



Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer

Nuevos avances en osteoporosis

**Conferencia ofrecida por el Dr. José María Fernández Moya.
Congreso SAMEM: Jueves 1 de Marzo de 2012.**

El ranelato de estroncio es una sustancia indicada en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis, en base a su acción dual sobre el tejido óseo.

Esta acción dual se basa en una actividad osteoformadora, mediante la acción directa sobre los pre – osteoblastos, células precursoras de los osteoblasto, responsables de la formación de hueso, favoreciendo la formación de hueso, y la acción sobre los preosteoclastos, células precursoras de los osteoclastos, responsables de la reabsorción del hueso, disminuyendo su actividad.

El objetivo de cualquier pauta terapéutica, para la osteoporosis, es, no solo incrementar la cantidad de hueso, sino que esta, ha asociar, a su vez, un incremento en la calidad del mismo.

Medir calidad es muy difícil, a día de hoy,. El responsable de la misma es la microarquitectura ósea, concepto que incluye parámetros medibles como número de trabéculas, espacio intertrabecular, grosor cortical y volumen de hueso trabecular.

En este sentido la aparición de los resultados del estudio BIOPSY (1), donde se comparan los resultados histomorfométricos en biopsias iliacas, durante un año, a doble ciego, multicentrico, internacional y aleatorizado del ranelato de estroncio frente al alendronato, en mujeres osteoporóticas.

Han sido valorados parámetros dinámicos de formación ósea como la superficie de mineralización ósea, que refleja la actividad de la mineralización, la tasa de aposición mineral, que refleja la actividad celular que nos dará, como resultado, la tasa de formación ósea.

Los resultados señalan un mejor comportamiento del ranelato de estroncio frente al alendronato en todos y cada uno de los parámetros señalados anteriormente.

Centrándonos en el ranelato de estroncio la eficacia del mismo ha sido demostrada, recientemente a 10 años. Dichos datos reflejan una eficacia antifractura independientemente de la edad de la paciente (2), una eficacia mantenida, tanto a nivel vertebral como no vertebral, tras diez años de tratamiento (3).

Con respecto a la seguridad del fármaco, los resultados a diez años, señalan, con respecto a la aparición de TEV, un incremento del número de casos en la población osteoporótica no tratada y un no incremento de los casos de TEV en las pacientes tratadas tanto con ranelato de estroncio como con alendronato, frente a dicha población no tratada (4).

El buen perfil de tolerabilidad tras ocho años de tratamiento (5), confirmado, también después de 10 años de haber iniciado el mismo (6), demostrada incluso en pacientes mayores de 80 años (7), hacen que se trate de un fármaco bien aceptado y con un nivel de cumplimiento alto (4).

Como beneficios asociados a su aplicación cabe señalar la disminución significativa del dolor de espalda entre la usuaria (8), más concretamente en aquellas que padecen una osteoartritis de columna (9) y una disminución de la cifosis (10).

En este sentido su repercusión inmediata sobre la calidad de vida ha sido, también objeto de estudio (9).

BIBLIOGRAFÍA:

1.Chapurlat R et al. Osteoporosis Int 2011; 22(suppl 1): S104.

2.Roux C et al. J Bone Miner Res. 2006; 21: 536 – 542.

3. Reginster JY et al. IOF – Singapour 2010.
4. Breart G et al. Osteoporos Int. 2010; 21: 1181 – 1187.
5. Reginster JY et al. Bone 2009.
6. Reginster JY et al. Osteoporos Int. 2010 (suppl 5): 5663 – 5674.
7. Seeman E et al. Bone 2010.
8. Meunier PJ et al. Osteoporosis Int 2009; 20 (10): 1663 – 1673.
9. Bruyère O et al. Ann Rheum Dis. 2008; 67(3): 335 – 339.
10. Roux C et al. J Bone Miner Res. 2009; 25(2): 362 – 368.

□