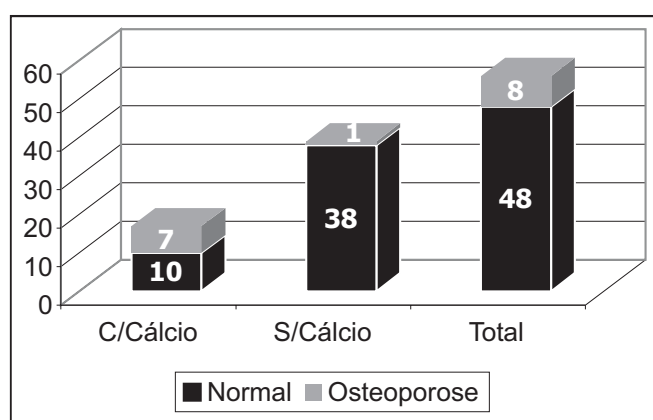


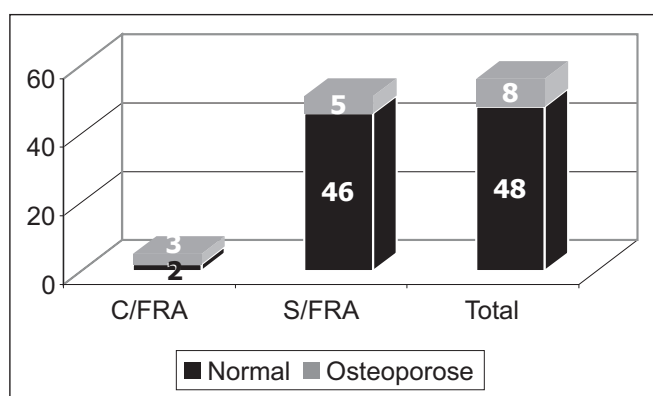
Obs: p crítico de 0,08008, erro de 0,1. É significativo a 8,01%.

Gráfico 3 – Frequência observada em relação ao Cálcio, de acordo com o teste de Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates. Os mesmos grupos avaliados no gráfico 2 agora são observados com relação à reposição de cálcio. Dos oito pacientes que apresentaram osteoporose, sete faziam reposição de cálcio.



Obs: p crítico de 0,00015, erro de 0,1. É significativo a 0.01

Gráfico 4 – Frequência observada em relação a fraturas, de acordo com o teste de Qui-Quadrado, e correção de continuidade de Yates. Ainda com o mesmo grupo de pacientes dos gráficos 2 e 3, dos cinco pacientes que referiram fratura prévia, três (60%) apresentavam osteoporose



Obs: p crítico de 0,00221, erro de 0,1. É significativo 0.22%

DISCUSSÃO

A variabilidade de resultados densitométricos das regiões ocorre em função da distribuição de osso cortical/trabecular que é de 66/34 na coluna lombo-sacra, 75/25 no colo de fêmur e quase 100% de osso trabecular no triângulo de Ward⁰².

Com relação aos diversos sítios utilizados para

realização do exame, a Sociedade Internacional de Densitometria Clínica afirma não haver uma medida de um local específico que defina osteoporose e recomenda o cálculo de três sítios: quadril total, colo de fêmur e coluna; tendo maior importância o colo de fêmur após os 65 anos de idade, pois a análise de coluna tende a mostrar um valor de densidade óssea alterado em função de artefatos como calcificações da aorta e outras calcificações não-osteoporóticas⁰⁹.

A literatura mostra que existe um número substancial de pacientes que têm densidade mineral óssea (DMO) normal em quadril mas baixa densidade em coluna e que mulheres idosas costumam apresentar DMO de coluna normal (devido a prováveis artefatos) com quadril alterado após determinada idade; ou seja, é observado que regiões distintas apresentam uma variabilidade na massa óssea⁰¹. Refere ainda, que a medida da densidade óssea de colo do fêmur através da DEXA é o melhor preditor de fraturas de quadril ou de outras regiões⁰⁶.

Devido à quase totalidade do osso ser trabecular no triângulo de Ward, este seria o sítio com a maior sensibilidade para acompanhamento de alteração da densidade mineral óssea. Entretanto, não costuma ser analisada por ser uma área pequena e pouco específica, possuindo pouca reprodutibilidade devido à dificuldade de reposicionamento do paciente, tendo então um grande coeficiente de variação⁰⁹.

O peso corporal é um grande determinante de pico de massa óssea, sendo comum encontrar na literatura a correlação positiva entre DMO e peso corporal. Pesos corporais mais elevados representam um fator protetor contra a diminuição da massa óssea e a região que se mostra mais sensível aos efeitos do peso corporal é o colo do fêmur quando comparado à coluna lombar¹⁸. Um peso corporal abaixo de 70 Kg é sugerido como sendo o melhor preditor de baixa densidade óssea⁰⁴.

Nosso estudo vai ao encontro do que refere a literatura, pois o grupo com maior perda óssea (osteoporose nas três regiões) apresentou um peso médio de 59,1 Kg.

A história de fratura sem trauma de alto impacto associado, foi observada em 27 pacientes (13,9%), tendo um maior percentual de fraturas o grupo que apresentou osteoporose em CLS (22,9%), um número estatisticamente relevante e previsível, pois as fraturas estão associadas a uma baixa mineralização óssea.

Com relação à idade média das pacientes avaliadas, foi observada uma variação de mais de 10 anos de idade nos grupos com a maior perda óssea quando comparados ao grupo sem alteração densitométrica.

CONCLUSÃO

Nossa população encontra-se de acordo com a literatura mundial pois:

- O maior percentual de fraturas por traumas de baixo impacto foi observado no grupo que possuía menor densidade mineral óssea.
- O baixo peso corporal esteve diretamente relacionado com baixas densidades ósseas.

A relevância estatística foi obtida nos fatores de risco: menopausa, dieta pobre em cálcio e história de fratura.