

Complicações e tratamento da obesidade na criança

Raquel Coelho*, Graciete Bragança**

RESUMO

Nas últimas décadas, a prevalência da obesidade na infância e na adolescência e a consequente morbidade e mortalidade aumentaram de uma forma alarmante. A obesidade é um importante factor de risco cardiovascular, associando-se a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo 2 e a dislipidemia. Está descrita a associação com doenças osteoarticulares, esteatose hepática, apneia do sono, pseudotumor cerebri e problemas psico-afectivos. Devido à gravidade e à precocidade das complicações, o tratamento deve ser precoce, centrado na família e basear-se na reeducação alimentar e no incentivo ao exercício físico. Como o tratamento tem, em princípio, uma eficácia limitada, a prevenção torna-se essencial.

Palavras-chave: adolescência, complicações, infância, obesidade, prevenção, tratamento.

Nascer e Crescer 2005; 14 (2): 89-91

Nos países desenvolvidos, a incidência da obesidade na infância e na adolescência aumenta de forma dramática, o que implica maior morbidade e mortalidade.

A obesidade é definida como Índice de Massa Corporal (IMC), que representa a relação entre o peso corporal (kg) e a altura ao quadrado (m²), igual ou superior ao percentil 95 para o sexo e idade. Este índice parece ser um indicador fiável do grau de adiposidade e parece também correlacionar-se com as complicações da obesidade,^{1,2} que são, geralmente, precoces e multissistémicas.²

Desde a idade pediátrica, a obesidade associa-se a outros factores de risco cardiovascular major tais como: dislipidemia, hipertensão arterial, alterações da massa ou função ventricular esquerda, disfunção endotelial e resistência à insulina.⁵ O Bogalusa Heart Study, realizado nos Estados Unidos da América, em crianças obesas entre os 5 e os 10 anos de idade mostrou que mais de metade apresentava pelo menos um e cerca de um quarto apresentavam dois ou mais factores de risco cardiovascular.^{5,6}

Nas crianças e jovens obesos, estima-se que a **dislipidemia** (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e/ou diminuição da HDL) tenha uma prevalência entre 3 e 10%.²

A prevalência da **diabetes tipo 2** tem aumentado de forma preocupante nas crianças e adolescentes.^{4,8,9} A doença é, geralmente, assintomática na fase precoce, embora também possa manifestar-se por poliúria, polidipsia, cetonúria e cetoacidose.⁴ Deve ser feito o rastreio quando existem factores de risco para a doença, nomeadamente história familiar de diabetes mellitus tipo 2 e situações associadas a resistência à insulina.^{4,9} O controlo metabólico é realizado através do doseamento da glicemia capilar e da hemoglobina A C.⁴ O tratamento tem por base a educação alimentar, o incentivo ao exercício físico e, em alguns casos, a terapêutica medicamentosa.^{8,9} O antidiabético oral de eleição na idade pediátrica é a metformina,⁸ pelo menor risco de hipoglicemia, pelo benefício a nível do perfil lipídico e pela facilitação do controlo do peso corporal. A administração de insulina pode ser necessária quando existe insucesso da terapêutica oral.^{4,9}

A **síndrome de resistência à insulina** é um problema com prevalência crescente^{8,9} e a associação desta com a obesidade e com os factores de risco cardiovasculares relaciona-se com o grau de adiposidade.⁹ O hiperinsulinismo tem uma expressão multissistémica, com manifestações de gravidade significativa. Costuma associar-se à elevação dos androgénios. A síndrome do ovário poliquístico manifesta-se por obesidade, hirsutismo, acne e irregularidades menstruais e por infertilidade.⁸ No rapaz, a aromatização dos androgénios em excesso, a nível do tecido adiposo, ou seja, a sua transformação em estrogénios, pode levar ao aparecimento de ginecomastia. A coexistência de ginecomastia e pseudomicropénis, isto é o encobrimento do pénis pelo tecido adiposo pélvico, constituem factores de grande preocupação para o doente. A vontade de resolver o problema pode funcionar como estímulo positivo para cumprir as medidas terapêuticas.

Nas crianças e jovens obesos, o **genu valgum** é uma complicação ortopédica extremamente frequente. Apesar de rara, a epifisiólise da cabeça do fémur exige diagnóstico precoce, devido à necessidade de tratamento cirúrgico urgente. Surge habitualmente na pré-puberdade e manifesta-se por claudicação da marcha e por dor localizada na anca ou no joelho.¹

A **esteatose hepática** e a **esteatohepatite não alcoólicas** são complicações da obesidade que podem evoluir para cirrose hepática.^{3,10,11} Num estudo recente, Chan DFY et al fazem referência a estas complicações com uma prevalência de 77% nas crianças obesas (65/84).¹² A gravidade da esteatose correlaciona-se significativamente com o IMC,

* Interna do Complementar de Pediatria

** Chefe de Serviço de Pediatria

com a elevação da alanina transaminase, com a resistência à insulina e com hipertrigliceridemia.¹² A **colelitíase** também é uma das complicações descritas da obesidade.¹

A **apneia do sono e a síndrome de hipoventilação** são situações potencialmente fatais e frequentemente associam-se a disfunção neurocognitiva. Manifesta-se por sonolência diurna crónica, sendo o diagnóstico confirmado com o estudo do sono. Estas situações podem ser atenuadas com a redução do peso corporal, de forma a diminuir a pressão abdominal e aumentar a compliance da parede torácica.⁴ A adenoidectomia e amigdalectomia, se indicadas, podem desempenhar um papel significativo na melhoria da qualidade do sono.² Alguns estudos, referem a **asma** como morbilidade da obesidade infantil.⁵

O **pseudotumor cerebri** é uma doença rara, caracterizada por hipertensão intracraniana idiopática. Manifesta-se clinicamente com cefaleias intensas e a fundoscopia mostra edema da papila. Pode causar diminuição dos campos visuais e/ou da acuidade visual.¹

O **risco de persistência da obesidade na idade adulta** é elevado e aumenta com a idade.^{1,2} Vários autores estimam que cerca de 70 % das crianças obesas serão adultos obesos.⁵

As **implicações da obesidade a nível psicológico** apesar de difíceis de quantificar objectivamente, são extremamente preocupantes. A discriminação social e a falta de auto-estima do jovem obeso podem arrastar estados depressivos graves. As raparigas são mais propensas à morbilidade psicológica e o risco também aumenta com a idade.⁵

A obesidade é uma doença crónica de difícil resolução porque o **tratamento** implica alterações do estilo de vida a longo prazo. A intervenção terapêutica deve ser precoce, multidisciplinar, adaptada à idade e planeada com objectivos progressivos.¹ As tentativas de modificações radicais dos comportamentos estão condenadas ao insucesso e são fonte de frustração e convite ao abandono. O envolvimento activo de todo o núcleo familiar parece essencial para que tenha sucesso a intervenção terapêutica.

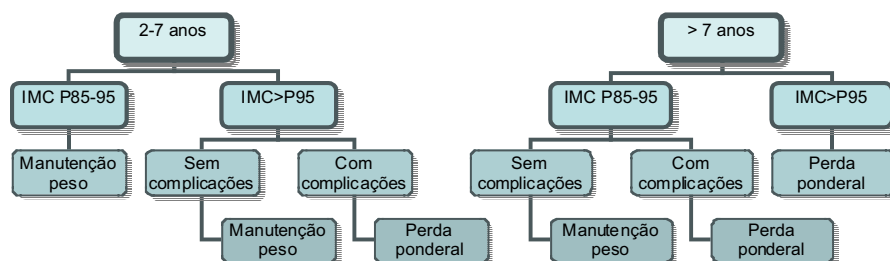


Figura 1 - Recomendações para objectivo do tratamento.

Adaptado de Barlow S, Dietz W. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. *Pediatrics* 1998; 102(3):E29

O inquérito alimentar à criança e à família é indispensável para adaptar a dieta aos hábitos familiares. A reestruturação alimentar deve ser direccionada para uma dieta fraccionada, com aumento do consumo de fibras e redução do consumo de gorduras e de hidratos de carbono de absorção rápida. Há que incentivar alguns princípios da dieta tradicional, como o hábito de comer legumes e sopa. Para a redução do peso é importante a diminuição da quantidade de gorduras saturadas, mas esta não deve ser uma medida isolada. Dietas muito restritivas são contra-indicadas na criança. Os objectivos alcançados devem ser valorizados com estímulos positivos.

O incentivo ao exercício físico é igualmente fundamental. O desporto deve ser adequado às preferências individuais e encarado como um hábito saudável, enriquecedor e divertido, podendo ser uma ocasião de convívio familiar e facilitar a conquista de amigos. Os hábitos sedentários devem ser combatidos e, segundo a Academia Americana de Pediatria, as horas diárias de televisão/ computador não devem ser superiores a duas por dia.¹

O objectivo em reduzir/manter o peso deve depender da idade, do IMC inicial e da existência de complicações.¹ Na criança com menos de dois anos a única medida recomendada é a implementação de uma alimentação equilibrada. Na criança entre os dois e os sete anos com excesso de peso ou obesidade sem complicações o objectivo do tratamento deve ser a manutenção do peso corporal, enquanto que nos casos de

obesidade com complicações o objectivo é a redução do peso. Nas crianças com idade superior a sete anos, o tratamento deve visar a perda de peso, mas nos casos em que existe excesso ponderal sem complicações, a manutenção do peso é um objectivo adequado (Figura 1).¹

Relativamente ao tratamento cirúrgico a experiência em adolescentes ainda é muito limitada e as indicações controversas.⁷

A redução do peso corporal associa-se a numerosos benefícios, incluindo o controlo da tensão arterial, o aumento da sensibilidade à insulina e a melhoria do perfil glicémico e lipídico.^{7,9}

As crianças obesas devem ser referenciadas a um especialista em obesidade infantil se tiverem uma idade inferior a dois anos, se coexistirem complicações associadas ou se existir obesidade mórbida.¹

Concluindo: devem promover-se estilos de vida saudáveis já que a prevenção é o único meio verdadeiramente eficaz no combate à obesidade.

COMPLICATIONS AND TREATMENT OF OBESITY IN CHILDHOOD

ABSTRACT

The prevalence of the childhood obesity through the last decades is increasing, with significant comorbidities and major health consequences.

Obesity is associated with illness, such as cardiovascular disease, hypertension, type 2 diabetes mellitus and

dislipidemia, and premature death. It is also associated with orthopedic complications, hepatic steatosis, sleep apnea, pseudotumor cerebri and poor self-esteem.

Prevention is essential as treatment is usually frustrating. Treatment plan should include reasonable weight-loss goals, dietary and physical activity management, behavior modification and family involvement.

Key-words: adolescence, childhood, complications, obesity, treatment.

Nascer e Crescer 2005; 14 (2): 89-91

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and Treatment: Expert committee recommendations. *Pediatrics* 1998; 102(3):E29.
- 2 - Committee on nutrition of American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112 (12): 424-430.
- 3 - Rashid M, Roberts EA. Nonalcoholic steatohepatitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30:48-53.
- 4 - American Diabetes Association Consensus Statement. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000; 23(3):381-389.
- 5 - Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88: 748-752.
- 6 - Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR et al. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 1999; 103: 1175-82.
- 7 - Fabricatore A, Wadden T. Treatment of obesity: an overview. *Clinical Diabetes* 2003; 21(2): 67-72.
- 8 - Ten S, MacLaren. Insulin resistance syndrome in children. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 (6): 2526-39.
- 9 - Steinberg J, Daniels S. Obesity, insulin resistance, diabetes and cardiovascular risk in children. American Heart Association scientific statement. *Circulation* 2003; 107:1448-53.
- 10 - Schwimmer J, Deutsch R, Rauch J, Behling C, Newbury R, Lavine J. Obesity, insulin resistance, and other clinicopathological correlates of pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *J Pediatr* 2003; 500-505.
- 11 - Marion AW, Baker AJ, A Dhawan. Fatty liver disease in children. *Arch Dis Child* 2004; 89(7): 648-52
- 12 - Chan DFY et al. Hepatic steatosis in obese Chinese children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 1257-63.

Correspondência:

Raquel Coelho
Departamento de Pediatria
Hospital Fernando Fonseca
IC 19
2400 Amadora
Telefone: 213010510
raquelscoelho@yahoo.com