

El uso de la estatina tiene poco efecto sobre las fracturas y la densidad mineral ósea

Statin use, clinical fracture, and bone density in postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Observational Study. Ann Intern Med 2003; 139: 97-104.

LACROIX AZ, CAULEY JA, PETTINGER M, ET AL.

El uso de HMG-CoA inhibidor de reductasa (estatinas) no reduce el riesgo de fracturas óseas ni mejora la densidad mineral ósea, DMO, en mujeres postmenopáusicas, de acuerdo al Women's Health Initiative Observational Study.

En este estudio prospectivo de cohorte, a 93.716 mujeres postmenopáusicas entre 50 y 79 años se le enviaron cuestionarios anuales para reportar varios resultados, incluyendo las fracturas clínicas.

Por el análisis de los datos reportados en este artículo, los investigadores compararon el efecto del uso de estatinas (n 7.846 mujeres, 8.4% de la población estudio) en la incidencia de fractura ósea, incluyendo las de cadera, así como los cambios en la DMO (medido por absorciometría de rayos X dual de energía, DEXA). El seguimiento promedio fue de 3.9 años. Al final del estudio la tasa de fracturas fue estadísticamente similar tanto en usuarias como en no usuarias de estatinas. La duración del uso de estatinas no afectó los resultados. Los RR ajustados por múltiples variables, fueron de 1.22 (IC 95%, 0.83-1.81) para fractura de cadera, 1.04 (IC 95% , 0.85-1.27) para la parte inferior del brazo y 1.11 (IC 95%, 1.00-1.22) para otras fracturas clínicas.

Los RR para DMO no difirieron significativamente entre usuarias y no usuarias de estatinas.

Las estatinas usadas fueron sinvastatina (2.6% del total de la población), lovastatina (2.1%), pravastatina (1.9%), fluvastatina (1.0%) y atorvastatina (0.8%).

Comentario. Este es un excelente estudio hecho con una muestra de 93.716 mujeres a quienes se siguió por cerca de 4 años, en una rama observacional del Women's Health Initiative, WHI. El uso de estatinas se reportó en el 8.4% de las mujeres. El estudio concluyó que el uso de estatinas no confiere ningún beneficio esquelético, específicamente, no reduce las fracturas de cadera, muñeca u otros huesos. Los autores han estratificado adecuadamente el análisis de los datos por años de uso y por potencia de las estatinas y los ajustaron de acuerdo con los factores de riesgo de osteoporosis más conocidos, pero este hecho no cambió la conclusión negativa. En algún momento los resultados apuntaban hacia un aumento del riesgo de fractura asociado con el uso de estatinas. Deberíamos considerar las limitaciones de este estudio: no hubo información del uso de estatinas, el tiempo relativamente corto de exposición a las estatinas (un tercio, menos de un año), y la duración relativamente corta de seguimiento (4 años en promedio) del resultado de fracturas.

Este informe agregado al número creciente de reportes negativos, podría poner fin a la especulación acerca del uso clínico de las estatinas para reducir la osteoporosis. A pesar de analogías interesantes en las vías bioquímicas de la HMG-CoA y en el metabolismo del colesterol, las estatinas usualmente usadas en cantidades conocidas no tienen apreciables efectos en el esqueleto. La investigación continúa en otras drogas HMG-CoA que pueden alterar la vía metabólica del ácido mevalónico y podrían probar su utilidad en osteoporosis.

Bruce Ettinger, MD
Senior Investigator, Division of Research
Kaiser Permanente Medical Care Program -
Oakland, CA

Evidencia nivel II-2