

Controversias a propósito de los comités asesores y sus protocolos

A. Ferrández Longás

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

La controversia o contraposición de versiones no coincidentes sobre un tema, no tiene por qué ser negativa sino más bien enriquecedora y garante de decisiones más acertadas.

Para ello posiciones personalistas no basadas en criterios científicos deben ser desterradas y decisiones importantes como desaconsejar un tratamiento o lo contrario, deben obedecer a la llamada medicina basada en la evidencia. Esto que es válido para muchas situaciones, encuentra grandes dificultades en el tema del tratamiento con hormona de crecimiento.

Si bien las indicaciones “no clásicas” como el Síndrome de Turner, la Insuficiencia Renal Crónica, el Síndrome de Prader-Willi-Labhart o el Crecimiento Intrauterino Retardado, que por principio no se corresponden con el cuadro clásico de Déficit de GH (GHD), son aprobadas con tal de cumplir unos requisitos mínimos que complementan el diagnóstico, en el caso del GHD la controversia es o ha sido muy grande.

La dificultad radica en la discrepancia a la hora de diagnosticar tal déficit. Dado que la secreción de GH es un continuum entre la ausencia, el déficit severo, el menos severo y la normalidad, el criterio de un valor empírico de la GH como factor decisorio es muy discutible. Si además los criterios auxológicos, el papel diagnóstico del valor del IGF-I, el de la maduración ósea, el del ritmo de crecimiento, la existencia de baja talla familiar, o en el pasado la baja talla para la edad gestacional, se convierten en agentes decisivos para tomar una decisión, no cabe duda que la posibilidad de error es grande.

En efecto, si analizamos los valores de la GH obtenidos tras estímulos o estudiados en la secreción fisiológica plasmática o urinaria se llega a la conclusión, defendida por numerosos autores, de que frecuentemente tienen poco valor. La poca reproductibilidad, las grandes diferencias según los kits comerciales usados, las diferencias entre distintos laboratorios, el empirismo de los valores de corte tomados como referencia, obligan a alejarse de posturas dogmáticas. Tanto es así que algunas Sociedades

Científicas propugnan incluso no estudiar la secreción como instrumento diagnóstico y basarse en criterios clínicos y auxológicos para decidir un tratamiento. En relación a los criterios auxológicos, el tomar estándares de referencia inapropiados para nuestra población, realidad ésta que desde 1986 viene señalando nuestro grupo, puede excluir de un posible tratamiento a un buen número de posibles candidatos que reúnen o han reunido todos los demás requisitos.

Si lo que se toma en consideración es el valor de IGF-I hace ya tiempo que sabemos que casos deficitarios pueden presentar valores normales de IGF-I.

Si es el ritmo de crecimiento tomado en un cierto periodo de tiempo, sin tener en cuenta el fenómeno de parones-estirones o el posible efecto puberal, podría conducir a una decisión errónea. Puede un niño con déficit de GH presentar en un determinado momento una aceleración puberal y por tanto una aceleración del crecimiento y de la edad ósea? está claro que sí. Incluso casos de “silla turca vacía”, frecuentemente deficitarios en GH, con apenas una fina capa de hipófisis adaptada al suelo de la silla turca pueden cursar con pubertad precoz.

Si la genética se expresa a lo largo de la vida y el déficit de GH no excluye la función gonadal, por qué un niño(a) deficitarios en GH no pueden expresar una pubertad adelantada o rápida si en alguna de las ramas familiares existen casos similares?. Excluir de un posible tratamiento por no cumplir criterios diagnósticos basados en una velocidad normal para un periodo concreto de observación o una edad ósea no retrasada puede ser erróneo. De igual manera la existencia de una Baja Talla Familiar no puede ser por sí sola el motivo de exclusión. La existencia de casos familiares de Baja Talla debida a anomalías moleculares, algunas de ellas demostrables, indica claramente que un padre o una madre bajos pueden tener hijos bajos por un déficit genético. Excluir esta posibilidad por los antecedentes de baja talla familiar no es correcto.

Probablemente en el próximo futuro la Baja Talla Familiar severa sea aceptada como otra indicación “no clásica”

más, que pueda beneficiarse sustancialmente del tratamiento con hGH. Nuestros colegas norteamericanos podrán comunicarnos en breve los resultados de esta indicación.

A la vista de todo lo que hemos aprendido en los últimos 20 años y de lo que vamos aprendiendo constantemente en una permanente actualización y renovación, creo que lo más prudente es intentar resolver más la cuestión de quién puede beneficiarse del tratamiento con hGH, que no quién tiene un déficit de GH, que siempre

sería una indicación indiscutible en las situaciones claras, lo que frecuentemente no es el caso.

En lo que respecta a este diagnóstico debe ser el conjunto de datos quien lo sustente, así como la recomendación terapéutica. Excluir a un buen número de candidatos a ser tratados con hGH porque algunos de sus parámetros no se ajusta a criterios ya superados por más que sobrada evidencia, es cuando menos un posible error, que de ser recurrente y dogmático sería inadmisibile.