



IMÁGENES

Fracturas vertebrales múltiples tras el efecto rebote de denosumab en una mujer con posmenopausia

Multiple vertebral fractures after rebound effect of denosumab in postmenopausal woman

Enrique Ricart Torres*

Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Castelló, Castellón, España



Introducción

La osteoporosis está considerada la alteración ósea más común que se caracteriza por un trastorno esquelético generalizado, consistente en la disminución de la resistencia ósea, predisponiendo a un mayor riesgo de fractura por fragilidad. El concepto «resistencia ósea» engloba factores relacionados tanto con la densidad mineral ósea (DMO) como con la calidad del tejido óseo^{1,2}.

Actualmente, el enfoque de consenso para la detección y el seguimiento de la osteoporosis en la población se basa en la medición de la DMO junto la valoración de factores de riesgo clínicos²⁻⁴.

Caso clínico

Mujer de 61 años (año 2019) que acude a control de la osteoporosis. Se interpreta DXA estando en rango de baja masa ósea (osteopenia), y pasados más de 5 años desde el inicio del tratamiento con denosumab se decide su interrupción,

sin añadir ningún otro fármaco. Al año consulta por lumbalgia tras «mal gesto», con dolor desde la región dorsal inferior hasta la sacra. Dadas las características de la lumbalgia, con mal control del dolor, tanto diurno como nocturno y siendo invalidante, se solicita Rx de raquis, objetivando disminución de cuerpos vertebrales de T11 y L4. Se escala tratamiento del dolor hasta opiodes mayores (tapentadol) en combinación AINE y gabapentina, y se solicita interconsulta a reumatología, así como una RMN de raquis completo.

Antecedentes personales: sobrepeso, menopausia a los 49 años, sin fractura de cadera en los progenitores; exfumadora. No presenta enfermedad concomitante que precise de suplementos tiroideos, ni corticoides, ni malabsorción alimentaria. Sin fracturas previamente. En tratamiento para la HTA con enalapril-hidroclorotiazida desde hace años.

En la RMN (fig. 1) se informa de un segmento dorsal con discreta pérdida de altura, con acúñamiento anterior de los cuerpos vertebrales T7, T8, T9, T10, T11 y T12, y segmento lumbar con pérdida de altura central de los cuerpos vertebrales L1, L3 y L4, de probable origen porótico.

En reumatología iniciaron tratamiento con teriparatida durante 2 años con mejoría de la masa ósea en la DXA (fig. 2).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricart.enrtor@gva.es



Figura 1 Imagen de corte sagital de RNM de columna lumbosacra potenciada en T2 con fracturas osteoporóticas.

Discusión

La mayoría de expertos consideran que la osteoporosis es una enfermedad infradiagnosticada. Dado el envejecimiento de la población se prevé que aumente el número de fracturas, y con ello los costes directos e indirectos, así como la disminución de la calidad de vida^{2,3}.

La DXA sigue siendo la prueba de elección (recomendación A) que permite detectar el estado de la masa ósea y se recomienda que sea la misma máquina la que realice los controles para evitar la variabilidad. Sin embargo, todavía no hay consenso en cuanto al tiempo o periodicidad del seguimiento posterior³⁻⁵.

La indicación del denosumab como tratamiento de la osteoporosis está clara, sin embargo se ha constatado que la suspensión puede provocar un efecto «rebote» con pérdida rápida de la DMO ganada durante el tratamiento, y se ha relacionado con un aumento en la incidencia de fracturas vertebrales, llegando hasta presentar en el 50% de los casos fracturas vertebrales múltiples^{5,6}. Por eso, tras la interrupción, a los 5 o 10 años se debe seguir de la administración de un bifosfonato a los 6 meses de la última dosis, aunque no se ha establecido cuál es la pauta idónea⁴⁻⁶. En el caso propuesto, dada la intolerancia a bifosfonatos, la elección fue continuar con denosumab.

Desde la posición del MFyC el objetivo principal de la terapia es prevenir nuevas fracturas, es decir, insistir en la educación sanitaria con medidas no farmacológicas (estilo de vida saludable, incluyendo dieta equilibrada y ejercicio físico regular) y estrategias para reducir el riesgo de caídas, así como si precisa la utilización de medicamentos para aumentar la DMO y resistencia ósea^{1,4}.

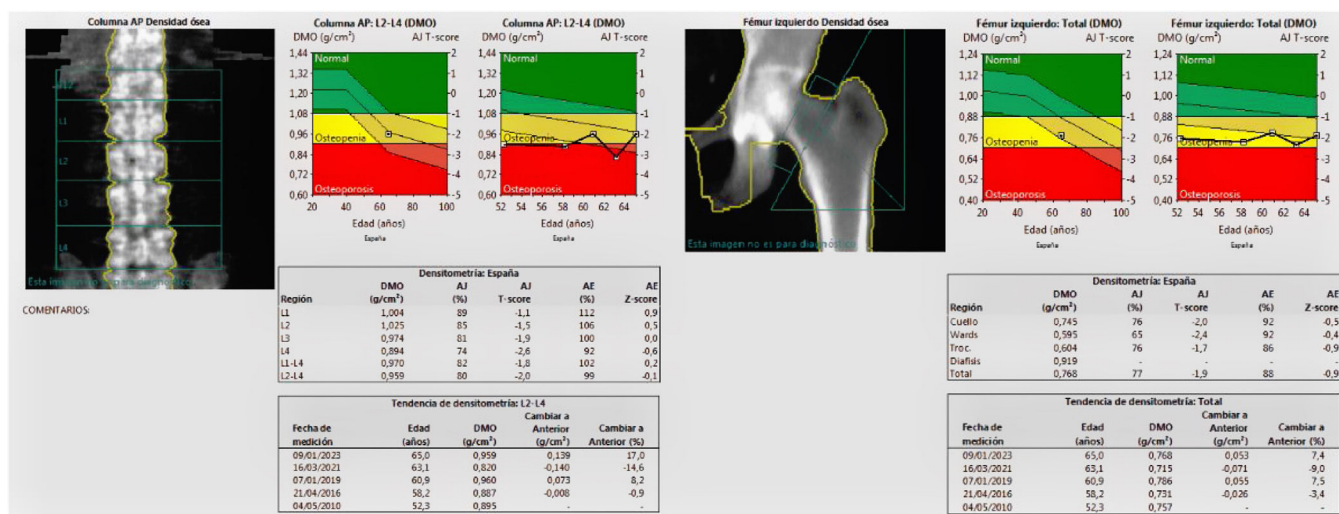


Figura 2 Resumen de la historia de DXA realizadas.

Financiación

No hay medios de financiación del estudio.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses en el estudio.

Bibliografía

1. Management of osteoporosis in postmenopausal women: The 2021 Position Statement of The North American Menopause Society'' Editorial Panel. Management of osteoporosis in postmenopausal women: The 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2021;28:973–97, <http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000001831>.
2. Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arboleya Rodríguez L, Casado Burgos E, Castañeda S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatol Clín (Engl Ed)*. 2019;15:188–210, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.004>.
3. American College of Radiology ACR appropriateness criteria® osteoporosis and bone mineral density [consultado 6 March 2023]. Disponible en: https://acsearch.acr.org/docs/69358/Narrative/?_ga=2.64315695.1208439396.1649760002-2082026322.1646820991&_gl=1*1ecgsi0*_ga*MjA4MjAyNjMyMi4xNjQ2ODIwOTkx*_ga_K9XZBF7MXP*MTY0OTc2MDAwMS4xLjAuMTY0OTc2MDAwMS4w.
4. Riancho JA, Peris P, González-Macías J, Pérez-Castrillón JL. Guías de práctica clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoidea y del varón (actualización 2022). *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2022;14:13–33, <http://dx.doi.org/10.4321/s1889-836x2022000100003>.
5. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF) European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019;30:3–44, <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5>.
6. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Makras P, Aubry-Rozier B, Kaouri S, Lamy O. Clinical features of 24 patients with rebound-associated vertebral fractures after denosumab discontinuation: Systematic review and additional cases: Denosumab discontinuation and vertebral fractures. *J Bone Miner Res*. 2017;32:1291–6, <http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.3110>.