

Dislipidemias e hipercolesterolemia familiar

Triagem lipídica universal e seletiva, interpretação do perfil, reconhecimento da hipercolesterolemia familiar e da triagem em cascata, tratamento dietético e indicação, doses e metas das estatinas a partir de 8–10 anos

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP/AHA, NICE (Oxford e Cambridge), AEP, SIP, Harvard e Johns Hopkins · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O perfil lipídico é pedido de forma **universal uma vez entre 9 e 11 anos e outra entre 17 e 21 anos**, e de forma **seletiva a partir de 2 anos** quando há história familiar de doença cardiovascular precoce ou de hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes, obesidade ou tabagismo passivo (SBP 2020; AAP). **Não precisa de jejum** (jejum de 12 h só se triglicerídeos > 440 mg/dL). Valores desejáveis (SBP): **CT < 170, LDL < 110, HDL > 45, não-HDL < 120 mg/dL**; triglicerídeos < 75 (0–9 anos) e < 90 mg/dL (10–19 anos) em jejum. **CT ≥ 230 mg/dL ou LDL ≥ 190 mg/dL sugere hipercolesterolemia familiar (HF)**, doença genética autossômica dominante que multiplica o risco de infarto precoce e que deve desencadear a **triagem em cascata** da família. O tratamento começa por **dieta e atividade física; estatina a partir de 8–10 anos** se o LDL persistir ≥ 190, ≥ 160 com fatores de risco ou ≥ 130 no diabetes, com meta de **LDL < 130 mg/dL** (ideal < 100 nos de alto risco) ou redução de 50%. A maioria é seguida pelo pediatra (●) ou encaminhada eletivamente (●); **triglicerídeos ≥ 1.000 mg/dL com dor abdominal (pancreatite)** é pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

Dislipidemias primárias (genéticas):

- **Hipercolesterolemia familiar heterozigótica (HF)**: mutação no receptor de LDL (ou *APOB*, *PCSK9*), herança autossômica dominante — metade dos filhos de um afetado herda a doença. LDL elevado desde o nascimento, geralmente **≥ 160–190 mg/dL** na criança; xantomas e arco corneano são raros antes da idade adulta. Sem tratamento, antecipa em décadas a doença coronariana; iniciado na infância, o tratamento devolve anos de vida (EAS 2015).
- **HF homozigótica**: rara e grave, com **LDL muito elevado** (em geral acima de 400–500 mg/dL), **xantomas cutâneos e tendinosos na infância**, estenose aórtica e doença coronariana na 1ª ou 2ª década — encaminhamento prioritário a centro de referência.
- **Hiperlipidemia familiar combinada, hipertrigliceridemias familiares** (inclusive a deficiência de lipase lipoproteica, com triglicerídeos > 1.000 mg/dL e pancreatite desde o lactente) e **lipoproteína(a) elevada**.

Dislipidemias secundárias (lista baseada na SBP 2020) — pesquisar antes de rotular como primária:

- **Endócrinas e metabólicas**: obesidade e síndrome metabólica (padrão mais comum: **triglicerídeos altos e HDL baixo**), diabetes, **hipotireoidismo**, síndrome dos ovários policísticos, anorexia nervosa.

- **Renais:** síndrome nefrótica, doença renal crônica.
- **Hepáticas:** colestase, atresia de vias biliares, cirrose.
- **Cardíacas:** doença de Kawasaki, transplante cardíaco.
- **Medicamentos:** corticoides, isotretinoína, betabloqueadores, tiazídicos, anticoncepcionais orais, antirretrovirais, antipsicóticos atípicos.
- **Estilo de vida:** dieta rica em açúcares e gordura saturada, sedentarismo, tabagismo, álcool.

Quadro: quase sempre **assintomático** — o diagnóstico vem da triagem ou da história familiar. Procure xantomas (tendões de Aquiles e extensores das mãos, cotovelos e joelhos), xantelasmas, arco corneano, acantose, hepatomegalia (esteatose) e, na hipertrigliceridemia grave, xantomas eruptivos, lipemia retinal e dor abdominal recorrente.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Valores limítrofes ou dislipidemia leve (LDL 110–159 mg/dL sem fatores de risco; triglicerídeos altos e HDL baixo associados à obesidade), sem suspeita de HF, com causa secundária tratável ou afastada	Seguimento pelo pediatra: dieta, atividade física, controle do peso; repetir o perfil em 3–6 meses; tratar a causa secundária
● Moderada	Suspeita de HF (CT $\geq$ 230 ou LDL $\geq$ 190 mg/dL, ou LDL $\geq$ 160 com história familiar de doença coronariana precoce ou de hipercolesterolemia, ou LDL $\geq$ 130 com pai ou mãe com diagnóstico genético); LDL persistentemente acima do limiar de estatina após 3–6 meses de dieta; triglicerídeos $\geq$ 500 mg/dL ; diabetes com LDL $\geq$ 130; Lp(a) elevada com história familiar	Encaminhamento eletivo-prioritário à endocrinologia pediátrica ou ao ambulatório de lípidos (em até 1–3 meses; mais cedo se triglicerídeos $\geq$ 1.000 mg/dL); iniciar dieta e triagem em cascata da família
● Grave	Dor abdominal intensa, vômitos com triglicerídeos $\geq$ 1.000 mg/dL ou soro lipêmico (suspeita de pancreatite aguda); criança com HF homozigótica e dor torácica ao esforço, síncope ou dispneia (estenose aórtica ou doença coronariana precoce)	Pronto-socorro ; HF homozigótica sem sintomas: encaminhamento prioritário (em semanas) a centro de referência

Fatores de risco que elevam a gravidade (e baixam o limiar para estatina)

- **História familiar de doença cardiovascular precoce** (infarto, AVC, doença arterial periférica, revascularização ou morte súbita em homem $<$ 55 anos ou mulher $<$ 65 anos, em pais, avós, tios ou irmãos).
- Hipertensão arterial, **diabetes** (tipo 1 ou 2), **obesidade** (IMC $>$ p95), tabagismo ativo ou passivo.

- Doença renal crônica, transplante, doença de Kawasaki com aneurisma, doenças inflamatórias crônicas, câncer tratado na infância.
- **Lipoproteína(a) elevada** e HDL baixo.

3. Diagnóstico no consultório

Quem e quando triar (SBP 2020; AAP):

IDADE	TRIAGEM
< 2 anos	Sem indicação
2 a 8 anos	Seletiva — fatores de risco (acima), história familiar desconhecida ou com CT > 240 mg/dL
9 a 11 anos	Universal
12 a 16 anos	Seletiva (a puberdade reduz transitoriamente o colesterol)
17 a 21 anos	Universal

Na **triagem seletiva por risco**, a SBP orienta dois perfis com intervalo de 2 semanas a 3 meses e uso da média. Filhos de pais com HF devem ser testados cedo (EAS: a partir de 5 anos, antes se houver suspeita de forma homozigótica; NICE: teste genético até 10 anos, se houver mutação familiar conhecida).

Como pedir e interpretar:

- Perfil **sem jejum** é aceito (jejum de 12 h se triglicerídeos > 440 mg/dL). Evite colher durante doença aguda ou logo após perda de peso importante.
- **Não-HDL = CT – HDL**: bom marcador de risco, válido sem jejum.
- **Repita** um resultado alterado antes de decidir tratamento, e use a média.

Valores desejáveis (SBP 2020, 2 a 19 anos):

LÍPIDE (MG/DL)	COM JEJUM	SEM JEJUM
Colesterol total	< 170	< 170
LDL-colesterol	< 110	< 110
HDL-colesterol	> 45	> 45
Triglicerídeos 0–9 anos	< 75	< 85
Triglicerídeos 10–19 anos	< 90	< 100
Não-HDL	< 120	—
Apolipoproteína B	< 90	—

Critérios de hipercolesterolemia familiar na criança (afastadas causas secundárias; SBP 2020 e EAS 2015):

- **LDL $\geq$ 190 mg/dL** em duas dosagens, após 3 meses de dieta — alta probabilidade de HF mesmo sem história familiar.
- **LDL $\geq$ 160 mg/dL** com história familiar de doença coronariana precoce e/ou colesterol elevado em um dos pais.
- **LDL $\geq$ 130 mg/dL** quando um dos pais tem **diagnóstico genético** de HF.
- **CT $\geq$ 230 mg/dL** sugere HF (SBP; puericultura do site).
- Critério de Simon Broome (NICE), abaixo de 16 anos: CT > 260 mg/dL (6,7 mmol/L) ou LDL > 155 mg/dL (4,0 mmol/L), com história familiar ou xantomas.
- **Teste genético** (painel *LDLR*, *APOB*, *PCSK9*): confirma o diagnóstico e permite a **triagem em cascata** de parentes de 1º, 2º e, se possível, 3º graus (NICE; EAS). Indicado quando há mutação conhecida na família ou morte precoce por doença arterial em um dos pais (SBP 2020).

Exames para afastar causa secundária: TSH e T4 livre, glicemia e/ou HbA1c, ALT/AST e bilirrubinas, creatinina, urina tipo 1 (proteinúria), albumina; CK basal se for iniciar estatina.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: hipotireoidismo, síndrome nefrótica (edema, proteinúria), colestase, diabetes, uso de isotretinoína ou corticoide, anorexia nervosa; na hipertrigliceridemia grave, doenças genéticas raras (deficiência de lipase lipoproteica) e diabetes descompensado.

4. Tratamento e seguimento

1. Estilo de vida (todos, a partir de 2 anos — SBP 2020):

- Gordura total < **30% das calorias**, saturada < **10%**, colesterol < **300 mg/dia**, **zero gordura trans**; trocar gordura animal por óleos vegetais (girassol, milho, soja, oliva, canola).
- **Fibras solúveis: idade (anos) + 5 g/dia**, até 20 g/dia; frutas, verduras, leguminosas, aveia e grãos integrais; carboidratos complexos no lugar dos simples.
- **Hipertrigliceridemia:** gordura 25–30%, saturada < 7%, colesterol < 200 mg/dia; **cortar açúcar, refrigerante, sucos e ultraprocessados**; tratar o excesso de peso. Triglicerídeos $\geq$ 1.000 mg/dL exigem dieta muito pobre em gordura, orientada por nutricionista.
- Esteróis e estanois vegetais: opção complementar na HF, com o especialista.
- **Atividade física** moderada a vigorosa diária; limitar telas (padrão do site); **sem tabaco e cigarro eletrônico**.

2. Estatinas — indicação (SBP 2020): após **3 a 6 meses** de dieta, a partir de **10 anos** (pravastatina a partir de 8 anos; EAS e NICE: início entre 8 e 10 anos na HF), se persistir:

- **LDL $\geq$ 190 mg/dL** sem outros fatores de risco;
- **LDL $\geq$ 160 mg/dL** com fatores de risco (inclusive história familiar);
- **LDL $\geq$ 130 mg/dL** no diabetes.

Metas: LDL < 130 mg/dL e, idealmente, < 100 mg/dL nos de alto risco (SBP 2020); na HF, < 135 mg/dL (3,5 mmol/L) acima de 10 anos ou redução de 50% entre 8 e 10 anos (EAS 2015).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Pravastatina	Inicial 5–10 mg; máx. 40 mg	1x/dia	Contínuo	Aprovada a partir de 8 anos
Sinvastatina	Inicial 5 mg; máx. 40 mg	1x/dia, à noite	Contínuo	$\geq$ 10 anos; 80 mg associada a miopatia
Atorvastatina	Inicial 5–10 mg; máx. 40 mg (SBP)	1x/dia	Contínuo	$\geq$ 10 anos pela bula (a SBP 2020 lista $\geq$ 8 anos)
Rosuvastatina	Inicial 5 mg; máx. 20 mg	1x/dia	Contínuo	$\geq$ 10 anos
Ezetimiba	10 mg	1x/dia	Contínuo	Associada à estatina quando a meta não é atingida; pelo especialista
Fibrato (bezafibrato, fenofibrato, ciprofibrato) ou ômega-3 (1–4 g/dia)	Conforme SBP 2020 e bula	1x/dia	Contínuo	Triglicerídeos > 500 mg/dL com obesidade grave ou forma genética, sem resposta à dieta; pelo especialista (risco de miopatia com estatina)

Doses conforme a SBP 2020; a escolha, o início e os ajustes ficam com o especialista, e as doses por idade devem ser conferidas na bula.

Monitorização (SBP 2020): ALT, AST e CK antes de iniciar; repetir com o perfil lipídico em **4–8 semanas** e depois **a cada 3–6 meses**; **suspender** se transaminases > 3 vezes o limite superior, CK > 10 vezes ou sintomas musculares (dor, fraqueza, urina escura). Estatinas são **contraindicadas na gravidez e na amamentação**: orientar contracepção na adolescente. Acompanhar crescimento e puberdade.

Não fazer: tratar com medicamento sem repetir o exame e sem 3–6 meses de dieta (exceto HF homozigótica); dietas restritivas que comprometam o crescimento; suplementos "naturais" sem evidência; esquecer de examinar e triar os pais e irmãos.

O que é do pediatra e o que é do especialista: o pediatra faz a triagem, afasta causas secundárias, orienta dieta e atividade, inicia a triagem em cascata e mantém o seguimento

(inclusive a monitorização da estatina); a endocrinologia pediátrica ou o ambulatório de lípidos confirma a HF, pede o teste genético, indica e ajusta estatina e associações e conduz as formas graves.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Dor abdominal intensa**, vômitos ou irritabilidade com **triglicerídeos ≥ 1.000 mg/dL** ou soro lipêmico (pancreatite aguda).
- Criança com **HF homozigótica** ou xantomas extensos e **dor torácica ao esforço, síncope ou dispneia**.
- **Fraqueza muscular intensa, dor muscular difusa e urina escura** em uso de estatina (rabdomiólise).
- **Hiperglicemia sintomática** (poliúria, polidipsia, perda de peso, vômitos) descoberta junto com a dislipidemia (diabetes, cetoacidose).

Como encaminhar

1. **Jejum** oral se houver suspeita de pancreatite; oxigênio se $SpO_2 < 92\%$; acesso venoso e SAMU (192) se houver instabilidade.
2. **Suspender a estatina** se houver suspeita de rabdomiólise ou hepatotoxicidade.
3. Analgesia simples conforme o padrão do site, sem mascarar a avaliação (paracetamol 10–15 mg/kg/dose ou dipirona 10–12 mg/kg/dose).
4. Contato prévio com o serviço de destino.
5. **Relatório:** perfis lipídicos (datas, jejum), medicamentos e doses, história familiar, exames de causa secundária.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Colesterol alto na criança não dá sintomas, mas ao longo dos anos entope as artérias. Tratar cedo protege o coração no futuro."
- "Na hipercolesterolemia familiar, pais e irmãos também precisam fazer o exame."
- "A mudança é da família toda: menos fritura, embutidos, doces, refrigerantes e ultraprocessados; mais frutas, verduras, feijão e aveia; atividade física todos os dias."
- "O remédio (estatina) é de uso contínuo e seguro quando acompanhado com exames; a adolescente que usa estatina não pode engravidar."
- Retornos: perfil em 3–6 meses após mudanças de hábitos; em uso de estatina, exames em 4–8 semanas e depois a cada 3–6 meses.

- **Procurar o pronto-socorro se houver:** dor forte na barriga com vômitos; dor muscular intensa, fraqueza e urina escura; dor no peito ou desmaio durante esforço.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS (E SBC)	AAP / AHA	NICE (OXFORD / CAMBRIDGE)	AEP	SIP	HARVARD / JOHNS HOPKINS
Triagem	Universal 9–11 e 17–21 anos; seletiva 2–8 e 12–16 (SBP 2020)	Universal 9–11 e 17–21 anos (Bright Futures 2024/2025)	Sem triagem universal; identificação por história familiar e cascata (CG71); Oxford e Cambridge seguem o NICE	Sem triagem universal; seletiva por risco familiar (PrevInfad)	Universal 9–11 e 17–21 anos; mais cedo se história familiar (SIP/SIIA/SISA/SIPREC 2025)	Sem posição específica localizada
Diagnóstico de HF	LDL ≥ 190; ≥ 160 com história familiar; ≥ 130 com pai/mãe genético; CT ≥ 230 sugere	NHLBI 2011 (endossado pela AAP): limiares semelhantes aos da SBP	Simon Broome ou Dutch Lipid Clinic; teste genético e cascata	—	Intervenção precoce na HF	—
Início de estatina	≥ 10 anos (pravastatina ≥ 8)	NHLBI/AAP: em geral ≥ 10 anos	Considerar até 10 anos	—	Após falha do estilo de vida	—
Meta de LDL	< 130; ideal < 100 no alto risco	NHLBI/AAP: < 130	—	—	—	—

Leitura: SBP, AAP e SIP convergem na **triagem universal em duas janelas (9–11 e 17–21 anos)** e na seletiva a partir de 2 anos, enquanto o Reino Unido (NICE) e a Espanha (PrevInfad) preferem a **identificação pela família** e a triagem em cascata, sem triagem universal. Há consenso nos limiares diagnósticos de HF (LDL ≥ 190, ≥ 160 com história familiar e ≥ 130 com diagnóstico genético em um dos pais — SBP 2020 e EAS 2015), no início de estatina entre 8 e 10 anos e na meta de LDL < 130 mg/dL; a EAS aceita redução de 50% entre 8 e 10 anos, e a SBP propõe < 100 mg/dL nos de maior risco.

PONTOS PRÁTICOS

1. Perfil lipídico universal sem jejum aos 9–11 e aos 17–21 anos; antes, a partir de 2 anos, se houver risco.
2. Repita todo resultado alterado e afaste hipotireoidismo, síndrome nefrótica, colestase, diabetes e medicamentos.
3. $CT \geq 230$ ou $LDL \geq 190$ mg/dL: pense em hipercolesterolemia familiar e examine pais e irmãos (triagem em cascata).
4. Dieta e atividade física por 3–6 meses; estatina a partir de 10 anos (pravastatina a partir de 8) se o LDL continuar acima do limiar.
5. Meta: $LDL < 130$ mg/dL (ideal < 100 no alto risco); ALT, AST e CK antes e durante o tratamento; contracepção na adolescente.
6. Triglicerídeos ≥ 1.000 mg/dL com dor abdominal: pancreatite até prova em contrário.

Veja também, nesta Biblioteca: **Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente** (nesta área); **Doença de Kawasaki** (Reumatologia); **Deteção precoce do diabetes tipo 1** e **"Canetas emagrecedoras" (agonistas de GLP-1) em crianças e adolescentes** (Temas atualizados pela SBP); **Consultas de puericultura de 2, 10 e 17 anos** (triagem lipídica).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Endocrinologia. Dislipidemia na criança e no adolescente — orientações para o pediatra (Guia Prático de Atualização), 2020. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics / Bright Futures. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (Periodicity Schedule), 2024–2025. aap.org
- European Atherosclerosis Society. Wiegman A et al. Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment. Eur Heart J, 2015. academic.oup.com
- NICE. CG71 — Familial hypercholesterolaemia: identification and management (atualização 2017). [NCBI Bookshelf](#)
- AEPap / PrevInfad. Hipercolesterolemia, 2008. previnfad.aepap.org
- SIP, SIIA, SISA, SIPREC. Genovesi S et al. Cardiovascular Prevention in Children, Adolescents, and Young Adults — A Call-to-Action. High Blood Press Cardiovasc Prev, 2025. [PDF](#)

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2025 (seção pediátrica não detalhada na versão consultada). [SciELO](#)
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.