

ORIGINALES BREVES

Diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica después de una fractura de Colles

S. Morote^a, E. Kanterewicz^b, A. Villanueva^a, M.J. García^a, E. Carballido^a y A. Yáñez^c

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Centre del Institut Català de la Salut y Hospital General de Vic (Barcelona).

Objetivo. Conocer si la fractura de Colles (FC) en pacientes posmenopáusicas se utiliza para diagnosticar o tratar una posible osteoporosis subyacente.

Diseño. Estudio retrospectivo de seguimiento de casos incidentes.

Emplazamiento. Hospital General de Vic y Centro de Asistencia Primaria Osona, Vic. Barcelona.

Pacientes y métodos. Se incluyeron 80 mujeres posmenopáusicas con FC durante 1995-1996. Mediante revisión de las historias clínicas se valoraron las pruebas diagnósticas y se compararon los tratamientos antiosteoporóticos pre y post-FC.

Mediciones y resultados principales. En 3 casos (3,8%) se había iniciado estudio diagnóstico de osteoporosis. Seis pacientes (7,5%) recibían tratamiento antiosteoporótico antes de la FC. Despues de ésta el porcentaje se había incrementado hasta un 26,3% ($p < 0,001$).

Conclusiones. La FC se utiliza en un número muy bajo de pacientes posmenopáusicas para sospechar osteoporosis, aunque su presencia aumenta el uso de fármacos antiosteoporóticos.

Palabras clave: Diagnóstico; Fractura Colles; Osteoporosis; Tratamiento.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS AFTER A COLLES' FRACTURE

Objectives. To investigate whether the presence of Colles' fracture leads to diagnostic studies or treatment of osteoporosis in postmenopausal women.

Design. Retrospective study with follow-up of incident cases.

Setting. Hospital General de Vic and Primary Care Centre Osona. Vic. Barcelona.

Participants and methods: We studied 80 postmenopausal women with Colles' fracture during 1995-1996. The clinical records were systematically reviewed and treatment with antiosteoporotic drugs before and after Colles' fracture were compared.

Measurements and main results. Diagnostic studies were found in 3 (3.8%) patients. 6 patients (7.5%) took antiosteoporotic drugs before the fracture while 21 (26.3%, $p < 0.001$) did so after it.

Conclusions. A recent Colles' fracture induces few osteoporosis diagnostic studies. However, it leads to a significant increase in the use of antiosteoporotic drugs

(Aten Primaria 2000; 25: 422-424)

Introducción

La fractura de Colles (FC) o fractura distal del antebrazo es una de las fracturas más frecuentes en las mujeres mayores de 45 años, y se ha calculado que una mujer a partir de los 50 años tiene durante sus años de vida restante un 16% de riesgo de presentar una FC¹. Junto a la fractura vertebral y femoral, la FC está considerada como una de las clásicas fracturas osteoporóticas². Algunos estudios, uno de ellos realizado en España³, han puesto de manifiesto que las pacientes con el antecedente de una FC posmenopáusica tienen una masa ósea lumbar y femoral disminuida^{4,5}. Por ello, dentro de las estrategias de prevención de la osteoporosis se puede considerar esta fractura como un marcador para identificar precozmente a un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de nuevas fracturas.

El propósito del presente trabajo fue conocer si en nuestro medio se utiliza la FC en pacientes posmenopáusicas como un criterio para iniciar estudio diagnóstico o comenzar tratamiento de la osteoporosis.

Material y método

Se trata de un estudio retrospectivo de seguimiento de casos incidentes. La población de referencia fueron las mujeres de 45-75 años de edad residentes en la comarca de Osona (Barcelona). Según el censo de 1991, de una población de 117.442 personas, 19.265 eran mujeres de 45-75 años. La atención de las urgencias traumatólogicas en la comarca se llevaba a cabo en 2 centros hospitalarios: el Hospital General de Vic, centro de referencia de la comarca, y la Clínica de Vic, centro privado. El seguimiento especializado posterior de las fracturas se realiza en los 2 centros hospitalarios y el Centro de Asistencia Primaria (CAP) de Osona, centro ambulatorio.

Se incluyó en el estudio a las mujeres de 45-75 años diagnosticadas de FC en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Vic

^aResidente de Medicina Familiar y Comunitaria.

^bUnidad de Reumatología (Servicio de Medicina Interna).

^cUnidad de Epidemiología Clínica.

Correspondencia: Eduardo Kanterewicz.

Unidad de Reumatología. Hospital General de Vic. C/ Francesc Pia, 1. 08500 Vic (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-X-1999.

TABLA 1. Características de las pacientes incluidas en el estudio (n = 80)

Edad media (DE)	62,5 (8,1)
Años entre menopausia y fractura (DE)	14,1 (8,2)
Antecedentes de fractura osteoporótica previa ^a (%)	10 (13,7)
Antecedentes de patología que afecta al metabolismo óseo ^b (%)	14 (17,5)

^aFractura de Colles, 9 casos; fractura de Colles y fémur, uno (n = 73).

^bMenopausia precoz, 7 casos; neuropatía corticodependiente, 4; patología tiroidea, 2; colagenosis, 2, e insuficiencia renal crónica, uno (2 pacientes presentaban más de un diagnóstico).

TABLA 2. Pacientes tratados con fármacos antiosteoporóticos antes y después de la fractura de Colles (n = 80)

Fármaco	Prefractura	Posfractura
Calcio y calcitonina	1	9
Calcio	2	7
Calcio y vitamina D	1	4
Calcio y THS	1	0
THS	1	0
Bisfosfonatos	0	1
Total	6 (7,5%)	21(26,3%)*

*Incremento significativo (p < 0,001). THS: tratamiento hormonal sustitutivo.

durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1996. Las FC fueron identificadas a partir del sistema informatizado de documentación clínica del hospital, que utiliza la clasificación diagnóstica internacional CIM.9.MC (códigos 813 a 813.93). Se excluyeron los siguientes casos: mujeres premenopáusicas, las que no residían en la comarca, mecanismo de fractura por accidente de tráfico o precipitación, pacientes en cuya historia clínica figuraba el diagnóstico de osteoporosis previo a la FC y a aquellas con enfermedades invalidantes que imposibilitaran un posible estudio de osteoporosis.

La recogida de datos se realizó durante el primer trimestre del año 1997. La información se obtuvo de las historias clínicas del Hospital General de Vic, de la Unidad de Traumatología del CAP Osona de Vic, de las Áreas Básicas de Salud (ABS) de la comarca y mediante una entrevista telefónica estructurada. Cada historia fue revisada por dos de los investigadores utilizando criterios unificados; las variables registradas fueron: edad en el momento de la fractura, mecanismo de ésta, años entre menopausia y fractura, antecedentes patológicos de procesos que pueden afectar al metabolismo óseo (colagenosis, utilización crónica de glucocorticoides, menopausia precoz, enfermedades tiroideas y otras) y antecedentes de fracturas previas. Asimismo se valoró el uso de fármacos para el tratamiento de la osteoporosis pre y posfractura de Colles, que se consideró afirmativo siempre que existiera prescripción de uno o más de los siguientes medicamentos: calcio, vitamina D, calcitonina, bisfosfonatos y tratamiento hormonal sustitutivo. Se consideró iniciado el estudio

diagnóstico de la osteoporosis posfractura de Colles si se había practicado densitometría ósea o radiografías de la columna dorsolumbar. Finalmente, durante la entrevista telefónica, se solicitó a las pacientes que valoraran si 6 meses después de la FC presentaban una movilidad de la muñeca similar a la que tenían previamente y se confirmaron los datos obtenidos de la historia clínica.

Los datos han sido analizados utilizando los programas Epi Info (6.03) y SPSS para Windows (8.0). Se ha comparado el tratamiento con uno o más fármacos para osteoporosis pre y posfractura mediante el test de McNemar.

Resultados

Durante los 2 años revisados se detectó un total de 109 pacientes con FC, de las cuales 80 (73,4%) fueron incluidas en el estudio. Se excluyeron 29 casos (26,6%): en 6 no se localizó la historia clínica, 11 habían sido diagnosticadas previamente de osteoporosis, 7 no residían en la comarca, una era premenopáusica y en 4 casos el mecanismo de fractura fue un accidente de tráfico.

Las características clínico-demográficas basales de las pacientes incluidas se describen en la **tabla 1**. Entre dichos resultados destaca que en 10 casos (13,7%) existía el antecedente de otra fractura osteoporótica previa y que en 14 pacientes (17,5%) se recogió el antecedente de diversas enfermedades que afectan de manera

negativa el metabolismo óseo. Después de la FC se había realizado estudio de enfermedad osteoporótica únicamente en 3 casos (3,8%). En las 3 pacientes el estudio se efectuó mediante radiología de columna vertebral, y en uno de ellos además se practicó densitometría ósea.

La **tabla 2** compara los tratamientos con fármacos para la osteoporosis pre y posfractura de Colles. Seis pacientes (7,5%) recibían tratamiento con algún fármaco para la osteoporosis antes de la actual fractura, sin diagnóstico establecido de esta enfermedad. Después de la FC los tratamientos se habían incrementado hasta los 21 casos (26,3%, p < 0,001). Finalmente, 13 pacientes (17%) refirieron una disminución de la capacidad funcional de la muñeca afectada a los 6 meses de la fractura.

Discusión

En este trabajo hemos investigado si la FC, una de las fracturas con mayor incidencia en las mujeres posmenopáusicas, es utilizada para sospechar un proceso osteoporótico generalizado. Los resultados muestran que el estudio diagnóstico de una posible osteoporosis subyacente se realiza en un porcentaje muy bajo de casos (cercano al 4%). Este dato es aún más llamativo si se tiene en cuenta la presencia de pacientes con antecedentes evidentes de riesgo osteoporótico como son fracturas previas, neuropatías corticodependientes y enfermedades del colágeno.

La FC es una de las 3 fracturas características de la osteoporosis tipo I o posmenopáusica y sus consecuencias inmediatas sobre la calidad de vida de las pacientes se consideran leves, aunque no despreciables, si se comparan con las repercusiones de las fracturas vertebrales o femorales. De este modo, y en coincidencia con otras revisiones¹, un 17% de las pacientes de nuestra serie manifestaba un déficit residual de la movilidad de la mano fracturada. Sin embargo, diversos estudios han resaltado un nuevo aspecto de interés al evidenciar que las pacientes con FC tenían una menor densidad mineral ósea lumbar y femoral comparada con la de controles equiparables^{4,5}, y también una mayor frecuencia de otras fracturas osteoporóticas⁶. De estos datos se desprende que la FC es una herramienta útil para iniciar acciones preventivas contra la osteoporosis.

sis al identificar un subgrupo de riesgo que de otra forma podría pasar desapercibido. Las acciones a realizar podrían ser de tipo diagnóstico (densitometría ósea, radiografías de columna dorsolumbar) o bien terapéutico, ya que hoy día se acepta que la presencia de una fractura periférica por fragilidad, como la FC, establece el diagnóstico de osteoporosis⁷. Al comparar el número de pacientes a las que les fue prescrito algún tipo de tratamiento antiosteoporótico después de la FC con aquellas que lo recibían previamente, se observa un incremento significativo. No obstante, la mayor parte de este aumento correspondía a pautas cortas de la asociación de calcio y calcitonina para una complicación local de la FC, sin establecerse el diagnóstico de osteoporosis generalizada. En nuestro país el uso de calcitonina está muy extendido y sus prescripciones no siempre corresponden a las indicaciones aceptadas⁸. Un estudio de casos y controles efectuado en Inglaterra ha abordado la prescripción de fármacos contra la osteoporosis antes y después de las fracturas características⁹. Únicamente se observó una diferencia significativa en la prescripción de bisfosfonatos después de fracturas vertebrales, sin observarse variaciones para las fracturas femorales o las FC. Por otro lado, también en el Reino Unido, se reali-

zó un seguimiento de los estudios y consejos clínicos para 82 pacientes que habían presentado una fractura osteoporótica¹⁰. En coincidencia con nuestros resultados, sólo un bajo porcentaje de los pacientes recibió algún tipo de consejo terapéutico relacionado con la osteoporosis. La importancia de estos hallazgos se vio reflejada en un editorial, en el mismo número, del *British Medical Journal*. El presente estudio presenta algunas limitaciones. Al tratarse de un trabajo retrospectivo tanto en la consecución como en la exactitud de los datos obtenidos, debe considerarse la posibilidad de un infraregistro. En segundo lugar, los resultados reflejan las actitudes frente a la FC en una zona determinada, por lo que su extrapolación debe ser cuidadosa. No obstante, y teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas, en un momento en el que se necesitan herramientas para priorizar la atención sanitaria dentro del síndrome osteoporótico pensamos que es necesaria una valoración más exhaustiva de las pacientes posmenopáusicas con fractura de Colles.

Agradecimientos

Al Dr. Manel Pladevall, a los Servicios de Documentación Clínica y Urgencias del Hospital General de Vic y a Merck Sharp & Dohme de España, S.A., por su colaboración.

Bibliografía

1. Eastell R. Forearm fracture. *Bone* 1996; 18: 203-207.
2. Riggs BL, Melton LJ. Involutional osteoporosis. *N Engl J Med* 1986; 314: 1676-1686.
3. Sosa M, Sablón N, Martín N, Láinez P, Limiñana JM, De Miguel E et al. Las mujeres con fractura vertebral tienen menos masa ósea que aquéllas con fractura de Colles. *REEMO* 1999; 8: 6-12.
4. Mallmin H, Ljunghall S. Distal radius fracture is an early sign of general osteoporosis. *Bone mass measurements in a population-based study*. *Osteoporosis Int* 1994; 4: 357-361.
5. Peel NF, Barrington NA, Smith TW, Eastell R. Distal forearm fractures as risk factor for vertebral osteoporosis. *BMJ* 1994; 308: 1543-1544.
6. Silman AJ. The patient with fracture. The risk of subsequent fractures. *Am J Med* 1995; 98 (Supl 2A): 12-16.
7. Compston J. Fragility fractures establish diagnosis of osteoporosis. *BMJ* 1999; 318: 1698.
8. Kanterewicz E, Iruela A, Pladevall M, Serrarols M, Pañella D, Brugués J et al. Estudio de las prescripciones de calcitonina: estimación del gasto por prescripción inadecuada. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 411-414.
9. Torgerson DJ, Dolan P. Prescribing by general practitioners after an osteoporotic fracture. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 378-379.
10. Pal B. Questionnaires survey of advice given to patients with fractures. *BMJ* 1999; 318: 500-501.