

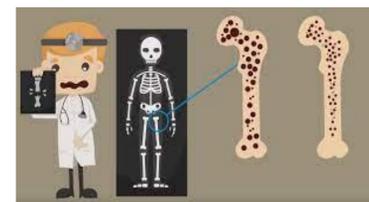
¿Cuidamos adecuadamente la salud ósea de los niños con enfermedades graves?



Autores: M^a Teresa Montero Cebrián, Irene Aragón Lacárcel, Alexis Martínez Cornet, Silvia García Martínez, Marta Lasheras Valpuesta, Beatriz Garnica Martínez

La aventura de guiar y acompañar
20 Y 21 DE ABRIL
Auditorio Edgar Neville
Diputación Provincial de Málaga

Introducción y objetivos: los pacientes pediátricos con enfermedades graves presentan con frecuencia un mayor riesgo de sufrir osteoporosis debido a los efectos de la enfermedad sobre el esqueleto, los tratamientos que precisa, la desnutrición y la inmovilidad que condiciona. Según diversos estudios, un 50-70% tienen un z-score de densidad mineral ósea (DMO) <-2 y hasta un 15-17% han presentado fracturas óseas que empeoran su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es evaluar y describir el estado de salud ósea de nuestros pacientes.



Método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 54 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos pediátricos. Se revisaron las historias clínicas tomando como datos de análisis: factores de riesgo de osteoporosis (**tabla 1**), administración de tratamiento preventivo (vitamina D y calcio), exploraciones complementarias realizadas (estudio del metabolismo fósforo-cálcico en plasma y orina y densitometría radiológica de doble energía "DEXA") y complicaciones registradas

Tabla 1. Factores de riesgo asociados baja DMO y osteoporosis en niños y adolescentes

Trastornos genéticos y hereditarios	Enfermedades crónicas	Trastornos nutricionales	Enfermedades del sistema endocrino	Fármacos	Hábitos de vida
- Enfermedades del colágeno - Osteoporosis idiopática juvenil - Cromosopatías: Turner, Klinefelter, Down - Enfermedades de depósito - Otros: Wilson, fenilcetonuria	- Reumáticas: artritis idiopática, lupus eritematosos, dermatomiositis, etc - Digestivas: enfermedad inflamatoria intestinal celiacía, etc - Pulmonares: fibrosis quística - Renales: síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica - Oncohematológicas: leucemias, linfomas, talasemia, hemofilia - Neuromusculares: parálisis cerebral, distrofias musculares, amiotrofia espinal	- Malabsorción - Malnutrición - Deficiencia de calcio - Deficiencia de vitaminas: D,C, K - Dieta cetogénica	- Enfermedad de Cushing - Hipogonadismo - Hipertiroidismo - Hiperparatiroidismo - Déficit de hormona del crecimiento. - Diabetes mellitus.	- Corticoides - Antiepilépticos - Quimioterapia - Inhibidores de la bomba de protones - Inhibidores de la recaptación de serotonina - Otros: diuréticos, anticoagulantes, ciclosporina, metotrexate, acetato de leuprolide, tenofovir	- Inmovilización prolongada - Alimentación inadecuada. - Exposición solar deficiente



Resultados: De los 54 pacientes seguidos, 40 pacientes (74%) presentaban ≥ 3 factores de riesgo asociados a baja DMO y osteoporosis. Se instauró tratamiento preventivo en 10 niños (18.5%), 9 con vitamina D y uno con calcio. En 38 niños (70%) se realizó control analítico periódico y DEXA en 4 (7.5%). Como complicaciones 4 pacientes presentaron fracturas patológicas, dos de ellos múltiples, recogiendo un total de 7 (11%). Todas fueron ocasionadas por mecanismos de baja energía, siendo la clínica más frecuente tumefacción, dolor e irritabilidad y el hueso más afectado el fémur.

Conclusiones: La disminución de la DMO suele ser asintomática. La alteración del estado general y el dolor generalizado son síntomas tardíos y difíciles de valorar en este tipo de pacientes. La osteoporosis puede pasar inadvertida hasta que produce fracturas patológicas que aumentan la morbimortalidad y la complejidad de los cuidados. Se ha propuesto suplementar con vitamina D y calcio para favorecer una adecuada DMO, pero sus efectos e indicaciones no están claramente establecidos.

Es clave identificar pacientes de riesgo para aplicar medidas preventivas que disminuyan el riesgo de fracturas: evitar o minimizar la dosis de los fármacos que disminuyen la DMO, realizar una actividad física regular en la medida de lo posible (fisioterapia, ejercicios de carga, sillas de bipedestación...), exposición solar unos 15 minutos al día para favorecer la síntesis cutánea de Vitamina D y mantener buen estado nutricional asegurando una adecuada ingesta de calcio y Vitamina D. Además sería conveniente realizar controles analíticos periódicos del metabolismo óseo y DEXA según evolución.



Bibliografía:

1. Bronsky J, Dall'Oglio L, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with neurological impairment. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 65(2): 242-64.
2. Galindo-Zavala R, Bou-Torrent R, Magallanes-Lopez B, Mir-Perello C, Palmou-Fontana N, Sevilla-Perez B, et al. Expert panel consensus recommendations for diagnosis and treatment of secondary osteoporosis in children. Pediatr Rheumatol. 2020; 18(1): 20.
3. López Robledillo JC. Evaluación y tratamiento de la osteoporosis en niños. Pediatr Integral 2017;XXI (3): 160-169.
4. Crehuá Gaudiza E, Martínez Costa C. Salud ósea en niños con enfermedad neurológica. Manual en el niño con enfermedad neurológica. 2022. ERGON.
5. Yeste D, Clemente M, Campos A, Fábregas A, Soler L, Carrascosa A. Osteoporosis en pediatría. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2017; 8 (Supl)