

Introducción

Daniel Roig Escofet

Servicio de Reumatología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Aunque en épocas lejanas ya había osteoporosis, hay escasas referencias escritas que remotamente puedan relacionarse con ella. El concepto de osteoporosis, su diagnóstico y su tratamiento se han ido perfilando en el curso del siglo xx.

La osteoporosis fue, al principio, un concepto histomorfométrico, pero el diagnóstico histológico obviamente no era practicable de forma sistemática. La gran peripecia en el diagnóstico de la osteoporosis han sido los intentos de cuantificar la masa ósea mediante la imagen radiográfica. Durante muchos años el diagnóstico de osteoporosis se ha hecho por la impresión subjetiva de un aumento de la radiotransparencia. Evidentemente sólo había cierta seguridad en el diagnóstico cuando la disminución de la densidad era extrema o cuando había fracturas vertebrales.

En la década de los sesenta se introdujeron la radiografía cuantitativa y la radiogrametría en un intento de cuantificar objetivamente la densidad del hueso, pero el avance más trascendente se inició en 1963, cuando Cameron y Sorenson describieron la absorciometría de fotones. Esta técnica sólo permitía el examen de los huesos periféricos. En 1987 se comercializó la densitometría fotónica dual y después la densitometría dual por rayos X, conocida habitualmente como DEXA. Se había logrado una técnica que permitía medir no sólo la densidad del hueso periférico sino también la densidad ósea vertebral, y todo ello con una muy aceptable fiabilidad y reproducibilidad. La densitometría por tomografía axial computarizada (TAC) ha sido otra técnica que, por diversos motivos, ha tenido poca aceptación.

La DEXA es la técnica de referencia en la actualidad. El mayor inconveniente es su coste relativamente elevado. Por ello se han promocionado una serie de técnicas de fácil manejo y más baratas, entre ellas las que utilizan los ultrasonidos. No sabemos aún cuál es o será su verdadera utilidad.

Ésta ha sido, a grandes rasgos, la evolución de nuestra capacidad de diagnóstico de la disminución de la masa ósea. Pero ha habido, y aún las hay, diferencias en la definición de osteoporosis.

En medicina, cuando un estado o una enfermedad se mide por valores cuantitativos, es necesario precisar cuáles son los límites de la normalidad. En cuanto a la masa ósea, la desviación de la normalidad se puede definir tanto en relación con la de la población de la misma edad y sexo (Z-score), como con la de la población joven (T-score).

En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una definición de osteopenia y osteoporosis que se impuso rápidamente porque era una manera de unificar criterios para la investigación. Propugna cuatro categorías según los resultados de la densitometría:

- Normal. Cuando la densidad mineral ósea es superior a -1 desviación estándar (DE) del T-score.
- Osteopenia. Cuando la densidad mineral ósea se sitúa entre -1 y $-2,5$ DE del T-score.
- Osteoporosis. Cuando la densidad mineral ósea es inferior a $-2,5$ DE.
- Osteoporosis grave (establecida). Cuando a la situación anterior se añade la presencia de fracturas.

Este concepto se utiliza en la actualidad en la mayoría de estudios relacionados con la osteoporosis y densidad mineral ósea. No obstante, la definición de osteoporosis aceptada por un grupo de expertos en la Osteoporosis Consensus Development de Hong Kong en 1993 es la siguiente: «Enfermedad ósea metabólica caracterizada por disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que provocan un aumento de la fragilidad ósea y, como consecuencia, un aumento del riesgo de fractura.» Esta definición implica dos conceptos: por una parte, la disminución de la masa ósea, cuantificable por densitometría y, por otra, la alteración de la microarquitectura, imposible de medir con los medios actuales. Hay pues una clara discordancia entre la definición aceptada conceptualmente y la que nos depara la técnica para diagnosticarla.

La concienciación de que en la osteoporosis la verdadera enfermedad son las fracturas fue otro avance trascendente. La fractura se produce por la concurrencia de tres factores: traumatismo o sobrecarga, disminución de la masa ósea y alteración de la calidad del hueso.

El capítulo de la etiología de la osteoporosis se ha ido modificando en el curso de los años. Albright, en 1941, relacionó la osteoporosis con la menopau-

Correspondencia: Dr. D. Roig Escofet.
Servicio de Reumatología.
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

sia. En 1983, Riggs y Melton aceptaron la clasificación entre osteoporosis posmenopáusica y osteoporosis senil y, después, las de osteoporosis tipos I y II. Si bien la edad avanzada y la menopausia son los factores que tradicionalmente se han considerado más importantes entre las causas de disminución de la masa ósea, es evidente que influyen otros factores: pico de masa ósea bajo, delgadez, déficit nutricional, sedentarismo, algunos tratamientos, ciertas enfermedades, exceso de tabaco y alcohol y otros.

La conciencia del gran problema de la osteoporosis se ha ido instaurando a medida que ha aumentado la esperanza de vida en los países desarrollados. Las fracturas relacionadas con la disminución de la masa ósea constituyen en la actualidad un problema importante de salud pública en las sociedades desarrolladas. Este hecho se ha aprovechado para aumentar el interés por la osteoporosis. Su trascendencia se ha divulgado en los medios de comunicación y, hoy día, las mujeres son conscientes del problema de la osteoporosis. Como suele suceder en estos casos, un problema real se magnifica y se deforma; con el tiempo seguramente quedará circunscrito a sus justos términos.

En esta monografía hay siete artículos dedicados a otros tantos tratamientos farmacológicos. Se trata de una exhaustiva puesta al día de todos los fármacos que, en la actualidad, están autorizados para el tratamiento o la prevención de la osteoporosis. La exigencia de la máxima calidad posible en los ensayos terapéuticos ha constituido otro avance sustancial.

Quedan aún muchos interrogantes en la concepción de la osteoporosis, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. ¿A quién hay que hacer densitometría? ¿A quién hay que tratar? ¿Cuándo debe iniciarse el tratamiento? ¿Cuánto tiempo hay que tratar?

La implicación del reumatólogo, como especialista del aparato locomotor, en el problema de la osteoporosis, se ha ampliado en los últimos tiempos. En la actualidad, son varios los problemas relacionados con la osteoporosis que el reumatólogo debe resolver: el enfermo con fractura, cuando se ha hecho un diagnóstico previo de osteoporosis por otro especialista, cuando hay sospecha radiológica, a demanda de la mujer y cuando lo asumimos nosotros mismos porque sabemos que la enfermedad básica del enfermo suele acompañarse de osteoporosis. Este cambio de actitud se debe, probablemente, a que se va tomando conciencia de nuestro creciente interés por este problema y a que aumenta la preocupación en la población por esta «enfermedad».

Esta monografía es otra prueba del creciente interés de la reumatología por la osteoporosis. En ella se tratan diversos aspectos generales, se actualizan los conocimientos sobre el tratamiento y se consideran dos aspectos puntuales de interés: la osteoporosis en la artritis reumatoide y la osteoporosis del varón. Finalmente, se publica «Documento de la Sociedad Española de Reumatología sobre la osteoporosis posmenopáusica», que pretende ser una guía de actuación basada en los conocimientos actuales, pero abierta a las modificaciones que impongan su aplicación práctica y la investigación.