

Puntos básicos en el diagnóstico de la osteoporosis

Publicado el: 29-12-2022

La osteoporosis es el trastorno del metabolismo óseo más importante. Se correlaciona con una alta morbilidad por la aparición de fracturas, en especial de columna, cadera o muñeca.

Patología del metabolismo óseo

Por ejemplo, la fractura de cadera se ha relacionado con un aumento de 4 a 8 veces de la mortalidad a un año en una persona de edad avanzada. En este sentido, el diagnóstico y tratamiento oportunos de la osteoporosis deben ser prioridad en personas mayores de 65 años.

La osteoporosis se caracteriza por un desequilibrio entre los fenómenos de formación y resorción ósea, incrementándose el segundo por múltiples factores, entre ellos la deficiencia estrogénica que conduce a una disminución de la densidad mineral, dañando la arquitectura normal del hueso, debilitándolo, y en consecuencia, incrementado el riesgo de fracturas.

El diagnóstico y tratamiento oportunos de la osteoporosis deben ser prioridad en personas mayores de 65 años.

Su prevalencia aumenta con la edad y se calcula que una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres presentarán una fractura osteoporótica. Estos datos alarmantes se acompañan de una discapacidad importante, incluso en actividades de la vida diaria. Aproximadamente 40% de las personas que sufren una fractura de cadera por osteoporosis tendrá dificultades para caminar más adelante.

Asimismo, se ha observado un aumento de la mortalidad de 30% después de una fractura osteoporótica, riesgo que puede persistir incluso a 5 años del evento. Por tanto, es necesario evaluar y diagnosticar de manera oportuna a las personas con osteoporosis para reducir el riesgo futuro de fracturas.

Evaluación diagnóstica

En primera instancia, se debe establecer que la osteoporosis es silente, a menos que exista una fractura; es muy importante que en personas mayores de 50 años, en particular mujeres, se consideren todos aquellos factores que puedan incrementar el riesgo de osteoporosis y fracturas, desde los relacionados al estilo de vida, como tabaco, alcohol, actividad física limitada, dieta baja en calcio o vitamina D, poca exposición solar, entre otros, hasta los relacionados a trastornos como deficiencias hormonales (menopausia, hipogonadismo), uso de fármacos, trastornos endocrinos o gastrointestinales, y enfermedades reumatológicas, por mencionar algunos.

Asimismo, en cada paciente, en especial en las personas mayores de 65 años, es necesario evaluar la posibilidad de caídas, tomando en cuenta que en muchas ocasiones este es el mecanismo principal de fractura.

El diagnóstico de la osteoporosis se realiza a través de la medición de la densidad mineral ósea (gramos por centímetro cuadrado) por densitometría ósea, usando el puntaje T, que se calcula restando la densidad mineral ósea promedio del paciente a la de una población joven de referencia dividido entre la desviación estándar de la población referencia. La medición de la

densitometría debe realizarse a nivel de la columna (de L1 a L4), y la cadera (en especial cuello femoral), usando el antebrazo (tercio distal del radio) solo en casos donde no se pueda medir en las regiones anteriores.

Una vez que una persona se presenta con una desviación estándar de -2,5 en el puntaje T en cualquiera de los sitios de medición se le diagnostica como osteoporosis. Por otro lado, valores entre -1 y -2,5 del puntaje T se catalogan como osteopenia.

La pregunta clave es: ¿a quién se le solicita una densitometría? En primera instancia, a mujeres mayores de 65 años y hombres mayores de 70 años, como escrutinio. También se debe evaluar a las mujeres menores de 65 u hombres entre 50 y 69 años, pero que posean factores de riesgo, o a quienes hayan tenido una fractura que se considere de fragilidad.

Por otro lado, diversas organizaciones sugieren que en la evaluación de toda persona con factores de riesgo y densitometría en rango de osteopenia es posible usar la herramienta de predicción de riesgo FRAX, la cual calcula el riesgo de fractura mayor (columna, húmero proximal y antebrazo distal) y de cadera a 10 años.

En esta herramienta se agregan los datos de densitometría del cuello femoral y otros predictores de riesgo, como edad, tabaquismo, fracturas previas, alcoholismo, uso de glucocorticoides, entre otros. El resultado obtenido de esta calculadora debe ser evaluado con umbrales específicos para cada país, aunque una proporción de países considera significativo un valor de más de 20% para fractura mayor, y mayor a 3% para fractura de cadera a 10 años, por lo que en estos casos se debe evaluar el inicio de la terapéutica.

No debemos olvidar realizar una evaluación física idónea. En esta es de particular interés revisar la estatura de la persona. Si existe una caída de 4 cm de la altura máxima medida o de 2 cm en relación a la talla previa, se debe sospechar fractura de columna.

Asimismo, hay que estar atentos a deformidades de la pared torácica (cifosis, escoliosis) o de las extremidades superiores e inferiores. Todo ello con el propósito de descartar fracturas de fragilidad.

Como se comentó anteriormente, es conveniente tener en cuenta la posibilidad de osteoporosis secundaria, en particular en aquellos con disminución grave de la densidad mineral ósea. Los exámenes laboratoriales mínimos para investigar esta situación deben incluir biometría hemática, glucosa, función renal y hepática (con fosfatasa alcalina), calcio, fósforo, magnesio, 25 hidroxivitamina D, y pruebas de función tiroidea. Dependiendo de los datos clínicos podrán solicitarse otros estudios como cortisol, hormona paratiroidea, electroforesis de proteínas, anticuerpos para enfermedad celíaca, entre otros.

Fuente: <https://netsaluti.com>