

MINICONFERENCIAS: Diabetes en la mujer

Coordinadora: Dra. María Inés Argerich

Uso de antirresortivos: ¿mayor riesgo de complicaciones?

Dra. Claudia Sedlinsky

Médica Endocrinóloga y Osteóloga, Médica de Planta, Coordinadora de la Sección Metabolismo Fosfocálcico, Servicio de Endocrinología, Unidad Asistencial César Milstein, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

En los últimos años quedó en evidencia que tanto la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como la DM2 se asocian con un mayor riesgo de fractura, que aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de la DM, y se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad. Se observó que en la DM1 hay una disminución de la densidad ósea, pero que en la DM2 la densidad ósea puede aún estar aumentada. Se verifica en la DM una alteración de la calidad ósea asociada, entre otras causas, a un menor recambio óseo que puede evidenciarse en una disminución de los marcadores bioquímicos de recambio óseo y en una alteración de la estructura ósea por acción de los productos de glicación avanzada.

Dadas las características distintivas del efecto de la DM sobre el hueso, recientemente un comité de expertos propuso una estratificación del riesgo de fracturas para la evaluación y el manejo terapéutico del riesgo de fracturas de pacientes con DM2 que presenta algunas diferencias respecto de la estratificación de riesgo de la población no diabética¹. Sugirieron que la estratificación del riesgo de fractura en pacientes con DM debería basarse en la presencia de una fractura por fragilidad previa y en el perfil de riesgo individual, con la inclusión de factores de riesgo específicos de la DM2 (duración superior a 10 años, presencia de complicaciones crónicas de la DM2, uso de insulina o tiazolidinedionas y niveles persistentes de HbA1c superiores al 8% durante al menos un año).

Debido al bajo recambio óseo en pacientes diabéticos surgieron dudas respecto de la efectividad de los fármacos antirresortivos y no se han realizado ensayos clínicos con antirresortivos específicamente en pacientes diabéticos. La evidencia más sólida de la eficacia de los antirresortivos proviene del análisis conjunto de participantes individuales de los ensayos clínicos de fármacos antirresortivos publicados entre 1985 y 2018². Se observó que la DM2 no afectó la eficacia del tratamiento, con reducción similar de la tasa de fracturas y aumento de la densidad mineral ósea, y reducción de los marcadores de formación y de resorción en pacientes DM2 y no diabéticos². Diferentes estudios poblacionales no pudieron asociar una mayor incidencia de fracturas atípicas en pacientes diabéticos tratados con bifosfonatos. Los datos de osteonecrosis de la mandíbula relacionada con la terapia antirresortiva en pacientes diabéticos no son concluyentes³.

Palabras clave: diabetes tipo 2; fármacos antirresortivos.

Bibliografía

1. Chiodini I, Gaudio A, Palermo A, et al. Management of bone fragility in type 2 diabetes: perspective from an interdisciplinary expert panel. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2021; 31:2210-2233
2. Eastell R, Vittinghoff E, Lui LY, et al. Diabetes mellitus and the benefit of antiresortive therapy on fracture risk. *J Bone Miner Res* 2022; 37:2121-2131.
3. Vilaca T, Eastell R. Antiresortive versus anabolic therapy in managing osteoporosis in people with type 1 and type 2 diabetes. *JBMR plus* 2023;7(11).

MINI CONFERENCES: Diabetes in women

Coordinator: Dr. María Inés Argerich

Use of antiresorptives: increased risk of complications?

Dr. Claudia Sedlinsky

Endocrinologist and Osteologist, Staff Physician, Coordinator of the Phosphocalcic Metabolism Section, Endocrinology Service, César Milstein Healthcare Unit, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

In recent years, it has become evident that both type 1 diabetes (DM1) and type 2 diabetes (DM2) are associated with a higher risk of fracture, which increases as the duration of diabetes increases and is associated with a greater morbidity and mortality. It was observed that in DM1 there is a decrease in bone density, but that in DM2 bone density may still be increased. In diabetes, there is an alteration in bone quality associated, among other causes, with a lower bone turnover that can be evidenced as a decrease in biochemical markers of bone turnover and as an alteration of the bone structure due to the action of the advanced glycation end-products. Given the distinctive characteristics of the effect of diabetes on bone, a fracture risk stratification for the evaluation and therapeutic management of fracture risk in DM2 patients was recently proposed by a committee of experts, which presents some differences with respect to risk stratification of the non-diabetic population¹. They suggested that fracture risk stratification in patients with diabetes should be based on the presence of a previous fragility fracture and the individual risk profile, with the inclusion of specific risk factors for T2DM (more than 10 years of duration, presence of chronic complications of DM2, use of insulin or thiazolidinediones, and persistent HbA1c levels greater than 8% for at least 1 year). Due to the low bone turnover in diabetic patients, doubts arose regarding the effectiveness of antiresorptive drugs and no clinical trials have been carried out with antiresorptive drugs specifically in diabetic patients. The strongest evidence for the effectiveness of antiresorptive drugs comes from the pooled analysis of individual participants in clinical trials of antiresorptive drugs published between 1985 and 2018². It was observed that T2DM did not affect the efficacy of the treatment, with a similar reduction in the fracture rate. and increase in BMD and reduction in formation and resorption markers in DM2 and non-diabetic patients². Different population studies could not associate a higher incidence of atypical fractures in diabetic patients treated with bisphosphonate treatment. Data on osteonecrosis of the jaw related to antiresorptive therapy in diabetic patients are inconclusive³.

Key words: drugs antiresorptives; diabetes type 2.