

INDICACIONES DE DENSITOMETRÍA ÓSEA

La osteoporosis se caracteriza por una disminución excesiva de la masa ósea (MO), o tejido mineralizado en el hueso, y una alteración de la microarquitectura del tejido óseo, hecho que comporta un aumento de la fragilidad ósea y de la susceptibilidad de desarrollar fracturas.

Puesto que la presencia de una MO disminuida se ha asociado a la aparición de futuras fracturas, la medida de la MO se ha considerado como un indicador para predecir el riesgo de fractura. Estos hechos han provocado en la última década un interés creciente por la utilización de técnicas diagnósticas no invasivas que identificasen individuos con una MO disminuida para poder establecer así medidas preventivas para la aparición de fracturas, principalmente tratamientos farmacológicos dirigidos a preservar la MO.

Sin embargo, el establecimiento de un programa de intervención o cribaje de la osteoporosis tendría que basarse en la evidencia sobre su utilidad clínica, tanto como instrumento diagnóstico, proporcionando información sobre el nivel o cantidad de MO en la zona de medida, como pronóstico, con capacidad para la predicción de fracturas osteoporóticas (no traumáticas), que es el resultado clínico de interés.

Una de las técnicas más difundidas en la actualidad es la absorciometría ósea de doble energía (DEXA) ó Densitometría Ósea (DO). La DO ha demostrado ser una tecnología precisa y exacta para la medida de la MO. Aunque la pérdida excesiva de MO es uno de los factores de riesgo (FR) importantes en la aparición de una fractura, la evidencia científica sugiere que la DO tiene poca capacidad para discriminar, en personas que no tienen un alto riesgo de fractura, quién se fracturará y quién no. Sin embargo, ésta podría ser útil, en aquellas personas que presentan condiciones clínicas asociadas a una pérdida de MO y a un riesgo elevado de sufrir fracturas osteoporóticas.

Por tanto, se trataría de definir qué población sería susceptible de obtener más beneficios en términos de prevención de fracturas osteoporóticas. Por este motivo, la identificación, la descripción y la comparación del impacto que tienen diversos FR de fractura asociados a la pérdida de MO puede ayudar a la priorización de la DO en aquellos grupos poblacionales que probablemente más se beneficiarán, con el objetivo de poder establecer posteriormente medidas preventivas y/o tratamiento en relación a la aparición de fracturas.

¿Cuáles son esos factores de riesgo?

FACTORES DE RIESGO ELEVADO

Déficit de estrógenos:

- Menopausia precoz (<40 a) o quirúrgica antes de los 40 años.
- Amenorrea primaria o secundaria superior al año (anorexia, deportistas)

Fractura osteoporótica previa o fractura por fragilidad o historia de fractura osteoporótica en familiar de primer grado.

Bajo peso o IMC < 19 Kg./m²

Tratamiento prolongado con corticoides
Hipertiroidismo o Hipogonadismo.

FACTORES DE RIESGO MODERADO

Menopausia fisiológica.

Tabaquismo (> 20 cigarrillos/ día).

Bajo aporte de Calcio y Vitamina D.

Sedentarismo.

Pacientes Transplantados y Alcohólicos.

Otras patologías:

·Gastrointestinales: Gastrectomía, Resección intestinal, Enfermedad inflamatoria, Síndromes de malabsorción.

· Endocrinometabólicas: Hipertiroidismo, Diabetes mellitus tipo 1, Hepatopatía crónica.

· Reumatológicas: Artritis reumatoide.

La indicación de realizar una densitometría debe basarse en criterios clínicos que nos permitan seleccionar a los pacientes en los que la utilización de esta tecnología resulte eficiente.

Antes de solicitarla, es esencial tener la seguridad de que el resultado de esta vaya a determinar la decisión terapéutica que se va a tomar.

Se recomienda, en base a lo anteriormente expuesto, realizar una densitometría basal en:

1. Mujeres con menopausia precoz.
2. Antecedentes de fractura por fragilidad ósea por encima de los 50 años.
3. Enfermedad subyacente que se asocie a pérdida de masa ósea: hipertiroidismo, hipogonadismo,...
4. Tratamiento prolongado con corticoides u otros fármacos con demostrada capacidad de reducción de masa ósea (osteopenizantes: heparina, anticonvulsivantes...)
5. Evaluación de tratamiento farmacológico para mejorar masa ósea, de necesidad incierta, en un paciente determinado.
6. Pacientes con algún factor de riesgo elevado o combinación de múltiples de riesgo moderado.

En mujeres que realizan tratamiento por una OP posmenopáusica, se recomienda realizar los controles densitométricos cada 2-3 años. En general, no se recomienda realizar los controles densitométricos antes de los 2 años, ya que se ha observado que algunas pacientes tratadas pierden masa ósea el primer año pero pueden ganarla durante el segundo año.

Nota.-

Este documento ha sido consensuado por las Unidades de Ginecología y Medicina Nuclear del C.H.Torrecárdenas.

Bibliografía

1. CEBM CfEBM. Oxford Centre for Evidence-based Medicine -Levels of Evidence (March 2009). 2009 [actualizado Marzo 2009; citado 2 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
2. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention D, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA. 2001;285:785–95.
3. National Osteoporosis Guideline Group. NOGG. Sheffield: World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases; 2010 [actualizado Enero 2010; citado Marzo 2011]. Disponible en: <http://www.shef.ac.uk/NOGG/>.
4. National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. 2008 [actualizado 2008; citado Abril 2011]. Disponible en: www.nof.org.
5. González Macías J, Guañabens Gay N, Gómez Alonso C, Del Río Barquero L, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Rev Clin Esp. 2008;28 Suppl 1:1–24.
6. Bell KJ, Hayen A, Macaskill P, Irwig L, Craig JC, Ensrud K, et al. Value of routine monitoring of bone mineral density after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. BMJ. 2009;338:b2266.