

El ranelato de estroncio en la osteoporosis posmenopáusica.

La osteoporosis posmenopáusica, causada principalmente por la caída de estrógenos-hormonas progestina que afectan directamente, en el sentido de "productivo" actividad de los osteoblastos y por lo tanto el recambio óseo, ha adquirido importancia en los últimos años de la enfermedad social.

Las estadísticas demuestran que más del 70% de las mujeres presentan la menopausia la pérdida ósea detectable Mineralometry t-puntuación media <2,5 y más dolor generalizado localizado en la columna lumbosacra y las caderas.

10% de esta población también debe cumplir con las fracturas femorales espontánea que más afectan a las vértebras de motor sobrecargado POR vertebral principalmente: D12 - L3-L4-S1.

La osteoporosis, a la condición más común, que significa "hueso" y luego la pérdida de calcio de acuerdo, lo que sugiere una reducción de calcio sérico, o al menos por debajo de 7 / 8 mg/100 ml, pero no lo es.

De hecho la mayoría de la osteoporosis en mujeres mayores de 55 años reveló calcio sérico normal y no incluidos en el rango de 9 / 11 mg/100 ml o incluso valores más altos.

Excepto en casos raros de disendocrinopatie, las hormonas que regulan la homeostasis del calcio, la PTH y la calcitonina son normales, y también la vitamina D, o la "hormona D, que promueve la absorción gastrointestinal de calcio es normal y desempeñar su función de manera eficiente, especialmente en la mucosa intestinal integra. Si Surge entonces el problema de encontrar un fármaco que bloquea la descalcificación del tejido óseo trabecular y restaura una tura más sólida y, por consiguiente de manera óptima resistencia a la tensión mecánica.

El primer fármaco utilizado históricamente en la restauración de la masa ósea se calcitonina, pero abandonó poco después del hallazgo de ricalcificante poco efecto contra una persona gastos pertinentes per cápita, a continuación, corrió a alendronato en diferentes dosis y formulaciones, la droga siguen utilizado.

El alendronato aumenta la función osteoblástica "pegar" a dejar el hueso y, al mismo tiempo que efectuar una reducción en la actividad osteoclástica.

Pero la calidad del hueso "restauradas" no lo hace, a menudo, la integridad estructural es esencial para los huesos "una compañía" aquí, de nuevo, que las fracturas, especialmente en los distritos pidió más ergonómica.

Por lo que necesita para pasar de que el uso de ranelato de estroncio, actúa sobre el hueso dell'osteoblasto bioquímicos produciendo una estructura más sólida y compacta, especialmente en el componente trabecular.

estudios Mineralometry, especialmente la resonancia magnética y gammagrafía, han puesto de relieve cómo el uso de ranelato de estroncio "produce" resistencia fisiológica del hueso a la carga, sobre todo si el fármaco se ve reforzada por la administración conjunta de vitamina D.

El escritor ha experimentado con ranelato de estroncio (**SR**) durante 18 meses a 5 sujetos femeninos de distintas edades y enfermedades, y se enumeran a continuación:

- **LR 47 años** después de la menopausia, 1 año, con nefropatía, la hipertensión y la osteoporosis entidad no es grave (t-score <2,90) después del tratamiento sin efectos secundarios aparentes, el T-score se mantuvo en torno al 2,40, sin daños objetividad hueso.

- **DR 39 años** en la menopausia quirúrgica durante 9 años, la delgadez de hipertiroidismo y la osteoporosis en el inicio del tratamiento que consiste en <3,30 por T-score al final del tratamiento, no se fractura con T-score de 2,30.

- **AA 72 años**, menopausia a los 48 años, la diabetes, ipetensione, tía repitió al inicio del tratamiento de la osteoporosis con score <3,30 : después del tratamiento, sin fracturas que ocurrieron, t-score de 2,50.

- **G.G72 años**, la menopausia alrededor de 48 años, osteoporosis grave en una fase temprana en el T-score <4,90, después del tratamiento con RS y vitamina D en la presencia de colapso vertebral de L3, T-score de 2,00.

D.A. 61 años, menopausia a los 50 años, cifoescoliosis grave lesión en la espalda con deformidad obvia de la joroba y el colapso vertebral múltiple, la inicial t-score <4,30, después del tratamiento con RS y la vitamina D, T-score de aproximadamente 2,90 / 3.30.

En general, en los casos enumerados T score disminuyó en un 25-30% valores registrados de 2,00 / 2,30 muy cerca de la norma. El hueso fue inspeccionado con varias pruebas instrumentales encontró cada vez mayor de compacidad y resistencia de carga de esponjosa, sugiere que la continuación del tratamiento daría lugar a resultados más satisfactorios.

Diego Spano-reumatologo/ortopedico- Messina (Italia) / informe de la Universidad Complutense de Madrid

31 de mayo 2010.

