

COMPARAÇÃO ENTRE DOIS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DA DEFICIÊNCIA DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO: MEDIDA BASAL DE IGF-1 VERSUS TESTE DE ESTÍMULO DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (GH) COM CLONIDINA. Riera NG , Boschi A , Paula LCP , Czepielewski MA . Serviço de Endocrinologia . HCPA - UFRGS.

Fundamentação: Baixa estatura é uma queixa freqüente em consultas de endocrinologia pediátrica e pode ter inúmeras causas. A sua avaliação inicial baseia-se em critérios auxológicos como análise da estatura, velocidade de crescimento e altura alvo, e na exclusão de doença crônica ou síndrome genética através de avaliação clínica e laboratorial. É considerada criança com baixa estatura aquela que se encontra abaixo do terceiro percentil, ou seja, dois desvios-padrão nos gráficos de crescimento para a média populacional. A deficiência de GH é uma causa endócrina tratável de déficit de crescimento, entretanto o seu diagnóstico preciso vem sendo objeto de inúmeras controvérsias. O GH foi isolado em 1956 e utilizado como tratamento no ano subsequente, só que não haviam métodos para o ensaio do GH e o diagnóstico de sua deficiência era feito em bases puramente clínicas. Atualmente, após inúmeras pesquisas, a base deste diagnóstico ainda é a clínica através dos critérios auxológicos, porém propõe-se outros diferentes critérios, como: avaliação do eixo IGF-1; investigação etiológica através de exames de imagem; avaliação da secreção espontânea de GH através da concentração integrada de 24 horas (1 e também dos testes farmacológicos de estímulo da secreção de GH. A recomendação atual é de que crianças com critérios auxológicos característicos e/ou com IGF-1/ IGFBP3 baixas devem ser submetidas a testes de estímulo da secreção de GH. Reconhecendo que a secreção de GH é um espectro contínuo, a maioria dos países estabeleceu critérios para o diagnóstico de DefGH baseados em respostas máximas do GH (picos) "normais" arbitrários. Atualmente se usa um ponto de corte de 7-10 ng/ml para resposta normal ao estímulo, porém recente tese de mestrado evidencia um ponto de corte diferente (4ng/ml) e que tem sido ratificado em publicações recentes. Objetivos: Existe uma série de trabalhos na literatura que compara a sensibilidade e especificidade dos métodos diagnósticos da deficiência de GH, como dosagens basais de IGF-1/ IGFBP3 versus resposta do GH a um estímulo farmacológico. Entretanto todos estes trabalhos utilizaram o ponto de corte empírico de resposta do GH de 10 ng/ml, e por ter sido recentemente encontrado igual sensibilidade, porém especificidade maior com ponto de corte de 4 ng/ml, consideramos extremamente útil a nova comparação entre os dois métodos diagnósticos, utilizando estes novos dados, para podermos avançar na resposta a indagação científica. Casística: No período de setembro de 1994 a março 2004 foram avaliadas prospectivamente 579 crianças encaminhadas para atendimento em ambulatório de baixa estatura do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Na avaliação inicial empregou-se protocolo onde se realizava a anamnese e exame físico completos (incluindo antecedentes perinatais e morbidos, doenças crônicas ou uso de medicações, anamnese nutricional, desenvolvimento neuropsicomotor e história familiar, medida da estatura por estadiômetro de Harpende, medida de segmentos corporais, avaliação de estágio puberal conforme classificação de Tanner e Marshall, medida do volume testicular por orquímetro de Prader) e avaliação laboratorial e hormonal padronizada que, após exclusão de doenças crônicas e síndromes genéticas, incluía a realização de testes funcionais para o eixo GH-IGF-1. Ao total, temos 46 pacientes com eixo IGF-1 avaliado e teste de estímulo GH com clonidina que entraram então neste estudo. Resultados: Cerca de 23,6% dos pacientes tiveram diagnóstico de baixa estatura constitucional (BEC); 10,5% tinham baixa estatura familiar (BEF); 6,6% dos pacientes tinham defGH; e 5,3% tinham panhipopituitarismo. Cerca de 68% dos pacientes eram do sexo masculino e 32% eram do sexo feminino. Todos os pacientes tiveram IGF-1 sérica medida, e 77,6% deles fizeram teste de estímulo de GH com clonidina. Setenta e sete por cento das crianças tinham atraso de idade óssea. A média de idade é de 8,9 anos (d.p ± 3,6). No grupo de pacientes estudados os níveis de IGF-1 foram significativamente mais baixos do que no grupo com defGH ($p < 0,001$). A sensibilidade da IGF-1 foi calculada em 96% e especificidade em 47%. O valor preditivo positivo da IGF-1 é de 80% e valor preditivo negativo, de 90%. Conclusões: IGF-1 tem alta sensibilidade, logo pode ser usada como teste de triagem para pacientes com deficiência de GH, especialmente após exclusão de doença sistêmica. Combinada com o novo ponto de corte de 4 ng/ml para o teste de estímulo de Gh com clonidina, torna-se importante teste para o diagnóstico de deficiência de GH.