



<https://www.revclinesp.es>

## O-14. - BAJA MASA ÓSEA, ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA (AS) Y FACTORES RELACIONADOS CON EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

C. López Robles<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>2</sup>, M. Almodóvar Pulido<sup>1</sup>, P. Martín de la Fuente<sup>3</sup>, J. Villar Jiménez<sup>1</sup>, M. Bautista Galán<sup>1</sup>, M. García Morales<sup>2</sup>, J. Callejas Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital San Cecilio. Granada.

### Resumen

**Objetivos:** Describir la prevalencia de baja masa ósea y los factores de riesgo asociados a ella en los pacientes con LES de nuestro entorno. Analizar la relación entre la baja masa ósea y la arteriosclerosis subclínica en este tipo de pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en un grupo de pacientes con LES atendidos en Unidad de E. Autoinmunes y Sistémicas de H.U. San Cecilio (Granada). Se determinó la densitometría ósea, se consideró baja masa ósea para su edad niveles de z-score inferiores a -1DE. Se realizó historia clínica. Se determinaron los niveles séricos de PCR. La AS se valoró mediante: índice tobillo-brazo (ITB), espesor íntima medio carotídeo (EIMC) y estudio de vaso-reactividad braquial (VDFB).

**Resultados:** Se estudiaron 76 pacientes (mujeres: 89,5%) con mediana de edad de 46 años. El 40,76% presentaba baja masa ósea a algún nivel. Un 32% presentaba baja masa ósea en columna lumbar (trabecular), mientras que el 30% tenían baja masa ósea en cuello de fémur (cortical). Al analizar la relación entre baja masa ósea y AS no encontramos relación estadísticamente significativa con ITB. Sin embargo, sí existían diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de los grupos baja masa ósea cortical SI y baja masa ósea cortical NO con respecto a EIM carotídeo ( $p = 0,02$ ) y esto permaneció estable en el análisis multivariante (coeficiente = 0,060,  $p = 0,04$ ). Así mismo, se encontró una relación inversa entre VDFB y z-score de columna lumbar (coeficiente = -2,61,  $p = 0,047$ ). Por otra parte se encontró una relación inversa entre PCR y z-score de columna lumbar (coeficiente = -0,312,  $p = 0,022$ ). No se encontraron diferencias estadísticas con respecto a SLEDAI, SLICC, consumo de fármacos (corticoides, antirresortivos...) entre los pacientes con baja masa ósea con respecto a los que tenían masa ósea normal.

**Discusión:** En nuestro estudio el 40,76% presentaba baja masa ósea a algún nivel, esto está en consonancia con estudios previos en los que los pacientes con LES tienen una masa ósea menor de la esperada para su edad. En nuestro estudio no encontramos una relación inversa entre EIMC y z-score a distintos niveles. Es más, nuestros pacientes mostraban una asociación positiva entre z-score de cuello de fémur y EIMC de tal forma que por cada unidad que aumentaba z-score, el EIMC aumentaba en 0,06 mm ( $p = 0,002$ ), que es contrario a lo publicado previamente en población sana masculina. Esto puede deberse a que se trata principalmente de una población femenina premenopáusica, con valores normales de z-score en cuello de fémur, en la mayoría de los casos, así como valores medios de EIMC por debajo de 1 mm (normales). Igual ocurre con respecto a VDFB.

*Conclusiones:* En nuestro estudio los pacientes presentan baja masa ósea en mayor medida que la población general. Que fue más evidente a nivel de hueso trabecular. Los niveles elevados de PCR se correlacionan con cifras de z-score en columna lumbar más bajas. No hemos encontrado una relación inversa entre baja masa ósea y AS. En contra de lo publicado hasta el momento, los pacientes con cifras de z-score de cadera más altas, presentaban más AS (tanto con EIMC como con VDFB). Esto podría estar en relación con el hecho de que las pacientes mayores de 45 años tienen cifras de z-score más altas y están en tratamiento con antirresortivos en mayor medida que las menores de 45 años; de tal forma que tendrían más protegido el hueso que las pacientes jóvenes, pero mantendrían mayor riesgo cardiovascular y arteriosclerosis subclínica que éstas.