

Osteoporosis

Enfermedad generalizada del esqueleto caracterizada por masa ósea baja y alteración de la microarquitectura del hueso, con aumento de la fragilidad del mismo y consecuente tendencia a las fracturas (NIH, 1993).

La OMS la define en mujeres con una densidad mineral ósea de 2,5 de desviación estándar por debajo de la masa ósea (para el promedio de mujeres sanas de 20 años) medida por densitometría ósea; y el concepto "osteoporosis establecida" incluye presencia de fragilidad de fractura.

Epidemiología

Según el estudio EVOS, en la población europea la fractura secundaria a osteoporosis más frecuente es la **vertebral**, existiendo al menos una fractura en el 20,2% de las mujeres y en el 12% de los varones (Silman, 1993).

Factores de riesgo

1. Edad (la osteoporosis es más frecuente en el último tercio de la vida).
2. Factores genéticos: sexo (la osteoporosis es más frecuente en la mujer); raza (es más propensa la raza blanca que la negra), carácter familiar (mayor incidencia en hijas de madres osteoporóticas), enfermedades hereditarias (osteogénesis imperfecta); constitución (delgadez).
3. Factores hormonales: tiempo de exposición a las hormonas sexuales (la incidencia de osteoporosis es mayor si la menopausia es precoz, la menarquía es tardía, existen baches amenorreicos o hay hipogonadismo), hipertiroidismo; hiperparatiroidismo, hipercortisolismo, diabetes tipo 1.
4. Factores higiénico-dietéticos y estilo de vida: aparte de calcio y vitamina D; estado nutritivo (las personas delgadas son más propensas a la osteoporosis, se cree que porque el tejido adiposo es fuente de estrógenos, y porque el peso supone un estímulo mecánico para el esqueleto); ejercicio físico (la sobrecarga mecánica favorece la formación ósea e inhibe la resorción); tabaco y alcohol, (de efectos negativos).
5. Enfermedades no endocrinológicas: malabsorción, hepatopatías, enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide), mieloma.
6. Tratamientos: corticoides, citostáticos, anticonvulsivantes, heparina.

Clasificación

Primaria

Sus formas de presentación son:

- Osteoporosis juvenil idiopática

- Osteoporosis idiopática en adultos jóvenes
- Osteoporosis involutiva: posmenopáusica y senil.

Secundaria

ENDOCRINAS

Hipogonadismo

Hipertiroidismo

Hiperparatiroidismo

Síndrome de Cushing

Diabetes mellitus tipo 1

Hiperprolactinemia

FÁRMACOS

Corticosteroides

Litio

Anticonvulsivantes

Tiroxina a altas dosis

Heparina

Citostáticos

AMENORREA (superior al año)

Deportistas

Anorexia nerviosa

NEOPLASIAS

Mieloma múltiple

Metástasis (pulmón, próstata, mama, riñón, tiroides)

OTRAS

Gastrointestinales:

Gastrectomía

Resección intestinal

Enfermedad inflamatoria intestinal

Síndromes de malabsorción

Tiroidectomía

Hepatopatía crónica

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Artritis reumatoide

Transplantados

Alcoholismo

Insuficiencia renal.

Diagnóstico

La densidad mineral de los huesos se establece mediante la [densitometría ósea](#).

Analítica en sangre

Hemograma

Velocidad de sedimentación globular

Proteína C reactiva

Creatinina

Calcio y fósforo

Transaminasa glutámico-oxalacético (GOT)

Transaminasa glutámico-pirúvico (GPT)

Gammaglutamil-transpeptidasa (GGT)

Fosfatasa alcalina

Proteinograma

Tirotrófina (TSH), T4 libre

Otras opciones según sospecha diagnóstica

Testosterona y testosterona libre

Perfil hormonal: Hormona luteinizante (LH), Hormona foliculo-estimulante (FSH) y 17 β -estradiol (E2)

Vitamina D (25-OH D3)

Paratohormona (PTH)

EN ORINA

Elemental y sedimento

De 24 horas: calcio

Tipos

Debemos diferenciar, la osteoporosis densitométrica (personas con densitometría ósea donde el valor de T-Score sea menor de -2,5) de las personas con osteoporosis clínica.

Actualmente la aparición de una fractura osteoporótica (vertebral, muñeca o cadera) diagnostica a la paciente de osteoporosis clínica.

sí, la Radiografía convencional, de columna, donde se observen fracturas vertebrales, también nos podrá dar el diagnóstico de osteoporosis en esta paciente, con el agravante de que, el mero hecho de tener una fractura previa multiplica por dos el riesgo de sufrir otra fractura en un año.

Esta afección se produce sobre todo en mujeres, amenorreicas o postmenopáusicas debido a la disminución del número de estrógenos y otras carencias hormonales. La deficiencia de calcio y vitamina D por malnutrición, así como el consumo de tabaco, alcohol, cafeína y la vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer osteoporosis; la posibilidad de aparición en bulimiaréxicas es elevada.

La práctica de ejercicios y un aporte extra de calcio antes de la menopausia favorecen el mantenimiento óseo. En ciertos casos, se pueden administrar parches hormonales, aunque siempre bajo estricto control ginecológico.

Su interés en neurocirugía es la posibilidad de que se produzcan [fracturas vertebrales por compresión](#).

Tratamiento

Hormona paratiroidea: experimental.

Fluor

Estrogenos

[Calcio](#)

Vitamina D

[Calcitonina](#)

[Bifosfonatos](#)

Análogos de estrógenos

Inhibidores del ligando RANK

Complicaciones

[Degeneración discal](#)

[Fractura vertebral osteoporótica](#)

[Guía práctica de actuación en Atención Primaria](#)

Bibliografía

NIH consensus panel: Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. Am J Med 1993, 94:646-650.

Silman, A.J., y el EVOS Study Group The European Vertebral Osteoporosis Study Group. (EVOS). En: Christiansen C, Riis B, eds. Osteoporosis. Proceedings of The Fourth International Symposium on Osteoporosis and Consensus Development Conference, Rodovre, 1993; pp: 65-66.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=osteoporosis>

Last update: **2019/09/26 22:22**

