¿Los inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de los receptores de histamina 2 reducen la pérdida de hueso?

Se encontró que no hay diferencia en los cambios de densidad mineral ósea con los dos medicamentos

SALOMÓN DH, DIEM SJ, RUPPERT K, ET AL

Bone mineral density changes among women initiating proton pump inhibitors or H2 receptor antagonists: a SWAN cohort study. J Bone Miner Res. August 22, 2014 [Epub ahead of print].

Nivel de evidencia: II-2.

Resumen. Usando datos del Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), los investigadores examinaron la asociación entre densidad mineral ósea (DMO), cambios y nuevo uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Las mujeres (edad media, 50 años) fueron seguidas durante una mediana de 9,9 años. Los investigadores compararon los cambios de DMO en las nuevas usuarias de IBP (207 mujeres) con variaciones de la DMO en las nuevas usuarias de los antagonistas de receptores de la histamina 2 (ARH2; 185 mujeres) y con variaciones de la DMO en las participantes que no usaban medicación (1.676 mujeres). También examinaron los efectos de la terapia hormonal (TH; 606 mujeres), lo que debería reducir la pérdida ósea, en comparación con un grupo de las que no utilizan TH (1.491 mujeres) como un grupo de control positivo interno. Modelos ajustados no encontraron diferencias en el cambio de la DMO en la columna lumbar, cuello femoral o cadera total en las usuarias de IBP en comparación con usuarias AR H2. La densidad mineral ósea aumentó en las usuarias TH, como se esperaba.

Comentario. La evidencia de estudios observacionales de que el uso a largo plazo de los IBP a dosis altas aumenta el riesgo de fractura condujo a un «recuadro negro» de advertencia para la clase (ARH2, aunque menos eficaz para reducir la secreción de ácido, no parece aumentar el riesgo de fractura). Aunque hay una serie de hipótesis comprobables sobre el mecanismo del aumento del riesgo de fractura con IBP (efectos sobre la absorción de calcio, la DMO, el riesgo de caídas), no hay, que yo sepa, una explicación clara.

Salomón et al. no encontraron diferencias en la DMO en las usuarias de IBP y ARH2 entre las participantes del SWAN. ¿Eso significa que no hay ningún efecto de largo plazo, del tratamiento con IBP a dosis altas en la DMO? No estoy convencido. Solo 207 participantes fueron identificadas como las usuarias de IBP, y ni dosis ni consistencia de uso de IBP se determinaron en este estudio.

Sin conocimiento del mecanismo por el cual los IBP aumentan el riesgo de fractura, no es posible saber cómo mitigar ese riesgo o conocer si los medicamentos que utilizamos para reducir el riesgo de fractura en pacientes con baja densidad ósea debida a la edad y/o la deficiencia de estrógenos ayudarán a las pacientes cuyo único factor de riesgo es a largo plazo. Mi enfoque pragmático para las pacientes con alto riesgo de fractura que están tomando a largo plazo dosis altas de IBP es hacer que funcionen con su proveedor de atención médica para ver si pueden cambiar a un ARH2 o alternar su IBP con un ARH2. Aunque esto no es siempre posible.

Nelson B. Watts, MD, FACP, MACE, CCD.
Director Mercy Health Osteoporosis and Bone Health Services. Cincinnati, OH