

- Blake GJ, Ridker PM. Novel clinical markers of vascular wall inflammation. *Circ Res* 2001, 89:763-71.
- Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000, 342:836-43.
- Ridker PM, Rifai N, Clearfield M, Downs JR, Weis SE, Miles JS, et al. Measurement of C-reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. *N Engl J Med* 2001, 344:1959-65.

## Ginecologia

### NOVO CONSENSO PARA A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Os critérios diagnósticos da síndrome dos ovários policísticos (SOP) foram recentemente revisados pelo *The Rotterdam ESHRE/ASRM – sponsored PCOS consensus workshop group, 2004*; os postulados em 1999 requeriam dois fatores diagnósticos e os atuais requerem dois de três fatores.

#### Comentário

Critérios em 1999 (1 e 2)

- Anovulação crônica
- Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo-se outras etiologias. Critérios revisados em 2004 (2 de 3)

- Oligomenorréia e/ou anovulação
- Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo outras etiologias de hiperandrogenismo como hiperplasia congênita adrenal, tumores secretores de androgênios e síndrome de Cushing
- Ovários policísticos caracterizados pelo exame ultra-sonográfico padronizado, ou seja, presença de pelo menos um dos seguintes achados: 12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado ( $>10 \text{ cm}^3$ ). Caso se constate a presença de um folículo dominante ( $>10 \text{ mm}$ ) ou de corpo lúteo, o ultra-som (US) deverá ser repetido no próximo ciclo.

Outros detalhes diagnósticos estão publicados neste consenso.

#### Rastreamento de distúrbios metabólicos

- Nenhum teste de resistência insulínica é necessário para o diagnóstico de SOP, nem para o tratamento a ser instituído.
- Mulheres obesas com SOP devem ser rastreadas para a síndrome metabólica, incluindo avaliação da intolerância à glicose por meio da realização do teste de tolerância oral à glicose (GTT).
- Outros estudos são necessários em mulheres não obesas com SOP para se determinar a real utilidade destes testes; no entanto, devem ser sempre solicitados caso estejam presentes fatores de risco adicionais para resistência insulínica, como história familiar de diabetes.

Critérios para a identificação da síndrome metabólica em mulheres com SOMP:

A constatação de pelo menos três de cinco fatores de risco qualifica a presença da síndrome metabólica:

	Valor de corte
1. Obesidade abdominal (medida da circunferência da cintura)	$>88 \text{ cm}$
2. Triglicérides	$\geq 150 \text{ mg/dl}$
3. HDL-Colesterol	$<50 \text{ mg/dl}$
4. Pressão sanguínea	$\geq 130/\geq 85 \text{ mmHg}$
5. Glicemia de jejum e duas horas após o GTT	$100-126 \text{ mg/dl}$ (jejum) e/ou $140-199 \text{ mg/dl}$ (2 h após GTT)

A identificação da resistência insulínica (RI) não é necessária para firmar o diagnóstico de SOP; entretanto, ainda há controvérsias sobre necessidade de se pesquisar rotineiramente RI em todas as portadoras da síndrome (obesas e não obesas). Devido a essas controvérsias (principalmente a de se identificar a resistência insulínica nas pacientes não obesas com SOP), indicamos em nosso serviço a avaliação rotineira da glicemia e da insulina de jejum em todas as portadoras com SOP, bem como preconizamos o cálculo do Quicki (Quantitative insulin-sensitivity check index).

O clínico deve estar atento para esta complexa síndrome, que desde sua descrição inicial em 1935 tem sido alvo de diversos consensos; neste último ressurgiu a valorização dos aspectos morfológicos dos ovários e manteve-se a importância dos aspectos metabólicos. A relação LH/FSH  $>2$ , considerada

por muitos como patognomônica deste tipo de anovulação, não foi incluída neste consenso pois não está presente em todos os casos.

RUI ALBERTO FERRIANI

#### Referências

- Balen AH, Laven JSE, Dewailly D. Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definition. *Hum Reprod* 2003; 9(6):505-14.
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19(1):41-7.

## Obstetria

### DIRETRIZES PARA O CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL

A tendência atual em se retardar a gravidez para a terceira ou quarta décadas de vida, associada a maior risco de câncer de mama em pacientes jovens e maior sobrevivência dessas pacientes, contribuem para maior incidência de câncer de mama gestacional (CMG). Considerando seu diagnóstico durante gravidez e até 12 meses após o parto, a incidência varia entre 0,7% e 3,9%, estabelecendo frequência de um caso para 3.000 ou 10.000 partos.

Diante das alterações fisiológicas gestacionais, a vascularização aumentada, a hiperplasticidade, o edema, a secreção láctea, intensificam a densidade do parênquima, dificultam o exame físico, reduzem o contraste do tecido adiposo e prejudicam a interpretação da mamografia e ultra-sonografia.

A tolerância imunológica gestacional, constatada pela ausência de antígenos específicos (MHC-I), presença de moléculas HLA e redução dos anticorpos bloqueadores, restringe a imuno-reatividade.

O maior percentual de casos com linfonodos positivos, os receptores de estrogênio (ER) ou progesterona (PR) negativos, C-erbB-2 e p53 mais elevados e os índices elevados de mutação BRCA, comparando-se com o câncer de mama esporádico, depreendem agressividade tumoral.