

Ginecologia

ESCLERODERMIA — PRESCREVER OU NÃO TRATAMENTO HORMONAL?

Mulher, 35 anos, procurou o ambulatório de Ginecologia Endócrina e Climatério da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por apresentar, há cerca de um ano, ondas de calor e mal-estar progressivo. Refere gestação espontânea que evoluiu para aborto quando tinha 28 anos e estar realizando exames no ambulatório de Reumatologia para diagnosticar problemas articulares. Na primeira consulta, a somatória dos sintomas pelo índice menopausal de Kupperman totalizou 28 pontos no exame físico geral e no ginecológico não houve observações significativas, tendo sido solicitado exames complementares. Retornou 40 dias após, no qual referia as mesmas queixas, e os exames com resultados relevantes foram: FSH - 118 UI/l; LH - 56,9 UI/l; estradiol - inferior a 19 pg/ml; colesterol total - 277 mg/dl; mamografia - BIRADS 2; e densitometria óssea - osteopenia leve. Com os dados clínicos e laboratoriais, firmou-se o diagnóstico de falência ovariana prematura, dislipidemia e osteopenia, sendo instituída TH com estrogênios equinos conjugados 0,625mg/dia/30 dias e acetato de medroxiprogesterona 5mg/dia/10 dias/mês.

No segundo retorno, após 90 dias, informou que o diagnóstico da Reumatologia foi esclerodermia, sem comprometimento de outros sistemas, além das articulações. A paciente referiu estar se sentindo bem, apresentando Índice Menopausal de Kupperman de 6. Foi discutido com a interessada, optando-se por manter a TH, junto ao tratamento da esclerodermia. Ocorreram outros retornos, sem alterações do quadro clínico, até dois anos de seguimento, quando passou a apresentar complicações gerais que foram avaliadas e diagnosticadas na Reumatologia como pneumonia intersticial, esclerose sistêmica difusa e evidências de comprometimento inicial de outros órgãos. Com base no quadro clínico atual, foi suspensa a TH. Esta conduta foi baseada em diversos trabalhos que atribuem aos estrogênios evidências de agravar o quadro de esclerodermia.

A evolução desta paciente é sugestiva, pois embora não se possa atribuir apenas a TH, o rápido agravamento do quadro deve-se cogitar esta possibilidade. É importante ressaltar que esta doença é grave, ocasionando óbito, principalmente por alterações pulmonares, de tal forma que qualquer alteração em pulmões e ou pleura, piora o prognóstico, assim como quando há falência ovariana prematura, apesar dos sintomas deve-se evitar o máximo a TH, pelas evidências de influências desfavoráveis no quadro.

A esclerodermia, também conhecida como esclerose sistêmica difusa, apresenta maior prevalência na 4ª e 5ª décadas de vida, mas pode ocorrer em qualquer idade. Quando esta doença surge em mulheres jovens, a evolução e o prognóstico são piores, pois além das alterações imunológicas, lesões vasculares (sendo comum o fenômeno de Reynaud); fibrose difusa da pele e outros órgãos, pode causar falência ovariana prematura, decorrente das modificações imunológicas, vasculares ou do tratamento da esclerodermia.

Deve-se ressaltar que estas pacientes com climatério precoce apresentam, além dos sintomas e comprometimento de diversos

órgãos, as manifestações clínicas e metabólicas próprias da falência ovariana, que comprometem significativamente a qualidade de vida destas mulheres, fazendo com que as mesmas solicitem tratamento hormonal (TH). Assim, os profissionais ficam inclinados a prescrever TH, apesar dos aspectos ainda controversos da mesma, que sugerem que o uso de esteróides sexuais possa agravar a evolução das lesões causadas pela esclerodermia. O relato deste caso é pertinente e ilustrativo.

VICENTE RENATO BAGNOLI
ANGELA MAGGIO DA FONSECA
PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA

Referências

- Ahmed EA, Penhale WJ, Talal N. Sex hormones, immune responses and auto immune diseases. *Am J Pathol.* 1985;121(5):531-55.
- Black CK, Denton CP. The management of systemic sclerosis. *Br J Rheumatol.* 1995;34(1):3-7.
- Chwiesko S, Sierakowski S, Kowai-Bielecka O. Causes of death of patients with systemic sclerosis. *Pol Merkur Lekarski.* 2006; 21(124):341-4.
- Fonseca AM, Bagnoli VR, Vergolino RVD, Parellada CI, Pinotti JA. Terapia de reposição hormonal: doenças auto-imunes. In: Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA. *Terapia de reposição hormonal em situações especiais.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. cap.3, p.13-22.
- Hyphantis TN, Tsifetaki N, Pappa C, Vulgari PV, Sifakia V, Bai M, et al. Clinical features and personality traits associates with psychological distress in systemic sclerosis patients. *J Psychosom Res.* 2007;62(1):47-56.
- Kowal-Bielecka O. Targeting vascular disease in systemic sclerosis. *Endocr Metab Immune Disord. Drug Targets.* 2006;6(4):401-7.
- Lafyatis R. Targeting fibrosis in systemic sclerosis. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2006;6(4):395-400.

Medicina Baseada em Evidências

HIPERIDROSE VS SUDORESE COMPENSATÓRIA: BENEFÍCIO DE UM TRATAMENTO OU RISCO DE UM NOVO PROBLEMA?

A hiperidrose essencial ou primária é um problema que afeta de 0,5% a 1% da população. A simpatectomia por videotoroscopia tem sido um método bastante utilizado para o tratamento definitivo, mas tem a sudorese compensatória como uma complicação bastante freqüente. Esta complicação pós-operatória caracteriza-se por um aumento da sudorese em outras partes do corpo, como dorso, abdome e coxas.

Com o objetivo de avaliar a informação científica disponível sobre a sudorese compensatória após a simpatectomia, foi realizada busca na base Medline (última data: 08/08/2007), utilizando como descritores hyperhidrosis/surgery AND randomized controlled trial, com a recuperação de 11 estudos.

Foram selecionados, pelo título e resumo, quatro ensaios clínicos randomizados (ECR) diretamente relacionados com a dúvida clínica. A avaliação crítica inicial, utilizando o escore JADAD¹, identificou que nenhum destes estudos pôde ser validado como ECR (três com JADAD 0, e um com JADAD 2). Apesar disso, os resultados aqui serão levados em conta.

Os desfechos considerados foram presença ou ausência de sudorese compensatória e sua intensidade.

Os dados dos quatro estudos²⁻⁵ foram agrupados conforme o nível informado da simpatectomia, obtendo-se uma amostra de 1426 pacientes, sendo 678 simpatectomizados ao nível de T2, e 748 de T3.

A sudorese compensatória ocorreu em quase todos os pacientes (97,2% no grupo T2 e 96% no T3), sendo que esta diferença discreta entre os dois níveis não foi significativa. Analisando o desfecho, segundo a intensidade, observou-se que a sudorese compensatória foi moderada a importante em 45% dos pacientes cujo nível da realização da simpatectomia foi em T2 e, em 19%, no nível T3. A redução de risco absoluto (RRA) de 26% (IC95% 21,5 a 30,5) obtida com a intervenção em nível de T3 pode ser traduzida como sendo necessário tratar quatro pacientes para se obter um benefício quando comparado à intervenção em nível T2 (IC95% 3 a 5).

Análise crítica permite identificar algumas limitações importantes, que comprometem a validade interna dos estudos, como:

- seguimento dos pacientes por período curto de tempo;
- ausência de cálculo da amostra em todos os estudos;
- estrutura das publicações se aproxima de série de casos, com intervenções e resultados distintos comparados.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a sudorese compensatória é um efeito adverso freqüente que faz parte do resultado pós-operatório da simpatectomia no tratamento da hiperhidrose. Os pacientes devem ser orientados quanto à certeza dessa manifestação clínica, em que, no melhor cenário, de cada cinco pacientes operados, um evoluirá com sudorese moderada ou importante, que por sua vez é mais freqüentemente observada quando a simpatectomia é realizada em nível de T2, quando comparada a T3. Deve-se esperar, ainda, que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida, centro da expressão do benefício, incluam, de maneira destacada e adequada, a avaliação da sudorese compensatória, sobretudo nas formas moderada e importante.

ADRIANA P. C. BARRICHELLO
LUÍZA B. CECÍLIO
ROSANGELA MONTEIRO
FÁBIO B. JATENE
WANDERLEY M. BERNARDO.

Referências

1. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports on randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17:1-12.
2. Munia MAS, Wolosker N, Kauffman P, Campos JR, Puech-Leão P. A randomized trial of T3-T4 versus T4 sympathectomy for isolated axillary hyperhidrosis. *J Vasc Surg*. 2007;45:130-3.
3. Yazbek G, Wolosker N, Campos JRM, Kauffman P, Ishy A, Puech-Leão P. Palmar hyperhidrosis-which is the best level of denervation using video-assisted thoracoscopic sympathectomy: T2 or T3 ganglion? *J Vasc Surg*. 2005;42:281-5.
4. Yoon SH, Rim DC. The selective T3 sympathectomy in patients with essential palmar hyperhidrosis. *Acta Neurochir (Wien)*. 2003;145:467-71.
5. Reisfeld R. Sympathectomy for hyperhidrosis: should we place the clamps at T2-T3 or T3-T4? *Clin Auton Res*. 2006;16:384-9.

Obstetrícia

DOR DO PARTO - SOFRIMENTO OU NECESSIDADE?

O parto está historicamente relacionado ao mito de ser algo intolerável e muito doloroso fisicamente. Sendo assim, suportá-lo é

quase um sinônimo de "dar à luz". Uma mulher sabe disto desde muito jovem, e espera que o parto seja permeado pela dor para que, posteriormente, o alívio venha junto ao prazer da chegada do filho.

A dor do parto tem um aspecto importante e diferenciado de acordo com cada sociedade, uma vez que é influenciada por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais. Por vezes, ela é vista pelas mulheres como o marco inicial da maternidade e como o "preço a ser pago" por esta, que poderia ficar "quase esquecido" após receber o prêmio: ter o filho nos braços. No imaginário de algumas mulheres, a boa mãe é aquela que sofreu ao dar à luz a seus filhos, a fim de cumprir seu papel. Sendo assim, poderíamos ter a hipótese de que este seria um fator motivador, ao ponto que a dor não fosse causa impeditiva à procriação, o que permitiu a postergação da espécie.

Por outro lado, o medo de sentir dor é muito difundido pelas mulheres nos dias atuais. Em algumas, a dor do parto é bastante intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante, o que as faz tentar driblar esta dor optando pela analgesia e cesárea, que poderiam aliviar o sofrimento. Com isto, a cesariana tornou-se freqüentemente solicitada e praticada na obstetrícia moderna, o que, para muitos, acarretou em um problema de saúde coletiva.

Recentemente, o parto vaginal sem dor passou a ser difundido pelo mundo. A parturiente é submetida a bloqueios regionais (peridural ou duplo-bloqueio) desde o início das contrações dolorosas. O interessante é que, como consequência ao grande desenvolvimento médico para que fosse sanado o sofrimento das pacientes, observa-se que, hoje, muitas destas têm se negado à analgesia, procurando um "parto natural", um "parto com dor". Retrocesso? Ou seria a angústia de não realizar o "verdadeiro papel da maternidade"? Além disso, muitas comentam que, ao retirar as dores, observam dificuldades na realização adequada dos puxos durante o período expulsivo.

Considerando estes fatos, seria importante entender o significado das expectativas e experiências referentes ao momento do parto para cada paciente. Para algumas, a dor do parto significa sofrimento, e a analgesia a salvação. Para outras, por outro lado, significa a "verdadeira maternidade". Assim, seria interessante que a equipe multidisciplinar envolvida no parto, ao se utilizar da analgesia e da cesariana, considerasse a individualidade de cada paciente e não tomasse determinada conduta como rotineira, uma vez que cada parturiente está permeada por sua visão específica do mundo, o que poderá marcar aquele momento especial de sua história para sempre, tanto positivamente como negativamente.

RODRIGO RUANO
CECÍLIA PROHASKA
ANA LUIZA TAVARES
MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Bezerra MGA, Cardoso MVLML, Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006;14(3):414-21.
2. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicol Saúde Doenças*. 2003;4(1):47-67.
3. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl 1):S5-62.