

GUÍA DE ACTUACIÓN EN OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES (Dr. Pedro L. Carrillo Alascio; 18/04/2008)

En todos los estudios disponibles, las dosis superiores o iguales a 7.5 mg/día de prednisona producen pérdida de densidad mineral ósea (DMO), algunos estudios disminuyen esta cifra hasta 2,5 mg/día. Los sujetos que reciben estas dosis diarias tienen un riesgo incrementado de pérdida de DMO (que se produce sobre todo en los seis primeros meses), de fractura vertebral (RR= 2.86; IC 95%, 2.56-3.16) y de fractura de cadera (RR= 2.01; IC 95%, 1.74-2.29). El riesgo de fractura aumenta especialmente a partir del tercer mes de tratamiento. Existe una clara relación dosisdependiente en el riesgo de fractura, y un 30-50% de los sujetos tratados crónicamente sufrirán fracturas. Los datos disponibles sugieren una prevalencia de fracturas osteoporóticas en los sujetos con OIC de, al menos, el doble de lo que cabría esperar.

Las siguientes recomendaciones son de aplicación en aquellos pacientes que vayan a recibir o estén recibiendo esteroides orales en la dosis y el tiempo tales que constituyan riesgo de osteoporosis. Los pacientes que reciban corticoides inhalados, en enemas, transdérmicos, en infiltraciones locales y en bolos deben ser evaluados individualmente al margen de esta guía.

1. Historia clínica

- a) Factores de riesgo conocidos para osteoporosis: antecedentes familiares de fracturas, fracturas personales previas, menopausia precoz, bajo peso, períodos amenorreicos, hábitos tóxicos y estilos de vida (actividad física, insolación, etc.), ingesta de calcio, etc.
- b) Enfermedad de base: repercusión de la misma sobre el esqueleto, tiempo de duración y otras terapias recibidas.
- c) Tratamiento con corticoides: dosis diaria, dosis acumulada, tiempo estimado de tratamiento acumulado y/o futuro, y tipo de esteroide.

2. Pruebas complementarias

- a) Análisis generales.
- b) Pruebas analíticas opcionales relacionadas con el metabolismo óseo: calciuria de 24 horas, PTH intacta, 25(OH) vitamina D, TSH, marcadores bioquímicos de remodelado óseo.
- c) Radiología lateral de columna dorsal centrada en D-8 y columna lumbar centrada en L-2.
- d) Densitometría ósea por DXA. No acuerdo sobre otros medios de medición.

3. Medidas generales

- a) Dieta equilibrada, rica en calcio y pobre en sodio. b) Ejercicio físico regular de acuerdo con la capacidad funcional del paciente (caminar de 30 a 60 minutos diarios).
- c) Abstinencia de tabaco y moderación en el consumo de alcohol. d) Exposición solar moderada. e) Prevención de caídas en personas predispuestas.
- f) Tratar con la mínima dosis esteroidea posible.

NOTA IMPORTANTE: Estas "guías de actuación" se deben adecuar, por parte de cada profesional, a cada enfermo específicamente. NO USAR ESTOS PROTOCOLOS DE FORMA INDISCRMINADA !!.

4. Tratamiento farmacológico.

A quién tratar

En mujeres posmenopáusicas:

- A todo paciente que vayan a recibir o esté con más de **5 mg/día** durante más de 3 meses.
- En pacientes con DMO (medida por DXA) con una puntuación T inferior a -1,5 que vayan a recibir o estén recibiendo más de 2,5 mg/día durante más de 3 meses.

En mujeres premenopáusicas o varones:

- A todo paciente que vaya a recibir o esté con más de **7,5 mg/día** durante más de 3 meses.
- En pacientes con DMO (medida por DXA) con una puntuación T inferior a -1,5 que vayan a recibir o hayan recibido más de 5 mg/día durante más de 3 meses.

A todos los pacientes con fracturas previas por fragilidad

Con qué tratar

En todos los casos deben administrarse suplementos de calcio (500-1.000 mg/día, en función de la dieta) y de vitamina D (800-1.000 UI/día).

Antirresortivos. El RISEDRONATO y el ALENDRONATO son los fármacos de elección. El primero es el que cuenta con mayor evidencia y está aprobado para esta indicación en España.

Si el aclaramiento de creatinina está por debajo de 30 ml/mn, debe duplicarse el intervalo entre dosis.

No contamos en la actualidad con suficiente evidencia para recomendar otros fármacos antirresortivos.

Precaución en pacientes con edad de posible gestación.

Osteoformadores. La PTH (1-34) podría estar indicada en casos especialmente graves (múltiples fracturas o descensos extremos de DMO).

5. Otros aspectos a considerar:

- a) Duración del tratamiento. El tratamiento debe realizarse mientras se mantenga el tratamiento esteroideo.
- b) Controles evolutivos: Densitometría anual. Es conveniente realizar una radiografía lateral de columna dorsal y lumbar a todos los pacientes que lleven 3 años consecutivos con tratamiento esteroideo y antes de este período de tiempo si existe una sospecha clínica razonable de presencia de fractura vertebral como dolor de espalda de reciente inicio o pérdida de estatura.
- c) Tiazidas. En caso de hipercalcemia y/o coexistencia de hipertensión arterial, puede considerarse el empleo de tiazidas.