

## Obesidade: Casuística de uma Consulta de Endocrinologia Pediátrica, como base de uma proposta de Intervenção Terapêutica

GABRIELA PEREIRA, GUILHERMINA FONSECA, AMÍLCAR MOTA.

*Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Santarém  
Unidade de Endocrinologia do Hospital de Dona Estefânia*

### Resumo

A obesidade tem vindo a tornar-se um problema cada vez mais prevalente nas crianças e nos jovens dos países economicamente desafogados, sendo, na sua maioria, o resultado de erros alimentares e de uma vida sedentária.

O objectivo deste trabalho é avaliar as características das crianças e dos jovens enviados pela primeira vez à Consulta de Endocrinologia do Hospital de Dona Estefânia (HDE) no ano de 1999 por obesidade, no que diz respeito às causas e consequências da mesma, e aos resultados do seguimento.

Durante o ano referido foram avaliados 107 crianças e adolescentes em consulta de primeira vez por obesidade, constituindo 36 % dos motivos de primeira consulta. O índice de massa corporal (IMC) era superior a 30 em 26 % dos doentes. Cerca de metade apresentavam antecedentes familiares de obesidade e ou diabetes mellitus tipo 2. Treze por cento apresentavam alterações ortopédicas provocadas ou agravadas pela obesidade e 9 % tinham valores de tensão arterial superiores ao P95 para o sexo e idade. Verificaram-se também alterações da tolerância à glicose, hiperinsulinismo, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Cinquenta e um por cento dos indivíduos tiveram apenas duas consultas, e a redução de peso na segunda consulta obteve-se em 62 % dos casos.

Com base em trabalhos recentes, propõe-se um protocolo de abordagem destes doentes que permita uma selecção, de forma a identificar patologias que requeiram tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Obesidade; Intolerância à glicose; Hiperinsulinismo; Hipercolesterolemia; Hipertrigliceridemia; Protocolo.

### Summary

#### **Obesity: Guidelines based in the casuistry of a Pediatric Endocrinology Outpatient Clinic.**

Obesity is becoming a prevalent problem in children and adolescents in many developed countries, mainly the result of a wrong diet and sedentariness.

The purpose of this study is to characterise the obese children observed for the first time at the Pediatric Endocrinology Outpatient Clinic of Hospital de Dona Estefânia in the year 1999, and to evaluate the causes and consequences of this morbidity.

In 1999 we observed 107 new patients for obesity (36 % of all attendances). The body mass index was beyond 30 in 26 % of these patients. About half had family history of obesity and or type 2 diabetes mellitus. As much as 13 % presented orthopaedic pathology and 9 % had high blood pressure values. Some had glucose intolerance, hyperinsulinism, hypercholesterolemia, and hypertriglyceridemia. About 51 % of the individuals had no more than 2 attendances, and only 62% reduced their weight at the second attendance.

Based in recent works, we propose the guidelines that could help us to approach the obesity in children and adolescents to identify the patients who need a specific follow-up and treatment.

**Key-words:** Obesity; Glucose intolerance; Hyperinsulinism; Hypercholesterolemia; Hypertriglyceridemia; Guidelines.

### Introdução

A obesidade define-se como um excesso de gordura corporal, quer por aumento da gordura total quer pela proporção da massa gorda em relação à massa total <sup>(1)</sup>. Uma

*Correspondência:* Dra. Guilhermina Fonseca.  
Unidade de Endocrinologia do Hospital de  
Dona Estefânia.  
Rua Jacinta Marto, 1150-192 Lisboa.

criança é considerada obesa quando o seu IMC [peso (Kg)/altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)] é igual ou superior ao P97 para o sexo e a idade, segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde. Nos países economicamente desafogados, a obesidade é um dos problemas nutricionais mais frequentes na infância e cerca de 1/3 da obesidade do adulto tem o seu início nesta faixa etária<sup>(2)</sup>. Esta patologia está associada a algumas alterações metabólicas (como a intolerância à glicose, a hiperlipidemia, a hiperuricemia, a síndrome do ovário poliquístico e a adrenarca precoce) que aumentam o risco de doença cardiovascular<sup>(3)</sup>, para além dos problemas ortopédicos e psicológicos que condiciona.

Em Pediatria distinguem-se dois grandes grupos: a obesidade de causa orgânica, endógena ou primária (1 % dos casos) e a obesidade de origem nutricional, simples ou secundária (99 % dos casos)<sup>(2)</sup>. A obesidade relacionada com patologia endócrina acompanha-se muitas vezes de estatura baixa, ou, numa fase inicial, de diminuição da velocidade de crescimento<sup>(4)</sup>. Estes dados clínicos permitem-nos fazer a distinção com a obesidade exógena, em que se observa habitualmente uma aceleração da velocidade de crescimento<sup>(5)</sup>.

No Hospital de Dona Estefânia (HDE) os doentes atendidos por obesidade são avaliados e seguidos na Consulta de Endocrinologia Pediátrica. No entanto, são poucos os que apresentam doença endócrina ou mesmo outra requerendo cuidados diferenciados.

O presente trabalho tem como objectivo avaliar a população enviada pela primeira vez à Consulta de Endocrinologia Pediátrica do HDE no ano de 1999 por obesidade, no que diz respeito à expressão clínica desta patologia e aos resultados do seu seguimento terapêutico, de modo a justificar uma proposta de orientação no atendimento em ambulatório das crianças e adolescentes obesos. Funcionando como um mecanismo de triagem, pensamos que ela é susceptível de travar os clínicos no envio de indivíduos com excesso de peso simples ou obesidades discretas que prescindem de uma assistência especializada, pois podem encontrar localmente, numa consulta multidisciplinar de nutrição, o apoio de que necessitam.

### Metodologia

Efectuou-se uma análise retrospectiva dos indivíduos consultados pela primeira vez e seguidos por obesidade no ano de 1999.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, entidade referenciadora, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, IMC e outros dados relevantes da observação, exames complementares de diagnóstico, e seguimento da evolução ponderal em 12 meses.

### Resultados

Uma ideia da importância desta problemática é dada pelo facto de, entre as 300 primeiras consultas de

Endocrinologia Pediátrica do referido ano, 107 (36 %) terem sido devidas a peso excessivo ou obesidade. Cinquenta e três pacientes (50 %) foram enviados pelo médico assistente, 26 (24 %) por outras consultas do HDE, não tendo sido possível apurar a sua origem nos restantes casos.

Pouco mais de metade (54 %) dos doentes eram do sexo masculino, e a média das suas idades situava-se em  $9,7 \pm 3$  anos, sendo 50 % maiores de dez anos (Figura 1).

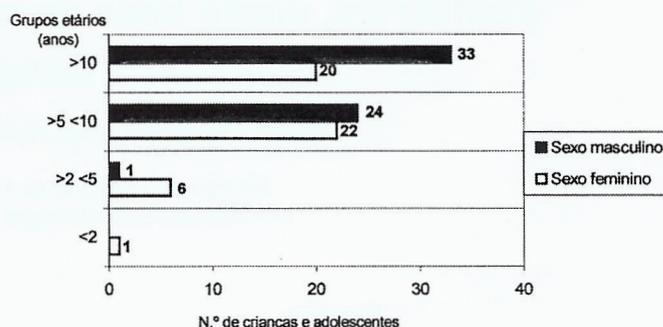


Fig. 1. - Distribuição por idade e por sexo.

Dos 107 indivíduos, 50 % tinham antecedentes familiares de obesidade, 45 % de diabetes mellitus tipo 2, 21 % de hipertensão arterial, e 7 % de dislipidemia. No que diz respeito aos antecedentes pessoais, a atopia estava presente em 17 % e a patologia ortopédica em 13 % dos casos, com referência efectuada, respectivamente, pelas Consultas de Imunoalergologia e de Ortopedia do HDE. Em relação à somatometria, 87 % apresentavam obesidade generalizada, 93 % peso acima do P97, e 73 % estatura acima do P75 para a idade e para o sexo. Todos tinham um índice de massa corporal acima do P75, com 91 % acima do P95.

Cerca de 20 % dos indivíduos mostrava estriação cutânea, mesmo na ausência de hipercortisolismo. Outras alterações encontradas no exame objectivo foram; hipertensão arterial (9 %), "acantose nigricans" (8 %), dismorfias (8 %) e acne (4 %).

Nos exames laboratoriais, 48 % dos 61 indivíduos que fizeram a glicemia pós-prandial ou a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) revelaram valores patológicos. Verificou-se a existência de hiperinsulinismo em 85 % dos 53 indivíduos em que foi feita esta determinação. Os triglicéridos estavam aumentados em sete dos 65, bem como o colesterol em dez dos 70 casos em que foram doseados. Dos 107 obesos, apenas oito (7,5 %) apresentavam alterações endócrinas que foram posteriormente investigadas.

O intervalo médio entre as consultas de seguimento foi de três meses. Dezasseis por cento compareceram apenas na primeira consulta e 51 % compareceram somente em duas consultas. Na segunda consulta, 38 % dos indivíduos tinham um peso igual ou superior ao da primeira observação, esta proporção elevou-se para 43 % na terceira e para 50 % na quarta consulta (Figura 2).

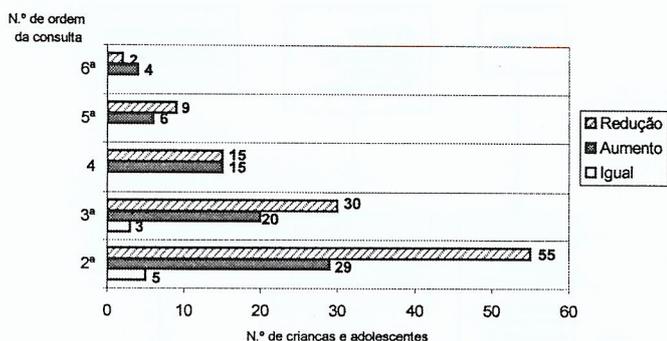


Fig. 2- Evolução do peso durante o ano seguimento

### Discussão

Nos países economicamente desafogados, a obesidade é considerada actualmente uma epidemia em emergência nas crianças e nos adolescentes. Nos Estados Unidos da América, de acordo com o National Institute of Health (NIH), 20 % das crianças e adolescentes têm excesso de peso. No nosso país, constata-se cada vez mais uma vinda significativa de crianças e adolescentes obesos às consultas de Endocrinologia Pediátrica, pelo mesmo motivo.

As consequências desta patologia, essencialmente as alterações do metabolismo dos lípidos e dos hidratos de carbono, sugerem que esta "epidemia" se irá prolongar a curto/médio prazo pelo grupo etário dos jovens adultos. O aparecimento de diabetes tipo 2 na criança e no adolescente nos últimos anos é um novo dado que confirma esta tendência.

O envio à Consulta de Endocrinologia Pediátrica do HDE foi, em metade dos casos, efectuado por iniciativa do médico assistente, em geral sem suspeita de doença endócrina, sendo frequentemente efectuado sem qualquer tentativa de intervenção prévia no que respeita a modificação dos hábitos alimentares e a actividade física. Esta prática é responsável por uma procura exagerada de consultas desta subespecialidade e, também algumas vezes, um consumo absurdo de exames complementares, na ideia de justificar o pedido da consulta.

No grupo estudado metade dos indivíduos tinha história familiar de obesidade e muitos deles tinham outros factores de risco cardiovascular na família (diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia). Tal como descrito na literatura, praticamente a quase totalidade das crianças e dos adolescentes apresentava obesidade de causa exógena, alguns dos quais com alterações metabólicas susceptíveis de aumentar o risco de doença cardiovascular.

Constatou-se uma percentagem grande de abandono da consulta e de indivíduos com diminuição de peso entre cada consulta de, em média, 44 % (entre 37,5 % e 60 %).

### Estratégia a adoptar

Nos EUA, demonstra-se uma preocupação crescente com o aumento em flecha da obesidade nas crianças e nos adolescentes, e com a orientação destes doentes. A comissão responsável (*The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services* <sup>(6)</sup>) propôs um protocolo de triagem para as crianças e os adolescentes obesos que tentámos adaptar à realidade portuguesa.

Numa primeira fase, os indivíduos aparentemente obesos devem ser avaliados pelo médico assistente (pediatra geral/médico de família) e divididos de acordo com o seu IMC:

1. Obesidade grau 1 (IMC 25,0-29,9);
2. Obesidade grau 2 (IMC 30,0-39,9);
3. Obesidade grau 3 (IMC ≥ 40,0).

Todos os indivíduos com obesidade grau 1 e pelo menos um dos seguintes factores: história familiar de obesidade, doença cardiovascular, dislipidemia, hiperuricemia ou diabetes mellitus tipo 2; hipertensão arterial ou elevação recente e acentuada do IMC, e todos os indivíduos com obesidade grau 2 e 3 devem ser avaliados para pesquisa de uma doença subjacente. Os indivíduos com obesidade grau 1 mas sem factores de risco devem ser reavaliados trimestral ou semestralmente e orientados para apoio dietético, assistência psicológica-pedopsiquiátrica e actividade física regular (Figura 3).

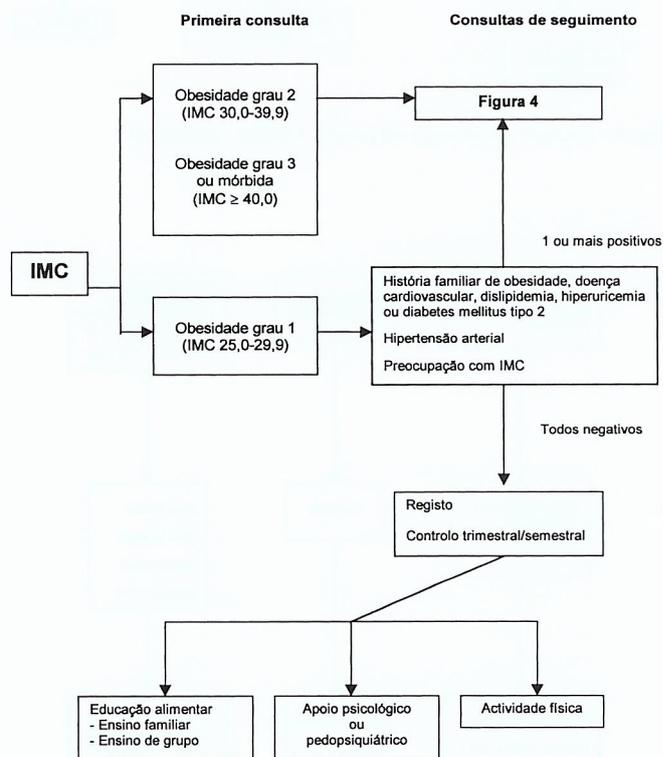


Fig. 3- Avaliação do doente (médico assistente)<sup>1</sup>.

A história clínica das crianças e dos adolescentes obesos ou com excesso de peso deve ser realizada criteriosamente, não esquecendo a existência de doença aguda-crônica condicionando imobilização, os hábitos medicamentosos, a pesquisa de estatura baixa ou de diminuição da velocidade de crescimento, as dismorfias e o exame neurológico (Figura 4). Sempre que se suspeite da existência de uma doença responsável pela obesidade ou existam alterações dos exames complementares iniciais, a criança ou o adolescente devem ser enviados a uma consulta hospitalar (Figuras 5 e 6).

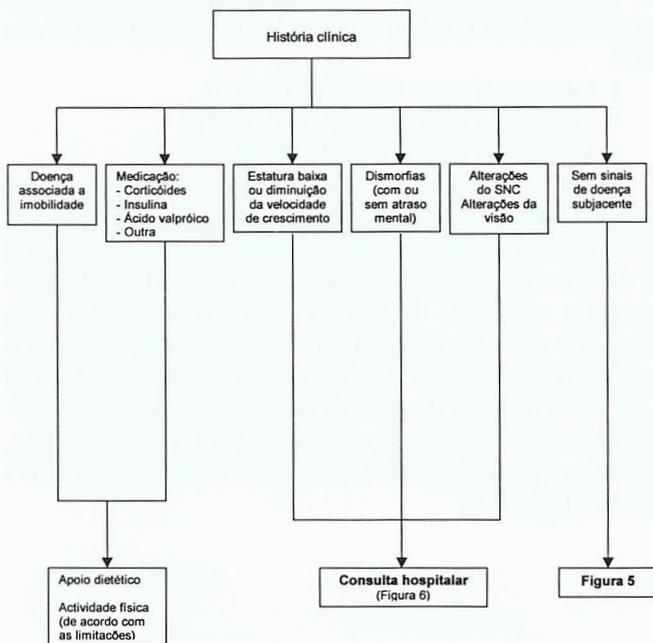


Fig. 4 - Exclusão de doença subjacente (médico assistente)¹.

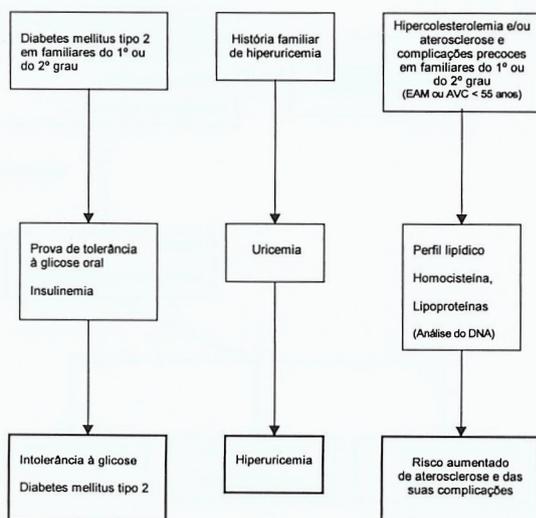


Fig. 5 - Avaliação de repercussões da obesidade

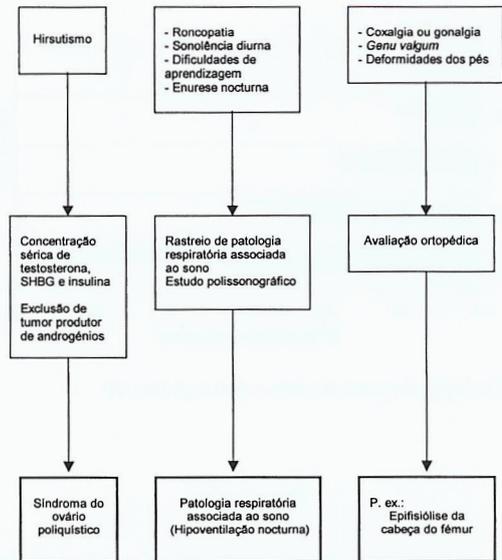


Fig. 6 - Orientação em consulta hospitalar ¹.

### Conclusões

Dada a sua prevalência crescente e as consequências para o futuro, a obesidade da criança e do adolescente necessita de uma intervenção urgente.

Tendo em conta o insucesso verificado na adesão às consultas e na redução de peso, bem como a morbilidade associada a esta patologia, a actuação deverá privilegiar a prevenção primária, com medidas educativas para mudança dos hábitos alimentares e do estilo de vida, efectuada, nomeadamente, nas escolas, nos cuidados primários de saúde e através da publicidade.

O doente obeso necessita de ser correctamente avaliado, de modo a permitir a detecção de patologia que necessite de intervenção específica e a evitar um consumo excessivo de exames complementares e de consultas hospitalares.

### Bibliografia

1. Poskitt EME. The fat child. In: Brook CGD, ed. *Clinical Pediatric Endocrinology*. 3ª ed. Blackwell Science, 1995: 210-31.
2. Bueno-Sánchez M, Sarría-Chueca A, eds. Obesidad. In: Arias MP, ed. *Tratado de Endocrinologia Pediátrica*. 2ª ed. Ed. Diaz de Santos, 1997:1157-69.
3. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatr* 1999; 103:1175-82.
4. Brook CGD. A guide to the practice of paediatric endocrinology. Cambridge University Press, 1993.
5. Diamond FB. Newer aspects of the pathophysiology, evaluation, and management of obesity in childhood. *Curr Opin Pediatr* 1998;10: 422-7.
6. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 307-16.