



# Obesità Androide ed Obesità Ginoide

di Valeria D'Ulisse

Nel 1950 Jean Vague introdusse la distinzione tra obesità androide ed obesità ginoide, osservando che alla prima si associava un maggior rischio di ipercolesterolemia, iperuricemia, ipertensione e ridotta tolleranza ai carboidrati. Oltre che dal punto di vista quantitativo (eccesso di massa grassa) le obesità vanno dunque indagate anche sotto l'aspetto qualitativo. Già in condizioni fisiologiche, maschio e femmina si distinguono per una diversa distribuzione della massa adiposa. Le forme corporee sono infatti legate al rapporto tra ormoni sessuali maschili (androgeni) e femminili (estrogeni). Tale fenomeno diventa evidente nel periodo postmenopausale, nel quale, a causa del calo dei livelli estrogenici, si assiste ad una redistribuzione del grasso corporeo. In condizioni patologiche tali differenze possono esacerbarsi, dando luogo ai due principali tipi di obesità:

**OBESITÀ ANDROIDE** (detta anche centrale, viscerale, tronculare o "a mela"): tipicamente maschile, si associa ad una maggiore distribuzione di tessuto adiposo nella regione addominale, toracica, dorsale e cervicounucale. L'obesità androide si associa inoltre ad un'elevata deposizione di adipe in sede intraviscerale (addominale o interna).

**OBESITÀ GINOIDE** (detta anche periferica, sottocutanea o "a pera"): tipicamente femminile, si caratterizza per una distribuzione delle masse adipose nella metà inferiore dell'addome, nelle regioni glutee ed in quelle femorali.

Nell'obesità ginoide il grasso è presente soprattutto nel compartimento sottocutaneo, con conseguente elevato rapporto tra grasso superficiale e profondo. Per valutare il tipo di obesità che si sta osservando è sufficiente misurare la circonferenza della vita nel suo punto più stretto (senza indossare indumenti che falsino la misura).

## RISCHIO DI MALATTIA ELEVATO (OBESITÀ ANDROIDE)

**UOMO** Circonferenza vita > 101,6 cm  
**DONNA** Circonferenza vita > 88,9 cm  
 Un dato più obiettivo si ottiene calcolando il rapporto tra la circonferenza misurata a livello ombelicale (vita) e gluteo (fianchi). Tale rapporto, chiamato WHR (dall'inglese Waist to Hip ratio), fa affidamento ai seguenti valori:

*si parla di obesità androide quando il rapporto WHR è maggiore di 0,85*

*si parla di obesità ginoide quando il rapporto WHR è inferiore a 0,79.*

In ogni caso il rapporto vita/fianchi dovrebbe essere inferiore a 0,95 per gli uomini e 0,8 per le donne. I pazienti che superano tali valori sono considerati ad alto rischio di problemi medici legati all'obesità. L'obesità androide è frequentemente associata a diabete di tipo II, dislipidemia, patologie cardiovascolari ed iperuricemia. Tutte queste condizioni vengono sovente raggruppate nel termine "sindrome plurimetabolica" e rappresentano un grave rischio per la salute del paziente. Gli adipociti omentali (cellule adipose viscerali) risultano maggiori nell'obesità androide; in quella ginoide prevalgono invece gli accumuli adiposi sottocutanei.

Indagini sperimentali hanno dimostrato che gli adipociti viscerali o interni sono più sensibili all'attività lipolitica ("dimagrante") di alcuni ormoni (catecolamine). Chi soffre di obesità androide è quindi più fortunato da un lato, poiché il grasso viscerale tende ad essere smaltito più in fretta di quello sottocutaneo, e più sfortunato dall'altro, poiché un'immissione troppo elevata di acidi grassi nel sangue determina conseguenze negative per l'intero organismo. L'attività fisica si è dimostrata tra le strategie più efficaci per favorire la redistribuzione del grasso corporeo e la perdita di quello localizzato in sede intra-addominale. Al contrario di quello viscerale, il grasso sottocutaneo, più abbondante nell'obesità ginoide, oppone maggiore resistenza agli effetti lipolitici delle terapie dimagranti (farmacologiche, dietetiche, comportamentali, sportive ecc.). Per definizione il grasso localizzato è la zona del corpo dove l'organismo immagazzina preferibilmente i grassi. Se perdiamo peso, il grasso localizzato sarà l'ultimo ad andarsene, mentre se accumuliamo peso sarà il primo posto dove il grasso verrà immagazzinato. Gli uomini sono sicuramente più avvantaggiati rispetto alle donne, poiché difficilmente presentano fenomeni di degenerazione dei tessuti (come la cellulite) che impediscono la mobilizzazione dei grassi. Quindi gli uomini che dimagriscono possono eliminare tutto il grasso localizzato, poiché con il 12% di massa grassa semplicemente non c'è n'è abbastanza per "localizzarsi"!

**Dott.ssa VALERIA D'ULISSE-BIOLOGA NUTRIZIONISTA ISCRITTA ALL'ORDINE**

**SPECIALISTA IN SCIENZA DELLA NUTRIZIONE - DOTTOR DI RICERCA IN BIOLOGIA MOLECOLARE E CELLULARE - CONSULENTE AZIENDALE HACCP  
 RICEVE PER APPUNTAMENTO**

Q-life Erboristeria e Studio Nutrizione p.zzale Filippo il Macedone, 89 00124 Roma - Centro Commerciale le Terrazze Casal Palocco P° PIANO sopra Carrefour int. 14  
 Tel.: 06.999.27.139 - Cel.: 347.45.09.561