

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

Ariel Sánchez

Centro de Endocrinología, Rosario

No hay duda de que cualquier tratamiento (preventivo o curativo) de la osteoporosis debe incluir un adecuado aporte de calcio y de vitamina D. Así se recomienda en las recientes Guías argentinas, que reflejan la posición de la Sociedad Argentina de Osteoporosis y de la Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral.¹

Una cuestión aparte es si la suplementación con calcio y vitamina D tiene, *per se*, efectividad anti-fractura. Hace unos 5 años revisamos la evidencia disponible,² y si bien la respuesta a la duda planteada era positiva, la fuerza de la misma no era determinante y definitiva.

Quiero comentar acá un par de estudios recientes que se ocupan del tema.^{3, 4}

El primero es el trabajo de Nieves y col.,³ que analizaron el impacto de la suplementación con calcio y vitamina D en más de 76.000 mujeres americanas postmenopáusicas participantes en el estudio NORA (*North American Osteoporosis Assessment*). Ellas completaron un cuestionario a partir del cual se estimaron las ingestas de calcio (anterior y presente) y vitamina D, y la exposición solar. Unos tres años más tarde, más de 36.000 participantes contestaron otro cuestionario sobre nuevas fracturas ocurridas en ese período. El impacto del calcio y la vitamina D sobre el riesgo de osteoporosis y fracturas fue analizado por medio de regresión logística múltiple. La alta ingesta anterior de calcio dio un cociente de probabilidades (*odds ratio*, CP) de tener osteoporosis densitométrica periférica (SXA o DXA de dedo, antebrazo o talón) de 0,80, mientras que la alta ingesta corriente dio un CP de 0,75; asimismo, la alta ingesta de vitamina D dio uno de 0,73. Sin embargo, el riesgo de sufrir cualquier fractura a lo largo de los tres años (hubo 2.205 fracturas en ese lapso) no fue influenciado por la ingesta de calcio o vitamina D. Las mujeres que participaron en este

estudio eran de un buen nivel socioeconómico, y alrededor de un 20% consumían calcio en el rango actualmente recomendado. El resultado negativo de este estudio de cohorte se agrega a otros similares publicados en los últimos años.

El segundo artículo es un meta-análisis de estudios controlados, excluyendo aquéllos que incluían a sujetos menores de 50 años, o con osteoporosis secundarias, o que además tomaban otros fármacos para la osteoporosis, o que usaban sólo vitamina D.⁴ El análisis incluyó 29 estudios, representando casi 64.000 pacientes (92% mujeres, edad promedio 68 años). En 13 de los estudios se usó calcio en combinación con vitamina D. El punto final evaluado fue cualquier fractura (5 estudios), sólo la densidad mineral ósea -DMO- (12 estudios), y tanto fracturas como DMO (otros 12 estudios). En los 17 estudios que analizaron fracturas, el calcio solo o combinado con vitamina D disminuyó el riesgo fracturario en un 12%. En los 24 estudios que analizaron la DMO, el calcio disminuyó la tasa de pérdida ósea en la cadera y en la columna lumbar. Una buena tasa de cumplimiento (>80%) se asoció con una disminución de 24% de fracturas en cualquier sitio anatómico. El efecto tratamiento del calcio no fue afectado por el agregado de vitamina D, antecedentes de fractura previa, sitio de fractura, o sexo. Por el contrario, el efecto tratamiento del calcio fue favorablemente influenciado por la edad (> 70 años), baja ingesta previa de calcio, mayor suplementación con éste (≥ 1.200 mg/día) o con vitamina D (≥ 800 UI/día).

Dada la indudable importancia de ambos nutrientes (calcio y vitamina D) sobre la salud ósea, es notable que aún se discuta su eficacia antifracturaria. Un análisis del estudio WHI (*Women's Health Initiative*) -que comprendió 36.000 mujeres postmenopáusicas- publicado en 2006,⁵ concluyó



que el agregado de 1.000 mg de calcio y 800 UI de vitamina D por día no sólo no protegía contra las fracturas, sino que incluso magnificaba el riesgo de nefrolitiasis. En el barullo que siguió a dicho estudio referente al riesgo de cáncer de mama en mujeres que reciben estrogenoterapia de reemplazo, se perdió el dato, tan pertinente para nosotros, de que las mujeres de mayor edad (> 60 años) que hacían suplementación cálcica y vitamínica tuvieron 29% menos fracturas de cadera que las controles. Este hecho ha sido remarcado por los mismos autores en una publicación posterior.⁶

Creo que no se harán en el futuro grandes estudios prospectivos para determinar sin lugar a dudas la eficacia antifractura del calcio y la vitamina D. Costarían muchísimo, y el bajo costo de estos suplementos los convierte prácticamente en “drogas huérfanas”, que no atraen la atención de las grandes firmas farmacéuticas. Pero me parece que tienen su lugar propio en el armamentario anti-osteoporótico –y no sólo como complementos de otros medicamentos más potentes–, sobre todo en la población añosa, que consume habitualmente una dieta hipocálcica, que sufre carencia de vitamina D, y que está institucionalizada.

Referencias

1. Schurman L, Bagur A, Claus-Hermberg H, et al. Guías para Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de la Osteoporosis. *Actualiz Osteol* 2007; 3:117-36.
2. Sánchez A, Puche R, Zeni S, Oliveri B, Galich AM, Maffei L, et al. Papel del calcio y de la vitamina D en la salud ósea. *Rev Esp Enf Metab Oseas* 2002; 11:201-217, (Parte I). 2003; 12:14-29, (Parte II).
3. Nieves JW, Barrett-Connor E, Siris ES, Zion M, Barlas S, Chen YT. Calcium and vitamin D intake influence bone mass, but not short-term fracture risk, in Caucasian postmenopausal women from the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA) study. *Osteoporos Int* 2008; 19:673-9.
4. Tang BM, Eslick GD, Nowson C, Smith C, Bensoussan A. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *Lancet* 2007; 370:357-66.
5. Jackson RD, Lacroix AZ, Glass M, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of fractures. *N Engl J Med* 2006; 354:669-83
6. Jackson RD, Shidham S. The role of hormone therapy and calcium plus vitamin D for reduction of bone loss and risk for fractures: lessons learned from the Women's Health Initiative. *Curr Osteoporos Rep* 2007; 5:153-9.