Osteoporose

A osteoporose é a 2ª doença endocrinológica mais frequente. É uma doença do osso, caracterizada pela diminuição da densidade mineral óssea e alterações da microarquitetura óssea, com aumento da fragilidade do esqueleto. Consequentemente, existe um maior risco de fraturas espontâneas ou após traumatismos de baixo impacto, que em indivíduos sem osteoporose não causariam dano.

Existem vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de osteoporose: a idade, ter tido fraturas espontâneas ou após traumatismo de baixo-impacto prévias, baixo índice de massa corporal, antecedentes de fraturas da anca em familiares de primeiro grau, tabagismo, ingestão excessiva ou crónica de bebidas alcoólicas, artrite reumatóide e tratamento crónico com corticosteroides. Ter tido uma fratura prévia é o maior fator de risco para ocorrência de fraturas no futuro.

A osteoporose surge mais frequentemente em mulheres após a menopausa, pela diminuição de estrogénios na circulação, ou em idades mais avançadas, tanto em homens como mulheres. Pode também surgir como consequência de outras doenças, tais como hipertiroidismo, hipogonadismo, menopausa precoce, síndrome de Cushing, deficiência de cálcio e vitamina D, doença renal ou hepática crónicas, doença inflamatória intestinal ou síndromes de malabsorção intestinal.

A osteoporose não causa sintomas exceto quando ocorrem fraturas, sendo as mais frequentes as fraturas da coluna vertebral, da anca e do punho, apesar de qualquer região óssea poder ser atingida. As consequências de uma fratura podem ser graves, especialmente se esta decorrer em locais como a coluna vertebral ou a anca, que podem condicionar uma limitação importante nas atividades de vida diária e no grau de autonomia dos doentes.

O diagnóstico de osteoporose é feito pela medição da densidade mineral óssea através da realização de uma densitometria óssea, que utiliza uma pequena dose de raio-X. O principal objetivo do diagnóstico é a prevenção de futuras fraturas osteoporóticas. Contudo, em alguns casos, o diagnóstico apenas é feito após a ocorrência das mesmas.

SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENDOCRINOLOGIA
DIABETES E METABOLISMO

O objetivo do tratamento é reduzir a perda de massa óssea, aumentar ou manter a densidade mineral óssea e diminuir o risco de fraturas futuras.

O tratamento consiste em medidas não-farmacológicas e farmacológicas.

As medidas não-farmacológicas consistem em evitar o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas (máximo de 1-2 copos/dia), ingerir uma dieta rica em cálcio (laticínios e vegetais de folha verde) e vitamina D (leite, ovos, salmão, atum, cavala e óleo de fígado de bacalhau). A ingestão adequada de cálcio e vitamina D previne o aparecimento da osteoporose, uma vez que promove a saúde óssea, e reduz o risco de fraturas. A dose diária recomendada de cálcio é de 1000 mg/dia para mulheres até aos 50 anos e homens até aos 70 anos e de 1200 mg/dia mulheres a partir dos 50 anos e homens a partir dos 70 anos, o que geralmente implica a ingestão de 3 a 4 porções diárias de lacticínios ou alimentos fortificados com cálcio. A dose diária recomendada de vitamina D é de 800 UI. Se a ingestão a partir da dieta não for suficiente, deve haver uma suplementação de cálcio e vitamina D, que geralmente devem ser tomados em doses divididas, às refeições.

O exercício físico é essencial e tem a capacidade de aumentar a densidade mineral óssea em cerca de 1% por ano. Fazer exercício físico regularmente permite melhorar a capacidade funcional e aumentar a força muscular e a estabilidade postural, reduzindo-se assim o risco de quedas. Vários tipos de exercícios são eficazes e incluem treino de resistência, corrida e caminhadas numa frequência de pelo menos 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.

Algumas medidas importantes para evitar o risco de queda incluem: uso de tapetes antiderrapantes, evitar fios elétricos no chão, garantir uma boa iluminação dos espaços onde se circula, evitar pavimentos escorregadios, utilizar calçado confortável e com solas de borracha, manter avaliação regular da acuidade visual e evitar medicação que possa provocar tonturas ou diminuição do estado de alerta.

Alguns doentes terão um risco de fratura mais elevado e, por isso, irão necessitar de tratamento farmacológico. Quando este é necessário, existem dois tipos de fármacos que podem ser utilizados: aqueles que reduzem a perda de massa óssea (anti-absortivos) e aqueles que aumentam a formação de novo osso (anabólicos).

Dentro do primeiro grupo encontram-se os bifosfonatos, o denosumab, os moduladores seletivos de recetores de estrogénios e a terapêutica hormonal com estrogénios ou estrogénios/progestativos. Dentro do segundo grupo, encontram-se sobretudo os análogos da paratormona/proteína-relacionada com a paratormona.

A medicação que normalmente se utiliza inicialmente é os bifosfonatos, que demonstraram ser eficazes em prevenir fraturas tanto da anca como da coluna vertebral no futuro. Estes fármacos podem ser administrados sob forma de comprimidos ou injetáveis e podem ainda ser tomados semanalmente ou diariamente. Quando em comprimidos, devem ser ingeridos em jejum com 5-8 copos de água, pelo menos 30 minutos a uma hora antes da ingestão de alimentos, líquidos ou outra medicação. Após a toma, é importante permanecer na posição de pé entre 30 a 60 minutos, de forma a evitar refluxo gastroesofágico e efeitos adversos no esófago. O tempo de duração do tratamento é variável. Habitualmente é mantido durante 3 a 5 anos, mas pode chegar a 10 anos, dependendo da gravidade da osteoporose, do tipo de medicação e da resposta à mesma.

SPEDM
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENDOCRINOLOGIA
DIABETES E METABOLISMO