



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

Manejo de la osteoporosis inducida por corticoides: enfoque práctico para el dermatólogo



Management of Corticosteroid-Induced Osteoporosis: A Practical Approach for the Dermatologist

C. Vico-Alonso^{a,*}, L. Maroñas-Jiménez^a y F. Lozano-Morillo^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Glucocorticoides;
Osteoporosis;
Prevención;
Manejo;
Bifosfonatos

KEYWORDS

Glucocorticoids;
Osteoporosis;
Prevention;
Management;
Biphosphonate
therapy

La osteoporosis inducida por glucocorticoides (GC) es la causa más frecuente de osteoporosis secundaria iatrogénica. Sabemos que la densidad mineral ósea (DMO) desciende con el uso prolongado de GC por vía oral y existe evidencia de que una dosis igual o superior a 5 mg diarios de prednisona o equivalente incrementa en un 75% el riesgo de fractura a partir de las 12 semanas de tratamiento¹⁻³. Es por ello que la evaluación del riesgo de fractura en nuestras consultas deba establecerse de forma sistemática en todos aquellos pacientes en los que se prevea un tratamiento corticoideo durante un período de tiempo ≥ 3 meses⁴. Además de la edad y la DMO basal (principales indicadores clínicos del riesgo de fractura), la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral recomienda la realización de un protocolo básico de estudio previo al inicio del tratamiento. De forma general, este debe incluir un hemograma, una bioquímica renal y hepática y la determinación de niveles de 25 hidroxivitaminas D⁴. La medición de la hormona estimulante de la tiroides y la electroforesis de proteínas séricas suele indicarse para estimar la cantidad de fármaco libre en casos de hipoproteinemia. La determinación de calcio en orina de 24 h ayuda a detectar hipocalciuria por falta de aporte o malabsorción, así como estados de hipercalcemia que puedan precisar tratamiento con tiazidas.

El manejo de la osteoporosis inducida por GC debe iniciarse desde el concepto de la prevención primaria. Además de promover hábitos de vida saludables, todos los pacientes con cualquier dosis de GC durante más de 3 meses deben iniciar tratamiento con suplementos de calcio (1.000-1.200 mg/día) y vitamina D (800-1.000 UI/día), evitando la dosis única anual de esta, pues, paradójicamente, se ha relacionado con un aumento del riesgo de fracturas⁵.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.vicoalonso@gmail.com (C. Vico-Alonso).

Dada la temprana pérdida de DMO tras la administración de esteroides, se considera aceptable el inicio de tratamiento antirresortivo con bifosfonatos antes del desarrollo de osteoporosis en los siguientes grupos etarios:

- Mujeres posmenopáusicas y hombres ≥ 50 años con GC ≥ 5 mg/día durante más de 3 meses.
- Mujeres premenopáusicas y varones < 50 años con fractura por fragilidad previa, DMO muy baja ($-2,0Z$) y dosis de prednisona o equivalentes > 20 mg/día^{4,5}.

Alendronato (70 mg semanales) y risedronato (5 mg/día o 35 mg semanales) son actualmente los fármacos de elección. Su administración debe prolongarse mientras dure el tratamiento corticoideo sin necesidad de llevar a cabo períodos de descanso, pues el riesgo de efectos indeseables, como la osteonecrosis del maxilar, se considera mínimo en relación con el beneficio que supone el tratamiento con bifosfonatos en estos pacientes⁵.

Para la monitorización de la osteoporosis inducida por GC a largo plazo se recomienda un abordaje multidisciplinar que incluya la evaluación periódica de los hábitos de vida del paciente, el control de la necesidad o no de

mantener el tratamiento corticoideo a largo plazo, junto con un control anual de la DMO por absorciometría de rayos x y determinación de niveles de vitamina D.

Bibliografía

1. Van Staa TP, Leuffkens HGM, Abenhaim L, Zhang B, Cooper C. Oral corticosteroids and fracture risk: Relationship to daily and cumulative doses. *Rheumatology*. 2000;39:1383–9.
2. Weinstein RS. Clinical practice. Glucocorticoid-induced bone disease. *N Engl J Med*. 2011;365:62–70.
3. Van Staa TP, Leuffkens HG, Cooper C. The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis: A meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2002;13:777–87.
4. González-Macías J, del Pino-Montes J, Olmos JM, Nogués X. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (3.a versión actualizada 2014). *Rev Clin Esp*. 2015;215:515–26.
5. Caplan A, Fett N, Rosenbach M, Werth VP, Micheletti RG. Prevention and management of glucocorticoid-induced side effects: A comprehensive review: A review of glucocorticoid pharmacology and bone health. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:1–9.