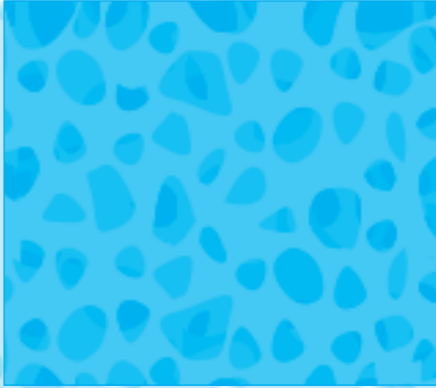


Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 10 año 2005



Información conjunta GETECCU / ACCU



Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EII

Esther Garcia Planella



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



ACCU
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU España

COMITÉ EDITORIAL

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

León Pecasse (ACCU España)

Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EII

AUTORES

Esther Garcia Planella

Servicio Digestivo, Hospital Germans Trías i Pujol, Badalona, Barcelona

Ya se encuentran disponibles en las web www.geteccu.org/home/index.asp
y www.accuesp.com los siguientes números de este boletín:

- | | |
|---|--|
| 1. Nutrición, dieta y EII | 7. Cirugía en la EII |
| 2. Medicamentos en la EII | 8. Enfermedad perianal |
| 3. Afectación articular en la EII | 9. Ostomías |
| 4. Embarazo y EII | |
| 5. EII en la infancia | |
| 6. El cáncer colorrectal y la EII | |

ISSN 1696-6678

Dep. legal: M-53030-2002



C/ Perú, 6. Edificio Twin Golf B

28290 Las Matas (Madrid)

© Adalia farma, 2004

Reservados todos los derechos sobre esta publicación. Se prohíbe la reproducción por cualquier medio o soporte del contenido total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa del editor.

Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EII

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico que afecta fundamentalmente a individuos jóvenes y cuyo inicio a edades tempranas puede comprometer el desarrollo físico. Entre las manifestaciones extraintestinales, las alteraciones óseas han suscitado un gran interés en los últimos años, dado que en la EII se suman distintas circunstancias que pueden afectar al metabolismo óseo y, como consecuencia de ello, comportar un aumento en la pérdida de masa ósea.

En condiciones normales, alcanzamos un pico de masa ósea máximo a los 18-20 años de edad que se mantiene estable hasta que se inicia una pérdida progresiva y más acentuada en las mujeres en la menopausia. Entre los factores que pueden contribuir a que el pico de masa ósea alcanzado sea menor, destacan la malnutrición a consecuencia de enfermedades gastrointestinales (celiaquía, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) u otras enfermedades (hepáticas, metabólicas...), consumo de determinados medicamentos y todos aquellos procesos que comprometan la actividad física habitual para la edad.

Distintos estudios realizados en pacientes afectados de EII, han demostrado que las alteraciones de la densidad mineral ósea (osteopenia y/o osteoporosis) se presentan con mayor frecuencia que en la población general, con una prevalencia que oscila entre el 5% y el 78%.

DEFINICIÓN Y FACTORES DE RIESGO

De todos es conocido que la osteoporosis constituye un grave problema de salud pública en la mayoría de los países desarrollados y que, con el aumento de la expectativa de vida y el estilo de vida occidental, probablemente aumentará. La osteoporosis afecta aproximadamente a un 30% de la población mayor de 50 años, más frecuentemente a mujeres. Podríamos definir la osteoporosis como una alteración esquelética en la que se compromete la resistencia ósea, lo que supone un aumento en el riesgo de padecer fracturas. Desde el punto de vista clínico, se trata de una alteración que cursa sin síntomas; de hecho, es el aumento del riesgo de padecer fracturas óseas donde radica la importancia real de la osteoporosis. Las fracturas osteoporóticas (vertebrales -las más frecuentes-, femorales...) son una causa importante de reducción en la calidad de vida y de aumento en la utilización de recursos sanitarios. Por tanto, es de gran importancia su diagnóstico precoz.

El diagnóstico de las alteraciones de la densidad mineral ósea se realiza con la práctica de una densitometría ósea o absorciometría dual de rayos X. Esta exploración se practica a nivel de columna vertebral lumbar (hueso trabecular) y tercio proximal del fémur

(hueso cortical). En base a los valores normales de la población general, se establece la definición de osteopenia u osteoporosis, cuando la densidad mineral ósea medida esté entre 1 y 2,5 ó $>2,5$ desviaciones por debajo de la del adulto sano. Con frecuencia no se dispone de valores poblacionales de normalidad para los niños, por lo que es habitual aplicar otros criterios diagnósticos en edad pediátrica. Por el momento, la densitometría constituye la única forma de diagnosticar la osteoporosis; sin embargo, ante este diagnóstico, es importante completar el estudio para descartar otras causas de pérdida de masa ósea (enfermedades del tiroides, paratiroides, hepáticas, alteraciones hormonales...).

Si bien en la población general se han descrito diversos factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis como la edad (mujeres postmenopáusicas, hombres de más de 55 años), sexo femenino, factores hormonales (menopausia precoz), hábito sedentario, consumo de tabaco y alcohol, determinados fármacos (esteroides, heparina...), factores nutricionales (bajo peso corporal, malnutrición, ingestión inadecuada de calcio, déficit de vitamina D...), éstos no parecen tener tanta relevancia en el desarrollo de la osteoporosis asociada a la EII. Múltiples estudios han intentado identificar cuáles son los factores de riesgo implicados en la EII; aunque los resultados son discordantes respecto a los factores anteriormente citados, todos ellos parecen coincidir en la importancia que puede tener el grado de inflamación intestinal, es decir, el control de la actividad de la propia EII, en el desarrollo de alteraciones de la densidad mineral ósea. En este sentido, datos muy recientes han demostrado que ciertos fármacos dirigidos específicamente contra moléculas implicadas en la reacción inflamatoria, pueden incluso mejorar la densidad mineral ósea de pacientes con EII y osteoporosis.

¿CUÁNDO DEBE PRACTICARSE UNA DENSITOMETRÍA ÓSEA?

En la población general se recomienda la práctica de una densitometría a todas las mujeres de 50 años, o varones de más de 55 con un factor de riesgo asociado (antecedente de fractura, antecedente familiar de osteoporosis, bajo peso corporal, uso de esteroides durante más de tres meses). En los pacientes con EII, no existe un consenso unánime y únicamente las sociedades británica y americana de gastroenterología han publicado sendas recomendaciones, en las que se incluyen las mismas que para la población general y únicamente difieren una de otra en la práctica de densitometría en el momento del diagnóstico de la EII (sólo recomendada por la Sociedad Británica).

Tampoco existe consenso respecto a la necesidad de densitometrías de control en pacientes con EII y alteraciones en la masa ósea o con una masa ósea normal. De forma

general, a los pacientes con osteoporosis a los que se ha indicado un tratamiento específico se debe practicar una densitometría de control periódicamente. Si la masa ósea es normal, sólo estaría indicada en caso de requerir tratamiento con esteroides por EII activa. En los casos de osteopenia es difícil establecer una pauta a seguir, si bien parece recomendable el control densitométrico en caso de EII de curso tórpido o con actividad recurrente.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA EII

Las medidas que debe seguir todo paciente con EII con el fin de prevenir las alteraciones de la densidad mineral ósea son aquellas encaminadas a evitar los factores de riesgo generales para la osteoporosis:

1. *No excluir los productos lácteos de la dieta.* Los lácteos constituyen la principal fuente dietética de calcio y no existe ningún fundamento científico para su restricción en la EII. Aunque algunos pacientes (como ocurre en la población general) pueden ser intolerantes a la lactosa, pueden tolerar otros derivados lácteos como el yogur o el queso. Es importante recordar que los requerimientos de calcio son de 1.000-1.500 mg/día; un vaso de leche o dos yogures aportan aproximadamente 250 mg de calcio, y 100 g de queso curado aportan unos 830 mg de calcio. En el caso de que la ingestión diaria de calcio sea inferior a la recomendada, deberá suplementarse con aportes.
2. *Asegurar el estado nutricional.* La EII se asocia, con elevada frecuencia, a un mayor o menor grado de malnutrición energético-proteica. Por otra parte, cada vez son mayores las evidencias sobre el papel, no sólo del estado nutricional, sino de la leptina (sustancia producida fundamentalmente por el tejido graso), en el correcto funcionamiento del metabolismo óseo.
3. *Abandono del hábito tabáquico y consumo de alcohol.* Además de su efecto sobre la densidad mineral ósea, el tabaquismo es un factor que influye de forma marcadamente negativa sobre la evolución de la enfermedad de Crohn.
4. *Práctica de ejercicio físico.* En el caso de la EII, no es infrecuente que la actividad de la enfermedad se asocie a una marcada reducción de la actividad física, ya sea por

necesidad de ingreso hospitalario, por la propia astenia asociada a la enfermedad o por consecuencias de la misma (anemia, necesidad de tratamientos ambulatorios...). Estos periodos de actividad pueden, en ocasiones, prolongarse en el tiempo. Caminar diariamente puede ser un buen ejercicio al alcance de todos y puede adecuarse a la situación clínica de cada paciente.

5. *Exposición solar adecuada.* Nuestra piel es la principal fuente de producción de vitamina D y, en contra de lo que pudiera suponerse, ni el antecedente de cirugía intestinal ni la presencia de una enfermedad extensa se han asociado a un mayor déficit de vitamina D. Por tanto, una correcta exposición solar es la base para poder mantener niveles de vitamina D adecuados. Nuestro clima y nuestra dieta son, además, factores favorecedores para que el déficit de vitamina D no constituya un problema a tener en cuenta.

6. *Restricción del uso de esteroides.* Aunque la administración de esteroides sistémicos se asocia a la pérdida de masa ósea (especialmente tras las primeras dosis), éstos no parecen tener una especial relevancia en la osteoporosis asociada a la EII. Sin embargo, el uso prolongado de esteroides se sigue de numerosos efectos adversos que también deben tenerse en cuenta. Quizás es importante recordar que el control de la actividad inflamatoria a largo plazo es uno de los aspectos más importantes para evitar la pérdida de masa ósea; por tanto, en aquellos pacientes con necesidades elevadas de esteroides deberían tomarse las medidas necesarias para controlar la enfermedad sin utilizar corticoides (salicilatos a dosis altas, antibióticos, suplementos nutricionales, inmunomoduladores o los más recientemente introducidos agentes biológicos). Sin embargo, no debemos olvidar que los esteroides siguen siendo el tratamiento de elección en la mayoría de brotes de actividad y, para evitar su efecto sobre la masa ósea, se recomienda asociar calcio (1-1,5 g/día) y vitamina D (800 U/día) mientras dure el tratamiento con esteroides.

Respecto al tratamiento de la osteoporosis, no existen estrategias terapéuticas específicas para los pacientes con EII. Los medicamentos que más ampliamente se han utilizado y que han demostrado su efectividad en otras circunstancias (como en la osteoporosis postmenopáusica) son los que también se utilizan en los pacientes con EII. Sin embargo, dado que se trata de un campo en constante progresión, la actitud más razonable es que sea el especialista en Reumatología el que decida el tratamiento más adecuado a las características de cada paciente.

Conclusiones

- La osteoporosis se presenta en un 5%-10% de los pacientes con EII, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad y los tratamientos recibidos.
- Los factores que predisponen a la osteoporosis en la EII parecen estar más relacionados con la propia inflamación intestinal que con los factores de riesgo descritos en la población general.
- La densitometría ósea es el único método diagnóstico disponible.
- Es fundamental seguir conductas dirigidas a la prevención de la osteoporosis, como son una alimentación correcta, una exposición solar adecuada, la práctica regular de ejercicio físico y un buen control de la EII.



www.ferring.com

