



## 53 - EFECTOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE GH EN EL ADULTO (DGHA)

M. Arbelo Rodríguez<sup>1</sup>, J.A. de la Rosa Martín<sup>2</sup>, J.M. López Fernández<sup>3</sup>, B. Gómez Álvarez<sup>1</sup> y J. Gregorio Oliva García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Grado en Medicina, Universidad de La Laguna. <sup>3</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

### Resumen

**Introducción:** La acción de la GH es anabólica y su principal efecto es en el crecimiento. Durante la vida adulta, aumenta la masa magra y disminuye la grasa corporal. Por otro lado, regula funciones neurocognitivas y estimula la formación ósea, a largo plazo pudiendo mejorar la DMO y calidad de vida.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de la HC de 38 pacientes con DGHA en seguimiento por el Hospital Universitario de Canarias (Tenerife). Variables: etiología, otros déficits hormonales, dosis de GH, composición corporal (masa grasa, IMC, perímetro de cintura), cambios metabólico-analíticos, óseos y de FRCV; EESS (efectos secundarios), calidad de vida (test QoL-AGHDA) y adherencia. Se recogieron en 3 tiempos: basal, a los 3 y 10 años (medio y largo plazo).

**Resultados:** Edad media  $39,2 \pm 6,3$  años, varones 52,64%. Principal causa de DGHA fueron macroadenomas hipofisarios, la mayoría de pacientes (97,45%) con otros déficits hormonales asociados. La muestra presentaba una alta prevalencia de FRCV (obesidad 44,7%). En la tabla a continuación figuran las variables previamente mencionadas analizadas basal, a medio y largo plazo. Por último, los EESS asociados fueron leves: artralgias (3 años: 2,85); síndrome del túnel carpiano (10 años: 4,38%).

|              | Basal n = 38   | 3 años n = 33   | 10 años n = 23  |
|--------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Dosis GH*    | $0,45 \pm 0,5$ | $0,51 \pm 0,6$  | $0,49 \pm 0,17$ |
| Niveles IGF1 | 95,13          | 212,93          | 187,63          |
| HbA1c (%)*   | 5,22           | 5,49            | 5,63            |
| Peso         | $80 \pm 18,9$  | $80,7 \pm 14,2$ | $78,5 \pm 13,5$ |
| IMC          | $29,7 \pm 6$   | $29,4 \pm 4,2$  | $30 \pm 4,1$    |

|                    |             |             |            |
|--------------------|-------------|-------------|------------|
| Perímetro cintura* | 96,9 ± 14,4 | 96,2 ± 12,4 | 98 ± 13    |
| % masa grasa (BI)  | 34,8 ± 8    | 33,2 ± 8    | 35,7 ± 8,5 |
| Masa ósea (%OP)    | 18,8        | 29,2        | 16,7       |
| QoL-test           | 9,1 ± 5,8   | 11 ± 9,1    | 10,7 ± 8,1 |
| Adherencia (%)     | 90,9        | 95,7        |            |

\*Incremento estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). La puntuación del QoL-test no se relaciona con la dosis de GH ( $R^2 = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Seguridad del tratamiento con GH en el DGHA a largo plazo con ausencia de EESS significativos y datos favorables en composición corporal, evitando así el aumento de masa grasa e IMC. La magnífica adherencia observada orienta a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.