

CONTROL DENSITOMÉTRICO DE LA TERAPÉUTICA ANTIRRESORTIVA ÓSEA

A. RAPADO ERRAZTI

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ Y UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID.

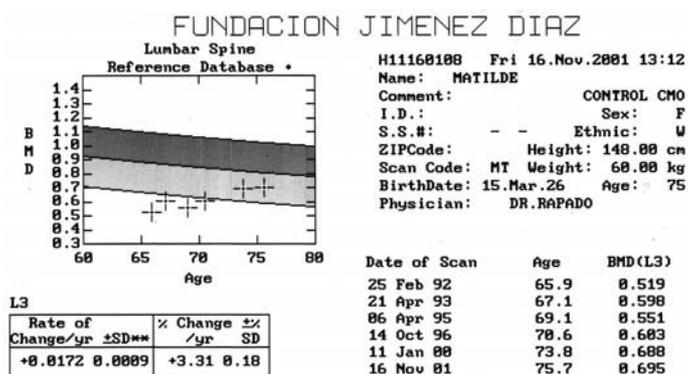


Fig. 1

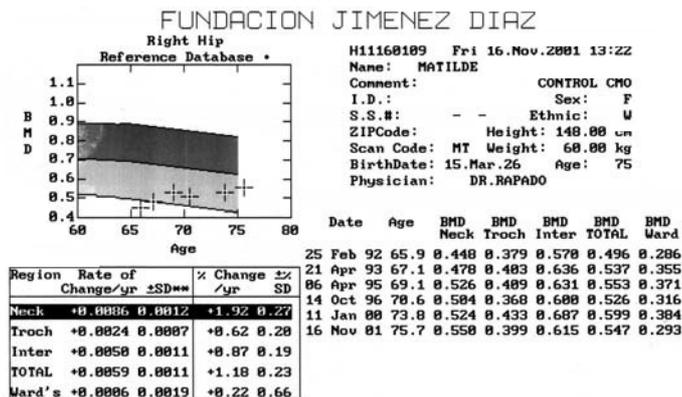


Fig. 2

Se trata de una enferma de 75 años de edad, que hace diez acude a consultar por vez primera por haber presentado un dolor agudo a nivel lumbar alto que en radiografías confirmaba una fractura patológica vertebral, asociada a deformidades vertebrales previas, lo que había condicionado una progresiva pérdida de altura. La densitometría practicada mostraba un marcado descenso de la densidad mineral ósea (DMO) tanto a nivel lumbar (L3 = 0,519 g/cm²) como a nivel de cuello de fémur (L3 = 0,448 g/cm²). La enferma fue tratada con vertebroplastia con lo que mejoró manifiestamente su sintomatología subjetiva y al mismo tiempo se inició tratamiento antirresortivo con revisiones periódicas densitométricas. En la última, se confirma un incremento de la DMO del 3,31% por año a nivel lumbar (L3 = 0,695 g/cm²) y un incremento del 1,92% por año a nivel del cuello de fémur (L3 = 0,550 g/cm²) (fig. 1).

COMENTARIOS

La densitometría constituye un método útil en el control terapéutico de los enfer-

mos con osteoporosis y forma una de las indicaciones que recientemente la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral ha introducido en su Guía de Práctica Clínica. Otras indicaciones en las mujeres postmenopáusicas incluyen las anomalías radiológicas vertebrales sugerentes de desmineralización, una fractura previa por fragilidad, la agrupación de factores de riesgo de osteoporosis, el tratamiento prolongado con glucocorticoides, la insuficiencia ovárica, una historia de trastornos nutricionales graves y el hiperparatiroidismo primario¹. Este control densitométrico tiene también un importante papel en el cumplimiento de los enfermos y, por supuesto, en el diagnóstico y predicción de nuevas fracturas en las personas estudiadas². Sin embargo, la DMO no mide otros factores de riesgo para la presentación de caídas, como el origen de las fracturas, ni tampoco una masa ósea baja diagnóstica o descarta causas secundarias de pérdida ósea³. Diversos artefactos pueden interferir en los resultados de la DMO, entre ellos una vertebroplastia previa, por lo que elegimos la lectura en una vértebra sin deformidades, para evitar errores ante restos de

metacrilato. Otras posibles interferencias incluyen factores dependientes de la tecnología o del operador, y del sujeto explorado, como nuevos trastornos degenerativos artrósicos, calcificaciones de partes blandas, o nuevos aplastamientos vertebrales, datos que descartamos con la comparación de radiografías recientes². De cualquier manera estos posibles errores, que darían mayor DMO a nivel vertebral, no explicarían la mejoría evidente a nivel de cuello de fémur. Nuestro caso demuestra que la medida de la DMO permite asegurar y objetivar el control adecuado terapéutico de la osteoporosis afianzando el cumplimiento del mismo en nuestros enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEIOMM. Osteoporosis postmenopáusicas. Guía de práctica clínica. Versión resumida. Rev Esp Enf Metab Oseas 2002; 11: 67-74.
2. Baran DT, Falukner KG, Gennat HG, Miller PD, Pacific R. Diagnosis and management of osteoporosis: Guidelines for the utilization of bone densitometry. Calcif Tissue Int 1997; 61: 433-40.
3. Compston JE. Bone densitometry and clinical decision making. J Clin Densitom 1999; 2: 5-10.