

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL | PREÇO UNITÁRIO 20 €

ENDO
ENDOCRINOLOGIA
& DIABETES
OBESIDADE

OUTUBRO | DEZEMBRO 2010

VOL. 4 | Nº 4



Risidon[®] metformina **1000 mg** saquetas

Pó para Solução Oral

Mais Fácil para o seu Doente Idoso



NOVO

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO NOME DO MEDICAMENTO Risidon 1000 mg pó para solução oral. Cada saqueta contém 1000 mg de cloridrato de metformina correspondentes a 780 mg de metformina base. Indicações terapêuticas: Tratamento da diabetes mellitus tipo 2, especialmente em doentes com excesso de peso, quando o controlo da alimentação e o exercício físico, por si só, não resulta num controlo glicémico adequado. Em adultos, Risidon pode ser utilizado em monoterapia ou em associação com outros agentes anti-diabéticos orais ou com insulina. Em crianças a partir dos 10 anos de idade e adolescentes, Risidon pode ser utilizado em monoterapia ou em associação com insulina. Observou-se uma redução das complicações da diabetes em doentes adultos com diabetes tipo 2 e com excesso de peso, tratados com metformina como terapêutica de primeira linha, após o insucesso das medidas dietéticas. Posologia e modo de administração Adultos: *Monoterapia e associação com outros anti-diabéticos orais:* A dose inicial habitual é de 500 ou 850 mg de cloridrato de metformina 2 ou 3 vezes por dia, administrada durante ou após as refeições. Após 10 a 15 dias, a dose deverá ser ajustada com base nos valores da glicemia. Um aumento gradual da dose pode melhorar a tolerabilidade gastrointestinal. A dose máxima recomendada de cloridrato de metformina é de 3 g por dia, dividida em 3 doses. A metformina e a insulina podem ser utilizadas em associação, no sentido de se obter um melhor controlo da glicemia. O cloridrato de metformina é administrado na dose inicial habitual de 500 mg ou 850 mg, 2 a 3 vezes por dia, enquanto que a dose de insulina é ajustada com base nos valores da glicemia. Idosos: Devido a uma potencial diminuição da função renal em indivíduos idosos, a dose de metformina deverá ser ajustada com base na função renal. E necessária uma avaliação regular da função renal. Crianças e adolescentes: em monoterapia e associação com insulina Risidon pode ser tomado por crianças a partir dos 10 anos de idade e por adolescentes. - A dose inicial habitual é de 500 mg ou 850 mg de cloridrato de metformina uma vez por dia, administrada durante ou após as refeições. Após 10 a 15 dias, a dose deve ser ajustada com base nos níveis de glicemia. Um aumento gradual da dose pode melhorar a tolerabilidade gastrointestinal. A dose máxima recomendada de cloridrato de metformina é de 2 g por dia, dividida em 2 ou 3 doses. Preparação: O pó deve ser deitado num copo ao qual se adiciona 150 ml de água de modo a obter uma solução límpida a ligeiramente opalescente. A solução deve ser tomada imediatamente após ter sido preparada. Se necessário a solução pode ser agitada. **Contra-indicações** - Hipersensibilidade à metformina ou a qualquer dos excipientes; - Cetoacidose diabética, pré-coma diabético; - Insuficiência ou disfunção renal (depuração da creatinina < 60 ml/min); - Situações agudas com potencial para alterar a função renal, tais como: desidratação, infecção grave, choque, administração intravascular de meios de contraste iodados; - Doença aguda ou crónica, susceptível de provocar hipóxia tecidual, tal como: insuficiência cardíaca ou respiratória, enfarte recente de miocárdio, choque; - Insuficiência hepática, intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo; - Aleitamento. **Advertências e precauções especiais de utilização** Risco de acidose láctica. Monitorização da função renal, dever-se-á ter especial cuidado em situações nas quais a função renal possa ser afectada, tais como, por exemplo, ao iniciar uma terapêutica com anti-hipertensores ou diuréticos e no início de uma terapêutica com um anti-inflamatório não esteroide. O cloridrato de metformina deverá ser interrompido temporariamente antes de cirurgias e exames radiológicos com administração intravascular de meios de contraste iodados. Embora a eficácia e segurança do cloridrato de metformina em crianças com idades compreendidas entre 10 e 12 anos não difira da eficácia e segurança em crianças mais velhas e adolescentes, recomenda-se um cuidado especial na prescrição nessas crianças. Todos os doentes deverão prosseguir a sua dieta com uma distribuição regular do consumo de hidratos de carbono ao longo do dia. Os doentes com excesso de peso deverão continuar a sua dieta de restrição calórica. As análises laboratoriais habituais para controlo da diabetes deverão ser realizadas regularmente. O cloridrato de metformina, utilizado isoladamente, não causa hipoglicemia, embora se recomende precaução ao utilizá-lo em associação com insulina ou sulfonilureias. Risidon pó para solução oral contém aspartamo, uma fonte de fenilalanina. Recomenda-se a ponderação deste facto antes do início do tratamento em doentes com fenilcetonúria. Interações medicamentosas e outras formas de interacção Alcool e medicamentos contendo álcool. Administração intravascular de meios de contraste iodados. *Glucocorticóides (via sistémica e local), agonistas beta-2 e diuréticos:* Possuem actividade hiperglicémica intrínseca. *Inibidores da ECA:* Podem provocar uma redução nos níveis de glicose no sangue. **Efeitos indesejáveis** *Frequentes:* alterações no paladar, *Muito frequentes:* náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e perda de apetite. *Muito raras:* eritema, prurido, urticária, acidose láctica, diminuição da absorção da vitamina B12, casos isolados de alterações nos testes da função hepática ou hepática, que desaparecem após interrupção do cloridrato de metformina. Em publicações e dados pós-comercialização, e em ensaios clínicos controlados numa população pediátrica limitada, de idades entre os 10-16 anos, tratada durante um ano, as reacções adversas notificadas foram similares, em natureza e gravidade, às notificadas em adultos. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Merck s.a. Rua Alfredo da Silva, nº 3 - C 1300 -040 Lisboa **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Maio de 2009 Medicamento sujeito a receita médica. Escalão de comparticipação: A Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização no Mercado.

Merck Serono CardioMetabolic Care

ENDO LITERATURA/ENDO Literature 178

ARTIGO ORIGINAL/Original Article

Caracterização psicológica dos doentes candidatos a Cirurgia Bariátrica no Hospital do Espírito Santo de Évora 181

Psychological characterization of candidates to bariatric surgery of the Hospital do Espírito Santo, Évora

André Ferreira, Osvaldo Santos, Margarida Pegacho, Manuel Carvalho

ALERTA TERAPÊUTICO/Therapeutic Alert

Possibilidade dos agonistas da GnRH aumentarem o risco de diabetes e doença cardíaca 190

ALERTA TERAPÊUTICO/Therapeutic Alert

Inibidores da HMG-CoA reductase: actualização de precauções e efeitos indesejáveis 191

TERAPÊUTICA PRÉ-OPERATÓRIA/Pre-operative Treatment

Protocolo da utilização de fenoxibenzamina oral na preparação de doentes para cirurgia de feocromocitoma ou paraganglioma produtores de catecolaminas 192

REUNIÕES/Meetings 195

INSTRUÇÕES AOS AUTORES/Instructions for Authors 196

LISTA DE ABREVIATURAS/Abbreviations 198

14º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OBESIDADE

PROGRAMA E RESUMOS 203

S7.5

Lipodistrofia em infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana

Sara Policarpo, Emília Valadas, Luis Caldeira, Patrícia Almeida Nunes, Francisco Antunes

CHLN - Hospital de Santa Maria - Serviço de Dietética e Nutrição; CHLN - Hospital de Santa Maria - Serviço de Doenças Infecciosas; Clínica Universitária de Doenças Infecciosas e Parasitárias-FML
sara.policarpo@chln.min-saude.pt

Introdução: A síndrome de lipodistrofia caracteriza-se, entre outras, por alterações da distribuição da gordura corporal. Em infectados por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), estas alterações incluem aumento da adiposidade intra-abdominal, acumulação de gordura na zona dorso-cervical e na região mamária (lipohipertrofia) e/ou perda de gordura subcutânea nos membros superiores e inferiores, nádegas e face (lipoatrofia). **Métodos:** Incluíram-se indivíduos com idade superior a 18 e inferior a 65 anos, com diagnóstico de infecção por VIH e com acompanhamento regular em consulta de Imunodepressão do Hospital de Santa Maria. Excluíram-se indivíduos com infecção oportunista, grávidas e aqueles sem terapêutica anti-retrovírica (TARVc). Avaliaram-se o número de linfócitos TCD4⁺/mm³ e os parâmetros antropométricos [peso, altura, índice de massa corporal, perímetro da cintura e prega cutânea tricipital (PCT), percentagem de massa gorda (MG)]. Considerou-se que PCT abaixo do percentil 10 e MG normal ou acima do normal = padrão de lipoatrofia; MG normal e PC = 88cm (género feminino) = 102cm (género masculino) = padrão de lipohipertrofia; MG normal, PCT abaixo do percentil 10 e PC = 88 cm ou = 102cm = padrão de lipodistrofia misto. Estabeleceu-se o nível de significância em $\alpha=0,05$. **Resultados:** Incluíram-se 105 indivíduos; 64,8% (n=68) do género masculino, com idade média de 43,3±9,5 anos, diagnóstico de infecção por VIH há 8,4±5,4 anos e sob TARVc há 6,6±5,4 anos, com um valor médio de 546,4±367,0 linfócitos TCD4⁺/mm³. Constatou-se que 24,8% (n=26) dos participantes apresentavam critérios indicadores de lipodistrofia, com um predomínio de lipoatrofia (16,2%; n=17), seguido de lipohipertrofia (5,7%; n=6) e padrão misto (2,9%; n=3%), não apresentando diferenças entre géneros quanto à proporção e padrão de lipodistrofia. Os participantes com linfócitos TCD4⁺ < 200/mm³ apresentavam maior prevalência de lipoatrofia. **Conclusão:** Observou-se que 24,8% (n=26) dos participantes apresentava critérios indicadores de lipodistrofia, sendo o padrão mais predominante a lipoatrofia. **Palavras-Chave:** Lipodistrofia, VIH.

S9.1

Avaliação da actividade física

Miguel Camões (FM-UP; ESE-IPB)

Unidade de Nutrição e Estilos de Vida. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança

A Actividade Física (AF) tem um papel fundamental na prevenção e tratamento das doenças crónicas, nomeadamente da doença cardiovascular. A sua medição, de uma forma válida e precisa, é um grande desafio para o epidemiologista que olha para este comportamento modificável como determinante *major* de saúde. Uma vez que a AF é definida como sendo qualquer movimento corporal produzido pela contracção do músculo esquelético resultando num aumento do dispêndio energético, a avaliação e monitorização da AF em larga escala deve incluir o total energético dos diferentes tipos de actividade ao longo das 24h que compõem o dia-a-dia do indivíduo. Adicionalmente, outras dimensões da AF assumem grande relevância, como a intensidade e a frequência da exposição a este mesmo comportamento. Universalmente, não existe nenhum método de avaliação desprovido de desvantagens. Sendo assim, existem métodos altamente objectivos e precisos na avaliação do dispêndio energético, como por exemplo, a água duplamente marcada e a calorimetria mas que assumem grande complexidade e custos elevadíssimos, sendo usados frequentemente como métodos *gold-standard* de validação em pequenas amostras. Outros métodos, como frequencímetros, acelerómetros e podómetros, disponibilizam medidas objectivas de prever a AF e, conseqüentemente, o dispêndio calórico a ela associado, mas apresentam a dificuldade de estimar a AF habitual, implicando grandes custos quando aplicados na vigilância e monitorização populacional. Com um decréscimo significativo na validade e precisão de medição e com um aumento relevante na facilidade da avaliação, surgem os questionários de AF. Por questões práticas e económicas, a maior parte dos estudos epidemiológicos sustentam a avaliação da AF em questionários previamente validados e devidamente testados. Os questionários de AF estruturados, permitem avaliar as diferentes dimensões da AF que, por sua vez, não são possíveis de obter quando aplicados métodos mais objectivos e, têm o potencial de estimar, de uma forma igualmente válida, o dispêndio energético habitual das populações, permitindo a sua monitorização ao longo do tempo.

Revisões/Consensos

Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Speiser PW, Azziz R, Baskin LS, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4133-60

Um texto de consenso da Endocrine Society Guideline sobre a hiperplasia congênita da supra-renal, avaliação e tratamento.

Approach to the Patient with Persistent Acromegaly after Pituitary Surgery. Katznelson L. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4114-23

Nas acromegalias com doença persistente após cirurgia: a cirurgia está indicada no caso de existir tumor residual cirurgicamente acessível; nos outros casos está indicada a terapêutica médica; a radioterapia só deve ser utilizada nos casos em que a terapêutica médica não resulte.

International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Althof SE, Abdo CHN, Dean J, et al. *J Sex Med* 2010;7:2947-69

Consenso da ISSM que aborda a definição, prevalência, etiologia, avaliação e tratamento da ejaculação prematura.

Artigos originais

Acromegaly without Imaging Evidence of Pituitary Adenoma. Lonser RR, Kindzelski BA, Mehta GU, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4192-6

A acromegalia pode ser causada por um adenoma produtor de GH que não é visível na RM convencional. Estes doentes devem ser submetidos a uma exploração cirúrgica, que pode possibilitar a remoção do tumor e remissão bioquímica.

The Association of Preoperative Glycemic Control, Intraoperative Insulin Sensitivity, and Outcomes after Cardiac Surgery. Sato H, Carvalho G, Sato T, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4338-44

Insulin Resistance and Outcomes in Surgery. Editorial. Ljungqvist O. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4217-9
Demonstra-se uma clara relação entre insulinorre-

sistência e complicações major pós-operatórias, principalmente infecções. Confirma-se que a HbA1c tem algum valor preditivo e pode tornar-se num marcador, que deve ser controlado com mais atenção. Uma baixa da sensibilidade à insulina de 50% após grande cirurgia, aumenta o risco de complicações major em 5 a 6 vezes e o risco de infecção grave de 10 vezes.

Rising Serum 25-Hydroxy-Vitamin D Levels after Weight Loss in Obese Women Correlate with Improvement in Insulin Resistance. Tzotzas T, Papadopoulou FG, Tziomalos K, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4251-7

25-OH Vitamin D: Is it the Universal Panacea for Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes? Editorial. Osei K. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4220-2

Os níveis de 25(OH) vit D estão baixos nos doentes obesos e estão associados ao grau de obesidade. A perda de peso de 10% após dieta de baixas calorias aumenta os níveis de 25(OH) vit D e este aumento associa-se com melhoria da resistência à insulina.

Adherence to Mediterranean Diet and Erectile Dysfunction in Men with Type 2 Diabetes. Giugliano F, Maiorino MI, Bellastella G, et al. *J Sex Med* 2010;7:1911-7

Homens com diabetes tipo 2 e disfunção sexual erétil (DSE) com maior aderência à dieta mediterrânea, têm menor prevalência de DSE e de DSE grave quando comparados com doentes com menor aderência à dieta.

Multicenter, Placebo-Controlled Trial of Lorcaserin for Weight Management. Smith SR, Weissman NJ, Anderson CM, et al. *N Engl J Med* 2010;363:245-56

Drug Management of Obesity – Efficacy versus Safety. Editorial. Astrup A. *N Engl J Med* 2010;363:288-90

Lorcaserin, um agonista dos receptores 2C da serotonina, numa dose de 10 mg duas vezes por dia, produziu uma perda de peso significativamente mais importante e melhorou a manutenção da perda de peso, quando comparado com placebo, de acordo com um estudo duplamente cego de 3182 obesos e pré-obesos.

Eles já conseguiram ter mais tempo para amar



Para ultrapassar a Ejaculação Prematura, quebraram o silêncio e procuraram ajuda profissional para vencer esta disfunção sexual.

Sabia que já existe uma solução? Conheça-a também!

Fale com o seu Médico. Informe-se com o seu Farmacêutico.

ENDO ENDOCRINOLOGIA & DIABETES & OBESIDADE

Editor-Chefe

A Galvão-Teles Lisboa

Editores Associados

Davide Carvalho Porto
Pedro Teixeira Lisboa

Editor Executivo

Oswaldo Santos Lisboa

Conselho Editorial

A Almeida Santos Coimbra
A M Pereira Coelho Lisboa
António Sérgio Porto
Carlos Calhaz Jorge Lisboa
Eduardo Barreiros Lisboa
Edward Limbert Lisboa
Estela Monteiro Lisboa
F Allen Gomes Coimbra
Fernando Baptista Lisboa
Flora Correia Porto
Francisco Carrilho Coimbra
Germano de Sousa Lisboa
H Bicha Castelo Lisboa
Isabel do Carmo Lisboa
J A Melo Gomes Lisboa
J Canas da Silva Lisboa
J Garcia e Costa Lisboa
J L Themudo Barata Covilhã
J M Pereira Miguel Lisboa
J P Lima Reis Porto
J Rocha Mendes Lisboa
Jaime Branco Lisboa
João Martin Martins Lisboa
João V. Gonçalves Lisboa
Jorge Caldeira Lisboa
José Camolas Lisboa
José Luís Medina Porto
L Bettencourt Sardinha Lisboa
Luís Barreiros Lisboa
Luís Sobrinho Lisboa
Luís Távora Lisboa
Manuela Carvalheiro Coimbra
M M Almeida Ruas Coimbra
M Sobrinho Simões Porto
M Neves e Castro Lisboa
M Daniel Vaz Almeida Porto
Mário Mascarenhas Lisboa
Teresa Dias Lisboa
Zulmira Jorge Lisboa

Revisão

Sofia Nunes de Oliveira Lisboa

Secretária

Fátima Neves Lisboa

Propriedade

FGT - Fame, Glory and Trust, Lda.

Endereço para o envio de manuscritos e correspondência

A Galvão - Teles
Rua Rodrigo da Fonseca, 151 - 1º Dto
1070 - 242 Lisboa
agalvaotelles@gmail.com

Empresa Editora

admédic⁺

Administração, Paginação e Publicidade

Ad Médic, Lda.
Calçada de Arroios, 16 C - Sala 3
1000-027 Lisboa
T.: 21 842 97 10
F.: 21 842 97 19
e-mail: info@admedic.pt
www.admedic.pt

Depósito Legal

53 453/92

ISSN

0872 - 0711

Tiragem

3.000 exemplares

Assinaturas

Portugal - €75
Instituições - €100
Europa - €100
Instituições - €120
Cópia única - €40 (estrangeiro - €65)

Montagem e Impressão

Selenova - Artes Gráficas, Lda.
Estrada Nacional 116,
Km 20/21
Casais da Serra, Milharado

Endocrinologia, Diabetes & Obesidade é uma publicação trimestral da FGT - Fame, Glory and Trust, Lda.

Toda a correspondência relativa a assinaturas, números anteriores, pedidos de separatas e publicidade deve ser dirigida à Ad Médic.

Os conteúdos expressos nos artigos são da responsabilidade dos autores.