



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Hipercolesterolemia. Abordaje terapéutico

A. Moráis López^a, R.A. Lama More^a, J. Dalmau Serra^b y Comité de Nutrición de la AEP^{*,**}

^aUnidad de Nutrición Infantil y Enfermedades Metabólicas, Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España

^bUnidad de Nutrición y Metabolopatías, Hospital Infantil La Fe, Valencia, España

Recibido el 27 de noviembre de 2008; aceptado el 3 de febrero de 2009

Disponible en Internet el 9 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Hipercolesterolemia familiar;
Hipercolesterolemia secundaria;
Lipoproteínas;
Dieta;
Actividad Física;
Resinas;
Estatinas

KEYWORDS

Familial hypercholesterolemia;
Secondary hypercholesterolemia;
Lipoproteins;

Resumen

La hipercolesterolemia se asocia a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular precoz y queda definida por unos valores de colesterol total y de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) superiores al percentil 95 para la edad y el sexo. En población pediátrica, se recomienda cribado selectivo a partir de los 2 años de edad en los niños con sobrepeso, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz o con padres que presenten hipercolesterolemia.

El abordaje no farmacológico incluye tratamiento dietético, actividad física adecuada y estilos de vida saludables. Si tras un tratamiento dietético correcto se mantienen valores muy elevados de cLDL o moderadamente elevados junto con otros factores de riesgo cardiovascular, se recomienda el tratamiento farmacológico a partir de los 10 años. En caso de valores de cLDL extremadamente elevados (> 500 mg/dl) debe considerarse adelantar el inicio del tratamiento farmacológico a los 8 años. La respuesta al tratamiento con resinas fijadoras de ácidos biliares suele ser modesta. Por seguridad y eficacia, las estatinas pueden considerarse fármacos de primera elección.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hypercholesterolemia: A therapeutic approach

Abstract

High blood cholesterol levels represent an important cardiovascular risk factor. Hypercholesterolemia is defined as levels of total cholesterol and low-density lipoprotein cholesterol above 95th percentile for age and gender. For the paediatric population, selective screening is recommended in children older than 2 years who are overweight,

*Autor para correspondencia.

**Comité de Nutrición de la AEP: Javier Aranceta Bartrina, Jaime Dalmau Serra, Ángel Gil Hernández, Rosa A. Lama More, M^a Asunción Martín Mateos, Venancio Martínez Suárez, José Manuel Moreno Villares, Pilar Pavón Belinchón, Lucrecia Suárez Cortina* y Ricardo Uauy Dagach.

Correo electrónico: lsuarez.hrc@salud.madrid.org (Comité de Nutrición de la AEP).

Cholesterol dietary;
Physical activity;
Resins;
Statins

with a family history of early cardiovascular disease or whose parents have high cholesterol levels.

Initial therapeutic approach includes diet therapy, appropriate physical activity and healthy lifestyle changes. Drug treatment should be considered in children from the age of 10 who, after having followed appropriate diet recommendations, still have very high LDL-cholesterol levels or moderately high levels with concomitant risk factors. In case of extremely high LDL-cholesterol levels, drug treatment should be taken into consideration at earlier ages (8 years old). Modest response is usually observed with bile acid-binding resins. Statins can be considered first-choice drugs, once evidence on their efficacy and safety has been shown.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Debe considerarse una situación de hipercolesterolemia cuando los valores plasmáticos de colesterol total (CT) y de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) se encuentren por encima del percentil 95 (P95) para la edad y el sexo. De modo práctico, el Panel de Expertos en Niveles de Colesterol en Niños y Adolescentes del Programa Nacional de Educación sobre Colesterol de Estados Unidos propuso en 1992 los puntos de corte que se definen en la [tabla 1](#)¹, los cuales siguen teniendo plena vigencia². Estos valores son igualmente útiles si se toman como referencia los datos publicados para niños españoles, como los del estudio GALINUT (1999), el estudio RICARDIN II (1995), el estudio de Fuenlabrada (1990) y otros³⁻⁵. Además de los valores reseñados para el CT y el cLDL, deben considerarse anormales en niños y adolescentes los valores de triglicéridos (TG) superiores a 150 mg/dl y los valores de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) inferiores a 35 mg/dl⁶.

Indicaciones de estudio y tratamiento

Cribado selectivo

En el momento actual, el cribado universal de alteraciones lipídicas no se indica en la edad pediátrica, ya que no se dispone de pruebas suficientes para decidir a favor o en contra de la realización de controles sistemáticos en lactantes, niños, adolescentes y adultos menores de 20 años, a diferencia del resto de la población adulta. Hasta el

momento, no se han llevado a cabo estudios que determinen qué valores de colesterol acelerarían el proceso aterosclerótico en la edad infantojuvenil, aunque es sabido que aproximadamente la mitad (del 40 al 55%) de los niños con valores elevados de CT y de cLDL continuarán con hiperlipidemia en los años posteriores⁷.

Se recomienda el cribado selectivo en niños y adolescentes en las siguientes situaciones^{1,8,9}:

- Cuando haya historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz (en progenitores o abuelos, a edades iguales o menores de 55 años). Este concepto incluye infarto de miocardio, angina de pecho, enfermedad vascular periférica, enfermedad vascular cerebral y muerte súbita de causa cardíaca. También se considera historia familiar positiva si a los padres o abuelos, a edades iguales o menores de 55 años, se les hubiera realizado arteriografía coronaria diagnóstica y se les encontrara arteriosclerosis coronaria o en caso de haberseles realizado angioplastia con balón o *bypass* coronario.
- Cuando al menos uno de los progenitores presente valores de CT iguales o superiores a 240 mg/dl en el contexto de un control de salud sistemático.
- Niños con sobrepeso u obesidad, ya que el sobrepeso infantil se ha mostrado como el mejor marcador independiente de dislipidemia en la edad adulta, después de los valores de cLDL^{10,11}. En el caso de coexistir sobrepeso u obesidad con dislipidemia, debe realizarse cribado de otros componentes del síndrome metabólico, como resistencia a la insulina, diabetes de tipo 2, hipertensión o adiposidad de predominio central.
- Opcionalmente, en niños que presentan otros factores de riesgo, como tabaquismo, hipertensión, seguimiento de dietas con alto contenido en grasa, diabetes o estilo de vida sedentario.

En la historia clínica de atención primaria del niño conviene revisar estos antecedentes familiares y personales anualmente.

El tipo de parámetro para valorar en el cribado varía según el criterio por el que se decida realizarlo ([fig. 1](#))¹:

- Si el criterio es el hallazgo en un progenitor de un valor de CT igual o superior a 240 mg/dl, debe realizarse inicialmente una determinación de CT.
- Si los valores de CT en el niño se encuentran por encima de 200 mg/dl, se debe realizar análisis de lipoproteínas en ayunas.

Tabla 1 Puntos de corte para colesterol total y colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (National Cholesterol Education Program, Panel Expert Guide, 1992)¹

	CT (mg/dl)	cLDL (mg/dl)
Aceptable (<P75)	< 170	< 110
Límite (P75-95)	170-199	110-129
Elevado (>P95)	≥ 200	≥ 130

CT: colesterol total; cLDL: colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; P: percentil.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4142801>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4142801>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)