

## EVOLUCION DE LA DENSIDAD MINERAL OSEA Y APARICION DE NUEVAS FRACTURAS TRAS LA SUSPENSION DEL USO PROLONGADO DE BISFOSFONATOS

MARTINEZ Claudia, LUCAS Sabrina, GONZALEZ PERNAS Mariana, FONT Magdalena, PALUCH José, TORRES Gabriela, OLIVERI Beatriz, DIAZ Adriana  
Hospital de Clínicas "José de San Martín"; Enfermedades Metabólicas Oseas, INIGEM (UBA-Conicet)

**Introducción y objetivos:** Los bisfosfonatos (BFN) son el tratamiento farmacológico inicial para la mayoría de los pacientes con osteoporosis (OP). Sin embargo, en los últimos años se ha sugerido utilizarlos por un periodo no mayor a 3-5 años, por el riesgo de fracturas atípicas. Hasta la actualidad, pocos estudios han reportado la evolución de la densidad mineral ósea (DMO) y el riesgo de fractura luego de la suspensión de los mismos.

El objetivo del trabajo es describir la evolución de la DMO y la aparición de nuevas fracturas por fragilidad tras la suspensión de BFN, en mujeres postmenopáusicas que realizaron  $\geq 5$  años de tratamiento por OP.

**Pacientes y Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente 196 mujeres postmenopáusicas que recibieron tratamiento con BFN por  $\geq 5$  años por OP, que consultaron entre marzo 2014 y abril 2016. Se excluyeron aquellas con un seguimiento  $< 12$  meses luego de la suspensión del BFN. También aquellas con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, enfermedad de Paget, corticoterapia crónica y mieloma múltiple, así como las que continuaron su tratamiento con denosumab, ranelato de estroncio o teriparatide. De las historias clínicas se obtuvieron el tiempo y tipo de BFN utilizado, la edad y DMO (LUNAR), al momento de la suspensión. La DMO fue evaluada al menos en una oportunidad hasta un máximo de 72 meses tras la suspensión. Se documentó la aparición de fracturas por fragilidad, clínicas y/o asintomáticas durante ese periodo. El análisis estadístico se realizó con SPSS 20.0

**Resultados:** Se incluyeron 119 pacientes, 96 realizaron tratamiento con BFN oral y 23 con BFN endovenoso. Al momento de la suspensión de BFN, el tiempo de tratamiento fue de  $101,2 \pm 3,51$  meses (60-240). La edad fue de  $71,2 \pm 7,2$  años (53-92), la DMO en columna lumbar (CL) fue de  $0,876 \pm 0,116$  g/cm<sup>2</sup> (0,584-1,221) (TS  $-2,6 \pm 0,93$ ), la DMO de cuello femoral (CF) fue de  $0,737 \pm 0,076$  g/cm<sup>2</sup> (0,565-0,927) (TS  $-2,01 \pm 0,65$ ) y la DMO de cadera total (CT) de  $0,779 \pm 0,096$  g/cm<sup>2</sup> (0,520-1,002) (TS  $-1,78 \pm 0,8$ ). Las pacientes fueron seguidas por  $45,7 \pm 18,2$  meses (12-72).

Al analizar la evolución de la DMO según el tratamiento recibido, se evidenció que las DMO tanto en CF como en CT fueron significativamente menores entre el inicio y el final del seguimiento en aquellas que habían utilizado BFN oral ( $p=0,031$  y  $p=0,034$ , respectivamente), mientras que no se evidenciaron diferencias en el grupo que recibió BFN endovenoso. La DMO de CL no mostró cambios durante el seguimiento en ninguno de los 2 grupos.

Dentro del grupo de BFN oral, se analizó separadamente quienes habían recibido solamente alendronato (n: 59) de las que recibieron alendronato seguido de otro BFN (risedronato y/o ibandronato) (n: 37). El grupo de alendronato mostró una disminución estadísticamente significativa de los valores de DMO entre el inicio y el final del seguimiento, no evidenciable en el grupo de alendronato y otro BFN oral.

Durante el período de seguimiento se observaron 23 fracturas por fragilidad en 22 pacientes (7 fracturas vertebrales, 8 fracturas de muñeca, 1 fractura de hombro, 2 de pelvis, 2 de codo, 2 de tobillo y 1 de rodilla). Diecisiete (74%) de ellas en el grupo de BFN oral y 6 en el grupo de BFN endovenoso, pero sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa. Las fracturas de muñeca se observaron a los  $18,2 \pm 11$  meses (12-36), mientras que las fracturas vertebrales se manifestaron a los  $27,4 \pm 15$  meses (12-48). Trece de las 22 pacientes (59%) presentaban antecedentes previos de fracturas.

**Conclusiones:**

Tras la suspensión de los BFN, se evidencia una mayor caída en la DMO en CF y CT en aquellas mujeres que recibieron BFN oral. La DMO de CL no parece ser un buen marcador de la evolución, dado que puede estar influenciada por otros factores como artrosis o fracturas vertebrales. Así mismo, el grupo de BFN orales presenta una mayor tendencia a nuevas fracturas por fragilidad, principalmente en aquellas mujeres con fracturas previas.