

Introdução: A obesidade visceral está associada ao stress oxidativo sistémico, medido pela LDL oxidada (LDLox). Objectivos: Determinar a concentração da LDLox nos indivíduos com obesidade visceral, e a sua relação com os distúrbios metabólicos associados à obesidade visceral. **Métodos:** Avaliou-se a pressão arterial (TA), perímetro abdominal (PA) e os níveis de glucose em jejum, colesterol total, LDL, HDL, triglicédeos, ApoA1, ApoB, ApoCIII, Lp(a) e LDLox em 100 indivíduos assintomáticos (56 homens/44 mulheres), entre 50-60 anos, não-fumadores e sem doença cardiovascular. Foram divididos nos seguintes grupos: Homens com PA<102 cm e mulheres com PA<88 cm; Homens com PA ≥102 e mulheres com PA ≥88 cm. Análise estatística realizada em SPSS, versão 16.0 para Windows. **Resultados:** O grupo com maior PA apresentou TA sistólica mais elevada (mulheres: 135+/-24 vs 146+/-27 mmHg, p<0.05; homens: 134+/-22 vs 145+/-25 mmHg, p<0.05), maiores concentrações de triglicédeos (mulheres: 129,5+/-54,0 vs 172,9+/-13,0 mg/dl, p<0.05; homens: 132,2+/-18,0 vs 183,6+/-76,0 mg/dl, p<0.01) e ApoCIII (mulheres: 8,8+/-4,3 vs 12,3+/-9,9 mmHg, p<0.01; homens: 9,4+/-5,3 vs 14,4+/-7,4 mmHg, p<0.01), e níveis inferiores de HDL (mulheres: 56,8+/-11,8 vs 47,3+/-13,4 mg/dl, p<0.05; homens: 44,5+/-11,1 vs 36,8+/-10,4 mg/dl, p<0.05) e ApoA1 (mulheres: 170,0+/-22,6 vs 152,6+/-27,6 mg/dl, p<0.05; homens: 144,6+/-22,3 vs 133,2+/-24,2 mg/dl, p<0.05). Entre os grupos não houve diferenças significativas (p>0,05) nas concentrações da glicose, LDL, ApoB e Lp(a). Os níveis de LDLox eram mais elevados no grupo com PA aumentado (mulheres: 59,8+/-14,7 vs 67,8+/-14,8 mg/dl, p<0.05; homens: 61,3+/-21,1 vs 69,0+/-19,5 mg/dl, p<0.05). A LDLox correlacionou-se positivamente com o PA (r=0.86, p<0.01), TA sistólica (r=0.27, p<0.05), triglicédeos (r=0.29, p<0.05), ApoCIII (r=0.38, p<0.05), LDL (r=0.51, p<0.01) e ApoB (r=0.54, p<0.01); e correlacionou-se negativamente com HDL (r=-0.26, p<0.01) e ApoA1 (r=-0.20, p<0.01). Não se encontrou correlação com significância estatística (p>0.05) entre LDLox e glucose ou Lp(a). **Conclusão:** O estudo demonstrou uma forte relação positiva entre o perímetro abdominal e a concentração da LDLox.

Palavras-Chave: LDL, oxidada, obesidade visceral

CO 29

Perímetro da cintura e razões perímetro da cintura-perímetro da anca, perímetro da cintura-estatura e perímetro da cintura-perímetro da anca-estatura predizem presença de hiperuricemia e Síndrome Metabólica em mulheres obesas

César Esteves, Eva Lau, Sandra Belo, Ana C Neves, Pedro Rodrigues, Rui Poínhos, Paula Freitas, Ana Varela, Joana Queiroz, Flora Correia, Davide Carvalho, AMICO

*Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar de São João
Avaliação Multidisciplinar de Tratamento Cirúrgico de Obesidade Mórbida (AMTCO),
Faculdade de Medicina Universidade do Porto
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
cme1983@gmail.com*

Introdução: O Índice de Massa Corporal (IMC) é o parâmetro antropométrico (PA) mais frequentemente utilizado para estadiamento da obesidade, sendo fulcral na sua orientação terapêutica. No entanto, vários estudos têm demonstrado que a obesidade visceral terá um papel mais importante na ocorrência das comorbilidades da obesidade e por isso outros indicadores, nomeadamente as razões entre perímetro da

cintura e perímetro da anca (PC/PA), perímetro da cintura e estatura (PC/Est) e perímetro da cintura, perímetro da anca e estatura (PC/PA/Est) poderão ser mais úteis na sua avaliação. Neste estudo avaliamos a previsão de presença de disfunção metabólica pelos vários PA. Métodos: Foi estudada uma amostra com 348 indivíduos obesos (302 mulheres; 46 homens) seguidos na Consulta de AMTCO do Centro Hospitalar de São João EPE. Cada PA foi utilizado como variável independente num modelo de regressão logística binária para prever a presença de hipomagnesemia, hiperuricemia, deficiência de vitamina D e síndrome metabólica (SM). A análise foi efectuada separadamente nos dois sexos. Resultados: Nos homens foram preditores da ocorrência de hipomagnesemia a razão PC/Est ($p=0,046$); de hiperuricemia o IMC ($p=0,041$) e a razão PC/Est ($p=0,032$); e de SM as razões PC/PA ($p=0,017$) e PC/PA/Est ($p=0,008$). Nas mulheres, os PA não foram preditores significativos da deficiência de vitamina D. O PC e as razões PC/PA, PC/Est e PC/PA/Est previram significativamente a presença de hiperuricemia e SM ($p=0,008$ e $p=0,001$, respectivamente). O IMC e a razão PA/Est previram apenas a presença de SM. Nenhum dos parâmetros avaliados previu a presença de hipomagnesemia. Conclusões: O PC e as razões PC/PA, PC/Est e PC/PA/Est serviram como factores de previsão de hiperuricemia e SM em mulheres obesas. Em homens obesos, a razão PC/Est previu a ocorrência de hipomagnesemia e hiperuricemia, o IMC apenas previu a hiperuricemia e as razões PC/PA e PC/PA/Est previram a ocorrência de SM.

Palavras- Chave: Obesidade, Parâmetros Antropométricos, Síndrome Metabólica

CO 30

Hipogonadismo hipogonadotrófico em homens obesos - Resultados preliminares

Alexandra Vieira, Dírcea Rodrigues, Luísa Ruas, Patrícia Oliveira, Márcia Alves, Sofia Gouveia, Joana Saraiva, Carolina Moreno, Francisco Carrilho, Manuela Carvalheiro

*Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
alexandravieiracastro@hotmail.com*

Introdução: O hipogonadismo hipogonadotrófico (HH) masculino pode ser uma das complicações da obesidade. Os mecanismos propostos são: estimulação da aromatase por aumento do tecido adiposo conduzindo a elevação relativa do estradiol e consequente inibição da secreção de gonadotrofinas; elevação da leptina que interfere com o eixo LH/gonadotrofina coriónica humana; diminuição da secreção de *Kisspeptin* endógena. **Métodos:** Avaliação clínica e analítica da presença de HH em homens seguidos na consulta de obesidade. Critérios de exclusão: doença hepática, insuficiência renal, saturação da transferrina >60%, medicação que interfere com a função gonadal, doença hipofisária e hipogonadismo hipergonadotrófico. **Resultados:** N=32; $40,9 \pm 12,3$ anos; $37,3 \pm 6,5 \text{Kg/m}^2$; %massa gorda (MG) $38,0 \pm 7,4\%$; perímetro abdominal (PAbd) $119,6 \pm 15,4 \text{cm}$; A1C $6,1 \pm 1,7\%$; Peptídeo C (PeptC) $3,4 \pm 1,4 \text{ng/mL}$; FSH $5,0 \pm 2,9 \text{mUI/mL}$; LH $4,1 \pm 3,0 \text{mUI/mL}$; Testosterona total (TestT) $3,3 \pm 1,3 \text{ng/mL}$; Estradiol $38,3 \pm 21,6 \text{pg/mL}$ (11 com hiperestrogenismo); Leptina $22,9 \pm 18,2 \text{pg/mL}$ (12 com hiperleptinemia). 14 com disglucemia (9 diabéticos); 21 apresentavam síndrome metabólica (NCEP-ATPIII), 4 referiram diminuição da libido e 3 disfunção erétil, estes últimos apresentavam volume testicular diminuído. Verificou-se correlação negativa entre TestT e A1C ($r=-0,405$; $p=0,029$), PeptC ($r=-0,401$; $p=0,038$) e triglicédeos ($r=-0,501$; $p=0,005$).

Os doentes com TestT diminuída ($n=11$) comparativamente aos que tinham TestT normal apresentavam idade média $42,3 \pm 10,8 \text{vs} 41,2 \pm 12,7$ ($p=0,797$), IMC $38,2 \pm 5,1 \text{vs} 37,1 \pm 7,3$ ($p=0,654$), %MG $42,1 \pm 8,6 \text{vs} 35,9 \pm 5,9$ ($p=0,099$), PAbd $126,4 \pm 16,4 \text{vs} 116,2 \pm 14,2 \text{cm}$ ($p=0,160$), A1C $6,8 \pm 2,5 \text{vs} 5,7 \pm 0,8\%$ ($p=0,180$), LDL $143,9 \pm 36,2 \text{vs} 126,3 \pm 28,0 \text{mg/dL}$ ($p=0,188$), HDL $40,7 \pm 6,4 \text{vs} 43,5 \pm 10,1 \text{mg/dL}$ ($p=0,378$), triglicédeos $216,6 \pm 117,7 \text{vs} 124,0 \pm 71,5 \text{mg/dL}$ ($p=0,032$), FSH $5,5 \pm 4,3 \text{vs} 4,8 \pm 2,0$ ($p=0,636$), LH $4,6 \pm 4,0 \text{vs} 3,7 \pm 2,3$ ($p=0,500$), estrogéneos $44,7 \pm 25,6 \text{vs} 36,1 \pm 18,4$ ($p=0,368$), PeptC $4,0 \pm 1,4 \text{vs} 3,1 \pm 1,3$ ($p=0,148$) e leptinemia