

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad sistémica que se caracteriza por la disminución de la masa ósea y un deterioro y adelgazamiento de los huesos. Se trata de una condición asintomática que no da señales hasta que se produce una fractura, aunque es detectable mediante pruebas diagnósticas. Afecta en mayor medida a las mujeres aunque también se detecta en varones.

MARIÁN CARRETERO COLOMER. Vocal del COF de Barcelona.

El tejido óseo está en constante renovación y cada año se renueva alrededor de un 10% de masa ósea. El remodelado óseo es continuo debido a los osteoblastos, células formadoras de la matriz ósea. La formación de tejido óseo es mayor en la infancia y se alarga hasta los 30 años aproximadamente. Después de esa edad, la renovación disminuye paulatinamente y empieza a disminuir la masa ósea.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de la osteoporosis son los siguientes:

- Falta de calcio y vitamina D durante la infancia.
- Uso de fármacos que contengan esteroides, como los medicamentos contra el asma.
- Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.
- Falta de ejercicio físico.
- Enfermedades como hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, artritis reumatoide, enfermedad renal, hiperparatiroidismo y déficit de vitamina D.
- Menopausia precoz.
- Antecedentes familiares.

La osteoporosis no es una enfermedad exclusiva de las mujeres. También la presentan los varones aunque en menor porcentaje (si bien es cierto que éstos no se practican pruebas diagnósticas como la densitometría ósea que muchas mujeres se realizan periódicamente). La pérdida de masa ósea en los varones es más lenta que en las mujeres alrededor de los 50 años; se iguala a partir de los 65 años y a partir de los 70 ya son ellos los que se ven afectados a un ritmo superior.

En España tienen osteoporosis aproximadamente 2 millones de mujeres y 500.000 varones.

SINTOMATOLOGÍA

La osteoporosis no produce síntomas, no duele ni es detectable salvo con pruebas diagnósticas. A la larga sí que puede dar lugar a un dolor sordo y continuado derivado de microfracturas óseas. También aparecen deformaciones a causa de los cambios estructurales óseos. Cuando la pérdida de masa ósea es muy importante pueden producirse fracturas con facilidad aunque habitualmente sucede mucho después de la aparición de la menopausia.

DIAGNÓSTICO

La OMS ha establecido un criterio para definir la osteoporosis en función de la densidad mineral ósea (DMO) mediante una prueba diagnóstica denominada densitometría ósea, que emplea rayos X a dosis bajas.

El método más común se denomina radioabsorciometría de doble energía (DEXA), un escáner que pasa sobre la región lumbar y la cadera mientras se permanece acostado.

Los resultados de la prueba generalmente se informan como «puntuación T» y «puntuación Z». La puntuación T compara la densidad ósea de la persona con la de una persona joven y saludable. La puntuación Z compara la densidad ósea de la persona con la de otras personas de la misma edad, género y raza.

En cualquier puntuación un número negativo significa que se tienen huesos más delgados de lo normal. Cuanto más negativo sea el número, mayor será el riesgo de una fractura ósea.

Una puntuación T entra dentro del rango normal si está en -1,0 o por encima.

RECOMENDACIONES AL PACIENTE

Al paciente diagnosticado de osteoporosis o con factores de riesgo, se le recomienda:

- Hacer ejercicio físico regular: caminar, bailar, deportes suaves, tai-chi, yoga, bicicleta remo. Evitar deporte de alto impacto.
- Dieta rica en calcio y vitamina D: queso, hortalizas verdes, leche desnatada, productos lácteos desnatados, salmón sardinas, tofu.
- No fumar y disminuir el consumo de alcohol.
- Evitar el riesgo de caídas.

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

El tratamiento de la osteoporosis es básicamente preventivo para evitar fracturas óseas. Se trata de retrasar en la medida de lo posible la resorción ósea incluyendo cambios de hábitos de vida y ciertos fármacos destinados a fortalecer los huesos cuando ya se ha diagnosticado osteoporosis. Los fármacos más utilizados son los que se relacionan a continuación.

BIFOSFONATOS

Los bifosfonatos actúan inhibiendo la resorción osteoclástica del hueso mediante un mecanismo de acción distinto al de otros antirresortivos. Cuando empieza la resorción del hueso que está impregnado de bifosfonato, éste es liberado y captado por el osteoclasto, deteriorando su capacidad de formar el borde, de adherirse a la superficie del hueso y producir los protones y enzimas lisosómicas necesarios para continuar la resorción ósea.

En este grupo se incluyen alendronato, ibandronato y risedronato. Se administran por vía oral, generalmente una vez a la semana o una vez al mes. Deben tomarse en ayunas y de pie para favorecer la absorción y evitar la esofagitis.

CALCITONINA

La calcitonina es una hormona que retrasa la desmineralización, interviniendo en el metabolismo óseo del calcio e inhibiendo los osteoclastos.

Se presenta en aerosol nasal e inyección. Los principales efectos secundarios de la calcitonina son la irritación nasal de la presentación en aerosol y náuseas de la presentación inyectable.

HORMONA PARATIROIDEA

Estimula la formación de hueso. La teriparatida (Forteo) está aprobada para el tratamiento de las mujeres posmenopáusicas que tienen osteoporosis severa y se las considera en alto riesgo

de sufrir fracturas. El fármaco se administra a través de inyecciones diarias subcutáneas.

HORMONOTERAPIA

La estrogénoterapia u hormonoterapia ya casi no se utiliza para prevenir la osteoporosis debido a sus altos factores de riesgo. Se cree que retrasa la demineralización del hueso mediante una reacción directa, ya que se han descubierto receptores de estrógenos en los osteoblastos.

MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)

Producen efectos estrogénicos sobre el hueso, reduciendo la resorción y el ciclo metabólico. El raloxifeno y el bazedoxifeno se utilizan para la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Son similares a un fármaco para el cáncer de mama llamado tamoxifeno. Pueden reducir el riesgo de fracturas de la columna en casi el 50%; sin embargo, no parece prevenir otras fracturas, incluyendo las de la cadera. Es posible que tengan efectos protectores contra la cardiopatía y el cáncer de mama, aunque se necesitan nuevos estudios para confirmarlo.

El efecto secundario más importante de los SERM es un pequeño riesgo de coágulos sanguíneos en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolia pulmonar). **of**

CON
TRA
EL CÁNCER

TU
AYUDA

Más de 1.500.000 personas padecen
cáncer en España

ÚNETE.
HAZTE SOCIO

AYÚDANOS A LUCHAR CONTRA LA ENFERMEDAD
Y MEJORAR LA VIDA DE LAS PERSONAS



Infocáncer 900 100 036
www.aecc.es

Unidos contra el Cáncer