

1

rarse como una primera aproximación a la opinión que sobre la osteoporosis tienen los internistas por medio de un cuestionario no excesivamente extenso con el objeto de obtener el mayor número posible de respuestas. Por ello no se incluyeron en el mismo preguntas que aceptamos que pueden ser importantes como su actitud ante los cambios de estilos de vida y un asesoramiento sobre los hábitos nutricionales.

En la actualidad disponemos de un amplio arsenal terapéutico para la osteoporosis: varios bifosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato), calcitonina, raloxifeno, parathormona, estroncio, etc.<sup>3</sup>. Todos los estudios realizados con estos fármacos y que han confirmado la reducción del riesgo de fractura se han efectuado administrando conjuntamente un suplemento de calcio y vitamina D. Es por esto que interpretamos como correcto el prescribir cualquiera de estos fármacos en asociación.

La reducción del riesgo de fractura, tanto vertebrales como no vertebrales, debe ser el principal objetivo en el tratamiento de la osteoporosis<sup>4</sup>, objetivo que cumplen los fármacos anteriormente mencionados. En este sentido no existe ningún estudio (al menos que nosotros conozcamos) que demuestre que la modificación de los estilos de vida y una correcta nutrición, por sí mismos y sin utilizar alguno de estos fármacos, sean capaces de reducir el riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas. Ello no es obstáculo para que, dada la alta prevalencia de niveles insuficientes de vitamina D en nuestra población<sup>5</sup> y el escaso aporte dietético de calcio, especialmente en ancianos<sup>6</sup>, se deban asociar ambos. También es de sentido común indicar hábitos saludables, como los consejos sobre alcohol y tabaco, puesto que son medidas recomendables a todo paciente independiente de su patología, aunque no está demostrada una disminución de fracturas mediante estas intervenciones.

Se destaca mucho el efecto de los bifosfonatos sobre la calidad ósea y, en nuestra opinión, se hace de manera muy simplista. La calidad ósea es una constelación de diferentes elementos que influyen en la resistencia mecánica. Los efectos sobre la microarquitectura son extraordinariamente positivos<sup>7</sup> y probablemente más relevantes que el daño por fatiga (microlesiones). Las consecuencias de los mismos sobre el remodelado son muy dispares, lo que origina también que su acción sobre el grado de mineralización sea muy diversa<sup>8</sup>. Los trabajos en perros que se citan<sup>9</sup> han sido recientemente repetidos por el mismo grupo<sup>10</sup>. Observándose un aumento de la densidad, pero no y ello es relevante, de la longitud de microgrietas a dosis farmacológicas de bifosfonatos. Pero, por encima de todo, los datos clínicos avalan la seguridad de su uso al no haber ningún indicio de incremento secundario en la incidencia de fracturas en la población tratada.

En nuestro estudio pretendíamos tan sólo poner de manifiesto la inquietud de los internistas en investigar y tratar la osteoporosis y, desde luego, no entrar en aspectos muy debatidos y no totalmente aclarados sobre biomecánica ósea. Incidir en que disponen de los medios necesarios para hacerlo: radiología convencional, densitometría, marcadores bioquímicos de remodelado óseo y analítica general, y, finalmente, mostrar una primera aproximación sobre el tipo de fármacos que utilizan. Si algo parece obvio es la actitud y praxis de los internistas en las acciones sobre estilos de vida y el asesoramiento sobre los hábitos nutricionales, aspectos generales multidisciplinarios que forman parte de la esencia de la especialidad. Todo ello avala la conclusión de que los internistas están preparados para tratar la osteoporosis, tanto por sus capacidades de cuidado general de la salud como por las relacionadas con aspectos específicos de la enfermedad.

## Réplica

### Sr. Director:

Hemos leído la carta remitida por Villamil Cajoto et al<sup>1</sup> y agradecemos sus comentarios. Nuestro artículo<sup>2</sup> debe conside-

## BIBLIOGRAFÍA

1. Villamil Cajoto I. Enfermedades metabólicas óseas: algo más que medicación. *Rev Clin Esp.* 2006;9:00-00.

2. Sosa Henríquez M, Filgueira Rubio J, López-Harce Cid JA, Díaz Curiel M, Lozano Tonkin C, del Castillo Rueda A, et al. ¿Qué opinan los internistas españoles de la osteoporosis? *Rev Clin Esp.* 2005;2005:379-82.
3. Hamdy RC, Chesnut CH 3rd, Gass ML, Holick MF, Leib ES, Lewiecki ME, et al. Review of treatment modalities for postmenopausal osteoporosis. *South Med J.* 2005;98:1000-14.
4. Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet.* 2002;359:2018-26.
5. Quesada JM, Jans I, Benito P, Jiménez JA, Bouillon R. Vitamin D status of elderly people in Spain. *Age Ageing.* 1989;18:392-7.
6. Navarro MC, Láinez P, Saavedra P, Limiñana JM, Calvo JR, Betancor P, et al. Ingesta de calcio en la dieta, masa ósea y estilos de vida en mujeres postmenopáusicas con y sin osteoporosis. *Rev Esp Nutri Comunitar.* 1997;3:15-24.
7. Borah B, Ritman EL, Dufresne TE, Jorgensen SM, Liu S, Sacha J, et al. The effect of risedronate on bone mineralization as measured by microcomputed tomography with synchrotron radiation: correlation to histomorphometric indices of turnover. *Bone.* 2005;37:1-9.
8. Ma L, Li P, Paschalis EP, Boskey AL, O'Deefe RJ, Schwartz EM, et al. Synergist catabolic effects of TNF  $\alpha$  and RANK in articular chondrocytes. *J Bone Miner Res.* 2004;19 Suppl. 1:S357.
9. Mashiba T, Hirano T, Turner CH, Forward MR, Johnson CC, Burr DB. Suppressed bone turnover by bisphosphonates increases microdamage accumulation and reduces some biomechanical properties in dog rib. *J Bone Miner Res.* 2000;15:613-20.
10. Allen MR, Iwata K, Phipps R, Burr DB. Risedronate and alendronate similarly suppress remodeling and increase microdamage in beagles after 1 year of treatment at clinical doses. *J Bone Miner Res.* 2005;20 Suppl 1:S22.

M. Sosa Henríquez, Grupo de Trabajo  
en Osteoporosis de la SEMI  
*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

**Definición de la osteoporosis en la práctica clínica**

Sección de