



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de consenso del área de conocimiento de Neuroendocrinología de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición para el abordaje del hipopituitarismo durante la transición



Cristina Álvarez-Escolá^{a,*}, Eva Fernández-Rodríguez^b, José María Recio-Córdova^c, Ignacio Bernabéu-Morón^b y Carmen Fajardo-Montañana^d, en representación del Área de Conocimiento de Neuroendocrinología de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^d Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, Valencia, España

Recibido el 18 de junio de 2013; aceptado el 8 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 5 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Período de transición;
Hipopituitarismo;
Deficiencia de hormona de crecimiento;
Test de estímulo de la hormona de crecimiento;
Hipotiroidismo;
Insuficiencia adrenal;
Hipogonadismo;
Sustitución hormonal

KEYWORDS

Transition period;
Hypopituitarism;

Resumen Se entiende por periodo de transición del niño al adulto a una etapa de cambios físicos y psicológicos que, de forma arbitraria, se extiende desde el final de la pubertad hasta que la maduración adulta se completa. Comprende, habitualmente, los 6 a 7 años posteriores al momento en que el niño adquiere la talla adulta.

Con esta documento pretendemos poner de manifiesto la importancia de la adecuada sustitución de los diferentes déficits hipotálamo-hipofisarios durante este período. Para ello revisamos la reevaluación del *status* hipofisario en los pacientes deficitarios durante la infancia, tratamos de dar respuesta a las preguntas que pueden surgir y ofrecemos unas recomendaciones claras de cómo abordar la deficiencia de GH en este período. Posteriormente abordamos también la evaluación y la sustitución del eje adrenal, tiroideo y gonadal.

© 2013 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Consensus document of the Neuroendocrinology area of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition on management of hypopituitarism during transition

Abstract The transition period from child to adult represents a crucial phase in the growth process where multiple physical and psychosocial changes occur. It has been arbitrarily defined

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: calvarez.hulp@salud.madrid.org (C. Álvarez-Escolá).

Growth hormone deficiency;
Growth hormone stimulation test;
Hypothyroidism;
Adrenal insufficiency;
Hypogonadism;
Hormone replacement

as the period extending from late puberty to full adult maturity (i.e., from mid to late teenage years until 6-7 years after achievement of final height).

The aim of this guideline is to emphasize the importance of adequate hormone replacement during this period and to review reassessment of pituitary function. In patients with GH deficiency diagnosed in childhood, an attempt is made to answer when to retest GH secretion, when to treat and how they should be monitored. Thyroxine, glucocorticoid, and sex steroid replacement are also reviewed.

© 2013 SEEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción. Definición de transición

Se entiende por periodo de transición del niño al adulto a una etapa de cambios físicos y psicológicos que, de forma arbitraria, se extiende desde el final de la pubertad hasta que la maduración adulta se completa. Comprende, habitualmente, los 6 a 7 años posteriores al momento en el que el niño adquiere la talla adulta¹.

Transición de pacientes con déficit de hormona de crecimiento entre los equipos de endocrinología pediátrica y endocrinología de adultos

A pesar de que el uso de hormona de crecimiento (GH) durante el periodo de transición sigue siendo controvertido, existe un interés creciente en determinar: a) la evolución de la maduración tisular en los adolescentes deficitarios y los sanos; b) las posibles consecuencias de la interrupción del tratamiento o «periodo de vacaciones», y c) el efecto, si existiera, de la sustitución con GH en la morbilidad por fracturas y la enfermedad cardiovascular. Probablemente, solo el seguimiento a largo plazo en estudios prospectivos podría dar respuesta a estos interrogantes

Crecimiento vs maduración corporal. Problemas actuales en la transición

El crecimiento longitudinal se considera terminado cuando la velocidad de crecimiento es menor a 1,5-2,5 cm/año y/o la maduración ósea es del 97-98%. Estos objetivos suelen alcanzarse con una edad ósea de los 14 a 15 años en las niñas y de los 16 a 17 años en los niños. En esta situación solo se conserva una pequeña capacidad de crecimiento longitudinal residual. Sin embargo, la maduración corporal —masa magra, grasa y densidad mineral ósea (DMO)— no es aún completa, pudiendo en algún caso demorarse hasta casi los 30 años. En general se acepta que:

- El pico de masa ósea se alcanza entre los 20 y los 25 años.
- La masa muscular aumenta incluso hasta más allá de los 20 años en los varones y hasta los 14 en las mujeres.
- La masa grasa aumenta incluso hasta más allá de los 20 años en las mujeres y hasta el final de la pubertad en los hombres.
- Es decir, tras la finalización de la pubertad las mujeres ganan masa grasa y los hombres masa muscular.

Si comparamos grupos equivalentes de pacientes deficitarios de GH, por un lado los de inicio en la edad adulta (*adult onset*, AO) nunca tratados y, por otro, los de inicio en la infancia (*child onset*, CO) adecuadamente tratados hasta el final del crecimiento longitudinal, se observa que los CO tienen: una talla menor (−1 desviación estándar [DE]), un índice de masa corporal (IMC) más bajo, un 80% de la masa magra, grasa y DMO respecto a los de AO y concentraciones de factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) y de proteína 3 de unión al factor de crecimiento parecido a la insulina (IGFBP3) de 3 o 4DE por debajo que los de AO.

Es decir, para un déficit similar de GH hay diferencias importantes entre CO y AO que pueden deberse a la limitación de la maduración corporal adulta por déficit de GH no tratado durante el periodo de transición. Así, la retirada del tratamiento con GH en niños deficitarios al final del crecimiento longitudinal se acompaña de: a) disminución de fuerza y de masa muscular; b) aumento de grasa corporal, fundamentalmente abdominal; c) detención o retroceso en la ganancia de masa muscular y de la DMO, con disminución de marcadores de formación ósea, y d) deterioro del perfil lipídico y previsiblemente de la aparición de las características típicas del déficit de GH del adulto que podrían llevar a un aumento del riesgo cardiovascular²⁻⁴.

El desarrollo somático no está completo al finalizar el crecimiento y los estudios disponibles muestran evidencias que indican que la acción de GH es necesaria en la fase de transición pospuberal para alcanzar el *status* normal adulto. Los pacientes con CO no son y no deben ser considerados adultos con la última dosis de GH al final del crecimiento. Recomendamos que reciban cuidados específicos y continúen recibiendo tratamiento para completar el desarrollo somático.

La fase de transición no suele estar claramente incluida en los consensos y guías publicadas sobre el tratamiento con GH en niños o en adultos, por lo que nos enfrentamos a:

- a) Problemas clínicos: la literatura sobre la transición se ha caracterizado por la falta de información sobre:
 - Cuáles deben ser los objetivos del tratamiento con GH en esta etapa y cómo reevaluar a los previamente deficitarios (distintos criterios clínicos).
 - Dosis de GH.
 - Beneficios reales de la sustitución con GH en la adolescencia tardía o inicio de la etapa adulta.
- b) Problemas prácticos: falta de comunicación entre servicios de pediatría y de endocrinología de adultos:
 - Suele coincidir con la transferencia de cuidados al adolescente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2773579>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2773579>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)