

316

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. Neusa*Gruschinske Riera, Artur Boschi, Vanessa Cassina Zanatto, Leila Pedroso de Paula, Mauro Antonio Czepielewski (orient.)* (Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina, UFRGS).

Introdução: 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; investigação etiológica através de exames de imagem; avaliação da secreção espontânea de GH através da concentração integrada de 24 horas 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. Objetivo: 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. Material e Métodos: No período de setembro de 1994 a dezembro de 2002 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 mórbitos, 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: Ainda não disponibilizamos dos resultados. Apoio Financeiro: CAPES/CNPq