

ESTIMADOS EDITORES:

He leído con detenimiento el artículo “Síndrome de quilomicronemia en pediatría: dos formas de presentación” de la Dra. Etcheverry y col. (2021; vol. 5, nro. 2) y escribo esta carta para destacar su relevancia, dado que refleja claramente las formas de presentación más comunes de esta enfermedad en las primeras décadas de la vida, que resulta de suma importancia para los pediatras generalistas. Las autoras destacan principalmente el hallazgo de *lipemia retinalis*, xantomas eruptivos y la presencia de un suero de aspecto lechoso en el contexto de hipertrigliceridemias graves > 1000 mg/dl (o extremas > 4000 mg/dl) en los pacientes analizados.

En ambos casos, llama la atención la buena respuesta al tratamiento dietético, que se caracterizó por presentar una restricción en la ingesta de grasas (entre un 10% y 25% del calor calórico total). Esto nos obliga –o convoca–, frente a casos similares, a ser más empáticos, detallistas y contenedores a la hora de transmitir o enseñar a los padres las modificaciones en la dieta. Pero, también, nos transmite una idea esperanzadora si se logra conseguir la adhesión a las pautas indicadas (con todas las dificultades que esto implica).

Esta enfermedad, a pesar de su baja prevalencia, genera un alto impacto “negativo” sobre la calidad de vida de quienes

la padecen. En consecuencia, es importante tener en cuenta que la presencia de valores muy elevados de triglicéridos en la infancia obliga a descartar causas genéticas. Si bien más del 80% de los casos notificados en la bibliografía se deben a mutaciones en el gen de la lipoproteinlipasa, en una proporción aproximada al 30% no se encuentra la variante causal, como en la paciente de mayor edad presentada en el artículo. Por eso, es necesario que el pediatra generalista realice la derivación oportuna a un centro especializado en lípidos, con profesionales entrenados en el empleo de escalas de riesgo y con mayor acceso para realizar pruebas genéticas, que permiten la detección oportuna y un seguimiento adecuado.

La aparición de un sobrenadante cremoso, como se describe en ambos casos clínicos, refleja la acumulación de quilomicrones en las muestras de sangre en ayunas, como consecuencia de la alteración del funcionamiento de la lipoproteinlipasa, enzima clave en el catabolismo de los quilomicrones y las lipoproteínas de muy baja densidad.

El artículo mencionado no solo resulta un recurso conciso y eficaz de actualización para revisar las formas de presentación, el tratamiento y la derivación oportuna de dicha enfermedad, optimizando la práctica pediátrica, sino que además incluye detalles y especificaciones importantes,

como la forma de sustituir las leches especiales de alto costo o de difícil acceso o la utilidad de los ácidos grasos de cadena media (que son transportados por la albúmina a través de la vena porta en lugar de hacerlo mediante los quilomicrones). Estos datos resultan relevantes, teniendo en cuenta que la dieta con muy bajo contenido en grasas (20 a 25 g/día) resulta la principal vía de tratamiento de la hipertrigliceridemia en pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

Manlhiot C, Larsson P, Gurofsky R, Smith R, Fillingham C, Clarizia N, et al. Espectro y tratamiento de la hipertrigliceridemia de los niños en la práctica clínica. *Pediatrics* 67:87-94, 2009.

Molina-de Salazar D, Villar-Moya R, Villar-Henríquez M, Murillo-Aranguren M. Hipertrigliceridemia grave y síndrome de quilomicronemia familiar: una revisión de la literatura reciente. *Rev Colomb Cardiol* 28(3):274-283, 2021.

Quiroga Padilla P, Gaete P, Mendivil C. Quilomicronemia familiar. *Medicina (Buenos Aires)* 80:348-358, 2020.

Dra. Silvina Cuartas

Médica pediatra. Experta en Lípidos, SAL. Directora Grupo Dislipidemias Buenos Aires.
Correo electrónico: doctoracuartas@gmail.com

ESTIMADOS EDITORES:

Tras la lectura del artículo "Utilización de estatinas en la artritis reumatoidea: análisis según la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Argentina de Lípidos 2019" (2021; vol. 5, nro. 1), considero relevante el tema abordado por los autores, ya que la artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad con una génesis autoinmunitaria crónica, sistémica y con un marcado componente inflamatorio, que trae como resultado mayor morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes, en comparación con la población general.

El propósito principal del trabajo fue determinar el perfil lipídico de 420 pacientes con AR, mayores de 18 años, incluidos entre 2010 y 2019. Asimismo, se analizó cuántos pacientes cumplían con las recomendaciones sobre el uso de estatinas dadas por las guías de la Sociedad Argentina de Lípidos, tanto en la prevención primaria como secundaria.

En el total de la población, los niveles promedio de colesterol total, colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad (HDLc) y triglicéridos fueron de 190 mg/dl, 55.6 mg/dl y 116.7 mg/dl, respectivamente. Asimismo, los niveles de colesterol total y HDLc fueron menores en los hombres que en las mujeres.

Los autores también hacen referencia a que diversos estudios muestran una asociación

paradójica o inversa entre la actividad de la AR y el perfil lipídico, denominada "paradoja lipídica". Esta paradoja implica que los pacientes "inflamados", es decir, sin tratamiento óptimo, pueden mostrar valores más bajos de colesterol o de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) y, paradójicamente, estos pueden aumentar cuando los pacientes reciben el tratamiento específico para la enfermedad. Además, la información señala que los fármacos modificadores de la AR podrían tener un impacto positivo a nivel cardiovascular.

Según lo expuesto en el artículo, considero que es crucial destacar el rol fundamental que juega la inflamación sistémica en estos pacientes que, junto a los factores clásicos de riesgo, justifican el mayor riesgo cardiovascular observado.

Finalmente, los autores informan una considerable subutilización de estatinas al tomar en cuenta las guías mencionadas de la SAL. Este artículo no solo nos muestra que los pacientes con AR, sin antecedentes cardiovasculares, no recibían estatinas adecuadamente, sino que, además, los sujetos con AR y riesgo cardiovascular marcadamente elevado, tampoco lo hacían. Por lo expuesto, considero que, como destacan los autores, es importante evaluar en forma multidisciplinaria a estos pacientes, con el objetivo de optimizar el tratamiento cardiovascular y establecer

los objetivos terapéuticos recomendados por las guías vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

Bisoendial RJ, Stroes ESG, Kastelein JJP, Taket PP. Targeting cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: a dual role for statins. *Nat Rev Rheumatol* 6(3):157-164, 2010.

Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Roger VL, Fitz-Gibbon PD, Thorneau TM, et al. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis* 70:482-487, 2011.

Navarro-Millán I, Parag Goyal P, Safford MM. Lipid screening and statins alongside disease-modifying anti-rheumatic drugs for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 58:933-934, 2019.

Rollestad S, Kvien TK, Holme I, Eirheim AS, Pedersen TR, Semb AGP. Treatment to lipid targets in patients with inflammatory joint diseases in a preventive cardio-rheuma clinic. *Ann Rheum Dis* 72:1968-1974, 2013.

Dr. Facundo A. Tornelli

Médico especialista en Medicina Interna, Diabetología, Nutrición y Lipidología Clínica.
Correo electrónico: tornellifacundo@gmail.com