

Hiperlipidemia

1 INTRODUCCIÓN

Hiperlipidemia, aumento de la concentración plasmática de lipoproteínas circulantes, lo que se traduce, en los análisis de laboratorio, en un aumento del colesterol circulante, de los triglicéridos o de ambos. Hay que tener en cuenta que la concentración de los lípidos plasmáticos en la sangre sigue una distribución continua o normal, con grandes variaciones en función de factores como la edad y el sexo, por lo que es muy difícil determinar qué valores de concentración de lípidos en sangre son patológicos.

Las diferentes sociedades científicas consideran las cifras de lípidos como normales o patológicas según criterios distintos, por lo que estos valores no siempre concuerdan entre sí. Por ejemplo, la Sociedad Europea de Arteriosclerosis considera como normales cifras de colesterol circulante inferiores a 200 mg/dl, hipercolesterolemias leves entre 200 a 249 mg/dl, hipercolesterolemias moderadas entre 250 a 299 mg/dl e hipercolesterolemias graves aquellos valores que superan los 300 mg/dl. También es posible clasificar las hiperlipidemias en primarias y secundarias. Las primarias serían aquellas genéticamente determinadas, como la hipercolesterolemia familiar; mientras que las secundarias, tendrían su origen en distintas patologías que alteran las cifras de lípidos en sangre, como la diabetes mellitus.

Los compuestos lipídicos que circulan en la sangre se encuentran formando parte de las distintas lipoproteínas plasmáticas. Existe, sin embargo, una pequeña fracción de ácidos grasos libres que se transporta en la sangre unida a la albúmina del plasma.

Desde el punto de vista médico, la gran importancia que se le ha dado al estudio de las lipoproteínas radica en la estrecha relación existente entre los niveles de lípidos circulantes (el colesterol en particular) y el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Se sabe que la relación entre las cifras de colesterol total en plasma y la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular no sólo depende de la concentración total de colesterol, sino también de la proporción en que éste es transportado por cada una de las lipoproteínas del plasma.

Existen cinco tipos de lipoproteínas que se distinguen entre sí por su composición y, por lo tanto, por presentar un comportamiento diferente: los quilomicrones (QM) son lipoproteínas formadas fundamentalmente por triglicéridos, hasta en un 95%; las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) son ricas en triglicéridos, hasta en un 75%; las lipoproteínas de baja densidad (LDL) son ricas en colesterol y proteínas, y tienen escasos triglicéridos; las lipoproteínas de alta densidad (HDL) también son ricas en colesterol y proteínas; y las lipoproteínas de densidad intermedia (IDL) son derivadas del metabolismo de las VLDL y de los QM, siendo ricas en triglicéridos.

2 EPIDEMIOLOGÍA

La hiperlipidemia es el factor de riesgo más importante de padecer cardiopatía isquémica antes de los 50 años y es independiente de otros factores de riesgo cardiovascular, como la diabetes, el tabaco o la hipertensión arterial. En las personas mayores de 65 años es el segundo factor de riesgo después de la hipertensión.

Existen distintos factores que favorecen la aparición de una hiperlipidemia. Entre ellos se pueden considerar factores genéticos, teniendo en cuenta que la transmisión poligénica es la más importante; factores ambientales, como la dieta

rica en grasas saturadas; el alcohol, que puede inducir un gran aumento de las cifras de triglicéridos en la sangre; el exceso de peso y la falta de ejercicio físico, entre otros.

Hay una amplia variedad de estudios epidemiológicos que demuestran que los niveles plasmáticos de colesterol son un factor de riesgo de cardiopatía isquémica. El estudio de Framingham, de obligada referencia, se llevó a cabo en la citada ciudad sobre un total de 5.000 personas durante 44 años y demostró una relación lineal entre el nivel de colesterol y el riesgo de padecer cardiopatía isquémica en individuos de edades comprendidas entre los 35 y los 64 años. Esta relación disminuía con la edad, siendo prácticamente insignificante a partir de los 65 años. También se vio que la incidencia era mayor en hombres que en mujeres, aunque ésta se iba igualando con la edad.

3 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad requiere el hallazgo, en al menos dos determinaciones lipídicas separadas por un intervalo mínimo de 2 a 8 semanas, de niveles elevados de colesterol total y/o triglicéridos.

Es importante llevar a cabo un estudio de los antecedentes familiares de hiperlipidemia o cardiopatía isquémica precoz, en hombres antes de los 55 años y en mujeres antes de los 65 años. Así mismo, hay que estudiar los antecedentes personales de enfermedad cardiovascular y de sus factores de riesgo, así como analizar los antecedentes personales patológicos que permitan detectar una hiperlipidemia secundaria.

En cuanto a los análisis de sangre es preciso realizar un hemograma y estudiar el colesterol total, sus fracciones (HDL, LDL y VLDL), los triglicéridos, la glucosa y el ácido úrico. Si se sospechara una hiperlipidemia secundaria habría que estudiar además otras pruebas orientadas a su diagnóstico.

4 TRATAMIENTO

El objetivo es normalizar los niveles plasmáticos de lípidos circulantes para conseguir una disminución de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. El primer paso a tomar tras la detección de una hiperlipidemia consiste en la adopción de una dieta adecuada y de un estilo de vida saludable. Sólo se recurre a un tratamiento farmacológico cuando el dietético ha resultado ineficaz.

Existe una enorme variedad de fármacos útiles en el tratamiento de las hiperlipidemias, entre los que se encuentran las resinas de intercambio iónico, como la resinolestiramina; el ácido nicotínico; los fibratos; el probucol; y las estatinas, que son los fármacos de más reciente aparición, como la lovastatina, la simvastatina o la pravastatina.