

sem haver vantagens nos resultados neonatais. Em contraposição a esse trabalho, Morris et al.⁴, 2003, apresentam um estudo prospectivo, cego e observacional, com 1584 mulheres com idade gestacional de 40 semanas ou mais e encontram 7,9% de oligoidramnia pela técnica do ILA e 1,4% pelo maior bolsão. No grupo identificado pelo ILA, a morbidade neonatal foi significativamente menor. Entretanto, a incidência de cesáreas e a taxa de falsos positivos foram maiores no grupo do ILA. Argüindo sobre esses dados, Moore, 2004, preconiza o uso do maior bolsão <2,0 cm para se indicar o término da gravidez e aconselha o uso do ILA quando uma alta sensibilidade para o diagnóstico de oligoidramnia for desejável para ensejar nova avaliação, mas não para se adotar condutas resolutivas.

Comentário

Muito pertinentes essas recentes observações que são consentâneas com as vivenciadas no cotidiano de um Serviço Universitário de assistência às gestações de alto risco. Não obstante nele sejam utilizados os critérios de Rutherford et al., 1987, aconselha-se que a oligoidramnia diagnosticada (ILA < 5,0) deva ser incorporada e interpretada à luz de todo o contexto clínico e de exames complementares da gestante antes de se tomar condutas resolutivas. Na prematuridade, condutas conservadoras podem ser adotadas e a resolução pode ser postergada para idades gestacionais mais seguras. No pós-datismo, a resolução obstétrica vincula-se muito às condições cervicais, cuja favorabilidade indica indução do parto, quando factível. Em contrapartida, a oligoidramnia grave (ILA < 3,0 cm) tem conotação patológica importante e, após a viabilidade fetal, condutas de resolução devem ser indicadas.

**SEIZO MIYADAHIRA
MARCELO ZUGAIB**

Referências

1. Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume. II. The relationship of increased amniotic fluid

volume to perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150:250-4.

2. Rutherford SE, Phelan JP, Smith CV, Jacobs N. The four quadrant assessment of amniotic fluid volume: an adjunct to antepartum fetal heart rate testing. *Obstet Gynecol* 1987; 70:353-6.

3. Magann EF, Doherty DA, Field K, Chauhan SP, Muffey PE, Morrison JC. Biophysical profile with amniotic fluid volume assessment. *Obstet Gynecol* 2004; 104:5-10.

4. Morris JM, Thompson K, Smithey J, Gaffney G, Cooke I, Chamberlain P, et al. The usefulness of ultrasound assessment of amniotic fluid in predicting adverse outcome in prolonged pregnancy: a prospective blinded observational study. *Br J Obstet Gynecol* 2003; 110:989-94.

Pediatria

A VÍDEOTORACOSCOPIA CONSTITUI TRATAMENTO DE EXCELÊNCIA DO EMPIEMA NA CRIANÇA?

O objetivo do presente estudo é o de apresentar uma revisão da literatura para se determinar qual o melhor método de tratamento do empiema pleural na criança. Vários trabalhos sobre os métodos de tratamento do empiema na criança têm sido apresentados, particularmente após o advento da videocirurgia. Os autores realizaram levantamento, pelo MEDLINE, de todos os trabalhos publicados em língua inglesa e espanhola sobre empiema pleural na criança. Todos os estudos eram retrospectivos, e não havia estudos prospectivos multi-institucionais. Em virtude deste fato, não foi possível efetuar metaanálise dos resultados. Foram avaliados 44 estudos retrospectivos, englobando 1369 pacientes. Foram comparados quatro tipos de tratamento: drenagem pleural, drenagem pleural com injeção intrapleural de fibrinolíticos, toracotomia e videotoracoscopia para

decorticação pulmonar. Os parâmetros analisados foram tempo de internação hospitalar, duração da febre, tempo de antibioticoterapia e tempo de permanência do dreno torácico. Verificou-se apenas que as crianças submetidas à decorticação pulmonar por toracotomia ou videotoracoscopia permaneceram internadas por menor período de tempo em relação aos outros dois métodos, e tendência a menor período de febre nas crianças submetidas à drenagem pleural. Como conclusão final, a vídeo-toracoscopia não traz qualquer benefício no tratamento do empiema na criança.

Comentário

Este importante estudo fecha uma polêmica gerada em torno do melhor método de tratamento do empiema na criança. A experiência clínica, secular, mostra que após a drenagem do pus, em conjunto com antibioticoterapia, a cura do espessamento pleural ocorre invariavelmente de forma espontânea em até quatro meses. Portanto, é óbvio que o melhor tratamento cirúrgico é o de menor invasividade, ou seja, a simples drenagem pleural. Há tempos temos combatido com veemência as condutas invasivas no tratamento do empiema pleural da criança, particularmente a videotoracoscopia, procedimento encantador, porém caro, perigoso, invasivo e desnecessário. O único benefício da decorticação pulmonar por toracotomia ou videotoracoscopia foi o menor tempo de internação hospitalar. Tal vantagem perde o significado diante dos custos envolvidos em qualquer procedimento cirúrgico, mormente videocirurgia. Esperamos que o presente estudo possa convencer os profissionais responsáveis pelo tratamento de crianças com empiema pleural que o princípio hipocrático de apenas promover a drenagem do pus ainda é soberano.

UENIS TANNURI

Referência

1. Gates RL, Caniano DA, Hayes JR, Arca MJ. Does VATS provide optimal treatment of empyema in children? a systematic review. *J Pediatr Surg* 2004; 39:381-6.