



## CARTAS AL DIRECTOR

## Diabetes mellitus a los 85 años en la comunidad. Estudio Octabaix



## Diabetes mellitus at 85 years in the community. Octabaix study

Sr. Director:

La prevalencia de la diabetes mellitus (DM) aumenta con la edad, siendo la mayoría de los pacientes mayores de 64 años, por ello es muy importante conocer las características clínicas y fisiopatológicas diferenciales de la DM en este grupo de edad<sup>1</sup>. En este sentido nos ha interesado mucho el excelente artículo publicado recientemente en su revista basándose en los resultados de la cohorte Leganés<sup>2</sup>. Nos gustaría complementar sus datos con los de la cohorte Octabaix, también del área mediterránea, de personas muy mayores, de la comunidad, incluidas en el estudio Octabaix, en que el diagnóstico de diabetes se hizo por historia y se complementó por analítica<sup>3</sup>.

El estudio Octabaix es un estudio de cohortes prospectivo descrito previamente<sup>3,4</sup> en el que se evaluaban 328 habitantes en el año en que cumplían 85 años. Se trataba de 202 mujeres (61,6%) y 126 varones (38,4%). La mayoría eran viudos (53%), seguidos por los casados (40,8%) y los solteros (6,2%). El 30,5% de los pacientes incluidos vivía solo. Respecto a las actividades básicas, la media del índice de Barthel era de  $87,7 \pm 19,1$  y para las instrumentales la del índice de Lawton y Brody de  $5,3 \pm 2,5$  y con respecto a la cognición la media del MEC era de  $26,7 \pm 6,8$ . Ochenta y cinco (25,9%) participantes tenían DM. Esta había sido previamente diagnosticada en 79 de ellos, mientras que se diagnosticó de nuevo en los 6 restantes (7,1%). La duración media de la DM fue de 5,8 años, con 62 (72,9%) participantes con menos de 10 años desde el diagnóstico de la misma. La mediana de HbA1c fue del 6,4%. Sesenta y ocho habitantes tomaban agentes antidiabéticos orales, 45,9% de estos tomaron metformina y 20,0% sulfonilureas. En el grupo con DM, el 21,2% recibían tratamiento con insulina y el 16,6% en tratamiento dietético. La regresión logística

mostró una asociación entre DM y el índice de Barthel (*odds ratio* [OR] = 1,03), el índice de Braden puntuación de riesgo (OR = 0,87), la enfermedad del tiroides (OR = 0,23), la prescripción farmacológica crónica (OR = 1,28), el recuento de leucocitos, el colesterol LDC (OR = 0,63) y los valores de ácido fólico (OR = 1,04).

Además de la asociación transversal con un peor estado funcional y aunque no se halló asociación entre DM y cognición en la valoración inicial, resaltar que la DM si fue un predictor independiente de nuevo deterioro cognitivo a los 2 años de seguimiento<sup>5</sup>. Con respecto a la mortalidad en un estudio de la cohorte Octabaix a 3 años de seguimiento, no se asoció en el análisis multivariable el diagnóstico de DM con una mayor mortalidad<sup>6</sup>. En el momento de comparar los resultados con respecto al estudio de Leganés<sup>2</sup>, recordar que en este la mortalidad a medio (6 años) y largo plazo (18 años) fue mayor en diabéticos con más de 9 años de historia de la misma, y precisamente en nuestro estudio solo en aproximadamente uno de cada 4 individuos se daba esta situación y que además el período de seguimiento fue mucho menor, pudiendo explicar ambas características las diferencias reportadas.

Es evidente que en las personas muy mayores, la DM es muy frecuente, con una importante morbilidad asociada que aconseja un enfoque multidisciplinar para gestionar correctamente su complejidad<sup>1</sup>. Será por ello recomendable que a cualquier persona mayor con DM2 se le realice una valoración geriátrica global que debe incluir como mínimo información sobre capacidad funcional previa, evaluación del nivel cognitivo, y una mínima valoración social en que se identifique el cuidador principal y siempre complementada con una exploración del estado nutricional.

## Bibliografía

- Formiga F, Rodríguez Mañas L. Diabetes mellitus tipo 2 en el anciano, nueva evidencia para aplicar el conocimiento a la práctica clínica diaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48: 53–4.
- Sánchez Martínez M, Blanco A, Castell MV, Gutiérrez Misis A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV, et al. Diabetes in older people: Prevalence, incidence and its association with

- medium- and long-term mortality from all causes. *Aten Primaria*. 2014, pii: S0212-6567(14)00008-0.
- Ferrer A, Padrós G, Formiga F, Rojas-Farreras S, Pérez JM, Pujol R. Diabetes mellitus: Prevalence and effect of morbidities in the oldest old. The Octabaix study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:462-7.
  - Ferrer A, Badia T, Formiga F, Gil A, Padros G, Sarró M, et al. Ensayo clínico aleatorizado de prevención de caídas y malnutrición en personas de 85 años en la comunidad. Estudio OCTABAIX. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:79-85.
  - Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Albuquerque J, Olmedo C, Mora JM, et al., Octabaix study members. Predictors of cognitive decline in 85-year-old patients without cognitive impairment at baseline: 2-year follow-up of the octabaix study. *Am J Alzheimer Dis Other Dement*. 2013;28:147-53.
  - Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Montero A, Sanz H, Pujol R, Octabaix Study Members. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old: The Octabaix study 3-year follow-up. *Rejuvenation Res*. 2013;16:279-84.

Assumpta Ferrer<sup>a,\*</sup>, Francesc Formiga<sup>b</sup>, Glòria Padrós<sup>c</sup> y Teresa Badia<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria CAP «El Plà», Sant Feliu de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup> Unidad de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup> Laboratori Clínic Territorial Metropolitana Sud, Unitat d'Atenció Primària, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centro de Atención Primaria CAP «Martorell», Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aferrer.cp.ics@gencat.cat](mailto:aferrer.cp.ics@gencat.cat) (A. Ferrer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.016>

## Bisfosfonatos orales, denosumab y osteonecrosis de los maxilares



### Oral bisphosphonates, denosumab and osteonecrosis of the jaws

Sr. Director:

Anteriormente publicamos el hecho de que los bisfosfonatos orales pueden producir osteonecrosis de los maxilares<sup>1,2</sup>. Presentamos 3 casos de osteonecrosis de los maxilares en pacientes que han tomado bisfosfonatos orales y que hace un tiempo los han sustituido por denosumab.

Caso 1: mujer de 69 años, diagnosticada de osteoporosis y artritis reumatoide. Tomó durante 5 años bisfosfonatos orales (alendronato), pero los interrumpió hace un año y medio, siendo sustituidos por una inyección subcutánea de denosumab cada 6 meses. Se le extrajeron entonces los dientes remanentes en la boca, que estaban en mal estado. Al cabo de unos meses comenzó con la clínica de osteonecrosis, con exposición ósea de los maxilares superior e inferior, y alguna supuración (fig. 1). La TC mostró un gran sequestro en el maxilar superior derecho. La curación fue espontánea, eliminando un sequestro óseo del maxilar derecho, en el plazo de un año, con un tratamiento de mantenimiento con antisépticos orales.

Caso 2: mujer de 69 años con diagnóstico de osteoporosis. Estuvo en tratamiento con bisfosfonatos orales (alendronato) durante 10 años, siendo sustituidos en los 2 últimos años por denosumab. Tras diversas extracciones dentales y la colocación de una prótesis removible mucosoportada, apareció una zona de osteonecrosis en la parte izquierda de la mandíbula, con dolor y supuración. La TC mostraba un sequestro en la zona de los premolares mandibulares izquierdos. La curación de la osteonecrosis mandibular se produjo en el plazo de un año, mediante tratamiento conservador

con clorhexidina y antibioterapia ocasional, eliminándose espontáneamente un sequestro óseo.

Caso 3: mujer de 71 años diagnosticada de osteoporosis, condrocalcinosis y artritis gotosa grave, que sufrió una fractura de L3 y otra pertrocantérea. Se trató durante 6 años con bisfosfonatos orales (alendronato y posteriormente risedronato), que se sustituyeron por ácido zoledrónico anual intravenoso durante un año, sustituido a su vez por denosumab los 2 últimos años. Tras la extracción de un molar en el maxilar derecho la herida no ha curado pasados varios meses, presentando una ligera supuración en la zona. Lleva 7 meses de evolución, y aún está sin resolver. La TC muestra un gran sequestro en el maxilar superior derecho.

Siguiendo la opinión de los expertos<sup>3</sup> se indicaba a los pacientes que tomaban bisfosfonatos orales abandonar el tratamiento (si era factible) durante 3 meses antes de empezar las exodoncias o intervenciones orales. En los 3 casos que se presentan las pacientes habían abandonado dicho tratamiento unos 2 años antes de la aparición de la



Figura 1 Osteonecrosis en la paciente del caso 1.