

## Ginecologia

### QUEIXAS UROGENITAIS NOCLIMATÉRIO: O QUE FAZER?

No climatério, principalmente na pós-menopausa, são freqüentes as queixas envolvendo os aparelhos genital e urinário, tais como: corrimento, prurido, sangramento, dispareunia, incontinência urinária, tenesmo vesical, infecções urinárias de repetição, pois o hipoestrogenismo desencadeia mudanças significativas no ambiente vaginal e nos órgãos gêrito-urinários, gerando dúvidas e nem sempre conduzidas de forma satisfatória. Existem diferenças nas mulheres submetidas à reposição hormonal (TRH) e naquelas não medicadas. Assim, nas não usuárias de hormônios, as queixas não infecciosas representam cerca de 60% dos casos, decorrentes da atrofia urogenital e os demais casos por vaginose bacteriana, vaginite por trichomonas, infecções urinárias e outras infecções menos comuns. Por outro lado, as usuárias de TRH costumam apresentar melhor trofismo gêrito-urinário, maior incidência de vaginite fúngica, vaginite mista, e maior incidência de outras infecções devido as características do ambiente vaginal e das demais estruturas conferidas pela TRH. Deve-se ainda salientar que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tem apresentado aumento significativo nesta faixa etária. Por estas razões, nas mulheres climatéricas, com queixas urogenitais, deve-se sempre considerar na etapa do diagnóstico, o uso ou não de TRH, pesquisando-se o meio vaginal pelo estudo bacterioscópico, em geral do tipo III nos casos de atrofia acentuada, II na hipotrofia, que são os achados mais comuns em não usuárias de TRH ou quando a mesma

não está sendo efetiva, e tipo I quando a TRH for efetiva. Torna-se imperioso nesta avaliação a pesquisa dos agentes mais comuns de infecções genitais, pois ao contrário do que se acreditava, também nesta faixa etária estas patologias como as vulvovaginites existem em freqüência significativa, e embora menos freqüente também infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), cervicites e doença inflamatória pélvica, quadros estes nem sempre cogitados. O diagnóstico inclui sempre bacterioscopia, colposcopia, vulvosscopia, colpocitologia oncótica e quando necessário cultura e antibiograma de urina e secreção vaginal, à semelhança do roteiro empregado para mulheres no menacme.

O tratamento é etiológico, com os produtos farmacológicos empregados de acordo com o agente infeccioso. Contudo, alguns aspectos devem ser ressaltados: quando as manifestações decorrerem apenas do hipoestrogenismo, basta a TRH tópica, que oferece excelentes resultados, ou se houver indicação para TRH sistêmica, aplicá-la. Quando o hipoestrogenismo estiver interferindo de forma desfavorável e facilitando as infecções genitais, a TRH como coadjuvante do tratamento etiológico, acelera o processo de cura e reduz os índices de recidiva. Entretanto, a TRH pode promover o desenvolvimento de vulvovaginite fúngica por vezes rebelde ao tratamento.

Pode-se concluir que a menopausa é um período com características especiais e que, portanto, merece atenção especial, para permitir que a mulher que atualmente vive grande parte de sua vida neste período, sintase bem e protegida, bastando que valorizemos entre as queixas também as urogenitais, e as tratemos corretamente. Deve-se enfatizar a necessidade de excluir a presença de neoplasias dos órgãos genitais e urinários, que muitas vezes passam

despercebidas, e utilizar de forma adequada os hormônios sexuais, que conferem resultados excelentes no controle das queixas urogenitais que atrapalham significativamente o bem-estar da mulher.

VICENTE RENATO BAGNOLI  
ANGELA MAGGIO DA FONSECA  
PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA  
WILSON MAÇA YUKI ARIE

#### Referências

1. Bagnoli VR, Fonseca AM, Ariê WMY. Vulvovaginites recorrentes. Revisão dos aspectos clínicos relevantes. Rev Ginecol Obstet 2001; 12(1):40-4.
2. Sobel, JD. Vaginitis. N Engl J Med 1997; 337(26):1896-901.
3. Spinillo A, Bernuzzi AM, Cevini C, Gulminetti R, Luzi S, De Santolo A, et al. The relationship of bacterial vaginosis, candida and trichomonas infection to symptomatic vaginitis in postmenopausal women attending a vaginitis clinic. Maturitas 1997; 27:253-60.

#### Medicina Baseada em Evidências

### QUANDO INDICAR O TRATAMENTO ENDOVASCULAR NA DISSECÇÃO AÓRTICA TIPO B ?

A dissecção aórtica é a patologia de maior mortalidade entre as que se manifestam por dor torácica. Classicamente, a dissecção tipo A (quando há o envolvimento da aorta ascendente) é tratada cirurgicamente, enquanto que na dissecção tipo B (quando a aorta ascendente não está comprometida) o tratamento cirúrgico só está indicado quando há

dor persistente ou sinais de rotura. O tratamento cirúrgico convencional da dissecação tipo B cursa com altas taxas de mortalidade e morbidade decorrentes da toracotomia, colapso do pulmão, perdas sanguíneas substanciais durante a abertura da aorta, dificuldades técnicas relacionadas à sutura de uma parede aórtica friável e, principalmente, das alterações hemodinâmicas e teciduais induzidas pela isquemia e reperfusão de todos os órgãos intra-abdominais, medula espinhal e extremidades inferiores.

O desenvolvimento das endopróteses revestidas tem mudado os critérios de indicação do tratamento da dissecação tipo B. A experiência recém adquirida com esta nova modalidade terapêutica, endovascular, mostra ser este procedimento seguro, eficaz e de execução muito mais simples do que o tratamento convencional. Como consequência, o espectro de sua indicação para os pacientes com dissecação aórtica tipo B tem sido ampliado. Esta indicação deve ser fundamentada nos seguintes critérios clínicos e anatómicos principais.

**Critérios Clínicos:** dor recorrente; sinais ou sintomas sugestivos de rotura eminente; presença de fluxo pela luz falsa e/ou diâmetro aórtico maior que 40 mm, especialmente se houver fluxo pela luz falsa. Estes dois últimos, quando presentes, são preditores de desenvolvimento de aneurismas toracoabdominais, de difícil correção cirúrgica no seguimento tardio.

**Critérios anatómicos:** colos de "aterisagem", proximal e distal ao orifício de entrada, menor que 30-32 mm; o implante da endoprótese não pode comprometer a origem de vasos importantes, incluindo os troncos supra-aórticos e os vasos esplâncnicos; o acesso arterial, especialmente do sistema ilíaco-femoral, deve ser compatível com o calibre do sistema de liberação da endoprótese de 20 French (6,3mm de diâmetro).

Deve ser ressaltado que, em condições especiais, pode-se ocluir a origem da artéria subclávia esquerda. Ao contrário do tratamento cirúrgico clássico, a ocorrência de paraplegia é rara com o tratamento endovascular.

**JOSÉ AUGUSTO MARCONDES DE SOUZA  
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

#### Referências

1. Nienaber CA, Fattori R, Lund G, Dieckmann C, Wolf W, Von Kodolitsch Y, et al. Nonsurgical reconstruction of thoracic aortic dissection by stent-graft placement. *N Engl J Med* 1999; 340:1539-45.
2. Dake MD, Kato N, Mitchell RS, Semba CP, Razavi MK, Shimono T, et al. Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection. *N Engl J Med* 1999; 340:1546-52.
3. Palma JH, Souza JAM, Alves CMR, Carvalho AC, Buffolo E. Self-expandable aortic stent-grafts for treatment of descending aortic dissections. *Ann Thorac Surg* 2002; 73:1138-41.
4. Alves CMR, Palma JH, Souza JAM, Carvalho ACC, Buffolo E. Endovascular treatment of thoracic disease: patient selection and a proposal of a risk score. *Ann Thorac Surg* 2002; 73:1143-8.

#### *Obstetícia*

## COMO AVALIAR O COLO UTERINO NUMA ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA?

A avaliação do colo uterino, nos últimos anos, deixou de ser uma curiosidade

para tornar-se um parâmetro de avaliação importante durante a ultra-sonografia obstétrica de rotina ou morfológica no pré-natal. Vários foram os motivos que levaram a um incremento na importância do método, entre eles: a evolução tecnológica dos aparelhos de ultra-sonografia com desenvolvimento de sondas transvaginais e a maior familiaridade dos médicos e pacientes com o exame, diminuindo o preconceito e os tabus em relação ao uso dessas sondas durante a gestação em relação a abortamentos e sangramentos. O surgimento de diversos estudos relacionando o comprimento do colo uterino na ultra-sonografia transvaginal durante a gestação com a predição do parto prematuro, também contribuiu para universalização do método. O parto prematuro é a principal causa de morbimortalidade pós-natal. A taxa de partos prematuros espontâneos tem se mantido estável ao longo das três últimas décadas, variando de 5,9% a 10,7%. A dificuldade na identificação de gestantes com risco elevado para o parto prematuro e a falta de um método terapêutico realmente eficaz para sua inibição são os dois principais motivos para as altas taxas de prematuridade. A ultra-sonografia transvaginal surgiu, então, como o melhor e mais fácil método para rastreamento do parto prematuro grave (aquele com idade gestacional inferior a 33 semanas). O método pode ser aplicado na população de alto ou baixo - risco, sintomáticas ou assintomáticas. A melhor época para realização do exame é de 22 a 24 semanas de gestação, que também hoje é considerada a melhor época para realização da ultra-sonografia morfológica fetal, uma vez que tem uma melhor sensibilidade na detecção de malformações fetais de aparecimento mais tardio e maior facilidade na visualização de várias estruturas fetais, tal como

o coração. Desta forma, é preconizada a realização da avaliação do comprimento do colo uterino no momento da ultrasonografia morfológica. O parâmetro mais importante no exame é o comprimento do colo uterino, medido linearmente do seu orifício interno ao externo. Quanto menor o comprimento, maior o risco para o parto prematuro. O risco torna-se importante quando o colo uterino está medindo menos que 2,0 cm de comprimento, sendo que este risco é muito elevado quando o colo uterino mede 1,5 cm ou menos. As gestantes com colo uterino curto devem ser orientadas quanto às medidas gerais para prevenção do parto prematuro (repouso, abstinência sexual, pesquisa e tratamento de infecção urinária). A circunferência do colo uterino também tem mostrado ser útil com redução de 50% na incidência de partos prematuros graves no grupo de gestantes com colo  $\leq$  1,5cm.

**MÁRIO HENRIQUE BURLACCHINI  
DE CARVALHO**

#### Referências

1. Iams JD. Cervical ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 10:156-60.
2. Heath VCF, Southall TR, Elisseou A, Nicolaidis KH. Cervical length at 23 weeks of gestation: prediction of spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12:312-17.
3. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer B, Moawad A, Das A et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *N Engl J Med* 1996; 334:567-72.
4. Heath VCF, Souka AP, Erasmus I, Gibb DMF, Nicolaidis KH. Cervical length at 23 weeks of gestation: the value of Shirodkar suture for the short cervix. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12:318-22.

#### *Bioética*

## INDICARIA OPERAÇÃO COM BASE APENAS EM EXAME GENÉTICO?

Homem com 35 anos, portador de carcinoma medular de tireóide (CMT) tem uma filha que apresenta o RET protooncogene em uma amostra de sangue do cordão umbilical. Posso indicar a tireoidectomia total (TT) na criança?

O CMT ocorre nas formas esporádica e familiar. Na forma familiar é descrito o RET protooncogene, que está relacionado ao desenvolvimento de doença clínica até os 13 anos de idade. Após instalação da doença, a cura é mais difícil. A pesquisa do RET é indicada em todo recém-nascido filho de portador deste gene.

A literatura preconiza (TT) até os 5 anos de idade, não sendo necessário esperar o surgimento de indicador clínico, radiológico ou laboratorial de doença ativa. O exame anatomicopatológico da peça revela apenas hiperplasia de células "C", ou mesmo não encontra doença. Também pode revelar o carcinoma ainda microscópico e passível de cura.

Cabe aos pais autorizar a retirada da tireóide, obrigando seu filho a reposição hormonal por toda a vida, ou recusar e esperar o desenvolvimento da doença, que pode levar à morte por volta dos 30 anos de idade.

Trata-se de diagnóstico precoce baseado no conhecimento e tecnologia, que permite ação prévia à doença. A consequente ablação de um órgão é procedimento radical para tratamento preventivo.

Todo procedimento pode ser aplicado se validado pela prática clínica ou por

pesquisa bem conduzida, fundamentos da boa prática médica. O benefício trazido reforça e incentiva a pesquisa e sua aplicação prática.

**MARCOS ROBERTO TAVARES**

#### Referência

Freyer G, Dazord A, Schlumberger M, Conte-Devolx B, Ligneau B, Trillet-Lenoir V, et al. Psychosocial impact of genetic testing in familial medullary-thyroid carcinoma: a multicentric pilot-evaluation. *Ann Oncol* 1999; 10:87-95.

#### *Clínica Cirúrgica*

## O QUE FAZER NA ÚLCERA IDIOPÁTICA ANAL NO DOENTE HIV POSITIVO?

A úlcera anal idiopática está associada aos estádios avançados da infecção pelo HIV, embora possa ser a primeira manifestação da AIDS. A anamnese revela dor anal incapacitante de forte intensidade, contínua, de longa duração e acompanhada com secreção purulenta avermelhada. O exame proctológico só é possível sob analgesia e revela úlcera profunda do canal anal, coberta com secreção purulenta vermelho-acastanhada. Diferente da fissura anal, é invasiva, mais cranial no canal anal e ocorre mesmo com hipotonia esfinteriana. Localiza-se preferivelmente na parede posterior do canal anal, tem contorno irregular, com fundo necrótico e exsudativo, sendo sua base formada pelo esfíncter anal interno e às vezes associada a abscesso interesfinteriano crônico.

Tanto sua etiologia, como o tratamento apropriado, necessitam ser determinados. As culturas e biópsias são habitualmente conclusivas. É possível que os vírus presentes em grande número nos homossexuais portadores de HIV não sejam responsáveis pela doença, que talvez seja causada por outros microorganismos ou combinação de agentes ainda não identificados e resistentes aos antimicrobianos usados. Sua origem poderia ser o trauma repetido, pelo coito anal receptivo e outras práticas homossexuais, já que a sepse anorectal e os abscessos intersfínterianos crônicos são comuns nestes doentes. Sugerimos a origem criptogenética. Parece-nos um abscesso com evolução diferente da esperada, provavelmente pelo imunodepressão destes pacientes, pois temos observado em nossos casos que a úlcera localiza-se no canal anal, envolve a linha pectínea e comunica-se com abscesso laminar intersfínteriano.

O uso de antimicrobianos e analgésicos, preconizado por alguns, não trata a doença. A aplicação de corticoide intra-lesional alivia os sintomas durante curto espaço de tempo. A opção cirúrgica é defendida nos casos de falência da terapia clínica. Nossa proposta inicial tem sido o tratamento operatório, com o qual temos obtido sucesso.

Realizamos ressecção mucocutânea em raquete, incluindo a úlcera, sob raquianestesia. Após este procedimento, notamos a presença de abscesso laminar que descola o plano intersfínteriano. Abrimos a parede retal longitudinalmente sobre o abscesso e fazemos a curagem do leito. Indicamos sutura contínua com catgut 000 cromado na borda da ferida operatória com finalidade hemostática. O doente é medicado com antimicrobiano, analgésico e banhos de assento. Há alívio dos sintomas no pós-operatório imediato. O exame anatomopatológico revela processo inflamatório inespecífico e na cultura crescem ger-

mes da flora intestinal. A cicatrização completa ocorre em até seis meses. A remissão dos sintomas, o controle das doenças oportunistas associadas e a melhora da qualidade de vida, após a operação, demonstram a necessidade de tratamento em caráter de urgência.

**SIDNEY ROBERTO NADAL  
CARMEN RUTH MANZIONE**

#### Referências

1. Nadal SR, Manzione CR, Horta SHC, Galvão VM. Management of idiopathic ulcer of the anal canal by excision in HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1598-601.
2. Schmidt SL, Wexner SD, Noguera JJ, Jagelman DG. Is aggressive management of perianal ulcers in homosexual HIV-positive men justified? *Dis Colon Rectum* 1993; 36:240-6.
3. Wilcox CM, Schwartz DA. Idiopathic anorectal ulceration in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:599-604.

#### *Pediatria*

## QUANDO INDICAR E QUAL O RESULTADO DA BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO?

O diagnóstico etiológico nas pneumopatias agudas, difusas e graves é um desafio muito grande. O dilema do pediatra na busca da definição etiológica passa por duas estratégias. A primeira diz respeito à utilização de técnicas não-invasivas (estudos de imagem, sorologias, culturas de sangue e secreção pulmonar, PCR no sangue e secreções), que poderão dar no máximo 50% de resposta e quase sempre muito demoradas, retardando uma terapêutica mais objetiva o que pode ser crítico para a sobrevivência do paciente. Os casos graves exigem a par da introdução de uma terapêutica empírica inicial,

baseada na frequência etiológica local, técnicas com respostas rápidas em relação à etiologia para re-alinhamento da terapêutica.

Essa segunda estratégia é útil na elucidação das infecções primárias ou hospitalares, e fundamental nas situações de insuficiência respiratória grave, quando a mortalidade sem uma intervenção mais agressiva e objetiva no diagnóstico e terapêutica ultrapassa os 60%.

Assim, a indicação da biópsia pulmonar a céu aberto deve ser feita para as pneumopatias difusas evoluindo com insuficiência respiratória, não-responsiva à terapêutica empírica inicial. Esta indicação não pode ser retardada na sua indicação, pois o desenvolvimento de fibrose pulmonar é progressivo e além de determinada situação, inviabiliza uma melhor evolução da criança, mesmo com tratamento correto da etiologia primária.

Essa estratégia elucida o diagnóstico e indica a mudança da terapêutica inicial em até 80% dos casos. É um procedimento seguro, com taxas de complicações baixas.

A par do esclarecimento etiológico, os dados anatomopatológicos são importantes na formulação prognóstica do caso.

Portanto, a biópsia pulmonar a céu aberto é um procedimento que deve ser sempre considerado nas condições expostas de indicação.

**EVANDRO R. BALDACC**

#### Referências

1. Bousso A, Baldacci ER, Fernandes JC, Fernandes ICO, Cordeiro AMG, Otoch JP, et al. Contribuição da biópsia pulmonar a céu aberto na avaliação de pneumopatias difusas e agudas em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pneumol* 2002; 28:30-40.
2. Sakane PT, Katayama DM, Freddi NA, Carvalho MF, Saldiva PHN, Pillegi FL, et al. Biópsia pulmonar a céu aberto em crianças para diagnóstico histopatológico de doença pulmonar difusa de evolução grave. *AMB Rev Assoc Med Bras* 1987; 33:7-10