

SCORE DE HUESO TRABECULAR (TBS) Y CAUSAS SECUNDARIAS DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS ¿MEJORA PREDICCIÓN DE FRACTURAS POR FRAX?

Marcela Barberán Manríquez¹, Carolina Letelier Berardi⁴, Nicolás Crisosto King², Freddy Escobar Ica⁴, María Soledad Hidalgo Valle³, Patricio Trincado Martínez⁴, Pedro Becker Cummins⁴, Daniel Mahana Babul⁴, Verónica Araya Quintanilla⁵

¹Clínica Las Condes, Clínico Universidad de Chile, ² Universidad de Chile, ³ Hospital Clínico San Borja-Arriarán Santiago, ⁴Clínica Las Condes, ⁵Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El TBS es un índice indirecto de microarquitectura ósea, obtenido a partir de las imágenes de densitometría ósea (DO) de columna lumbar, el cual podría mejorar la predicción de fracturas osteoporóticas. Se ha recomendado como predictor independiente de fracturas en aquellos con DO compatibles con osteopenia o normales y para evaluar causas secundarias (2ª), por ejemplo, diabetes mellitus 2. Sin embargo, hay escasos estudios en otras patologías o factores de riesgo clínicos asociadas a osteoporosis y fracturas.

Objetivos: Determinar TBS en mujeres posmenopáusicas (MPM) y comparar en 2 grupos 1) Con TBS bajo y control con TBS normal la prevalencia de causas 2ª y factores de riesgo de fracturas 2) Evaluar la herramienta FRAX con o sin ajuste por TBS en la predicción del riesgo de fracturas osteoporóticas.

Diseño experimental: Estudio observacional y transversal.

Material y Métodos: Se incluyó MPM entre 40 y 90 años, derivadas para estudio con DO entre enero y abril 2019. Se realizó encuesta de factores de riesgo por FRAX y de causas 2ª: artritis reumatoide (AR), corticoterapia crónica, DM 1-2, insuficiencia ovárica prematura (IOP), malabsorción, hiperparatiroidismo (HP), insuficiencia renal o hepática. Se excluyó menor de 40 o mayor de 90 años e IMC < 15 o > 37 kg/m². Se determinó TBS con software TBS iNsite y definió 2 grupos: TBS bajo (<1350) y TBS normal (>1.350). Se evaluó el riesgo de fracturas osteoporóticas mayores y cadera por FRAX con o sin ajuste por TBS (FRAX con TBS y sin TBS). Las comparaciones entre ambos grupos se realizó con T-student o Mann Whitney, según la distribución de los datos. Para las comparaciones de porcentajes se utilizó chi-cuadrado. Se consideró valor p menor al 5% (p<0,05).
Resultados: 131 MPM (82 TBS normal y 49 TBS bajo) cumplió criterios de inclusión, edad media 63.5±10.4, IMC 24.3±4.3, sin diferencias entre los grupos. Un 26% con IOP, 12 % DM2, 12% AR, 9.1% corticoterapia y 2,3% HP. La prevalencia de causas 2ª y de osteoporosis fue más elevada en grupo TBS bajo (53% y 20.4%) en comparación a TBS normal (34.6% y 6.1%), p< 0.05. El riesgo de fracturas osteoporóticas mayores (FOM) según FRAX tuvo una tendencia a ser mayor en el grupo TBS bajo (3.8%) que TBS normal (2.7%), p=0.062. Al evaluar el riesgo de FOM en ambos grupos, según FRAX con TBS (3.8%, 2.3-7.0%) resultó más elevado que el riesgo por FRAX sin TBS (3.4%, 2.1-6.4%), p<0.0001. En cuanto el riesgo de fracturas de cadera no se encontró diferencias.

Conclusiones: Se encontró mayor prevalencia de causas 2ª y de osteoporosis en el grupo TBS bajo, lo que traduce una degradación de la microarquitectura trabecular ósea en este grupo. Al ajustar FRAX por TBS se obtiene un riesgo más elevado para FOM, reclasificando un 33% de MPM con osteopenia. TBS podría mejorar la predicción de fracturas al utilizar FRAX y DO, cambiando la conducta terapéutica en casos individuales cercanos al “umbral de intervención”.

Financiamiento: Sin financiamiento