

# Osteoporose masculina.

**Claudio Mancini, MD, CCD**

**CRM 3751 MS/TEOT 7354**

Ex-presidente da Associação Brasileira de Osteometabolismo – ABOOM

Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT

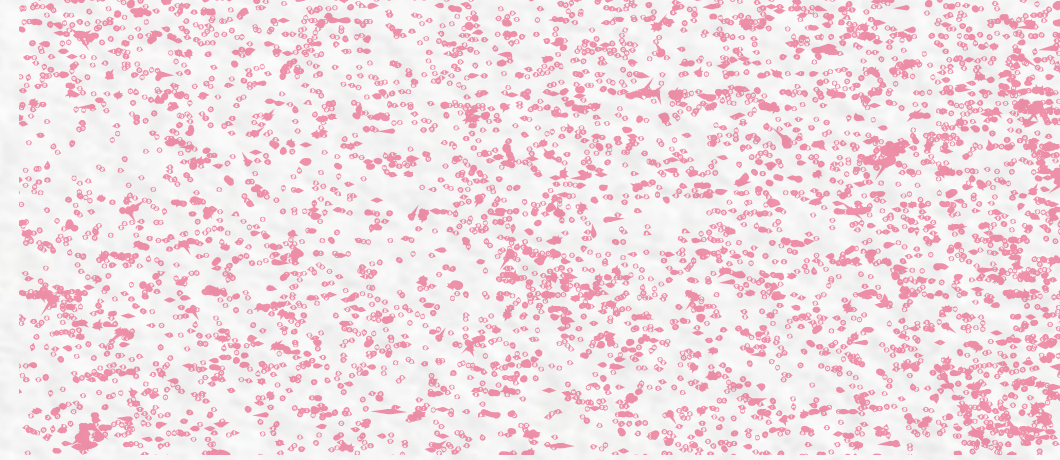
Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT

Titulado em Densitometria Óssea pelo Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR



**Iniciar leitura** >





# MENU



Introdução

Definição e fatores  
de risco associados

Classificação e causas da  
osteoporose masculina

Osteoporose masculina secundária

Como abordar um paciente com  
suspeita de osteoporose masculina

Tratamento

Referências bibliográficas





---

## **A osteoporose é uma doença relativamente comum.**

Dados mundiais apontam que ela acomete mais de 200 milhões de indivíduos no mundo, e no Brasil a estimativa é que 15% dos indivíduos adultos com mais de 40 anos tenham osteoporose.<sup>1</sup>

---

## **A osteoporose é uma doença silenciosa, crônica e incapacitante.**

As principais consequências deste defeito são as fraturas de fragilidade (fraturas osteoporóticas), que incorrem em grande morbimortalidade: 50% dos idosos perdem a independência após uma fratura do quadril, e até 30% morrem em um ano em decorrência desta fratura.<sup>2</sup>






---

## **A osteoporose foi por muito tempo considerada uma doença exclusiva da mulher.**

Atualmente a osteoporose é também uma questão de saúde pública para o homem, dada a incidência significativa de fraturas osteoporóticas no sexo masculino.<sup>3</sup>

 Menu








## DEFINIÇÃO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS.

---

No conceito atual, osteoporose é um distúrbio osteometabólico caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea (DMO), com deterioração da microarquitetura óssea, causando aumento da fragilidade esquelética e do risco de fraturas.<sup>4</sup>

**A osteoporose na mulher pós-menopausa, promovida pela variação hormonal estrogênica,** pode ocorrer por volta dos 45 aos 50 anos e até ser decorrente de uma menopausa precoce, sendo um grande fator de risco para as mulheres.





Por outro lado, a deficiência hormonal masculina (testosterona) ocorre em geral mais tardiamente, a partir da sétima década, e por este motivo acreditava-se que os homens não apresentavam osteoporose e não necessitavam de reposição hormonal e tratamento específico.<sup>3</sup>

Os hormônios sexuais, os fatores sistêmicos do metabolismo ósseo e, principalmente, a testosterona no homem, têm importante papel na determinação da massa óssea.<sup>5</sup>

**Os fatores de risco mais importantes para a pesquisa da osteoporose masculina são:** baixo índice de massa corporal, DMO baixa, história familiar, uso de glicocorticoides, fratura prévia, fumo, álcool e artrite reumatoide.<sup>6</sup>





# CLASSIFICAÇÃO E CAUSAS DA OSTEOPOROSE MASCULINA.

---

**A osteoporose masculina pode ser classificada como primária ou secundária.**

A forma primária é decorrente do envelhecimento e também chamada de senil. A outra forma primária conhecida é a idiopática. A osteoporose secundária advém de outros fatores que discutirei a seguir.<sup>3</sup>



# OSTEOPOROSE MASCULINA SECUNDÁRIA.

---

Entre as causas mais comuns da osteoporose masculina secundária destacam-se o hipogonadismo, a utilização de glicocorticoides de uso prolongado, a deficiência de vitamina D, o alcoolismo e o uso crônico de anticonvulsivantes e doenças gastrointestinais.<sup>7</sup>

**Entre 40% e 60% de causas de osteoporose masculina** podem ser identificadas como decorrentes de fraturas osteoporóticas.<sup>8-9</sup>

Como pesquisa para a causa da osteoporose masculina deve-se sempre investigar exaustivamente a história clínica, a avaliação das doenças secundárias, os fatores de risco, para um diagnóstico e um tratamento corretos.




Em 2010 um artigo escrito pelo fundador e ex-presidente da ABOOM – Associação Brasileira Ortopédica de Osteometabolismo, doutor Lindomar Oliveira Guimarães (in memorian), abrangeu de forma muita didática e esclarecedora a osteoporose masculina.

O artigo foi publicado na Revista Brasileira de Ortopedia – Rev. Bras. Ortop. Vol. 45, nº 5. São Paulo, 2010 (<https://doi.org/10.1590/S0102-36162010000500003>).<sup>10</sup>

Neste artigo, o doutor Lindomar Guimarães faz um resumo por meio de uma tabela sobre as causas e os fatores de risco muito interessante, que serve como guia para a nossa prática da clínica diária.<sup>10</sup> (Tabela 1)

Toque no botão abaixo para ver o artigo do doutor Lindomar na íntegra.

Toque e veja o artigo na íntegra

 Menu





**Tabela 1**

Causa de osteoporose no homem	Fatores de risco
Uso de corticoides	Idade $\geq$ 70 anos
Uso de imunossupressores	Fratura prévia após 40 anos
Hipogonadismo	História maternal de fratura
Alcoolismo	Baixo índice de massa corporal
Fumante	Baixa ingestão de cálcio
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Equilíbrio instável
Fibrose cística	Fraqueza do quadríceps
Medicação anticonvulsivante	Quedas nos últimos 12 meses
Doenças gastrointestinais	Etnia caucasiana
Espondilite anquilosante	Acuidade visual pobre
Tireotoxicose	Dor lombar
Hiperparatireoidismo	Sedentarismo
Artrite reumatoide	Uso de inibidores de andrógenos
Hipercalcúria idiopática	

Tabela 1- Causas da osteoporose masculina e fatores de risco. Adaptado Rev. Bras. Ortop. Vol. 45, nº 5. São Paulo, 2010 - <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162010000500003>.




# COMO ABORDAR UM PACIENTE COM SUSPEITA DE OSTEOPOROSE MASCULINA.

---

**A osteoporose, como citada anteriormente, é uma doença silenciosa,** mas, na realidade, pode se manifestar por meio de dor na região lombar e também na região dorsal.

Poderá apresentar quadro de acen-  
tuação da cifose, perda de estatura e  
ocorrência de fratura por trauma de  
baixa energia. O diagnóstico é reali-  
zado por meio da história clínica com a  
evidência dos fatores de risco, densito-  
metria óssea, exame radiográfico e por  
meio de uma fratura por fragilidade.<sup>11</sup>





Devido à alta prevalência de causas secundárias de osteoporose, sendo muitas delas subclínicas, recomenda-se a todos os pacientes antes de se iniciar qualquer tratamento uma avaliação laboratorial mínima que inclua hemograma completo, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, função tireoidiana e dosagem da 25(OH) vitamina D sérica, calciúria de 24 horas, dosagem da testosterona, paratormônio, além de radiografia simples lateral da coluna torácica e lombar e a medida da DMO na coluna lombar e fêmur proximal e, caso necessário, cintilografia óssea.<sup>12</sup>



- Medir DMO de rotina em idade de 70 anos e acima.<sup>13</sup>

- Homens com 50 anos de idade ou mais que sofreram fratura por trauma leve, incluindo aqueles com deformidade vertebral. Homens mais jovens com fraturas por trauma leve devem ser incluídos.

- Homens com doenças conhecidas, causadoras de osteoporose secundária, como: hipogonadismo, uso de corticoides, alcoolismo e outras doenças, e fatores de risco, como está na Tabela 1.



# TRATAMENTO.

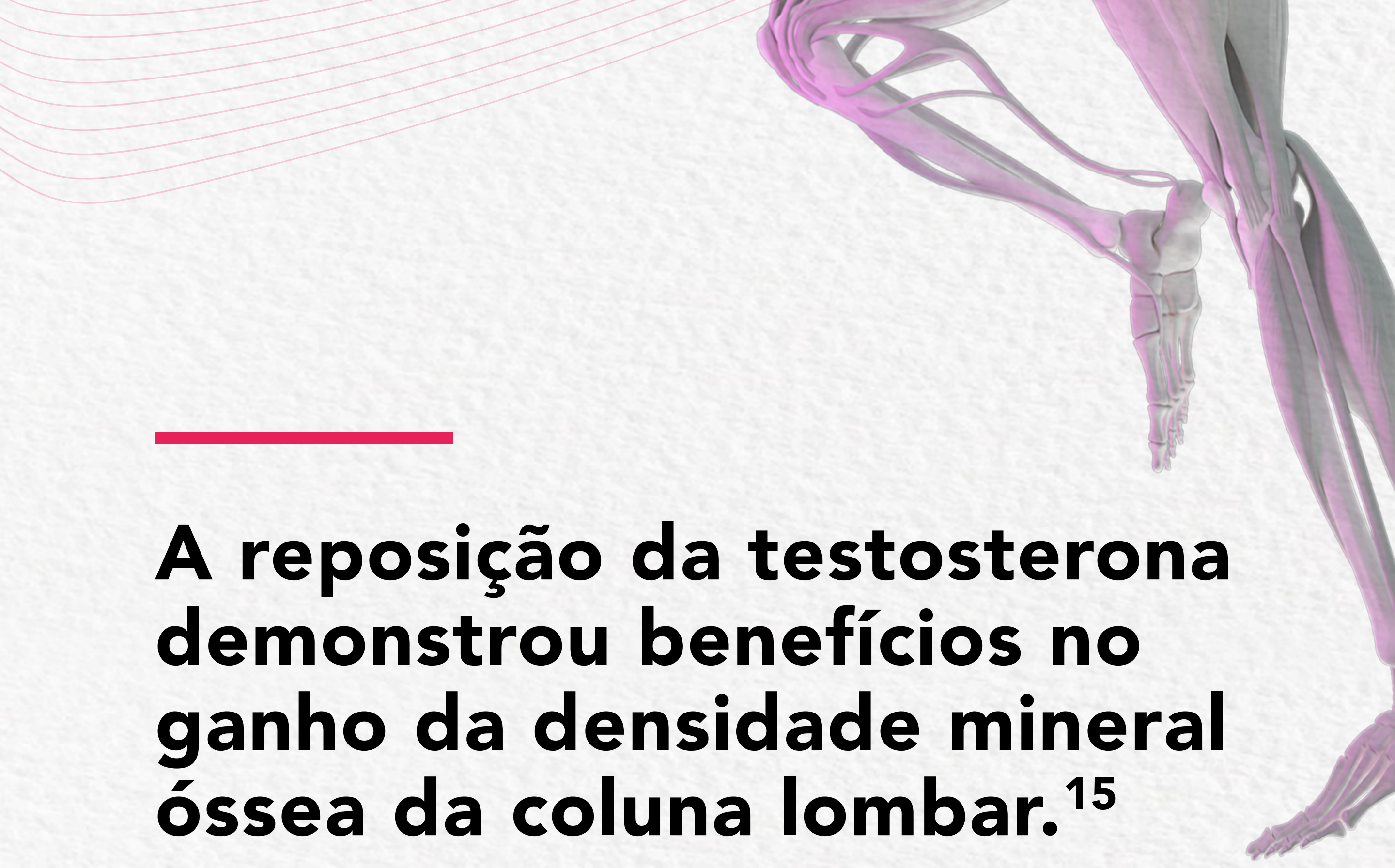
---

O tratamento da osteoporose masculina deve ser sempre de forma individualizada, e os fatores de risco modificáveis apresentados na história clínica devem ser abolidos, como fumo, álcool, sedentarismo, entre outros.

O pilar como auxiliar ao tratamento da osteoporose masculina se baseia na suplementação correta de cálcio quando este não é alcançado por dieta, correção da vitamina D3, magnésio e vitamina K2, além de atividade física e das drogas ativas.<sup>14</sup>

No caso da osteoporose masculina secundária, deve ser realizado o tratamento da doença de base, tal como corrigir a reposição da testosterona com discussão direta com o urologista.





---

## **A reposição da testosterona demonstrou benefícios no ganho da densidade mineral óssea da coluna lombar.<sup>15</sup>**

A retirada do glicocorticoide ou o seu manejo para doses menores, além da troca do composto empregado, devem ser também discutidos com o médico-assistente para maior benefício do paciente e evitar aumento do risco de fraturas.

O tratamento com drogas ativas disponíveis para osteoporose masculina são os antirreabsortivos (alendronato, risedronato, ácido zoledrônico e o denosumabe) e também os formadores ósseos (teriparatida, Romozosumabe).<sup>15</sup>



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1.** Conlley RB, Adib G, Adler RA, et al. Secondary Fracture Prevention: Consensus Clinical Recommendations from e Multistakeholder Coalition. *J Bone Miner Res* 2019.
- 2.** Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Osteoporos Int.* 2009;20(3):399-408.
- 3.** Oliveira LG. Osteoporose, guia para diagnóstico, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
- 4.** Consensus Development Conference. *JAMA.* 2001;285:785-95.
- 5.** Orwoll ES. Treatment of osteoporosis in men. *Calcif Tissue Int.* 2004;75(2):114-9.
- 6.** Kanis JA, Oden A, Johnell O, Johansson H, De Laet C, Brown J, et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporos Int.* 2007;18(8):1033-46.
- 7.** Prelevic GM. Osteoporosis in men. *J R Soc Med.* 2001;94(12)620-3.
- 8.** Seeman E, Melton LJ 3rd, O'Fallon WM, Riggs BL. Risk Factors for spinal osteoporosis in men. *Am J Med.* 1983;75(6):977-83.





**9.** Kelepouris N, Harper KD, Gannon F, Kaplan FS, Haddad JG. Severe osteoporosis in men. *Ann Intern Med.* 1995;123(6):452-4.

**10.** *Rev. Bras. Ortop.* Vol. 45, nº 5. São Paulo 2010 - <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162010000500003>.

**11.** Souza MPG. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. *Rev. Bras. Ortop.* 2010;45(3):220-9.

**12.** Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ.* 2010;182:1864-73).

**13.** Binkley NC, Schmeer P, Wasnich RD, Lenchik L. What are the criteria by which a densitometric diagnosis of osteoporosis can be made in males and non-caucasians? *J Clin Densitom.* 2002;5(Suppl):19-27.

**14.** Nguyen TV, Center JR, Eisman JA. Osteoporosis in elderly men and women: effects of dietary calcium, physical activity, and body mass index. *J Bone Miner Res.* 2000;15(2):322-31.

**15.** Eastell R, Boyle IT, Compston J, Cooper J, Fogelman I, Francis RM, et al. Management of male osteoporosis: report of the UK Consensus Group. *Q J Med.* 1998;91(1):71-92.






**Referências bibliográficas:** **1.** Kochanowski BA. Effect of calcium citrate-malate on skeletal development in young, growing rats. J Nutr 1990;120: 876-81. **2.** Reinwald S1, Weaver CM, Kester JJ. The health benefits of calcium citrate malate: a review of the supporting science. Adv Food Nutr Res. 2008;54:219-346. **3.** Rondanelli M, Opizzi A, Perna S, et al. Update on nutrients involved in maintaining healthy bone. Endocrinol Nutr 2013; 60(4): 197-210. **4.** Shiraki M, Shiraki Y, Aoki C, et al. Vitamin K2 (Menatetrenone) effectively prevents fractures and sustains lumbar bone mineral density in Osteoporosis Journal of Bone and Mineral Research 2000; 15(3): 515-21.

É proibida a reprodução ou transmissão parcial ou total do conteúdo deste material por qualquer meio sem autorização prévia da Apsen Farmacêutica. Material destinado exclusivamente a profissionais da saúde.

Junho/2021

 Menu

