Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):275

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P234 - FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Malave Calzada[1], I. Braña[1], S.M. Rojas[1], R. Veroz[1], M. Priego[1], D. Fernández[1], C. Carrasco[2], J.J. Aznar[1], L.M. Chaves[1] y E. Chamizo[1]

[1]Reumatología. Hospital de Mérida. [2]Reumatología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide (AR) se asocia con una disminución generalizada de la masa ósea y un mayor riesgo de fractura en comparación con la población general. El objetivo de este estudio es valorar el efecto de diversas variables sobre las fracturas por fragilidad en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional realizado en una cohorte de pacientes con AR diagnosticados según criterios ACR de 1987 y 2010, para conocer la frecuencia de fracturas osteoporóticas y las variables clínicas y densitométricas asociadas. Entre los años 2013 y 2019 se invitó a participar en el estudio a todos los pacientes con AR de forma consecutiva y a realizarse DMO DXA (GELunarProdigy®). Para la comparación de las variables entre pacientes con fractura y sin fractura, se utilizó SPSS25.

Resultados: Se incluyeron 376 pacientes con AR (78,7% mujeres) con una media de edad de 63,3 (± 13,2) años y tiempo medio de evolución de la AR de 118,7 (± 96,7) meses en el momento de realización de la DMO. Se encontró fractura ósea por fragilidad en 47 (12,6%) pacientes. Las fracturas se asociaron con el sexo femenino (OR: 2,93 (1,08-7,93); p = 0,02), así como con menor talla y peso (p < 0,05 para ambos) y una mayor edad (p = 0,007). La tabla muestra las características y las diferencias entre pacientes con y sin fracturas por fragilidad. Las mujeres presentaron mayor riesgo de OP CL [OR = 3,89 (1,46-10,37); p = 0,002] que los hombres, pero no hubo diferencias en OP CF. Las mujeres con fractura previa tenían ocho veces más riesgo de presentar fractura mayor [OR 7,6 (3,1-18,9), p < 0,001] y siete veces más de fractura de cadera [OR 6,9 (3,1-15,2), p < 0,001] que aquellas sin fractura previa. De los pacientes con fractura, el valor de T score de DMO fue normal en 2 (4,3%), < -1 en 45 (95,7%) y < -2,5 en 25 (54,3%). En el análisis multivariante, los valores de T score < -1 y < -2,5 de cadera se asociaron a fractura por fragilidad, no siendo así en columna lumbar. El riesgo de fractura disminuye 0,008 con cada mg/cm^2 que aumenta la DMO. El uso de corticoides no se asoció a mayor riesgo de fracturas, pero sí al desarrollo de osteopenia femoral [OR 2,04 (1,3-3,2); p = 0,002]. No se encontró asociación significativa entre fracturas y la presencia de FR, ACPA, tabaquismo, ni tratamiento con terapia biológica.

Características	Pacientes con fracturas (n = 47)	Pacientes sin fracturas (n = 327)	OR (IC95%); Valor p

Sexo femenino	43 (14,7%)	250 (85,3%)	2,9 (1,1-7,8); p = 0,02
Edad	67,7 (± 10,6)	62,7(± 11,6)	p = 0,005
Talla	152,4 (± 9,4)	157,3 (± 8,8)	p = 0,001
Peso	66,2 (± 16)	73,3 (± 14,4)	p = 0,003
Tabaco	8 (12,1%)	58 (87,9%)	0,9 (0,4-2,1) p = 0,89
FR+	35 (12,2%)	252 (87,8%)	0,9 (0,4-1,7) p = 0,66
ACPA+	30 (12,3%)	213 (87,7%)	1,3 (0,6-2,8) p = 0,44
Corticoides	36 (14,4%)	214 (85,6%)	1,7 (0,8-3,5) p = 0,13
Biológicos	16 (16,2%)	83 (83,8%)	1,5 (0,8-2,9) p = 0,22
DMO CL < -1	34 (16,8)	168 (83,2)	2,6 (1,3-5,2) p = 0,006
DMO CF < -1	43 (17,8)	198 (82,2)	9,0 (2,7-29,6) p < 0,001
DMO CL < -2,5	17 (26,6)	47 (73,4)	3,4 (1,7-6,7) p < 0,001
DMO CF < -2,5	20 (29,4)	48 (70,6)	4,4 (2,3-8,5) p < 0,001
Riesgo fractura mayor (FRAX)	37 (23,6)	120 (76,4)	7,4 (3,2-17,2) p < 0,001
Riesgo fractura cadera (FRAX)	34 (24,5)	105 (75,5)	5,9 (2,8-12,5) p < 0,001

Conclusiones: Las mujeres con AR presentan mayor riesgo de fractura que los hombres. El indicador más sensible para el riesgo de fractura parece ser la DMO de cuello femoral.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados