

matching", na qual tenta-se analisar pacientes em iguais condições, inclusive e necessariamente em relação à pressão arterial. Dessa maneira, conseguiram os autores reunir 5.000 pacientes equivalentes e mostraram que não houve diferença em número de desfechos entre valsartan e amlodipino. Outra subsequente análise, mostrou que, após os seis meses, os indivíduos que alcançaram controle adequado da pressão arterial, isto é, abaixo de 140/90mmHg, tiveram menos desfechos do que aqueles que não alcançaram os valores ótimos de pressão arterial, independente do grupo onde estavam alocados. Tomando esses dados em conjunto, o estudo VALUE nos mostra claramente que devemos reduzir a pressão arterial mais rapidamente, ou seja, entre três e seis meses, e se possível, abaixo dos valores de corte para a hipertensão, principalmente para os hipertensos com alto risco cardiovascular.

Ao contrário do exposto acima, onde nenhuma diferença fez o uso de valsartan ou amlodipino, mas sim o valor tencional, o aparecimento de novos casos de diabetes melito tipo 2 é dependente da droga. Apesar de estudos anteriores também mostrarem uma menor frequência de novos casos de diabetes naqueles que usam bloqueadores dos receptores da angiotensina, este tem particular importância, pois foi utilizado contra um bloqueador dos canais de cálcio, tido como um agente neutro em relação ao metabolismo glicídico. Isso faz pensar que os bloqueadores dos receptores da angiotensina possuam ação farmacológica favorável no controle glicêmico.

AGOSTINHO TAVARES

Referência

1. Julius S, Kjeldsen SE, Weber M, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004; 363(9426):2022-31.

Emergência e Medicina Intensiva

PERMANECE NÃO DEFINIDA A QUESTÃO DA PRESSÃO EXPIRATÓRIA FINAL POSITIVA ÓTIMA

A utilização da ventilação pulmonar mecânica (VPM) nos pacientes com lesão pulmonar aguda e síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA) é fundamental em relação à sobrevida destes pacientes. Entretanto, pode ocorrer uma lesão pulmonar induzida pela VPM se uma porção substancial do pulmão não for aerada no final da expiração, devido à presença de atelectasia, consolidação e edema. Este fato pode causar a presença de forças mecânicas excessivas nas regiões pulmonares aeradas, entre as regiões aeradas e não-aeradas ou em bronquíolos e alvéolos que se abrem e fecham a cada respiração^{1,2}.

Uma pesquisa randomizada³ avaliou 549 pacientes com lesão pulmonar aguda e SDRA, que receberam VPM com a utilização de níveis de pressão

expiratória final positiva (PEEP) mais baixa (grupo A) ou mais elevada (grupo B), o qual eram pré-selecionados de acordo com diferentes tabelas ou combinações pré-determinadas de PEEP e fração inspirada de oxigênio. Os valores médios \pm desvio padrão da PEEP no dia 1 até o dia 4 foram de 8.3 ± 3.2 cmH₂O no grupo A e de 13.2 ± 3.5 cmH₂O no grupo B. As taxas de mortalidade antes da alta hospitalar foram de respectivamente 24.9% e 27.5% (P=0.48), assim como o número médio de dias de respiração não assistida do dia 1 ao 28.^º dia também foram similares (14.5 ± 10.4 versus 13.8 ± 10.6 dias; P=0.50). Os autores concluíram que a utilização de altos níveis de PEEP não são melhores do que o emprego de baixos níveis para pacientes com SDRA.

Comentário

A utilização de níveis mais elevados de PEEP pode aumentar o edema pulmonar, pressão de via aérea e o volume do pulmão, contribuindo para a presença de hiperdistensão alveolar e lesão pulmonar induzida pela VPM. A utilização de níveis elevados de PEEP comparativamente com níveis mais baixos nos pacientes com SDRA, em que se utiliza VPM com volumes correntes baixos, não altera a mortalidade, número de dias sem a necessidade de UTI, número de dias fora do aparelho de VPM ou número de dias sem falência orgânica. Permanece, portanto, a questão: como seria a melhor maneira de podemos identificar a PEEP ótima e sua duração temporal apropriada⁴.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Dreyfuss D, Saumon G. Ventilator-induced lung injury: lessons from experimental studies. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157:294-323.
2. Muscedere JG, Mullen JBM, Gan K, et al. Tidal ventilation at low airway pressures can augment lung injury. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149:1327-34.
3. The National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network. Mechanical ventilation with higher versus lower positive end-expiratory pressures in patients with acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2004; 351:327-36.
4. Levy MM. PEEP in ARDS – How much is enough? *N Engl J Med* 2004; 351:389-91.

Ginecologia

SCREENING MAMOGRÁFICO DE ROTINA EM USUÁRIAS DE IMPLANTES MAMÁRIOS DE SILICONE

Miglioretti et al. (2004)¹ avaliaram a acurácia da mamografia na detecção de tumores de mama em uma grande amostra populacional (1.048.412 mulheres), das quais 10.990 tinham implante e 1.037.422 não. O diagnóstico de câncer de mama foi realizado em 141 que estavam com implantes mamários e em 20.738 não portadoras do implante. As mulheres assintomáticas com implantes apresentaram menor sensibilidade mamográfica, quando comparadas àquelas sem implantes

(48% x 66,8%, p=0,008). No mesmo grupo de assintomáticas com implantes, notou-se maior especificidade do que as sem implantes (97,7% x 96,7%, p<0,01). Nas sintomáticas não foi constatada qualquer diferença. Na avaliação das características tumorais entre as mulheres com e sem implantes não foram constatadas diferenças relacionadas ao tamanho do tumor, à invasão, estadiamento, comprometimento linfonodal, grau nuclear e presença de receptores hormonais.

Comentário

A mastoplastia com implantes é um procedimento cirúrgico estabelecido e constitui a primeira opção no tratamento de amastias e hipomastias^{2,3}. Desde a década de 90, esta cirurgia exhibe mínima morbidade, com expressivos resultados estéticos. Mais recentemente, no entanto, surgiram publicações postulando que os implantes podem reduzir a sensibilidade mamográfica. Assim, ao se analisar criticamente esses resultados, constatam-se casuísticas pequenas e referentes aos anos 80, quando se iniciou o screening mamográfico e, ainda, não existia a monobra de Eklund⁴, que se caracteriza pelo deslocamento do implante do parênquima mamário, aumentando assim a acurácia mamográfica. O estudo de Miglioretti¹ mostrou que a mamografia apresenta menor sensibilidade e maior especificidade nas mulheres com implante, provavelmente por bloqueio da visualização adequada das sub-regiões mamárias. Apesar disso, não foram observadas diferenças no prognóstico oncológico entre mulheres com e sem implantes, fato este que corrobora a impressão prévia baseada na experiência clínica. Atualmente, existem formas de compensar a redução da sensibilidade, como a ultra-sonografia e a ressonância magnética, que permitem melhor visualização da glândula^{5,6}; porém, insistimos que a primeira opção é a mamografia associada à manobra de Eklund. Merece ser considerado, por outro lado, que a Sociedade Brasileira de Mastologia e a de Cirurgia Plástica aconselham a todas as mulheres que desejam fazer uso dos implantes mamários, a consultar um mastologista previamente, bem como devem ser informadas de fazer um acompanhamento de rotina por meio dos métodos de imagens pertinentes.

ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ

CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Miglioretti DL, Rutter CM, Geller BM, Cutter G, Barlow WE, Rosenberg R, et al. Effect of breast augmentation on the accuracy of mammography and cancer characteristics. *JAMA* 2004; 291(4):442-50.
2. Rees TD, Latrenta, GS. In: *Aesthetic Plastic Surgery*. Philadelphia: WB Saunders; 1994. 2(35):1003-49.
3. Killman, P, Sattler J, Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: follow-up study. *Plast Reconstr Surg*. 1987; 80:374-80.
4. Eklund GW, Busby RC, Miller SH, Job JS. Improved imaging of the augmented breast. *Am J Roentgenol* 1988; 151:469-73.
5. Belli P, Romani M, Magistrelli A, Masetti R, Pastore G, Costantini M. Diagnostic imaging of breast implants: role of MRI. *Rays* 2002; 27(4):259-77.
6. Ahn CY, DeBruhl ND, Gorczyca DP, Shaw WW, Bassett LW. Comparative silicone breast implant evaluation using mammography, sonography, and magnetic resonance imaging: experience with 59 implants. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94(5):620-7.