

Osteoporosis inducida por glucocorticoides

Cristina Iglesias Díaz¹; Francisco Javier Maestro Saavedra²; David Bouza Álvarez³; María José Veleiro Tenreiro³; Bernardo de Miguel Bartolomé⁴ (Asociación 1 aria)

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 239

1 Centro de Salud de Mera. EOXI A Coruña
2 Centro de Salud de Elviña- Mesoiro (A Coruña). EOXI A Coruña
3 Centro de Salud del Ventorillo (A Coruña). EOXI A Coruña
4 Centro de Salud de San José (A Coruña). EOXI A Coruña

Es la causa más frecuente de OP secundaria.

El riesgo de fractura dependerá de factores como la DMO en el momento de iniciar el tratamiento con GC, la dosis diaria y la acumulada y de la enfermedad subyacente.

La pérdida de DMO es rápida, especialmente en los primeros meses del tratamiento, afectando sobre todo al hueso trabecular. Además, las fracturas se producen con niveles de DMO mayores que en otros tipos de OP.

La prevención y el tratamiento deberán iniciarse precozmente, adoptando medidas preventivas en todos aquellos pacientes que van a tomar dosis iguales o superiores a 5 mg de prednisona o equivalentes, durante más de 3 meses.

Si ya existen antecedentes de fractura por fragilidad, o bien en pacientes mayores de 65 años, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico; en caso contrario, se recomienda realizar DEXA y

si T <-1.5 DE también se debería iniciar tratamiento farmacológico.

Otras medidas preventivas de uso general en pacientes en tratamiento con GC serían: usar dosis lo más bajas y durante el menor tiempo posibles; evitar consumos de tóxicos (tabaco, alcohol); realizar una ingesta adecuada de lácteos y alimentos ricos en calcio; iniciar un programa de ejercicio físico, de forma regular, para prevenir la pérdida de masa muscular y ayudar a prevenir las caídas; suplementación con calcio y vitamina D.

Los fármacos que tienen aprobada indicación en nuestro país en la OP GC son risedronato, zoledronato y teriparatida. Debido a que en esta condición hay una disminución de la actividad del osteoblasto (por aumento de apoptosis) y el aumento de la actividad reabsortiva es secundaria, la intervención terapéutica ideal sería la anabólica/osteofromadora. El coste de esta terapia y la limitación temporal de su uso obliga a la elección cuidadosa de los pacientes a tratar.

MEDICAMENTOS AUTORIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES E INDICACIONES APROBADAS EN BASE A SU EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE FRACTURAS.

PRINCIPIO ACTIVO	Posología	OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA	REDUCCIÓN DE FRACTURAS VERTEBRALES	REDUCCIÓN DE FRACTURAS DE CADERA	OSTEOPOROSIS EN HOMBRE	OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES
RISEDRÓNICO, ÁCIDO	5 mg/24 horas	SI(1)	SI	SI	SI(1)	SI(Mujeres)
	35 mg/semana					
	150 mg/mes					
ZOLEDRONICO, ÁCIDO, IV		SI(1,2)	SI	SI	SI(2)	SI(1)
TERIPARATIDA (Máximo 24 meses)	20 µg SC/día	SI(1)	SI	SI	SI(1)	SI(1)
CALCIO + VITAMINA D	1000 mg+800 UI/día	Corrección de la deficiencia combinada de la vitamina D y calcio en ancianos. Suplemento de vitamina D y calcio como coadyuvante a la terapia específica para el tratamiento de la osteoporosis en pacientes con deficiencia o alto riesgo de deficiencia combinada de vitamina D y calcio.				

1 Con riesgo elevado de fracturas. 2 Incluidos pacientes con una fractura de cadera por traumatismo reciente de bajo impacto. 3 En pacientes con riesgo de insuficiencia de vitamina D. 4 En mujeres que no sigan una terapia hormonal sustitutiva. 5 Prevención de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas con riesgo elevado de futuras fracturas, que no toleran o en las que están contraindicadas otras alternativas terapéuticas autorizadas para la prevención de la osteoporosis