

Los suplementos micronutricionales en la DMAE

Micronutritional supplementation in the ARMD

Hemos leído la carta del Dr. Díaz Llopis (Cartas al Director. Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 195-196) titulada ¿Debemos recetar antioxidantes en pacientes con DMAE? cuyo objetivo es clarificar si con la medicación comercializada se pueden cumplir los objetivos de tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Analizando los apartados de la misma deseamos hacer las siguientes puntualizaciones a favor de la suplementación micronutricional en la DMAE:

1. El age-related eye disease study (AREDS) (1,2) es un trabajo relevante, pero no el único científicamente valorable sobre antioxidantes en relación a la DMAE. Previamente, el «Beaver Dam Eye Study» financiado por el Instituto Oftálmico Nacional (del NIH, USA), examinó desde 1987 una población de 6.000 sujetos entre 43-84 años analizando la prevalencia e incidencia de DMAE en relación con la salud, calidad de vida, medioambiente y tratamientos médicos y paramédicos. Los resultados aparecen en más de 100 trabajos científicos, refrendados por grupos de todo el mundo, por citar algunos el «Blue Mountains Eye Study» en Australia, el estudio «Róterdam», el «Los Angeles Latino Eye Study», así como el francés POLA «Pathologies Oculaires Liees à l'Age» el propio AREDS y el más reciente LAST «Lutein and antioxidants study trial». Todos concluyen que la vigilancia de la nutrición y la salud en general junto a la eliminación de factores de riesgo se reflejan positivamente en la salud ocular en relación al envejecimiento.

2. El AREDS (1,2) sí obtuvo resultados positivos sobre los efectos de la suplementación con micronutrientes en la DMAE, demostrando que a los 5 años los niveles séricos de antioxidantes (AOX) y Zn aumentaban en los grupos de pacientes suplementados. A los 6 años concluyeron que estos suplementos y las concentraciones séricas por ellos alcanzadas resultaban beneficiosos en las formas incipientes con drusas blandas múltiples de gran tamaño y en las formas intermedias y avanzadas de DMAE, retrasando su evolución. En nuestra opinión, estos resultados son interesantes, pero hay que tener en cuenta que no son definitivos, tanto a favor

como en contra. En el protocolo se incluían ciertos micronutrientes, a concentraciones excesivas en casos y deficitarias en otros, con notables ausencias de vitaminas y oligoelementos con demostrada eficacia en relación al envejecimiento (por ej. se ha publicado recientemente que la vit. D posee actividad antiproliferativa y antitumoral, regulando la expresión de genes con gran relevancia en el envejecimiento) (3). También son discutibles los criterios de inclusión/exclusión y algunas partes del tratamiento estadístico en el AREDS. En este sentido estamos de acuerdo con otros autores que han comentado con anterioridad estas deficiencias (García Layana, A; Arch Soc Esp Oftalmol 2002; 77: 57-58). Asumimos que este estudio refleja el interés mundial por el estado nutricional de los pacientes con DMAE, salvando la diversificación nutricional entre culturas y continentes. No obstante deseamos enfatizar que un estudio científico, ni aun siendo muy sobresaliente demuestra nada definitivo por sí solo, puesto que requiere la reproducción por diferentes autores en diferentes partes del mundo para convertirse en un referente de la investigación biomédica. Y aún no se ha dicho la última palabra sobre los antioxidantes y las enfermedades oculares.

3. Si hablamos de la DMAE como proceso multifactorial al que científicamente se ha reconocido una base oxidativa, asumiremos la función de los radicales libres y defensas antioxidantes en su aparición y evolución (4). Y aquí debemos recordar y rendir tributo a Denham Harman (5) que describió en 1954 la teoría de los radicales libres y el envejecimiento. En una entrevista reciente le preguntaron al octogenario profesor que suplementos tomaba para gozar de tan buena salud, a lo que respondió que su fórmula personal incluía diariamente 400 UI de vit E, 2000 mg de vit C, 100 mcg de Se y 30 mg de coenzima Q 10. Y añadió «antes tomaba más, pero me fatigaba». El profesor Harman explicó que los AOX en exceso causan fatiga y debilidad muscular. Y en este sentido fue contundente «aunque los organismos disminuyen su eficacia metabólica con la edad, también las necesidades de micronutrientes aumentan con el envejecimiento». Por lo tanto parece razonable consumir suplementos con antioxidantes en concentraciones menores durante más tiempo, que abusar de las megadosis de vez en cuando. Quedaría por establecer la forma y momento adecuado para la actuación nutricional, pero de ningún modo debe desestimarse su importancia. Basándonos en nuestra experiencia personal cree-

mos que la forma mas conveniente de enfocar el problema en relación a la DMAE es la suplementación micronutricional preventiva (en sujetos de riesgo: hipertensos, fumadores, dislipémicos, cardiopatas y/o con antecedentes familiares del proceso) y en estadios incipientes de la enfermedad, y puntualizamos que nunca los prescribimos con la expectativa de estar utilizando un tratamiento curativo. Recomendamos de acuerdo con los datos del AREDS, otros trabajos similares y nuestra experiencia personal, realizar las determinaciones plasmáticas de actividad oxidativa y antioxidante con el fin de pautar cuando sea posible la suplementación micronutricional de forma individualizada. Sugerimos que una de las opciones para prescribir suplementos antioxidantes es pautarlos en base al estado oxidativo y antioxidante general del sujeto, determinando la concentración plasmática de los mismos mediante métodos bioquímicos estandarizados y muy asequibles. Así, recordando a Harman, se evitarían sobredosis, administraciones innecesarias o efectos secundarios derivados de una dudosa pauta de prescripción.

4. Y con respecto al último párrafo en el que los autores concluyen «cualquiera de los fármacos actualmente comercializados para nuestros pacientes con DMAE carece actualmente del mínimo rigor científico para recomendar su administración de manera continuada», con todos los respetos informamos que a nuestros pacientes con DMAE les prescribimos los suplementos antioxidantes (que no fármacos) basándonos en pruebas científicas de laboratorio y además les recomendamos tomar los productos comercializados por la industria farmacéutica en nuestro país. Los suplementos micronutricionales deben recomendarse de forma preventiva y como coadyuvantes de otras actuaciones científico-médicas. Este tipo de productos los pautamos a largo plazo y con descansos puntuales. No desestimamos actuaciones encaminadas a mejorar la salud en general. Si dudan de los antioxidantes, temen sus efectos secundarios y les preocupa su costo, también podrían cuestionar otras actuaciones oftalmológicas invasivas, costosísimas y muy arriesgadas, con listados interminables de complicaciones que a veces consiguen mínimos resultados. Y sin embargo todos los utilizamos y valoramos. Los suplementos micronutricionales comercializados por la industria farmacéutica están respaldados por las Leyes Españolas y su formulación es el resultado de la aplicación de las cantidades

diarias recomendadas (CDT) para cada uno de los micronutrientes, basadas en las resoluciones de los comités de expertos y de acuerdo con la legislación vigente. En nuestro país, los más sobresalientes en investigación oftalmológica con relación al tema que nos ocupa y citados por orden alfabético son Alcón, Esteve, Farma-Lepori, Novartis y Thea, que por su trayectoria en esta especialidad nos merecen toda la confianza.

Dicho todo esto sin ánimo de polemizar y mucho menos de discutir con el Dr. Díaz Llopis, expresamos estas opiniones diferentes a la suya, dándole las gracias por darnos la oportunidad de exponer nuestras ideas en este foro.

Pinazo-Durán MD¹, Vinuesa-Silva I²

¹ Doctor en Medicina.

Especialista en Oftalmología.

Coordinador de Investigación Unidad

Investigación Oftalmológica Santiago Grisolí.

Investigación Oftalmológica Área S Campo de

Gibraltar. España

² Doctor en Medicina.

Especialista en Oftalmología.

Jefe de Oftalmología Hospital Punta de Europa.

Área S Campo de Gibraltar.

Presidente de Grupo Sur Glaucoma. España.

E-mail: pinazoduran@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. *Arch Ophthalmol* 2001; 119: 1417-1436.
2. Clemons TE, Milton RC, Klein R, Seddon JM, Ferris FL 3rd; Age-Related Eye Disease Study Research Group. Risk factors for the incidence of Advanced Age-Related Macular Degeneration in the Age-Related Eye Disease Study (AREDS) AREDS report no. 19. *Ophthalmology* 2005; 112: 533-539.
3. Chen TC, Holick MF, Lokeshwar BL, Burnstein KL, Schwartz GG. Evaluation of vitamin D analogs as therapeutic agents for prostate cancer. *Recent Results Cancer Res* 2003; 164: 273-288.
4. Evans JR. Antioxidant vitamin and mineral supplements for slowing the progression of age-related macular degeneration. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19: CD000254.
5. Harman D. Free radical theory of aging: an update: increasing the functional life span. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1067: 10-21.