



OSTEOPOROSIS | HOY

1ª REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO EN OSTEOPOROSIS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

El ranelato de estroncio abre un nuevo horizonte en el tratamiento de la osteoporosis

Jordi Farrerons Minguela, miembro del comité científico de la 1ª Reunión del Grupo de Trabajo en Osteoporosis de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), celebrada en Valencia entre el 12 y el 14 de mayo, habla de su ponencia sobre ranelato de estroncio, que tuvo lugar en el marco de este encuentro.

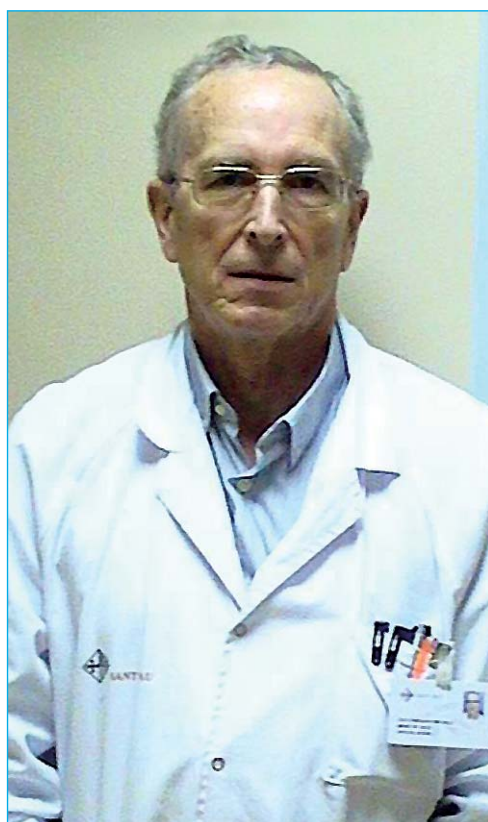
Redacción
GM Madrid

Durante la 1ª Reunión del Grupo de Trabajo en Osteoporosis de la SEMI, tuvo lugar el jueves 12, la "Mañana anabolizante", dedicada a los fármacos que mejoran la formación del hueso. En opinión de los expertos, estos tratamientos son escasos ya que la mayoría lo que hacen es disminuir la resorción. El doctor Farrerons centró su ponencia en el ranelato de estroncio y, en concreto, en su especial mecanismo de acción dual.

¿Qué se puede destacar del ranelato de estroncio en comparación con los tratamientos existentes en el mercado?

Hasta el momento, la mayoría de los medicamentos que están en el mercado, o bien inhiben la formación o bien reducen la resorción. Sin embargo, el ranelato de estroncio es un producto muy innovador porque tiene un efecto dual. Es decir, por un lado inhibe la resorción y por otro aumenta la formación de hueso. El estroncio, parte activa de la molécula de este fármaco, parece ser el único metal que aporta eficacia además de seguridad, según las últimas investigaciones; el ácido ranélico —patentado por el laboratorio investigador, Servier— es la molécula orgánica que no se metaboliza, se elimina y no tiene efectos secundarios.

Con la llegada de la menopausia, la resorción aumenta de forma considerable, por lo que los medicamentos que inhiben el proceso durante este periodo tienen un efecto positivo, pero lo ideal es frenar la destrucción y aumentar la formación.



Jordi Farrerons Minguela, miembro del comité científico de la 1ª Reunión del Grupo de Trabajo en Osteoporosis de la SEMI.

¿Qué aporta este mecanismo de acción dual?

Se destruye menos hueso, a la vez que aumenta la formación mediante la estimulación de los osteoprogenitores, se fabrican más células osteoformadoras y las ya formadas producen más colágeno y, por lo tanto, más tejido. Como se ha disminuido la destrucción, no se pierde tanto hueso y, además, se ha formado más hueso nuevo. Si la osteoporosis es considerada como un binomio, estamos actuando sobre sus dos vertientes y el sumatorio es mayor, lo que significa un paso hacia adelante.

¿Se han detectado efectos secundarios?

Un 50 por ciento de la dosis administrada de ranelato de estroncio se elimina bastante rápi-

do, en cuestión de dos o tres días, y el otro 50 por ciento se fija en el hueso. Esta eliminación renal se ha visto que no afecta a los seres humanos aunque tengan una insuficiencia renal moderada o leve. En caso de que sea acusada, cabría plantearse si es adecuado o no, pero es algo que ocurre con la gran mayoría de los fármacos para tratar la osteoporosis. Lo que hay que hacer en estos casos es espaciar más la dosis.

¿Causa algún tipo de problema gastrointestinal?

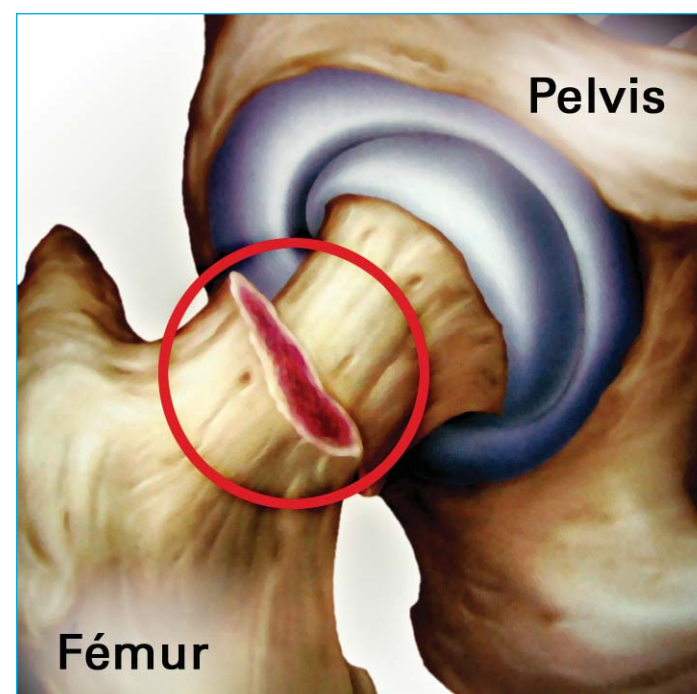
El ranelato de estroncio no plantea problemas gastrointestinales. Hay una incidencia de diarreas en los primeros tres meses, pero pasado este tiempo, los efectos secundarios no han persistido y no ha habido que suspender ningún tratamiento.

¿Sobre qué tipo de fracturas es eficaz?

Se ha estudiado su acción sobre las fracturas vertebrales y no vertebrales, porque la mayor parte de los medicamentos aprobados y estudiados sólo evalúan las vertebrales. Las perspectivas que ofrecía el ranelato de estroncio eran tan buenas que la EMEA pidió a los coordinadores del ensayo clínico de este producto que analizaran directamente las fracturas no vertebrales mayores y las de cadera. En un tiempo récord, poco menos de un año, la agencia aprobó este tratamiento para la osteoporosis posmenopáusica y para prevenir las fracturas vertebrales y de cadera. La EMEA ha concedido una aprobación completa, lo que ha permitido que se comercialice en muchos países de la UE y pronto estará en el mercado español.

El médico internista, profesional idóneo para abordar la osteoporosis

Afecta a tres millones de españoles



La osteoporosis puede provocar una pérdida gradual de altura así como una curvatura en la columna vertebral.

Redacción/ EP
GM Madrid

Más de 200 especialistas en osteoporosis de toda España analizaron en la "1ª Reunión del Grupo de Trabajo en Osteoporosis de la SEMI" el factor genético, la fisiopatología y los nuevos tratamientos de la osteoporosis, una enfermedad que afecta a cerca de tres millones de personas en el país, la mayor parte de ellos mujeres.

Por la complejidad de su diagnóstico, la alta probabilidad de patologías coexistentes y la necesidad de un tratamiento integral, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) considera que el médico internista es el profesional idóneo para abordar esta afección.

En este encuentro, que tuvo lugar en Valencia, los participantes profundizaron en los aspectos relacionados con la enfermedad (genética, fisiopatología, clínica); métodos diagnósticos (densitometría, diagnóstico morfológico de la fractura vertebral); coste socioeconómico y tratamiento, con una "amplia revisión" de prácticamente todos los fármacos existentes en la actualidad. Además, el grupo de trabajo contó con la

colaboración de expertos nacionales e internacionales de reconocido prestigio en el campo de la osteoporosis.

Alta prevalencia

En España la incidencia anual acumulada de fracturas no traumáticas es superior a 200 por 100.000 habitantes. Anualmente se producen alrededor de 30.000 nuevas fracturas de cadera, 66.000 fracturas vertebrales y 25.000 fracturas de extremidad distal de radio de origen osteoporótico.

La prevalencia de osteoporosis en la Comunidad Valenciana se sitúa en las 350.000 personas. En Valencia capital se estima que hay unos 70.000 pacientes. Asimismo, según datos recabados en los hospitales públicos valencianos, se ha producido un notable incremento de las fracturas no traumáticas, ya que los ingresos por fractura de cadera en mayores de 64 años ha pasado de 2.751 en 1995 a más de 4.000 en 2003. Asimismo, en esta comunidad, los costes generados en 1998 fueron de 7,2 millones de euros en ingresos hospitalarios y de 18,3 millones más de gasto farmacéutico por fracturas osteoporóticas.