



CARTA AL EDITOR

Hipovitaminosis D: buscando la evidencia



Hypovitaminosis D: Searching for the evidence

Sr. Editor:

La vitamina D ayuda a fomentar una buena salud esquelética, manteniendo la homeostasis de calcio a través de su acción sobre el receptor de vitamina D^{1,2}. La presencia de receptores de vitamina D en tejidos extraesqueléticos, la síntesis de formas activas de vitamina D en células que poseen actividad de 1 α -hidroxilasa, y la asociación de la hipovitaminosis D con enfermedades extraesqueléticas hacen que se sospeche la existencia de un posible efecto extraesquelético de la vitamina D². Aunque no se demostró relación causal con patología no esquelética, varios estudios investigaron posibles beneficios de la suplementación de vitamina D en el contexto de estas enfermedades, algunos de los cuales refieren mejoría en cuanto a la repercusión clínica, el pronóstico y/o la prevención. Sin embargo, varios estudios recientes postulan que las manifestaciones extraesqueléticas no se corresponden con el déficit de la vitamina D y, por lo tanto, no mejoran significativamente con suplementos vitamínicos^{2,3}. Un estudio sugiere que la ausencia de evidencia para prescribir suplementos de vitamina D para disminuir la mortalidad global y prevenir enfermedad cardiovascular o neoplásica parece ser definitiva, sin necesidad de realizar más ensayos clínicos aleatorizados³.

La mayoría de las instituciones y sociedades no sugieren la realización de cribado poblacional para la hipovitaminosis D⁴⁻⁶. Sin embargo, se debe solicitar determinación de la 25-hidroxi-vitamina D₃ (25[OH]D) ante cualquier dato analítico del metabolismo fosfocálcico que nos haga sospechar el déficit de vitamina D o cuando el sujeto pertenece a un grupo de riesgo (mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, ancianos mayores de 65 años, pacientes obesos, personas de piel oscura desplazadas a latitudes con menos insolación, y personas institucionalizadas o con exposición solar limitada)^{2,4,7}.

La prueba analítica más recomendada para la valoración de las concentraciones séricas de vitamina D es la determinación de la 25(OH)D sérica; sin embargo, no hay consenso para los valores séricos de referencia. Los valores mínimos

para un estatus óptimo oscilan entre 20 y 30 ng/ml^{4,5}. Esta incertidumbre ha generado una cierta duda en casos de concentraciones séricas entre 20-30 ng/ml, puesto que podrían reflejar un estatus de suficiencia o de insuficiencia de cara a la decisión de suplementar; en estas determinaciones un factor a tener en cuenta es la estacionalidad y la disponibilidad del individuo a incrementar la exposición solar.

La prescripción de suplementos de vitamina D está indicada en casos de hipovitaminosis D diagnosticada por determinación analítica en aquellas personas que pertenecen a un grupo de riesgo y que no pueden alcanzar un estatus óptimo de vitamina D mediante exposición solar suberitematosa². Además, se recomienda suplementación profiláctica en población infantil menor de un año de edad, y en mujeres gestantes y durante la lactancia^{4,5}. La decisión de prescribir suplementos de vitamina D debemos tomarla con cautela porque no está exenta de riesgos; antes se debe descartar la existencia de hipercalcemia y/o hipercalcemia.

Una estrategia alternativa para el tratamiento o la prevención de hipovitaminosis D es el aumento de la cantidad de vitamina D ingerida a través de la dieta mediante alimentos enriquecidos¹; dicha medida es de importancia durante períodos con baja o nula exposición solar, recomendable incluso a partir del segundo año de vida⁸.

Es imprescindible recordar que la exposición suberitematosa a la luz natural sin protección solar es la fuente principal de vitamina D en niños y adultos. En ausencia de dicha fuente sería difícil, sino imposible, alcanzar los niveles séricos de vitamina D que requiere el organismo para sus necesidades metabólicas. La duración de la exposición solar depende de la estacionalidad, la zona geográfica, la hora del día, la coloración de la piel y de otros factores¹. En la zona mediterránea, se puede producir vitamina D mediante exposición solar desde marzo hasta octubre aproximadamente, siendo dicha producción prácticamente nula durante el invierno. La exposición solar de manos y pies 2-3 veces a la semana durante aproximadamente el 25-50% del tiempo que se desarrollaría un eritema mínimo sería suficiente para cubrir los requerimientos necesarios de producción endógena de vitamina D^{1,9}. Sin embargo, debido a que la exposición a la luz solar es un factor de riesgo para lesiones en la piel, deberíamos usar protector solar anteriormente a ese corto período de exposición y evitar una exposición prolongada.

En conclusión, la determinación analítica de la 25(OH)D sérica está indicada para grupos de riesgo o ante sospecha clínica de deficiencia de vitamina D. La suplementación está indicada en casos de hipovitaminosis D diagnosticada, y profilácticamente para menores de un año de edad, así como durante el embarazo y lactancia. Las concentraciones bajas de 25(OH)D se han asociado con una relación causal solo con sintomatología esquelética. Los suplementos de vitamina D mejoran la prevención y evolución de enfermedades musculoesqueléticas, reduciendo el riesgo de caídas en personas mayores con deficiencia de vitamina D o con antecedentes de caídas. No se recomienda la suplementación para prevenir patología extraesquelética, como diabetes, enfermedad cardiovascular, y otras.

Por todo lo expuesto anteriormente, y como medida de prevención contra el déficit de vitamina D, para toda la población se recomendaría sin límite de edad, sexo, y raza, una buena alimentación basada en dieta mediterránea, unido a la realización de ejercicio físico al aire libre y luz natural.

Bibliografía

- Hossein-nezhad A, Holick MF. Vitamin D. for health: a global perspective. *Mayo Clin Proc.* 2013;88:720–55.
- Glendenning P, Inderjeeth CA. Controversy and consensus regarding vitamin D: Recent methodological changes and the risks and benefits of vitamin D supplementation. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2016;5:13–28.
- Autier P, Boniol M, Pizot C, Mullie P. Vitamin D. status and ill health: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:76–89.
- Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:1911–30.
- Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. DRI (Dietary Reference Intakes): Calcium and Vitamin D. Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB, editores. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
- LeFevre ML. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for vitamin D deficiency in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2015;162:133–40.
- Kennel KA, Drake MT, Hurley DL. Vitamin D deficiency in adults: when to test and how to treat. *Mayo Clin Proc.* 2010;85:752–7, quiz 757-8.
- Grossman Z, Hadjipanayis A, Stiris T, del Torso S, Mercier JC, Valiulis A, et al. Vitamin D in European children-statement from the European Academy of Paediatrics (EAP). *Eur J Pediatr.* 2017;176:829–31.
- Tsiaras WG, Weinstock MA. Factors influencing vitamin D status. *Acta Derm Venereol.* 2011;91:115–24.

Ignatios Ioakeim^a, Alvaro Irigoyen von Sierakowski^b, Laura Urieta González^c, Aida Moreno Juste^d, Clara Laguna Berna^d y Francisca González Rubio^{d,*}

^a *Grupo de Investigación en Técnicas Mínimamente Invasivas (GITMI), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España*

^b *Centro de Salud Bombarda, Zaragoza, España*

^c *Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*

^d *Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscagonzalezrubio@gmail.com (F. González Rubio).