

Osteoporose

Osteoporosis

Seleção de artigos e comentários feitos por

Mara Suzana Pinho⁽¹⁾

Parker CR, Blackwell PJ, Fairbairn KJ, Hosking DJ: "Alendronate in the treatment of primary hyperparathyroid – related osteoporosis: A 2–year study" (Uso do alendronato no tratamento da osteoporose causada por hiperparatireoidismo primário: um estudo de 2 anos). *J Clin Endocrinol Metab* 87(10): 4482-89, 2002. Instituição: Division of Mineral Metabolism, City Hospital, Nottingham NG5 1PB, United Kingdom.

Os autores investigaram os efeitos do alendronato com relação aos níveis séricos de cálcio, PTH e sobre a densidade mineral óssea em 27 mulheres e 5 homens com hiperparatireoidismo primário. O grupo tratado (n=14) usando 10mg/dia de alendronato por 24 meses, tinha T score \leq ou = (-) 2.5 D.P. no colo femoral ou T \leq ou = (-) 1.0 D.P., mais uma fratura não vertebral. O grupo não tratado (n=18) tinha T score $>$ (-) 2.5 no colo femoral. Os níveis de cálcio, creatinina e PTH basais não foram significativamente diferentes nos dois grupos. A bioquímica foi repetida regularmente e a densitometria (DEXA)

após 12 e 24 meses. Os pacientes tratados com alendronato ganharam massa óssea em todos os sítios, sendo que na coluna lombar o ganho foi de + 7,3% \pm 1,7% (P<0,001) no 1.º ano. Houve queda não significativa dos níveis de PTH, que melhoraram já após 3 meses de uso do alendronato.

Os autores concluem assim que, embora os bisfosfonados já tenham sido evitados no passado para o tratamento da osteoporose por hiperparatireoidismo primário, eles podem ter algum papel para aqueles pacientes que não são considerados candidatos a paratireoidectomia.

Sedrine W B, Chevallier T, Zegels B, et al.: "Development and assessment of the osteoporosis index of risk (OSIRIS) to facilitate selection of women for bone densitometry" (Desenvolvimento de um índice de risco para osteoporose [OSIRIS] para facilitar a seleção das mulheres para a realização de densitometria óssea). *Gynecol Endocrinol* 16(3): 245-50, 2002. Instituição: WHO Collaborating Center for Public Health Aspects of Rheumatic Diseases, Liege, Belgium.

Foram avaliadas 1.303 mulheres na pós-menopausa através de um simples questionário. As questões foram baseadas em revisão de literatura dos fatores de risco para osteoporose, enfatizando quatro variáveis: idade, peso, uso de reposição hormonal e história prévia de fratura por um trauma mínimo. Criaram-se arbitrariamente três catego-

rias de risco. As mulheres de baixo risco (OSIRIS $>$ + 1) corresponderam a 41 % do total das mulheres, sendo que somente 7% destas apresentavam osteoporose. Por outro lado, no grupo com índice de alto risco (OSIRIS $<$ (-) 3), que consistiu apenas de 15% das mulheres estudadas, 66% apresentavam osteoporose. Os autores então discutem,

1. Médica assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Santa Isabel, Blumenau, SC.

baseados nos resultados encontrados com estes índices simples, que as mulheres européias brancas da Europa Ocidental poderiam já ser tratadas quando pertencessem ao grupo de alto risco, mesmo sem realizar previamente den-

sitometria óssea para confirmar o diagnóstico de osteoporose. Os exames de densitometria óssea poderiam ser realizados somente naquelas mulheres de risco intermediário, diminuindo-se assim os custos com este exame.

Durieux S, Mercadal L, Orcel P, et al.: "Bone mineral density fracture prevalence in long-term kidney graft recipients" (A densidade mineral óssea e a prevalência de fraturas a longo prazo em pacientes transplantados renais de longa evolução). *Transplantation* 74(4): 496-500, 2002. Instituição: Department of Rheumatology, Groupe Hospitalier Pitie-Salpetriere, Paris, France.

O risco de osteoporose (OP) não está ainda suficientemente lembrado na rotina do tratamento dos pacientes transplantados renais. Porém, sabe-se que nestes pacientes pode ocorrer uma dramática redução da massa óssea, sendo que os primeiros seis meses pós- enxerto são o período mais crítico. Os autores realizaram um estudo para avaliar a frequência e os fatores preditivos de fraturas por osteoporose em transplantados renais tardios. Foi realizada densitometria (DEXA – Hollogig 1000) de coluna lombar e quadril, sendo quantificada a incidência de fratura em 59 pacientes com pelo menos 5 anos de transplante.

Os autores encontraram osteoporose (OMS, 1994) em 31 pacientes (53%) e fraturas em 26 pacientes (44% da população total e 51% daqueles com osteoporose). Somente 7% de todos os pacientes tinham densitometria óssea considerada normal. A DMO do colo femoral apresentou correlação positiva com o peso do paciente e a dose de ciclosporina utilizada. A dose cumulativa de corticóide se correlacionou inversamente também com o escore Z da coluna. Os autores então alertam para a urgência da intervenção terapêutica nesta população com grande incidência de osteoporose.

Cranney AB, Mickendry RJ, Wells G, et al.: "The effect of low dose methotrexate on bone density" (Efeito de baixas doses de metotrexate na densidade óssea). *J Rheumatol* 28: 2395-99, 2001. Instituição: Division of Rheumatology, Ottawa Hospital, Ontario, Canadá.

Em altas doses, o metotrexate (MTX) usado para o tratamento de crianças com leucemia e câncer de mama causa uma osteopatia caracterizada pela presença de osteopenia e fratura de estresse na tíbia e fíbula. Três estudos prospectivos falharam em mostrar qualquer perda de densidade óssea nos pacientes sob tratamento com baixas doses de MTX. Neste estudo atual, comparou-se 30 pacientes com artrite reumatóide (AR) e 30 com artrite psoriásica e /ou psoríase cutânea tomando MTX (doses de 7,5 a 20 mg por semana) com um grupo-controle de 30 pacientes com AR e 27 com artrite psoriásica/psoríase sem uso de MTX. Avaliou-

se a D.M.O (DEXA-LUNAR) do rádio, coluna lombar, trocânter e coluna lombar. Não houve diferença significativa da D.M.O. no colo femoral, rádio e trocânter entre os pacientes com AR tratados com MTX e os com AR no grupo-controle ou entre os 2 grupos de pacientes com psoríase, fazendo uso ou não de MTX. A D.M.O. absoluta da coluna lombar (L2-L4) foi maior no grupo tratado com MTX do que nos controles.

Este estudo sugere que o MTX, quando utilizado em doses baixas, não tem impacto negativo na densidade mineral do osso cortical ou trabecular.

Haugeberg G, Orstavik RE, Uhlig T, Falch JA, Halse JI, Kvien TK: "Bone loss in patients with rheumatoid arthritis" (Perda óssea em pacientes com artrite reumatóide). *Arthritis Rheum* 46: 1720-28, 2002. Instituição: Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Norway.

Trata-se de um estudo realizado de forma longitudinal para avaliar a extensão e os riscos de perda óssea em pacientes com artrite reumatóide (ACR, 1987) residentes em Oslo. Foram feitas densitometrias (DEXA) iniciais e após 2 anos (coluna e quadril esquerdo). Os pacientes do estudo recebiam drogas anti-reumáticas e drogas anti-reabsortivas ósseas de acordo com critérios clínicos. Foram estudados no total 366 pacientes, sendo que destes, 47 % estavam em uso de corticóide e 37% estavam sendo tratados com uma droga anti-reabsortiva (TRH – terapia de reposição hormonal, bisfosfonato ou calcitonina). A D.M.O. mostrou-se aumentada em todos os sítios naqueles que utilizavam drogas anti-reabsortivas (0.16, 1,64%), mas diminuída nos

pacientes usando apenas cálcio e vitamina D (- 1,99% a - 1,39%) e nos pacientes sem qualquer forma de tratamento (- 1,20% a - 0,43%). O uso de corticóides teve associação independente com o risco de perda de D.M.O. no fêmur total e coluna lombar (L2 – L4), embora a D.M.O. também tenha se mostrado reduzida nos pacientes que não faziam uso de corticóide.

Discute-se ainda que vários autores têm publicado que os pacientes em uso de corticóide a longo prazo estão recebendo tratamento inadequado para a prevenção da perda óssea, particularmente aqueles do sexo masculino. O Colégio Americano de Reumatologia recomenda que se inicie a prevenção já com T escore menor que (-) 1,00 DP.

Body JJ, Gaich GA, Scheele WH, et al.: "A randomized double-blind trial to compare the efficacy of teriparatide (recombinant human parathyroid hormone (1-34) with alendronate in postmenopausal women with osteoporosis" (Estudo duplo cego randomizado comparativo da eficácia da teriparatida (paratormônio humano recombinante) com alendronato em mulheres na pós-menopausa com osteoporose). *J Clin Endocrinol Metab* 87(10): 4528-35, 2002. Instituição: Department of Medicine, Institut J. Bordet, Université Libre de Bruxelles, 1000 Brussels, Belgium.

Teriparatida, uma seqüência recombinante do fragmento amino-terminal do PTH humano, é sabidamente um potente agente indutor da formação óssea. A teriparatida evita a apoptose dos osteoblastos (e assim aumenta o número de osteoblastos), intensificando a formação óssea. A teriparatida, desta forma, aumenta a D.M.O, melhora a arquitetura trabecular, a geometria da cortical e a integridade do osso.

Este estudo compara os efeitos da teriparatida com o alendronato sódico na D.M.O, nos índices de fraturas não vertebrais e no turnover ósseo em 146 mulheres pós-

menopáusicas com osteoporose. As mulheres foram randomizadas a receber 40 mg SC diários mais placebo oral ou alendronato oral (10 mg) mais injeção de placebo. O tratamento durou 14 meses. Após 3 meses a D.M.O aumentou de forma significativa nos pacientes em uso de teriparatida, com relação àqueles em uso de alendronato ($P < 0,001$). A D.M.O na coluna lombar aumentou 12,2% no grupo teriparatida contra 5,6% no grupo alendronato. As fraturas não vertebrais diminuíram significativamente no grupo teriparatida ($P < 0,05$).

Iwamoto J, Takeda T, Ichimura S: "Beneficial effect of etidronate on bone loss after cessation of exercise in postmenopausal osteoporotic women" (Efeito benéfico do etidronato na perda óssea após cessação do exercício em mulheres pós-menopáusicas). *Am J Phys Med Rehabil* 81: 452-57, 2002. Instituição: Department of Sports Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.

É consabido que a diminuição da atividade física resulta em diminuição da massa óssea, e há necessidade de considerar a intervenção terapêutica neste grupo para prevenir esta perda óssea.

Foram estudadas 35 mulheres pós-menopáusicas para determinar se o etidronato poderia prevenir ou restabelecer a perda óssea após a parada da atividade física. Os exercícios consistiam em caminhadas vigorosas (avaliados por

um podômetro) e ginástica, por 1 ou 2 anos. O uso do etidronato cíclico (200 mg/dia por 2 semanas, em períodos de 3 meses) restabeleceu a perda óssea no grupo sem

atividade física após 1 ano, e manteve a D.M.O naqueles com 2 anos de parada de atividade física.

Watts NB, Harris ST, Genant HK: "Treatment of painful osteoporotic vertebral fractures with percutaneous vertebroplasty or kyphoplasty" (Tratamento de fraturas vertebrais osteoporóticas dolorosas com vertebroplastia ou cifoplastia). *Osteoporos Int* 12: 429-37, 2001. Instituição: Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA.

A fratura vertebral é a complicação mais comum da osteoporose, levando a morbidades como dor intratável em alguns pacientes.

Foi realizada uma revisão de literatura no Medline, usando os termos vertebroplastia e cifoplastia para avaliar os resultados destas novas técnicas de preenchimento percu-

tâneo vertebral. Descobriu-se que não há estudos randomizados publicados e nos relatos de caso descritos houve melhora da dor em 67% a 100% dos casos. Os autores descrevem as técnicas utilizadas, sua indicações e riscos e enfatizam a necessidade de estudos controlados a curto e longo prazo.

Brown JP, Josse RG: "2002 Clinical practice guidelines for diagnosis and management of osteoporosis in Canada" (Diretrizes 2002 para o diagnóstico e tratamento da osteoporose no Canadá). *CMAJ* 167(10S): S1-34, 2002. Instituição: Division of Rheumatology, Centre de recherche du CHUL, Université Laval, Canadá.

Este estudo pretende resumir todos os aspectos referentes a abordagem da osteoporose, desde o diagnóstico precoce e a prevenção de fraturas. O artigo tem o objetivo de diminuir o impacto sócio-econômico da doença. Todas as recomendações foram revisadas por membros do Conse-

lho Consultivo Científico da Sociedade de Osteoporose do Canadá. As recomendações incluem a descrição das estratégias para identificar os grupos de risco, as drogas de primeira linha para o tratamento e para a prevenção da osteoporose, entre outras.

Cacoub P, Chemlal K, Khalifa P, et al.: "Deflazacort versus prednisone in patients with giant cell arteritis: effects on bone mass loss" (Deflazacorte *versus* prednisona em pacientes com arterite de células gigantes: efeito na perda da massa óssea). *J Rheumatol* 28: 11, 2001. Instituição: Service de Medecine Interne, Hopital La Pitie-Salpetriere, Paris, France.

Os autores realizaram um estudo prospectivo e multicêntrico duplo-cego randomizado comparando a perda de massa óssea (DEXA – Hologic QDR 1000, coeficiente de variação 1%) nos pacientes em uso a longo prazo (12 meses) do deflazacorte com os pacientes em uso de prednisona.

Os autores mostraram que nos pacientes, freqüentemente idosos, portadores de arterite de células gigantes (pacientes

com idade média levemente maior no grupo com prednisona – 74 anos, *versus* 70 anos no grupo com deflazacorte) não houve diferença significativa na perda da massa óssea após 1 ano de tratamento com deflazacorte *versus* prednisona. Os autores mostraram também que o escore Meunier utilizado para avaliar as variações no tamanho das vértebras não foi significativamente diferente entre os dois grupos.