Tiempo de fractura osteoporótica en mujeres posmenopáusicas más jóvenes

Timing of osteoporotic fracture in younger postmenopausal women

GOURLAY ML, OVERMAN RA, FINE JP, ET AL.

Women's Health Initiative Investigators. Baseline age and time to major fracture in younger postmenopausal women. Menopause. *2015; 22(6): 589-597.*

Resumen

Las participantes estaban entre 50 y 64 años de edad, sin fractura de cadera o vertebral o recibiendo tratamiento antifractura de base en el Women's Health Initiative, en el estudio de cohorte de densidad mineral ósea (DMO) y fueron examinadas como parte de un estudio diseñado para estimar el tiempo entre el primer test de DMO y la incidencia de una primer fractura mayor.

El test de DMO fue realizado entre octubre de 1993 y abril de 2005, con seguimiento de fractura a través del 2012.

Los resultados fueron: tiempo de 1% de las mujeres que tenían una fractura de cadera o vertebral y 3% de las mujeres con una fractura mayor osteoporótica antes de comenzar el tratamiento.

Sobre un máximo de seguimiento de 11,2 años , el tiempo de 1% de mujeres de 50 a 54 años de edad sin osteoporosis de base para tener una fractura de cadera o vertebral fue de 12,8 años (IC 95%, 8,0-20,4); para mujeres entre 60 y 64 años de edad, 7,6 años (IC 95%, 4,8-12,1); y para todas las mujeres entre 50 y 64 años de edad , 3,0 años (IC 95%, 1,3-7,1). El tiempo a una fractura osteoporótica mayor fue similar.

Los investigadores concluyeron que las mujeres de 50 a 64 años de edad sin osteoporosis en su primer DMO no se benefician de tamizajes frecuentes antes de los 65 años.

Comentario

Dado que el riesgo de fracturas de cadera y columna en mujeres sanas entre 50 y 64 años de edad con promedios de T escore de más de -1 es tan bajo (1,7% en alrededor de 14 años), no es sorprendente que el tiempo de intervalo de 1% de esas pacientes para experimentar tal fractura sea muy largo. Es difícil para mí apreciar la relevancia clínica de estos resultados o como los resultados de este estudio puedan ser traducidos en recomendaciones acerca de la frecuencia del seguimiento de los test de DMO. El propósito de repetir una DMO no es determinar cuándo va a ocurrir la fractura sino identificar aquellas pacientes cuyas densidades óseas sean lo suficientemente bajas, y cuando, combinadas con otros factores de riesgo, requieran tratamiento para reducir el riesgo de fractura.

Los estudios observacionales grandes son recursos valiosos con los cuales pueden ser evaluadas preguntas importantes.

Desafortunadamente los análisis de los estudios observacionales más grandes, como se evidencia en el artículo de Gourlay, más que datos para pacientes individuales, dan resultados para un gran grupo de pacientes.

Como acertadamente lo dice el Dr. Gallagher en un editorial que acompaña el trabajo de Gourlay, los clínicos no ven grupos de pacientes.[1] Los médicos ven pacientes individuales con varias combinaciones de problemas y factores de riesgo tales como edad y DMO, frecuencia de caídas, historia personal y familiar de fracturas, y años desde la menopausia. Hay poco promedio de pacientes porque, excepto en Lake Woebegone, cerca de la mitad de la gente está por encima de lo normal, y un igual número por debajo.

Por ejemplo, la tasa de pérdida ósea en mujeres sanas de 50 años de edad o mayores está

fuertemente relacionada a lo reciente de la menopausia –más rápido en los primeros años y muy lento después–.[2] Es bastante probable que una mujer delgada de 52 años de edad, justo entrando en la menopausia, cuya densidad T-score de la columna es -2,2, vaya a tener osteoporosis por criterio de densidad ósea y a ser una clara candidata para tratamiento dentro de 2 a 3 años. Dicha mujer no estará bien servida con una recomendación de seguimiento fundamentado en un test basado en la evidencia de que, en mujeres de su edad, el intervalo de desarrollo de una fractura de columna o cadera es de más de 12 años.

Más que útiles para los clínicos, es más probable que estos resultados «promedio» presentados en este artículo sean utilizados por autoridades de la salud o patrocinadores de guías clínicas restrictivas.

El mensaje del artículo, para llevar a casa, está en el resumen: no parece que las mujeres de 50 a 64 años de edad se beneficien de un retamizaje más frecuente antes de los 65 años de edad.

Los comentarios encontrados en la sección de discusión y conclusiones de este artículo acerca de que «los resultados no deben ser interpretados para sugerir que la mujeres no posmenopáusicas menores de 65 años de edad deberían tener un DEXA (Rx de energía dual de RX)» y que «la frecuencia del tamizaje debe ser basada en la edad y los valores de T-score de base» pasarán desapercibidos. Los análisis aquí son reminiscencia de los resultados de investigaciones posmenopáusicas publicadas mucho antes por el Dr. Gourlay, con declaraciones acerca del intervalo apropiado (muy largo) de seguimiento del test de densidad ósea.[3]

Desafortunadamente, aunque esos resultados mostraron los cambios promedios, el Washington State Health Care Authority usó esas recomendaciones para limitar los intervalos de la repetición de la DMO para todas las mujeres, privando a médicos y pacientes de la decisión clínica individualizada.[4]

Los epidemiólogos con acceso a cohortes grandes pueden realizar muchos análisis para los cuales el estudio nunca fue diseñado, sin tener que reclutar pacientes adicionales o aun ver las que están o estuvieron en el estudio. No sorprende –y en mi opinión infortunadamente– que tales estudios dominen las publicaciones en el campo de la osteoporosis.

Aunque hay mucho que aprender de los datos epidemiológicos, necesitamos más estudios que enfoquen el manejo de pacientes individuales. La base de datos disponible del Dr. Gourlay puede ser de ayuda a preguntas prácticas como: 1) ¿Qué otras características diferentes de la edad y la DMO estaban asociadas con el riesgo de fractura en las mujeres posmenopáusicas jóvenes? y 2) ¿Cuál es la distribución específica de los intervalos de tiempo en la paciente, estratificados por edad y DMO, para mujeres de las mujeres ala DMO definida como osteoporosis cuando el tratamiento farmacológico debe ser considerado?

Referencias

1. Gallagher JC. Bone mineral density measurements: how often should bone mineral density be measured in postmenopausal women? Results from the Women's Health Initiative study. *Menopause.* 2015; 22(6): 581-583.
2. Recker R, Lappe J, Davies K, Heaney R. Characterization of perimenopausal bone loss: a prospective study. *J Bone Miner Res.* 2000; 15(10): 1965-1973.
3. Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS, et al; Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. *N Engl J Med.* 2012; 366(3): 225-233.
4. Washington State Health Care Authority. *Screening and Monitoring Tests for Osteopenia/ Osteoporosis.* Final report. October 20, 2014. www.hca.wa.gov/ hta/Documents/osteo_ final_report_102014.pdf. Accessed July 10, 2015.

Michael R McClung, MD, FACP
Director, Oregon Osteoporosis Center
Portland, Oregon

Información: El Dr. McClung no reporta conflictos relevantes de interés.