Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les proponemos a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello, hemos invitado a dos prestigiosos referentes en el tema, con perspectivas diferentes sobre la indicación de tratamiento farmacológico para reducir el colesterol, a presentar sus argumentos a partir de una situación clínica hipotética. A continuación, les compartimos las reflexiones de los Dres. Karin Kopitowski* y Walter Masson a partir del siguiente escenario hipotético:

> *Un hombre de 24 años, sano y asintomático, consulta para un control periódico de salud. No fuma, realiza actividad física regularmente y no presenta hipertensión, diabetes ni obesidad. En dos controles separados presenta valores de colesterol LDL de 175 y 180 mg/dL. No tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.*
> *Su riesgo cardiovascular a corto plazo es muy bajo. Sin embargo, la elevación persistente del colesterol LDL podría implicar una mayor exposición acumulada a lo largo de la vida.*
> *Ante esta situación, ¿debe indicarse una estatina en un adulto joven con colesterol LDL elevado o es preferible continuar con medidas sobre el estilo de vida y seguimiento periódico?*

LDL-C: el valor importa, pero el tiempo de exposición también

Walter Masson
Servicio de Cardiología, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

La decisión de iniciar tratamiento hipolipemiante en un adulto joven con un C-LDL de 180 mg/dL, sin diagnóstico de hipercolesterolemia familiar –lo que simplifica sustancialmente la decisión–, plantea una pregunta que excede la simple aplicación de un punto de corte establecido en las guías: ¿Debemos esperar a que el C-LDL alcance 190 mg/dL para intervenir, o debemos considerar la magnitud y, fundamentalmente, la duración de la exposición a lipoproteínas aterogénicas? Esta distinción resulta particularmente relevante en un individuo de 24 años, en quien el riesgo cardiovascular a 10 años será necesariamente bajo –de hecho, la mayoría de los puntajes de riesgo ni siquiera permiten calcularlo a esta edad–, pero cuya exposición acumulativa durante las próximas décadas puede ser considerable.

Por supuesto, lo primero será descartar causas secundarias. Cuando existe una causa identificable, tiene sentido intervenir sobre ella y revaluar con posterioridad el perfil lipídico. Del mismo modo, las medidas higiénico-dietéticas forman parte del abordaje independientemente de la decisión de utilizar fármacos, aunque, en este caso particular, quizás exista un margen limitado para modificar de forma sustancial el C-LDL mediante cambios en el estilo de vida. La pregunta central es, entonces, si debemos incorporar tratamiento farmacológico. En mi opinión, sí.

El umbral de C-LDL ≥ 190 mg/dL, utilizado tradicionalmente por las guías para definir hipercolesterolemia grave, no constituye un umbral biológico por debajo del cual el C-LDL deje de ser aterogénico. Es decir, aunque 190 mg/dL representa un punto de corte clínico para identificar a una población con riesgo particularmente elevado, concentraciones inferiores también pueden contribuir al desarrollo de aterosclerosis cuando la exposición se mantiene durante períodos prolongados.

Cada reducción de 1 mmol/L (39 mg/dL) de C-LDL reduce cerca de un 22% los eventos cardiovasculares mayores, independientemente del C-LDL basal. Incluso entre individuos con menor riesgo, la reducción proporcional de los eventos fue similar. Estos datos demuestran que

*Comentarios de la Dra. Karin Kopitowski "El paciente no es su LDL: a favor del seguimiento activo" [link]

Autor para correspondencia: walter.masson@hospitalitaliano.org.ar, Masson W.
Recibido: 18/09/2026 | Aceptado: 24/09/2026 | Publicado:

DOI: http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i4.1385

Cómo citar: Masson W. LDL-C: el valor importa, pero el tiempo de exposición también. Rev Hosp Ital B.Aires. 2026;46(4):e0001385

BY-NC-SA 4.0
ISSN (en línea) 2314-3312

la magnitud de la reducción del C-LDL importa, pero no responden por sí solos una cuestión fundamental cuando hablamos de personas jóvenes: ¿Cuánto importa el tiempo durante el cual un individuo permanece expuesto a niveles elevados?

En este contexto, los datos provenientes del estudio CARDIA aportan evidencia relevante. La exposición acumulada al C-LDL (C-LDL × tiempo de exposición) constituye un factor de riesgo cardiovascular bien establecido. El riesgo también parece estar modulado por el momento en que ocurre dicha exposición: para una misma área acumulada, una exposición a edades más tempranas se asoció con un mayor incremento del riesgo que una exposición a edades más avanzadas. Otro análisis del estudio, que incluyó 4366 adultos jóvenes de entre 18 y 40 años, mostró que una mayor exposición acumulada durante los primeros 22 años de la vida adulta a partículas aterogénicas, como la apolipoproteína B y el LDL, se asoció con un incremento significativo del riesgo de enfermedad cardiovascular después de los 40 años. Cada incremento de una desviación estándar en la exposición acumulada se asoció con aproximadamente un 30% mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Esta mirada modifica sustancialmente la interpretación de un C-LDL de 180 mg/dL a los 24 años. La diferencia entre 180 y 190 mg/dL es pequeña desde una perspectiva biológica, pero puede adquirir una importancia desproporcionada si se utilizan 190 mg/dL como una frontera absoluta entre "tratar" y "no tratar". Más aún, las recomendaciones contemporáneas han comenzado a incorporar explícitamente una estrategia de prevención más temprana, destacando la importancia de reducir la exposición acumulativa a lipoproteínas aterogénicas y contemplando la farmacoterapia en adultos jóvenes con elevaciones persistentes de C-LDL (> 160 mg/dL). Por lo tanto, en un joven de 24 años con un C-LDL de 180 mg/dL, la discusión no debería limitarse a determinar si supera o no el umbral de 190 mg/dL, ni a estimar su riesgo cardiovascular a 10 años. Debería incorporar, fundamentalmente, el concepto de exposición a lo largo de la vida (Fig. 1). Al mismo tiempo, la decisión debe ser compartida con el paciente, explicando los potenciales beneficios de reducir tempranamente la exposición lipídica, pero también los posibles efectos adversos, la necesidad de tratamiento prolongado, y sus preferencias personales. En este contexto, iniciar una estatina puede entenderse no como el tratamiento de un riesgo cardiovascular inmediato, sino como una estrategia destinada a reducir la exposición acumulativa a C-LDL y, potencialmente, modificar la trayectoria del riesgo cardiovascular a lo largo de la vida. La pregunta, en definitiva, no es solamente cuánto C-LDL tiene hoy este paciente, sino cuántos años de exposición aterogénica estamos dispuestos a permitir antes de intervenir.

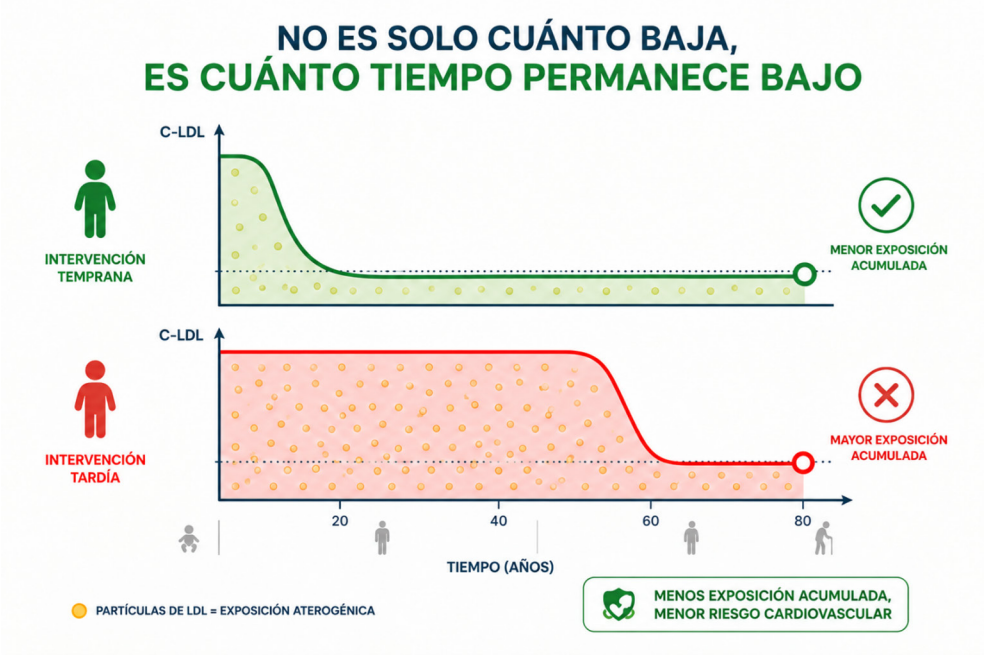


Figura 1. Marco conceptual de "cuanto antes reduzcamos el C-LDL, mejor". Fuente: elaboración propia con asistencia de ChatGPT, versión libre.

Conflictos de intereses: el autor ha recibido honorarios por actividades de disertación de las siguientes compañías durante los últimos tres años: Adium, Casasco, Ultragenyx, Novo Nordisk, Novartis y Eurofarma.

Financiamiento: el autor declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration; Baigent C, Blackwell L, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010;376(9753):1670-1681. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61350-5
2. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of dyslipidemia: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2026;87(19):2624-2757. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.016
3. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, et al. Time course of LDL cholesterol exposure and cardiovascular disease event risk. J Am Coll Cardiol. 2020;76(13):1507-1516. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.07.059
4. Stone NJ, Smith SC Jr, Orringer CE, et al. Managing atherosclerotic cardiovascular risk in young adults: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2022;79(8):819-836. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.016
5. Zheutlin AR, Handoo F, Luebbe S, et al. Cumulative exposure to atherogenic lipoprotein particles in young adults and subsequent incident atherosclerotic cardiovascular disease. Eur Heart J. 2025;46(41):4302-4312. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf472