# INDICACIONES DE LA DENSITOMETRÍA

AUTORES:

Ricart Torres, Enrique[1].y Giner Ruiz, Vicente[2](Componentes del Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas SoVaMFiC.). Médico de Familia y Comunitaria. Técnico de Salud de la UDMAFyC de Castelló, Castellón.

Vicente Giner Ruiz. Médico de Familia. Reumatólogo. Jubilado.

*Palabras claves.*Densitometry, FRAX,osteoporosis screening, osteopenia, primary care physicians.

Persona para correspondencia:

- Nombre: Enrique Ricart Torres
- Dirección electrónica: ricart_enrtor@gva.es
- Fecha de remisión de la ficha: 31 / 10 / 2022

## CONSIDERACIONES PREVIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES

- La osteoporosis primaria se refiere a la pérdida ósea que ocurre después de la menopausia y con el envejecimiento. La osteoporosis secundaria se diagnostica cuando medicamentos (p. ej. glucocorticoides) o enfermedades contribuyen a la pérdida ósea.
- Actualmente, el enfoque de consenso para la detección y el seguimiento de la osteoporosis en la población es la medición de la densidad mineral ósea (DMO).
- La mayoría de expertos consideran que se trata de una enfermedad infradiagnosticada. Dado el envejecimiento de la población se prevé que aumente el número de fracturas y con ello los costes directos e indirectos pues se asocian con fracturas posteriores y mortalidad prematura. También se asocian a disminución de la calidad de vida, una función física disminuida y una independencia reducida.
- Dada la eficacia comprobada de la terapia farmacológica, el papel de las pruebas de imagen para identificar y monitorear adecuadamente a las personas de alto riesgo es fundamental para reducir sustancialmente la morbilidad y la mortalidad asociadas con la osteoporosis.
- La densitometría ósea (DXA) sigue siendo la prueba de elección que permite detectar osteopenia y osteoporosis (y se recomienda que sea la misma máquina la que realice los controles dada la calibración).Sin

embargo, todavía no lo hay en cuanto al tiempo o periodicidad del seguimiento posterior.

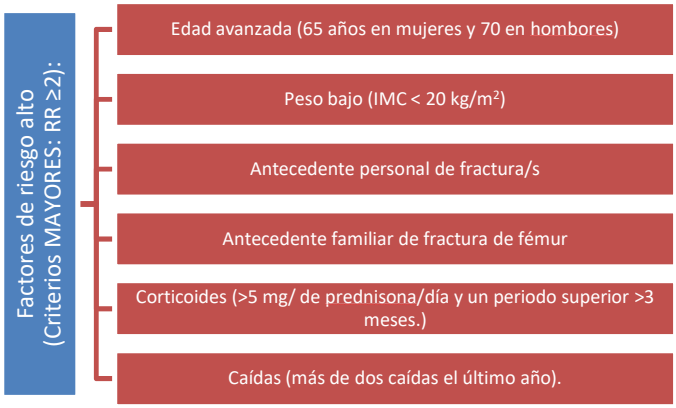
- Recordar que además de la DMO, el diagnóstico clínico de la osteoporosis puede realizarse en pacientes postmenopáusicas que presenten fracturas de osteoporóticas (cadera, húmero, tercio distal de antebrazo o vertebral), o que tengan otros factores de riesgos resultantes en alto riesgo de fractura.
- Interpretación:
  - **Osteoporosis establecida**: DMO T-score <-2,5 DE con fractura por fragilidad
  - **Baja masa ósea (osteopenia):** DMO T-score -1,0, -2,5 DE

- Es importante individualizar los casos para la realización del screening por lo que se recomienda revisar los antecedentes personales en busca de factoresderiesgo(FR)de baja masa ósea (BMO) y/o de fractura.Una herramienta de cálculo del riesgo de fractura es el FRAX®, aunque no está suficientemente validada en la población española, por lo que no se puede recomendar su uso sistemático.
  - FRAX®. Esta herramienta utiliza una pequeña cantidad de factores de riesgo clínicamente disponibles, junto con la DMO del cuello femoral, si se mide, para calcular una probabilidad individualizada de fractura a 10 años.
  - Sin embargo factores como el riesgo de caídas, diabetes mellitus tipo 2, algunos medicamentos o ser usuarios de toma de drogas pueden contribuir y no son valorados por el FRAX®.
  - A considerar:
    - No es herramienta de diagnóstica pero ayuda a la toma de decisiones.
    - No útil en pacientes con tratamiento.
    - Interpretación: Riesgo absoluto de fractura osteoporótica: bajo (<10%), moderado (10-20%), alto (>20%).

- Cada vez son más los fármacos descritos en la literatura con posible acción sobre la DMO, disminuyéndola, y algunos aumentando el riesgo de fractura.

# INDICACIONES DE LA DENSITOMETRÍA Y FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

| FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS DE BAJA DMO Y/O FRACTURA | | |
|---|---|---|
| **Con independiente de su acción sobre la masa ósea** | | **Por disminuir la masa ósea** |
| **Fuerza de la asociación mayor** | Fuerza de la asociación menor | |
| • Edad: > de 65 años en mujeres y > de 70 en los hombres<br>• Fracturaosteoporóticaprevia<br>• Fractura osteoporótica de cadera en familiar de primer grado<br>• Uso de corticoidesorales (5mg durantemás de 3 meses)<br>• Artritisreumatoide | • Índice de masa corporal bajo<br>• Fumadoractivo<br>• Consumo de más de 2 UU/día de alcohol. | • Amenorrea en la mujer o hipogonadismo en el hombre<br>• Hipertiroidismo no tratado<br>• Hiperparatiroidismoprimario<br>• Hepatopatíacrónica<br>• Trasplantados<br>• Inmovilidadprolongada<br>• Gastrointestinales: gastrectomía, resección intestinal, enfermedad inflamatoria, síndromes de mal absorción<br>• Diabetes mellitus 1 y 2<br>• Enfermedadpulmonarobstructivacrónica, FQ<br>• ERC<br>• Nutrición enteral<br>• Utilización de determinadosfármacos[c] (ISRS, anticonvulsivantes, heparinas, SGLT-2, insulina e hipoglucemías…) |
| [c]Excluidos los corticoides, los inhibidores de la aromatasa, las tiazolidindionas y los análogos de la hormona liberadora de las gonadotropinas son los que se asocian con mayor fuerza a un aumento del riesgo defractura | | |



**PRIMERA SOLICITUD**

1. Mujeres y hombres con fractura o sospecha de fractura por fragilidad
2. Mujeres postmenopáusica >65a y hombres > 70a con alguno de los factores de riesgo y/o fractura fuertemente asociados
3. Mujeres postmenopáusicas de ≤65 años y hombres ≤70a:
   -En tratamiento con corticoides
   -Con al menos 2 de los factores de riesgo fuertemente asociados**.**
   **-**Otras situaciones en las que el profesional que lo solicita, pese a presentar **solo** un factor de riesgo fuertemente asociado, considera necesaria solicitar una densitometría para tomar una decisión clínica

**SOLICITUDES SUCESIVAS**

1. Sin tratamiento previo:
   - Valor de la DMO normal (índice T de −1.00 o mayor) o ligera osteopenia (índiceT entre −1.01 y −1.49): a los 10-15años
   - Valor de la DMO osteopenia moderada (índice T entre -1.50 y -1.99): a los 5años
   - Valor de la DMO osteopenia avanzada (índice T entre −2.00 y −2.49): a los 1-2años

## BIBLIOGRAFÍA:


1. ACR appropriateness criteria ® Osteoporosis and bone mineral density [Internet]. Acr.org. [cited 2022 Oct 31]. Available from: https://acsearch.acr.org/docs/69358/Narrative/?_ga=2.64315695.1208439396.1649760002-2082026322.1646820991&_gl=1*1ecgsi0*_ga*MjA4MjAyNjMyMi4xNjQ2ODIwOTkx*_ga_K9XZBF7MXP*MTY0OTc2MDAwMS4xLjAuMTY0OTc2MDAwMS4w
2. Management of Osteoporosis in PostmenopausalWomen: The 2021 Position Statement of The North American MenopauseSociety'' Editorial Panel. Management of osteoporosis in postmenopausalwomen: the 2021 position statement of The North American MenopauseSociety. Menopause [Internet]. 2021;28(9):973–97. Availablefrom: https://www.menopause.org/docs/default-source/professional/2021-osteoporosis-position-statement.pdf
3. Craig KW, Stevermer JJ, Hickner J, Clinic C. PriorityupdatesfromtheresearchliteraturefromthefamilyphysiciansinquiriesnetworkPURLs ® [Internet]. Umsystem.edu. [cited 2022 Oct 31]. Availablefrom: https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/15352/DexaScreeningDoingTooMuch.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Seiomm.org. [cited 2022 Oct 31]. Availablefrom: https://seiomm.org/wp-content/uploads/2022/05/Guias_de_practica_clinica_osteoporosis_postmenopausica-1.pdf
5. Parsons CM, Harvey N, Shepstone L, Kanis JA, Lenaghan E, Clarke S, et al. Systematicscreeningusing FRAX® leads toincreased use of, and adherenceto, anti-osteoporosis medications: ananalysis of the UK SCOOP trial. OsteoporosInt [Internet]. 2020;31(1):67–75. Availablefrom:http://dx.doi.org/10.1007/s00198-019-05142-z