



IF-040 - LOS SUPLEMENTOS DE CALCIDIOL ORAL SON MÁS EFECTIVO QUE LOS DE COLECALCIFEROL PARA ALCANZAR NIVELES ADECUADOS DE 25(OH)D EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES TRATADOS CRÓNICAMENTE CON BAJAS DOSIS DE GLUCOCORTICOIDES

M. Cruces Moreno¹, M. Ortego-Jurado², M. Parra Rosado¹, M. Moreno Higuera¹, C. Fernández Roldán¹, R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, N. Ortego-Centeno¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada. ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Objetivos: La deficiencia de vitamina D es prevalente en enfermos con enfermedades autoinmunes (EA) tratados con glucocorticoides (GC). Nuestro objetivo fue analizar los factores relacionados con niveles subóptimos de 25(OH)D y si los suplementos de calcidiol son más efectivos que los de colecalciferol para alcanzar niveles apropiados en pacientes con diferentes EA tratados de forma crónica con dosis bajas de GC.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes atendidos de forma consecutiva en la consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital San Cecilio, entre 01/2010 y 09/2013: > 18 años, en tratamiento con GC durante > 3 meses, que se esperara que fueran a recibirlos durante > 3 meses más, y a los que se les hubiera prescrito calcidiol o colecalciferol como tratamiento profiláctico de OTP. Se excluyeron los pacientes tratados con bolos de 6-MP en los 3 meses previos, que requirieran más de 15 mg/día de prednisona (Pd), o que padecieran otras enfermedades asociadas (neoplasias, enfermedad hepática, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, hipercalciuria o insuficiencia renal). Se hizo un seguimiento durante 1 año. Las visitas se espaciaron un máximo de 6 meses. En cada una de ellas se hicieron determinaciones de 25(OH)D, al menos 1 en primavera-verano (1 de abril a 30 de septiembre), y otra en otoño-invierno (1 de octubre a 31 de marzo), calculándose la media de ambas. Se consideraron niveles de 25(OH)D óptimos si ≥ 30 ng/ml, insuficientes si entre 15-30 ng/ml y deficientes si < 15 ng/ml. El estudio estadístico se realizó mediante el SPSS, versión 17.0.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes. Edad $56,06 \pm 16,11$; 30 hombres; 49 mujeres pre- y 68 posmenopáusicas. Dosis media de Pd $5,24 \pm 2,91$ mg/día. Ochenta y seis tratados con colecalciferol (800 UI/día); 49 con calcidiol (10.640 U/4 semanas); y 12 sin suplementos. El grupo de colecalciferol incluyó más mujeres menopáusicas (67,7% vs 46,5%; $p = 0,028$) y presentó un mayor IMC ($28,9 \pm 5,84$ vs $26,40 \pm 4,53$; $p = 0,01$). La prevalencia de niveles normales, insuficientes y deficientes de 25(OH)D, considerando la media anual, fue 46,9%, 40,8% y 12,2%. Los niveles de 25(OH)D fueron: sin suplemento 22,8 ng/ml, colecalciferol 24,6 ng/ml, calcifediol 35,6 ng/ml ($p = 0,002$). Se observó correlación negativa entre los niveles de 25(OH)D y el IMC ($r -0,19$; $p = 0,03$), y la dosis diaria de Pd

$r = -0,24$; $p = 0,003$). En el análisis de regresión múltiple los factores asociados con niveles subóptimos de 25(OH)D fueron: la dosis diaria de Pd y la administración de colecalciferol.

Discusión: En la profilaxis secundaria de OTP esteroidea, aún sin evidencia científica, se recomienda mantener niveles de 25(OH)D > 30 ng/ml, pudiéndose utilizar diferentes formas de suplementos. Aunque colecalciferol es el más utilizado en nuestro medio, calcifediol tiene varias ventajas: los GC inhiben la 25-hidroxilasa, por lo que calcidiol obviaría este efecto; al ser más soluble en solventes orgánicos se absorbe con más facilidad consiguiendo niveles de 25(OH)D más elevados y de forma más rápida, llegando con más facilidad a los órganos diana; y, en caso de afectación hepática, haría innecesaria la conversión hepática a 25(OH)D. En nuestro estudio calcifediol disminuyó el riesgo de presentar niveles subóptimos de 25(OH)D en un 56%.

Conclusiones: A pesar de aportar suplementos de vitamina D, observamos una alta prevalencia de niveles subóptimos de vitD en pacientes con EA tratados con dosis bajas de Pd. Un $>$ IMC y una dosis más elevadas de Pd incrementan el riesgo de tener niveles subóptimos, mientras que la toma de calcidiol lo disminuye.