



415 - MARCADORES DE REMODELADO ÓSEO: ¿UTILIDAD MAS ALLÁ DEL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO?

G. Gutiérrez Buey^a, M. Llavero Valero^a, P. Restituto^e, J. Gargallo Vaamonde^a, S. Botella^d, M. Hidalgo Santamaría^c, M.C. Fito^b, E. Loza^b, A. Calleja^a y N. Varo^f

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. ^bServicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España. ^cServicio de Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España. ^eServicio de Bioquímica Clínica. Hospital de Tudela. España. ^fServicio de Bioquímica Clínica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Resumen

Introducción: Los marcadores de remodelado óseo (MRO) se liberan durante la formación y resorción ósea y reflejan la actividad metabólica del hueso. La aplicación más frecuente de los MRO en la osteoporosis es la evaluación de la respuesta terapéutica. Nuestro objetivo es valorar su posible utilidad como prueba de cribado para detectar al paciente susceptible de padecer osteoporosis.

Métodos: Se estudiaron 94 mujeres postmenopáusicas sin tratamiento de osteoporosis. Se les realizó densitometría ósea (DMO) y cuestionario de hábitos y antecedentes. Se calculó el riesgo de fractura mediante el índice FRAX. Se cuantificó osteocalcina, propéptido del procolágeno tipo1 (P1NP), péptidos de entrecruzamiento del colágeno (CTX) y 25OHvitaminaD en un Cobas8000 (Roche-Diagnostics). Se calculó la capacidad discriminante de osteoporosis de los MRO mediante curvas ROC.

Resultados: La edad media de fue 64 ± 9 años, con media de 17 ± 10 años de menopausia e IMC de $25,6 \pm 4,4$ kg/m². El 18% habían tenido una fractura previa, el 25,8% tenían precedente de fractura de cadera sus padres, 16,1% fumadoras, 18,3% tomaban corticoides, 11,8% tenían artritis reumatoide, el 38,7% tenían OP secundaria, el 2,2% tomaban 3 o más dosis de alcohol. Se clasificaron según criterios densitométricos de la OMS, obteniendo un 10,6% de sanas, 48,9% con osteopenia y un 40,4% presentaban osteoporosis. El 41,5% de las mujeres presentaron un riesgo de fractura en cadera según FRAX > 3% y un 9,6% presentó un riesgo de fractura en otra localización según FRAX > 20%. Las mujeres con osteoporosis presentaron niveles significativamente superiores de CTX ($0,47 \pm 2,2$ ng/mL vs $0,37 \pm 0,18$ ng/mL; p = 0,026) y P1NP ($58,8 \pm 41$ ng/mL vs $42,2 \pm 16$ ng/mL; p = 0,008) e inferiores de 25OHvitaminaD ($22,61 \pm 13$ ng/mL vs $28,57 \pm 13$ ng/mL; p = 0,040). No se encontraron diferencias en niveles de osteocalcina ($28,4 \pm 40$ ng/mL vs $19,8 \pm 7,4$ ng/mL p = 0,204). El área bajo la curva de CTX para detectar osteoporosis fue de 0,63 (IC95%: 0,50-0,75; p = 0,055), para P1NP de 0,71 (IC95%: 0,59-0,83; p = 0,001). Se encontró correlación negativa y significativa P1NP y DMO lumbar (R = -0,2; p = 0,046).

Conclusiones: Los MRO P1NP y CTX presentan buena capacidad para detectar pacientes que presentan osteoporosis, lo que abre la posibilidad de su utilización como prueba de cribado y realizar a continuación una DMO confirmatoria.