

crescimento durante o tratamento com o aGnRH. Os autores concluem que, pelo menos em parte, a diminuição da velocidade de crescimento durante o tratamento com o análogo é devida ao prematuro envelhecimento da placa de crescimento.

Comentário

A aceleração do crescimento e o avanço da IO se dá pelo aumento da produção de estrógenos na puberdade. O tratamento da PP, com o aGnRH, visa diminuir esta produção hormonal e conseqüentemente tentar normalizar a velocidade de crescimento, ao mesmo tempo que impediria o avanço exagerado da IO, o que diminuiria a perda de sua altura final. A diminuição da altura final parece ser uma situação pré-determinada, uma vez que o envelhecimento da placa de crescimento já aconteceu em virtude da exposição exagerada aos estrógenos.

NUVARTE SETIAN

Referência

Weise M, Flor A, Barnes KM, Cutler Jr GB. 2004. Determinants of growth during gonadotropin-releasing hormone analog therapy for precocious puberty. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 103-7.

Saúde Pública

NÍVEL SÉRICO DE HOMOCISTEÍNA : HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO FATOR DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Em trabalho publicado na revista "Pan Americana Journal of Public Health", de abril de 2005, os autores descrevem alguns determinantes responsáveis pela elevação do nível sérico da homocisteína enfatizando aqueles genéticos, os ligados à dieta e outros estilos de vida.

Segundo os autores, desde 1970, existem estudos mostrando uma relação da hiperhomocisteinemia com doenças cardiovasculares (DCV) sendo que, atualmente, ela é considerada um fator de risco para essas doenças. Uma concentração sérica baixa de folatos, vitaminas B2, B6 e B12 é apontada como fator de predisposição à hiperhomocisteinemia, sendo que o folato é considerado o micronutriente com maior impacto no metabolismo da homocisteína. Fatores genéticos estão também associados à hiperhomocisteinemia.

Os autores do trabalho comentam o fato de que há numerosos estudos que analisam os tradicionais fatores de risco para DCV e não existem dados para avaliar a prevalência da hiperhomocisteinemia no país deles (Costa Rica). O trabalho publicado e aqui comentado é, nesse sentido, pioneiro ao avaliar uma amostra de 399 voluntários, de 20 a 40 anos (adultos jovens), de ambos os sexos. É descrita pormenorizadamente a seleção da amostra, que incluiu indivíduos de áreas urbanas e rurais. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, hábito de fumar, consumo de café, bebidas alcoólicas e a alimentação. Foram realizados vários exames laboratoriais,

entre os quais, os níveis séricos de homocisteína, de folato, vitamina B12, creatinina, bem como uma avaliação genética.

A prevalência encontrada de hiperhomocisteinemia foi de 6%, sendo que 31% dos casos apresentavam valores pouco abaixo do limiar a partir do qual considera-se hiperhomocisteinemia; 29% apresentavam o genótipo TT para enzima MTHFR (metileno tetrahydro folato reductase); 18% apresentavam deficiência de vitamina B12 e não foram observados casos de baixo nível de folato sérico. Não se encontraram associações significantes dos níveis de homocisteína e a idade, hábito de fumar, consumo de álcool ou ingestão de vitaminas na dieta.

Comentário

A hiperhomocisteinemia é considerada um fator de risco independente para as DCV e os autores chamam a atenção para o pequeno número de trabalhos que têm sido realizados em populações, particularmente com adultos jovens, sendo que esse fato dificulta análises comparativas.

No trabalho, os autores não encontraram relação com a idade, o que seria devido ao fato da amostra estudada ser bem jovem; há estudos mostrando aumento do nível sérico de homocisteína para cada década de idade entre 40 e 70 anos. Os estudos mostram níveis mais elevados nos homens em relação às mulheres, o que foi também observado pelos autores. Há comentários bastante interessantes sobre a ingestão de folatos e vitaminas B6 e B12 e o nível sérico de homocisteína.

Vários estudos epidemiológicos, inclusive este da Costa Rica, verificaram uma correlação inversa entre a concentração sérica de vitaminas, particularmente folato e B12, e os níveis de homocisteína. Este fato, como comentado pelos autores, tem servido de base para programas de intervenção com enriquecimento dessas vitaminas na dieta. Quanto aos fatores genéticos, ainda que a mutação do genótipo TT seja considerada um fator não modificável, é importante o diagnóstico de casos com genótipo TT na população visando identificá-los, pois poderiam ser beneficiados pela intervenção nutricional.

O trabalho foi muito bem planejado e executado e, para aqueles não familiarizados com o assunto, oferece informações úteis com comentários pertinentes.

Alguns especialistas, particularmente os cardiologistas, já estão bastante familiarizados com esse "novo" fator de risco para DCV, o que não ocorre para grande número de médicos clínicos ou generalistas, que pelo conhecimento adquirido estão aptos a orientar seus clientes quanto aos chamados "clássicos" fatores de risco, como o fumo, obesidade, sedentarismo, hipertensão e outros. A orientação para atuar nos níveis séricos de homocisteína deve passar a ser de conhecimento de todos os profissionais, médicos e, da mesma maneira, dos pacientes.

RU Y LAURENTI

Referência

Host-Schumacher I, Monge-Rojas R, Gutierrez PC Brenes G. Genetic, dietary and other lifestyle determinants of serum homocysteine levels in young adults in Costa Rica. *Pan Am J Public Health* 2005; 17(4): 263-70.