

## Cómo y Cuándo Tratar la Osteoporosis

Orlando Gei Guardia

La osteoporosis es "una enfermedad sistémica del esqueleto, la cual se caracteriza por una reducción de la masa ósea y el deterioro micro estructural del tejido del hueso, seguido de un aumento en la fragilidad ósea y en la susceptibilidad para fracturas".

Recientemente el grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud, ha cuantificado esta definición, utilizando mediciones de densidad ósea o contenido óseo mineral con técnicas de rayos x no invasivas, llamadas Densitometría, que dan mediciones precisas de la "cantidad" de hueso.

Osteoporosis está presente cuando la densidad mineral ósea (BMD) está 2.5 D.S. o más por debajo del promedio de mujeres caucásicas de 25 años (-2.5 T-scores).

Si hay presencia de fracturas se habla de "osteoporosis severa". Los individuos con BMD entre -1 y -2.5 D.S. se designan osteoporóticos y con más de -1 normales.

Se discute cómo estos criterios no son completamente adecuados, no considerando diferencias étnicas ni controles en hombres o niños. El paciente con una o más fracturas con traumas leves se considera osteoporótico sin tomar en cuenta la BMD.

Se considerará la composición del tejido óseo normal y su recambio, los múltiples factores locales y sistémicos que intervienen en la resorción y formación ósea, como también la importancia de la masa ósea pico.

Se habla del laboratorio general y de los indicadores bioquímicos del recambio óseo, de las indicaciones para biopsia de hueso y de los estudios radiológicos convencionales y con DEXA, constituyendo este último el mejor test diagnóstico porque ayuda al clínico a determinar el riesgo de fractura, identificar los candidatos para tratamiento y monitorizar la respuesta.

El ultrasonido no ha sido validado como una técnica aceptable, su precisión y exactitud son inciertos y se limita al esqueleto periférico.

Se subraya la utilidad y costo-beneficio de la prevención con ejercicio regular, cambios en el estilo de vida, calcio y/o vitamina D y/o estrógenos, la más poderosa estrategia para preservar la masa ósea y proteger contra fracturas a las mujeres menopáusicas, además de sus efectos beneficiosos en el perfil lipídico, mortalidad cardiovascular y calidad de vida.

La decisión terapéutica implica un juicio clínico basado en el perfil global del paciente y no debe basarse exclusivamente sobre la medición densitométrica. Incluye consideración cuidadosa de los valores de B.M.D., aceptación por parte del paciente del tratamiento, edad, status menopáusico, nivel de actividad, estilo

de vida, factores de riesgo, esperanzas del paciente, posibilidades de cumplimiento y seguimiento del tratamiento.

Se discute finalmente el tratamiento farmacológico con estrógenos, Raloxifeno, Calcitonina y Bifosfonatos y terapia combinada, así como tratamientos experimentales.

## Referencias

1. World Health Organization. Assessment of Fracture Risk and Its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis: Report of a WHO Study Group. (Technical report series 843.) 1994.
2. Riggs BL, Melton LJ III. Involutional osteoporosis. *N. Engl J Med.* 1986; 9: 1005-1010.
3. Cummings S, Nevitt M, Browner W, et al. Risk factors for hip fracture in white women: Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *N. Engl J Med.* 1995; 332: 767-773.
4. Consensus Development Conference. Prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med.* 1991; 90: 107-110.
5. Kiel D, Felson D, Anderson J, Wilson P, Moskowitz M. Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women: The Framingham Study. *N. Engl J Med.* 1987;317:1169-1174.
6. The Postmenopausal Estrogen/Progestions Interventions (PEPI) Trial. Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. *JAMA.* 1995; 273: 199-208.
7. Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC, et al. Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten-year follow-up from the Nurse's Health Study. *N Engl J Med.* 1991;325:756-762.
8. Henderson BE, Paganini-Hill A, Ross RK. Decreased mortality in users of estrogen replacement therapy. *Arch Intern Med.* 1991; 151: 75-78.
9. Liberman U, Weiss S, Broll J, et al (for the Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group). Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med.* 1995; 333:1437-1443.
10. Gennari C, Agnusdei D, Camporeale A. Use of calcitonin in the treatment of bone pain associated with osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 1991;49 (Suppl 2): S9-S13.
11. Overgaard K, Riis B, Christiansen C, Hansen M. Effect of calcitonin given intranasally on early postmenopausal bone loss. *BMJ.* 1989;299:477-479.
12. Liberman U, Weiss S, Broll J, et al. (for the Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group). Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N. Engl J Med.* 1995;333:1437-1443.
13. Chapuy M, Arlot M, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. *N Engl J Med.* 1992;327:1637-1642.
14. Consensus Development Conference. Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med.* 1993;94:646-650.