



O-3. - NÚMERO, TIPO DE FRACTURAS PREVIAS Y NIVELES DE VITAMINA D EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO OSTEOPORÓTICO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

M. Torrea Valdepérez, E. Trigo Esteban, M. Artacho Rodríguez, C. Fanciulli, M. Olmedo Samperio, L. Carretero Medina, D. Castrillón, J. Filgueira Rubio

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: El FRAX algoritmo para identificar personas subsidiarias de screening con DXA, o intervención terapéutica, no contempla la hipovitaminosis D ni el número de fracturas, dos variables que en estudios con placebo se ha objetivado que podrían influir en la densidad mineral ósea (DMO) y el riesgo de refractura. Analizar FR como: la hipovitaminosis D, el número y tipo de fracturas previas influyen en la respuesta al tratamiento y si ésta respuesta varía según el fármaco empleado (personalización del tratamiento).

Métodos: Estudio descriptivo de 40 mujeres osteoporóticas posmenopáusicas en tratamiento 20 osteoformador (PTH) y 20 antiresortivo (BF). Variables basales y al año de tratamiento: calcio y fosfato sérico, creatinina, 25-hidroxivitamina D y PTH. Peso y talla. Densitometría ósea de cuello de fémur y vertebral. FRAX. Número y tipo de fracturas previas. Análisis estadístico: U de Mann-Whitney: respuesta al tratamiento. Rho de Spearman: niveles de vitamina D y número de fracturas en la respuesta al tratamiento. Kruskal-Wallis: tipo fractura-respuesta al tratamiento.

Resultados: El 50% tratamiento con PTH y el 50% con BF. Edad media 73,86. Número de fracturas medio 1,62. Tipo de fractura previa más frecuente en ambos grupos: vertebral. Los valores analíticos basales y al año del tratamiento, salvo la vitamina D, en media han estado dentro de la normalidad. Valores medios del FRAX ligeramente superiores en el grupo de la PTH. La DMO: grupo PTH DMOCF $-2,89 \pm 1,05$, DMOL $-3,419 \pm 0,62$. Grupo BF DMOCF $-2,317 \pm 1,23$, DMOL $-3,2 \pm 0,65$ Evaluación posible influencia del número de fracturas sobre respuesta al tratamiento no diferencias estadísticamente significativas (a nivel lumbar $p = 0,889$, a nivel femoral $p = 0,448$) Análisis tipo de fracturas y respuesta al tratamiento tampoco se hallaron diferencias (nivel femoral $p = 0,23$, a nivel lumbar $p = 0,43$) Relación niveles de vitamina D y respuesta al tratamiento tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas. A nivel lumbar $p = 0,78$, a nivel femoral $p = 0,56$. Análisis niveles de vitamina D y el número de fracturas previas tampoco diferencias.

Discusión: La hipovitaminosis D, el número y el tipo de fracturas previas son 3 FR para la osteoporosis no analizados a la hora de la estratificación del FRAX. Estos 3 FR por reflejar calidad ósea podrían influir de manera distinta en la respuesta al tratamiento en función del mecanismo terapéutico empleado.

Conclusiones: En nuestro estudio se observó una tendencia positiva en la respuesta al tratamiento, no significativa. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las correlaciones. El tamaño muestral limitado, nos lleva a plantear un posible aumento del mismo con el fin de hacer un estudio más pormenorizado de la influencia de estos FR.