

Uso de bisfosfonatos y monitoría de la DMO

Value of routine monitoring of bone mineral density after starting bisphosphonate treatment: secondary analysis of trial data. BMJ 2009; 338:b2266.

Abstract copyright © BMJ Publishing Group Ltd. All rights reserved. Used with permission

BELL KJ, HAYEN A, MACASKILL P, ET AL.

Nivel de evidencia: I

Objetivo. Medir el valor de la monitorización de la respuesta al tratamiento con bisfosfonatos por medio de la medición de la densidad mineral ósea.

Diseño. Análisis secundario de los datos del ensayo usando modelos mixtos. La fuente de los datos: The fracture Intervention Trial, un estudio randomizado controlado que comparó los efectos de alendronato y placebo en 6.459 mujeres posmenopáusicas con baja densidad mineral ósea (DMO) reclutadas entre mayo de 1992 y mayo de 1993. Las mediciones de densidad ósea de cadera y columna se obtuvieron de base y a uno, dos y tres años después de la randomización.

Principales resultados medidos. Variación entre personas (relacionado al tratamiento), en densidad mineral ósea de cadera y columna.

Resultados. El efecto promedio de tres años de tratamiento con alendronato fue el aumento de la DMO de la cadera por 0.030 g/cm². Hubo alguna variación entre personas en los efectos del alendronato, pero este fue pequeño en tamaño comparado con la variación en la misma persona. El tratamiento con alendronato se estimó que resultó en un aumento de la DMO de la cadera = 0.019 g/cm² en 97.5% de los pacientes.

Conclusiones. La monitoría de la DMO en mujeres posmenopáusicas en los primeros tres años después de iniciar el tratamiento con un potente bisfosfonato es innecesaria y puede evitarse. La monitoría rutinaria debe evitarse en este período temprano de comienzo de tratamiento con bisfosfonato.

Comentario. ¿Qué podría Ud. pensar de una recomendación de parar el chequeo de la hormona tiroideoestimulante antes de reformular suple-

mentos tiroideos? ¿Qué tal acerca de chequear la presión sanguínea de sus pacientes con una presión estable? Usando participantes en el estudio Fracture intervention Trial que reflejan la población general para medicación crónica, la confianza puede perderse. Con la tasa de confianza para medicaciones para osteoporosis a largo tiempo documentadas tan bajas como el 50%, ¿cómo vamos a saber que nuestros pacientes están tomando su medicación prescrita? Cuando el paciente con baja deglución tiene pobre absorción oral de la medicación, o la toma con café y no la absorbe, ¿cómo vamos a saberlo? La gran mayoría de pacientes osteoporóticos están siendo tratados en una práctica de cuidado primario, no en un centro subespecializado en osteoporosis donde extensos exámenes de laboratorio se hacen con cada evaluación. Por lo tanto, el examen repetido de DEXA mostrando una disminución en pacientes con tratamiento apropiado es una clave importante para detectar deficiencia significativa de vitamina D, enfermedad celiaca, mieloma múltiple y otras condiciones.

Ha habido preocupación acerca de diferencias químicas en alendronatos genéricos y de marca que pueden tener afectada su eficacia. Con la mayoría de nuestros pacientes siendo cambiados a alendronato genérico, necesitamos probar que la medicación genérica es bioequivalente.

Los autores correctamente establecen que hay un gran número de detectores de densidad ósea en los EE. UU., haciendo crítico el seguimiento que debe hacerse en la misma máquina, buscando consistencia. Comenzando una línea de base en diferentes detectores no ayuda en el cuidado de los pacientes una vez tratados, y es un costo grande al sistema. Es también importante que los pacientes sean referidos a sitios donde el densitometrista sea certificado por la

International Society for Clinical Densitometry y que lea los escáneres de acuerdo a las guías actualizadas.

La conclusión de este artículo está basada en varias asunciones con las que no están de acuerdo con lo que yo veo en mi práctica clínica. Anecdóticamente, no ha sido mi experiencia que el 97.5% de los pacientes tengan un aumento significativo en la densidad mineral de la cadera dentro de tres años de tratamiento con alendronato.

También, muchos pacientes tienen diferentes efectos del tratamiento en la DMO de la cadera y en la columna.

Finalmente, no estoy de acuerdo que “la mayoría de los problemas de adherencia al tratamiento de osteoporosis ocurran en los tres primeros meses del comienzo del tratamiento”. Creo que muchos pacientes suspenden intermi-

tentemente el tratamiento cuando ellos oyen una nueva historia acerca de efectos secundarios de la medicación: osteonecrosis de la mandíbula o fibrilación atrial. Estoy de acuerdo con los autores en que la monitoría de la DMO se debe evitar si la reacción inmediata a una disminución es parar o cambiar el tratamiento; lo más importante es buscar una causa secundaria de la falla de su tratamiento, la mayoría de lo cual es una historia simple. Sin embargo, si escogemos abstenerse de la monitoría, estamos perdiendo una gran oportunidad de diagnosticar enfermedades comunes que afectan la densidad ósea, y también de rectificar barreras comunes de confianza.

Pelin Batur, MD, FACP, NCMP
Assistant Professor of Medicine
Cleveland Clinic Independence
Cleveland, OH