

La vitamina D y la EM

Jodie Burton, Profesora Clínica Auxiliar, Departamento de Neurociencias Clínicas, Universidad de Calgary, Alberta, Canadá

Durante décadas, se ha reconocido un patrón geográfico consistente de EM, con predominio y mayor riesgo en países más alejados del ecuador en ambas direcciones. La exposición a la luz solar y a la radiación ultravioleta (UV) es inversamente proporcional al riesgo y prevalencia de la EM y esto puede explicar la relación entre la latitud y la EM. La 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) en suero, el marcador de la vitamina D en sangre, es un producto directo de la exposición de la piel al sol/UV (la fuente principal de esta vitamina) y también es inversamente proporcional al riesgo y prevalencia de EM.

Los pacientes con EM tienen un 25(OH)D en

suero relativamente bajo. Aunque algunos factores podrían ser evitar el sol, el uso de esteroides y otras conductas, la relación entre la exposición a los rayos UV y la disminución al riesgo de EM es bastante firme, más firme que la relación entre la exposición a los rayos UV y el aumento a riesgos de melanoma. Los investigadores también han descubierto que un aumento de la exposición al sol durante la infancia está vinculado a una disminución en la probabilidad de desarrollar EM en el futuro.

Los estudios de vitamina D y calcio en modelos animales de EM han mostrado que si se realiza un tratamiento previo de animales con vitamina D y calcio antes del proceso de inducción de



El aumento de exposición solar en la infancia se vincula con una disminución de la probabilidad de desarrollo de EM en el futuro.

una enfermedad similar a EM, no se presentan evidencias de la enfermedad. Si este tratamiento se realiza luego de la inducción de la enfermedad, el animal aun se ve beneficiado. En estudios de laboratorio, la vitamina D ha mostrado reducir los marcadores de sangre de la inflamación implicada en EM.

Está claro que muchas personas que viven en países alejados del ecuador tienen 25(OH)D relativamente bajo. Se han realizado considerables investigaciones para determinar qué dosis de vitamina D es la óptima y que niveles de vitamina D en sangre promueven una buena salud e incluso la protección contra algunas enfermedades como EM.

Las recomendaciones actuales de la ingesta de vitamina D varían de 200 a 400 unidades internacionales por día (UI/día) en la población general, aunque esto está basado en la prevención de raquitismo (una enfermedad infantil causada por la deficiencia de vitamina D o calcio). Dichas dosis no llevarían a cambios mensurables en los niveles de 25(OH)D en sangre. Estudios recientes sugieren que las personas necesitan hasta 4.000 UI/día para alcanzar niveles de 25(OH)D en sangre de aproximadamente 100 nanomoles por litro (nmol/L), un valor relacionado con la disminución al riesgo de EM en un amplio estudio de más de 7 millones en los Estados Unidos.

Los primeros estudios sugieren que existe una verdadera relación entre la vitamina D, el riesgo a EM y la actividad de la enfermedad.

Con respecto a la EM, algunos estudios de observación menores han mostrado que la recidiva ocurre con mayor frecuencia en los meses de invierno, así como ocurre con el incremento de lesiones más nuevas en las imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), lo que sugiere que una falta de exposición a los rayos UV, (presuntamente vitamina D) puede

ser responsable de estos descubrimientos. Más recientemente, un amplio estudio controlado en niños que presentaban el primer evento de desmielinización demostró que aquellos con niveles de vitamina D más bajos tenían mayor probabilidad a convertirse en EM definitiva que aquellos con niveles de vitamina D más altos.

Sin embargo, aun existe la interrogante de cuál es la dosis de vitamina D y qué nivel de 25(OH)D en sangre podrá ya sea prevenir el desarrollo de EM o proporcionar un beneficio a aquellos que ya han desarrollado la enfermedad. A pesar de las evidencias que vinculan la vitamina D con el riesgo a sufrir EM y la actividad inmunitaria, aun se desconoce lo que constituye una dosis apropiada. Además, la dosis estudiada y recomendada en última instancia puede diferir en base al objetivo a alcanzar (prevención o tratamiento de EM versus simplemente estimular una buena salud ósea).

A pesar de la comprensible preocupación porque las posibles dosis mayores a las recomendadas de vitamina D lleven a efectos secundarios, la 25(OH)D en suero obtenida mediante la exposición al sol asciende a 220 nmol/L sin problemas reconocidos de tolerabilidad. Los informes de casos y los estudios en los que los sujetos tomaron entre 10.000 y 40.000 UI/día durante varios meses no han presentado evidencia de efectos secundarios. Si los efectos secundarios ocurrieran con dosis extremadamente altas de vitamina D, estarían relacionadas con la posibilidad de calcio elevado en sangre, lo que causaría síntomas que van desde la fatiga a arritmia cardíaca, parálisis y coma.

En resumen, el posible rol de la radiación solar/UV y presumiblemente de la vitamina D ha sido estudiado por más de medio siglo, con estudios tempranos y pruebas clínicas que sugieren que existe una vinculación real entre la vitamina D y el riesgo y actividad de EM. Si pudiéramos finalmente determinar una dosis ideal y niveles en sangre que mejoraran e incluso evitaran la EM, esto podría ofrecer una opción económica y de administración oral para personas con EM y aquellas en riesgo de sufrir la enfermedad.