



## **COMUNICAÇÕES ORAIS (Sessão 1)**

Sexta-Feira, 7 de Março de 2014

(13h45 - 14h45)

### **SALA FÊNIX I e II**

(Sessão 1.1. a 1.6.)

## Sessão 1.1.- Oral - Clínica

### PROGRESSÃO PARA DIABETES EM DOENTES COM INFECÇÃO VIH-1 SOB TERAPÊUTICA ANTI-RETROVÍRICA AO LONGO DE 3 ANOS

Lau E.<sup>1</sup>, Oliveira J.<sup>1</sup>, Santos A. C.<sup>2</sup>, Serrão R.<sup>3</sup>, Sarmento A.<sup>3</sup>, Carvalho D. <sup>1</sup>, Freitas P.<sup>1</sup>

- 1- Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Endocrinologia, Porto  
 2- Departamento de Epidemiologia Clínica e Medicina Preditiva e Saúde Pública da Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública da Univ. Porto, Porto  
 3- Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** As alterações do metabolismo da glicose podem progredir ou regredir ao longo do tempo.

**Objectivos:** Avaliar a progressão de categorias de alteração do metabolismo da glicose em doentes com infecção VIH-1 sob terapêutica anti-retrovírica (TAR) ao longo de 3 anos.

**Métodos:** Análise retrospectiva de parâmetros clínicos e analíticos de doentes com infecção VIH-1 sob TAR ao longo de 3 anos. Definida anomalia da glicose em jejum se glicose  $\geq 100$  e  $<126$  mg/dL; diminuição da tolerância à glicose se às 2 horas na PTGO  $\geq 140 < 200$  mg/dL e diabetes (DM) se glicose em jejum  $\geq 126$  mg/dL ou às 2 horas na PTGO  $\geq 200$  mg/dL ou A1c  $\geq 6,5$  %.

**Resultados:** Dos 400 doentes, 67,3% (269) sexo masculino, média de idade de 45,78 (11,51) anos, mediana de duração da infecção de 8,0 (IIQ: 6,0) anos e duração da TARc 7,0 (IIQ:7,00) anos. Na 1ª avaliação: 41% sem alterações no metabolismo da glicose, 18,1% com diminuição da tolerância oral à glicose (DLOG), 17,6% com anomalia da glicemia em jejum (AGJ) e 23,4% com DM. Após 1 ano, dos sem alterações no metabolismo da glicose 44,1% permaneceram sem alterações; 10,2% com DLOG; 7,9% com AGJ e 37,8% com DM. Após o 2º ano, dos sem alterações no metabolismo da glicose após o 1º ano, 87,7% permaneceram sem alterações; 3,5% com DLOG; 5,3% AGJ e 3,5% com DM. Após o 3º ano, dos sem alterações no metabolismo da glicose após o 2º ano, 58,1% permaneceram sem alterações; 24,2% com DLOG; 12,9% com AGJ e 4,8% com DM. Dos doentes com DLOG após o 1º ano, 20,6% passaram a não apresentar alterações; 11,1% permaneceram nesta categoria; 9,5% com AGJ e 58,7% com DM. Após o 2º ano, dos com DLOG após o 1º ano, 35,7% passaram a não apresentar alterações; 28,6% permaneceram nesta categoria; 7,1% com AGJ e 28,6% com DM. Após o 3º ano, dos com DLOG após o 2º ano, 9,5% passaram a não apresentar alterações; 52,4% permaneceram nesta categoria; 19,0% com AGJ e 19,0% com DM. Após o 1º ano, dos com AGJ, 34,5% passaram a não ter alterações, 3,6% com DLOG; 14,5% permaneceram nesta categoria; 47,3% com DM. Após o 2º ano, dos com AGJ após o 1º ano, 32,1% passaram a não ter alterações, 14,3% com DLOG; 21,4% permaneceram nesta categoria; 32,1% com DM. Após o 3º ano, dos com DLOG após o 2º ano, 28,6% passaram a não ter alterações, 28,6% com DLOG; 21,4% permaneceram nesta categoria; 21,4% com DM.

**Conclusões:** Ao longo de 3 anos, a progressão para diabetes foi maior no primeiro ano de seguimento, quer em indivíduos sem alterações do metabolismo da glicose quer em doentes com DLOG e AGJ.

## Sessão 1.2.- Oral - Clínica

### “TRABECULAR BONE SCORE” E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM DIABÉTICAS TIPO 2 PÓS-MENOPAUSICAS MEDICADAS COM PIOGLITAZONA

Vilela-Gonçalves J.<sup>1</sup>, Mascarenhas M. R.<sup>2</sup>

- 1- Centro Clínico Lisboa, Portugal Telecom, Diabetologia, Lisboa  
 2- Clínica de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo de Lisboa. Endocrinologia e doenças do Metabolismo, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Endocrinologia, Lisboa

**Introdução:** A diabetes tipo 2 (DT2) e a osteoporose são doenças prevalentes cujas complicações se associam a elevadas taxas de morbidade e de mortalidade precoce. A relação entre osteoporose e DT2 está pouco esclarecida. A terapêutica com glitazonas tem sido relacionada com alterações da massa óssea, mas os resultados de alguns trabalhos são controversos.

**Objectivo:** Avaliar o efeito da pioglitazona em parâmetros da resistência do osso, através da determinação da densidade mineral óssea (DMO) e do índice do osso trabecular (“trabecular bone score” ou TBS).

**Material e Métodos:** Em 50 mulheres na pós-menopausa a DMO ( $\text{g}/\text{cm}^2$ ) de várias regiões da coluna lombar, da extremidade proximal do fémur e do antebraço distal foi estudada usando um densitómetro Discovery W (Hologic Inc.). O TBS de L1-L4 foi obtido através de cada exame de DXA dessa região do esqueleto com o software TBS iNsight, (Med-Imaps, SA., França). A amostra foi dividida num grupo de mulheres com DT2 medicadas com pioglitazona ( $n=25$ ) durante uma média 6,6 anos e num grupo controlo de mulheres não diabéticas (sem quaisquer medicações prévias para a osteoporose ou que induzam a perda de massa óssea). As mulheres destes grupos foram emparelhadas pela idade, anos na pós-menopausa, índice de massa corporal (IMC), peso e estatura. Testes de análise descritiva, de comparação e de regressão foram usados na diferenciação e relacionar os vários parâmetros obtidos. A significância estatística foi considerada para  $P < 0,05$ . As médias da idade, da estatura, do peso e do IMC foram idênticas entre os grupos. Na coluna lombar, as médias da DMO ( $1,020/0,1$  vs  $0,877/0,2$   $\text{g}/\text{cm}^2$ ), do T-score e do Z-score eram significativamente superiores no grupo de mulheres com DT2 medicadas com pioglitazona em comparação com o grupo controlo, diferença não apresentada na medição do TBS ( $1,216/0,2$  vs  $1,16/0,08$ ). No entanto, as médias do TBS, da DMO, do T-score e do Z-score das extremidades proximal do fémur e distal do antebraço foram idênticas entre os grupos. As médias das percentagens da massa gorda, das massas magra e gorda totais do corpo foram semelhantes entre os grupos. O peso e as massas gorda e magra totais do corpo apresentaram correlações com o TBS apenas no grupo de mulheres com DT2 medicadas com a pioglitazona.

**Conclusões:** Os resultados deste estudo parecem sugerir que a terapêutica com a pioglitazona durante cerca de 6,6 anos em diabéticas tipo 2 não provoca redução de massa óssea nem da qualidade óssea avaliada pela técnica de TBS, em comparação com um grupo de mulheres na pós-menopausa sem DT2.

## Sessão 1.3.- Oral - Clínica

### FACTORES PROGNÓSTICOS NA SÍNDROME HIPERGLICÉMICA HIPEROSMOLAR: REVISÃO DE CINCO ANOS

Cardoso L.<sup>1</sup>, Rodrigues D.<sup>2</sup>, Vicente N.<sup>1</sup>, Saraiva J.<sup>1</sup>, Moreno C.<sup>1</sup>, Guelho D.<sup>1</sup>, Dantas R.<sup>3</sup>, Simões Pereira J.<sup>4</sup>, Martins D.<sup>1</sup>, Oliveira D.<sup>1</sup>, Carrilho F.<sup>1</sup>

- 1- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
- 2- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Endocrinologia, Coimbra
- 3- Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Endocrinologia, Aveiro
- 4- Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Endocrinologia, Lisboa

**Introdução:** A Síndrome Hiperglicémica Hiperosmolar (SHH) é uma complicação aguda da diabetes com elevada mortalidade. O quadro clínico desenvolve-se durante dias a semanas, pelo que nos idosos, sobretudo naqueles sem história de diabetes, o reconhecimento dos sintomas pode ser tardio.

**Objectivo:** Identificar factores prognósticos na SHH.

**Material e Métodos:** Coorte retrospectiva, onde foram analisados 106 episódios de hiperglicemia com hiperosmolaridade, internados no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre 01/01/2008 e 31/12/2012. Os critérios de inclusão (glicemia >600 mg/dL, pH >7,30, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> >18 mEq/L, osmolalidade efectiva >320 mOsm/Kg, ausência de cetose significativa) foram preenchidos por 23 episódios, 18 mulheres e 4 homens, com uma mediana de idade de 85,0 (79,0-88,0) anos.

**Resultados:** A presença de co-morbilidades foi elevada (mediana do Índice de Charlson 8, 6,0-10,0). À admissão, a mediana da glicemia foi 811,0 mg/dL (722,0-1095,0), da osmolalidade efectiva 341,6 mOsm/Kg (334,6-362,1), do pH 7,43 (7,36-7,44), do bicarbonato 25,7 mEq/L (21,4-29,7), da creatinina 2,5 mg/dL (1,5-3,1), do azoto ureico 66,0 mg/dL (52,0-92,0), do sódio 148,0 mmol/L (145,0-151,0) e do hematócrito 42,5% (39,7-45,3). A demora média de internamento foi 10,9±6,9 dias. A letalidade intra-hospitalar foi 35%, com 40% (n=3) das mortes a ocorrerem no primeiro dia de internamento. Os principais factores precipitantes da SHH foram infecção (66,7%) e diabetes inaugural (28,6%). Os doentes que faleceram apresentavam, à admissão, valores mais elevados de osmolalidade efectiva (365,1 vs 336,7 mOsm/Kg, p=0,016) e natrémia (156,0 vs 146,0 mmol/L, p<0,001) do que os restantes doentes. Não obstante, a glicemia (792 vs 857 mg/dL, p>0,05) e o bicarbonato (21,3 vs 27,2, p=0,011) foram mais baixos nos doentes que sobreviveram. A natrémia ≥ 150 mmol/L mostrou ter uma especificidade de 93,3% e sensibilidade de 75,0% (p=0,001, 0,86-1,0) para previsão de morte. Aproximadamente 30% dos doentes apresentaram intercorrências durante o internamento, sem diferenças entre os que faleceram e os que sobreviveram.

**Conclusão:** A SHH permanece como uma das complicações agudas da diabetes com mais elevada morbi-mortalidade. A identificação e terapêutica precoces, dirigidas ao factor precipitante, são fundamentais. Os indicadores de prognóstico, tais como a natrémia e a osmolalidade, poderão ter um papel importante na estratificação do risco de morte.

## Sessão 1.4.- Oral - Clínica

### CARACTERIZAÇÃO DE UMA COORTE DE DOENTES DIABÉTICOS SUBMETIDOS A CIRURGIA

Cardoso L.<sup>1</sup>, Rodrigues D.<sup>2</sup>, Oliveira P.<sup>1</sup>, Ruas L.<sup>1</sup>, Saraiva J.<sup>1</sup>, Moreno C.<sup>1</sup>, Guelho D.<sup>1</sup>, Dantas R.<sup>3</sup>, Vicente N.<sup>1</sup>, Simões Pereira J.<sup>4</sup>, Martins D.<sup>1</sup>, Oliveira D.<sup>1</sup>, Carrilho F.<sup>1</sup>

- 1- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra
- 2- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Endocrinologia, Coimbra
- 3- Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Endocrinologia, Aveiro
- 4- Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Endocrinologia, Lisboa

**Introdução:** Associado ao aumento da obesidade tem-se verificado um rápido crescimento da prevalência da diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Mais de 60% dos doentes com DM2 são obesos. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para a obesidade, com efeitos positivos sobre a remissão e prevenção da DM2. Assim, a perda de peso parece ser uma atractiva, mas desafiante, opção na abordagem terapêutica do doente obeso com DM2.

**Objectivo:** Caracterizar os doentes com DM2 submetidos a cirurgia bariátrica.

**Material e Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, os dados de 109 doentes obesos submetidos a cirurgia bariátrica, entre 2001-2013. Destes, 33 apresentavam DM2 (30 mulheres) e foram incluídos no estudo. A idade média dos participantes foi de 46,0±7,9 anos, com seguimento médio de 3,1±2,4 anos. A técnica cirúrgica mais frequente foi o *bypass* gástrico (n=21), seguida pela banda gástrica (n=11) e gastrectomia tubular (n=1).

**Resultados:** Na avaliação pré-operatória: o índice de massa corporal foi 47,7±8,0 Kg/m<sup>2</sup>, a massa gorda 57,4±11,1%, a glicemia 150,0±39 mg/dL e a HbA1C 7,6±1,3%, sem diferenças estatisticamente significativas entre as técnicas cirúrgicas. 88% dos doentes estava medicado com antidiabéticos orais (1,4±0,6) e/ou insulina (22%). A prevalência da hipertensão arterial era elevada (69,7%), estando os doentes medicados com 2,4±0,9 anti-hipertensores. A remissão da DM2 ocorreu em 54,5% dos doentes operados (remissão prolongada em 2 casos, completa em 8 e parcial em 8). A mediana do tempo até entrar em remissão foi 1,0 (1,0-2,0) ano. O grupo com remissão da DM2 atingiu 76,4% (69,2-83,4) do peso total perdido um ano após a cirurgia, no mesmo período os doentes sem remissão perderam 69,3% (59,8-74,6). Na avaliação pré-operatória, a glicemia e HbA1C dos doentes com remissão da DM2 foram inferiores à dos doentes sem remissão, 124 mg/dL (107,5-143,5) vs 164,5 mg/dL (144-196) e 6,6% (5,9-8,2) vs 8,2% (8,0-8,7), respectivamente. A duração da DM2 também era inferior no grupo que entrou em remissão. Os doentes com melhor controlo glicémico antes da cirurgia apresentaram maior probabilidade de remissão da DM2 ( $\beta=0,04$ , OR=1,04, p=0,03).

**Conclusão:** A remissão da DM2 ocorreu na maioria dos doentes operados, tendendo a instalar-se entre o primeiro e o segundo ano após a cirurgia. Indicadores de falência da célula  $\beta$  pancreática, como o controlo glicémico difícil e duração prolongada de doença, podem ser úteis na predição dos efeitos endócrinos da cirurgia bariátrica.

## Sessão 1.5.- Oral - Clínica

### TERAPÊUTICA COM BOMBA INFUSORA DE INSULINA VS MÚLTIPLAS ADMINISTRAÇÕES DE INSULINA NAS GRÁVIDAS COM DM TIPO 1 SEGUIDAS NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Garrido S.<sup>1</sup>, Pereira T.<sup>1</sup>, Vilaverde J.<sup>1</sup>, Pichel F.<sup>2</sup>, Gonçalves J.<sup>3</sup>, Pinto C.<sup>3</sup>, Dores J.<sup>1</sup>

1- Centro Hospitalar do Porto, Endocrinologia, Porto

2- Centro Hospitalar do Porto, Nutrição, Porto

3- Centro Hospitalar do Porto, Ginecologia / Obstetrícia, Porto

**Introdução:** A otimização do controlo glicémico na pré-conceção e durante a gravidez de mulheres com DM 1 é essencial na redução de complicações materno-fetais. A evidência atual relativamente às diferenças de eficácia entre a terapêutica com bomba infusora de insulina (BI) e múltiplas administrações de insulina (MAI) é insuficiente.

**Objetivo:** Comparação das características maternas e do desfecho materno-fetal nas grávidas com DM 1 tratadas com BI e MAI.

**Métodos:** Estudo retrospectivo com obtenção de dados clínicos e analíticos de grávidas com DM 1 seguidas na Consulta de Patologia Endócrina na Gravidez do CHP, com comparação das características maternas e desfecho materno-fetal. As grávidas foram divididas em 32 sob BI, colocada preferencialmente antes da gravidez, e 49 sob MAI. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial, recorrendo aos testes estatísticos adequados.

#### Resultados:

Características maternas	MAI (n=49)	BI (n=32)	p
Idade (anos) <sup>a</sup>	29.7±5.5	31.9±4.3	0.05
Duração DM (anos) <sup>b</sup>	12 (1-31)	15 (2-30)	0.13
IMC pré-conceção (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>b</sup>	23.9 (18.8-35.7)	23.7 (20.2-31.6)	0.4
Pré-conceção <sup>c</sup>	26.5	68.8	<0.001
HbA1c pré-conceção (%) <sup>b</sup>	7.4 (4.9-13.9)	6.9 (5.6-11.2)	0.49
Ganho ponderal (kg) <sup>b</sup>	13.8 (3.4-25.3)	12.7 (3.0-23.0)	0.14
Gravidezes não evolutivas <sup>c</sup>	10.2	10.0	1.0
Desfecho gravidezes evolutivas	MAI (n=44)	BI (n=29)	p
HbA1c 1ºT (%) <sup>b</sup>	6.8 (3.9-9.7)	6.3 (5.0-8.5)	0.08
HbA1c 2ºT (%) <sup>b</sup>	6.2 (4.1-10.0)	5.9 (4.9-7.2)	0.43
HbA1c 3ºT (%) <sup>b</sup>	6.1 (3.9-8.4)	6.0 (4.7-7.2)	0.85
HbA1c <6.5% nos 3 trimestres <sup>c</sup>	29.5	55.1	0.03
Pré-eclâmpsia/HTA gestacional <sup>c</sup>	18.2	17.2	0.92
Partos por cesariana <sup>c</sup>	68.2	75.9	0.48
Partos pré-termo <sup>c</sup>	27.3	6.9	0.04
Macrossomia <sup>c</sup>	9.1	10.3	1.0
Hipoglicemia neonatal <sup>c</sup>	18.2	17.2	0.92
Malformações <sup>c</sup>	9.0	0.0	0.15

Dados apresentados como <sup>a</sup>média±DP; <sup>b</sup>mediana (mín-máx); <sup>c</sup>%

**Conclusão:** Apesar dos desfechos materno-fetais terem sido satisfatórios em ambos os grupos, o tratamento com BI associou-se a um melhor controlo glicémico e uma menor taxa de prematuridade.

## Sessão 1.6.- Oral - Clínica

### IMPACTO DA SAZONALIDADE NA INCIDÊNCIA DE DIABETES TIPO 1: ANÁLISE DO REGISTO DOCE

Silva T. N.<sup>1</sup>, Luiz H. V.<sup>1</sup>, Pereira B. <sup>1</sup>, Matos A. C. <sup>1</sup>, Raimundo L. <sup>1</sup>, Portugal J. <sup>1</sup>

1- Hospital Garcia de Orta, Endocrinologia, Almada

**Introdução:** A Diabetes *mellitus* tipo 1 (DM 1) é a forma de DM mais frequente na idade pediátrica com um pico de incidência entre os 10 e 14 anos. De acordo com vários estudos internacionais tem-se registado um aumento da incidência entre 2 a 5% ao ano. Dos vários estudos realizados para a avaliação dos fatores de risco responsáveis para o desenvolvimento da DM1, alguns mostraram que nas localizações geográficas do norte dos Estados Unidos, a incidência de nascimentos de pessoas que vieram a desenvolver DM1 era superior nos meses de Abril a Julho e inferior nos meses de Novembro a Fevereiro. Para justificar estes resultados, foi proposto que esta maior incidência corresponderia a menor exposição solar materna durante a gestação, com subsequentes menores níveis de vitamina D. Estes, levariam a disfunção da célula β e predomínio de resposta TH1 com desenvolvimento de fenómenos de auto imunidade. Num estudo piloto de 219 doentes com DM1 do Hospital Garcia de Orta, foi observada uma tendência não significativa para um maior número de diagnósticos DM1 nas pessoas sujeitas a menor exposição UV durante a gestação.

**Objetivos:** Avaliação multicêntrica da incidência de DM1, nas pessoas cuja gestação decorreu durante os meses de menor exposição solar, relativamente aos de maior exposição solar.

**Amostra e Métodos:** Foram analisados os dados de 4950 DM1 registados no DOCE (Diabetes - registO das Crianças e jovens), atualizados a Dezembro de 2013. Os resultados foram apresentados sobre a forma de médias, máximos e mínimos. As variáveis foram comparadas usando o teste t-student.

**Resultados:** O DOCE tinha registadas 4950 pessoas com DM1, 54% (2672) do sexo masculino. Na população avaliada observou-se que o número de nascimentos entre Novembro e Fevereiro foi inferior ao de Abril a Julho com tendência não significativa (393 contra 431; p=0,208). Tendo como base os dados do Instituto Português de Meteorologia relativos à exposição à radiação UV, observou-se que o número de nascimentos entre Outubro e Fevereiro (correspondentes às gestações com maior exposição UV) foi inferior ao dos meses entre Abril e Agosto (em que a gestação decorreu num período de menor exposição) (395 contra 426; p= 0,189).

**Conclusões:** Este foi o primeiro estudo em Portugal a avaliar a relação da sazonalidade na incidência de DM1 com uma amostra multicêntrica. Apesar de se observar uma tendência para um maior número de diagnósticos DM1 em pessoas sujeitas a menor exposição UV durante a gestação, esta não foi estatisticamente significativa, à semelhança do ocorrido nos vários estudos realizados na Europa do sul.

Agradecimento especial aos colaboradores do registo DOCE pelo apoio concedido e acesso à base de dados.