

**ESTIMADOS EDITORES:**

He tenido el agrado de acceder al artículo publicado por las Dras. Silvina Cuartas y María E. Pérez Torre, "El colesterol remanente en pediatría, un marcador útil que se correlaciona con insulinoresistencia y riesgo aterogénico".

En primer lugar destaco el demostrar, a partir de la medición de parámetros básicos, tal como el cálculo del colesterol remanente (CR), que se puede predecir alto riesgo de aterogénesis e insulinoresistencia en pacientes obesos seguidos en consultorio.

El fácil acceso del CR a las células macrofágicas, con las consecuentes modificaciones a nivel endotelial, debería ser un punto clave para educar a los pediatras sobre la importancia de la cuantificación de los triglicéridos (TG) dentro del lipidograma, además del colesterol total y el colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc), ya que de este modo se lograría un indiscutible valor predictivo de riesgo de aterogénesis. Según lo leído en el artículo, se observó también que en los grupos control, no obesos, había 19% de individuos con CR alto, de los cuales el 84% eran mujeres. Este es otro punto a considerar en el seguimiento pediátrico, y es de buena práctica realizar un control de CR en niñas, independientemente de su peso o índice de masa corporal (IMC).

Un dato a destacar en el artículo es que la detección de valores de CR alto en los primeros años de vida, más allá del IMC, sería un predictor temprano de insulinoresistencia.

El interrogante en este caso es cómo encarar el tratamiento farmacológico, aun considerando las medidas higiénico-dietéticas.

Según el consenso de dislipemias de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), debería comenzarse por la dieta, y solo recomendarse el uso de fármacos a partir de los 8 años para la mayoría de los pacientes, con excepción de casos definidos.

A esto se suma que, si bien el tratamiento en este rango etario incluye resinas, estatinas, inhibidores de la absorción de colesterol y fibratos, son fármacos que no están exentos de reacciones adversas. Esto hace que la línea de equilibrio entre beneficio de disminuir el CR y evitar complicaciones farmacológicas sea muy delgada.

Creo que este artículo abre puertas a futuros compromisos de los médicos pediatras, ya que queda demostrado que la prevención temprana es el pilar fundamental para evitar complicaciones futuras.

**Dra. Graciela Adriana Bergallo**

*Médica pediatra y farmacóloga;  
Profesora de Farmacología, carrera de Medicina, Universidad Favaloro;  
Instituto Universitario CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina*

**BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA**

1. Araujo MB, Casavalle P, Tonietti M (coord.). Consenso sobre manejo de las dislipidemias en pediatría. Arch Argent Pediat 113(2):177-186, 2015.
2. Dalmau Serra J, Alonso Franch M, Gómez López L, Martínez Costa C, Sierra Salinas C, Suárez Cortina L. Childhood obesity. Recommendations of the nutrition committee of the Spanish association of Pediatrics. Part II. Diagnosis. Comorbidities. Treatment. An Pediatr 66(3):294-304, 2007.
3. Filippatos TD, Mikhailidis DP. Lipid-lowering drugs acting at the level of the gastrointestinal tract. Curr Pharm Des 15(5):490-516, 2009.