

## ¿Cuánto es hipocolesterolemia y las patologías asociadas? (segunda intervención)

Recientemente cuestionaba la cifra de hipocolesterolemia relacionada con patologías,<sup>1</sup> y citaba dos estudios en los cuales se encontró asociación entre cifras de colesterol total < 90 mg/dL y muerte en pacientes con tuberculosis miliar<sup>2</sup> e hipocolesterolemia < 160 mg/dL y la relación con otras patologías.<sup>3</sup> Sin embargo, hay quien se pregunta: “¿las concentraciones de colesterol pueden disminuirse demasiado?”<sup>4</sup> Cabe señalar que hay reportes de hipocolesterolemia menor a la de los estudios citados no asociada con otras patologías:<sup>5-7</sup> no se relacionó aumento de apoplejía de origen hemorrágico con cifras de colesterol < 160 mg/dL,<sup>5</sup> como se encontró en otro estudio;<sup>8</sup> los pacientes homocigotos para las mutaciones que generan abetalipoproteinemia e hipobetalipoproteinemia y con colesterol total < 50 mg/dL, no muestran aumento de la mortalidad de origen no cardíaco;<sup>6</sup> los individuos que consumen < 5 % de grasa total de las calorías totales y los vegetarianos (que regularmente tienen concentraciones de colesterol total < 150 mg/dL), no muestran aumento de la mortalidad de origen no cardíaco.<sup>7</sup> Por ello, hay quien concluye que no está contraindicado reducir las cifras de colesterol total a parámetros similares por medio de fármacos,<sup>9</sup> y que son las enfermedades no cardíacas las que producen concentraciones plasmáticas bajas de colesterol y no éstas últimas las que causan dichas enfermedades.<sup>10</sup>

### Referencias

1. Murillo-Godínez G. ¿Cuánto es hipocolesterolemia y las patologías asociadas? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009;47(1):4-6.
2. Pérez-Guzmán C, Vargas MH, Torres-Cruz A, Villarreal-Velarde H. Tuberculosis miliar en tuberculosis de reactivación. Informe de 36 pacientes y comparación con las formas puras. *Rev Inst Nac Enf Respir* 1999;12:19-28.
3. Jacobs D, Blackburn H, Higgins M, Reed D, Iso H, McMillan G, et al. Report of the conference on low blood cholesterol: mortality associations. *Circulation* 1992;86:1046-1060
4. Mahley RW, Bersot TP. Farmacoterapia para hipercolesterolemia y dislipidemia. En: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, editores. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. México: McGraw-Hill Interamericana;2007. p. 945.
5. Chen Z, Peto R, Collins R, MacMahon S, Lu J, Li W. Serum cholesterol concentration and coronary heart disease in population with low cholesterol concentrations. *BMJ* 1991;303:276-282.
6. Welty FK, Lahoz C, Tucker KL, et al. Frequency of ApoB and ApoE gene mutations as causes of hypobetalipoproteinemia in the Framingham offspring population. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998;18:1745-1751.
7. Appleby PN, Thorogood M, Mann JJ, Key TJ. The Oxford Vegetarian Study: an overview. *Am J Clin Nutr* 1999;70(suppl): 525S-531S.
8. Neaton JD, Blackburn H, Jacobs D. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the multiple risk factor intervention trial. *Arch Intern Med* 1992;152:1490-1500.
9. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-239.
10. Law MR, Thompson SG, Wald NJ. Assessing possible hazards of reducing serum cholesterol. *BMJ* 1994;308:373-379.

Atentamente

**Guillermo Murillo-Godínez,**

Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto,  
Hospital General Regional 1, Querétaro,  
Querétaro. Correo electrónico:  
gmg@cablecomqro.com.mx