

ENDOCRINOLOGIA



**Osteoporose na consulta:
da primeira fratura ao plano
de seguimento**

Material de consulta rápida para médicos.

O mapa da decisão

A avaliação pode ser organizada em sete perguntas:

1

Houve fratura por fragilidade?

2

Há indicação de densitometria óssea por absorciometria de raios X de dupla energia (DXA) agora?

3

Quais causas secundárias precisam ser investigadas?

4

Como o FRAX Brasil muda a estimativa de risco?

5

O risco é alto ou muito alto?

6

Qual sequência terapêutica faz sentido?

7

Como acompanhar sem repetir exames por rotina?

O objetivo não é substituir julgamento clínico. É evitar que uma densitometria isolada ou um T-score normalizem um paciente que já mostrou risco relevante.¹²

1. Comece pela história de fratura

Fratura de quadril ou vertebral após baixo trauma coloca o paciente em outro patamar de risco, mesmo quando o T-score não está abaixo de $-2,5$.²

Pergunte de forma ativa:

- Qual foi o mecanismo do trauma?
- Onde ocorreu a fratura?
- Houve outras fraturas na vida adulta?
- Existe perda de altura, cifose ou dor dorsal de início recente?
- O paciente caiu outras vezes no último ano?

Uma fratura recente merece atenção especial. O risco de uma nova fratura é maior nos primeiros anos após o evento, e a investigação não deve esperar que a recuperação ortopédica esteja encerrada.²

Queda da própria altura com fratura não é apenas um acidente doméstico. Pode ser o evento sentinela de fragilidade óssea.

2. Decida se a DXA acrescentará informação

A USPSTF recomenda rastreamento de mulheres com 65 anos ou mais. Em mulheres na pós-menopausa com menos de 65 anos, a orientação é identificar fatores de risco e usar uma ferramenta clínica para selecionar quem deve realizar DXA.¹

A regra de rastreamento vale para pessoas sem diagnóstico prévio. Quem já apresenta fratura por fragilidade, osteoporose conhecida ou condição associada à perda óssea precisa de avaliação individual, não de aplicação automática de um critério populacional.¹

Nos homens, a evidência ainda não sustenta um programa populacional amplo. Isso não impede investigação dirigida quando há fratura, idade avançada, hipogonadismo, uso de glicocorticoides ou outra condição de risco.⁵

Em mulheres na pós-menopausa e homens com 50 anos ou mais, o T-score sustenta a classificação densitométrica. Fora dessa população, a interpretação deve seguir critérios apropriados ao perfil clínico.

O que conferir no laudo

- Sítios avaliados e qualidade técnica.
- T-score de coluna lombar, colo femoral e fêmur total, conforme aplicável.
- Alterações degenerativas ou artefatos que possam elevar falsamente a densidade.
- Comparabilidade com exames anteriores, quando houver.

3. Procure causas secundárias antes de prescrever

A investigação laboratorial deve responder à história clínica. Entre os pontos que podem mudar a interpretação ou a escolha do tratamento estão função renal, cálcio, vitamina D, distúrbios tireoidianos ou paratireoidianos, má absorção, hipogonadismo e medicamentos que afetam o osso.

Pista clínica	O que pode mudar
Doença renal crônica	Interpretação do metabolismo mineral e opções terapêuticas
Hipercalcemia ou nefrolitíase	Investigação de hiperparatireoidismo
Baixo peso, anemia ou sintomas digestivos	Busca de má absorção e causas nutricionais
Amenorreia, menopausa precoce ou hipogonadismo	Etiologia e estratégia de cuidado
Glicocorticoide crônico	Estimativa de risco e urgência da prevenção

O painel não precisa ser idêntico para todos. A pergunta é quais causas são plausíveis naquele paciente e quais resultados mudariam a conduta.

4. Use o FRAX Brasil para estimar risco absoluto

O FRAX estima a probabilidade em dez anos de fratura de quadril e de fratura osteoporótica maior. O cálculo combina idade, sexo, índice de massa corporal e fatores clínicos; a densidade mineral óssea do colo femoral pode ser adicionada.⁴

No modelo brasileiro, os limiares de avaliação e intervenção dependem da idade. Não existe um percentual único que deva ser aplicado a todas as faixas etárias.⁴

O que o número não mostra por inteiro

- Recência e número das fraturas.
- Frequência e gravidade das quedas.
- Dose cumulativa de glicocorticoide.
- Algumas fraturas vertebrais e condições de risco muito alto.

Use o resultado para organizar a decisão, não para encerrar o raciocínio.²⁴

5. Diferencie risco alto de risco muito alto

A posição da SBEM e da ABRASSO aplica estes critérios a mulheres com osteoporose pós-menopausa. Entre eles estão: T-score $\leq -2,5$ associado a fratura vertebral osteoporótica ou fratura de quadril por fragilidade, sobretudo nos últimos 24 meses; múltiplas fraturas vertebrais ou duas ou mais fraturas osteoporóticas não vertebrais; fratura por fragilidade durante uso prolongado de glicocorticoide; T-score $\leq -3,0$ associado a outro fator clínico; ou probabilidade no FRAX Brasil $\geq 1,2$ vez o limiar de intervenção específico da idade.²

A distinção importa porque o risco muito alto pode justificar uma estratégia inicial e uma sequência terapêutica diferentes.

Caso curto

Mulher de 72 anos, fratura vertebral recente e T-score de $-3,1$ no colo femoral. Tratar apenas o número como "osteoporose densitométrica" perde o principal: ela já apresentou uma fratura maior, tem densidade muito baixa e pode estar em risco muito alto. O planejamento deve considerar rapidez de proteção, terapia inicial, sequência e prevenção de nova queda.²³

6. Escolha o tratamento como uma sequência

Para mulheres pós-menopausa em alto risco, a Endocrine Society recomenda tratamento farmacológico e cita os bisfosfonatos como opção inicial frequente.

Para risco muito alto, terapias formadoras de osso podem ser consideradas na estratégia inicial, especialmente quando existem fraturas graves ou múltiplas.³

A escolha depende de:

- função renal;
- risco cardiovascular quando pertinente;
- saúde bucal e procedimentos odontológicos previstos;
- possibilidade de gestação;
- adesão e acesso;
- via de administração;
- necessidade de continuidade ou transição futura.

Denosumabe exige plano para continuidade ou transição, pois a interrupção sem terapia subsequente pode produzir perda óssea rápida. Terapias anabólicas também precisam ser seguidas por tratamento que preserve o ganho obtido.³

Cálcio e vitamina D fazem parte do cuidado quando a ingestão ou o estado vitamínico são inadequados, mas não substituem uma terapia antifratura indicada.³

7. Acompanhe com uma pergunta definida

O seguimento precisa verificar adesão, tolerabilidade, quedas, nova fratura, ingestão de cálcio, vitamina D e mudanças clínicas que alterem o risco.

Em pacientes de alto risco sob tratamento, a Endocrine Society sugere monitorar a densidade mineral óssea em intervalos de um a três anos, de acordo com a situação clínica e o medicamento.³

Na revisão, responda:

- O paciente está usando o medicamento como planejado?
- Houve nova fratura ou queda?
- Surgiu contraindicação, efeito adverso ou mudança de função renal?
- A DXA será feita num intervalo capaz de mudar a conduta?
- O plano de transição está definido para medicamentos que não podem ser interrompidos sem proteção subsequente?

Um ciclo em uma página

Etapa	Pergunta que organiza a consulta	Saída esperada
Fratura	Houve baixo trauma, recorrência ou perda de altura?	Reconhecer evento sentinela e risco iminente
DXA	O exame mudará diagnóstico, risco ou acompanhamento?	Solicitar com indicação clara
Causas secundárias	O que na história pede investigação dirigida?	Corrigir fatores modificáveis e evitar escolha inadequada
FRAX Brasil	O risco absoluto muda a decisão?	Interpretar limiares dependentes da idade
Estratificação	O risco é alto ou muito alto?	Escolher intensidade e sequência terapêutica
Tratamento	Qual opção cabe neste paciente e qual será a transição?	Plano farmacológico e não farmacológico
Seguimento	O que será revisto e quando?	Monitoramento com objetivo clínico

Referências

1. US Preventive Services Task Force. Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening. 2025. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/osteoporosis-screening>
2. Silva BC et al. Definition and management of very high fracture risk in women with postmenopausal osteoporosis: a position statement from SBEM and ABRASSO. Archives of Endocrinology and Metabolism. 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10118822>
3. Endocrine Society. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women. Clinical Practice Guideline. <https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/osteoporosis-in-postmenopausal-women>
4. Albergaria BH; de Paula FJA. The Algorhytm: FRAX Brazil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2019. <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10316822>
5. Bandeira F et al. Male osteoporosis. Archives of Endocrinology and Metabolism. <https://www.scielo.br/j/aem/a/YSdkBRM7g5FFjTPfpfbcksD/?lang=en>