

En relación con «Osteoporosis posmenopáusica: prevención primaria o medicación excesiva»

As regards «Post-menopausal osteoporosis: primary prevention or excessive medication»

Sr. Director:

En relación con el trabajo publicado en *Semergen*. 2013;39(3):123-129, titulado «Osteoporosis posmenopáusica: prevención primaria o medicación excesiva» y cuyos autores son c. Mendoza-Edroso, N. Sánchez Garrido-Lestache y A. Lopez-Picado, queremos precisar lo siguiente:

1. Los autores indican que la mayoría de los tratamientos incorrectos proceden de los traumatólogos y ginecólogos. Estamos totalmente en desacuerdo con dicha afirmación, pues, para iniciar el tratamiento, ni los traumatólogos nos guiamos por la existencia de artrosis y fracturas no causadas por fragilidad ni los ginecólogos nos basamos exclusivamente en la existencia de una menopausia precoz.
2. Indican que los médicos de familia son los que más se ajustan a las guías de práctica clínica, ya que cerca del 60% prescribe alendronato. En su área, los traumatólogos y reumatólogos utilizan mayoritariamente el risedronato y los ginecólogos el raloxifeno. Al respecto, nos consta lo siguiente:
 - Los traumatólogos preferimos prescribir preparados que estimulan la formación ósea, como la teriparatida y el ranelato de estroncio. La teriparatida es más eficaz en la construcción de la densidad ósea de la columna y en la reducción del riesgo de fractura de columna que cualquier otro tratamiento. El ranelato de estroncio es el único fármaco antiosteoporótico con un mecanismo de acción dual, ya que inhibe la resorción a la vez que estimula la formación ósea. Además, los estudios realizados demuestran su capacidad para mejorar los parámetros de calidad ósea (microarquitectura).
 - Los ginecólogos nos guiamos más por la Menoguía de Osteoporosis elaborada por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) de 2012, disponible en www.aeem.es. Según esta Menoguía, para las mujeres menopáusicas que presenten síntomas vasomotores y requieran tratamiento de la osteoporosis (OP) se debe utilizar la terapia hormonal (TH), incluyendo la tibolona; para el tratamiento de la OP en mujeres con menopausia reciente (sin sintomatología vasomotora), iniciar con SERM (baze-

doxifeno, raloxifeno) como tratamiento de primera línea, y para las mujeres menopáusicas con riesgo de fractura de cadera y no vertebrales, el alendronato, risedronato, ranelato de estroncio y denosumab pueden utilizarse como terapias de primera línea.

Tras dejar la TH, cuando esta esté indicada, terapia tan denostada por los médicos de atención primaria, y que ni siquiera la mencionan en su trabajo, usamos los SERM, pues no hay que olvidar que, para estos, a largo plazo (hasta 8 años), se ha documentado la *quimioprevención primaria del cáncer de mama receptores de estrógeno positivo en mujeres posmenopáusicas*. En la referida Menoguía se indica, además, que, en la actualidad, los SERM se están posicionando por encima de los bisfosfonatos para iniciar el tratamiento de la OP, debido al excesivo poder antirresortivo de los bisfosfonatos y a los últimos datos sobre su seguridad a largo plazo.

Es evidente que, al prescribir el alendronato mayoritariamente, se mueven presionados por las gerencias, obviando las recientes advertencias de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para reevaluar su uso tras 5 años de tratamiento, por sus efectos adversos observados a largo plazo (necrosis avascular mandibular, fracturas atípicas de cadera, cáncer de esófago).

3. Los autores del trabajo mencionan continuamente el FRAX[®]. No deben olvidar las limitaciones que tiene esta herramienta, como que el cálculo del riesgo de fractura puede ser subestimado en pacientes con riesgos de caída.
4. En su estudio, solo incluyen a las mujeres posmenopáusicas entre 50-70 años. Es lógico, pues, que los traumatólogos usen otros tratamientos por la morbimortalidad que conlleva las fracturas de cadera y columna en mujeres de edad más avanzada. Así, en lo que hace referencia al ranelato de estroncio, en un análisis post hoc de un grupo de alto riesgo (edad \geq 74 años y T-score $<$ -2,4 basal), el riesgo relativo de fractura de cadera se redujo en un 43% (RR 0,57, IC del 96% 0,33-0,97) con el uso de ranelato de estroncio.

J.L. Gallo-Vallejo^{a,b,*} y D. Gallo-Padilla^c

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Granada, Granada, España

^c Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgallov@sego.es (J.L. Gallo-Vallejo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semern.2013.06.011>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semern.2012.07.006>