



CONTROVERSIAS / *Controversies*

OPINIÓN EXPERTA EN FAVOR DE LA RESPUESTA DE LA FIO AL ARTÍCULO DE JÄRVINEN Y COLABORADORES

Ariel Sánchez*

Centro de Endocrinología, Rosario

La Fundación Internacional de Osteoporosis (FIO) ha respondido con un documento¹ al reciente artículo de Järvinen y cols.² titulado “Sobrediagnóstico de fragilidad ósea en búsqueda de la prevención de las fracturas de cadera”. En este, los autores concluyen que “el enfoque predominante para la prevención de la fractura de cadera no es viable como estrategia de salud pública y tampoco resulta eficaz en términos de costo”. La Dirección de esta revista me ha pedido una opinión para respaldar la posición de la FIO.

Tendencias seculares en fracturas de cadera

Algunos trabajos recientes encuentran una tendencia decreciente en la incidencia de fracturas de cadera, como los publicados en Canadá, Francia y Suiza.³⁻⁵ En el condado de Olmsted (Minnesota, Estados Unidos) Melton y cols. documentaron disminución en la tasa de incidencia de fracturas de cadera; además, bajó la tasa de refractura entre 1980 y 2006.⁶ Ese mismo grupo ha confirmado más recientemente la tendencia decreciente en fracturas de cadera en mujeres: -25% a lo largo de 20 años.⁷ Estos autores señalan que las fracturas

en general han aumentado (+47% en ambos sexos combinados, sobre todo en población mayor de 75 años), atribuyendo el fenómeno a la mejor detección de deformidades vertebrales por métodos radiológicos y densitométricos (VFA, *Vertebral Fracture Assessment*). El único estudio argentino que permite evaluar una posible tendencia secular en la incidencia de las fracturas de cadera es el de Ercolano y cols. (basado en códigos nosográficos hospitalarios), que en un período de 8 años (2000-2008) estimó una tasa de crecimiento interanual de 1,8%.⁸ Cooper y cols. han revisado esta cuestión y concluyen que en la 2ª mitad del siglo XX hubo un aumento en el número de fracturas de cadera en Norteamérica, Europa y Oceanía, aunque las tasas ajustadas por edad se estabilizaron en las dos últimas décadas de esa centuria; en cambio, las tasas en Asia siguen en aumento.⁹

Resulta importante especular sobre la causa de esta progresiva disminución en la incidencia de fracturas de cadera en algunos países. Es posible que se deba al impacto del tratamiento de la osteoporosis. En Australia, la tasa de esas fracturas en mujeres mayores

* Correo electrónico: asanchez@circulomedicorosario.org

de 60 años bajó 28% entre 2001 y 2006; durante ese período, la prescripción de terapia de reemplazo hormonal cayó 54%, mientras que la de bifosfonatos aumentó un 245%.¹⁰ En Finlandia, la tasa de fracturas de cadera ajustada por edad fue de 516 por 100.000 mujeres y 245 por 100.000 varones en 1997; las cifras respectivas fueron 383 y 211 en 2010; los autores especulan que la mejoría en la salud general de la población (mejor nutrición, más actividad física, disminución del tabaquismo, etc.) podría explicar estas tasas decrecientes, pero reconocen también que la más amplia disponibilidad de la densitometría ósea y el uso más extendido de los tratamientos “antiosteoporóticos” podrían desempeñar un papel en este fenómeno.¹¹ En los Estados Unidos, los bifosfonatos orales fueron cada vez más indicados entre 1996 y 2006, pero su uso cayó a la mitad entre 2008 y 2012, coincidiendo con el mejor conocimiento de sus efectos colaterales debidos al consumo a largo plazo: la tasa de fracturas atípicas aumentó significativamente entre 2002 y 2011, aunque la tendencia se “amasetó” después, coincidentemente con la menor indicación de bifosfonatos. Es interesante subrayar que la tasa de fracturas típicas de cadera cayó significativamente entre 1996 y 2006, y continuó descendiendo entre 2008 y 2012; esto debe considerarse como un beneficio de la mejor detección de la osteoporosis y de su correcto tratamiento por parte de los médicos.¹²

Utilización de la densitometría ósea

En la región de Sacramento (California) se analizaron las prácticas de densitometría (DXA) en 15 centros de atención primaria.¹³ En los Estados Unidos, la *U.S. Preventive Services Task Force* recomienda realizar una DXA a mujeres mayores de 65 años, y a mujeres de menor edad si su riesgo de fractura es semejante al de una mujer blanca de 65 años; usando estos criterios, el estudio de Armarath y cols. concluye que el catastro densitométrico es *subutilizado* en grupos de alto

riesgo; así, en mujeres de 60-64 años con 1 o más factores de riesgo, el uso de DXA a lo largo de 7 años fue del 59%. En mujeres de 65-74 años, el uso acumulado de DXA fue del 58% y en las mayores de 75 años, del 43%. También puede argüirse, como lo señalan Järvinen y cols.,² que el recurso diagnóstico se *sobreutiliza* a menudo: el estudio californiano halló que en las mujeres de 50-59 años que no tenían indicación de DXA, el 45% recibió el estudio, y en las de 60-64 años lo recibió el 59%. La edad parece haber sido el principal factor en la decisión de hacer DXA y también el documentar un IMC <20 kg/m². Quizá sean los ginecólogos los responsables del sobrepedido de DXA: en mujeres que eran estudiadas con mamografías, había 3 veces más uso de densitometría.

Guías iberoamericanas para menopausia

La Guía española enumera factores de riesgo de osteoporosis, de caídas y de fracturas. Recomienda el uso de radiografía de columna para detectar deformidades vertebrales. Sugiere la utilización de sistemas de cálculo de riesgo de fracturas para seleccionar a las pacientes que deberían hacerse una densitometría y establece claramente que “no es adecuado realizar una densitometría por el mero hecho de que la paciente la solicite; una información adecuada puede evitar la realización de una prueba innecesaria”.¹⁴

La Guía mexicana solo menciona que se debe solicitar una densitometría ósea a partir de los 60 años y, si no se cuenta con el recurso, se debe evaluar el riesgo óseo mediante el FRAX sin el dato de la DMO.¹⁵

La Guía chilena recomienda los sistemas ORAI o FRAX para cribaje de pacientes en quienes debe hacerse una densitometría y solo aconseja iniciar tratamiento a las mujeres con osteoporosis densitométrica, a las que ya han sufrido fracturas, o a las que presentan osteopenia (T-score < -1,5) y factores de riesgo, como corticoideoterapia o edad >62 años.¹⁶



Guía argentina para osteoporosis

Se enumeran exhaustivamente los factores de riesgo de osteopenia/osteoporosis, las enfermedades capaces de causar osteoporosis secundaria y los medicamentos que pueden disminuir la masa ósea. Se adoptan y recomiendan los criterios de la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica para solicitar estudios densitométricos. En el documento hay tablas que permiten una rápida estimación del riesgo en pacientes individuales, según su edad, su T-score en cadera y los factores de riesgo acompañantes, para decidir sobre la indicación de tratamiento.¹⁷

Guías iberoamericanas para osteoporosis

El Consenso Iberoamericano sobre Osteoporosis llevado a cabo por la Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral¹⁸ explicita posiciones semejantes a las de la Guía argentina citada en el párrafo anterior.

Un panel de expertos portugueses recomienda evaluar el riesgo de fractura por FRAX-Portugal en todos los sujetos mayores de 50 años sin incluir el dato de la DMO. Con riesgos a 10 años del 7-11% de fractura osteoporótica mayor y 2-3% de fractura de cadera, debería efectuarse una DXA central, preferiblemente de cadera, y un recálculo del FRAX con el dato de la DMO. Se recomienda iniciar un tratamiento farmacológico en pacientes con riesgo elevado y en los sujetos mayores de 50 años que hayan tenido fracturas por fragilidad (≥ 1 fractura de fémur, ≥ 1 fractura vertebral sintomática o ≥ 2 fracturas por fragilidad en cualquier sitio).¹⁹

Efecto antifractura de los tratamientos “antiosteoporóticos”

Si bien el riesgo de fractura de cadera aumenta exponencialmente con la edad en ambos sexos y las caídas desempeñan un papel importante en la génesis de fracturas en ancianos, el riesgo relativo es mayor en sujetos con baja masa ósea, y en ellos la protección

antifractura aportada por varios fármacos deriva en una mayor reducción del riesgo absoluto.²⁰

El metanálisis de Järvinen y cols. –que les permite concluir que la eficacia antifractura de los medicamentos en uso es en todo caso marginal– es criticable por varios motivos: incluyeron estudios en los que no se registraron fracturas de cadera y otros en los que se estudiaron sujetos sin osteoporosis. En los estudios *HIP*, *FREEDOM* y *HORIZON*, la tasa de fracturas de cadera en mujeres con osteoporosis se redujo en un 40%.²¹⁻²³ Estos resultados permiten confiar en los fármacos de primera línea usados para el tratamiento de la osteoporosis.

Un reciente estudio estadounidense sobre 16 millones de individuos (evaluados en la encuesta NHANES 2005-2010) que deberían haber recibido tratamiento para la osteoporosis según las recomendaciones de la *National Osteoporosis Foundation* revela que solo lo recibió un 24%, en su gran mayoría mujeres. Ser de sexo masculino y carecer de cobertura social aumentaba la probabilidad de no ser tratado.²⁴

Conclusiones

El concepto de osteoporosis como enfermedad que predispone a fracturas y la difusión en el cuerpo médico de conocimientos sobre su diagnóstico y tratamiento ha permitido disminuir considerablemente la incidencia de fracturas en un segmento de la población. Las proyecciones sobre el aumento de la población añosa de ambos sexos en el mundo entero, en Latinoamérica²⁵ y en la Argentina²⁶ hacen que debamos redoblar los esfuerzos para una correcta identificación de los enfermos en riesgo y su adecuado tratamiento.

Como se ha visto, en nuestra región –y en nuestro país en particular– las Guías sobre menopausia y osteoporosis están lejos de pregonar el uso indiscriminado de la densitometría ósea, y menos el tratamiento farmacológico masivo de adultos osteopénicos.

La clave para evitar excesos en diagnóstico y tratamiento es aplicar los recursos disponibles con buenos criterios clínicos y epidemiológicos.

En palabras atinadas de Seeman y Eisman, el propósito del tratamiento de la osteoporosis debe ser alargar el período libre de enfermedad y no solamente reducir el riesgo de fracturas.²⁷ Las fracturas aumentan la mortalidad y el tratamiento de la osteoporosis la disminuye, según algunas evidencias recientes.²⁸

La FIO está en lo cierto cuando dice que en osteoporosis, hoy en día, el riesgo es el subdiagnóstico y el subtratamiento.

Conflicto de intereses. El autor declara no tener conflictos de intereses.

(Recibido: noviembre 2015.

Aceptado: diciembre 2015)

Referencias

1. <http://www.iofbonehealth.org/news/iof-response-recent-article-overdiagnosis-bone-fragility>
2. Järvinen TLN, Michaëlsson K, Jokihäärä J, et al. Overdiagnosis of bone fragility in the quest to prevent hip fracture. *BMJ* 2015; 350: h2088.
3. Leslie WD, O'Donnell S, Jean S, et al. Trends in hip fracture rates in Canada. *JAMA* 2009; 302:883-9.
4. Maravic M, Taupin P, Landais P, Roux C. Change in hip fracture incidence over the last six years in France. *Osteoporos Int* 2011; 22:797-801.
5. Chevalley T, Guille E, Herrmann FR, et al. Incidence of hip fracture over a 10-year period (1991-2000): reversal of a secular trend. *Bone* 2007; 40:1284-9.
6. Melton LJ 3rd, Kearns AE, Atkinson EJ, et al. Secular trends in hip fracture incidence and recurrence. *Osteoporos Int* 2009; 20:687-94.
7. Amin S, Achenbach SJ, Atkinson EJ, Khosla S, Melton LJ 3rd. Trends in fracture incidence: a population-based study over 20 years. *J Bone Miner Res* 2014; 29:581-9.
8. Ercolano MA, Drnovsek M, Gauna A. Fractura de cadera en los hospitales públicos de la Argentina. *Rev Arg Endocrinol Metab* 2012; 49:3-11.
9. Cooper C, Cole ZA, Holroyd CR, et al. Secular trends in the incidence of hip and other fractures. *Osteoporos Int* 2011; 22:1277-88.
10. Fisher AA, O'Brien ED, Davis MW. Trends in hip fracture epidemiology in Australia: possible impact of bisphosphonates and hormone replacement therapy. *Bone* 2009; 45:246-53.
11. Korhonen N, Niemi S, Parkkari J, Sievänen H, Palvanen M, Kannus P. Continuous decline in incidence of hip fracture: nationwide statistics from Finland between 1970 and 2010. *Osteoporos Int* 2013; 24:1599-603.
12. Jha S, Wang Z, Laucis N, Bhattacharyya T. Trends in media reports, oral bisphosphonate prescriptions and hip fractures 1996-2012. *J Bone Miner Res*. In Press 2015.
13. Amarnath AL, Franks P, Robbins JA, Xing G, Fenton JJ. Underuse and overuse of osteoporosis screening in a regional health system: a retrospective cohort study. *J Gen Intern Med* 2015; 30:1733-40.
14. Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Sociedad



- Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; Barcelona, 2004.
15. Alvarado-García A, Hernández-Quijano T, Hernández-Valencia M, et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015; 53:214-25.
 16. Blümel JE, Aravena H, Brantes S, et al. Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climaterica. *Rev Med Chile* 2010; 138:645-51.
 17. Schurman L, Bagur A, Claus-Hernberg H, et al. Guías 2012 para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la osteoporosis. *Medicina (B Aires)* 2013; 73:55-74.
 18. Salica D, Buceta A, Palacios S, Sánchez A, et al. Consenso Iberoamericano de Osteoporosis SIBOMM 2009. *Rev Arg Osteol* 2010; 9:4-44.
 19. Marques A, Rodrigues AM, Romeu JC, et al. Multidisciplinary Portuguese recommendations on DXA request and indication to treat in the prevention of fragility fractures – April 2015. *Rev Port Endocrinol Diab Metab 10 (Supl)* 2015; 10:10-1 (resumen).
 20. McClung MR. Overdiagnosis and overtreatment of osteoporosis: A wolf in sheep's clothing. *J Bone Miner Res* 2015; 30:1754-7.
 21. McClung MR, Geusens P, Miller PD, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. *N Engl J Med* 2001; 344:333-40.
 22. Black DM, Delmas PD, Eastell R, et al. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 2007; 356:1809-22.
 23. Cummings SR, San Martín J, McClung MR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009; 361:756-65.
 24. Wang CC, Wu CH, Farley JF. Patterns of pharmacological treatment for osteoporosis among patients qualified for pharmacotherapy according to the National Osteoporosis Foundation Guidelines. *Ann Pharmacother* 2015; 49:995-1003.
 25. Campusano C, et al. The Latin America Regional Audit. Epidemiology, costs & burden of osteoporosis in 2012. www.iofbonehealth.org
 26. Spivacow R, Sánchez A. Epidemiology, costs, and burden of osteoporosis in Argentina, 2009. *Arch Osteoporos* 2010; 5:1-6.
 27. Seeman E, Eisman JA. Treatment of osteoporosis: why, whom, when and how to treat. The single most important consideration is the individual's absolute risk of fracture. *Med J Aust* 2004; 180:298-303.
 28. Nguyen TV, Seeman E. Osteoporosis: Treat or let die twice more likely (Commentary). *J Bone Miner Res* 2015; 30:1551-2.