



52 - MODIFICACIÓN DE LAS DISTINTAS CAPAS DE GRASA ABDOMINAL TRAS TRATAMIENTO CON LIRAGLUTIDA 3.0 (ECO-OBESIDAD)

C. Conchillo^{1,2}, F. de Cabo^{1,3}, M. Calbo², O. Rossell², G. Aguilar Soler¹, I. Patrascioiu¹, M.J. Coves¹, L. Dachs², S. March¹ y G. Cuatrecasas¹

¹Servicio de Endocrinología. CP Endocrinología. Barcelona. ²Unidad de Nutrición y Obesidad. Clínica Sagrada Familia. Barcelona. ³Servicio de Radiología. Institut Guirado. Barcelona. ⁴Facultat de Ciències Salut. UOC. Barcelona.

Resumen

Introducción: La ecografía permite medir diferentes capas de grasa abdominal (tejido subcutáneo superficial (SS), subcutáneo profundo (SP), preperitoneal (PP), omental (Om) y perirrenal derecho (RD), no identificables por DEXA o TC. PP, Om y RD se consideran predictores de síndrome metabólico. Liraglutida 3.0 (L) es particularmente eficaz en la reducción ponderal de pacientes con resistencia a la insulina, pero desconocemos su impacto directo en cada estrato de grasa abdominal.

Métodos: n = 860 pacientes; 72,8% M; edad $56,6 \pm 1,5$; IMC $34,7 \pm 0,8$ Kg/m²; % grasa corporal 44 ± 1 (Inbody 230); perímetro abdominal $105,8 \pm 3$ cm, fueron tratados con L durante un periodo mínimo de 6m. 80% dosis > 1,8 mg/día. 21% DM, 13% HTA, 19% DL, 14% esteatosis, 7% SAOS. Se midieron por ecografía (EASOTE MyLabGamma) las diferentes capas de grasa abdominal, a la altura de L4 (bifurcación aorto-ilíaca), mediante sonda convex/lineal según protocolo estandarizado: SS $10,9 \pm 0,6$ mm; SP $15,9 \pm 1$ mm; PP $7 \pm 0,6$ mm; Om $65,5 \pm 6$ mm; RD $17,9 \pm 1,3$ mm (medidas iniciales) y a los 6 meses.

Resultados: La pérdida de peso fue $8,34 \pm 2,8$ Kg ($3,1 \pm 0,8$ Kg/m²) (8,77% peso inicial) sin diferencias por sexo, edad, IMC inicial, ni tiempo de tratamiento. Pérdida de peso mayor en pacientes con dosis > 1,8 mg/día. Se observó mayor pérdida de peso en pacientes esteatósicos. Observamos diferencias significativas (p 0,05) entre glucosa, Col Total y LDL finales e iniciales. No en HDL, TGC. Todos los estratos mostraron una reducción estadísticamente significativa al final del estudio: SS $11,9 \pm 5,5\%$; SP $15,7 \pm 4,6\%$; PP $20 \pm 7,5\%$; Om $19,4 \pm 5\%$; RD $23,6 \pm 4,4\%$ respecto RD inicial. 46% de los pacientes lograban una reducción Om 54 mm y 56% RD 22 mm (punto de corte para desarrollo de SM).

Conclusiones: Liraglutida induce una disminución de grasa mayor en aquellas capas implicadas en la resistencia a la insulina y desarrollo de síndrome metabólico (preperitoneal y omental). Destacamos especialmente la reducción de grasa perirrenal en población obesa e hipertensa.