

OSTEOPOROSIS – ESTUDIO DE UN TRATAMIENTO HOMEOPATICO

Dra. Alicia Esquivel
Dr. Eduardo Picovsky
Dra. Diana Wiluzanski

RESUMEN

Se plantea investigar la eficacia de un tratamiento homeopático para la osteoporosis. Para ello se somete a una población de mujeres postmenopáusicas a un estudio prospectivo de un año de duración, en base a un protocolo de tratamiento. El incremento óseo se evalúa a través de controles densitométricos y subjetivos. Los resultados objetivos corroboran la eficacia del tratamiento propuesto en un grado que podría ser comparable a los mejores tratamientos alopáticos, aunque la respuesta no es uniforme.

INTRODUCCION

La osteoporosis es hoy un problema significativo, en los cuidados de la salud. La osteoporosis primaria es un desorden relacionado con la edad, caracterizado por una disminución absoluta de la cantidad de hueso con un aumento de la susceptibilidad a las fracturas, en ausencia de otra causa reconocida de pérdida ósea, con alteración característica de la microestructura.

En EE.UU. puede estimarse su costo socio-económico en 6000 millones de dólares anuales.

En dicho país de 220 millones de habitantes, se producen por año 1.220.000 fracturas, dependientes de la osteoporosis, 538.000 en vértebras, 227.000 en cuello de fémur, 172.000 en antebrazo distal y 238.000 en otros huesos del esqueleto.

Una de cada tres mujeres que viven más de 65 años, presentan una fractura vertebral, y una de cada cuatro mujeres y uno de cada seis hombres que viven más de 75 años, presenta una fractura de cuello de fémur.

Del 12% al 20% de los pacientes con fractura de cuello de fémur mueren antes del año y más del 50% continua su vida en un instituto de tercera edad.

Durante toda su vida las mujeres pierden normalmente un 35 % de hueso cortical y un 50% de hueso trabecular.

La fase lenta de pérdida ósea comienza de los 35 a los 40 años en ambos sexos, a una tasa de 0,3 a 0,5% anual.

La fase acelerada de pérdida ósea se produce en las mujeres postmenopáusicas a una tasa de 2 a 3% anual que disminuye a los 8 a 10 años de la misma, por predominio de la actividad osteoclástica sobre la osteoblástica, ya que los estrógenos son potentes inhibidores de la resorción ósea.

Esta situación se agrava por inadecuados hábitos dietéticos, vida sedentaria y sobre todo por el aumento de la longevidad, que se verifica y proyecta hacia los próximos años.

El riesgo de osteoporosis se incrementa, además cuanto más precoz ocurra la menopausia, natural o quirúrgica.

Ante esta gran problemática la medicina alopática ofrece diversos tratamientos, los cuales se han evidenciado como excesivamente costosos, lentos, poco efectivos y con severos efectos secundarios, en una población etaria que de por sí es portadora de pluripatología.

El avance en cuanto a las técnicas de diagnóstico y evaluación, han permitido hacer aún más precoz y preciso el diagnóstico de esta situación y hemos podido corroborar que con los tratamientos homeopáticos habituales (medicamento constitucional o de fondo correctamente prescripto), mediante el cual el paciente mejora en innumerables aspectos, esta situación sin embargo, no se modifica.

Este hecho nos condujo a buscar, mediante la utilización de una similitud biológica, un tratamiento homeopático que permitiera corregir este trastorno metabólico óseo y someterlo a los modernos estudios que el avance tecnológico nos provee, según un protocolo ya elaborado por los Doctores D. Milstein y E. Puiggrós.

OBJETIVO

Demostrar la eficacia de un tratamiento homeopático en la osteoporosis post-menopáusica.

MATERIALES Y METODOS

Se hará un estudio clínico y paraclínico prospectivo proyectado a un año de duración como mínimo.

Se incluirán 20 mujeres con osteoporosis postmenopáusica diagnosticada clínica y paraclínicamente.

Se evaluará la mineralización ósea a través de un densitómetro o bofotónico de doble haz, NORLAND 2600, método que supera a la radiografía y a la tomografía computada, con un mínimo de irradiación; se realizarán tres mediciones. C.L. (L2 - L4), cuello de fémur y dáfisis femoral, con la finalidad de valorar hueso cortical y trabecular, objetivando los gramos por cm² de mineral óseo y curva de riesgo de fracturas.

Se prescribirá un tratamiento homeopático exclusivamente según el criterio de los médicos tratantes.

Los controles densitométricos se efectuarán al comienzo, a los seis meses y a los doce meses del inicio del tratamiento, por el mismo técnico y el mismo aparato.

Se descartarán aquellas pacientes que reciban tratamiento medicamentoso alopático para la osteoporosis, o tratamientos que puedan incidir en la mineralización ósea (hormonoterapia, heparina, corticoides, etc.)

Se verificará que las pacientes sigan las normas higiénico-dietéticas mínimas adecuadas (aporte cálcico, ejercicio, etc.).

Se evaluará en forma paralela la evolución clínica subjetiva y objetiva.

PLAN TERAPEUTICO INSTITUIDO

- CALCITONINA 6C – Hormona paratiroidea dinamizada cuya acción química es la inhibición de la resorción ósea por efecto de los osteoclastos, usada como isoterápico en dilución baja para estimular (Ley de Arndt-Sculz) la propia calcitonina endógena.
- ADENOSINA MONOFOSFATO CICLICO 6C – usado para estimular los procesos de síntesis orgánica.
- CALCAREA CARBONICA, FLUORICA Y FOSFORICA en diferentes potencias bajas, usadas fundamentalmente por sus tropismos sobre la matriz ósea.

Se usaron preparaciones en forma de glóbulos o gotas indistintamente, indicando tres tomas diarias de cinco gotas o glóbulos de cada una.

18 de las 20 pacientes recibieron su medicamento de fondo.

RESULTADOS Y DISCUSION

Hemos estudiado una población de mujeres postmenopáusicas cuyas edades oscilan entre 52 y 70 años, con un promedio de 65 años de edad.

La antigüedad de sus menopausias osciló entre 2 y 30 años, con un promedio de 17 años.

De los 20 pacientes 19 tenían síntomas clínicos vinculados a su osteoporosis, como cansancio y dolor dorsolumbar, disminución de la estatura y aumento de la cifosis dorsal. Tres de ellas (15%) habían presentado fracturas previas relacionadas a la osteoporosis.

Todas ellas sin excepción presentaban alteraciones radiológicas raquídeas compatibles con desmineralización, amén de otras que le acompañan casi invariablemente, como aplastamientos vertebrales, xifo escoliosis, espondiloartrosis, etc.

De la primera evaluación densitométrica de nuestra población se constató que el déficit mineral óseo osciló entre el -16% y el -29% a nivel de hueso trabecular, con un promedio de -20,2%.

A nivel de cuello de fémur el déficit osciló entre -8,2% y -39%, con un promedio de -20,3%.

A nivel de hueso cortical el déficit osciló entre un -6% y un -50%, con un promedio de -23,5%.

El período de seguimiento mínimo fue de siete meses (caso N° 6) y el máximo de 20 meses (caso N° 14). De todas formas 15 de las pacientes (75%) completó un mínimo de 12 meses de tratamiento.

En cuanto a las mejorías densitométricas obtenidas, 15 de nuestras pacientes (70%), mejoraron a nivel de hueso trabecular. Los porcentajes de mejoría oscilaron entre 3 y 20,7% con una media de 9,2%.

A nivel de cuello de fémur, mejoraron 12 pacientes, es decir, el 60%, con un mínimo de 0,6% y un máximo de 22%, siendo la mejoría promedio 9,3%.

A nivel de hueso cortical, solo mejoraron 4 casos (20%), con un promedio de mejoría de 11,4.

Solo 2 casos mejoraron en los tres niveles estudiados (N°4 y N°8).

Nueve de las pacientes mejoraron en dos sectores.

Siete de ellas mejoraron en un solo sector.

Dos de las pacientes empeoraron en los tres sectores.

En líneas generales 48 de los 60 resultados evaluados en nuestras pacientes, a nivel de los distintos sectores arrojaron resultados positivos (80%).

En cuanto a la evaluación subjetiva del tratamiento, 16 de las 19 pacientes sintomáticas manifestaron mejoría a los síntomas de cansancio y dolor dorsolumbar.

Solo una paciente experimentó una fractura durante el seguimiento del tratamiento, pese a que muchas de ellas se encontraban en situación de riesgo franco, una de ellas inclusive sufrió un accidente en donde resultó politraumatizada pero sin fracturas.

CONCLUSIONES

Hemos demostrado, la eficacia del tratamiento homeopático propuesto, en un seguimiento de la población significativa.

Los resultados registrados objetivamente no son uniformes, obteniéndose la mejoría más importante a nivel de hueso trabecular, seguida en el sector correspondiente al cuello del fémur.

A nivel de hueso cortical la respuesta es pobre. Se plantea la posibilidad de mejorar los resultados a través de ejercicios físicos dirigidos en contra de resistencias.

Verificamos también una muy buena respuesta clínica subjetiva en correlación de los hallazgos paraclínicos.

La antigüedad de la menopausia, así como la densidad ósea inicial y la edad de las pacientes, es independiente del incremento de la densidad ósea, al igual que se verifica con otros tratamientos.

El tratamiento homeopático utilizando el medicamento de fondo, es incapaz de por sí de corregir la osteoporosis. No nos fue posible en este trabajo evaluar en que medida puede favorecer el tratamiento instituido en su tarea de recuperar la mineralización ósea.

El tratamiento experimentado constituye un método válido ya que su eficacia es comparable al de los mejores tratamientos alopáticos (estrogenoterapia). Es además aconsejable por su completa inocuidad.

Esta investigación debería ser ampliada y continuada con el fin de tener una mayor casuística, así como un tiempo más prolongado de seguimiento podría arrojar más luz sobre las posibilidades y alcances del tratamiento.

A su vez la ciencia cuenta en el momento de ésta comunicación con métodos de evaluación y diagnóstico más precisos, que no existían en el momento de comenzar nuestro estudio. Ejemplo de ellos son la dosificación de marcadores bioquímicos de osteoformación y osteoreabsorción tales como la osteocalcina en sangre y la piridinolina en orina, lo cual permite monitorear el turnover del hueso y sus variaciones con el tratamiento. La densitometría por ultrasonido a nivel tibial, que proporciona una medición más fiel y completa de la mineralización ósea, con cálculo inclusive de fragilidad. Creemos fundamental someter este tratamiento a las más estrictas y veraces testificaciones posibles.

Siendo esta situación clínico metabólica multifactorial, es necesario además para su correcto diagnóstico y tratamiento contar con equipos multidisciplinarios en los que intervengan: nutricionistas, laboratoristas, fisiatras, fisioterapeutas, etc.

Agradecemos a : Fundación Puiggrós, Homeopatía Magistral, Nosodes Homeopatía, Centróseo y Dra. Rosario Pistón (A.M.H.U.) sin cuya colaboración no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Farreras Rozman. XII edición 1992; 1084-1090.
- 2) Zanchetta, J.R. Osteoporosis. Diagnóstico y tratamiento. Bs.As.
- 3) Lindsay, R. Menopausia: Esteroides sexuales y osteoporosis.
- 4) Eastell, R. Nuevos conceptos en el tratamiento de la osteoporosis.
- 5) Morris, N. Intervención del ginecólogo en la prevención de la osteoporosis: enfoque clínico.
- 6) Genazzani, A. R. Genazzani. Gynecol Obstet Invest 26: 153-159. 1988.
- 7) Milstein. Anales del 2º Congreso Unificado de las Escuelas Homeopáticas Argentinas.
- 8) Spector T.D., A. Rational approach to the prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Drugs 1989; 37: 205-211

DEFICIT INICIAL DENSITOMÉTRICO

Nº	HUESO TRABECULAR	CUELLO FEMUR	HUESO CORTICAL	TRATAMIENTO HOMEOP. DE FONDO	CANTIDAD DE CONTROLES
1	+4.5%	-13%	-37%	SI	2
2	-12.1%	-21%	-21.9%	SI	2
3	-26%	-12.5%	N	SI	3
4	-19%	N	-12.4%	SI	4
5	-17%	-8.2%	-15%	SI	2
6	-13%	N	-6%	SI	2
7	N	N	N	SI	2
8	-21.9%	-30%	-35%	SI	2
9	-26.12%	-23%	-12%	NO	3
10	-16.09%	-31.2%	-29.9%	SI	3
11	-26.2%	-31.2%	-28.9%	SI	2
12	-29%	N	-31%	SI	2
13	-24%	-17%	-33.7%	SI	3
14	-18.2%	-11%	-10%	SI	3
15	N	N	-18%	NO	3
16	-25%	-18.4%	-50%	SI	3
17	-16%	-15.7%	N	SI	3
18	-29%	-39%	-34%	SI	2
19	-6%	-12.7%	-11%	SI	3
20	+2%	-21%	-15%	SI	3

N° 1		N°4			N°7				N°10			N°13			
Fecha	27-10-93	31-10-94		7-7-93	22-12-94	15-3-95	8-7-93	27-10-94		9-7-93	10-3-94	29-9-94	3-8-93	2-5-94	1-11-94
H. TRABECULAR COL. LUMBAR	Ref. 0.892	0.935		0.893	0.983	0.964	0.892	0.992		1.056	0.886	1.088	0.892	0.813	0.814
	Res. 0.935	1.002		0.983	0.964	0.790	0.992	1.004		0.886	1.088	0.940	0.813	0.814	0.766
CUELLO DE FEMUR	Ref. 0.776	0.674		0.736	0.756	0.659	0.776	0.772		0.860	0.676	0.787	0.776	0.644	0.583
	Res. 0.674	0.654		0.756	0.659	0.860	0.772	0.727		0.676	0.787	0.721	0.644	0.583	0.572
DIAFISIS FEMORAL	Ref. 1.504	0.942		1.504	1.317	1.428	1.504	0.677		1.774	1.664	1.409	1.504	0.996	0.994
	Res. 0.942	0.757		1.317	1.428	1.271				1.064	1.409	1.484	0.996	0.994	0.993
N°2		N°5			N°8				N°11			N°14			
Fecha	25-10-93	19-5-94		2-10-93	10-11-94		30-7-93	9-6-94	23-11-94	6-9-93	23-5-94		18-6-93	28-2-94	14-3-95
COLUMNA LUMBAR	Ref. 0.990	0.870		0.892	0.859		0.990	0.657	0.855	0.990	0.730		1.056	0.866	0.848
	Res. 0.870	0.875		0.859	0.800		0.657	0.855	0.900	0.730	0.837		0.866	0.848	0.903
CUELLO DE FEMUR	Ref. 0.847	0.667		0.776	0.712		0.845	0.593	0.587	0.845	0.533		0.860	0.765	0.861
	Res. 0.667	0.749		0.712	0.604		0.593	0.587	0.600	0.533	0.563		0.765	0.861	0.875
DIAFISIS FEMORAL	Ref. 1.728	1.360		1.504	1.283		1.728	1.115	0.764	1.728	1.227		1.774	1.396	1.582
	Res. 1.360	1.330		1.283	1.099		1.115	0.764	1.235	1.227	0.808		1.596	1.582	1.435
N°3		N°6			N°9				N°12			N°15			
Fecha				25-11-93	7-6-95		30-6-93	1-2-94	21-10-94	2-12-93	25-11-94		21-6-93	8-2-94	16-11-94
COLUMNA LUMBAR	Ref. 0.892	0.819	0.855	0.892	0.776		0.892	0.659	0.617	0.990	0.763		0.842	0.754	0.690
	Res. 0.819	0.855	0.884	0.776	0.849		0.659	0.617	0.733	0.763	0.948		0.754	0.69	0.600
CUELLO DE FEMUR	Ref. 0.776	0.679	0.526	0.776	0.768		0.776	0.598	0.653	0.845	0.831		0.776	0.532	0.544
	Res. 0.679	0.526	0.627	0.769	0.738		0.598	0.653	0.699	0.831	0.808		0.537	0.544	0.542
DIAFISIS FEMORAL	Ref. 1.504	1.579	1.519	1.504	1.441		1.504	1.326	1.420	1.728	1.178		1.504	1.132	1.373
	Res. 1.579	1.519	1.583	1.441	1.625		1.326	1.420	1.280	1.178	1.183		1.132	1.373	1.400
N°16		N°17			N°18				N°19			N°20			
Fecha	25-11-93	16-11-94	7-6-95	5-6-93	4-1-94	2-9-94	13-12-93	1-7-94		21-7-93	18-3-94	13-12-94	21-6-93	9-2-94	28-10-94
COLUMNA LUMBAR	1.056	0.799	0.907	0.892	0.861	0.752	0.891	0.781		0.990	0.922	0.933	0.892	0.917	0.917
	0.799	0.907	0.717	0.861	0.752	0.792	0.785	0.754		0.922	0.933	1.084	0.917	0.856	1.008
CUELLO DE FEMUR	0.860	0.701	0.745	0.776	0.654	0.685	0.776	0.468		0.845	0.737	0.713	0.776	0.572	0.572
	0.701	0.749	0.687	0.654	0.685	0.585	0.468	0.492		0.737	0.713	0.738	0.572	0.617	0.679
DIAFISIS FEMORAL	0.860	0.701	0.744	1.504	1.495	1.348	1.504	1.016		1.728	1.534	1.442	1.504	1.278	1.072
	0.701	0.749	0.687	1.495	1.398	1.006	1.016	0.867		1.534	1.442	1.230	1.278	1.072	0.918

MEJORIA DENSITOMETRICA OBTENIDA

	N° de pacientes	%	Mejoría Promedio (%)
Hueso Trabecular	15	75	9.2
Cuello de Fémur	12	60	9.3
Hueso Cortical	4	20	11.4

MEJORIA CLINICA

16 de 19 pacientes (84%)

1 fractura (5%)

DÉFICIT INICIAL DENSITOMETRICO

MEJORIA DENSITOMETRICO OBJETIVA

N°	Hueso trabecular	Cuello fémur	Hueso Cortical	Tratam. Homeop. De fondo	Cantid de controles	Hueso Trabecular	Cuello de fémur	Hueso Cortical	Mejoría Subjetiva	Fracturas
1	+4.5%	-13%	-37%	SI	2	+5.8%	-	-12%	SI	NO
2	-12.1%	-21%	-21.9%	SI	2	+5%	+22%	-	SI	NO
3	-26%	-12.5%	N	SI	3	+7%	-20%	-4%	SI	NO
4	-19%	N	-12.4%	SI	4	+4.3%	+12%	+10.8%	SI	NO
5	-17%	-8.2%	-15%	SI	2	-7%	-16%	-15%	NO	NO
6	-13%	N	-6%	SI	2	+8.5%	N	+12%	SI	NO
7	N	N	N	SI	2	N	+1%	N	SI	NO
8	-21.9%	-30%	-35%	SI	2	+8%	+0.6%	+9.7%	SI	NO
9	-26.12%	-23%	-12%	NO	3	+8.5%	+13%	-10%	---	NO
10	-16.09%	-31.2%	-29.9%	SI	3	+4.4%	+4.8%	-27%	SI	NO
11	-26.2%	-31.2%	-28.9%	SI	2	+20.7%	+7.8%	-30%	SI	NO a pesar politraum.
12	-29%	N	-31%	SI	2	+3%	-2%	-2.7%	SI	NO
13	-24%	-17%	-33.7%	SI	3	-4.6%	-11%	-5%	NO	NO
14	-18.2%	-11%	-10%	SI	3	+6%	+12%	-8%	SI	NO
15	N	N	-18%	NO	3	-6%	-	+13%	SI	NO
16	-25%	-18.4%	-50%	SI	3	+28%	+13%	-27%	SI	NO
17	-16%	-15.7%	N	SI	3	+8.1%	-19%	-23%	SI	NO
18	-29%	-39%	-34%	SI	2	-	+8.9%	-19%	NO	SI
19	-6%	-12.7%	-11%	SI	3	+13%	+4%	-12%	SI	NO
20	+2%	-21%	-15%	SI	3	+7.3%	+13%	-0.9%	SI	NO