

Actualizaciones en Osteología Vol. 1 (N° inaugural): 5-6, 2005.

EDITORIAL

Las paradojas de la Vitamina D

Una de las paradojas de la vitamina D es que a pesar de su innegable utilidad en preservar la salud esquelética, al no poder patentarse no atrae las inversiones necesarias para acelerar las investigaciones y aclarar los interrogantes que puedan surgir respecto a su mejor utilización.

Este número inicial de **Actualizaciones en Osteología** ha tenido la plausible iniciativa de dedicarse al tema de vitamina D, aportando conocimientos útiles para los médicos que tienen a su cargo pacientes con enfermedades óseas y enfatizando además la importancia del tema.

En primer lugar está descrito en detalle, a lo largo de tres artículos, el estado de vitamina D de la población de nuestro país, incluyendo estudios efectuados en el norte, en el centro y en el sur del territorio. Estos estudios han mostrado claramente que, si bien la deficiencia o insuficiencia de vitamina D es mayor en la población adulta que habita el sur del país, de ninguna manera están exentas de esa posibilidad los adultos que habitan la zona norte.

En síntesis, en las diferentes regiones del país se observó una alta incidencia (52 a 85%) de niveles de insuficiencia de 25(OH)D (inferiores a 20ng/ml) y solamente entre 2 y 17% de la población tenían niveles deseables del 25(OH)D (superiores a 30ng/ml).

En un estudio efectuado en la ciudad de Buenos Aires se observó que los hombres tenían niveles levemente superiores al de las mujeres y que dichos niveles estaban en relación al número de horas al aire libre y a la ingesta de alimentos ricos en vitamina D. Como estos

alimentos pueden ser de precio relativamente elevado, la población de menor nivel económico tenía con mayor frecuencia insuficiencia de vitamina D.

¿Cuál es la consecuencia de la deficiencia o insuficiencia de vitamina D? Un artículo revé claramente la relación que hay entre niveles bajos de 25(OH)D y la incidencia de fracturas de cadera. Asimismo se revisa el efecto terapéutico de la vitamina D en la prevención de las fracturas de cadera. Esta revisión indica que aquellos estudios en los que se administraron dosis adecuadas, más de 800 ó 1.000 UI/día, fueron eficaces en prevenir hasta 1/3 de fracturas de cadera. Al contrario, en un estudio en el que se emplearon dosis sumamente bajas, de 400 UI/día, no se observó ningún efecto preventivo.

Otros artículos aportan conocimientos sobre el efecto intrínseco de la vitamina D sobre la absorción de calcio y los problemas metodológicos en medir adecuadamente el nivel de 25(OH)D en plasma, que es el mejor indicador del estado de vitamina D del organismo.

Aunque menos conocido, el déficit de vitamina D puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial y algunos tipos de tumores como el cáncer de próstata, de mama y de colon.

Algunos interrogantes planteados con anterioridad han sido aclarados. Por ejemplo la administración de vitamina D₃ produce niveles de 25(OH)D que son alrededor de un 30% más elevados que los obtenidos con igual dosis de vitamina D₂. Otros permanecen sin develar. Por ejemplo, muchos de los suplementos orales de calcio disponibles en nuestro medio contienen distintas dosis de vitamina D, pero ningún estudio ha aclarado si esa vitamina D es efectiva para aumentar los niveles séricos de 25(OH)D. También puede decirse que existe consenso en que los niveles deseables de vitamina D para mantener la salud ósea en el adulto deben estar por encima de los 30 ng/ml. Como consecuencia lógica de los estudios publicados en este número de **Actualizaciones en Osteología**, surge que es

sumamente útil valorar el nivel de 25(OH)D en cualquier paciente que tiene una masa ósea baja y que va a iniciar un tratamiento “curativo” de su patología ósea. En la actualidad los numerosos estudios multicéntricos que evalúan la eficacia de distintas drogas en el tratamiento de la osteoporosis, exigen que el paciente tenga un nivel de 25(OH)D por encima de 20 ng/ml para ser incluidos en los protocolos. ¿A qué se debe esta exigencia? A que si se incluyeran estos pacientes, una parte del aumento de la masa ósea que puede atribuirse al fármaco en estudio podría en realidad deberse solamente a la corrección del déficit de vitamina D durante las etapas iniciales del estudio.

Finalmente, ¿cuál es el esquema más adecuado de administrar vitamina D a los pacientes que deben efectuar tratamiento por una osteoporosis diagnosticada? La dosis mínima debe estar en alrededor de 1.000 unidades de vitamina D₂ u 800 unidades de vitamina D₃. Sin embargo no es seguro que estos niveles puedan corregir el déficit, por lo menos durante los primeros meses o un año de tratamiento. ¿Deben estos pacientes recibir dosis mucho mayores para corregir el déficit y después disminuir a una dosis de mantenimiento? Observaciones efectuadas en nuestro laboratorio indican que la administración diaria de 5.000-10.000 UI de vitamina D₂ produjo niveles adecuados en la mayoría de los pacientes estudiados a los 3 meses de iniciado el tratamiento, sin efectos secundarios. Estudios de este tipo –que son sumamente útiles–, tienen una enorme dificultad de publicarse, dada la evidente homogeneidad de los expertos en el tema para rechazar todos los estudios que no siguen las pautas ya sancionadas. Ésta, creo, es otra paradoja de la vitamina D.

DR. CARLOS MAUTALEN
Director del Centro de Osteopatías Médicas,
Buenos Aires.