatorio de hábitos nocivos, las recomendaciones nutricionales y el fomento de la actividad física. En la mujer adulta premenopáusica deberíamos estar más atentos a los antecedentes familiares y personales, los hábitos de actividad física y nutricional y el suplemento de vitamina D si correspondiera, para prevenir la osteoporosis. Todas las medidas que tiendan a disminuir la incidencia de osteoporosis estarán disminuyendo el riesgo de fracturas y de sus consecuencias físicas, familiares y sociales.



Alejandra Elizalde Cremonte

Universidad Nacional del Nordeste,
Corrientes, Argentina

La osteoporosis sigue siendo una de las causas más importantes de morbilidad grave en la posmenopausia, y está asociada con las fracturas osteoporóticas, y de morbimortalidad tanto en mujeres como en hombres.¹ Cuando hablamos de osteoporosis, no solamente estamos determinando la densidad ósea de una zona, sino que nos encontramos ante una entidad o enfermedad sistémica del esqueleto que se caracteriza por una masa ósea deficiente, deterioro de la microestructura del hueso y riesgo elevado de fragilidad y fractura de este.²

En el trabajo comentado, se evalúan los factores de riesgo tanto personales como familiares, e incluso hasta medioambientales, considerando las osteoporosis secundarias de orden diferente al genético, pero lo que sorprende es que no evalúa

la calidad ósea de las pacientes con riesgo de osteoporosis. Está claro que la calidad ósea está dentro de lo que se considera la resistencia ósea, e incluye una serie de factores tales como el grado de remodelado, la mineralización, la microarquitectura y la geometría óseas.³

No obstante, lo interesante de esto es que la calidad ósea es fundamental en cualquier mujer, aun en edad fértil, como para determinar la probabilidad de presentar osteoporosis, porque la simple densidad mineral ósea (DMO) puede ser parecida en mujeres de distintas edades, pero el riesgo de fractura va a ser mayor conforme aumenta la edad de la mujer. Si a ello sumamos una mala calidad ósea, indefectiblemente vamos a