El retraso en el comienzo del estrógeno se asocia con menor densidad mineral ósea en el síndrome de Turner

Climateric. 2017 19 de mayo: 1-6. Doi: 10.1080 / 13697137.2017.1325461. [Epub delante de impresión]

Nguyen HH, Wong P, Strauss BJ, Jones G, Ebeling PR, Milat F, Vincent A.

El síndrome de Turner (ST) se asocia con hipogonadismo, osteoporosis y fracturas. Se investigó la prevalencia y los factores de riesgo de baja densidad ósea y fracturas en una cohorte de ST.

Se incluyeron 76 pacientes con ST (edad mediana 28,5 años), atendidas en un hospital terciario entre 1998 y 2015, que se sometieron a absorciometría de rayos X de energía dual. Se comparó la densidad mineral ósea del hueso de la columna y el cuello femoral (CF) con la de un grupo control. Para ajustar el tamaño óseo menor, se calculó la densidad mineral ósea aparente (BMAD, por sus siglas en inglés).

Resultados: La amenorrea primaria fue común (83%) en la cohorte de ST; la mediana de edad de inducción puberal fue de 15 años (rango 11-30 años), y la terapia de estrógeno no continuo (TE) se registró en el 40%. Casi un tercio de las pacientes con ST informaron fracturas. En comparación con los controles, las pacientes con ST tuvieron mediana de BMAD media (1,026 g/cm^2 frente a 1,221 g/cm^2) y BMAD (0,156 g/cm^3 frente a 0,161 g/cm^3) y 0,850 g/cm2 frente a 1,026 g/Cm ^ {2}) (todos p <0,01). Más mujeres con ST tuvieron puntuación Z-media <-2,0 en comparación con los controles (26,0% frente a 3,6%, p = 0,001). Columna y CF, BMAD y Z-puntuaciones fueron inversamente asociados con la edad en que comienza TE o años de deficiencia de estrógeno.

Conclusiones: El retraso en el inicio de TE fue un factor de riesgo independiente para la menor densidad ósea observada en mujeres con ST. La inducción puberal temprana y el cumplimiento de TE son objetivos importantes para optimizar la BMAD.