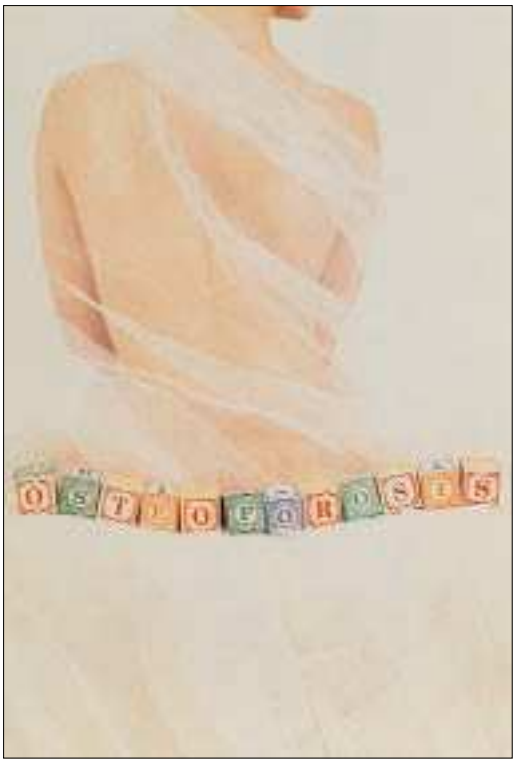
AVANCES FARMACOLÓGICOS

Tratamiento de la pérdida de masa ósea

MARIÁN CARRETERO
Vocal de Distribución del COF de Barcelona.



La pérdida de masa ósea, conocida como osteoporosis, es una enfermedad del esqueleto causada por un desequilibrio en el ciclo de reconstrucción del hueso. La osteoporosis se caracteriza por una masa ósea disminuida y por un deterioro estructural del tejido del hueso, lo que provoca una debilitación del hueso que se hace vulnerable a fracturas.

Durante décadas, la osteoporosis ha sido una enfermedad ignorada, ya que se la consideraba una consecuencia natural de la edad. Finalmente está siendo reconocida como un importante problema de salud pública debido a la incapacidad y disminución de la calidad de vida que provoca.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres posmenopáusicas, ya que sólo en un 20% aproximadamente afecta a los hombres.

Al igual que ocurre con las células de la piel, las células óseas se renuevan constantemente, lo que mantiene el esqueleto fuerte y sano. Tras el inicio de la menopausia, el equilibrio entre la eliminación y la renovación del hueso, se altera y el porcentaje de pérdida de hueso aumenta. Si el desequilibrio se prolonga, puede aparecer osteoporosis. Las mujeres que padecen osteoporosis pueden llegar a perder con el tiempo hasta la mitad de la masa ósea. Diversos estudios demuestran que una pérdida de masa ósea del 10% puede doblar el riesgo de padecer una fractura en la columna vertebral y, si es en la cadera, el riesgo se incrementa en 2,5 veces. Las fracturas de cadera son una de las causas más importantes de incapacidad provocada por la osteoporosis; el resultado de un análisis prueba que las fracturas de cadera incrementan en más de seis veces el riesgo de fallecimiento.

Las fracturas de columna vertebral a menudo son «silenciosas», pudiendo provocar su curvatura y una pérdida de estatura.

Los síntomas de la existencia de osteoporosis son: dolor de espalda de origen desconocido, pérdida de estatura, presencia de fracturas recurrentes o fracturas originadas por un traumatismo menor. La pérdida de hueso no provoca síntomas, por ello la osteoporosis, a menudo no se detecta durante años hasta que se producen una o varias fracturas.

Los factores de riesgo de la osteoporosis son varios, el principal de ellos es la menopausia, cuyo des-

equilibrio hormonal puede provocar una rápida pérdida de hueso. En los 5 años posteriores a la menopausia, una mujer puede llegar a perder el 15% de la masa ósea.

Otros factores de riesgo son: una baja masa ósea, historial familiar de osteoporosis, origen caucásico o asiático, constitución física delgada o pequeña, hábito de fumar, consumo excesivo de alcohol, poco ejercicio físico, ingestión de calcio insuficiente, uso de ciertos medicamentos, como las terapias prolongadas a base de esteroides, o menopausia temprana (antes de los 45 años). No obstante, es posible padecer osteoporosis sin tener ningún factor de riesgo.

Existen pruebas seguras y eficaces para medir la densidad mineral ósea.

Aproximadamente 200 millones de mujeres padecen osteoporosis en el mundo. En Europa y Estados Unidos, se calcula que una tercera parte de las mujeres de más de 50 años sufrirá una fractura relacionada con la osteoporosis en algún momento de su vida. En España se calcula que padecen osteoporosis alrededor de dos millones de mujeres, de las cuales sólo 300.000 reciben tratamiento.

Tratamiento con alendronato

Alendronato es el único medicamento que ha demostrado reducir de forma notable el riesgo de fracturas de cadera en mujeres con osteoporosis.

Los estudios clínicos realizados en más de 17.000 pacientes en todo el mundo han confirmado la eficacia de la administración vía oral de este fármaco a la hora de reducir el riesgo de padecer fracturas de columna y de cadera y también su contribución al fortalecimiento del hueso de forma que éste pueda soportar los efectos de la enfermedad.

De forma similar a la hipertensión, la osteoporosis es una «enfermedad silenciosa» que normalmente no presenta síntomas hasta que se produce una fractura que suele ser normalmente de columna, cadera o muñeca. Las consecuencias de estas fracturas suelen ser graves ya que pueden dar lugar a dolores agudos de espalda, pérdida de estatura, movilidad limitada, postura inclinada hacia delante e incapacidad. Las fracturas de cadera requieren casi siempre hospitalización e implican pérdida de la movilidad. Un porcentaje de mujeres que padecen estas fracturas pierden la capacidad de caminar sin ayuda.

Los ensayos muestran que el tratamiento con alendronato reducen en más de un 56% el riesgo de las mujeres osteoporóticas de padecer fracturas de cadera, las más costosas y debilitadoras, y en casi la mitad, el riesgo de sufrir dolorosas fracturas de columna.

Los ensayos clínicos también han demostrado que alendronato comienza a incrementar la densidad mineral ósea a los tres meses de iniciar el tratamiento y al año reduce el riesgo de fracturas.

Los datos más recientes prueban que alendronato puede reducir el riesgo de padecer fractura de cadera en un 63% a los 18 meses de iniciado el tratamiento. Ninguna otra medicación ha demostrado la misma eficacia y rapidez para producir estos efectos beneficiosos sobre la salud.

Los resultados del Ensayo de Intervención de Fracturas pusieron de manifiesto que las mujeres posmenopáusicas que habían sufrido una fractura de columna anteriormente y a las que se administró alendronato, tenían un 51% menor de riesgo de padecer fracturas de cadera y un 47% menor de padecer nuevas fracturas de columna. Las pacientes que usaron alendronato también experimentaron una reducción del 90% en las fracturas de columna múltiples, una reducción del 55% en las fracturas de columna dolorosas, un 48% de reducción en las fracturas de muñeca y un 34% menor de pérdida de estatura (las fracturas múltiples pueden provocar a la larga una posición inclinada).

El estudio, de 4 años de duración, demostró el incremento significativo de la densidad mineral ósea en todos los puntos importantes, independientemente de si las pacientes padecían osteoporosis. El pequeño porcentaje de mujeres que no ganaron densidad ósea el primer año, lo hicieron el segundo. En las pruebas clínicas realizadas, el 96% de las mujeres tratadas con alendronato, incrementaron la densidad mineral ósea durante 3 años.

Los estudios evidenciaron que alendronato es bien tolerado.

La incidencia de efectos adversos gastrointestinales entre las mujeres posmenopáusicas fue el mismo para las que recibieron alendronato que para las que recibieron placebo y este dato se mantuvo incluso en mujeres con alto riesgo de padecer problemas intestinales.

Al aumentar significativamente la esperanza de vida, el tratamiento de la osteoporosis ha cobrado importancia. Los estudios clínicos han demostrado que alendronato es el patrón de referencia para el tratamiento de la osteoporosis y que es el responsable de las siguientes acciones:

– Reduce las fracturas vertebrales y no vertebrales en sólo un año.
– Incrementa la densidad mineral ósea a los tres meses de iniciar el tratamiento y reduce el riesgo de fracturas no vertebrales a casi la mitad en un año de tratamiento.
– Aumenta la masa ósea en la columna y en la cadera de las mujeres y también de los hombres que toman medicación con corticosteroides.
– Incrementa la masa ósea en la columna y en la cadera en mujeres que recibieron una combinación de alendronato y de terapia hormonal sustitutiva.
– Detiene la pérdida de hueso que se produce cuando se interrumpe la terapia sustitutiva de hormonas.
– Incrementa significativamente la masa ósea y disminuye la pérdida de estatura en los hombres que padecen osteoporosis.
– Reduce el número de días de reposo en cama debido a dolores de espalda en un 63%.

Es importante el cumplimiento terapéutico, que en el caso de la osteoporosis conlleva ciertas dificultades, ya que la enfermedad cursa sin síntomas y lo que se pretende es prevenir la aparición de fracturas. La administración diaria de un fármaco sólo con fines preventivos generalmente no es bien aceptada, a menos que exista una seria concienciación del riesgo. □