



CASO CLINICO INTEGRADOR

MODULO OSTEOMUSCULAR

CURSO PRESENCIAL CLIMATERIO AAPEC 2019

DRA. CANDELA FERNANDEZ

Caso clínico: escenario 1

Mujer blanca de 61 años de edad- abogada

Menarca 13 años. g 2. p2 Embarazos normales y partos eutócicos. Lactancias de 7 meses.

Menopausia a los 48 años- Sin sme climatérico. No fx

Delgada (IMC de 19,8 kg/m²)

Fumadora de 20 cig /d desde los veinte años -Bebedora fines de semana. –

No come lácteos x intolerancia

No hace deporte

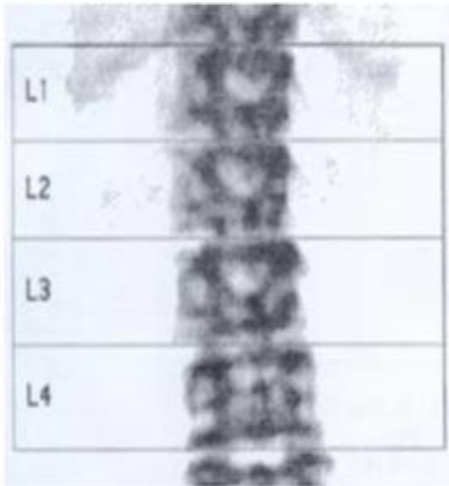
- Antecedentes familiares

- Madre: fractura de cadera 75a

Caso clínico

- Tiene la paciente riesgo de osteoporosis?
- Podemos predecir el riesgo de fractura?

La pac aporta DMO



Zona	DMO ¹ g/cm ²	Adulto Joven ² %	Score-T	Similar Edad ³ %	Score-Z
L1	0.727	64	-3.4	79	-1.6
L2	0.660	55	-4.5	67	-2.8
L3	0.766	64	-3.6	77	-1.9
L4	0.774	65	-3.5	78	-1.8
L1-L2	0.693	60	-3.8	74	-2.1
L1-L3	0.720	62	-3.8	75	-2.0
L1-L4	0.735	62	-3.7	76	-2.0
L2-L3	0.717	60	-4.0	72	-2.3
L2-L4	0.737	61	-3.9	74	-2.1
L3-L4	0.770	64	-3.6	78	-1.8

...y ahora?



Considerando los valores densitométricos, ¿Qué conducta inicial adoptaría?

- 1) Iniciaría tratamiento con calcio, vitamina D y osteoactivos
- 2) Preferiría antes pedir otros estudios complementarios
- 3) Primero indicaría medidas higiénico-dietéticas y reevaluaría en 6 meses
- 4) Preferiría una conducta expectante por no considerarla de riesgo



Antes que nada...

- ▶ Siempre descartar OSTEOPOROSIS SECUNDARIAS!!

Exploraciones complementarias

Le solicito

Rx de columna ?

DXA de cadera?

DXA previas?

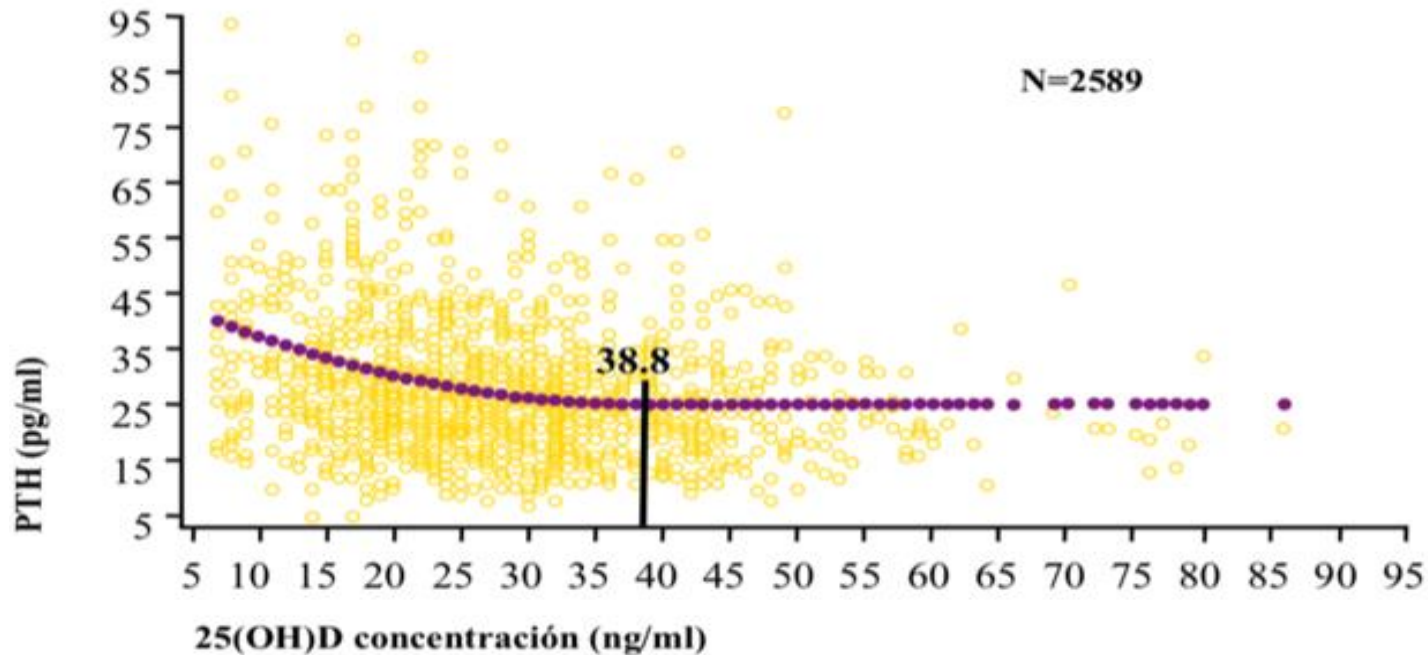


LABORATORIO

Calcemia:	8,50
Fosfatemia:	3,20
25 OH Vitamina D:	12 ng/ml
PTH:	113 pg/ml(h65)
TSH:	1,90
CTX séricos:	730 pg/ml
Ac Antitransglutaminasa (Ig A)	Negativo
Calciuria 24 Hs:	80 mg/24 Hs

PTH aumenta a partir de niveles de 25(OH)D inferiores a 38,8ng/ml

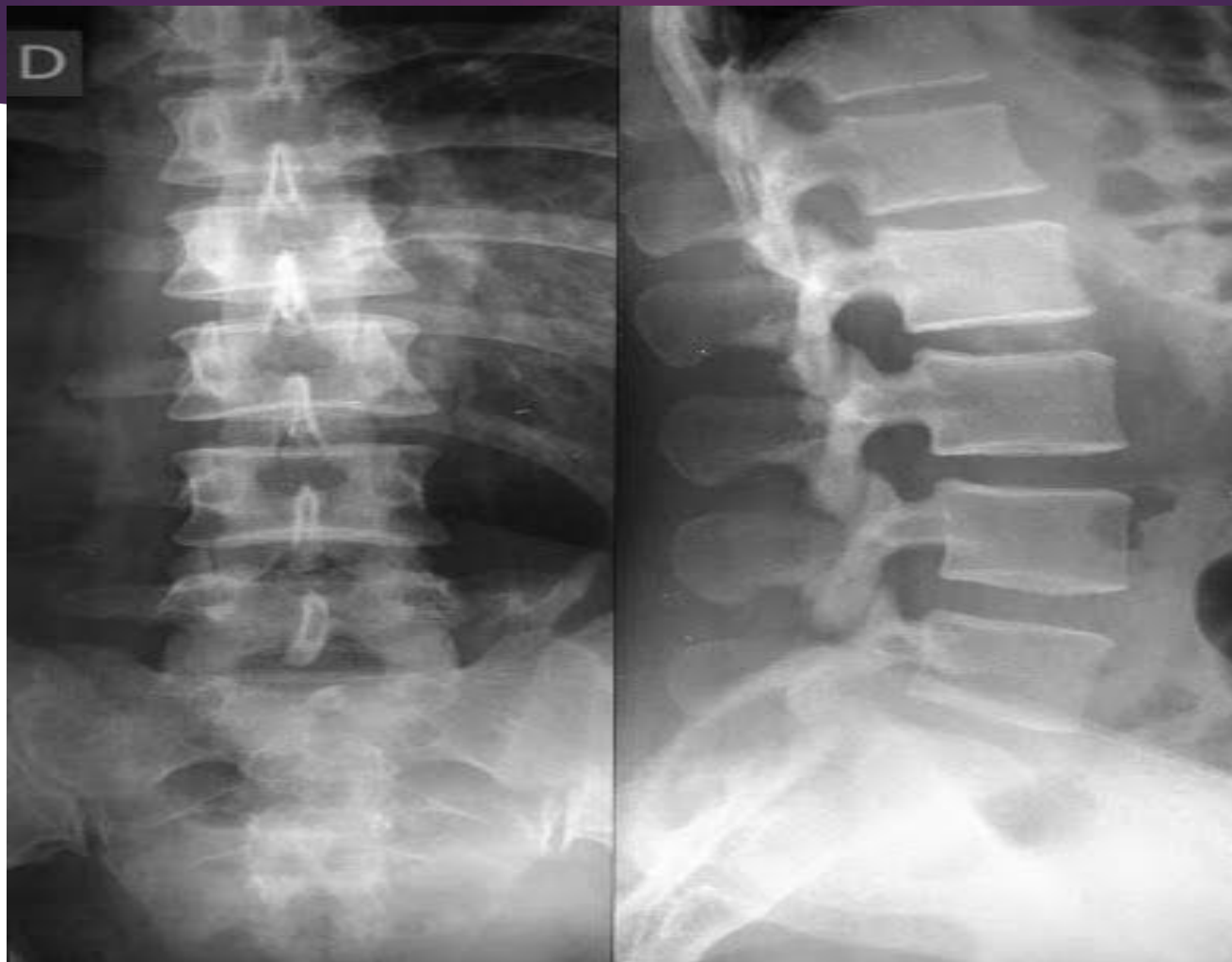
Mujeres con osteoporosis posmenopáusica
Estudio multinacional en 18 países



PTH hormona paratiroidea

Diseño del estudio: observacional, transversal con una población de 2589 mujeres con osteoporosis procedentes de 18 países para evaluar los niveles séricos de 25(OH)D

Rx



DIAGNÓSTICO

OSTEOPOROSIS

HPT 2DARIO A DEFICIT VITD

CONDUCTA

- ▶ Medidas higiénico-dietéticas, cambio de hábitos,
- ▶ Normalización de la vitamina D,
- ▶ Aporte de calcio y
- ▶ Tratamiento osteoactivo.

Caso clínico: escenario 2

– Mujer blanca de 55 años de edad-

Menarca 12 años. g 3 p2 c1 Embarazos normales . Lactancias de 6 meses.

Menopausia a los 48 años- Sin sme climatérico

Refiere no fx personales ni fliares

– no tbq -no alcohol -no litiasis –

– Ingesta de calcio insuficiente

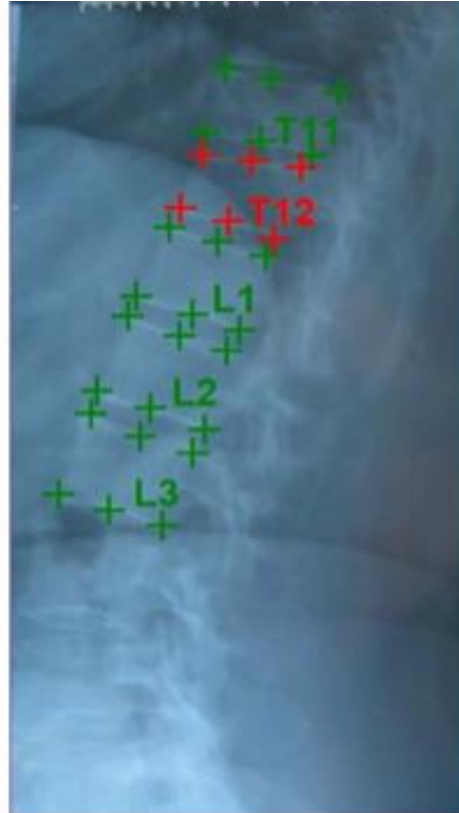
- No actividad física

- **DXA : OSTEOPENIA(T: -2,2)**

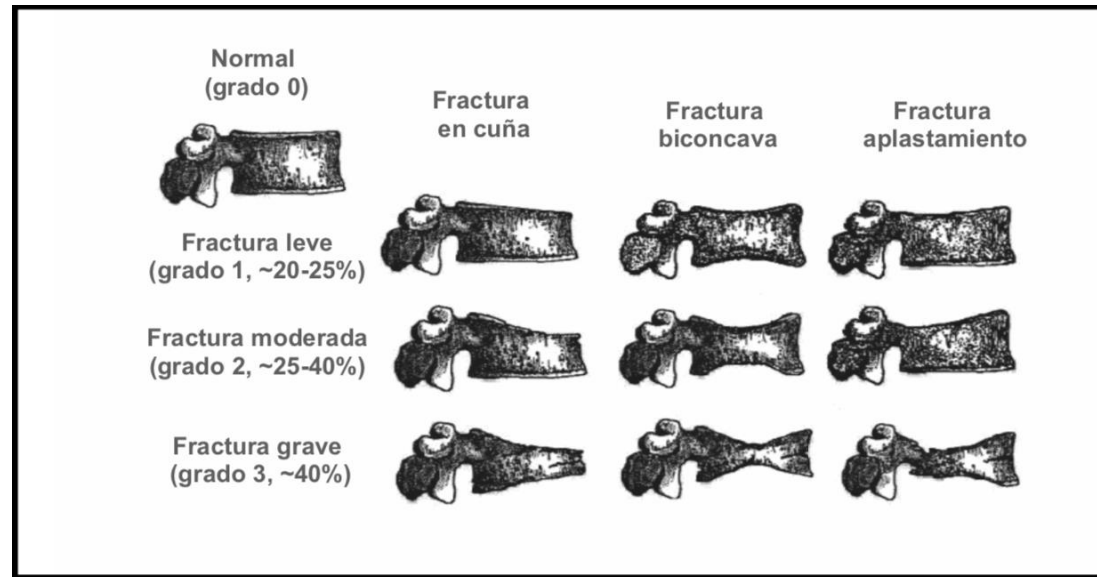
laboratorio:

Calcemia:	9,50
Fosfatemia:	4,20
25 OH Vitamina D:	38 ng/ml
PTH:	48 pg/ml
TSH:	1,90
CTX séricos:	530 pg/ml
Calciuria 24 Hs:	180 mg/24 Hs

Rx de columna dorso lumbar:



Graduación visual o semicuantitativa de la fractura vertebral según clasificación de Genant



RECORDAR!

Pacientes con fracturas “de bajo trauma” pueden definir “osteoporosis” independientemente de DMO, ya que tienen evidencia clínica de “resistencia ósea disminuida”. (Cohen 2008).

entonces..

SE PODRIA indicar TTO AR EN PAC CON FRACTURA (x fragilidad) **SIN SABER SU MASA OSEA X DXA?**

SI !!

CONDUCTA

Descartada la OP secundaria..

TTO OSTEOACTIVO

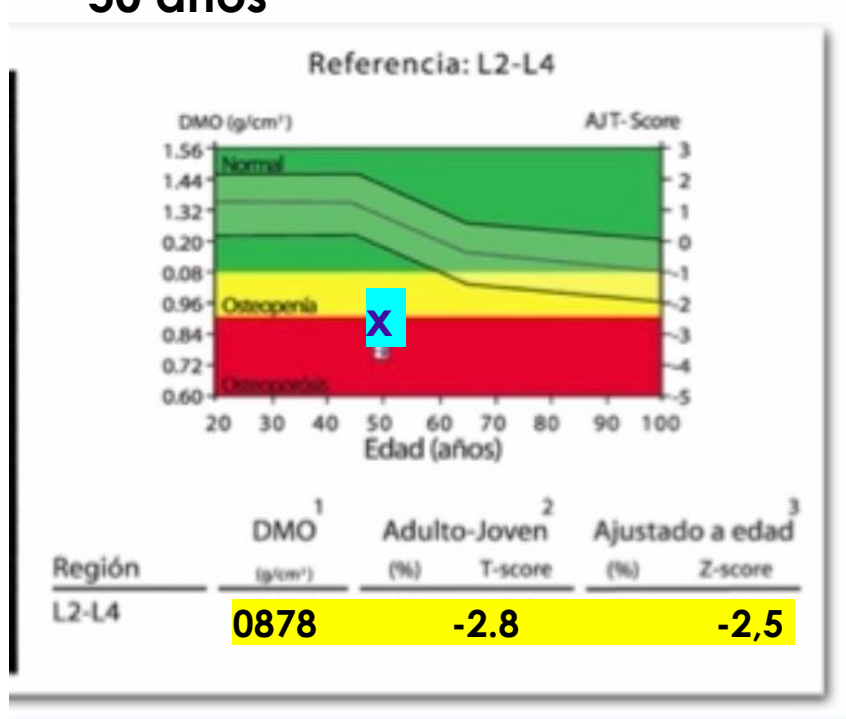
Medidas higiénico-dietéticas, hábitos, vitamina D, aporte de calcio y act física.

Escenario 3

- ▶ Pac 50 a, SIN factores de riesgo, menopausia a los 49
- ▶ La derivan con 3 densitometrías (2 de la premenopausia)
- ▶ Rx sin def vertebrales y laboratorio normal

Evolución Densitométrica

50 años



44 años 0890 -2.75 -3.1

47 años 0889 -2.81 -2,8

Qué dato muy importante falta??

Dato clave:

- ▶ Talla 1,55
- ▶ Peso 46kg

CONDUCTA

DESCARTADA LA OP SECUNDARIA...

**Medidas higiénico-dietéticas, hábitos,
vitamina D, aporte de calcio y act física.**

ENTONCES:

- ▶ <Premenopáusicas con DMO baja, tienen mayor riesgo de fracturas?

SI NO tienen otros F de R y NO ES OP 2DARIA-→ NO!!

- ▶ <Por qué las mujeres premenopáusicas pueden tener masa ósea baja?

Una baja masa ósea sin fracturas ni pérdida de talla puede ser por causa genética (pico bajo)

O talla baja (y tamaño menor de sus huesos)

por lo tanto... **ESTAS MUJERES NO necesitan UN ANTIRRESORTIVO!!!!**

SIEMPRE y A TODAS...

HÁBITOS

APOORTE DE CALCIO

VITAMINA D(según status nutricional)

ACTIVIDAD FÍSICA!! (Explicarle a la pac. que es tan importante como toodo lo demás!!)

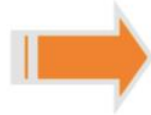
“El hueso que no trabaja, se orina”

Pepe Ferretti



RESUMEN

BAJA MASA ÓSEA NO ES = A OSTEOPOROSIS!!!!



La DMO no identifica todas las mujeres con riesgo de fractura

La calidad ósea no se detecta en la DMO

Identificar factores de riesgo y fracturas previas



¿Como prevenir fracturas en las osteopenicas?



Uso de antirresortivos eficaces

Aporte adecuado de vitamina D

Cumplimiento del tratamiento

Conclusiones 1

- ▶ Todo tratamiento y prevención de osteoporosis debe incluir: calcio, vit. D, y act física
- ▶ El consumo de calcio debe rondar en los 1200mg /día en individuos mayores a 50 años sanos
- ▶ El estado nutricional de vit. D nos lo da el metabolito 250HD y debe ser dosado para adecuar la dosis a suplementar en especial en población de riesgo
- ▶ El nivel de vit. D ideal es de 30mg/ml o mayor para que no se estimule el aumento de PTH

Conclusiones 2

- ▶ Los **factores de riesgo** deben ser considerados par el diagnóstico **tanto como** el laboratorio, la DXA y la Rx
- ▶ Las fracturas ocurren con alta prevalencia en mujeres osteopénicas. No olvidar fx vertebrales asintomáticas-→ BUSCARLAS!
- ▶ Las mujeres prem con baja masa ósea aislada, NO requieren osteoactivos
- ▶ En el otro extremo, hay un 10 % de mujeres osteoporóticas SIN TRATAMIENTO!!

Conclusiones 3

▶ <En mujeres postmenopáusicas:

- Osteoporosis y osteopenia se diagnostica por criterios OMS.
- DMO baja predice fracturas osteoporóticas

▶ <En mujeres premenopáusicas ES DISTINTO

La relación entre DMO y riesgo de fracturas no es la misma y la incidencia de fracturas es baja, incluso ante DMO disminuida

Conclusiones 4

Búsqueda de causas secundarias

- Interrogar por anorexia en adolescencia (bajo pmo)
- Investigar E. Celíaca
- Descartar hipertiroidismo o exceso de suplement con hormona tiroidea



Gracias!!

Dudas? → candevillarreal@gmail.com