

---

## Manejo de situaciones especiales de las dislipidemias

---

Alicia B. García, Fernando Brites, Ángela M. Luongo, Jorge Alvariñas, María I. Araujo, Waldo Beloso, Eulalio Be-reziuk, Guillermo Burlando, Mabel Carrera, Luis Cuniberti, Mónica Chioccone, Hernán Doval, Alicia Elbert, Teresa Enrico, María C. Faingold, Mabel Ferraro, Gustavo Frechtel, Graciela Fuente, Claudio González, Silvia Lapertosa, Alberto Livov, Eva López González, Julio Mollerach, Marcelo Mollerach, Carmen Mazza, Julio Montero, Mónica Paneth, Gabriela Portunato, Susana Salzberg, Silvio Schraier, Laura Schreier, Marta de Sereday, Biruta Sermukslis, Isaac Sinay, Jorge Tartaglione, Pedro Tesone, Mercedes Traversa, Nora Vainstein, María C. Varela, Jorge Vilariño, Mónica Virga, Regina Wikinski, José E. Costa Gil.

### FORO INTERSOCIETARIO DE ESTUDIOS PARA LA SALUD (FISES), INTEGRADO POR:

Asociación Argentina de Aterosclerosis (AAA), Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parental (AANEP), Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) y Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA).

### NIÑOS Y ADOLESCENTES

No hay evidencia de alteraciones lipídicas específicas en niños con DM1. La dislipidemia debe ser considerada un factor de riesgo agregado, dadas las dificultades de lograr los objetivos de control glucémico. En los adolescentes, puede haber aumento de TG, en menor medida de c-LDL y disminución de c-HDL asociada a obesidad e insulinoresistencia.

Se recomienda realizar perfil lipídico en niños y adolescentes cada 5 años si los lípidos séricos son normales, al diagnóstico o de corto tiempo de evolución de la enfermedad, y anualmente si presenta situaciones de riesgo: tabaco, sedentarismo, HbA1c mayor que lo deseado, etcétera.

Cuando no se logran los objetivos de control, se recomienda optimizar el control glucémico y realizar seguimiento cada 3 a 6 meses hasta su normalización.

Si el c-LDL está entre 110-129 mg/dl luego de 6 meses, hay que maximizar el tratamiento no farmacológico. Si el paciente es mayor de 10 años y el c-LDL está entre 130-159 mg/dl, y se asocian situaciones de riesgo CV o tiene c-LDL  $\geq$ 160 mg/dl, hay que iniciar tratamiento farmacológico.

La colestiramina es la droga más segura en pediatría. La FDA aprobó el uso de estatinas en pacientes con hipercolesterolemia familiar mayores de 10 años, que en orden de eficacia son: pravastatina, lovastatina, simvastatina y atorvastatina (II,b). Iniciar con dosis bajas, con monitoreo estricto de c-LDL y la detección de posibles efectos secundarios (II,c).

Con TG  $\geq$ 700 mg/dl en forma persistente, se inicia tratamiento farmacológico con fibratos, drogas de primera elección (I,c).

### DIABETES Y EMBARAZO

Si bien no se han consensuado umbrales de diagnóstico de hiperlipemia durante el embarazo, se han establecido los percentilos de las fracciones lipídicas en la 36ª semana de gestación (I,b). Con niveles de lípidos mayores al percentilo 95 o que después de la 8ª semana posparto continúen elevados, se sospechará una dislipemia previa al embarazo.

Se evaluó, en forma comparativa, el perfil lipídico en diabetes gestacional (DG) y pregestacional; los TG estaban significativamente elevados en DG y DM2 embarazadas (I,b).

El aumento de TG por encima del percentilo 75 en el 3º trimestre es un factor de riesgo para el desarrollo de alto peso para edad gestacional (I,b). La pancreatitis gestacional difícilmente se desarrolle con TG menor de 1000 mg/dl (I,b).

#### Tratamiento

La colestiramina no está contraindicada (I,b). Hay pocos estudios sobre el uso de estatinas, y no demostró teratogenicidad (I,c). Se recomienda suspenderla cuando se programa o confirma un embarazo. Las HTG  $\geq$ 500 mg/dl requieren un estricto control y tratamiento (I,c). Ante la falta de respuesta con un

plan de alimentación e insulino-terapia, se utiliza AGP omega 3 como primera elección y fibratos después del primer trimestre, aunque no hay evidencia de teratogenicidad (I,c).

La hiperquilomicronemia familiar es un desafío durante el embarazo ya que puede requerir plasmaféresis para evitar la pancreatitis gestacional (I,c).

## DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON DIABETES Y DAÑO RENAL

La dislipidemia asociada a las etapas iniciales de la enfermedad renal (ER) en pacientes con DM empeora a medida que esta avanza y presenta perfiles diferentes. Alcanza la mayor prevalencia en el síndrome nefrótico (100%) o en el tratamiento sustitutivo o trasplante.

- En estadio 1 a 4 sin síndrome nefrótico, aumentan los TG, con predominio de VLDL, c-IDL y disminución de c-HDL. Los niveles de c-LDL, que pueden ser normales, son pequeñas y densas. Cuando se asocia síndrome nefrótico, aumenta el c-LDL y también pueden aumentar los TG.
- En diálisis peritoneal o con trasplante renal suele haber aumento de c-LDL y/o triglicéridos. En los trasplantados se altera el perfil, según el esquema inmunosupresor.
- Al diagnosticar ER, realizar el perfil lipídico completo (I,b) y repetirlo ante cualquier cambio de situación clínica (microalbuminuria, proteinuria, insuficiencia renal) o terapéutica (hemodiálisis, peritoneal o trasplante). Repetir el control a los 2 o 3 meses de dichos cambios y luego, al menos, anualmente (estadio 1-4) (I,b). Y en forma más frecuente, si el paciente no alcanza los objetivos o modifica sus factores de riesgo (I,c). La ADA recomienda una frecuencia bianual (I,c) en pacientes con objetivos lipídicos logrados, sin diferencias en la ER.

## OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN DM Y ER

c-LDL <100 mg/dl (I,a). Si hay eventos CV: c-LDL <70mg/dl (I,b). La ADA plantea como objetivo de mínima reducir el 30-40% el c-LDL sin tener en cuenta su nivel basal (I,a). Con respecto a los otros objetivos, no difieren de lo planteado en relación con la categorización de riesgo CV.

### Tratamiento

La dislipidemia puede aumentar la albuminuria y la progresión de ER. Las estatinas disminuyen la albuminuria y el riesgo de eventos CV (I,a); su efecto sobre la progresión de la ER es controvertido.

- En estadio 1-4 de la ER, modificar los hábitos de vida (I,a). Se recomienda tratar la microalbuminuria, cuyo descenso puede mejorar el perfil lipídico. En pacientes con c-LDL 100-129 mg/dl, usar estatinas si luego de tres meses no se alcanza c-LDL < 100 mg/dl (I,b).
- En estadio 5: las estatinas no mejoran los eventos CV (I,a). Es opinión de este consenso que se necesita mayor número de estudios para establecer una conducta definitiva en este subgrupo de pacientes.

## SEGUNDO OBJETIVO DE TG Y/O C-NO-HDL

- Triglicéridos <500 mg/dl, en estadio 1-2 se puede agregar estatinas.
- En estadio 3 se evalúa dicha asociación en función del beneficio y/o riesgo de cada paciente.
- Y en estadios 4 o 5 se suspenden los fibratos o ácido nicotínico, y se inicia o continúa el tratamiento con estatinas (I,b).
- En pacientes trasplantados: los mismos criterios y objetivos de tratamiento.

Se deben ajustar las dosis de acuerdo con la función renal (I,a) y con las interacciones farmacológicas entre los hipolipemiantes y otras drogas (I,a). Conviene evaluar riesgo/beneficio del dosaje de enzimas y la necesidad de la droga para la dislipidemia.