



Expertos advierten que hacen falta más fármacos contra la osteoporosis

Luz Ángela Casas, presidenta de la Sociedad Colombiana de Endocrinología, advierte que la gama de medicamentos para tratar la osteoporosis es muy reducida. Los métodos ecográficos en manos y pies no son tan precisos como la densitometría, según la profesional.

Tiene la enfermedad metida en los huesos. Pero no porque sea una víctima más de osteoporosis, sino porque cuando habla de ella ahonda en cada detalle con un profundo conocimiento de la forma en que se desarrolla, se manifiesta y se trata. Algo apenas lógico para quien constituye la columna vertebral de la Sociedad Colombiana de Endocrinología.

Desde allí, en su posición de presidente de esta agremiación y como internista endocrinóloga, Luz Ángela Casas Figueroa, quien dirige además el área de endocrinología de la Fundación Valle del Lili y es docente de la Universidad Icesi, es una abanderada de la prevención de esta patología, que asegura tiene una relación directa no solo con la dieta, sino con el buen funcionamiento de ciertas hormonas involucradas en los procesos de formación y reabsorción de los huesos.

¿Cómo se da el proceso de formación de los huesos y a partir de que edad se comienza a perder densidad ósea?

Los huesos son órganos que permanecen activos en forma permanente durante el crecimiento y desarrollo. Están compuestos por células que permiten que se regeneren continuamente. Desde el nacimiento hasta la adolescencia el crecimiento es muy rápido, luego se torna más lento y, posteriormente, se sellan los núcleos de crecimiento, entre los 16 y 18 años en la mujer y entre los 18 y 20 en el hombre. Ya hacia los 30 años en el sexo femenino y los 35 en los varones, se inicia un proceso de recambio, en el que hay formación, reabsorción y pérdida.

¿Qué es exactamente lo que ocurre cuando una persona tiene osteopenia y en qué se diferencia de la osteoporosis?

El riesgo de fracturas es mucho más alto en la osteoporosis y mínimo en la osteopenia. Pero en ambas disminuye la densidad ósea. Lo que pasa es que si una persona tiene



osteoporosis y se fractura, este riesgo comienza de ahí en adelante a duplicarse y quintuplicarse. O sea que a más fracturas, más riesgo de futuras fracturas.

¿Por qué la osteoporosis es más frecuente en las mujeres?

La razón es hormonal. De hecho, luego de los 30 años, cuando se inicia el recambio óseo, la reabsorción es lenta, por lo que se pierde menos del 1% al año, pero durante la menopausia por la deficiencia de estrógenos que tienen un efecto protector, la reabsorción se acelera y la pérdida ósea aumenta a entre el 3% y el 5% al año.

¿Quiere decir que las hormonas cumplen un papel fundamental? ¿Qué hacen?

Mucho. Activan células del hueso como los osteoblastos que ayudan a formarlo; los osteoclastos que intervienen en la reabsorción y los osteocitos que se encargan de las conexiones entre unas y otras.

Entre ellas, la parathormona o PTH, la TSH o tiroidea, la cortisona y la hormona de crecimiento.

¿Qué enfermedades predisponen a la enfermedad?

Además de la deficiencia de vitamina D, están las alteraciones de la paratiroides que produce la paratormona o PTH, pues al formarse un tumor esta hormona encargada de tomar calcio de los huesos para llevarlo a la circulación, se produce en forma exagerada. Entonces comienza a extraer este mineral de los huesos de forma desproporcionada y es allí cuando sobreviene la osteoporosis.

Otras son el síndrome de Cushing, en el que se produce cortisona, que también deteriora los huesos.

¿La densitometría sigue siendo la prueba por excelencia para su diagnóstico?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, la densitometría ósea no es la prueba ideal, pero sí la más aproximada, pues utiliza un software que mide la densidad mineral ósea, comparándola con la de un adulto de la misma edad y con uno más joven. Esto lo hace en dos tipos de hueso. Por un lado, los traveculares, a nivel de la columna, que son huesos de soporte del cuerpo. Y también en los corticales, en el fémur, que son huesos largos en relación con la cadera.



Los resultados se comparan con la desviación estándar y si es de -2,5 en columna o cadera, se diagnostica osteoporosis; si está entre -1 y -2,5 es osteopenia y solo cuando es menor a -1 el resultado es normal.

¿Qué tanta efectividad y seguridad tienen pruebas como las que se hacen en los huesos de las manos o en los calcáneos a nivel de los tobillos, frente a la densitometría ósea?

La densitometría tiene la ventaja que no expone a radiación, como sí ocurre con la QCT, un estudio del hueso por imágenes. Por ello, dado que puede traer consecuencias, esta última solo se usa en estudios de investigación que buscan mejorar la densidad ósea, pero no en los pacientes.

Los métodos ecográficos o de 'screening' que se hacen en manos y pies no son tan precisos, más bien pueden llevar a sospechar de la enfermedad, pero no son métodos para diagnóstico ni para enfocar el tratamiento de la osteoporosis. De hecho, si se encuentra a través de ellos alguna alteración, la indicación es consultar.

¿Qué tanta estatura se puede llegar a perder a consecuencia de la enfermedad?

Hasta ocho o diez centímetros, de acuerdo con la pérdida de volumen que se produzca a nivel de las vértebras, la cual puede oscilar entre el 30% y el 40%. Lo peor es que este proceso, en el que hay una especie de aplastamiento de las vértebras que resta estatura, se agrava por la fuerza de la gravedad.

¿Cuáles son las fracturas más comunes en estos pacientes? Siempre se habla de la de cadera, pero ¿por qué es tan grave?

Durante la menopausia, después de los 45 años, la que más se afecta es la columna. Y en los adultos mayores, las extremidades y la cadera, pero ninguna es tan grave como esta última. De hecho, la fractura de cadera conlleva a una serie de comorbilidades por la inmovilización que implica, como la formación de trombos o coágulos en las piernas y la atrofia de los músculos de las extremidades inferiores que aumentan el riesgo de caídas en más del 50% y también el riesgo de morir.

Un mensaje de prevención



¿Qué medidas se pueden adoptar en casa o en la oficina para prevenir las caídas?

Usar zapatos con suela antideslizante, mantener los espacios bien iluminados, no usar tapetes que se convierten en trampas, acondicionar las escaleras con pasamanos, dejar la luz del pasillo encendida en la noche para que así cuando la persona se levante al baño no se vaya a tropezar y en las duchas poner puntos de apoyo.

¿Qué tan cierto es que el consumo de leche y sus derivados como fuentes de calcio ayudan a prevenir la enfermedad y cuáles son los requerimientos diarios de este mineral?

La leche y sus derivados tienen un contenido mayor de calcio que otros alimentos como moluscos, sardinas, granos como los garbanzos y algunas verduras, que lo tienen pero en pequeñas cantidades.

Los requerimientos de calcio dependen de la etapa de desarrollo, siendo indispensable en todas ellas. Los niños y adolescentes necesitan más cantidad que un adulto joven. Hasta los 18 años, requieren de 1.200 a 1.800 microgramos diarios, pero luego la cifra disminuye un poco hasta 600 a 1.200 microgramos.

Eso sí, estas necesidades pueden aumentar en etapas como el embarazo.

¿Qué se necesita para que haya un equilibrio en los procesos de formación, reabsorción y pérdida ósea y que no se produzca osteoporosis?

Para que haya un balance debe haber una dieta con niveles adecuados de calcio y vitamina D. Esta última se obtiene a través de alimentos como lácteos enriquecidos, salmón y en general peces de aguas marinas profundas. También se obtiene de la exposición al sol, con la que sufre un proceso de transformación en el hígado y los riñones para que quede activa y se absorba a nivel del estómago.

A estos pacientes siempre se les recomienda hacer ejercicio. Pero ¿qué requisitos debe cumplir la actividad física para que no termine por hacer el efecto contrario?

Hay que hacer ejercicios de fortalecimiento muscular, porque reforzando estos tejidos que son el soporte de los huesos, se disminuye el riesgo de fracturas. También sirven las rutinas que mejoran los reflejos. Pero en todo caso, ninguna actividad de impacto.



¿Qué tanto han evolucionado los medicamentos y hacia dónde avanza la investigación sobre la enfermedad?

Sí han evolucionado. Disminuyen el riesgo de fractura hasta en un 75%, pero solo ayudan a recuperar algo de la densidad ósea perdida. Sin embargo, solo hay tres o cuatro tipos, por eso en este momento se investiga para poder contar con una gama más amplia de opciones que a la vez sean formadores óseos como los anabólicos, disminuyan la pérdida de densidad ósea como los antiresortivos.

El otro problema es que los medicamentos no se pueden usar indefinidamente. Los bifosfonatos, por ejemplo, no se pueden suministrar por más de tres años. Pasado este tiempo hay riesgo de fracturas atípicas porque como actúan paralizando las células, entonces el hueso se torna más frágil. La alternativa en estos casos es cambiar el medicamento por uno que actúe en otro punto del proceso de formación y reabsorción ósea, como los anticuerpos monoclonales que operan en células especiales del hueso. Y la otra opción son las inyecciones de hormona PTH, creada en laboratorio, que tampoco se puede suministrar por más de 24 meses.

Diario el País, página E2. Diciembre 19 de 2014.