

235

**ACURÁCIA DO TESTE DE ESTÍMULO DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO PELA CLONIDINA EM 248 CRIANÇAS COM BAIXA ESTATURA.** *Rafael B. Moraes, Mauro A. Czepielewski, Leila C. P. de Paula, Mirelle S. Posser, Carolina M. Moser, Caterine L.S. dos S. Fernandes, Alessandra de A. Gobbi* (Serviço de Endocrinologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina, UFRGS).

Baixa estatura é uma causa freqüente de consulta em ambulatórios de endocrinologia. Deficiência do hormônio de crescimento (GH) é um dos diagnósticos diferenciais e exige a realização de testes de estímulo ao GH, cujos resultados são controversos. Em um ambulatório de baixa estatura foram realizados 298 testes de estímulo do GH a clonidina (GH CLO) em 248 de 438 crianças avaliadas. Após avaliação clínica e laboratorial inicial o teste era realizado em decúbito dorsal, administração de clonidina VO na dose de 0,15 mg/m<sup>2</sup> e coleta de sangue para dosagem de GH nos tempos 0', 30', 60', 90' e 120' por quimioluminescência ensaio DPC. Duzentos e quarenta e oito pacientes realizaram o teste GH CLO sem "priming" de esteróides sexuais enquanto 50 realizaram GH CLO com "priming" de estrógenos conjugados equivalente à dose de 30mcg/kg/dia de etinilestradiol VO por 3 dias ou sal de testosterona 50 g IM 2 e 7 dias antes do teste. Considerou-se positivo o teste que apresenta ao menos em um dos tempos valor  $\geq$  a 10 ng/ml. Diagnosticou-se deficiência de GH em 31/438 (7%), considerando além do GH-CLO, os critérios padrões. O pico de resposta do teste ocorreu predominantemente nos tempos 60', 90' e 120', com raras respostas nos tempos 0', 30' (34/298). O valor do pico do GH diferiu estatisticamente ( $p < 0,001$ ) entre grupos com e sem priming, assim como no grupo diagnosticado com deficiência de GH e aqueles com outras causas de baixa estatura ( $p < 0,001$ ). Quando se comparou o pico do GH nos estágios puberais I e II com III, IV e V encontrou-se  $p = 0,054$ . Construindo-se curva ROC usando os picos do GH-CLO obteve-se 41% de falsos positivos com pico  $\geq$  10 ng/ml, e maiores sensibilidade e especificidade com ponto de corte de 3 ng/ml. Desta forma os dados apresentados demonstram que deva ser reavaliado o ponto de corte empiricamente estabelecido para o diagnóstico de deficiência de GH.