

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **1**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2003**

Artículo:

Controversia sobre el manejo de la osteopenia

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Controversia sobre el manejo de la osteopenia

Arturo Zárate,* Renata Saucedo*

Se ha convertido en un estudio de rutina la estimación de la masa ósea por el interés que se tiene en la osteoporosis y la prevención de fracturas del esqueleto, en particular de la columna vertebral y la cadera.¹ Con el objeto de medir la densidad ósea y así conocer el grado de mineralización se han utilizado diferentes aparatos; el método más generalizado es la absorciometría de energía dual de rayos X con la cual se estableció una escala densitométrica en mujeres caucásicas sanas en el inicio de la edad reproductiva. La escala se denominó "T" y en ella se fijó que un valor por debajo de -2.5 desviaciones estándar indicaba osteoporosis y entre -1.0 y -2.5 señalaba osteopenia, esta última como una medida entre la banda normal y la osteoporosis.² Es decir, la osteopenia fue un término diseñado con fines epidemiológicos ya que sólo se refiere a la existencia de una baja densidad ósea y por lo tanto supuestamente es una etapa que precede a la osteoporosis.

Por otra parte, se debe tomar en cuenta que en la actualidad la osteoporosis se define como "hueso de mala calidad" debido a la pérdida de la microarquitectura y masa ósea que lo hacen vulnerable a las fracturas. La osteoporosis se considera como un factor de mayor riesgo de fractura por lo que de manera general se acepta que debe ser tratada, sobre todo cuando existen otros factores como son esencialmente la edad y antecedentes de fractura tanto personal como familiar.³

La Organización Mundial de la Salud estableció el término de osteopenia como una llamada de atención al problema del deterioro de la masa ósea sin considerar el diagnóstico y la terapéutica; es decir, el término sólo fue creado para identificar a la población que pudiera estar en riesgo.⁴

Se dice que existe osteopenia en las personas mayores de 50 años quienes muestran una densidad ósea por debajo de lo normal pero sin alcanzar el nivel de osteoporosis, es decir, una densidad ósea por debajo de una desviación estándar de la que correspondería a jóvenes normales caucásicas. No existen bases biológicas, sociales ni económicas, mucho menos terapéuticas, para haber aceptado la cifra -1 como el punto de corte.

Se ha llegado a la conclusión de que la densidad ósea es sólo uno de los factores que determinan la calidad del hueso o grado de resistencia. Otros factores son la conservación del tejido trabecular y conectivo, el estado de la microarquitectura, el recambio óseo y el grosor del tejido cortical. Existe otro problema derivado del instrumento de medición de la densidad ósea; los resultados son diferentes cuando se usa la absorciometría de energía dual que cuando se utilizan aparatos portátiles como el ultrasonido; por ello se ha encontrado que la prevalencia varía entre 28 y 50% según el tipo de aparato de medición.⁵

Aunque la osteopenia se podría considerar como la etapa que precede a la osteoporosis no tiene el mismo impacto predictivo de fracturas. La osteopenia si en realidad es una enfermedad, se puede encontrar en la mayor parte de las mujeres que han pasado los 45 años, es asintomática y se encuentra en controversia lo que debe hacerse. El problema se ha acentuado porque los mismos doctores aconsejan realizar la densidad ósea en las mujeres que han iniciado la menopausia o inclusive antes y por ello se diagnóstica osteopenia cada vez con mayor frecuencia. Por todo lo anterior, el número de pacientes ya es enorme y sigue creciendo en buena parte alentado por las compañías farmacéuticas y las que manufacturan equipos diagnósticos que lo ven como un inmenso mercado. Resulta difícil detener el temor de la progresiva pérdida ósea sin intentar detenerlo, por lo que toda mujer podría ser considerada un candidato para tratamiento, olvidándose de que lo más importante sería identificar a quien tiene un riesgo elevado de fractura y no a quien es normal. Esto ha originado una controversia permanente que va de los extremos de considerar a la osteopenia como un problema inventado y en el otro extremo a que todas las personas deben iniciar tratamiento.⁶

* Grupo Ángeles, Hospital de México.

Correspondencia:
Dr. Arturo Zárate
Grupo Ángeles, Hospital de México
Agrarismo 208-601,
México DF, 11800
Correo electrónico: zarate@att.net.mx

Aceptado: 07-11-2003.

El entusiasmo por tratar la osteopenia se ha incrementado debido a la crítica que últimamente se ha hecho sobre la terapia de reemplazo hormonal que se acompaña de un discreto aumento de accidentes cardiovasculares, trombosis venosa y cáncer de mama. Por ello muchas de las mujeres que suspendieron por esta razón el reemplazo han buscado alguna alternativa para impedir la disminución de la densidad ósea. Puede surgir la pregunta si los tratamientos para osteoporosis detienen la pérdida ósea y por ello previenen fracturas en personas con osteopenia ya que esta población de por sí tiene un riesgo bajo de fractura. Así, se ha encontrado que mujeres que toman bisfosfonatos aumentan su densidad ósea, pero tienen el mismo número de fracturas que las que no reciben tratamiento.

En la actualidad existen varios fármacos que disminuyen la resorción ósea como son los bisfosfonatos (alendronato y risedronato) y los fármacos moduladores del receptor de estrógenos como el raloxifeno. Los bisfosfonatos se pueden acompañar de molestias gastrointestinales como esofagitis, dolor abdominal y diarrea; asimismo el raloxifeno tiene el riesgo de acentuar los síntomas climatéricos y provocar trombosis venosa y calambres musculares. Aunque existen anabólicos óseos como es la paratohormona sintetizada por técnicas genéticas, sólo se usa para osteoporosis avanzada. Los fármacos antiresortivos pierden su efecto después de cerca de 7 años de uso y esto hace temer que después de este tiempo podría aumentar el riesgo de fractura.⁷ Otro aspecto digno de consideración es el costo de los fármacos, e.g el tratamiento mensual de risedronato es de \$490.00, el de bisfosfonato \$600.00 y el de raloxifeno es de \$690.00.

Parece ser más importante tratar de evitar la pérdida de la masa ósea que de manera natural se presenta con la edad. A este respecto se debe insistir sobre el convencimiento de una dieta balanceada, realizar un ejercicio regularmente y abstenerse del tabaquismo. Suplementos de calcio y vitamina D cuando no se está expuesto a la luz solar, parece que son medidas útiles. Los análogos de vitamina D como el calcitriol, pueden producir hipercalcemia y litiasis renal, por lo que su uso se ha descontinuado.⁸

En conclusión, es importante tener en mente que el concepto de osteopenia fue establecido con el fin de comparar la distribución de los valores de densidad ósea entre las diferentes razas y regiones geográficas; en consecuencia no tenía la intención de poseer un significado clínico específico. No obstante que la densidad ósea es

un factor predictivo de riesgo de fractura en mujeres de edad avanzada, la relación entre densidad ósea y riesgo de fractura es complejo. La cantidad de hueso, la integridad de la microarquitectura y la tasa de recambio óseo son determinantes importantes de la resistencia ósea por lo que la densitometría es sólo un componente.

En cuanto a las fracturas, es relevante tener presente la ocurrencia de otros factores de riesgo como son: la prevalencia personal de fractura, la historia familiar de osteoporosis y fractura, el tabaquismo, el índice de masa corporal bajo. Por lo tanto, en ausencia de riesgos agregados la determinación de la densidad ósea puede hacerse hasta después de los 60 años.

A pesar de todo lo señalado, en la actualidad existe una controversia en cuanto al que se trate o no la osteopenia arguyendo que es mejor prevenir la primera fractura, pero por otro lado existe la corriente de no medicalizarla y que la decisión debe tomarse de manera individual para cada caso, considerando todo el escenario clínico y el balance costo-beneficio. El médico que consulta personas no toma su decisión terapéutica con base en las cifras de la desviación estándar de la escala T. Seguramente esta controversia puede continuar por un tiempo largo hasta que se complete la información que sirva de base para un criterio general.

REFERENCIAS

- Writing Group for the Women´s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women´s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
- The NIH Consensus development panel on osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. *JAMA* 2001; 285: 785-9.
- Zárate A, Hernández M, Morán C, Ángeles L. El enfoque moderno de la osteoporosis. *Rev Fac Med* 2003; 46: 49-51.
- Kanis J. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet* 2002; 359: 1929-35.
- Marshall D. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ* 1996; 312: 1254-9.
- Delmas P. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet* 2002; 359: 2018-26.
- Marcus R, Wong M, Heath H, Stock J. Antiresorptive treatment of postmenopausal osteoporosis: comparison of study designs and outcomes in large clinical trials with fracture as an endpoint. *Endocrine Rev* 2002; 23: 16-37.
- Prestwood K, Guness M, Muchmore D, Lu Y, Wong M, Raisz L. A comparison of the effects of raloxifene and estrogens on bone in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 2197-252.