

CASUÍSTICAS / Case Reports

ADOLESCENTE OSTEOPÉNICO TRATADO CON CARBONATO DE ESTRONCIO

Ariel Sánchez *

Centro de Endocrinología, Rosario

Caso clínico

P.L., varón de 16 años, fue derivado por su pediatra por baja masa ósea para su edad. Se trataba de un joven sano, deportista, con dieta rica en productos lácteos y adecuada exposición solar. Había tenido una fractura de clavícula a los 4 años de edad, por saltar en su cama. Durante su asistencia a la escuela primaria, en un juego con compañeros, había sufrido la fractura del húmero derecho. Su madre tenía osteoporosis con fractura de muñeca y estaba en tratamiento.

Al examen físico no se encontró nada anormal; el estadio puberal era Tanner V. Talla: 1,67 m; peso: 58 kg. Los estudios de laboratorio fueron normales, descartándose celiaquía y disfunción tiroidea. La DMO lumbar por DXA determinada con un equipo Norland XR-26 era de 0,609 g/cm², con un Z-score de -2,5 en comparación con jóvenes argentinos sanos de su misma edad estudiados con el mismo equipo.

Se inició tratamiento con carbonato de estroncio 1g/día vía oral, y suplementos de vi-

tamina D₃ (100.000 UI a comienzos del otoño y del invierno). A los 3 meses del tratamiento no se registró cambio en la tasa sérica de fosfatasa alcalina. Al año, la DMO lumbar fue de 0,683 g/cm² (incremento del 12%). Continuó con igual régimen, y al año siguiente la DMO lumbar fue de 0,758 g/cm² (incremento del 11%); el Z-score (-0,9) resultó normal, por que se suspendió el estroncio oral.

Comentarios

Salvo en algunas osteopatías infrecuentes como la osteogénesis imperfecta y la displasia fibrosa, o en algunas formas de osteoporosis secundaria, como la inducida por glucocorticoides, los bifosfonatos no suelen indicarse para el tratamiento de la baja masa ósea y la prevención de fracturas en la infancia y la adolescencia.¹

El joven paciente que presentamos tenía antecedentes familiares de osteoporosis y antecedentes personales de fractura. Ya había completado su desarrollo puberal, por lo que se decidió tratarlo con carbonato de estron-

* Correo electrónico: asanchez@cimero.org.ar



cio en forma de comprimidos, ante su negativa a tomar ranelato de estroncio en solución. El contenido de estroncio elemental (593 mg) en esa dosis de la sal indicada es ligeramente inferior al contenido en 2 g de ranelato de estroncio (682,5 mg). La tolerancia a la medicación fue excelente, igual que la respuesta observada, ya que au-

mentó la DMO lumbar un 24% a lo largo de dos años, llevando el valor postratamiento a un nivel normal.

Este caso ejemplifica una vez más la factibilidad y seguridad del tratamiento de osteopenias primarias en niños y adolescentes con estroncio.²

Referencias

1. Brunetto OH. Osteoporosis en Pediatría. *Rev Argent Endocrinol Metab* 2006; 43:80-6.
2. Chiarpenello J, Sánchez A. Ranelato de estroncio para tratar la osteoporosis: ¿a partir de qué edad? Dos casos clínicos. *Rev Med Rosario* 2009; 75:60-4.