**Tema:** Osteoporose.

**Fontes:**

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162010000300002>

<http://www.marcosbritto.com/2010/06/osteoporose.html>

<https://www.endocrino.org.br/osteoporose/>

**Palavras-chave principais: *osteoporose,******médico ortopedista.***

**Palavras-chave secundárias: *fratura, fraturas osteoporóticas, densidade óssea, cálcio, osso, densitometria óssea, osteopenia***

**url: /medico-ortopedista-osteoporose**

**Título:**

**Não espere a primeira *fratura* para cuidar da sua *osteoporose*!**

Apesar de **Osteoporose** ser um tema bem popular na *Ortopedia*, ainda é pouca a atenção dada por quem sofre desse mal ao seu devido diagnóstico e tratamento. Infelizmente, não são raros os casos de *fraturas* graves de pacientes que mesmo cientes de terem ***osteoporose*** relaxam no acompanhamento com o ***médico*** ***ortopedista***, enquanto seus *ossos* vão perdendo resistência, ficando frágeis, expostos a lesões, gerando quadros de complicações sérias que podem levar até mesmo à morte.

Assim como em todo organismo humano, o esqueleto também sofre degenerações de causas naturais, como disfunções do metabolismo que, no caso dos *ossos*, resultam da alteração na capacidade de balancear a reabsorção e a formação *óssea*. Esse distúrbio compromete a resistência, elevando o risco de *fraturas* espontâneas ou por pequenos traumas. Isso acontece devido ao processo de perda da massa *óssea*, da baixa do *cálcio* e consequente deformação em sua estrutura. Podemos fazer uma comparação lúdica com a queda de um edifício que teve uma coluna base degenerada, enfraquecida, a qual se quebrou e fez o prédio desabar.

Tecnicamente, explicamos a ***osteoporose*** como a *densidade óssea* reduzida além de -2,5 do desvio padrão comparando em relação à *densidade óssea* média de uma pessoa jovem adulta. E classificamos a ***osteoporose*** de acordo com suas causas como:

* Primária – Quando as causas são de origens naturais, por menopausa e senilidade, por exemplo;
* Secundária – Quando há uma causa primária antecedendo, tipo medicamentos, outras patologias, sedentarismo e demais situações e fatores;
* Idiopática – Quando não se conhecem as causas.

O pior é que o tipo de *osso* que é mais suscetível a essas alterações de *densidade*, por conta de suas altas atividades metabólicas, é o osso esponjoso ou trabecular, presente em alta proporção na região toracolombar da coluna e na porção proximal femoral, o que explica o fato de a maioria das *fraturas osteoporóticas* acontecerem na coluna (torácica e lombar) e no fêmur.

Quando a *fratura* é na coluna, dependendo das vértebras que são acometidas, pode ocorrer comprometimento neural, o que é raro, mas não impossível. E mesmo quando não há impacto neurológico, as lesões vertebrais são muito dolorosas. Sem contar com a morbidade originada pelas *fraturas*, principalmente no fêmur – ocorrência mais comum em idosas pós-menopausa – que podem trazer consequências secundárias fatais. Por isso, não se pode ignorar qualquer suspeita de ***osteoporose***, devendo sempre procurar um diagnóstico profissional e acompanhamento regular de um ***médico ortopedista***.

**Quando devo suspeitar ter *osteoporose*?**

A intenção desse artigo é justamente incentivar a consciência de que não se deve esperar a primeira *fratura* para descobrir que tem ***osteoporose***! Por isso, listamos os principais fatores de risco para que você possa identificar se faz parte ou não desse grupo suspeito. Confira:

* **FATORES DE RISCO DA *OSTEOPOROSE*** (Quando existe possibilidade de ter ***osteoporose***):
* Hereditariedade – Procure saber se em sua família existe histórico de ***osteoporose*** e doenças que apresentem *ossos* curtos, baixo peso e baixa estatura, assim como se há descendência de raça branca ou asiática;
* Outras patologias relacionadas – Confira com seus familiares se você já teve em alguma fase da vida doenças inflamatórias sistêmicas, artrites reumatoides, diabetes, insuficiência renal, cirrose, hipertireoidismo, raquitismo ou outras doenças *ósseas* que possam ter comprometido a formação e desenvolvimento do seu esqueleto;
* Medicamentos com efeitos colaterais – Se você já fez ou faz uso crônico de alguns medicamentos como glicocorticoides, anticonvulsivantes, alendronato, calcitonina, ipriflavona, cortisona, hormônios da tireoide e imunossupressores depois de transplantes, procure conversar com um ***médico ortopedista*** sobre os riscos para sua saúde esquelética;
* Erros nutricionais – É muito importante a ciência de seus hábitos alimentares desde a infância para que possa saber se existe carência de algum elemento nutricional, como o *cálcio* e a vitamina D3, devido a consumo de pouco leite e derivados em fase de crescimento, por exemplo, ou se há ocorrência de situações causadoras de má absorção de alimentos;
* Hábitos abusivos – Se você faz ou fez parte do time que exagera na ingestão de café, bebidas alcóolicas e tabaco é bom ficar em alerta sobre o risco da ***osteoporose***;
* Gênero feminino – Infelizmente, o fato de ser mulher já é um fator de risco, cuja média é de quatro mulheres para cada homem acometido, principalmente após o período de menopausa, e ainda mais se houve precocidade nesse processo. E deve-se investigar também mulheres que passaram períodos sem menstruar durante a juventude;
* Idade – Não que os adultos jovens estejam livres do risco da ***osteoporose***, mas a idade avançada intensifica essa possibilidade;
* Estilo de vida – O sedentarismo é um fator que não pode ser esquecido! Quanto maior o grau de sedentarismo, maior o risco de ***osteoporose***;
* *Fraturas* osteoporóticas – Quem já teve *fraturas* espontâneas ou causadas por traumas leves, de baixa energia, que pelo grau da ocorrência não deveria ser suficiente para tal lesão, possivelmente está no grupo de fatores de risco da ***osteoporose***.
* **FATORES DE RISCO D*E FRATURAS OSTEOPORÓTICAS*** (Quando existe possibilidade de sofrer uma fratura por fragilidade *óssea*):
* Ter ***osteoporose*** – Com a comprovação do diagnóstico por meio da *densitometria óssea*;
* Traumas – Ainda que de baixa energia, os traumas em pacientes de ***osteoporose*** podem causar *fraturas* tanto simples quanto complexas e irreversíveis.

Conhecer esses fatores de risco possibilita o despertar da suspeita para busca de um diagnóstico profissional, obtido com um ***médico ortopedista***, por meio do exame de *densitometria óssea*. Afinal, o que se deve evitar é justamente a ocorrência de *fraturas osteoporóticas*, e saber que é um paciente de ***osteoporose*** é o alerta para redobrar os cuidados na prevenção a incidentes.

**E quando devo realizar uma *densitometria óssea*?**

A existência de fatores de risco é que leva o paciente e seu ***médico ortopedista*** a buscar um diagnóstico assertivo por meio de uma *densitometria óssea*, que é o principal exame para tal finalidade.

Mas, além dos fatores de risco, apesar de ser considerada uma doença silenciosa, existem alguns sintomas que também devem ser levados em consideração para busca e indicação de uma *densitometria óssea*para diagnóstico da ***osteoporose***. São eles:

SINTOMAS DA ***OSTEOPOROSE***

* Dores nas articulações e *ossos*;
* *Fraturas* espontâneas ou por traumas de baixa energia, sendo mais comuns as de punho, vértebras, costelas e do colo femoral (coxa);
* Lombalgias e dorsalgias;
* Aumento da cifose torácica;
* Perda de estatura.

**O que é e como funciona a *densitometria óssea*?**

*Densitometria óssea* é uma das técnicas que examina a resistência dos *ossos*, buscando assim uma avaliação precisa em relação às medidas da massa *óssea* em diversos locais do esqueleto, diagnosticando a ***osteoporose*** e seus riscos de *fraturas*.

Ao identificar os pontos do esqueleto com perda de massa *óssea* é possível voltar a atenção para esses pontos acometidos, adotando medidas preventivas mais específicas, que possam minimizar esses riscos de *fraturas*.

COMO É FEITA A *DENSITOMETRIA ÓSSEA?*

Para realizar a *densitometria óssea* usamos um aparelho gerador de duplo feixe de raio-x, o qual permite a visibilidade transpassada da região examinada do corpo. A radiação emitida então é colhida por um colimador para avaliar o teor de *cálcio* contido na área avaliada. Daí é feita uma análise computadorizada dos resultados, os quais são comparados com um banco de dados disponível, com informações de outras pessoas da mesma raça, altura, peso e faixa etária de 20 a 100 anos. Esses resultados são mostrados em gramas/cm2, fazendo uma comparação com o valor considerado pico da massa *óssea*, representado pela média de pessoas com 20 anos de idade (T score). Assim como também são comparados com os valores médios da *densitometria óssea* de pessoas da mesma faixa etária do paciente em questão (Z score).

Para avaliar esses resultados, são calculadas porcentagens relativas e desvios padrões (DPs) dessas médias encontradas. Então, considera-se:

- Normal: Densitometria de até -1 de desvio padrão no T score;

- Osteopenia: Densitometria de -1 a -2,5 de DP;

- ***Osteoporose***: Densitometria de -2,5 em diante de DP.

É importante citar que na comprovação de diagnóstico de ***osteoporose***, se o paciente já teve uma *fratura osteoporótica*, há possibilidade de confirmação da doença, ainda que secundária, mesmo o DP sendo característico de osteopenia.

Devemos lembrar que para indicação de uma *densitometria óssea* é preciso que haja suspeitas – com base nos fatores de risco - de que o paciente seja portador de ***osteoporose***. Caso não haja essa suspeita, o comum é que o exame seja realizado como teste preventivo em pessoas com mais de 65 anos e mulheres acima dos 50 que sofreram de menopausa precoce. Para essa função preventiva, a *densitometria óssea* precisa ser repetida a cada um ou três anos, de acordo com a orientação do ***médico ortopedista***.

**Além da *densitometria óssea* existe outro exame que possa confirmar o diagnóstico da *osteoporose*?**

Sim. Existem outras técnicas, inclusive para avaliar a qualidade da massa óssea, análise não executada por meio da *densitometria óssea*, que apenas mede a massa calcificada.

Os chamados marcadores ósseos permitem verificar a remodelação do osso, por meio de exames de sangue e de urina (segunda coleta matinal).

Outras ferramentas também podem auxiliar no acompanhamento de pacientes que fazem parte do grupo de fatores de risco de ***osteoporose***, como: exames laboratoriais, conforme já citados, radiografias simples, cálcio, fosfatase alcalina, creatinina, fósforo, VHS, PTH, EAS, FSH/LH, *cálcio* urinário de 24hs, eletroforese de proteínas, testosterona, prolactina, vitamina D, e/ou TSH.

**Como cuidar da *osteoporose*?**

Cuidar da ***osteoporose*** é tentar diminuir ao máximo suas consequências, que são as quebras dos *ossos* fragilizados. E isso se faz por meio da melhora da geometria e microarquitetura da estrutura *óssea*. Portanto, o tratamento deve focar a fisiologia patológica da doença, ou seja, conseguir uma proporção equilibrada entre a resistência mecânica e a flexibilidade do tecido *ósseo*, o qual para ser saudável precisa ter qualidade celular e de matriz, compondo uma mineralização dentro dos padrões de normalidade. Em suma, o foco é o fortalecimento da massa *óssea* do esqueleto.

O ideal é a prevenção desde a infância, buscando a formação de uma massa *óssea* boa e resistente, com uma alimentação rica em *cálcio* e vitamina D, por meio da ingestão regular de leite e derivados, brócolis, peixes, espinafres; com exposição adequada ao sol; atividades de condicionamento e equilíbrio físico; controle de peso; hábitos saudáveis, sem abusos de álcool e tabaco; cuidado com o equilíbrio dos hormônios femininos; evitar fatores de risco sempre que possível e, quando não tiver jeito e houver suspeita de comprometimento *ósseo*, evitar a todo custo quedas e lesões, principalmente os idosos, e partir para as devidas medidas de tratamento, seguindo as indicações do ***médico ortopedista***.

Falando diretamente para as mulheres, quando houver sintomas de ***osteoporose***, a principal medida a seguir é a reposição de hormônio para que não ocorra aceleramento de perda *óssea* pela baixa de estrogênio na menopausa.

Quando for necessária a reposição de *cálcio*, o tratamento deve ser reforçado por uma dieta alimentar rica em *cálcio* e pela prática de exercícios físicos para uma melhor absorção e resultado.

**Quais os tratamentos indicados para pacientes de *osteoporose*?**

Se classificarmos as formas de tratamento de acordo com seus objetivos, podemos generalizar os do tipo curativos e profiláticos. E aí também se entende estar inclusos os tratamentos do tipo preventivos, afinal cuidando da ***osteoporose*** estamos fazendo prevenção contra as *fraturas osteoporóticas*.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Sugiro colocar esse texto abaixo dentro de um boxe):

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para que possamos entender melhor como agem os tratamentos, precisamos conhecer a fisiologia *óssea* e sua remodelação:

OSSO = Tecido vivo que passa por constante troca de tecido antigo por novo. E quem media esse processo é o osteócito, o qual entra em apoptose (morte programada da célula) em intervalos de tempo de aproximadamente mil dias. Quando esse processo está perto de acontecer, são produzidos sinalizadores avisando às células mesenquimais pluripotentes que devem formar osteoblastos, que por sua vez produzem o fator RANK (*Receptor Activator of Nuclear Factor Kappa Beta*), responsável por sinalizar para as células hematopoiéticas formarem osteoclastos e ativarem as bordas destes em escova.

Acontece que em um período de 20 dias os osteoclastos reabsorvem uma parte desse tecido *ósseo* e assim formam as lacunas de Howship. Então os osteoblastos preenchem essas lacunas com matriz proteica para finalizar o processo com o depósito de cristais de hidroxiapatita. E todo esse evento dura 180 dias para conclusão.

É justamente quando há distúrbio neste remodelamento que temos uma *osteopenia* ou ***osteoporose***, dependendo do grau do desvio padrão para maior proporção de ação do osteoclasto em relação ao osteoblasto, resultando em uma formação pobre de tecido *ósseo*. E é por isso que tanto na prevenção quanto no tratamento da ***osteoporose*** devemos tentar diminuir a ação do osteoclasto e/ou aumentar a ação do osteoblasto.

-----------------------------------------------------------------------------------------------

TIPOS DE TRATAMENTO

* ANABÓLICOS – São os tratamentos que estimulam os osteoblastos para formação *óssea*. Mas, apesar de parecer ideal esse estímulo, alguns desses tratamentos nem sempre conseguem os resultados esperados, visto que os osteoblastos demoram 180 dias para reparar a lacuna, enquanto o osteoclasto age em 20 dias para formá-la. Para os tratamentos anabólicos podemos usar medidas como:

- Atividades físicas;

- Calcitriol (Vitamina D);

- Associação de *cálcio* + calcitriol;

- Esteroides anabolizantes;

- Hormônio de crescimento;

- Paratormônio (PTH) e derivado;

- Teriparatida;

- Ranelato de estrôncio.

* ANTICATABÓLICOS – São os tratamentos que inibem a ação do osteoclasto, buscando a preservação na massa *óssea*. Para os tratamentos anticatabólicos podemos usar medidas como:

- Atividades físicas;

- Associação de cálcio + calcitriol;

- Matabolitos ativos do calcitriol;

- Terapias de reposição de estrógeno (TER);

- Terapias de reposição hormonal (TRH);

- Estimuladores seletivos dos receptores de estrógeno (SERMs);

- Bisfosfonatos;

- Osteoprotegerina (OPG);

- Ranelato de estrôncio.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sugiro trabalhar alguma ilustração e diagramação diferenciada para os textos abaixo :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Agora, vamos entender melhor como funcionam essas medidas no tratamento da ***osteoporose***:

* ATIVIDADE FÍSICA – Sem dúvida, é o meio mais popular e econômico de prevenir a ***osteoporose***!

Fazer exercícios com peso ou trabalhar com a velocidade são medidas eficazes para ganho de massa ***óssea***. Sem contar que esses ganhos de massa muscular e aumento de velocidade, no que diz respeito à resposta motora neuromuscular, minimizam os riscos de *fraturas osteoporóticas*. Isso porque o efeito piezoelétrico ou a ação do cílio primário conseguidos com as atividades físicas, estimulam os osteócitos, por meio dos osteoblastos, a propiciarem a formação de novo *osso*. Inclusive, há pesquisas que comprovam que idosos ativos, que fazem exercícios físicos, possuem menor índice de *fraturas osteoporóticas* no quadril que idosos sedentários.

* *CÁLCIO* (SUPLEMENTAÇÃO) – Apesar do *cálcio* já existir no organismo, devido à sua ingestão na dieta alimentar, muitas vezes se faz necessária uma suplementação para cobrir carências consequentes de uma absorção falha, a qual pode ocorrer por diversos motivos que possam impedir que o *cálcio* esteja em forma de sais absorvíveis pelo intestino. Inclusive, para idosos com mais de 50 anos, independente de estarem ou não fazendo reposição hormonal, é fundamental a suplementação diária de *cálcio* (até 1500mg em duas tomadas) para completar a dieta, oferecendo sempre mais a fim de que o corpo tenha disponível e aproveite a quantidade que precisa.

Toda essa importância do *cálcio* no combate à ***osteoporose*** é porque ele compõe - junto com outros elementos - o cristal de hidroxiapatita (Ca10(PO4)6(OH)2), o qual propicia resistência mecânica ao *osso*, representando 65% na composição do tecido *ósseo*. Por isso, usar o *cálcio* isoladamente, por meio da suplementação, ajuda a diminuir o risco de *fraturas* osteoporóticas.

* VITAMINA D - É um coadjuvante do *cálcio* que o ajuda a ser absorvido pelo intestino, além de atuar reduzindo os níveis de paratormônio e estimulando a osteogênese por meio dos osteoblastos.

Com a idade, aumenta a necessidade de vitamina D no organismo, a qual é produzida de forma natural, por ação dos raios UVB do sol atuando sobre o 7-dihidrocolesterol que circula na pele irradiada e assim é transformado em colicalciferol, o qual apesar de já possuir hidroxila na sua molécula, recebe outra hidroxila no carbono 25 (ao passar pelo fígado), formando assim o calcidiol (25-hidrocolicalciferol). Tem ainda uma terceira hidroxila que recebe o carbono 1 por meio da hidroxilase (ao passar pelo rim), formando assim o calcitriol (1,25-dihidrocolicalciferol). O calcitriol ativa a absorção do *cálcio* da luz no intestino e atua na reabsorção tubular renal do *cálcio* urinário. É por isso que a vitamina D se associa ao *cálcio* na batalha contra a ***osteoporose***, ajudando a diminuir a incidência de *fraturas osteoporóticas*.

* TRH E TRE (TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E ESTROGÊNICA) – Esta é uma medida de tratamento indicada para mulheres em período pós-menopausa e deve ser iniciada assim que se adentre essa fase, com acompanhamento ***médico***, para que não haja aumento de risco de câncer de mama e distúrbios tromboembólicos. Seu efeito no combate à ***osteoporose*** é específico e somente eficiente para mulheres pós-menopausa.
* MODULADORES SELETIVOS DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERMS)- Para prevenir e tratar a ***osteoporose***, desenvolveram SERMs com ação de estimulação estrogênica sobre os receptores de estrógeno do osso, como : cloridrato de raloxifeno e lasofoxifeno.
* ESTEROIDES ANABOLIZANTES E HORMÔNIOS DE CRESCIMENTO – São pouco usados por causa de seus efeitos colaterais, mas ajudam a melhorar a formação da matriz proteica e estimulam os osteoblastos. Mas há um caso específico em que é bem eficiente: ***osteoporose*** secundária por hipogonadismo masculino, quando o ***médico*** geralmente indica o uso do metil testosterona para o paciente.
* OSTEOPROTEGERINA – Sua atuação é inibidora do RANK, a fim de impedir sua ligação ao osteoclasto, impossibilitando seu estímulo para reprodução e ativação da borda em escova.
* PTH E TERIPARATIDA – São considerados reabsorvedores de *osso* – osteíte fibrosa cística. Mas, se usados diariamente, atuam inibindo o sistema RANKL e aumentando a OPG e inibindo, assim, a reabsorção *óssea*. Além de estimularem a replicação e ação do osteoblasto endostal e periostal, aumentando assim a espessura da cortical, aumentando a região transversa do *osso*, ampliando também a conexão e espessura das trabéculas. Dessa forma, o *osso* melhora sua resistência mecânica. O tratamento é feito com microinjeções subcutâneas diárias, aplicadas com uma caneta que suporta 28 doses. É o tratamento ideal para pacientes com alto risco de *fraturas* e *refraturas*.
* RANELATO DE ESTRÔNCIO – Apresenta duas ações: antirreabsortivo e pró-formador. Se ministrado em doses pequenas diárias, atua estimulando a calcificação do tecido osteoide, além de aumentar o número de osteoblastos, maximizando a formação *óssea*. Em contrapartida, diminui a diferenciação dos osteoclastos , reduzindo sua ação. Dessa forma, age inibindo a reabsorção do *osso*. Em suma, aumenta os marcadores de formação e diminuem os de reabsorção *óssea*, sem contar que também melhora a macroarquitetura e resistência do osso por estimular a produção de *osso* periostal. Por isso é considerado um tratamento bastante eficaz no combate à ***osteoporose***, desde os estágios iniciais aos mais avançados, inclusive em idosos com até mais de 80 anos. Os riscos de *fraturas* vertebrais são reduzidos em 45% e as *fraturas* de quadril em 43%, pois o ranelato de estrôncio atua com mais rapidez e eficiência na formação de novo *osso* cortical e trabecular.
* BISFOSFONATOS – Os devidamente registrados no Brasil para tratar ***osteoporose*** são: alendronato de sódio, pamidronato de sódio, risedronato de sódio, ibandronato de sódio e ácido zoledrônico. São considerados uma espécie de amaciante biológico, por conta da capacidade de adsorção ao cristal da hidroxiapatita, assim como pela potência que inibe a ação dos osteoclastos. É por causa desse poder de adsorção que o bisfosfonato é reabsorvido junto com a reabsorção do tecido *ósseo* feita pelo osteoclasto. E é durante esse metabolismo que ocorre a adição de moléculas hidrófobas às proteínas que ajudam na função da borda em escova e sobrevivência do osteoclasto. Dessa forma é possível interromper a cadeia do mevalonato, inibindo assim a ação osteoabsortiva do osteoclasto.

O tratamento com bisfosfonatos é feito por via oral e possui baixa solubilidade, sendo necessária a ingestão com água mineral, com o paciente em jejum até meia hora após o uso. Isso porque os bisfosfonatos agridem a mucosa do esôfago, devendo ser esse período de jejum, portanto, acompanhado do cuidado de não deitar o corpo até que haja o esvaziamento gástrico a fim de evitar refluxo esofágico. Do que é ingerido, somente 1% é absorvido! 51% é eliminado via renal e 49% é adsorvido à hidroxiapatita na formação *óssea*. E quando os biofosfonatos são liberados na corrente sanguínea, seja pelo processo de desadsorção ou pela morte do osteoclasto, novamente são adsorvidos à hidroxiapatita. Para o tecido ósseo, o risedronato é o biofosfonato mais indicado porque tem mais capacidade de desadsorção que os outros, distribuindo-se com mais eficiência por toda estrutura e produzindo efeito multissítio.

Podemos dizer que os biofosfonatos são semelhantes na forma de agir, mas distintos em relação à potência dessas ações. O alendronato, por exemplo, é bem utilizado, com bons históricos de resultados clínicos já conquistados, o que o torna qualificado para indicação. Além de ter sido a primeira droga que mostrou eficácia no combate à ***osteoporose***, sendo usado há mais tempo e por maior número de pacientes se comparado às outras drogas. Porém, o risco está nos similares não testados clinicamente e no tempo de uso prolongado que pode causar fraturas por inibição forte da remodelação do *osso* (frozen bone). O risedronato, por sua vez, é o segundo no ranking dos mais usados e é indicado por sua rapidez de ação e eficiência antifratura, principalmente no quadril. Já o ácido zoledrônico se diferencia por ter uso endovenoso, com dose anual, o que facilita a aderência ao tratamento pelo paciente que não correrá risco de esquecer e/ou atrasar uma dosagem, além também de ter tempo de efeito maior que os ingeridos por via oral. Por isso, é bastante indicado para pacientes acamados, recém-operados por conta de fraturas no fêmur proximal.

É por isso que somente um ***médico ortopedista especializado*** pode avaliar o caso do paciente e indicar o biofosfonato mais adequado para tratamento da ***osteoporose*** e prevenção de *fraturas osteoporóticas*.

-----------------------------------------------------------------------------------------------

Entre todos os tratamentos, o melhor será sempre o que se adequar de forma mais eficaz e duradoura a cada caso de quadro clínico, de acordo com o nível e diferenciação da patologia, porém com o foco em comum de reduzir os riscos de *fraturas* osteoporóticas e melhorar a geometria e microarquitetura *óssea*. Lembrando que para ***osteoporoses*** secundárias, o fundamental é tratar a causa primária.

Portanto, o passo principal em um tratamento contra ***osteoporose*** e suas sequelas é a escolha de um ***médico ortopedista*** de confiança, que seja capacitado e especializado na área, para que possa ter o conhecimento necessário de todas as alternativas possíveis para tratar o paciente, com a atenção precisa ao caso e seu acompanhamento, a fim de indicar as medidas mais assertivas possíveis. Só assim muitas fraturas, incapacidades e fatalidades poderão ser evitadas!

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sugiro tratar os textos seguintes como um “à parte”, que pode aparecer em outro link ou na mesma página, mas de forma diferenciada, com diagramação e ilustração caprichada:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MITO OU VERDADE?**

**Tudo que você gostaria de perguntar a um *médico ortopedista* sobre *osteoporose*! Tire suas dúvidas aqui:**

**- É verdade que a temperatura e o clima do ambiente podem causar impacto na *osteoporose*?**

Verdade. O fato é que a vitamina D, grande aliada na absorção do *cálcio*, é produzida na exposição da pele aos raios Ultra Violeta. Por isso, durante o inverno, principalmente em regiões mais frias, pode ser adequado uma suplementação de vitamina D.

**- E quanto ao estresse? Causa impacto direto à *osteoporose*?**

Mito. O estresse temporário e isolado não interfere diretamente nos níveis de desenvolvimento da ***osteoporose***. O que pode ocorrer é de períodos de estresses muito prolongados causarem alteração nos hábitos alimentares e, então, essa dieta enfraquecida com a pouca oferta de *cálcio* e vitamina D prejudicar a saúde *óssea*. Portanto, mesmo estressado, se esforce para não deixar de se alimentar bem, dando ao seu organismo o *cálcio* e a vitamina D precisa para seu corpo.

**- Eu tenho *osteoporose*. É verdade que não posso praticar esportes?**

Mito. O que não pode é ficar parado! O sedentarismo sim é um fator de risco da ***osteoporose***!

A prática regular de atividades físicas, em qualquer idade, até auxilia na prevenção e tratamento da ***osteoporose***. Porém, converse com seu ***médico ortopedista*** para indicação do tipo de exercício mais adequado para sua saúde e bem estar.

**- Apenas mulheres tem *osteoporose*?**

Mito. Apesar de as mulheres serem mais propensas a sofrer com ***osteoporose*** em uma proporção de quatro a seis para cada homem, o universo masculino não está livre desse mal. O que acontece é que a perda de *cálcio* é maior nas mulheres, principalmente no período pós-menopausa, mas é uma situação que pode ser revertida ou ao menos controlada por meio de tratamentos específicos orientados pelo ***médico***.

**- Crianças estão livres de *osteoporose*?**

Verdade. Até pode ocorrer perda *óssea* na infância, mas geralmente é relacionada a outras patologias causadas por baixa de vitamina D e *cálcio* no organismo.

**- Meu filho não toma leite! Ele terá *osteoporose* quando crescer?**

Mito. Claro que o leite é fonte de *cálcio* e ajuda na prevenção da ***osteoporose***, mas você pode suprir essa carência com produtos derivados do leite ou que levem o leite em sua composição culinária. Porém, não desista e tente fazê-lo gostar de leite para uma alimentação mais saudável e livre de doenças causadas pela baixa do *cálcio*, inclusive a ***osteoporose***.

**- O colesterol interfere na *osteoporose*?**

Verdade. Teoricamente, há uma relação entre o Colesterol LDL, células imunes T, RANKL e Osteoclastos. Na prática e de forma bem resumida, o LDL induz a produção de RANKL que, por sua vez, ativa e amadurece células que reabsorvem os osteoclastos (*osso*). Com isso, podemos concluir que altos níveis de colesterol LDL podem sim interferir no aumento da ação dos osteoclastos causadores da ***osteoporose***.

**- Drogas e cigarro podem agravar a *osteoporose*?**

Verdade. São fatores de risco da ***osteoporose*** e devem ser evitados!

**- É verdade que quem tem *osteoporose* não pode ingerir bebidas alcóolicas?**

Verdade. O álcool é um fator de risco e deve ser evitado, porém o vinho tinto possui benefícios e por isso pode ser ingerido durante as refeições, principalmente para acompanhar a ingestão de carnes. Mas, não abuse! Apenas uma ou duas taças é o suficiente! Lembrando que essa função benéfica pode ser suprida na substituição do vinho por suco de uva ou de frutas vermelhas.

**- Existem restrições alimentares para pacientes de *osteoporose*?**

Mito. Quem tem ***osteoporose*** pode comer de tudo, mas existe ingredientes alimentares e medicamentosos que devem ser evitados serem consumidos junto com o leite, para não impedir a absorção do *cálcio* pelo organismo. São eles: ácido fítico, celulose, antiácidos, tetraciclina, álcool, bloqueadores da secreção ácida, alginatos, colestiramina, ácido oxálico.

**- Existem restrições de remédios para pacientes de *osteoporose*?**

Verdade. Converse com seu ***médico ortopedista*** sobre a medicação que precisa administrar, pois alguns remédios podem interferir na absorção do *cálcio*.

**- Tomar muito *cálcio* e vitamina D pode prejudicar e causar algum efeito colateral?**

Mito. O organismo absorve o que ele precisa e libera os excessos. Mas é sempre bom ter cuidado com hiperdosagens, por isso não se automedique! Consulte sempre seu ***médico ortopedista***!

**- No tratamento com *cálcio* e vitamina D também precisa tomar hormônio?**

Mito. Os hormônios geralmente são indicados especificamente para mulheres que sofreram perda de *cálcio* pela menopausa. E para essas situações, o uso deverá ser supervisionado pelo ginecologista em conjunto com o ***médico ortopedista***.

- **Posso pegar *osteoporose* se entrar em contato com o sangue de alguém no momento de uma *fratura* *osteoporótica*?**

Mito. Não há perigo algum de contaminação, não é uma doença contagiosa.

**- É possível ter uma *fratura osteoporótica* na coluna e não saber?**

Verdade. Há *fraturas* sem manifestações clínicas; são as *fraturas* morfométricas, as quais podem variar de incompletas até cominutivas, instáveis, impossíveis de remontar anatomicamente o *osso*. E podem, de fato, não ter sintomas, mas também podem ter sequelas sérias, com muita dor, inclusive, algumas podem até levar ao óbito ou incapacidade física permanente. A qualquer suspeita, consulte imediatamente um ***médico ortopedista***! E, já sabe, não espere ter uma *fratura* para cuidar de sua ***osteoporose***! Previna-se e viva melhor!

----------------------------------------------------------------------------------------------------------