



Editorial

Uso de rhGH en México

Elisa Nishimura-Meguro*

El tratamiento con hormona de crecimiento en los niños difiere de los adultos en relación a indicaciones clínicas, objetivos terapéuticos, dosis y perfil de efectos indeseables. En relación al último punto, se debe considerar la posibilidad de efectos a largo plazo, sobre todo en sujetos en los que se espera lleguen a la vida adulta y se incorporen a la vida laboral de un país. Considerando que las principales causas de muerte en México son enfermedades relacionadas directa o indirectamente con la resistencia a la insulina, es necesario contar con información sobre la repercusión del tratamiento con hormona de crecimiento, hormona contrarreguladora de insulina y que puede condicionar resistencia a la misma, en sujetos no deficientes que la reciben en edades tempranas. Se ha documentado que la disminución en la sensibilidad a la insulina que acompaña a la obesidad y/o el sedentarismo, así como a sujetos con antecedente de sobrealimentación o desnutrición *in útero*, puede acompañarse de otros factores de riesgo y de aumento en la evidencia de patología cardiovascular desde la infancia. Existen elementos adicionales que influyen en la traducción clínica de condiciones que teóricamente disminuyen la sensibilidad a la insulina, como el género, el efecto de los esteroides sexuales en la pubertad espontánea o inducida, el antecedente heredofamiliar y el origen étnico. En el caso de este último, el origen hispano parece ser un factor de riesgo para mayor resistencia a la insulina, probablemente por la magnitud y mecanismos con que estos sujetos responden a condiciones adversas.

En este número se presenta un sencillo trabajo sobre la resistencia a la insulina en pacientes mexicanas con síndrome de Turner –condición *per se* asociada con menor sensibilidad a la insulina– bajo tratamiento con

rhGH.¹ El grupo de niñas mexicanas con síndrome de Turner tratado a dosis convencionales no presentó mayor proporción de resistencia a la insulina que niñas con síndrome de Turner de otras poblaciones y aunque no pudieron demostrar diferencias atribuibles al tratamiento con rhGH, las cifras claramente muestran una tendencia. De acuerdo a estudios en poblaciones diferentes a la nuestra, se espera mejoría en la sensibilidad a la insulina al suspender el tratamiento, pero no se conoce el efecto a largo plazo del incremento transitorio en la resistencia a la insulina en una población que se caracteriza por mayor riesgo cardiovascular. Si bien, no se puede presumir de encontrar el «hilo negro», la disponibilidad de este tipo de estudios en poblaciones con diferencias medioambientales o genéticas que pueden influir en los resultados, contribuye a aclarar si pueden ser aplicables las recomendaciones aceptadas o en su defecto, sugerir su implementación o nuevas rutas de investigación. Por otro lado, reconocer, estimular y criticar constructivamente el trabajo de investigación como parte de la formación continua de los médicos especialistas es uno de los principales objetivos de nuestra Sociedad.

Bibliografía

1. Costilla-Gómez O, Aguilar-Herrera BE, Montero-González P, Cárdenas-Tirado HM. Resistencia a la insulina medida por HOMA IR en pacientes con síndrome de Turner. Rev Endocrinol Nutr 2009; 17: 143-147.