

JORNADA de OSTEOPOROSIS

PARA ATENCION PRIMARIA DE ALICANTE
21 MARZO 2025

Salón de actos
Hospital General Universitario Dr. Balmis

Caso 6

Agustín Martínez Sanchís
FED Reumatología
Hospital Gral Universitari Dr Balmis

Patrocinadores:

Historia clínica:

Mujer, 68 años

Antecedentes personales:

- Menopausia: 52 años
- No fumadora. Ingesta etílica muy ocasional
- Hábito físico moderadamente activo
- Hipercolesterolemia. Tratamiento con simvastatina 20 mg/día
- Ingesta aproximada de calcio en dieta: 500 mg al día
- No historia de fracturas
- No antecedentes personales ni familiares de litiasis renal

Remitida a consultas de Reumatología para evaluación tras detección en DEXA de **osteoporosis densitométrica:**

- Índice T femoral: -2,1
- Índice T lumbar: -2,5

Visita consultas de Reumatología:

- No refería semiología dolorosa
- Examen físico anodino
- Se solicitaron pruebas complementarias:
 - Análisis
 - Radiografías de columna dorsal y lumbar
- Resultados:
 - Análisis:
 - Función renal normal (Cr: 0,78 mg/dl, filtrado >90 ml/min)
 - Calcemia normal: 9,1 mg/dl
 - Fosfatemia normal: 3,8 mg/dl
 - Resto de bioquímica: normal
 - Cociente calcio/creatinina en orina: normal
 - Niveles de 25 OH vitamina D bajos: 17 ng/ml
 - Radiografías: no se observaron imágenes de fracturas vertebrales

Tratamiento

- Se recomendó incrementar la actividad física, evitando ejercicios de impacto o carga excesiva
- Se propuso aumentar la ingesta de alimentos ricos en calcio, pero la paciente prefirió usar un suplemento de calcio oral:
 - Se pautó carbonato cálcico / colecalciferol 600 mg/1000 UI, 1 comprimido al día vía oral
- Se pautó tratamiento antirresortivo con ácido risedrónico, 75 mg 2 días consecutivos cada 30 días
- Se programó seguimiento durante un tiempo para comprobar buena tolerancia al tratamiento, ver la evolución clínica y hacer una nueva medición de masa ósea al cabo de un tiempo

Evolución

- **Revisión anual:** sin incidencias clínicas ni analíticas (normalización de vitamina D: 31 ng/ml). Buena tolerancia a la medicación
 - se programó una 2ª revisión con densitometría en un año, pero la paciente fue remitida antes de la fecha programada, cuando llevaba **unos 20 meses de tratamiento**, porque 3 semanas antes había sido atendida en el Servicio de Urgencias por un **cólico renoureteral izquierdo**
- **En Urgencias:**
 - Análisis: sin alteraciones relevantes, salvo microhematuria en orina
 - Radiografía: imagen cálcica en hemiabdomen izquierdo, en la zona teórica del uréter
 - Ecografía: confirmó la litiasis ureteral izquierda, con ligera dilatación del uréter proximal, sin dilatación de la pelvis renal. No se observaron otras imágenes de litiasis, tampoco en el riñón derecho
 - Tratamiento sintomático para el dolor y fluidos intravenosos
 - Al alta, se remitió a la paciente a Urología
 - Se le recomendó ingesta alta de líquidos, e interrupción del suplemento de calcio y colecalciferol

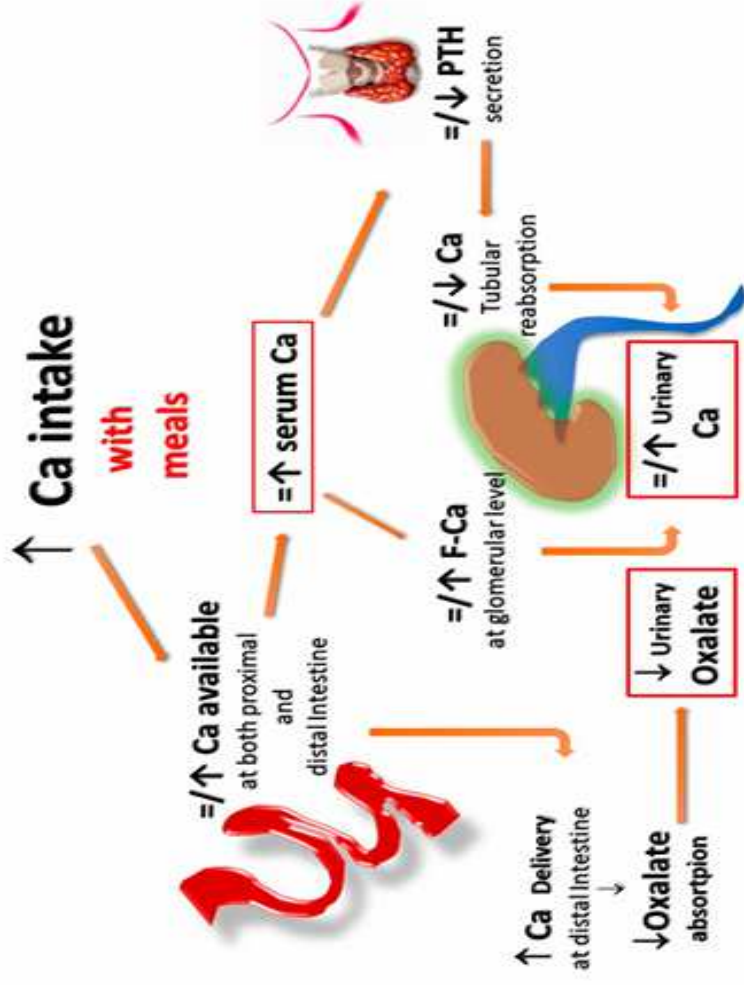
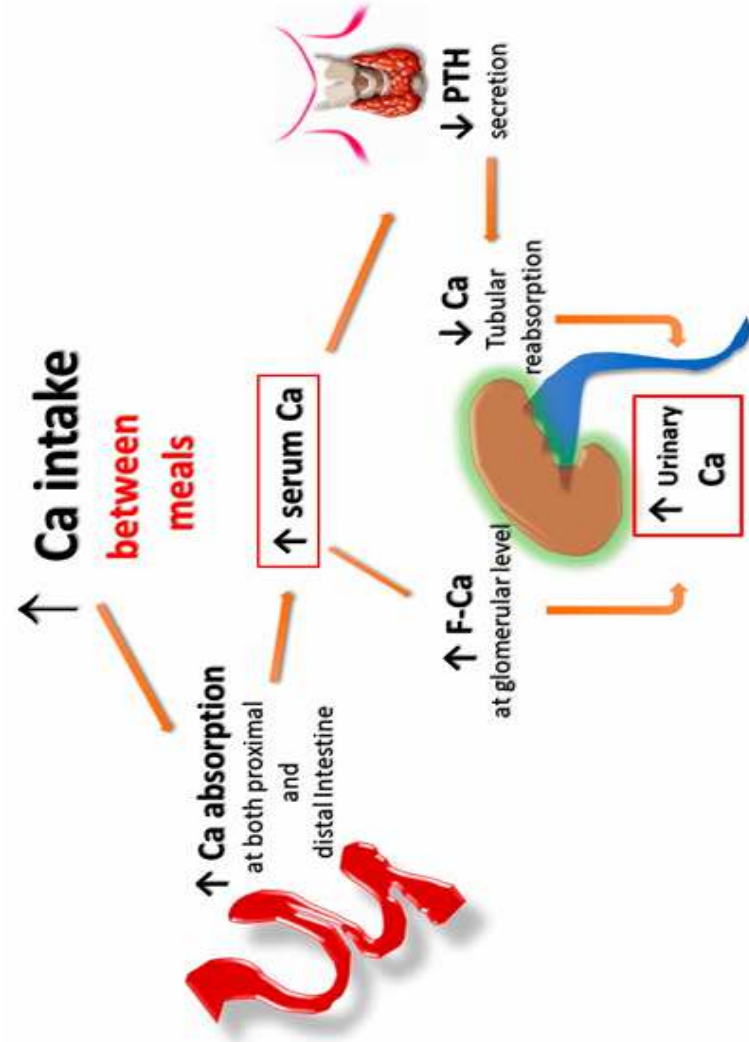
Evolución

- **Seguimiento posterior en Reumatología:**
 - Se interrumpió el suplemento de calcio y colecalciferol
 - Se mantuvo la recomendación de ingesta de fluidos alta (se recomienda aporte que garantice > 2 litros de orina al día)
 - Se calculó un aporte dietético de calcio en torno a 1000 mg/día
 - Se pautó suplemento aislado de vitamina D, calcifediol, 1 cápsula de 0,266 mg cada 30 días vía oral
 - Se mantuvo el tratamiento con risedronato
- Posteriormente, no ha habido incidencias clínicas
 - En análisis:
 - No hay hipercalcemia (calcemia corregida más alta: 9,6 mg/dl)
 - No hay hipercalciuria (cociente calcio-creatinina siguió siendo normal; se hizo determinación de calciuria en 24 horas: 217 mg (normal < 300))
 - Niveles de 25 OH vitamina D en rango bajo de normalidad: 36 ng/ml

Discusión

¿Es mejor aportar el calcio en la dieta o mediante suplementos?

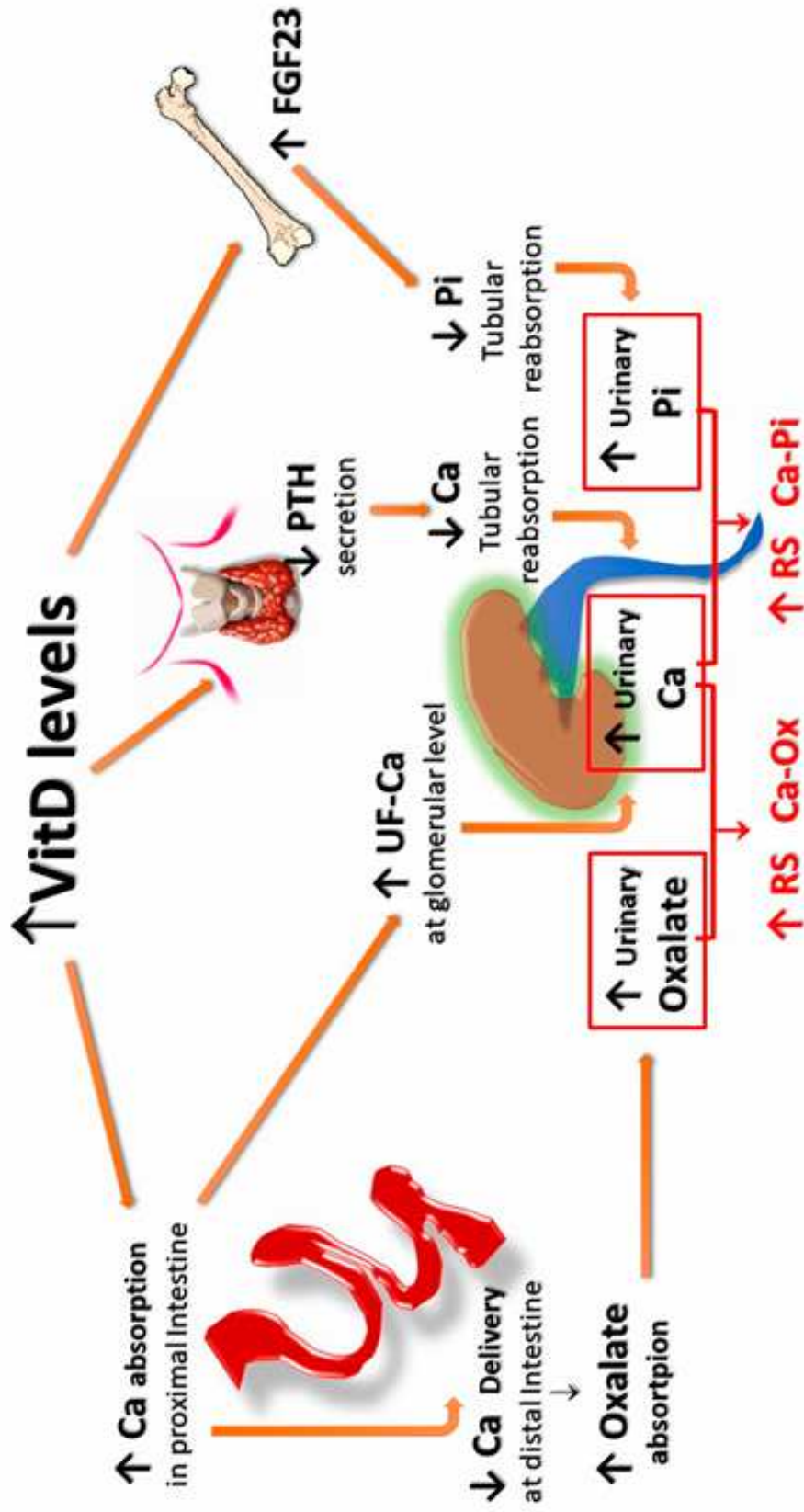
- La restricción de calcio en la dieta **NO** ha demostrado reducir el riesgo de urolitiasis
- Una dieta rica en calcio parece reducir el riesgo de litiasis, mientras que el aporte mediante suplementos sí parece aumentar el riesgo de litiasis, al menos en mujeres mayores
 - Probable causa: calcio en la dieta acompaña a alimentos que contienen oxalato; al unirse en el intestino, se reduciría la absorción intestinal y posterior excreción renal de oxalato
 - ¿Incluir el suplemento de calcio en la comida principal?



Discusión

En caso de litiasis, ¿hay que suspender el calcio en suplementos? ¿Y la vitamina D?

- La recomendación formal es **suspenderlos**, adecuando la ingesta de calcio en la dieta en torno a 1000 mg/día y hacer controles periódicos de calcemia y calciuria
- Con respecto a la vitamina D, la recomendación es vigilar que los niveles de 25 OH vitamina D sean normales pero tendentes al nivel bajo, <40 ng/ml



Discusión

- **Medición de calciuria**, en caso de pautar suplementos: puede aportar mayor seguridad
- **Litiasis como efecto adverso de fármacos:**
 - Análogos de PTH: Nefrolitiasis como efecto adverso poco frecuente con teriparatida y frecuente con abaloparatida
- **Tiazidas** (Clortalidona (Higrotona)): aumentan la reabsorción tubular de calcio
 - Utilidad en casos de osteoporosis con hipercalciuria

JORNADA de OSTEOPOROSIS

PARA ATENCION PRIMARIA DE ALICANTE
21 MARZO 2025

¡Muchas gracias
por su atención!

Salón de actos
Hospital General Universitario Dr. Balmis



Patrocinadores:

