Únicamente para profesionales sanitarios. No destinado a pacientes.



Para personas con triglicéridos (TG) extremadamente elevados
como aquellas con **Síndrome de Quilomicronemia Familiar (SQF)**

Mitos y realidades sobre el SQF

ALCANZA NIVELES MÁS BAJOS

Según las guías ESC/EAS, **reducir los niveles de TG a ≤880 mg/dL (10 mmol/L)** disminuye el riesgo de pancreatitis aguda[1]

No es un paciente real

Comprender los conceptos erróneos puede ayudar a evitar retrasos en el diagnóstico y la derivación[2]

El retraso en el diagnóstico y la derivación de las personas con SQF puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, como la pancreatitis aguda.[2] Esta guía está diseñada para ayudarte a detectar de forma temprana los signos de SQF.

Mito 1 — Los niveles extremadamente elevados de triglicéridos se deben a la dieta o al estilo de vida

REALIDAD: El SQF es una enfermedad rara en la que los triglicéridos pueden permanecer extremadamente elevados a pesar de los cambios en el estilo de vida (p. ej., una dieta muy baja en grasas y evitar el alcohol) y de los abordajes convencionales para reducir los triglicéridos (p. ej., fibratos, estatinas y ácidos grasos omega-3).[3,4]

Si los niveles de triglicéridos de una persona se mantienen elevados a pesar del uso de abordajes convencionales para reducirlos y de los cambios en el estilo de vida, considera una causa subyacente como el SQF.[3,4]

Mito 2 — El SQF es tan raro que probablemente nunca vea un caso

REALIDAD: Aunque es una enfermedad rara, el SQF a menudo no se reconoce o se diagnostica erróneamente.[2,5] Algunos de los signos y síntomas más frecuentes del SQF incluyen:[2]

- Pancreatitis
- Xantomas eruptivos
- Hepatoesplenomegalia
- Dolor abdominal intenso
- Lipemia retinalis
- Fatiga

Si una persona presenta niveles persistentemente elevados de triglicéridos o episodios de pancreatitis aguda sin causa conocida, considera el SQF.[2,6]

Conoce los signos. Diagnostica el SQF de forma temprana.

Mito 3 — El SQF es un trastorno genético que solo puede confirmarse mediante pruebas genéticas

REALIDAD: El SQF puede diagnosticarse tanto clínica como genéticamente. Las personas con triglicéridos extremadamente elevados pueden presentar características clínicas compatibles con SQF, pero sin una causa genética claramente identificada.[7]

Entre los factores que pueden caracterizar clínicamente el SQF se incluyen:[7-9]

- Niveles persistentes de triglicéridos por encima de 880 mg/dL (10 mmol/L)
- Antecedentes de pancreatitis aguda
- Hospitalizaciones recurrentes por dolor abdominal intenso sin otra causa que lo explique
- Antecedentes de pancreatitis infantil
- Antecedentes familiares de pancreatitis aguda provocada por hipertrigliceridemia

Piensa más allá de la confirmación genética: considera los criterios clínicos para diagnosticar precozmente los casos con sospecha de SQF.[7]

Mito 4 — El SQF solo se manifiesta con signos físicos

REALIDAD: Las personas con SQF también pueden experimentar síntomas cognitivos como:[6,10,11]

- Dificultad para concentrarse
- Alteración del juicio
- Niebla mental
- Olvido

Si observas síntomas cognitivos en personas con triglicéridos extremadamente elevados, considera el SQF y valora la derivación para evaluación especializada.[6,12]

Elaborado por Arrowhead Pharmaceuticals, Inc.
© 2026 Arrowhead Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. | MAT-1152-v1.0-07/2026

arrowhead pharmaceuticals



No es un paciente real

Mitos y realidades sobre el SQF

↘TG

Comprende la importancia del diagnóstico y la derivación de forma temprana en el SQF en **trigliceridosmasbajos.es**

Mito 5 Los abordajes convencionales para reducir los triglicéridos son opciones eficaces de tratamiento para las personas con SQF

REALIDAD: En las personas con SQF, la lipoproteína lipasa (LPL) está ausente o no es funcional. Por ello, los abordajes convencionales para reducir los triglicéridos tienen una eficacia limitada, ya que actúan aumentando la actividad de la LPL.[5,8]

Si los triglicéridos se mantienen por encima de 880 mg/dL (10 mmol/L) a pesar del uso de abordajes convencionales para reducirlos, sospecha de SQF y considera la derivación para evaluación especializada.[3,7]

Mito 6 Reducir los triglicéridos tiene un impacto limitado en el riesgo de pancreatitis aguda en el SQF

REALIDAD: Reducir los niveles de triglicéridos es fundamental para disminuir el riesgo de pancreatitis aguda en las personas con SQF.[13] Cuanto más se reduzcan los niveles de triglicéridos, mayor será la reducción del riesgo de pancreatitis aguda.[1]

Alcanza niveles más bajos de triglicéridos para disminuir el riesgo de pancreatitis aguda.[1] Deriva de forma temprana a las personas con SQF para una atención especializada.

Mito 7 La dieta por sí sola puede mitigar el riesgo de pancreatitis aguda

REALIDAD: Aunque es esencial para el manejo del SQF, una dieta muy baja en grasas (p. ej., <15-20 g/día) puede no ser suficiente por sí sola para reducir el riesgo de pancreatitis aguda en todas las personas con SQF. Además, el manejo de los triglicéridos mediante esta dieta puede afectar de forma significativa a la calidad de vida.[5,14]

La dieta por sí sola puede no ser suficiente para mitigar el riesgo; la derivación de forma temprana puede permitir que las personas con SQF accedan a un abordaje integral por parte de especialistas.[2,5]

Mito 8 Cualquier reducción porcentual de los triglicéridos es suficiente para disminuir de forma significativa el riesgo de pancreatitis aguda

REALIDAD: Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis (ESC/EAS) sugieren que niveles de triglicéridos ≤880 mg/dL (10 mmol/L) reducen el riesgo de pancreatitis aguda.[1] Las personas pueden desarrollar pancreatitis aguda incluso cuando sus niveles de triglicéridos se sitúan entre 440-880 mg/dL (5 y 10 mmol/L).[1]

El objetivo principal del tratamiento del SQF es prevenir la pancreatitis aguda; deriva de forma temprana a las personas con SQF para ayudar a reducir su riesgo.[1,8,15]

EAS, Sociedad Europea de Aterosclerosis; **ESC,** Sociedad Europea de Cardiología; **LPL,** lipoproteína lipasa; **SQF,** Síndrome de Quilomicronemia Familiar; **TG,** triglicéridos.

1. Mach F, Baigent C, et al. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88. **2.** Falko JM. *Endocr Pract.* 2018;24(8):756-63. **3.** Goldberg RB, Chait A, et al. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020;11:593931. **4.** Paragh G, Németh Á, et al. *Lipids Health Dis.* 2022;21(1):21. **5.** Stroes E, Moulin P, et al. *Atheroscler Suppl.* 2017;23:1-7. **6.** Davidson M, Stevenson M, et al. *J Clin Lipidol.* 2018;12(4):898-907. **7.** Larouche M, Watts GF, et al. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2025;32(2):75-88. **8.** Javed F, Hegele RA, et al. *J Clin Lipidol.* 2025;19(3):382-403. **9.** Moulin P, Dufour R, et al. *Atherosclerosis.* 2018;275:265-72. **10.** Regmi M, Rehman A. *Familial hyperchylomicronemia syndrome.* En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. [Actualizado 8 de agosto de 2023; citado 26 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551655/. **11.** Baass A, Paquette M, et al. *J Intern Med.* 2020;287(4):340-48. **12.** Santos RD, Lorenzatti A, et al. *J Clin Lipidol.* 2021;15(5):620-4. **13.** Shamsudeen I, Hegele RA. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2022;15(4):395-405. **14.** Williams L, Rhodes KS, et al. *J Clin Lipidol.* 2018;12(4):908-19. **15.** Izar MC, Fonseca FA. *Curr Atheroscler Rep.* 2025;27(1):51.

Elaborado por Arrowhead Pharmaceuticals, Inc.
© 2026 Arrowhead Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. | MAT-1152-v1.0-07/2026

arrowhead pharmaceuticals