

Cartas al director



Réplica del autor

Sr. Director:

Agradecemos a Larrad Jiménez el interés mostrado por nuestro trabajo “Influencia de la tiroidectomía sobre la pérdida de masa ósea en relación con el déficit de calcitonina y el tratamiento con tiroxina” al enviar una carta al director de la Revista, lo que nos permite ampliar algunos aspectos del mismo.

A modo de introducción queremos recordar que se trata de un estudio transversal y, por tanto, los datos que se refieren son los obtenidos al incluir a las pacientes en él. Durante el tiempo de tratamiento (36-155 meses) fueron sometidas a estudios periódicos de la función tiroidea, con la finalidad de ajustar las dosis de tiroxina a los requerimientos metabólicos de cada situación. De la revisión de esos datos analíticos se desprende que varían en el tiempo en cada paciente, que no siempre se encuentran dentro del mismo rango que los referidos en el estudio, y que en las tiroidectomías totales se aprecia una tendencia a valores de TSH por encima de dicho rango, aunque no siempre en las mismas pacientes. Ninguna presentó clínica de hipertiroidismo ni de hipotiroidismo.

Tras estas consideraciones, respondemos a las cuestiones planteadas:

1. El rango normal de TSH referido está entre 0,3 y 4,5 U/ml.

TABLA 1. PTH y vitamina D en casos y controles

	Casos (n = 60)	Controles (n = 60)	p
PTH	47,09 ± 18,98	45,34 ± 14,46	0,603
25-hidroxi-D	22,92 ± 11,44	22,22 ± 12,11	0,752
1,25-dihidroxi-D	31,78 ± 15,36	32,92 ± 17,10	0,720

2. En el grupo de las tiroidectomías totales, tres pacientes presentaron valores de TSH por debajo del rango referido, con T3 y T4 normales, con controles previos normales y sin pérdida de densidad ósea en relación con sus edades. En 9 la TSH estuvo por encima del mismo, una con T3 baja y T4 normal, apreciando pérdida de densidad ósea en relación con la edad en la región lumbar en un caso y en el triángulo de Ward en otro.

3. En el grupo de las tiroidectomías subtotales, se hallaron tres con TSH por debajo de dicho rango, con controles previos normales, y otras tres por encima, todas con T3 y T4 normales. Ninguna presentó pérdida de densidad ósea en relación con la edad.

4. En relación con la vitamina D, aplicando los criterios de selección expuestos y realizando las determinaciones analíticas en la misma época del año en casos y controles, pretendimos que ésta tuviera la menor influencia posible en la comparación de sus masas óseas. No se apreciaron diferencias entre dichos valores, ni en los de la PTH (tabla 1). Se hallaron títulos de calcidiol inferiores a 10 ng/ml en 6 de las tiroidectomizadas y en 5 de las no

tiroidectomizadas, lo que supone un 9,16% del total. Estos resultados difieren, como era de esperar, del 35% hallado en el trabajo referido por Larrad, en un estudio realizado en mujeres posmenopáusicas, con sintomatología ósea y que en un 65% presentaban osteoporosis¹.

Estamos de acuerdo con Larrad Jiménez en que, entre los muchos factores a valorar en estudios de la masa ósea en relación con el tiroides, el de la vitamina D es imprescindible. Es probable, además, que se necesite complementar futuros estudios con el análisis de la distribución de los genotipos de los receptores de dicha vitamina en las poblaciones que se comparan².

Hipólito Piñeiro^a, Pedro Gil^a, Nieves Cáceres^a, Concepción Páramo^a, Ceferino Barbazán^a, M. Amalio Andrade^a, Concepción Gómez^a y Joaquín Potel Lesquereux^b

^aComplejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo. ^bHospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Bibliografía

1. Aguado P, Garcés MV, González Casaus ML, Del Campo MT, Richi P, Coya J, et al. Alta prevalencia de deficiencia de vitamina D en mujeres posmenopáusicas de una consulta reumatológica en Madrid. Evaluación de dos pautas de prescripción de vitamina D. *Med Clin (Barc)* 2000;114:326-30.
2. Obermayer-Pietsch BM, Fruhauf GE, Chararas K, Mikhail-Reinisch S, Renner W, Berghold A, et al. Association of the vitamin D receptor genotype BB with low bone density in hyperthyroidism. *J Bone Miner Res* 2000;15:1950-5.