Osteoporosis





¿QUÉ ES?

La osteoporosis es una enfermedad que afecta al hueso y se caracteriza por la pérdida de tejido óseo (masa ósea), de manera que el hueso se vuelve más poroso, con más aire en su interior. Además, cambia la estructura del hueso aumentando el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior (figura 1). De esta manera los huesos se hacen más frágiles, resisten peor los golpes y se rompen con mayor facilidad.



Figura 1Hueso
con osteoporosis



Hueso norma

La prevalencia de la osteoporosis aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres, sobre todo posmenopáusicas. Aproximadamente un 20% de mujeres entre 50 y 84 años tienen osteoporosis.

¿A QUÉ SE DEBE?

La masa ósea es la cantidad de hueso que presenta una persona en su esqueleto en un momento de su vida y depende de muchos factores, entre ellos la edad, el sexo y la raza.

En el interior del hueso se producen durante toda la vida numerosos cambios metabólicos, alternando fases de destrucción y formación de hueso. Estas fases están reguladas por distintas hormonas, la actividad física, la dieta, los hábitos tóxicos y la vitamina D, entre otros factores.

En condiciones normales, una persona alcanza a los 30-35 años una cantidad máxima de masa ósea ("pico de masa ósea"). A partir de ese momento, existe una pérdida natural de masa ósea.

Las mujeres tienen más frecuentemente osteoporosis por varios motivos: su pico de masa ósea suele ser inferior al del varón y con la menopausia se acelera la pérdida de hueso (osteoporosis posmenopáusica).

Existen muchas otras causas de osteoporosis: alcoholismo, fármacos (glucocorticoides, tratamiento hormonal utilizado para el tratamiento de cáncer de mama y de próstata...), enfermedades inflamatorias reumáticas, endocrinas, hepáticas, insuficiencia renal, entre otras.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

La osteoporosis no suele dar ningún síntoma hasta que no se producen las fracturas. Las localizaciones más frecuentes de las fracturas por fragilidad (espontáneas, sin golpe previo directo) son la columna vertebral, la cadera, el antebrazo distal (muñeca) y el húmero proximal. Las fracturas pueden producir además de dolor otros síntomas o secuelas como disminución de la estatura y deformidad de la columna, en el caso de las fracturas vertebrales; las fracturas de cadera requieren hospitalización e intervención en prácticamente todos los casos y la recuperación es lenta; las fracturas de antebrazo distal suelen recuperarse de manera excelente y en cuanto a las fracturas de húmero proximal algunas requieren intervención quirúrgica.





¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La osteoporosis se diagnostica mediante la cuantificación de la densidad mineral ósea (DMO) y esto se realiza mediante una densitometría, que permite predecir el riesgo de fractura en pacientes sin ningún hueso roto. El valor que define la presencia de osteoporosis es un T-score menor o igual a -2.5 desviaciones estándar. Por otro lado, la osteoporosis establecida se define como la presencia de 1 o más fracturas por fragilidad (espontáneas, sin golpe directo previo).

Las radiografías simples de los huesos sirven para detectar las fracturas. La analítica en la osteoporosis suele ser normal o presentar elevación de la fosfatasa alcalina que es una sustancia que aumenta cuando se está reparando una fractura. Generalmente, se realiza una analítica previa al inicio del tratamiento de la osteoporosis para determinar los niveles de vitamina D y así valorar si precisa suplementación en el tratamiento, las hormonas tiroideas, la función renal y hepática para descartar estas causas de osteoporosis secundaria.

Durante la visita su reumatólogo probablemente valorará de manera global el riesgo de fractura. Por ello, puede realizarle preguntas como por ejemplo: edad, consumo de alcohol o tabaco, edad de presentación de la menopausia, ingesta diaria de calcio aproximado, tratamiento con fármacos que disminuyen la masa ósea, historia personal y familiar de caídas. Actualmente, existe una herramienta llamada FRAX que calcula el riesgo de fractura de cadera o fractura mayor en los próximos 10 años teniendo en cuenta las características del paciente y sus factores de riesgo.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

El objetivo del tratamiento de la osteoporosis es la reducción del número de fracturas por fragilidad.

EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INCLUYE:

- 1. Medidas generales: seguir una dieta equilibrada rica en calcio (tabla 1), abandonar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, realizar ejercicio diariamente (caminar, bicicleta...) y evitar las caídas.
- 2. Suplementos de calcio y vitamina D: los requerimientos de calcio no son los mismos para todos los grupos de edad (tabla 2). Por ello, en algunos casos, es necesario dar suplementos de calcio para llegar a la cantidad recomendada. La vitamina D también es una sustancia fundamental para el hueso. Se activa en la piel cuando ésta recibe el efecto de la irradiación solar. En aquellas personas en las que haya déficit de vitamina D (puede determinarse en la analítica sanguínea) será útil la administración de suplementos de vitamina D.
- 3. Tratamiento antirresortivo, osteoformador o mixto: el tratamiento antirresortivo es aquel que evita la pérdida de masa ósea. Dentro de este grupo se incluyen fármacos como los bifosfonatos (alendronato, risedronato, zoledronato...), denosumab, moduladores selectivos de receptores de estrógenos (raloxifeno, bazedoxifeno) y estrógenos. El tratamiento osteoformador, como su nombre indica, estimula la formación de nuevo hueso y dentro de este grupo se incluye la teriparatida. Por último, el fármaco que presenta un mecanismo de acción mixto (antiresortivo y osteoformador) es ranelato de estroncio.





El reumatólogo valorará las características del paciente, sus antecedentes patológicos y los factores de riesgo de osteoporosis y decidirá en cada situación cuál es el fármaco más adecuado en cada caso.



Tabla 1. Contenido en calcio de los alimentos

| Necesidades diarias de calcio por grupos de edad. Según el panel de consenso del NIH de EE.UU. | | |
|--|--|---|
| Adolescentes | 10-25 años | 1200-1500 mg/día |
| Varones | 26-65 años más de 65 años | 1000 mg/día 1500 mg/día |
| Mujeres | 25-50 años Menopáusicas Mayores de 65 años | 1000 mg/día 1000-1500 mg/día 1500 mg/día (varía según nivel de estrógenos) 1200-1500 mg/día |
| Edad fértil en la mujer | Embarazo y lactancia | 1200-1500 mg/día |

Tabla 2. Necesidades diarias de calcio por grupos de edad



