



Deficiência de Hormona de Crescimento (Adultos) (DHC)

1. Condição Médica

Deficiência de Hormona de Crescimento (Adultos) (DHC)

2. Diagnóstico

A. História Médica

A deficiência total de hormona do crescimento (HC) pode não ser clinicamente evidente. Poderá fazer parte de uma patologia que afeta a hipossecreção de todas as hormonas da glândula pituitária anterior e envolver uma diversidade de sinais e sintomas. Quando o doente é um atleta, o diagnóstico desta deficiência deve ser claramente definido dentro de um contexto clínico adequado e com o apoio de um endocrinologista experiente. A deficiência parcial de hormona do crescimento deve ser gerida e acompanhada por um médico especialista e deve seguir critérios clínicos estritos antes de se iniciar qualquer tipo de tratamento.

B. Critérios de Diagnóstico

- O diagnóstico de DHC no adulto é bioquímico. A avaliação deve ser considerada apenas em doentes com: evidência de doença que afete o eixo hipotálamo-hipofisário, início de sintomatologia de deficiência em hormona do crescimento durante a infância ou após irradiação craniana (exposição terapêutica ou acidental).
- Devido ao reduzido tempo de semi-vida da hormona do crescimento (cerca de 19 minutos), os níveis séricos são geralmente muito baixos ou mesmo indetectáveis. Por essa razão o diagnóstico desta patologia é estabelecido através de testes de estimulação de secreção hormonal da hormona de crescimento. O teste de tolerância à insulina é o teste de eleição para diagnóstico. Deve ser realizado numa unidade de endocrinologia onde esse teste seja frequentemente realizado. Após indução de hipoglicemia por administração de insulina, a maioria dos indivíduos responde com um pico sérico de HC **superior a 5 microgramas /L**. Um pico sérico **inferior a 3 microgramas/L** constitui uma forma grave de deficiência em HC. Em doentes com contra-indicação ao teste de tolerância à insulina, o teste da arginina combinado com o GHR poderá ser utilizado como alternativa. Um único teste de estimulação é suficiente para o diagnóstico de deficiência em HC em adultos com doença do eixo hipotálamo-hipofisário. Para diagnosticar a deficiência de HC isolada é recomendado que seja realizado um segundo teste laboratorial para deteção dos níveis anormais da HC. **O valor de cut-off são os 5 microgramas /L**, independentemente do teste de estimulação usado (ver referências no final do documento). Os valores não variam com a idade.

C. Informação médica relevante

- A concentração sérica de IGF-1 com valores inferiores aos normais é sugestiva, mas não conclusiva, de uma deficiência em HC. É recomendado que o diagnóstico seja confirmado através de um exame de estimulação da libertação da HC.
- Os resultados da HC e de IGF-1 devem ser expressos em unidades de massa.
- Atualmente, o benefício do tratamento da deficiência parcial em HC continua questionável. Consequentemente, apenas doentes com deficiência grave, e documentada, são elegíveis para uma AUT para utilização da HC.

3. Boas Práticas Médicas

A. Denominação das substâncias proibidas

Hormona de crescimento recombinante.

B. Vias de Administração

Devido ao reduzido tempo de semi-vida, recomendam-se injeções diárias, por via subcutânea, com administração à noite. Quando viável, e prático, recomenda-se que a administração seja realizada, e registada, por um profissional de saúde adequado. No entanto, quando tal não for possível, torna-se altamente recomendado que a quantidade de HC dispensada ao doente seja estritamente, e rigorosamente, controlada pelo médico responsável pelo doente.

C. Frequência

O consenso atual defende que a terapêutica deve iniciar-se com uma dose reduzida (0,15 -0,30 mg/dia; 0,45-0,90 UI/dia) e deve ser gradualmente aumentada com base nos dados, clínicos e bioquímicos, avaliados mensalmente. A dose usual de manutenção pode variar até se alcançar os 1,0 mg/dia (3 UI/dia), mas essa dose nunca deverá ser atingida por incrementos mensais superiores a 0,1 ou 0,2 mg/dia.

D. Duração do Tratamento recomendada

A duração da terapêutica é decidida pelo médico especialista e de acordo com o modelo de boas práticas clínicas em vigor. Deve realizar-se uma avaliação contínua dos resultados do tratamento, quer em termos bioquímicos, quer clínicos.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

Não existe tratamento alternativo.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Discutível quando apenas existe uma deficiência parcial.

6. Monitorização do Tratamento

O melhor marcador bioquímico da ação da HC são os valores séricos de IGF-1. Os valores devem ser mantidos impreterivelmente no intervalo normal relacionado com a idade, a fim de evitar uma terapêutica de substituição excessiva.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

O máximo são 3 anos, com avaliação contínua dos resultados do tratamento (valores séricos e benefícios clínicos). Com base nos dados da monitorização, dever-se-á realizar uma revisão anual.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

Dado o potencial para o uso inadequado de HC, esta é uma área controversa que exige estrita observância a critérios de diagnóstico confirmados por um endocrinologista.

A auto-administração de HC não é recomendada, mas em diversas circunstâncias é a única opção prática. Nesses casos, é recomendado que seja mantido um registo das administrações permanentemente atualizado, estando o mesmo sempre disponível para consulta.

As quantidades de HC dispensadas ao doente deverão ser estritamente controladas e limitadas pela prescrição médica.

9. Referências

- The Merck Manual, sec 2, Ch. 6, sec 19 Ch 269 Endocrine and metabolic disorders.
- Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism Vol.83, No 2, Consensus Guidelines for the Diagnosis and treatment of Adults with GH Deficiency.
- American Association of Clinical Endocrinologists. Medical Guidelines for clinical practice for growth hormone use in adults and children. 2003 update.