



Preguntas y respuestas más frecuentes en

Osteoporosis





Autora:

Dra. Silvia P. González

Ginecóloga. Unidad de Menopausia y Osteoporosis

Gabinete Médico Velázquez

Madrid

Prólogo

Preguntas y respuestas más frecuentes en Osteoporosis

La osteoporosis es una condición clínica muy frecuente, especialmente, en la mujer postmenopáusica y cuya repercusión, la fractura, conlleva graves consecuencias para la salud (secuelas psicofísicas e incluso muerte).

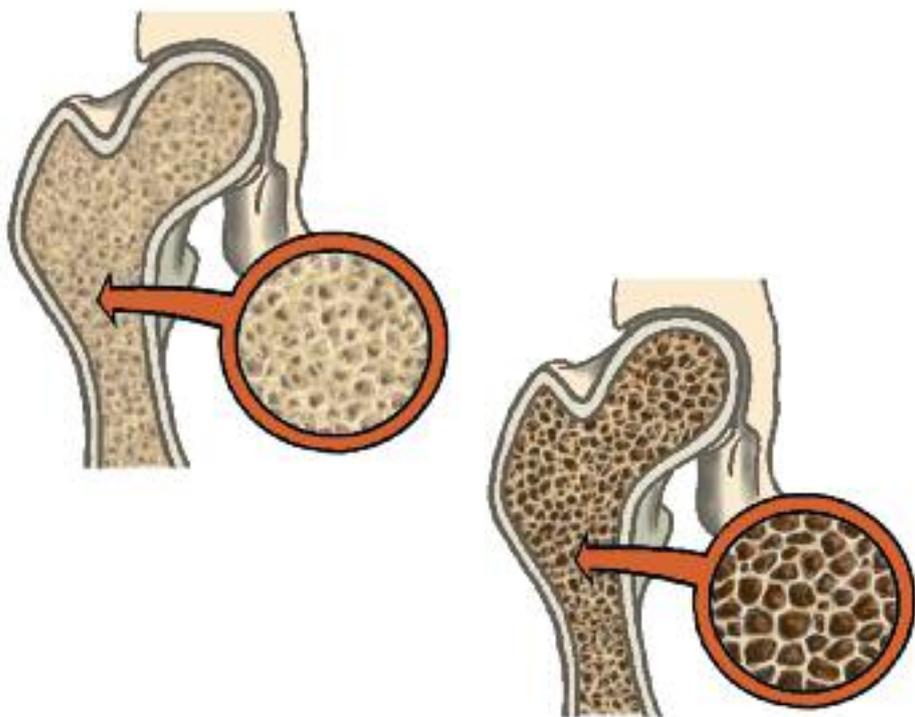
Dado el envejecimiento creciente de nuestra población, el número de pacientes osteoporóticos se va a incrementar en los próximos años, al tiempo que la importancia que se le va concediendo a la enfermedad desde la opinión pública es también cada vez mayor. De esta forma, nuestras pacientes (generalmente, son mujeres) llegan a la consulta cada vez más concienciadas sobre su problema de salud y nos demandan mayor cantidad de información. Es por ello que los profesionales sanitarios debemos encontrarnos preparados para dar respuesta a las preguntas que se nos planteen. Asimismo, resulta también muy interesante contar con materiales complementarios que las pacientes puedan consultar cuando les surjan nuevas dudas que no se les ocurrieron durante la consulta o que no recuerdan cómo fueron resueltas en su momento.

Esta guía práctica, destinada a pacientes, pretende ser un compendio de las preguntas que más frecuentemente se nos plantean en nuestra práctica diaria respecto de la osteoporosis, con respuestas en terminología común, limitando los tecnicismos para asegurar su comprensión por personal no sanitario.

Con esta guía se espera facilitar la práctica clínica diaria de todos aquellos que nos dedicamos al cuidado del paciente con osteoporosis, puesto que se pretende de este modo proporcionar información suficiente y fidedigna a las pacientes que así lo requieran. Esta información extra persigue un doble objetivo: de una parte, mejorar su conocimiento de la osteoporosis en sí y, por otra, hacerlas conscientes de lo importante que es su papel en el devenir de la misma porque, sin su colaboración, el tratamiento nunca será exitoso.

Finalmente, queda agradecer a laboratorios Pfizer y Ammirall el patrocinio de esta guía práctica. Sin su apoyo, este y muchos otros interesantes materiales habrían sido imposibles de realizar.

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS



■ ¿Qué es la osteoporosis?

La osteoporosis es un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la *resistencia ósea*, que predispone a una persona a un mayor riesgo de fracturas. Generalmente, es equiparada con la "descalcificación", pero, realmente, en la osteoporosis no sólo se pierde calcio sino masa ósea en general. A veces, además, se produce una alteración de la calidad del tejido óseo.

■ ¿Se trata de una enfermedad frecuente?

Sí, y su frecuencia va en aumento. En España, una de cada cuatro mujeres mayores de 50 años tiene osteoporosis, lo cual supone tres millones de pacientes con osteoporosis en nuestro país. El problema se agrava porque tres de cada cuatro mujeres postmenopáusicas no han hablado nunca de osteoporosis con su médico.

■ Y sus consecuencias, las fracturas por osteoporosis, ¿son también frecuentes?

Sí, también lo son. A partir de los 50 años, una de cada dos mujeres puede sufrir una fractura, de modo que en España se originan más de 250.000 fracturas por osteoporosis al año. Se calcula que en Europa se produce una fractura por osteoporosis cada 30 segundos.

■ ¿La osteoporosis sólo afecta a las mujeres?

No, aunque es mucho más frecuente en el sexo femenino. En la mujer se producen la denominada osteoporosis postmenopáusica, al faltar las hormonas femeninas del organismo, pero también la osteoporosis senil, propia del envejecimiento del hueso, mientras que en el varón sólo se produce esta última. En ambos sexos pueden producirse además las llamadas osteoporosis secundarias, debidas a la toma de medicamentos o a la presencia de determinadas enfermedades.



■ ¿Y qué es la osteopenia?

Osteopenia es un término que se creó para incluir aquellos huesos que, sin llegar a dar criterios de osteoporosis, tampoco poseen una cantidad de masa ósea normal. Se trata de una condición clínica en principio menos grave, pero que también aumenta el riesgo de fractura, especialmente cuando coexisten factores de riesgo. De hecho, como hay muchas más pacientes con osteopenia que con osteoporosis, si se suman todas las fracturas en las pacientes con osteopenia, el número total acaba siendo mayor que si sumamos todas las producidas en pacientes osteoporóticas, aunque el riesgo individual de estas últimas sea mayor.

FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS



■ ¿Por qué se produce la osteoporosis?

Independientemente del tipo de osteoporosis, todas ellas se caracterizan bien porque la cantidad de hueso disminuye y/o porque su calidad se altera. El hueso es un tejido activo que se renueva continuamente, de forma que se estima que cada cuatro años nuestro esqueleto es completamente nuevo. Para conservar la masa ósea, la cantidad de hueso formado y la de hueso destruido han de ser idénticas (balance cero). En la osteoporosis postmenopáusica, el mecanismo fundamental de pérdida de hueso es que se destruye mucho más del que se forma, al perderse el efecto protector de hueso que tienen las hormonas femeninas (estrógenos). En la osteoporosis senil, sin embargo, lo que ocurre es que falta el estímulo para construir hueso nuevo tan rápido como sería necesario. En las osteoporosis secundarias, el mecanismo es variable, pero puede alterarse tanto la formación como la destrucción de hueso, así como la calidad del mismo.

■ ¿La osteoporosis se hereda, es genética?

Se estima que el 70% de nuestra masa ósea está determinada genéticamente. Es por ello que tiene mucha importancia conocer si hay familiares que la hayan padecido y, especialmente, si éstos se han fracturado, a la hora de hacer el diagnóstico y establecer el tratamiento. Además de esta predisposición, el otro 30% de nuestro hueso depende de otros factores, sobre algunos de los cuales podemos actuar.

■ ¿Qué otros factores contribuyen a padecer osteoporosis?

Además de factores inmodificables, como la raza (la osteoporosis es más frecuente en la raza blanca), la edad (más, cuanto más avanzada) y los antecedentes familiares; los hábitos de vida, ciertos factores reproductivos, el padecimiento de determinadas enfermedades o el empleo de ciertos medicamentos son factores de riesgo de osteoporosis.

■ ¿Estos factores de riesgo son los mismos que predisponen a la fractura?

No exactamente, estos son los factores de riesgo que predisponen a padecer osteoporosis, pero la osteoporosis es, a su vez, un factor de riesgo de fractura de los más importantes, aunque existen otros, como el antecedente personal o familiar de fractura por osteoporosis, o la predisposición a caídas (por problemas de vista, de equilibrio, toma de determinados medicamentos como los tranquilizantes...).

■ ¿Cuáles son los hábitos de vida que se relacionan con la osteoporosis?

Aunque no todos se asocian a la osteoporosis con la misma intensidad, se considera que el tabaquismo, el hábito alcohólico, la ingesta excesiva de cafeína, el sedentarismo y las dietas pobres en calcio y vitamina D son factores de riesgo de osteoporosis. También la delgadez marcada (índices de masa corporal < 19) es un factor de riesgo de osteoporosis y fractura.



■ ¿Y cuáles son los factores reproductivos que suponen riesgo de osteoporosis?

Tanto la menarquia (primera menstruación) tardía como la menopausia antes de los 45 años suponen un menor tiempo de exposición vital a las hormonas femeninas y, por ello, a su efecto protector sobre el hueso. También la presencia de periodos prolongados de amenorrea (falta de menstruación) a lo largo de la vida fértil, por el mismo motivo. No está tan clara la relación de la osteoporosis con el número de hijos y la lactancia.



■ ¿Qué enfermedades pueden causar osteoporosis?

Existen numerosas enfermedades que se han relacionado con la osteoporosis. Entre ellas, citar, por su frecuencia, la insuficiencia renal o hepática, el hipertiroidismo, los linfomas y mielomas, la enfermedad inflamatoria intestinal, la diabetes y la artritis reumatoide.

■ ¿Qué medicamentos pueden causar o agravar una osteoporosis?

La toma de corticoides por periodos prolongados, de exceso de tiroxina, de litio, de antiepilépticos, de heparina y otros anticoagulantes, de antidiabéticos, de quimioterápicos y de algunos de los medicamentos que se utilizan en el tratamiento del cáncer de mama, que actúan como antihormonas, pueden tener efectos perjudiciales sobre el hueso.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

■ ¿La osteoporosis duele?

No, los dolores óseos que refieren muchas pacientes pueden corresponder a otros problemas de salud ósea, especialmente articulares (artrosis, artritis, hernias discales, fibromialgia, etc), pero la osteoporosis sólo duele si se ha producido una fractura.

■ ¿La osteoporosis da algún síntoma entonces?

No, precisamente por eso se la llama la "epidemia silenciosa" y por ello es importante diagnosticarla mediante pruebas que evalúen la masa ósea, para realizar el tratamiento correspondiente. Lo que sí pueden existir son síntomas asociados propios de otra enfermedad cuando se trata de una osteoporosis secundaria por hipertiroidismo, diabetes, etc.

■ ¿Cómo se diagnostica la osteoporosis?

Primero, se ha de realizar una anamnesis detallada, que consiste en la formulación de preguntas a la paciente para obtener datos clínicos relevantes, para luego efectuar una densitometría e incluso otras pruebas complementarias en caso necesario.

■ ¿Qué tipo de preguntas se realizan?

Se interroga a la paciente sobre la presencia de factores de riesgo, especialmente, antecedentes personales y familiares de osteoporosis y fracturas por osteoporosis.



■ ¿Cómo se distingue si una fractura ha sido por osteoporosis?

Las llamadas fracturas por osteoporosis o por fragilidad son aquellas que se han producido por un impacto débil, y que el hueso de una persona sin osteoporosis resistiría perfectamente sin romperse. Se consideran fracturas patológicas, por ejemplo, aquellas que se producen por caídas desde la propia altura. Generalmente, se trata de fracturas de muñeca (radio), hombro (húmero), cadera (fémur) o vertebrales y se producen en edad madura.



■ ¿Todas las fracturas pueden tener consecuencias graves para la salud?

Sí. Todas ellas pueden determinar secuelas psicofísicas. La fractura de cadera puede ocasionar dependencia asistencial total o parcial en los pacientes y muerte hasta en el 25% de los casos, pero no sólo ésta tiene relevancia clínica. La fractura de muñeca puede acarrear acortamientos o deformidades del radio, síndromes dolorosos o inestabilidades de los ligamentos de la muñeca. La fractura vertebral puede encorvar la columna, ocasionar dolores crónicos, pérdida de estatura, problemas respiratorios y digestivos e incluso, en algunos estudios, demuestra incrementar el riesgo de muerte.

■ ¿Puede existir una fractura que no haya dado síntomas en el momento de producirse?

Sí, especialmente en el caso de las fracturas vertebrales, donde sólo una de cada tres ha producido un dolor agudo. Las otras dos terceras partes se manifiestan como dolores de espalda crónicos y, muchas veces, leves, o por pérdidas de altura, generalmente, de más de tres centímetros, y/o aumento de la curvatura de la zona dorsal de la espalda (aparición de "chepa").

■ ¿Puede diagnosticarse una osteoporosis por una radiografía ósea?

No, en una radiografía pueden verse signos indirectos de sospecha de osteoporosis, especialmente, la presencia de una fractura vertebral previamente desconocida. Por ello es interesante solicitarla en todas las pacientes en las que sospechemos osteoporosis, pero el diagnóstico definitivo de la misma no puede hacerse nunca por radiografía.

■ ¿Y cómo se verifica una sospecha de osteoporosis?

Cuando por el historial del paciente se sospecha que pueda existir osteoporosis, la prueba indicada para confirmar el diagnóstico es la densitometría ósea.

■ ¿En qué consiste la densitometría ósea?

La densitometría ósea consiste en enviar un haz de rayos X sobre un área corporal concreta para evaluar la cantidad de hueso que existe en la misma. La más fiable es la que se realiza en columna y cadera, llamada densitometría axial.



■ ¿Entraña riesgos practicar una densitometría?

Puede decirse que no. La densitometría produce una irradiación bajísima (equivalente a la exposición a radiación en un día de vida normal) y no es una prueba dolorosa.

■ ¿A quién debe practicarse una densitometría?

En líneas generales, a todo aquel paciente en el cual se sospeche que pueda padecer una osteoporosis.

■ ¿Cómo se evalúa la masa ósea por densitometría?

La densitometría mide la masa ósea del paciente en desviaciones con respecto de la media de la población joven de la misma edad y sexo. De esa forma, si un paciente tiene una masa ósea inferior a 2,5 desviaciones estándar con respecto a la del adulto joven, se dice que presenta osteoporosis densitométrica, y si esta masa ósea fuera entre una y 2,5 desviaciones menor, el paciente presentaría osteopenia.

■ ¿Existen otras formas de densitometría que no sea la axial?

Sí, pueden realizarse densitometrías periféricas de rayos X o también mediante haces de ultrasonidos, por ejemplo, en las falanges de los dedos o en el talón. Aunque estas otras densitometrías tienen su utilidad, en conjunto se reservan sólo para cuando no esté disponible la realización de densitometría axial, que sigue considerándose la mejor técnica.

■ ¿Cada cuánto tiempo debe realizarse una densitometría?

Para apreciar cambios de manera fiable, la densitometría necesita en general que hayan transcurrido del orden de 18 a 24 meses, aunque existen circunstancias especiales en las que en tan sólo 6 meses podrían objetivarse cambios al alza o a la baja. Es mejor hacer el seguimiento siempre con el mismo aparato, dado que la calibración y valores de referencia de las diferentes marcas de densitómetro no es idéntica entre sí.

■ ¿Es imprescindible haber realizado densitometría para iniciar un tratamiento?

Es recomendable, pero las directrices de las sociedades científicas internacionales establecen que sería posible comenzar un tratamiento sin densitometría previa en el caso de pacientes con factores de riesgo claros.

■ ¿Se puede y debe hacer alguna prueba más?

Puede resultar interesante realizar una analítica de sangre y orina (normalmente, de 24 horas) en los casos en los que se pretenda descartar osteoporosis secundarias o valorar los marcadores de remodelado óseo (sustancias químicas que se producen durante la formación o destrucción del hueso).

EVOLUCIÓN

■ ¿Cómo se va modificando la cantidad de hueso a lo largo de la vida?

Inicialmente se produce un incremento de la masa ósea hasta un máximo, que se alcanza hacia los 30-35 años, y que llamamos el "pico de masa ósea". A partir de ese momento se empieza a producir una pérdida lenta de hueso, que se acelera muy marcadamente al llegar la menopausia, de modo que en los 5 años siguientes a la misma, una mujer puede perder hasta una cuarta parte de su masa ósea total. Es por eso que es importante un diagnóstico y tratamiento precoces.



■ Y a partir de ahí... ¿la masa ósea se estabiliza?

No, a partir de ese momento, se produce una pérdida más lenta pero continua, de modo que la osteoporosis es un trastorno esquelético progresivo y cuanto más avanza en intensidad, paralelamente a la edad, el riesgo de fractura es mayor.

■ Entonces, ¿no todos los casos de osteoporosis son igual de graves?

No, cuanto mayor es la pérdida de hueso, más probabilidad de fracturarse existe y ésta es mayor cuantos más factores de riesgo concurren.

■ ¿Todas las fracturas tienden a producirse a la misma edad?

No, la primera fractura que se suele producir es la de muñeca, que se presenta precozmente, desde los 45 años. Posteriormente, comienza a ser más frecuente la vertebral y la última es la de cadera, que es poco frecuente antes de los 70 años.



■ Si ya se ha sufrido una fractura, ¿existe un mayor riesgo de sufrir otra?

Sí, aumenta marcadamente. De hecho, una fractura de muñeca multiplica por dos el riesgo de padecer un fractura vertebral que, a su vez, multiplica por cinco el riesgo de fractura de cadera y ésta duplica el riesgo de muerte.

■ ¿La osteoporosis se puede curar?

Sí, la masa ósea puede ser recuperable si se sigue un tratamiento adecuado y se actúa sobre los factores de riesgo que sean modificables.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (MEDIDAS GENERALES)

■ ¿Cuáles son los estilos de vida que se deben adoptar cuando existe osteoporosis?

De una parte, debe abandonarse el hábito tabáquico, reducirse al mínimo la ingesta alcohólica y la de cafeína (cantidades limitadas no resultan perjudiciales). De otra parte, es necesaria una dieta adecuada, exposición solar moderada y la práctica de ejercicio físico regular.

■ ¿Qué se entiende por una dieta adecuada, en términos de osteoporosis?

Es aquella dieta que asegura la ingesta de las cantidades diarias recomendadas de los principales componentes del hueso. Principalmente, esta definición se refiere a que contenga las cantidades idóneas de proteínas (no muy pobre ni excesivamente rica en ellas) y las de calcio, pero también de otros minerales.

■ ¿Qué cantidad de calcio es necesaria en la dieta?

Las necesidades diarias de calcio son variables en función de la edad y el estado hormonal y óseo. Actualmente, las diferentes sociedades científicas internacionales vienen considerando adecuadas cantidades de entre 800 y 1200 mg de calcio al día para pacientes postmenopáusicas.



■ ¿Qué alimentos contienen calcio?

Los lácteos, los frutos secos y los pescados azules, así como algunos cereales y legumbres y las algas contienen cantidades ingentes de calcio. A efectos prácticos, se han de ingerir cuatro raciones de lácteos al día para asegurar que se cubren las necesidades diarias, entendiendo por "ración" un vaso de leche, dos yogures o una porción de queso.

■ ¿El contenido varía en función del tipo de lácteo?

La cantidad de calcio útil no varía sensiblemente se trate de leche entera, semi o desnatada. Igualmente, puede considerarse la ingesta de lácteos enriquecidos con calcio o vitamina D, destinados expresamente a preservar la salud ósea.



■ ¿Y si se consume leche de soja?

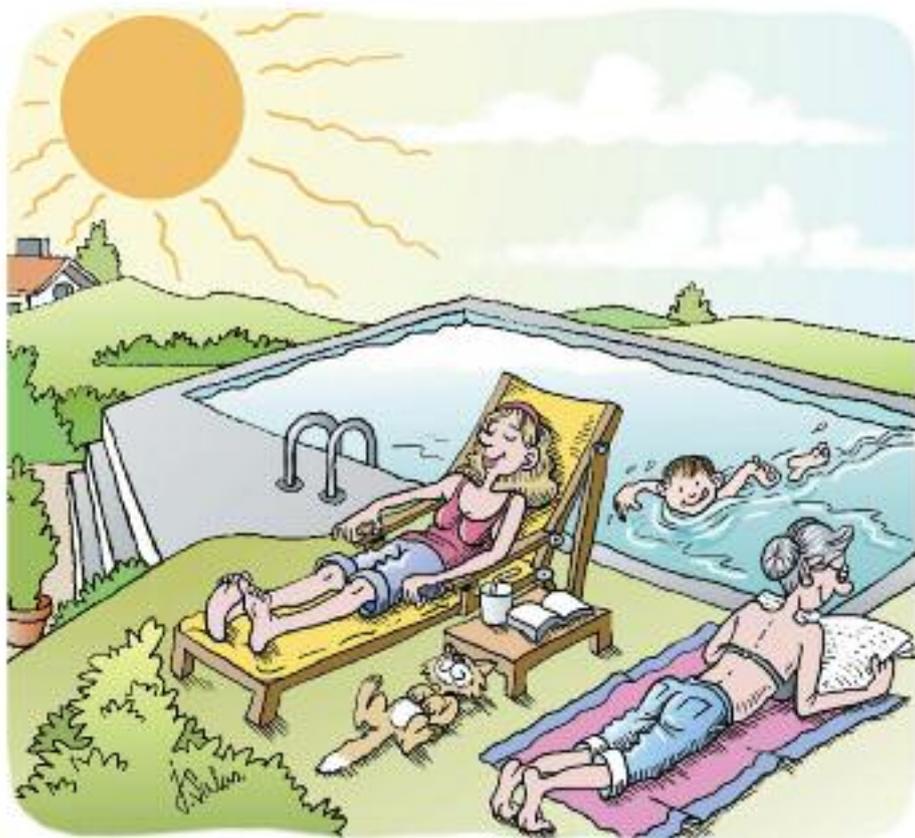
La leche de soja, contrariamente a la de vaca, contiene de por sí muy poco calcio. Si se ingiere este tipo de leche ha de emplearse enriquecida en calcio o bien suplementar el calcio de otro modo hasta alcanzar las cantidades diarias recomendadas.

■ ¿Se pueden asegurar niveles óptimos de vitamina D con los alimentos?

La vitamina D es fundamental en la salud ósea, puesto que contribuye a la fijación del calcio sobre el hueso, mejorando su absorción intestinal. Sin embargo, y al contrario de lo que ocurre con el calcio, los alimentos presentan cantidades muy escasas de vitamina D, de modo que se requerirían ingestas casi inalcanzables de los mismos para asegurar el aporte diario de vitamina D (del orden de una docena completa de huevos o más de un litro de leche). Es por ello que la principal fuente de vitamina D es la piel, que es capaz de producir vitamina D activa cuando existe exposición solar suficiente.

■ ¿Es necesaria una exposición solar prolongada para producir vitamina D en cantidades óptimas?

No, se considera que exposiciones solares diarias de unos 20 minutos sobre la cara, brazos y escote resultarían suficientes en la mayor parte de los pacientes, teniendo en cuenta que los protectores solares dificultan la producción cutánea de vitamina D activa y la exposición solar ha de ser directa, no a través de cristales.



■ ¿Se ha de limitar el ejercicio físico en los pacientes con osteoporosis?

Al contrario, el ejercicio físico es un estímulo muy potente para la formación de hueso nuevo, además de reducir la probabilidad de fractura dado que incrementa la fuerza muscular y mejora la agilidad. Sólo deben limitarse los ejercicios excesivamente violentos o muy intensos.



■ ¿Qué tipo de ejercicio es el más recomendable en osteoporosis?

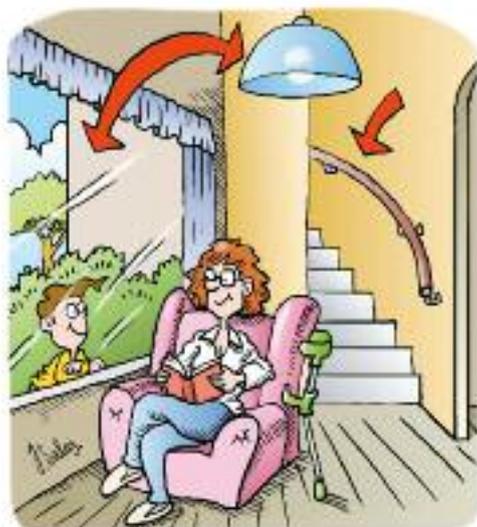
En la prevención y el tratamiento de la osteoporosis los más recomendables son los ejercicios a favor de la gravedad, es decir, andar, practicar deportes, bailar, hacer aeróbic...practicados diariamente a razón de media hora a tres cuartos a ritmo no muy lento o una hora completa días alternos resultan altamente recomendables. Otros, como la natación, aunque mejoran la musculatura, al no representar carga, no están desaconsejados, pero resultan menos favorables.

■ Y para prevenir la fractura... ¿puede hacerse algo más?

Si, además de que las medidas destinadas a mejorar la masa ósea reducirán también la ocurrencia de fracturas, la prevención de caídas es un factor que incide directamente en el riesgo de fractura.

■ ¿Y qué medidas podemos poner en marcha para prevenir las caídas?

Mejorar la iluminación de la vivienda, evitar el empleo de alfombras u otros objetos domésticos que favorezcan la caída, emplear bastones al andar si son necesarios, usar ducha mejor que bañera, colocar asideros en escaleras y donde sea necesario, corregir alteraciones visuales como las cataratas, emplear calzado adecuado y otras medidas pueden tener efectos muy favorables a este respecto.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (MEDICAMENTOS)



■ ¿El cambio de los estilos de vida es tratamiento suficiente para la osteoporosis?

Generalmente, no. Todas las medidas que se han citado en el apartado anterior son necesarias, pero sin tratamiento médico raramente conseguirían revertir la osteoporosis, como mucho, frenar su progresión.

■ Si no tengo osteoporosis sino osteopenia... ¿debo recibir tratamiento?

Depende, en las pacientes con osteopenia debe individualizarse el tratamiento, de modo que, según los factores de riesgo y la intensidad de la osteopenia, se decidirá o no tratar. Por ejemplo, en pacientes que ya hayan sufrido una fractura previa por fragilidad debe instaurarse siempre tratamiento, aunque presenten una cifra densitométrica de osteopenia más cercana a la masa ósea normal que a la osteoporosis.

■ ¿Están siendo tratadas en España todas las pacientes que lo necesitan?

Desgraciadamente, no. Los estudios encuentran que sólo una minoría de pacientes que se fracturan estaban recibiendo tratamiento antes de sufrir la caída o el impacto que la ha ocasionado, pero es que, al alta hospitalaria, también son minoría las pacientes que reciben tratamiento médico.

■ Pero, ¿es que los tratamientos para la osteoporosis son demasiado caros?

En absoluto. Lo que es caro son los costes asociados a las consecuencias de no tratar la osteoporosis, dado que en España anualmente las fracturas por fragilidad suponen 126 millones de euros por costes directos y hasta 420 millones de euros por costes indirectos (asilos, asistencia, etc.). Cuando están correctamente indicados, los medicamentos antiosteoporóticos resultan más baratos que los antihipertensivos o los hipocolesterolemiantes.

■ ¿Es necesario dar suplemento de calcio y vitamina D en todos los pacientes?

No, sólo en aquellos en los que existe carencia. En el caso del calcio, si la ingesta supera los 800 mg de calcio diarios, no se hace necesario suplementar. En el caso de la vitamina D, sin embargo, sí que es mucho más frecuente que exista déficit, incluso en verano, por el uso de los fotoprotectores. Pueden estudiarse los niveles de dicha vitamina en sangre y suplementarla si existe deficiencia o insuficiencia (en más de la mitad de las pacientes, según algunos estudios).

■ ¿Se puede emplear un suplemento de calcio si se han padecido cálculos renales?

Aunque se hayan padecido cálculos renales y estos fueran de calcio, debe asegurarse igualmente una ingesta cálcica adecuada para garantizar la formación de hueso. Si no se alcanzan las cantidades diarias recomendadas sólo con la dieta, pueden emplearse suplementos de calcio, pero preferiblemente en forma de determinadas sales que incluso pueden disminuir la formación de nuevos cálculos renales.



■ ¿Es suficiente tratar la osteoporosis sólo con calcio y vitamina D?

Normalmente, no. Garantizar la disponibilidad de calcio y vitamina D es imprescindible para lograr una buena salud ósea, pero la existencia de osteoporosis presupone que hay una causa que está alterando los mecanismos de formación y destrucción de hueso, con lo cual, suele ser necesario emplear además un medicamento que incremente esa formación o disminuya esa destrucción y, en los casos de osteoporosis secundarias, tratar la causa (la enfermedad causante; sustituir los medicamentos que generan osteoporosis, si es posible...).

■ ¿Los tratamientos médicos para la osteoporosis consisten en hormonas?

Generalmente, no; las hormonas femeninas son capaces de mejorar la masa ósea y prevenir las fracturas con gran eficacia, pero sólo se emplean como tratamiento de la osteoporosis en pacientes que presenten otros síntomas propios de la menopausia, como sofocos, sudores, insomnio, alteraciones del ánimo, etc, o en las que hayan fallado otros tratamientos.

■ ¿Se deben hacer descansos de la medicación de la osteoporosis?

Por norma general, no; al abandonar los tratamientos, de modo más o menos rápido, se tiende a volver a perder masa ósea si persiste la causa de la osteoporosis. Si se agota el tiempo de uso de un medicamento, lo lógico es comenzar a emplear otro y no suprimir el tratamiento, a no ser que ya no exista osteoporosis ni riesgo de fractura incrementado.



■ ¿Qué es la terapia secuencial en osteoporosis?

Es un concepto que hace referencia a que, como cada medicamento tiene un tiempo máximo de uso según los estudios, debemos ir empleándolos en los pacientes de modo correlativo a lo largo del tiempo.

■ ¿Cómo se realiza el tratamiento secuencial en osteoporosis?

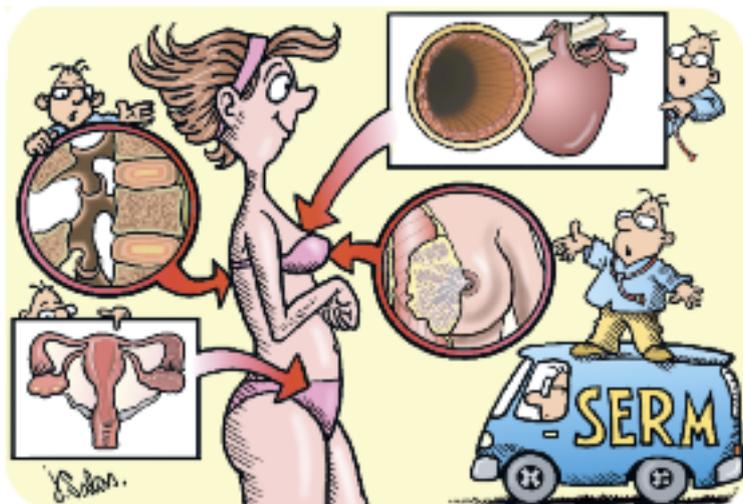
Generalmente, se comienza con unos medicamentos llamados "moduladores selectivos de los receptores de estrógenos" para, posteriormente, emplear otros tipos de antirresortivos (medicamentos que frenan la destrucción del hueso), reservando los formadores de hueso para pacientes más mayores o con situaciones clínicas más graves, por ejemplo, múltiples fracturas.

■ ¿Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos son hormonas?

No, de hecho, son compuestos químicos que se comportan como hormonas en algunos órganos y como antihormonas en otros.

■ ¿Por qué es lógico comenzar el tratamiento con moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM)?

Porque estos tratamientos de la osteoporosis otorgan beneficios adicionales a las pacientes sobre enfermedades que son frecuentes en esas franjas de edad. Por ejemplo, uno de estos fármacos, el bazedoxifeno, al comportarse como antihormona sobre determinados órganos, disminuye el riesgo de cáncer de útero o de mastopatía fibroquística y quistes de mama, y, en estudios in vitro, disminuye también el crecimiento de células tumorales mamarias. Además, como actúa como hormona sobre el colesterol, es capaz de mejorar los lípidos sanguíneos (provoca aumentos del colesterol bueno y descensos del malo).



■ ¿Cuándo se empleará otro tratamiento en osteoporosis que no sean moduladores selectivos de los receptores de estrógenos?

Cuando estos se encuentren contraindicados o no se toleren, o no hayan tenido efecto suficiente.

■ ¿Qué otros tratamientos existen?

Los bisfosfonatos; el denosumab; los derivados de la hormona paratiroidea, que se utiliza completa o bien su fragmento activo (teriparatida); el ranelato de estroncio y, aunque de uso más limitado, la calcitonina.

■ ¿Cuáles son las características principales de los bisfosfonatos?

Son medicamentos que disminuyen la destrucción del hueso de forma potente, actuando muy selectivamente sobre él, es decir, carecen de efectos beneficiosos o perjudiciales sobre otros tejidos, salvo sobre el esófago y el estómago, donde pueden resultar irritantes. Para evitar el paso repetitivo (diario) por el tubo digestivo se han diseñado medicamentos de este grupo de toma semanal o mensual. Con ellos se producen muy pocos efectos secundarios digestivos. Incluso, existe un bisfosfonato intravenoso anual, pero es exclusivamente de uso hospitalario.

■ ¿Qué es lo más significativo de los otros tratamientos que existen?

El denosumab es un tratamiento comercializado muy recientemente. Se trata de una terapia biológica, constituida por anticuerpos monoclonales dirigidos al hueso, que evita que éste se destruya de modo muy potente. El ranelato de estroncio es un compuesto químico que presenta una acción dual en hueso, inhibiendo la destrucción y favoreciendo la formación. La teriparatida es una hormona capaz de formar hueso nuevo de modo eficaz, pero se reserva a pacientes de alto riesgo porque sólo puede emplearse por un máximo de 24 meses. Por último, la calcitonina es un tratamiento que se emplea muy poco en la actualidad, pero sigue teniendo su papel en los casos de pacientes con dolor posfractura.

■ ¿Cómo se toman los medicamentos para la osteoporosis?

Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM) son comprimidos de toma oral, diaria, pero no requieren condiciones especiales (ni ayunas, ni hora concreta). Los bisfosfonatos se han de tomar en ayunas, con cantidad abundante de agua y el paciente ha de permanecer erguido (de pie o sentado) hasta media hora más tarde, para garantizar la absorción. El ranelato de estroncio se toma en forma de sobre diario, pero ha de tomarse al acostarse, 2 horas tras la cena o, al menos, separarlo 2 horas de las ingestas. El denosumab y la teriparatida son inyectables: el primero, semestral; y la segunda, diaria. Por otra parte está la calcitonina, que se emplea de forma intranasal.



■ ¿Se ha de cesar el tratamiento de la osteoporosis si se van a realizar implantes dentales u otros procedimientos odontológicos?

No. Solamente en el caso de que el tratamiento sea un bisfosfonato, se debe considerar interrumpir el tratamiento 3 meses antes del implante si el paciente no presenta alto riesgo de fracturarse, pero puede reiniciarlo posteriormente a la cicatrización.



■ ¿Qué son las fracturas atípicas y por qué se producen?

Son fracturas del fémur que se producen en localizaciones que no son la habitual (el cuello femoral) y que se han relacionado con la ingesta prolongada de bisfosfonatos, aunque ocurren con muy baja frecuencia. Por ello, se recomienda a los profesionales sanitarios reevaluar la prescripción de estos tratamientos, particularmente después de 5 años.

■ Pero, ¿puede afirmarse que los tratamientos de la osteoporosis son seguros en conjunto?

Sí. Como todos los tratamientos médicos, pueden presentar contraindicaciones y efectos secundarios, aunque debidamente indicados y utilizados, se trata de medicamentos seguros.

■ Si la densitometría no mejora, ¿puede entenderse que un tratamiento para la osteoporosis no resulta eficaz?

No, la eficacia antifracturaria de un medicamento antiosteoporótico no sólo se basa en el aumento de la masa ósea sino también en la mejoría de la calidad del hueso, con lo cual, la no modificación del valor de la densitometría no necesariamente implica un cambio de tratamiento.

■ Los tratamientos para la osteoporosis, ¿son para siempre?

No necesariamente, puesto que puede revertirse el trastorno esquelético, pero generalmente son tratamientos a largo plazo (varios años de duración).



