

Hipercolesterolemia Familiar e Alimentação

A hipercolesterolemia familiar (FH) é uma doença genética que provoca uma elevada concentração de colesterol no sangue. Deve-se à redução na capacidade hepática de remover as partículas de LDLc do plasma e, conseqüentemente à sua acumulação patológica e precoce, dando origem à disfunção arterial, inflamação e aterosclerose arterial em idade jovem. Trata-se de uma doença autossômica dominante, o que significa que se transmite verticalmente: dos pais a 50% dos filhos. O diagnóstico de FH é geralmente baseado num conjunto de critérios clínicos, bioquímicos e na história familiar de hipercolesterolemia e de doença cardio-vascular (DCV) prematura. A presença de crianças com hipercolesterolemia na família aumenta a probabilidade do diagnóstico de FH. A principal característica da patologia é o nível elevado de colesterol total (CT) e do LDLc, acima do percentil 95% para o sexo e a idade, encontrando-se os valores de HDLc e de triglicéridos (TG) geralmente dentro da normalidade. O CT na forma heterozigótica varia entre 290 e 500 mg/dL e na forma homozigótica pode ultrapassar os 1000 mg/dL (*Norma DGS nº 066/2011*). Os níveis elevados de colesterol plasmático conduzem a depósitos de colesterol nos tecidos extravasculares, que por vezes podem ser facilmente identificados: xantomas, xantelasmas e arco córneo em indivíduos ainda jovens (com menos de 45 anos). A presença de xantomas tendinosos é geralmente considerada patognomónica de FH. O diagnóstico precoce da FH permite iniciar as terapêuticas farmacológica e nutricional adequadas, a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente cessação tabágica, melhoria de hábitos alimentares, promoção da atividade física regular, perda de peso, que modificam a mortalidade e a morbidade desta doença hereditária de forma eficaz. O tratamento deve ser centrado no doente, isto é, deve ter em conta as suas necessidades e preferências. Uma boa comunicação é essencial, apoiada em informações baseadas na evidência, para permitir que os pacientes tomem decisões informadas sobre os seus cuidados. Se o paciente concordar, a família e/ou os cuidadores devem ter a oportunidade de estar envolvidos nas decisões sobre o tratamento. É importante oferecer aos doentes, suas famílias e cuidadores orientações escritas. Segundo o *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2008)* e a *Declaração de Consenso da Sociedade Europeia de Aterosclerose (Eur Heart J, 2013)*, a terapêutica nutricional (TN) individualizada deve ser oferecida por um nutricionista. Apesar de vários organismos, recomendarem a TN como componente-chave da terapia hipolipidemiante, resultados de uma investigação recente (*Takehiro S et al, 2014*) mostram que os indivíduos com terapêutica farmacológica ingerem mais energia e gordura e a elevação do seu IMC é mais marcada, que nos indivíduos que não a fazem. Os autores reconhecem a necessidade de se dar

ênfase à relevância da modificação alimentar mesmo nos indivíduos tratados com medicamentos hipolipemiantes. Durante a gravidez e a lactação, as opções em relação à terapêutica farmacológica da FH são bastante limitadas, pelos potenciais efeitos adversos no feto, pelo que a TN se torna ainda mais relevante. O principal objetivo da TN da FH para além de visar assegurar o bom estado nutricional, garantindo um peso adequado, visa melhorar o perfil lipídico. Assim, o contributo energético da gordura alimentar deve ser igual ou inferior a 30%, dos ácidos gordos saturados (AGS) igual ou inferior a 10% e a ingestão alimentar de colesterol deve ser inferior a 300mg/dia. Apesar de existir associação entre o consumo de colesterol e a doença coronária, sabe-se que o colesterol alimentar exerce pouca influência sobre a concentração plasmática de colesterol e aterosclerose precoce, já que aproximadamente 56% do colesterol alimentar é absorvido (*Mensink RP et al, 2003*). Os AGS e os AG trans exercem maior influência sobre a colesterolemia (*Mensink RP et al, 2003; Mozaffarian D, et al, 2009*). Assim, apesar da pouca influência nos níveis de lipídeos plasmáticos, recomenda-se consumo moderado de ovo e outros alimentos ricos em colesterol. Diversas diretrizes de diferentes entidades, nomeadamente a OMS (*WHO Scientific Update on trans fatty acids, 2009*) recomendam a restrição de gorduras totais e do colesterol da dieta, com o objetivo de reduzir e controlar o CT e o LDLc plasmáticos. Entre os vários componentes nutricionais, são os AG trans que mais aumentam o LDLc, seguidos dos AG saturados. Diferentes AGS podem ter efeitos diversos no perfil lipídico e nos fatores de risco cardiovascular. Mas, é consensual que os AGS devem ser substituídos pelo incremento de AG monoinsaturados (AGM) e poliinsaturados (AGP). O consumo de AGM deve ser inferior a 20%, juntamente com dieta rica em frutas, hortícolas, grãos, carnes magras e laticínios com baixo teor de gordura, que se relacionam com menor concentração plasmática de LDLc (*1 Diretriz Brasileira de HF, 2012*). O alto consumo de AG trans, provenientes de alimentos processados, está associado ao aumento de doença coronária (*Oomen CM et al, 2001*). A causa mais provável é a sua ação sobre as lipoproteínas, nomeadamente elevação da concentração de LDLc. A principal fonte alimentar de AG trans são os produtos produzidos industrialmente, nomeadamente biscoitos, bolachas, bolos, batatas fritas e outros *snacks* similares. A culinária também tem um papel determinante na qualidade e quantidade de gordura que se consome. Os fritos devem ser evitados. Os AGP n-6 em elevadas quantidades podem provocar pequenas reduções nas concentrações séricas de HDLc. Já os AGP n-3 podem diminuir as concentrações de TG, sendo recomendado o consumo de 2 a 3 porções de peixe por semana. As orientações da NICE sugerem que pelo menos uma delas seja de peixe gordo, mas limitam nas grávidas este tipo de peixe a 2 porções semanais. O AGP mais abundante pertencente à série n-6 é o ácido linoleico, seguido do araquidónico, presentes especialmente nos óleos de milho e

girassol. As principais fontes de linolénico, AG n-3, são linhaça, soja e colza. Pelos riscos inerentes, não se deve recomendar o consumo de suplementos de AG n-3 de forma rotineira (NICE 2008). Uma revisão feita por Brown e cols. mostrou que as fibras solúveis diminuem as concentrações de CT e LDLc. O consumo de aproximadamente 3 g de fibra solúvel está associado a diminuição de 5 mg/dL nas concentrações de CT e LDLc, o que pode prever uma redução na incidência de doença cardiovascular de 4% (*I Directriz Brasileira de HF, 2012*). Deve-se promover o consumo mínimo de 5 porções diárias de hortofrutícolas (NICE 2008). Os alimentos funcionais cujo papel é reconhecido na redução do LDLc, tais como esteróis e estanois vegetais, podem ser considerados (NICE 2008). O consumo diário de 2 g de fitosterol associa-se a diminuição do LDLc. Mas, a redução nas concentrações de LDLc pode variar com a concentração basal de LDLc do indivíduo, o meio em que o fitosterol está inserido (margarinas, iogurtes, leite), a frequência e o momento do seu consumo.

Em virtude dos alimentos serem normalmente consumidos de forma combinada e não isolada, nos últimos anos tem-se focado o interesse no estudo de padrões alimentares e sua associação com a saúde. Têm-se identificado padrões alimentares específicos. Consumir um padrão alimentar que enfatize a ingestão de hortícolas, frutas e grãos integrais; incluir produtos lácteos com baixo teor de gordura, aves, peixe, leguminosas, óleos vegetais não tropicais e frutos gordos; e limitar a ingestão de doces, bebidas açucaradas e carnes vermelhas associa-se a redução significativa do LDLc (AHA/ACC, 2013).

Em suma, apesar das concentrações de LDLc decorrentes dos defeitos genéticos que caracterizam a FH serem demasiado elevadas, pelo que a terapêutica não farmacológica tem menor impacto sobre os lípidos e possivelmente sobre a evolução da aterosclerose, comparativamente com a população em geral, as recomendações alimentares podem produzir benefícios sobre a colesterolemia, os níveis de triglicéridos séricos, a parede vascular, o ajuste do peso, o controle de outras doenças concomitantes, como a diabetes e a hipertensão arterial, pelo que deve ser incentivada a todos os portadores de hipercolesterolemia, especialmente às crianças, grávidas e lactantes.

Isabel Monteiro
Nutricionista (0034N)
Assessora Superior de Nutrição, ACES POC, ARS Norte
Doutorada em Nutrição Humana, Lic. Ciências da Nutrição pela FCNAUP