



Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral

ISSN: 1889-836X

msosah@hotmail.com

Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral
España

Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no?

Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, vol. 6, núm. 4, noviembre-diciembre, 2014, pp. 127-131

Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral
Islas Canarias, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360933662009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no?

SR. DIRECTOR:

La llamada de atención por parte de la *Food and Drug Administration* (FDA), la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre la relación entre el uso de bifosfonatos (BP) y la incidencia de fracturas atípicas de fémur ha hecho que se empiece a considerar una opción de descanso en el uso continuado de BP, las denominadas “vacaciones terapéuticas”.

La *American Society for Bone and Mineral Research* (ASBMR) inició rápidamente un grupo de trabajo que publicó su posicionamiento sobre el tema de las fracturas atípicas, y sobre todo para definir los criterios para identificarlas^{1,2}.

A partir de ese punto, han sido varios los autores que han explorado en sus registros la prevalencia de las fracturas atípicas y su posible relación con el uso de BP³⁻⁵. El incremento de riesgo por el uso continuado de los mismos parece relacionarse claramente con el tiempo y el riesgo relativo se incrementa de forma substancial a partir del cuarto año³, aunque el riesgo absoluto se sitúa en 11 fracturas por cada 10.000 pacientes año.

Estos datos han propiciado un serio debate de cuánto tiempo han de administrarse los BP y si son oportunas una “vacaciones terapéuticas”. La posición más aceptada hasta este momento parece ser la de no conceder esas vacaciones a los pacientes que persisten en la zona de alto riesgo de padecer una nueva fractura por fragilidad, mientras que al resto se debe evaluar de forma estricta si se ha conseguido el objetivo terapéutico por el que se habían prescrito los BP⁶.

La situación no está del todo bien definida. Sin embargo, en lo que todas las sociedades y los expertos están de acuerdo es en no retirar los tratamientos a los pacientes con osteoporosis de forma indiscriminada por miedo a una posible fractura atípica. El riesgo de padecer una fractura osteoporótica por fragilidad en pacientes que ya han sufrido una fractura, por ejemplo, es mucho mayor si se retira el tratamiento que el de padecer una fractura atípica.

Los dogmas en Medicina no existen pero, por el momento, parece que se debe centrar las vacaciones terapéuticas en los/as pacientes de bajo riesgo y actuar con mucha cautela en el resto de pacientes. En otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, nadie dejaría sin tratamiento con hipolipemiantes a un paciente con antecedente de angina o infarto de miocardio.

Ante todo, las decisiones se han de apoyar en las evidencias científicas y evitar caer en la tentación de aprovechar situaciones determinadas para conseguir objetivos no científicos.

Nogués Solán X

Unidad de Investigación en Fisiopatología Ósea y Articular (URFOA) - Red de Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF) - Instituto de Investigación Médica del Hospital del Mar (IMIM) - Universidad Autónoma de Barcelona - Servicio de Medicina Interna - Hospital del Mar - Barcelona

Correo electrónico: xnogues@imas.imim.es

Bibliografía

1. Shane E, Burr D, Abrahamsen B, Adler RA, Brown TD, Cheung AM, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: second report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2014;29:1-23.
2. Shane E, Burr D, Ebeling PR, Abrahamsen B, Adler RA, Brown TD, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2010;25:2267-94.
3. Schilcher J, Koeppe V, Aspenberg P, Michaelsson K. Risk of atypical femoral fracture during and after bisphosphonate use. *N Engl J Med* 2014;371:974-6.
4. Abrahamsen B, Eiken P, Eastell R. Subtrochanteric and diaphyseal femur fractures in patients treated with alendronate: a register-based national cohort study. *J Bone Miner Res* 2009;24:1095-102.
5. Rizzoli R, Akesson K, Bouxsein M, Kanis JA, Napoli N, Papapoulos S, et al. Subtrochanteric fractures after long-term treatment with bisphosphonates: a European Society on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, and International Osteoporosis Foundation Working Group Report. *Osteoporos Int* 2011;22:373-90.
6. Brown JP, Morin S, Leslie W, Papaioannou A, Cheung AM, Davison KS, et al. Bisphosphonates for treatment of osteoporosis: expected benefits, potential harms, and drug holidays. *Can Fam Physician* 2014;60:324-33.

SR. DIRECTOR:

He leído con interés el documento especial publicado recientemente en su Revista, donde los doctores Sosa Henríquez y Gómez de Tejada por un lado y el doctor Malouf Sierra por otro, debaten sobre la conveniencia o no de unas vacaciones terapéuticas con bifosfonatos a partir de un caso clínico¹.

Los autores nos presentan el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de menopausia precoz y fractura vertebral a los 53 años, por lo que había

recibido tratamiento con ácido alendrónico durante 10 años con buena tolerancia y cumplimiento. En una densitometría actual la paciente presenta una T-score de -2,5 en columna lumbar y -1,5 en cuello femoral, lo que supone un aumento significativo de densidad mineral ósea en ambas áreas respecto al momento del inicio del tratamiento. Nos informan que no ha tenido caídas ni fracturas en estos 10 años, y se plantea la cuestión de si hacer o no vacaciones terapéuticas del bifosfonato.

En cualquier enfermedad, antes de plantearnos si continuar, cambiar o retirar un tratamiento, debemos asegurarnos de si este tratamiento ha funcionado o no durante el tiempo que ha sido utilizado. En el caso que nos presentan se informa que la paciente no ha sufrido nuevas fracturas, pero parece que se refieren a fracturas clínicas. Para asegurarnos que no ha ocurrido tampoco ninguna fractura vertebral morfológica deberíamos realizar una radiografía de columna dorsolumbar o una morfometría vertebral. Sólo en ese caso podemos decir que no ha presentado ninguna fractura, pues no olvidemos que un alto porcentaje de fracturas vertebrales son asintomáticas². Así pues, una vez descartada también la presencia de nuevas fracturas vertebrales morfológicas en la paciente, creo que está más que justificado plantear unas vacaciones terapéuticas de un fármaco que tiene un efecto remanente en el hueso, es decir, que seguirá actuando a pesar de no administrarse, y que no está exento de complicaciones, por todos conocidas.

Algunos de los argumentos que los doctores Sosa y Gómez de Tejada utilizan para defender la continuación con el tratamiento son discutibles. Por ejemplo, nos comparan la suspensión del tratamiento con bifosfonatos con la suspensión del tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios al resolverse una infección o un proceso inflamatorio, respectivamente. Sin embargo, el alendronato tiene un tiempo de vida media terminal en el esqueleto de más de 10 años³, lo que le permite una actividad continuada en el tejido óseo durante mucho tiempo después de ser suspendido, cosa que no ocurre con los antibióticos o con los antiinflamatorios, que tienen un tiempo de vida media de tan sólo unas horas.

Sosa y Gómez de Tejada defienden mantener el tratamiento con alendronato en la paciente porque a su entender sigue siendo una paciente de alto riesgo simplemente por haber sufrido una fractura vertebral previa. Es cierto que los pacientes con fractura vertebral previa tienen mayor riesgo de fractura que los pacientes no fracturados⁴, pero este riesgo va disminuyendo con el tiempo⁵, y después de 10 años sin presentar nuevas fracturas el riesgo ya es mucho menor, y más teniendo en cuenta que la paciente ha recibido tratamiento antirresortivo con alendronato durante todos estos años. Con los bifosfonatos conseguimos no sólo aumentar la DMO, que ya de por sí se asocia a una disminución del riesgo de fractura, sino también mejorar otros parámetros del hueso más relacionados con la calidad y que explican más del 80% de su efecto antifracturario⁶.

Finalmente los autores Sosa y Gómez de Tejada comentan que los bifosfonatos son fármacos bastante seguros, y es totalmente cierto, pues el riesgo de complicaciones graves como osteonecrosis de maxilares y fractura atípica es extremadamente bajo en pacientes con osteoporosis tratados con bifosfonatos orales. Pero asumir este riesgo, por bajo que sea, sólo es justificable en pacientes en los que el beneficio esperado del fármaco es claramente superior a este riesgo, como podría ser en el caso de la paciente justo después de la fractura, pero no 10 años después. Además existe una clara asociación entre estas complicaciones y el tiempo de exposición al bifosfonato^{7,8}.

Más difícil sería decidir la suspensión del bifosfonato en caso de presentar la paciente una T-score en columna <-3. Como la T-score al inicio del tratamiento era de -3,7 y la paciente no había presentado fracturas durante estos 10 años, podríamos decir que el alendronato ha funcionado, pero posiblemente el riesgo actual de la paciente continúa siendo lo suficientemente alto como para que el riesgo de fractura osteoporótica sea claramente superior al riesgo de complicaciones. Por eso estaría justificado mantener el tratamiento antirresortivo con bifosfonatos o con otro fármaco con mayor reversibilidad en el hueso como denosumab.

Pero volviendo al caso que nos presentan, creo que es más que razonable plantear unas vacaciones terapéuticas con el bifosfonato. Esto no significa dejar a la paciente sin efecto antifracturario, pues sabemos que su esqueleto "rezuma" alendronato, ni olvidarnos para siempre de su fragilidad ósea. El nuevo reto va a ser evitar unas vacaciones para la eternidad, saber monitorizar a la paciente hasta decidir el momento de una reincorporación terapéutica, que debería producirse siempre antes de que la paciente presente una nueva fractura por fragilidad.

Casado Burgos E

Servicio de Reumatología - Hospital Universitario Parc Taulí - Sabadell (Barcelona)

Correo electrónico: ecasado@tauli.cat

Bibliografía

1. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Malouf Sierra J. Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no? Rev Osteoporos Metab Miner 2014;6:63-9.
2. Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, Nevitt MC, Cauley JA, Genant HK, Black DM, et al. Fracture Intervention Trial Research Group. What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and viceversa? J Bone Miner Res 2005;20:1216-22.
3. Shinkai I, Ohta Y. New drugs—reports of new drugs recently approved by the FDA. Alendronate. Bioorg Med Chem 1996;4:3-4.
4. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. J Bone Miner Res 2000;15:721-39.
5. Johnell O, Kanis JA, Odén A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Pettersson C, et al. Fracture risk following an osteoporotic fracture. Osteoporos Int 2004;15:175-9.
6. Cummings SR, Karpf DB, Harris F, Genant HK, Ensrud K, LaCroix AZ, et al. Improvement in spine bone den-

sity and reduction in risk of vertebral fractures during treatment with antiresorptive drugs. *Am J Med* 2002; 112:281-9.

7. Barasch A, Cunha-Cruz J, Curro FA, Hujoel P, Sung AH, Vena D, et al. CONDOR Collaborative Group. Risk factors for osteonecrosis of the jaws: a case-control study from the CONDOR dental PBRN. *J Dent Res* 2011;90:439-44.
8. Park-Wyllie LY, Mamdani MM, Juurlink DN, Hawker GA, Gunraj N, Austin PC, et al. Bisphosphonate use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women. *JAMA* 2011;305:783-9.

SR. DIRECTOR:

La duración óptima del tratamiento de la osteoporosis no está definida, a excepción de lo referido al uso de teriparatida cuya administración está limitada a dos años. Sabemos que para los restantes fármacos debe ser mayor, pero no conocemos bien en qué criterios podemos basarnos para decidirla. Sin duda, éstos han de incluir la persistencia de la indicación terapéutica, pero deben tener también en cuenta otros aspectos.

Es muy interesante el debate publicado a raíz de un caso clínico y publicado en esta Revista¹, por un lado por los doctores Sosa y cols., y por otro por el doctor Malouf. Se trata de valorar si continuar o no con un bifosfonato (BF) en una paciente después de 10 años de tratamiento.

En este trabajo analizan profundamente la aparición de efectos adversos con el tiempo de consumo de los BF. Por un lado, la aparición de osteonecrosis de maxilares (ONM), complicación poco frecuente cuyo riesgo no justifica el cese del tratamiento a largo plazo, y, por otro lado, la aparición de fracturas atípicas de fémur en estos pacientes, complicación cuya incidencia podría guardar relación con la duración del uso de los mismos.

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó en 15 de abril de 2011 una nota informativa en la que recomienda que los pacientes tratados con BF sean evaluados periódicamente (particularmente después de los 5 primeros años). Como comenta el doctor Sosa, numerosos médicos han comenzado a retirar el tratamiento con BF a sus pacientes sin evaluar si dicha retirada es adecuada o no. Este hecho se traduce en la práctica en dejar sin protección terapéutica a un elevado número de enfermos con alto riesgo de fractura. Sabemos que, primero, la exposición a los BF aumenta la incidencia de fractura atípica de fémur; segundo, esta incidencia se incrementa con el tiempo de exposición al fármaco; y tercero, en cualquier caso, en enfermos con osteoporosis la incidencia de fractura atípica de fémur es muy baja comparada con la de las fracturas osteoporóticas.

La consideración de los trabajos anteriores permite deducir que el factor decisivo para decidir si un tratamiento con BF debe mantenerse o no lo constituye el riesgo de fractura osteoporótica que tiene el paciente en el momento en que se plantea la suspensión terapéutica. Si el riesgo es alto, el paciente no debe quedar sin tratamiento. Por el contrario, si el riesgo es bajo, el BF debe retirarse.

Se considera riesgo alto el que presenta un paciente que tiene una densidad mineral ósea (DMO) en cuello de fémur inferior a -2,5 T, o bien que cuenta con el antecedente de una fractura osteoporótica previa (vertebral o de cadera).

Esta actitud terapéutica ha quedado particularmente clara a partir varios trabajos de la literatura reciente^{2,3} y que ha recogido un trabajo publicado recientemente en la revista *American Journal of Medicine*⁴. En ella se clasifica a los pacientes en tres categorías: a) alto riesgo (índice T en cadera menor de -2,5; fractura previa de cadera o vertebral; tratamiento con dosis altas de corticoides); b) riesgo moderado (índice T en cadera mayor de -2,5; ausencia de fractura previa de cadera o vertebral); c) riesgo bajo (falta de criterios terapéuticos ya al comenzar el tratamiento; es decir: tratamiento improcedente desde el principio). En los primeros no se consideran justificado retirar el tratamiento, sino reevaluar periódicamente la indicación terapéutica. En los segundos se aconseja considerar la retirada temporal ("vacaciones terapéuticas") tras 3-5 años de tratamiento. En los terceros, lógicamente, debe suspenderse el tratamiento.

Estas recomendaciones las ha recogido la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) en un documento que asume los criterios anteriormente dichos añadiendo que, si por alguna razón se desea retirar el tratamiento con BF a un paciente que presenta todavía criterios de riesgo elevado de fractura osteoporótica, la actitud terapéutica no puede ser simplemente la de suspenderlo, sino la de sustituirlo por otro agente terapéutico que actúe de forma diferente⁵. En el caso clínico que nos atañe, la paciente presentaba, tras 10 años de tratamiento, osteoporosis en columna lumbar y un antecedente de fractura vertebral, por lo que se debe considerar como paciente de alto riesgo, y se debería continuar el tratamiento o cambiarlo por otro, ya que desconocemos la incidencia de las fracturas atípicas en los enfermos que llevan en tratamiento con BF más de diez años.

Díaz Curiel M

Unidad de Enfermedades Metabólicas Óseas - Servicio de Medicina Interna - Fundación Jiménez Díaz - Madrid

Correo electrónico: mdcuriel@fdj.es

Bibliografía

1. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Malouf Sierra J. Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no? *Rev Osteoporos Metab Miner* 2014;6:63-9.
2. Whitaker M, Guo J, Kehoe T, Benson G. Bisphosphonates for osteoporosis where do we go from here? *N Engl J Med* 2012;366:2048-51.
3. Black DM, Bauer DC, Schwartz AV, Cummings SR, Rosen CJ. Continuing bisphosphonate treatment for osteoporosis for whom and for how long? *N Engl J Med* 2012;366:2051-3.
4. McClung M, Harris ST, Miller PD, Bauer DC, Davison KS, Dian L, et al. Bisphosphonate therapy for osteoporosis: benefits, risks, and drug holiday. *Am J Med* 2013;126:13-20.
5. Recomendaciones sobre la duración del tratamiento de la osteoporosis con bifosfonatos. Documento SEIOMM. <http://seiommm.org/uploads/documento/ce6f9119ad02fa45b488f745c633a4dc348188a1.pdf>.

SR. DIRECTOR:

Hemos leído con atención el caso clínico a debate sobre las vacaciones terapéuticas¹ en el que quedan claramente reflejadas las posiciones tanto a favor como en contra de la suspensión del tratamiento con bisfosfonatos tras un periodo de 5-10 años para alendronato y quizás 3-6 tras zoledronato. Menos evidencias tenemos en relación con risedronato y aun menos sobre los riesgos y beneficios de mantener o no el tratamiento a partir de los 10 años², como plantea el caso a debate.

Probablemente mucha de la polémica que subyace en este asunto deriva de la falta de evidencias incontestables sobre la manera de proceder en un caso clínico como éste y sólo pueden comprenderse tras la aparición de raras complicaciones asociadas al tratamiento crónico con bisfosfonatos –y otros anti-catabólicos potentes– como la osteonecrosis de maxilares o las fracturas atípicas^{3,4}. Estas posibles complicaciones han causado el equivalente médico de la “alarma social” aunque su riesgo es realmente bajo comparado con los beneficios por la eficacia de estos fármacos cuando se utilizan en pacientes con riesgo real de fracturas osteoporóticas⁵.

Por lo tanto, como recoge el documento de recomendaciones de la SEIOMM⁶, parece claro el tipo de paciente que más se beneficia de continuar el tratamiento más allá de los 5 años, aunque no debemos olvidar que entre las mujeres tratadas 5 años con alendronato por osteoporosis y seguidas 5 años más sin tratamiento, aparecen nuevas fracturas en el 22% de los casos y, lo que es más relevante, la inmensa mayoría aparecerá durante el primer año sin que dispongamos de marcadores que nos ayuden a identificar a esas pacientes⁶.

Aunque escasas y discutibles metodológicamente, esas son las mejores evidencias del tratamiento hasta 10 años con bisfosfonatos. En cualquier caso es llamativa la preocupación de la comunidad médica en este asunto concreto si lo comparamos con otras terapias empleadas en otras patologías como por ejemplo la miopatía, diabetes, nefrotoxicidad, cataratas, deterioro cognitivo o disfunción eréctil, entre otras, asociadas raramente a las estatinas (aunque su beneficio sobre la mortalidad global y cardiovascular sigue siendo claro)⁷. Lo mismo puede decirse de los inhibidores de la bomba de protones que se han asociado a neumonía, infecciones por *clostridium difficile*, fracturas osteoporóticas, trombocitopenia, déficit de hierro, vitamina B12 y magnesio, rabdomiolisis y nefritis intersticial y que siguen siendo fármacos de amplio uso⁸.

Lo que pueda ocurrir en el balance riesgo-beneficio del tratamiento con bisfosfonatos más allá de 10 años recuerda una de las secuencias más conocidas de la película “Memorias de África”; la protagonista Karen Blixen, interpretada por Meryl Streep dice: “Cuando los descubridores del pasado llegaban al límite del mundo conocido y tenían miedo a seguir escribían: ¡Más allá hay dragones!” Hasta que dispongamos de pruebas de peso –y parece poco probable– podremos seguir discutiendo *ad infinitum*. Esperemos, al menos, disponer

pronto de alternativas terapéuticas que hayan probado ser eficaces en este contexto antes de que, como parece, dejemos de tratar por miedo a los dragones a cada vez más pacientes en riesgo.

Jódar Gimeno E

Servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica - Hospital Universitario Quirón Madrid y Quirón San Camilo - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Europea de Madrid
Correo electrónico: esteban.jodar@gmail.com

Bibliografía

1. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Malouf Sierra J. Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no? Rev Osteoporos Metab Miner 2014;6:63-9.
2. Black DM, Bauer DC, Schwartz AV, Cummings SR, Rosen CJ. Continuing bisphosphonate treatment for osteoporosis for whom and for how long? N Engl J Med 2012;366:2051-3.
3. Schilcher J, Koeppen V, Aspenberg P, Michaelsson K. Risk of atypical femoral fracture during and after bisphosphonate use. N Engl J Med 2014;371:974-6.
4. Barasch A, Cunha-Cruz J, Curro FA, Hujoel P, Sung AH, Vena D, et al. CONDOR Collaborative Group. Risk factors for osteonecrosis of the jaws: a case-control study from the CONDOR dental PBRN. J Dent Res 2011;90:439-44.
5. Recomendaciones sobre la duración del tratamiento de la osteoporosis con bisfosfonatos. Documento SEIOMM. <http://seiommm.org/uploads/documento/ce6f9119ad02fa45b488f745c633a4dc348188a1.pdf>.
6. Fracture prediction after 4 to 5 years of alendronate therapy: The FLEX study. Bauer DC, Schwartz A, Palermo L, et al. JAMA Internal Medicine 2014;174:1126-34.
7. Non-cardiovascular effects associated with statins. Desai CS, Martin SS, Blumenthal RS. BMJ 2014;349:g3743.
8. Perils and pitfalls of long-term effects of proton pump inhibitors. Wilhelm SM, Rjater RG, Kale-Pradhan PB. Expert Rev Clin Pharmacol 2013;6:443-51.

SR. DIRECTOR:

He leído el caso clínico a debate titulado “Vacaciones terapéuticas, ¿sí o no?” publicado recientemente¹ en esta Revista, y, después de reconocer la buena argumentación y amplia revisión bibliográfica de los ponentes, tanto a favor como en contra sobre seguir con el tratamiento o no, como clínico me atrevo a dar mi opinión sobre la pregunta planteada.

Centrémonos en el caso: se trata de una paciente en la que se inició el tratamiento a los 53 años por una fractura vertebral y una densidad mineral ósea (DMO) en rango de osteoporosis. Se corrigieron los factores de riesgo y se inició tratamiento con alendronato y vitamina D, lo cual me parece correcto. Dicho tratamiento se ha mantenido 10 años y ahora se valora si seguir o hacer las llamadas “vacaciones terapéuticas”. En cuanto al comentario de que la DMO de cadera no ha estado en rango de osteoporosis, hay que tener en cuenta que a los 53 años la pérdida ósea se produce sobre todo en columna vertebral; por ello, los estudios para valorar fracturas de cadera se

realizan en poblaciones de más edad, cuando empieza a aparecer dicha fractura^{2,3}.

La situación de la paciente a los 63 años tras 10 años de tratamiento con alendronato y vitamina D es la siguiente: no ha sufrido nuevas fracturas (el riesgo de fractura es mayor en el año siguiente a la aparición de la fractura); la DMO ha aumentado y actualmente presenta una T-score de -2,5, habiendo hecho un *plateau* en los 2 últimos años; y, por último, el marcador de resorción ósea ha descendido con el tratamiento.

Dado el efecto residual de los difosfonatos tras su suspensión⁴, y que los marcadores óseos pueden elevarse desde los 6 meses hasta el año y medio de suspenderlos según el tipo de difosfonato utilizado, en mi opinión, en esta paciente se puede suspender el alendronato y dejar el aporte de vitamina D necesario, ya que después de 10 años, no ha habido nuevas fracturas y la DMO ha aumentado hasta hacerse estable en los últimos 2 años. Por otra parte, sugeriría efectuar un nuevo control al año o año y medio para ver la evolución, y, según la situación clínica en este momento, valoraría si seguir con el descanso terapéutico o si se inicia tratamiento con el mismo fármaco o con otro diferente.

Torrijos Eslava A

Reumatólogo - Madrid

Correo electrónico: atenino13@gmail.com

Bibliografía

1. Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ y Malouf Sierra J. Caso clínico a debate: vacaciones terapéuticas, ¿sí o no? Rev Osteoporos Metab Miner 2014;6:63-9.
2. McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H, Bensen WG, Roux C, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med 2001;34:333-40.
3. Boonen S, Dejaeger E, Vanderschueren D, Venken K, Bogaerts A, Verschueren S, et al. Osteoporosis and osteoporotic fracture occurrence and prevention in the elderly: a geriatric perspective. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2008;22:765-85.
4. Bagger YZ, Tankó LB, Alexandersen P, Ravn P, Christiansen C. Alendronate has a residual effect on bone mass in postmenopausal Danish women up to 7 years after treatment withdrawal. Bone 2003;33:301-7.

RESPUESTA DE LOS AUTORES:

Hemos leído las diversas cartas al Director remitidas por los lectores, unos a favor, otros en contra, sobre el debate acerca de la conveniencia o no de las vacaciones terapéuticas. Este es un tema controvertido, sobre el que no disponemos de evidencia científica. De ahí la disparidad de opiniones, si bien es evidente que en todos los lectores que han escrito (al igual que en nosotros mismos) subyace, sobre todo, el temor a dañar al paciente de una manera u otra.

Creemos que el debate enriquece el conocimiento y en este sentido agradecemos a estos lectores que hayan manifestado sus opiniones, animando al resto a continuar esta línea de debate con cualquier tema publicado en la Revista.

Manuel Sosa Henríquez

M^a Jesús Gómez de Tejada Romero

Jorge Malouf Sierra